**Landtag von Baden-Württemberg** **Drucksache 15 / 7980**

**15. Wahlperiode**

# Bericht und Empfehlungen

## der Enquetekommission

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

Ausgegeben: 22. 01. 2016

*Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet abrufbar unter: www.landtag-bw.de/Dokumente*

*Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.*

## Inhaltsverzeichnis

**Vorwort** **7**

**Zusammenfassung** **11**

**1 Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf** **23**

1.1 Einsetzungsauftrag 23

1.2 Rechtsgrundlage 29

1.3 Zusammensetzung der Kommission 29

1.3.1 Abgeordnete 29

1.3.2 Externe Mitglieder 30

1.3.3 Vorsitz 31

1.3.4 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 31

1.4 Beratungsablauf 31

1.4.1 Sitzungen 31

1.4.2 Anträge 32

1.4.3 Anhörungsverfahren 32

1.4.4 Schriftliche Stellungnahmen 37

**2 Dokumentation der Anhörungen** **39**

2.1 Sachverständigenanhörungen 39

2.1.1 Öffentliche Anhörung (Fachgespräch) am 24. Oktober 2014 zum Thema „Gute Arbeit in der Pflege“ 39

2.1.2 Öffentliche Anhörung am 3. Dezember 2014 zum Thema „Aus- und Weiterbildung in der Pflege“ 63

2.1.3 Öffentliche Anhörung am 23. Januar 2015 zum Thema „Pflege, Familie und Gesellschaft“ 76

2.1.4 Öffentliche Anhörung am 27. Februar 2015 zum Thema „Stationäre Altenpflege“ 88

2.1.5 Öffentliche Anhörung am 27. Februar 2015 zum Thema „Akutpflege und Akutversorgung“ 102

2.1.6 Öffentliche Anhörung am 20. März 2015 zum Thema „Ambulante häusliche Pflege“ und „Häusliche Krankenpflege“ 112

2.1.7 Öffentliche Anhörung am 20. März 2015 zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ 132

2.1.8 Öffentliche Anhörung am 24. April 2015 zum Thema „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“ 143

2.1.9 Öffentliche Anhörung am 24. April 2015 zum Thema „Finanzierung“ 152

2.1.10 Öffentliche Anhörung am 22. Mai 2015 zum Thema „Demenz, Behinderung, Psychische Gesundheit“ 164

2.1.11 Öffentliche Anhörung am 22. Mai 2015 zum Thema „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“ 180

2.1.12 Öffentliche Anhörung am 3. Juli 2015 zum Thema „Prävention und Rehabilitation“ 192

2.1.13 Öffentliche Anhörung am 3. Juli 2015 zum Thema „Pflegekammer“ 204

2.2 Verbändeanhörung 213

2.2.1 Beschreibung der Anhörung 213

2.2.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung 214

**3 Handlungsempfehlungen 241**

3.1 Pflege und Gesellschaft 241

3.1.1 Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung 241

3.1.2 Würde und Selbstbestimmung im Alter 243

3.1.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung 245

3.1.4 Wertschätzung der Pflege 248

3.1.5 Pflegekammer 249

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.1 „Pflege und Gesellschaft“ 252

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.1.2 „Würde und Selbstbestimmung im Alter“ 252

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“ 252

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP zu dem abweichenden Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“ 253

3.2 Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung 254

3.2.1 Prävention 254

3.2.2 Rehabilitation 259

3.2.3 Krankenhaus 271

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.2 „Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung“ 277

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU zu den Handlungsempfehlungen 3.2.2.11 „Finanzierung“ 277

3.3 Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf 278

3.3.1 Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg 278

3.3.2 Beratung 280

3.3.3 Familiäre Pflege 283

3.3.4 Bürgerschaftliches Engagement 287

3.3.5 Wohnen und Wohnumfeld in Baden-Württemberg 289

3.3.6 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit 291

3.3.7 Wohnen im Pflegeheim 297

3.3.8 Lebensraum Quartier 303

3.3.9 Alternative Wohnformen 308

3.3.10 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege 309

3.3.11 Sektorale Trennung 310

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“ 312

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“ 312

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU „Kosten stationärer Pflege“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“ 312

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“ | 313 |
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.9 „Alternative Wohnformen“ | 313 |
| 3.4 | Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung | | 314 |
| | 3.4.1 | Gendersensible Pflege | 314 |
| | 3.4.2 | Kultursensible Pflege | 318 |
| | 3.4.3 | Menschen mit demenzieller Erkrankung | 322 |
| | 3.4.4 | Menschen mit Behinderung | 329 |
| | 3.4.5 | Psychische Gesundheit | 333 |
| | 3.4.6 | Palliativversorgung | 336 |
| 3.5 | Arbeitsbedingungen | | 343 |
| | 3.5.1 | Belastungen am Arbeitsplatz | 345 |
| | 3.5.2 | Bezahlung | 351 |
| | 3.5.3 | Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix | 354 |
| | 3.5.4 | Fachkraftquote | 357 |
| | 3.5.5 | Familie und Beruf | 358 |
| | 3.5.6 | Pflegekräfte mit Migrationshintergrund | 362 |
| | 3.5.7 | Ausländische Betreuungskräfte | 363 |
| | | Minderheitenvoten zu Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“ | 365 |
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.5.5 „Familie und Beruf“ | 365 |
| 3.6 | Aus- und Weiterbildung | | 366 |
| | 3.6.1 | Attraktivität der Ausbildung | 366 |
| | 3.6.2 | Ausbildungsbedingungen | 374 |
| | 3.6.3 | Ausbildungsinhalte | 376 |
| | 3.6.4 | Praxisanleitung | 377 |
| | 3.6.5 | Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege | 379 |
| | 3.6.6 | Weiterbildung | 380 |
| | 3.6.7 | Akademisierung der Pflegeberufe | 382 |
| | 3.6.8 | Pflegewissenschaft und Pflegeforschung | 385 |
| | 3.6.9 | Handlungsautonomie | 386 |
| | | Minderheitenvoten zu Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“ | 387 |
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Generalistische Ausbildung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.2 „Ausbildungsbedingungen“ | 387 |
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Pflegeausbildung im Regelbildungssystem“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.3 „Ausbildungsinhalte“ | 387 |
| | | Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Akademisierung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“ | 387 |
| 3.7 | Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung | | 389 |
| | 3.7.1 | Strukturmodell zur Entbürokratisierung | 389 |
| | 3.7.2 | Pflegedokumentation | 390 |
| | 3.7.3 | Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK | 394 |

3.7.4 Sicherung der Pflegequalität 396
3.8 Generationengerechte Finanzierung 399
3.8.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 400
3.8.2 Investitionskosten 405
3.8.3 Häusliche Krankenpflege 406
3.8.4 Sektorengrenzen 407

**4 Beschlussempfehlung 411**

**5 Anhang 413**

Anhang 1 Sitzungsplan der Enquetekommission 413
Anhang 2 Übersicht über die Protokolle der öffentlichen Sitzungen 415
Anhang 3 Antrag Nr. 1 der Enquetekommission zur Bestandsaufnahme der „Pflege“ in Baden-Württemberg und die Stellungnahme der Landesregierung 417
Anhang 4 Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg vom 15. Juli 2015 503
Anhang 5 Präsentationen der Sachverständigenanhörungen 765
Anhang 6 Präsentationen der Verbändeanhörung 985
Anhang 7 Linkliste 1007
Anhang 8 Abkürzungsverzeichnis 1011

## Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fraktionsübergreifend wurden Denkansätze entwickelt,

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

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

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

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

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

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

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

Helmut Walter Rüeck MdL

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

## Zusammenfassung

### Demografische Entwicklung

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

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

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

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

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

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

### Selbstbestimmung ermöglichen

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

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

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

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

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

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

**Fachkräftesicherung**

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

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

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

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

**Stärkung des Pflegeberufs**

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

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

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

**Verbesserung der Arbeitsbedingungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sicherstellung der Aus- und Weiterbildungsqualität**

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

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

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

Menschen mit Migrationshintergrund sollen gezielt für die Berufe in der Pflege gewonnen wer-den. Hierzu sind mögliche Ausbildungshemmnisse wie beispielsweise unzureichende Sprach-kenntnisse abzubauen und der Pflegeberuf empfängerorientiert darzustellen.

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

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

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

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

**Pflegeberatung ausbauen**

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

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

**Lebensphasengerechte Wohnangebote**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Pflegende Angehörige stärken**

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

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

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

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

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

**Bürgerschaftliches Engagement fördern**

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

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

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

**Präventionspotenziale nutzen**

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

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

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

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

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

**Rehabilitation ausbauen**

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

Um geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche identifizieren zu können, ist ein entsprechendes Screening notwendig. Der individuelle Behandlungsbedarf muss dabei fachspezifisch ermittelt werden. Die Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihrem individuellen Bedarf in geriatrischen Versorgungsstrukturen behandelt beziehungsweise rehabilitiert werden.
Es müssen Angebote zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der eigenen Häuslichkeit geschaffen werden, in denen die Wiedererlangung der eigenen Selbstständigkeit trainiert wird. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, den Rehabilitationsaspekt in der Kurzzeitpflege zu stärken. Dabei sollte eine Kombination aus Pflege und Rehabilitation angedacht werden.

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

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

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

**Generationengerechte Finanzierung**

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

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

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

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

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

**Sektorengrenzen überwinden**

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

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

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

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

# 1 Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf

## 1.1 Einsetzungsauftrag

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

Der Einsetzungsbeschluss hat folgenden Wortlaut:

*„Der Landtag wolle beschließen:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*A.*

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

*B.*

*Bei der Entwicklung von Handlungsstrategien und Handlungsempfehlungen ist insbesondere aufzuzeigen:*

*I.*

*Allgemeine Fragen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen*

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

*II.*

*Voll- und teilstationäre Pflege*

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

– *welchen Einfluss der demografische Wandel und die Zunahme multimorbider Patienten auf die personelle und finanzielle Ausstattung der Einrichtungen hat;*

– *ob – und wenn ja, wie die Versorgung dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger entsprechend der jeweiligen Bedarfslagen gewährleistet ist und wie die optimale Versorgung dieser Patienten auch in der Zukunft sichergestellt werden soll;*

– *welche Mittel künftig benötigt werden, um eine ausreichende Zahl an Heimplätzen zu schaffen;*

*III.*

*Ambulante Pflege*

– *welche verschiedenen ambulanten Pflege- und Wohnmodelle es gibt und ob diese ausreichend sind, um den aktuell vorhandenen und künftigen Bedarf zu decken;*

– *welche Rolle die ambulanten Pflege- und Wohnformen für Menschen mit Behinderungen, Demenz und psychischen Erkrankungen spielen;*

– *welche spezifischen Angebote erforderlich sind, damit demenziell erkrankte Menschen ambulant versorgt werden können;*

– *welche spezifischen Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige, die demenziell erkrankte Menschen pflegen, erforderlich sind;*

– *welche spezifischen Angebote erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen ambulant versorgt werden können;*

– *welche Wohnmodelle am häufigsten nachgefragt werden und welche Bedeutung ambulant betreutes Wohnen für ältere Menschen hat;*

– *bis zu welchem Grad die ambulante Pflege und die vorhandenen ambulanten Wohnformen die Versorgung in stationären Einrichtungen ersetzen können;*

– *wie Synergieeffekte zwischen ambulanter und stationärer Pflege genutzt und insbesondere fließende Übergänge von ambulant zu stationär gewährleistet werden können;*

– *ob der Grundsatz ambulant vor stationär berücksichtigt wird und inwieweit Kostenfragen an dieser Stelle Einfluss nehmen;*

– *wie sich die Situation der ambulanten Pflegedienste vor allem auch in finanzieller Hinsicht darstellt und welchen Handlungsbedarf es gibt;*

– *ob und inwieweit neue Wohn- und Pflegeformen entwickelt werden müssen, um künftig geänderte Rahmenbedingungen nachzuzeichnen;*

*IV.*

*Prävention und Rehabilitation*

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

– *ob Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation Vorrang eingeräumt wird;*

- *wie sichergestellt wird, dass gezielt Schritte eingeleitet werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. zu verzögern und welchen Stellenwert in diesem Zusammenhang ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der geriatrischen Rehabilitation haben;*

- *ob ausreichend Präventions- und Rehabilitationsangebote vorhanden sind und wo noch Defizite bestehen;*

- *welche Auswirkungen daraus entstehen, dass die Menschen heute immer älter werden, und wie diesen neuen Herausforderungen begegnet werden kann;*

- *welche Bedeutung der familiären Unterstützung und ehrenamtlichen Hilfen in diesem Bereich zukommt;*

*V.*

*Qualität, Dokumentation, Prüfung und Struktur*

- *wie viele Fälle von Vernachlässigung oder sonstigen Unregelmäßigkeiten im stationären und ambulanten Bereich auftreten und worin die Hauptursachen dafür liegen;*

- *ob mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Veränderung in Bezug auf die Anforderungen an die ambulante und stationäre Pflege zu erwarten ist;*

- *welche Maßnahmen gefordert sind, damit eine gute Pflege auch in Zukunft finanzierbar ist;*

- *welche Möglichkeiten es gibt, den bürokratischen Aufwand für die Einrichtungen zu verringern und die Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst zu verbessern, ohne Qualitätsverluste zu riskieren;*

- *wie sichergestellt werden kann, dass auch künftig ausreichende Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich vorhanden sind;*

- *wie der Pflegeberuf insgesamt attraktiver gestaltet werden kann und die Übergänge zwischen den einzelnen Ausbildungszweigen fließender gestaltet werden können;*

- *ob durch die Einrichtung einer Pflegekammer der Pflegeberuf gestärkt werden kann;*

- *welche Möglichkeiten und Modelle es gibt, um eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure aus allen Bereichen (Angehörige, Hausärzte, Pflegepersonal, Einrichtungsleitungen etc.) zu erreichen, um die Belastung für die Pflegebedürftigen sowie gegebenenfalls der pflegenden Angehörigen möglichst gering zu halten;*

- *inwieweit und in welchen Bereichen durch haupt-, neben- und ehrenamtlich tätige Personen eine Entlastung professioneller Pflegekräfte ermöglicht werden und wie hier eine bessere Verzahnung gewährleistet werden kann;*

*VI.*

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

- *wie hoch die Fluktuation bei Pflegekräften ist;*

- *was die angenommenen Gründe dafür sind;*

- *welche Rahmenbedingungen verbessert werden müssen, um die Voraussetzungen für die Arbeit der Pflegekräfte zu verbessern;*

- *welche Rolle dabei die Bezahlung spielt;*

- *welche Rolle der kontinuierliche Personalabbau in der Pflege in den letzten Jahren spielt und welche Konsequenzen er für die veränderten Arbeitsbedingungen hat;*

- *wie die Sach- und Rechtslage für den Einsatz von ausländischen Betreuungskräften, die oftmals eine kostengünstigere Alternative bei einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung darstellen, zu bewerten ist und wo hier Anpassungen erforderlich sind;*

- *wie die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierung der Pflegeberufe zu bewerten ist;*

- *wie die Vernetzung der Berufsausbildung vieler Gesundheitsberufe im Zuge einer möglichen Akademisierung vorangebracht werden kann mit dem Ziel, sowohl einen besseren Austausch zwischen den Gesundheitsberufen zu erreichen und gleichzeitig durch eine bessere Ausbildung die Chancen für die Bildung einer interdisziplinären Gesundheitsversorgung zu erhöhen;*

- *durch welche vermehrte Delegation von Tätigkeiten von Pflegefachkräften auf andere Berufsbilder (z. B. Dokumentation, einfache Tätigkeiten) eine Entlastung der Fachkräfte erfolgen könnte, damit diese einen höheren Anteil ihrer Arbeitszeit der unmittelbaren Pflege widmen können.*

*C.*

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

*D.*

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

*E.*

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

### 1.2 Rechtsgrundlage

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

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

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

### 1.3 Zusammensetzung der Kommission

#### 1.3.1 Abgeordnete

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

*Mitglieder:*

| | |
|---|---|
| CDU: | Frau Dr. Marianne Engeser |
| | Herr Manfred Hollenbach |
| | Herr Thaddäus Kunzmann |
| | Herr Dr. Patrick Rapp |
| | Herr Helmut Walter Rüeck |
| | Frau Jutta Schiller |
| GRÜNE: | Herr Manfred Lucha |
| | Frau Bärbl Mielich |
| | Herr Thomas Poreski |
| | Frau Charlotte Schneidewind-Hartnagel |
| SPD: | Frau Anneke Graner |
| | Herr Rainer Hinderer |
| | Herr Thomas Reusch-Frey |
| | Herr Florian Wahl |
| FDP/DVP: | Herr Jochen Haußmann |

*Stellvertretende Mitglieder:*

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

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

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

FDP/DVP: Herr Andreas Glück

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

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

### 1.3.2 Externe Mitglieder

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

*Mitglieder:*

**Herr Thomas Reumann**
Landrat, Reutlingen

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

**Herr Herbert Weisbrod-Frey**
Bereichsleiter Gesundheitspolitik Ver.di Bundesvorstand

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

*Stellvertretende Mitglieder:*

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

**Herr Dr. Uwe Schirmer**
Akademie Südwest ZfP Südwürttemberg

**Frau Sabine Seifert**
Pflegedienstleiterin in der Evangelischen Diakonissenanstalt Speyer-Mannheim

**Herr Tilman Kommerell**
Leiter Krankenpflegeschule Bildungszentrum Überlingen, Helios Klinik

### 1.3.3 Vorsitz

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

### 1.3.4 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

#### 1.3.4.1 Landtagsverwaltung

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

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

#### 1.3.4.2 Fraktionen

Für die Fraktionen waren folgende parlamentarische Beraterinnen und Berater tätig:

| | |
|---|---|
| CDU: | Herr Danijel Paric<br>Frau Meike Hoppe |
| GRÜNE: | Frau Kirsten Koners<br>Frau Tanja Urban |
| SPD: | Herr Dr. Johannes Berger |
| FDP/DVP: | Herr Dr. Jan Havlik |

## 1.4 Beratungsablauf

### 1.4.1 Sitzungen

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

Der Sitzungsplan ist im Anhang 1 beigefügt.

### 1.4.2 Anträge

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

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

### 1.4.3 Anhörungsverfahren

#### 1.4.3.1 Sachverständigenanhörungen

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

*Sitzung am 24. Oktober 2014 (Fachgespräch):*

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

*Sitzung am 3. Dezember 2014:*

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

*Sitzung am 23. Januar 2015:*

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

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

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

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

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

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

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

- **Frau Eva-Maria Armbruster**, Vorstandsvorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., stellvertretende Vorstandsvorsitzende Diakonisches Werk Württemberg

- **Frau Susanne Pletowski**, Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService (SPPS) GmbH, Karlsruhe

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

- **Herr Frank Wößner**, Pfarrer, Vorstandsvorsitzender Samariterstiftung

- **Frau Ursula Kremer-Preiß**, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Leiterin des Bereichs Wohnen und Quartier

- **Herr Hermann Genz**, Stadt Mannheim, Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales

- **Frau Isabel Fezer**, Bürgermeisterin Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit

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

- **Frau Elisabeth Beikirch**, Projektbüro Ein-STEP Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, fachliche Leitung Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH, Berlin

- **Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann**, Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft)

- **Frau Sonja Pfeiffer-Balic**, Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg

- **Herr Michael Wipp**, Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft

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

- **Herr Karl-Josef Laumann**, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

- **Frau Dr. Pia Wieteck**, RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege), Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung

- **Herr Dr. Christopher Hermann**, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg

- **Herr Walter Scheller**, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

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

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

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

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

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

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

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

- **Herr Dr. phil. Helmut Müller**, 1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e. V.; Vorsitzender des Dachverbands der Pflegeorganisationen (DPO) und Mitglied der Landespflegekonferenz

- **Herr Bernhard Schneider**, Hauptgeschäftsführer Evangelische Heimstiftung GmbH

- **Herr Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner**, Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft

- **Herr Tom Rutert-Klein**, Leiter der Abteilung 65 Sozialversicherungen, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

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

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

#### 1.4.3.2 Verbändeanhörung

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

- Landespflegerat Baden-Württemberg

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

- ver.di

- KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen

- Landesfrauenrat Baden-Württemberg

- wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.

- Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung e.V.

- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.

- Caritas

- Diakonie

- IRGW/IRGB (Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg und Baden)

- Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg

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

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

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

### 1.4.4 Schriftliche Stellungnahmen

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

#### 1.4.4.1 Stellungnahme der Landesregierung

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

Die Stellungnahme ist im Anhang 3 abgedruckt.

#### 1.4.4.2 Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

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

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

Das Gutachten ist im Anhang 4 abgedruckt.

# 2 Dokumentation der Anhörungen

## 2.1 Sachverständigenanhörungen

Die Enquetekommission führte zu den von ihr zu bearbeitenden Themenfeldern ein öffentliches Fachgespräch und zwölf öffentliche Anhörungen durch. Hierzu waren jeweils mindestens vier externe Sachverständige eingeladen, denen für ihre Ausführungen eine Redezeit von jeweils bis zu 20 Minuten eingeräumt wurde. Im Anschluss an den Vortrag war eine Fragerunde durch die Mitglieder der Enquetekommission von bis zu 20 Minuten vorgesehen.

Die Namen der bei den öffentlichen Sachverständigenanhörungen jeweils anwesenden sachverständigen Personen sind vor jeder Anhörung noch einmal gesondert aufgeführt.

Um die Effizienz und Effektivität der Beratungen zu steigern, wurden die sachverständigen Personen gebeten, der Enquetekommission im Vorfeld der Anhörungen ein Thesenpapier zukommen zu lassen. Da die Sachverständigen in ihren freien Vorträgen teilweise von ihren eingesandten Thesenpapieren abgewichen sind, sind nur die während der Anhörung gezeigten Präsentationen im Anhang 5 angefügt.

Außerdem haben die vier Landtagsfraktionen zur Vorbereitung der Anhörung Leitfragen ausgearbeitet, die an die Sachverständigen übersandt wurden.
Die Protokolle der öffentlichen Anhörungen können aus der Mediathek des Landtags von Baden-Württemberg (http://www.landtag-bw.de) abgerufen werden.

### 2.1.1 Öffentliche Anhörung (Fachgespräch) am 24. Oktober 2014 zum Thema „Gute Arbeit in der Pflege“

#### 2.1.1.1 Beschreibung der Anhörung

Am 24. Oktober 2014 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 4. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Gute Arbeit in der Pflege“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Prof. Dr. habil. Thomas Klie
  Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg

- Thomas Reumann
  Vorstandsvorsitzender Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) e. V., Stuttgart

- Ernst Olbricht
  Katholischer Pflegeverband e. V. Landesgruppe Baden-Württemberg, Amtzell

- Prof. Dr. med. Volker Köllner
  Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Blieskastel

- Herbert Weisbrod-Frey
  Bereichsleiter ver.di Bundesvorstand, Berlin

- Michael Wipp
  Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft, Karlsruhe

#### 2.1.1.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.1.2.1 Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei nimmt er insbesondere auf die Fachkraftquote Bezug. Weiter beschäftigt er sich mit den Anforderungen an ein zukünftiges Berufsgruppenkonzept für Pflegeberufe. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls die Themen Ausbildung und Akademisierung sowie Möglichkeiten zur Entbürokratisierung.

**Berufsverbleib**

Der Sachverständige führt aus, dass die Zahlen, die in der Öffentlichkeit über die Altenpflege kommuniziert werden, als Imagekampagne katastrophal seien. Man könne die Altenpflege gar nicht besser kaputtreden, als indem gesagt werde, dass die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung schlecht seien und die Personen dort nicht lange blieben.

Er führt eine durchschnittliche Verweildauer im Beruf, mit zwischenzeitlichen Auszeiten, von 19 Jahren an. Eine Physiotherapeutin dagegen habe eine durchschnittliche Berufsverweildauer von sechs Jahren. Es sei in Bezug auf die Verweildauer von Pflegenden im Beruf zum Teil eine andere Realität als die, die in der Öffentlichkeit immer wieder verkündet werde. Er bitte darum, sehr sorgsam zu sein, dass in der Sorge um die Zukunft der Pflege die Pflege nicht schlechtgeredet werde und dadurch die Leute demotiviert würden, für die es ihr Beruf ist.

Als weiteren Punkt erläutert er, dass, wenn die Übereinstimmung von Wissen, Berufsethik und Praxis nicht gegeben sei, die Pflegenden ihren Beruf verlassen würden. Dann würden vor allem die guten Pflegekräfte gehen, da sie nicht verwirklichen könnten, was ihnen wichtig sei.

Der Sachverständige schlägt eine Abkehr von hierarchisierender Semantik mit Pflegehilfskräften, zusätzlichen Betreuungskräften und niederschwelligen Hilfen vor. Diesbezüglich erläutert er, dass geringe Qualifikationserwartung, geringe Bezahlung, geringe Achtung und Würdigung bereits von der Semantik her nicht gut seien. Es solle von Assistenzkräften gesprochen werden. Er sei sich in Gesprächen mit der Sozialministerin einig gewesen, dass die Begriffe „Betreuung“ und „Betreuungskräfte“ letztlich nicht weiterführend seien. Der Begriff komme jedoch von der Bundesebene.

**Arbeitsbedingungen**

Er führt aus, dass die Renditeerwartungen im klinischen Bereich für die Arbeitsbedingungen nicht immer zuträglich seien.

Ein kooperativer Führungsstil habe einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen.

Weiter fordert der Sachverständige eine branchenspezifische Qualifizierung der Personalarbeit.

**Arbeitsbelastungen**

In Bezug auf die Arbeitsbelastungen von Pflegekräften berichtet der Sachverständige, dass diese vielfach mit psychischen Belastungen zu tun hätten, eher weniger mit körperlichen Belastungen.

Als hoch bedeutsame Faktoren, um den ethischen und anderen Anforderungen gerecht werden zu können, erachtet Herr Professor Klie Salutogenese und Achtsamkeit. Ebenso sieht er in betrieblichem Gesundheitsmanagement bzw. der Gesundheitsförderung wichtige Faktoren. Exemplarisch führt er die Sozial-Holding Mönchengladbach (Weltpreis bester Arbeitgeber im Bereich Sozialunternehmen) an. Diese habe deutlich gemacht, dass gerade die psychischen Belastungen zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement gehören.

**Arbeitszeitmodelle**

Der Sachverständige berichtet, dass Pflege im Wesentlichen noch immer ein Frauenberuf sei. Auch die Gewinnung von Männern für die beruflichen Tätigkeiten in der Pflege setzten zunehmend auf Vereinbarkeit hin ausgerichtete Arbeitszeitmodelle. Mit Blick auf pflegetypische Belastungssituationen seien lebensphasengerechte Arbeitszeit- und Aufgabenmodelle von größter Bedeutung.

Auch in Baden-Württemberg gebe es unter den derzeitigen Bedingungen Modelle mit ausgezeichneten Arbeitsbedingungen.

Weiter führt Herr Professor Klie aus, dass viele Pflegekräfte die Unkalkulierbarkeit ihrer Arbeitszeit als „zerstörend“ für die Attraktivität der Pflegeberufe empfänden, obwohl sie sich sehr mit ihrem Arbeitgeber identifizierten. Dabei hingen, so Professor Klie, Work-Life-Balance, Vereinbarkeitsfragen und die Entfaltung privater und freizeitorientierter Lebensweisen von kalkulierbaren Arbeitszeiten ab, die in der Praxis vielerorts nicht verlässlich garantiert werden könnten. Gerade für Frauen sei es unerträglich, nicht zu wissen, wann sie Dienst hätten. Man wisse nicht für die nächsten Wochen Bescheid, werde am Wochenende gerufen oder müsse eine andere Schicht übernehmen. Laut dem Sachverständigen lasse sich dies häufig auf erhebliche Defizite im Management zurückführen.

**Vergütung**

In seinen Ausführungen fordert Herr Professor Klie attraktive Vergütungsbedingungen. Der Weg in die Pflege führe dabei jedoch nicht über das Geld. Eine Pflegekraft verdiene in der Erstvergütung durchschnittlich mehr als ein Mechatroniker. Die Vergleiche mit anderen Berufsgruppen seien lediglich Rhetorik und hätten nichts mit der Wirklichkeit zu tun. Die Vergütung müsse flexibel hinsichtlich bestimmter Qualifikationen, neuer, anderer und ergänzender Aufgaben und hinsichtlich eines lebensphasengerechten Personalmanagements, das vielleicht auch Sabbaticals, Arbeitszeitkonten etc. kennt, gestaltet werden.

**Personalausstattung**

Der Sachverständige berichtet, dass in Baden-Württemberg in Bezug auf die Personalbemessung auf leistungsgerechte Vergütungsverhandlungen verzichtet werde. Die Pflegesätze würden inkrementell berechnet. Auch der Personaleinsatz erfolge nach formalen Gesichtspunkten und nicht nach dem Anforderungsprofil. Weiter führt er aus, dass es in Baden-Württemberg Missverwendungen von Pflegesatzkosten im Bereich der stationären Pflege gebe.

**Fachkraftquote**

Herr Professor Klie legt dar, dass seiner Ansicht nach zu sehr an einer klassischen Versorgungslogik nach dem Motto „Hauptsache 50 Prozent Fachkraftquote“ festgehalten werde. International sei dies nicht üblich. Heimrechtlich müsse die Fachkraftquote entmythologisiert und qualifiziert werden.

In Bezug auf die vorzunehmende Entmythologisierung führt er an, dass die Fachkraftquote nicht einfach zur Disposition gestellt werden solle. Es solle keine Argumentation provoziert werden, die beinhalte, dass mit einem anderen Personalkonzept als einer Vorstellung von 50 Prozent Fachkräften soundso umgegangen werden könne. Dies ginge ansonsten in Richtung Einsparung von qualifiziertem Personal. Gleichwohl treffe die Vorstellung, mit einer 50-prozentigen Fachkraftquote sei alles gut, in der Praxis nicht zu. Es müsse daher darum gehen, die Aufgaben von Fachkräften in der stationären Pflege genau zu beschreiben. Er führt ergänzend an, dass aus Arbeitszeitanalysen ersichtlich werde, dass Fachkräfte zu einem Großteil ihrer Arbeitszeit dieselben Tätigkeiten wie Hilfskräfte ausübten. Dies sei nicht tragbar und müsse geändert werden. Aus diesem Grund werde eine klare Beschreibung dessen, was die

Aufgaben von Fachkräften in der Institution zwischen Steuerung, Handwerk und Interaktion seien, benötigt.

Herr Professor Klie empfiehlt, dass bei einem entsprechenden Nachweis der Tätigkeiten auch andere Personaleinsatzkonzepte realisiert und von den Aufsichtsbehörden mitverantwortlich getragen werden sollten. Dabei sollten auch andere Fachkräfte wie die der Hauswirtschaft und der sozialen Arbeit, die für die Einbindung von Institutionen in das soziale Umfeld von größter Bedeutung seien, einbezogen und als Fachkräfte zugelassen werden. Denn, so der Sachverständige weiter, die Fachkraftquote dürfe sich nicht nur auf Pflegefachkräfte, sondern müsse sich auch auf Hauswirtschaftsfachkräfte und möglicherweise Therapeuten und Sozialarbeiter beziehen.

Das Fachkräftekonzept zum Beispiel im Heimrecht müsse geöffnet werden, und zwar in der Differenzierung, die auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland dargelegt habe.

In Deutschland kenne man eine Fachkraftquote, die man formal anderswo gar nicht kenne. 50 Prozent der Beschäftigten in Betreuungszusammenhängen sollen Fachkräfte sein. Dabei sei noch nicht einmal richtig beschrieben, was diese tun sollten und wer sie seien. In diesem Punkt liege ein definitorisches Vakuum vor.

Der Sachverständige berichtet, dass die Fachkraftquote zustande gekommen sei, da man sich im Bundesrat während des Gesetzgebungsverfahrens irgendwann einmal habe einigen müssen. Es sei wichtig gewesen, dass man kurz vor Einführung der Pflegeversicherung in einer Verordnung überhaupt Fachlichkeit auf diese Weise geschaffen habe. Damals sei man sich völlig klar gewesen, dass dies eine Forderung sei, die symbolisch dokumentiere, dass auf Fachlichkeit gesetzt werde, dass jedoch inhaltlich nicht genau habe bestimmt werden können, was die Fachkräfte tun sollten, und es auch nicht quantifiziert habe werden können.

Der Sachverständige führt weiter aus, dass Deutschland berufsrechtlich absolut zurückhaltend sei, was die Berufsausübung von Professionen in diesem Bereich anbelange. Das Berufsrecht könne weder das Sozialrecht noch das Heimrecht oder das Ordnungsrecht ersetzen. Dann könnte man sie kontrollieren, aber man würde nicht beschreiben, was die Aufgabe sei. Das sei bei Ärzten und anderen Berufen anders. Das könne man am Ausland lernen, dort gebe es eine viel klarere berufsrechtliche und berufspolitische Verortung der Aufgaben von Fachkräften und Fachberufen im Gesundheitswesen.

So stelle sich auch das Ernstnehmen eines Konzepts, das sich wirklich auf Öffnung, auf Normalisierung und auf Wohnen konzentriere, dar. Mit einer klassischen freien Pflegeausrichtung sei dies nicht zu realisieren. Laut Herrn Professor Klie scheinen daher Konzepte angemessen zu sein, bei denen die Fachkräfte als ambulanter Dienst einer stationären Einrichtung organsiert würden. Sie kämen dann zu Besuch in die Wohnbereiche. Dort verantworteten Hauswirtschaftskräfte oder andere den Alltag, da diese es in der Regel besser und weniger klinisch als eine Pflegefachkraft, die hier möglicherweise ganz anders orientiert sei, organisierten.

Der Sachverständige hofft, dass sich das Land Baden-Württemberg nicht nur auf ein weiteres Modellprojekt konzentriere, in dem das, was bereits bekannt sei, noch einmal nachgespielt werde. Sondern, dass insgesamt das Signal gegeben werde: „Bitte Heimträger, öffnet euch auch für solche Ansätze, und wir unterstützen euch darin. Wir sind Ermöglichungsverwaltung und nicht Erledigungsverwaltung, die möglicherweise das behindert, was es an hochinteressanten Konzepten bundesweit und international gibt.“

**Berufsgruppenkonzept**

Der Sachverständige fordert, dass entsprechend den Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Optionen formuliert und mit Aufgaben, Funktionen sowie einer Finanzierung hinterlegt werden.

Ein klares Berufs- und Kompetenzprofil werde benötigt. Man habe es mit einem Ganzheitlichkeitssyndrom zu tun. Im Verstehen und Gestalten sei die Ganzheitlichkeit wichtig und unverzichtbar. Der ganze Mensch müsse in den Blick genommen werden, jedoch nicht im Alltagshandeln. Hier werde Ganzheitlichkeit durch Kooperation hergestellt und nicht dadurch, dass einer alles mache.

Herr Professor Klie führt weiter an, dass das Arbeitsfeld der Pflege weit sei. Es sei nicht nur Pflege im engeren Sinn. Aufgrund des zu erwartenden oder bereits regional vorhandenen Fachkräftemangels müsse das Berufsfeld geöffnet werden. Das Berufsfeld sei dabei viel offener, als es diskutiert werde. Pflege sei mehr als berufliche Pflege.

Es werde ein offenes Berufsgruppenkonzept benötigt. Dies erhöhe die Attraktivität des Arbeitsfelds.

Ein Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care sei landesrechtlich zu flankieren und zu qualifizieren. Hier seien Diskussionen notwendig, auch über die Differenzierung zwischen Cure und Care. Es werde diesbezüglich pflegewissenschaftlich gut diskutiert – ein Weiterkommen wäre notwendig.

Er berichtet weiter, dass Vorbehaltsaufgaben benötigt würden, die nicht nur tätigkeitsbezogen, sondern vor allem aufgabenbezogen formuliert sein sollten.

Die Selbstverantwortung und Autonomie der Pflegekräfte müsse gestärkt werden. Das sei die Voraussetzung für professionelle Pflege im Sinne von eigenverantwortlicher Pflege.

Sozialrechtlich sei ein Verordnungsrecht für Pflegekräfte notwendig, welches beispielsweise im Hilfsmittelsektor die Übertragung von Aufgaben, die „advanced“ sind, regelt.

In Modellprojekten würden von der Organisation eigenverantwortliche Zuordnungen von Aufgabenfeldern und klare Kooperationsregeln zwischen verschiedenen Berufsgruppen gemacht.

Es müsse auch die Durchlässigkeit zwischen den Gesundheitsberufen hinsichtlich der Ärzte geschaffen werden. Dies gehe, so der Sachverständige, gar nicht anders. Es gebe regional schon extrem wenige Ärzte, und bezogen auf den internationalen Vergleich herrsche hier diesbezüglich eine große Zurückhaltung.

**Aufstiegsmöglichkeiten**

Der Sachverständige führt aus, dass in Bezug auf Qualifizierungsoptionen in der Pflege nicht hinreichend Perspektiven geboten würden.

Die Steuerung, die Interaktion und das spezifische Handeln seien der Kern professionellen Handelns. Es brauche Differenzierungen und Spezialisierungen im Handwerk in Richtung Advanced Nurses, in der Steuerung in Bezug auf die verantwortliche Pflegekraft und in Richtung Case-Management und Funktionen, Management und PDL. Diese Differenzierungen müssten sich in entsprechenden Ausbildungsgängen auch in der Akademisierung abbilden. Dies täten sie bisher nicht, zumindest nicht hinreichend.

Es werde eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit benötigt. Das würde berufliche Mobilität fördern.

Nicht alle Auszubildenden seien von Anfang an erfolgreich, sondern würden es im Laufe des Lebens. Das sei gerade für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Perspektive.

Der deutsche Qualifizierungsrahmen könne diesbezüglich konsequent genutzt werden. In Bezug auf die Hochschule benennt Herr Professor Klie die Notwendigkeit der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bildungssektoren.

**Ausbildung**

Der Sachverständige legt in seinen Ausführungen dar, dass berufsrechtlich einheitliche Ausbildungsvorgaben gefragt seien.

Ob dies in einer einheitlichen Ausbildung gemacht werden solle, darüber könne diskutiert werden. Es müsse jedoch die unterschiedliche Herkunft der Pflegeberufe beachtet werden. Altenpflege habe soziologisch betrachtet eine völlig andere Herkunft als Kinderkrankenpflege. Es sei naiv zu glauben, man bekomme über eine einheitliche Ausbildung beide automatisch zusammen. Dazu gebe es auch empirische Untersuchungen.

**Akademisierung**

In Bezug auf die Akademisierung von Pflegekräften fordert der Sachverständige, es solle beschrieben werden, was eine Pflegefachkraft nach ihrem Bachelorabschluss oder nach ihrer dreijährigen Ausbildung tue, was ihr Aufgabenbereich sei – gegebenenfalls nach Feldern differenziert. Kinderkrankenpflege sei anders profiliert als Altenpflege, mit einem gemeinsamen Grundverständnis von Pflege; dies findet Herr Professor Klie politisch ausgesprochen bedeutsam. Er regt dabei an, zu fragen, welches Aufgabenprofil eine verantwortliche Pflegefachkraft im ambulanten Dienst habe. Das könne in einem Profil festgehalten werden, das eine andere Qualifikation voraussetzen werde als in anderen Tätigkeitsfeldern der Pflege.

Weiter geht er davon aus, dass für die komplexen Steuerungsaufgaben in der Pflege sowohl betrieblich als auch systemisch akademisierte Pflegekräfte benötigt würden. In Deutschland seien weniger als ein Prozent entsprechend qualifiziert, was im internationalen Vergleich einer sehr geringen Rate entspreche. In anderen Ländern seien es zehn Prozent. Der deutsche Sachverständigenrat fordere 10 bis 15 Prozent, mit klaren Aufgabenbeschreibungen. Es solle nicht passieren, dass eine Pflegekraft mit einem Hochschulabschluss dasselbe wie vorher tue. Dies sei nicht sinnvoll, da sich so keine Verantwortungsträger entwickeln würden.

Er fordert eine Entwicklung in Richtung der Akademisierung, einen Impuls zu sagen: Baden-Württemberg strebt einen vielleicht zehnprozentigen – die genaue Prozentzahl sei zunächst einmal egal – akademisierten Kreis von Pflegekräften an, die dann auch die Verantwortung übernehmen könnten, die bisher in die Einrichtungen immer nur hineinkontrolliert worden und nicht aus den Einrichtungen von den Professionellen selbst gekommen sei.

**Pflege und Gesellschaft**

Der Sachverständige berichtet, dass derzeit eine hochproblematische Diskussion um die Würde des Menschen geführt werde. Wenn dabei gesagt werde, es sei nicht mehr würdig, hochbetagt leben zu wollen, dann sei dies gewissermaßen das Eingeständnis einer Gesellschaft – das habe nichts mit Selbstbestimmung zu tun –, keine Antwort auf diese Sorgefragen zu haben. Insofern, so Herr Professor Klie, müsse für die Attraktivität dieses Handlungs- und Verantwortungsfelds und natürlich für die Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger, dieses wertzuschätzen, Sorge getragen werden.

Der Rückgang informeller Pflege provoziere den größten zusätzlichen Arbeitskräftebedarf. Das hätten sie errechnet. Es sei nicht der Fachkräftebedarf an Kliniken usw. Der größte quan-

titative Bedarf entstehe durch den Rückgang des informellen Pflegepotenzials, auch und gerade, weil in Baden-Württemberg ein hohes Bildungsniveau herrscht.

Bildung und Einkommen seien negative Prädiktoren für den Grad der häuslichen Versorgung. Je höher die Bildung sei, desto geringer sei die Bereitschaft, häusliche Pflege auf klassische Weise zu übernehmen.

**Personalgewinnung**

Für die Motivation des Arbeitsfelds werde früh der Grund gelegt. Der Sachverständige fragt, wer in „Berufe für Menschen“ gehe, und beantwortet diese Frage mit der Erkenntnis, dass dies oftmals diejenigen seien, die früh soziale Erfahrungen gemacht hätten. Es sei eines der zentralen Anliegen, früh jungen Menschen soziale Verantwortung zu vermitteln, denn anders werde es nicht möglich, in der Breite Verantwortungsträger für diese Berufe zu finden.

Imagekampagnen seien daher völlig verfehlt, wenn sie nicht berücksichtigten, dass es dabei um eine anthropologische Orientierung und eine Vorstellung von Gesellschaft gehe, in der jede Person als Mitverantwortlicher gefragt sei. Das sei für die regionale Rekrutierung von Pflegekräften und anderen höchst bedeutsam. Das könne auch empirisch nachgezeichnet werden.

Er empfiehlt als Strategie für Baden-Württemberg „Berufe für Menschen“, eine Strategie, welche auch in Richtung Öffentlichkeitsarbeit oder Kampagne gehen würde.

Strategische Kooperationen mit Agenturen für Arbeit und dem Bildungssektor seien regional nachweisbar. Es gebe Regionen, in denen so viele in die Pflege gehen, weil dort eine regional gute Arbeitsmarktpolitik für die Pflege vorhanden sei, so dass es dort auch keine Rekrutierungsprobleme gebe. Das hänge natürlich auch mit den Branchenkonkurrenzen zusammen, doch hier könne man viel tun.

**Bürokratie**

Der Sachverständige berichtet, dass Bürokratie ein Motivationskiller sondergleichen sei. Hier sei auch die Bundesebene verantwortlich. Vor allem seien jedoch die Träger verantwortlich, die einfach mitmachten, wenn jemand sage, was alles zu dokumentieren sei. Das sei toxisch.

Dokumentationsverpflichtungen hätten nichts mit Professionalität zu tun, sie zerstörten die Arbeitsmotivation und bänden Kräfte und Zeit.

Er fordert einen Bürokratieabbau unter Beteiligung der strukturierten Informationssammlung, was durch das BMG und Frau Beikirch unterstützt werde.

Administrative Bevormundung und Bürokratieschäden müssten vermieden werden.

Auch die Träger seien gefragt. Herr Professor Klie fordert eine konzertierte Zurückweisung sozialadministrativer Vorgaben, die Professionalität behindern. Hier sei die Managementebene letztlich auch Anwalt für die Professionalität der Pflegekräfte in den Institutionen.

**Qualitätsprüfungen**

In seinen Ausführungen regt der Sachverständige an, statt Pflegenoten etwas in Richtung Benchmark für Arbeitsbedingungen zu überlegen, was seiner Ansicht nach attraktiver sei. Weiter fordert er, dass die Standardbildung nicht wie bisher im Bereich SGB XI, sondern im IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) stattfinden solle.

**Finanzierung**

Der Sachverständige fordert leistungserbringungsrechtliche Rahmenbedingungen; diese seien zu qualifizieren. Das sei längst bekannt, jedoch werde es leider häufig nicht aufgegriffen.

**Pflegekammer**

Berufsständisch müssten die Fragen von Register und Kammer diskutiert werden.

#### 2.1.1.2.2 Thomas Reumann

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei nimmt er insbesondere auf die Personalausstattung Bezug. Weiter beschäftigt er sich mit den Anforderungen an ein zukünftiges Berufsgruppenkonzept für Pflegeberufe. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls die Themen Ausbildung und Personalgewinnung sowie die der Rolle von Prävention und Rehabilitation.

**Arbeitszeitmodelle**

Herr Reumann fordert in seinen Ausführungen familiengerechte und altersgerechte Arbeitsplätze. Diesbezüglich erläutert er, dass kleine Betriebsstrukturen der Einrichtungen und der Versorgungsauftrag rund um die Uhr dem Machbaren schnell Grenzen setzen würden. Gerade diese kleinen Betriebseinheiten benötigten, so Reumann, die Möglichkeit, kurzfristige Personalengpässe, zum Beispiel durch Krankheitsausfälle oder Schwangerschaften, durch externes Personal abzufedern, ohne dabei in Scheinselbständigkeitsproblematiken verwickelt zu werden.

Er sieht eine Möglichkeit des Einsatzes älterer Pflegefachkräfte in körperlich geringer belastenden Tätigkeiten, beispielsweise als koordinierende Präsenzkräfte, Qualitätsbeauftragte usw. Hierbei müsse eine Einrechnung in die Fachkraftquote möglich sein. Zu klären sei, wie bei solchen Arbeitsplätzen ein Lohnverlust vermieden werden könne.

**Kinderbetreuung**

Der Sachverständige fordert eine gute Infrastruktur für Kinderbetreuung, auch im Rahmen von Schichtarbeit, sowie eine gezielte Förderung für die Nachtbetreuung von Kindern.

**Teilzeit**

Weiter fordert er passgenaue Teilzeitmodelle im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten.

**Personalausstattung**

Laut Reumann müssten die Träger in die Lage versetzt werden, ausreichend Personal einzustellen und dieses refinanziert zu bekommen. Er fordert die Ermöglichung zur Anstellung von mehr Personal, um den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung tragen zu können. Er führt an, dass die Personalschlüssel an die Versorgungsrealitäten angepasst werden müssten. Ein starrer Personalbedarfsschlüssel löse dabei die Probleme nicht. 45 Prozent der Häuser hätten bereits jetzt Probleme, entsprechende Fachkräfte zu gewinnen. Es müsse ein entsprechender Fachkräftemix genutzt werden. Dabei müsse geklärt werden, was die Aufgabe einer ausgebildeten Pflegefachkraft sei und was durch Assistenzkräfte abgebildet werden könne. Der Sachverständige legt dar, dass Baden-Württemberg bislang im Bundesvergleich gute Personalschlüssel habe. Daher könne Baden-Württemberg an einer bundeseinheitlichen Festlegung in der stationären Altenhilfe kein Interesse haben. Bezogen auf die Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhausbereich führt Reumann an, dass in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren kein Personal abgebaut worden sei. Im Bundesvergleich beschäftigten die Kran-

kenhäuser in Baden-Württemberg sogar 5 Prozent mehr Pflegepersonal. Die Einführung bundeseinheitlicher Personalvorgaben werde deshalb nicht befürwortet.

**Fachkraftquote**

An der Fachkraftquote kritisiert der Sachverständige, dass diese die Art der Qualifikation unberücksichtigt lasse und sich nicht am realen Versorgungsbedarf der Heimbewohner orientiere. Dies habe zur Folge, dass auf der einen Seite Probleme zu Lasten der Pflegebedürftigen, anderseits aber auch der Versicherten drohten. Er regt an, im weiteren Verlauf der Enquetekommission die entsprechenden Anregungen des Sachverständigenrats zu einer differenzierten bedarfs- und prozessbezogenen Beurteilung des Personalbedarfs und zu einem geeigneten Fachkräftemix in die Diskussionen einzubeziehen.

**Berufsgruppenkonzept**

Der Sachverständige beschäftigt sich im Folgenden mit der Arbeitsorganisation in Unternehmen. Dabei führt er an, dass gute Arbeit in der Pflege voraussetze, dass bestehende Organisationsstrukturen auf den Prüfstand gestellt würden. Dabei stelle sich die Frage, wie die zu erledigenden Aufgaben zukünftig auf die unterschiedlichen Berufsgruppen verteilt und welche Qualifikationen benötigt würden. Er stellt die Frage, wie die Zusammenarbeit von Pflegefachkräften und Assistenzkräften gestaltet werden könne. Im Weiteren geht der Sachverständige darauf ein, dass Veränderungen von Versorgungsformen und Konzepten auch die Aufgaben veränderten. Profile anderer Professionen würden daher sicherlich umso bedeutender. Am Ende, so Reumann, werde es um die Balance einer Spezialisierung auf der einen Seite und einer ganzheitlichen Betrachtung auf der anderen Seite gehen.

Wichtig sei dabei, dass Qualifikationen und Organisationsstrukturen Hand in Hand gemeinsam fortentwickelt werden müssten. Exemplarisch führt er ambulant betreute Wohngruppen an. In diesem Bereich werde zunehmend zwischen zuwendender Betreuung und Grundversorgung einerseits und medizinischer Pflege andererseits unterschieden, was das bisher eher ganzheitliche Pflegeverständnis in der Altenpflege in Frage stelle. Organisatorisch müsse das Zusammenspiel der unterschiedlichen Versorgungskräfte abgestimmt werden. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, hauswirtschaftliche Kräfte, Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter, Betreuungsassistenz, sozialpädagogische Fachkräfte und weitere Berufsgruppen müssten die Versorgung der Pflegebedürftigen organisieren. Berufsrechtlich, leistungsrechtlich und ordnungsrechtlich sei eine klare Weichenstellung erforderlich, in welche Richtung sich die professionelle Pflege in Deutschland entwickeln soll.

Herr Reumann fordert, sich von der derzeitigen Hierarchisierung in der Pflege zu verabschieden.

Die vorhandenen Ressourcen müssten möglichst effizient eingesetzt werden.

**Aufstiegsmöglichkeiten**

Herr Reumann legt dar, dass die Weiterqualifizierung der Mitarbeiterschaft in den Einrichtungen wichtig sei. Dazu zähle auch die Möglichkeit, sich beruflich fortzuentwickeln (Aufstiegsmöglichkeiten).

**Ausbildung**

Gute Arbeit in der Pflege setze gute und zielgerichtete Ausbildung voraus, so Reumann. Es sei daher ein sehr bedeutsames Thema, wie die „generalistische Ausbildung“ in der Pflege ausgestaltet werde. Für die Altenpflege sei es essentiell wichtig, dass schon in der Ausbildung klare Schwerpunkte gesetzt würden. Seinen Ausführungen zufolge wäre es ideal, wenn es eine gemeinsame Grundausbildung mit anschließender Spezialisierung in der Alten-, in der Kranken- und in der Kinderkrankenpflege geben würde.

Im Sinne einer Durchlässigkeit des Bildungssystems solle insbesondere darauf geachtet werden, dass die Ausbildung in Helfer- und Assistenzberufen in der Pflege anschlussfähig bleibe. Die Pflegeausbildung müsse auch als zweijährige Ergänzung zur einjährigen Pflegehilfeausbildung absolvierbar sein. Er schlägt hierzu einen modularen Aufbau vor.

Für eine gute Ausbildung unverzichtbar sei des Weiteren, dass die Einrichtungen die Kosten für die Praxisanleitung in den Betrieben finanziert bekämen.

**Akademisierung**

Der Sachverständige schlägt vor, das Thema Akademisierung mit Augenmaß voranzubringen. Akademisierung könne Chancen eröffnen, da das Berufsbild aufgewertet würde und weitere Bevölkerungsgruppen für die Pflege erschlossen werden könnten. Andererseits seien Mitarbeiter, die konkrete Pflegetätigkeiten ausführen und Betreuung wahrnehmen, ebenso wichtig.

**Pflege und Gesellschaft**

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen ebenfalls mit dem Thema Pflege und Gesellschaft. Er führt an, dass es sich bei den Fragestellungen der Enquetekommission nicht nur um die Frage, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden könnten, drehe, sondern auch darum, wie ein gesellschaftlicher Wertewandel eingeleitet werden könne.

Diesbezüglich stellt er dar, dass es eine veränderte Wahrnehmung der älteren Menschen in unserer Kultur, in unserer Gesellschaft gebe. Diese gehe einher mit dem Verlust der angesehenen Stellung alter Menschen in unserer Gesellschaft. Es drehe sich auch um die Veränderung einer gesellschaftlichen Haltung alten, kranken Menschen gegenüber. Einen Lösungsansatz sieht der Sachverständige darin, dass die Kontakte mit und die Unterstützung von alten Menschen als selbstverständliche Aufgabe in die Verantwortung der jungen Generation und der jungen Menschen implementiert werden müsse.

Ebenso sei das Geschlechterverständnis der Gesellschaft einem Wandel unterzogen. Frauen ließen sich nicht mehr auf das traditionelle Pflegen bzw. eine erzieherische, sorgende Tätigkeit reduzieren. Auf der anderen Seite sei das Interesse der Männer, entsprechende Pflegeberufe und soziale Berufe zu ergreifen, nicht in demselben Ausmaß gestiegen.

**Personalgewinnung**

Zur Frage der Personalgewinnung möchte der Sachverständige die Arbeit der Enquetekommission mit wichtigen Fragestellungen anregen. Dabei stellt er beispielsweise die Frage, wie mit Hauptschülern und Migranten der Bedarf an Pflegekräften gedeckt werden könne. Weiter fragt er, wie Pflegende durch modulare Ausbildungsbausteine zu Fachkräften qualifiziert werden könnten. Er führt an, dass das für die „Gewinnung von Wiedereinsteiger(innen)“, auch nach der Familienphase, ein wichtiges Thema sei, und resümiert, dass gute Arbeit in der Pflege eine kreative Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Personalakquise voraussetze.

Herr Reumann sieht in Bezug auf die Personalgewinnung die Möglichkeit der Anwerbung ausländischer Personen und Flüchtlingen. Er gibt an, dass diesbezüglich im Ausländerrecht einiges zu tun sei. Weiter müssten die aufenthalts- und beschäftigungsrechtlichen Rahmenbedingungen verbessert werden. Exemplarisch nennt er die Weiterqualifizierung der Mitarbeitenden in Einrichtungen beziehungsweise Aufstiegsmöglichkeiten.

**Bürokratie**

Der Sachverständige fordert, dass das Maß an Bürokratie auf das notwendige Maß reduziert wird. Er begrüße deshalb das Vorhaben der Bundesregierung, den ressourcenbindenden Aufwand bei der Pflegedokumentation zu reduzieren.

**Qualitätsprüfungen**

In seinen Ausführungen zum Thema Qualitätsprüfungen legt der Sachverständige dar, dass im Landkreis Reutlingen die Abstimmung zwischen Heimaufsicht und MDK gut funktioniere. Er konkretisiert, dass die Prüfungen nicht kurz aufeinander erfolgen sollten. Das sei nicht zufriedenstellend und rufe Unmut in den Einrichtungen hervor. Herr Reumann veranschaulicht, dass, wenn die Prüfungen von MDK und Heimaufsicht in enger Abstimmung gemacht würden, Doppelprüfungen obsolet seien. Es sei dann eine begleitende Heimaufsicht. Mit diesem Modell hätten sie sehr gute Erfahrungen gemacht.

**Finanzierung**

Der Sachverständige berichtet, dass er sich über den Beschluss des Pflegestärkungsgesetzes freue. Derzeit schrieben ca. 40 Prozent der Häuser nach dem BWKG-Indikator rote Zahlen. Dies sei bedingt durch die Finanzierungslücke zwischen Tarifsteigerungen auf der einen Seite und Pflegesatzsteigerungen auf der anderen Seite. Reumann fordert, dass die Tarifsteigerungen nicht nur im Bereich der Pflegeeinrichtungen, sondern auch im DRG-System abgebildet werden müssten.

**Prävention und Rehabilitation**

In seinen Ausführungen geht der Sachverständige darauf ein, dass gute Arbeit in der Pflege die Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit voraussetze. Weiter werbe er dafür, dass auch dem Thema „Geriatrische Rehabilitation“ und überhaupt dem Thema Rehabilitation wesentlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werde. Der Ausbau ambulanter Reha-Angebote für den häuslichen Bereich und für die Pflegeheime sei zu unterstützen. Um weiterhin geriatrische Rehabilitation zu ermöglichen, müsse die Finanzierung überdacht werden. 76 Prozent der Einrichtungen schrieben rote Zahlen. Die Struktur müsse erhalten bleiben, sie sei derzeit jedoch gefährdet.

**Ehrenamt**

Das ehrenamtliche Engagement müsse ausgebaut werden, fordert Herr Reumann. Dazu müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dies ermöglichen würden.

**Sektorengrenzen**

Der Sachverständige sieht einen großen Bedarf, dass aufgrund der gesellschaftlichen und politischen Veränderungen in Zukunft noch viel mehr über weit gespannte Präventionsnetze, gesundheitsfördernde Netze und Versorgungsnetze gesprochen werden müsse. Des Weiteren müssten sektorenübergreifende Modelle unter Beteiligung der stationären Pflegeeinrichtungen implementiert werden.

#### 2.1.1.2.3 Ernst Olbricht

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei nimmt er ins besondere auf die Arbeitsbelastung Bezug. Weiter beschäftigt er sich mit den Anforderungen an Arbeitszeitmodelle für Pflegeberufe. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls die Themen Karrierewege und Personalgewinnung sowie die Rolle der Vergütung.

**Arbeitsbelastung**

Der Sachverständige legt dar, dass sich der Patientendurchlauf seit Einführung der DRG massiv erhöht habe. Diagnosestellung und Therapie finde in der Klinik statt, die Genesung jedoch entweder zu Hause oder in einem Pflegeheim.

Insbesondere im Klinikbereich sei ein hoher Patientendurchlauf zu beobachten. Dabei, so Herr Olbricht, seien immer mehr multimorbide Patienten zu versorgen. Ebenso finde immer mehr Diagnostik statt, welche einen großen Anteil an Vor- und Nachbereitung beinhalte. Der Sachverständige führt weiter an, dass der Anteil an dementiell veränderten Menschen, die in Kliniken versorgt werden müssten, wachse.

Bei den zunehmenden Belastungen im Altenhilfebereich nennt er übergeordnete Aufgaben, die immer mehr eingefordert würden – auch von staatlichen Stellen (zum Beispiel: Mentoren, PDL, Hygienefachkraft, Stationsleitung, Pflegeexperte, Qualitätsmanagement). Diese Stellenanteile, so Herr Olbricht, würden der direkten Pflegearbeit entzogen. Dies führe zu einer klaren Verdichtung und Kürzung der Pflege beim Menschen.

Er berichtet, dass auch im ambulanten Bereich immer mehr Administrationsarbeit zu leisten sei. Dies solle seiner Ansicht nach entsprechend honoriert werden.

Der Sachverständige sieht einen großen Teil der Arbeitsbelastung verursacht durch die körperliche Arbeit in der Pflege. Er fordert, Präventionsmaßnahmen als ein Teil der Arbeitszeit zu sehen. Ebenso berichtet er, dass viele Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege einen früheren abschlagfreien Rentenbeginn begrüßen würden.

Neben den körperlichen Belastungen seien auch psychische Belastungen in Pflege und Betreuung immens groß und könnten nicht immer vermieden werden. Diese Belastungen müssten durch Supervisionen und andere geeignete Maßnahmen aufgefangen werden. Auch diese Maßnahmen sollten laut Herr Olbricht als fixer Bestanteil der Arbeit sowie als Arbeitszeit anerkannt werden. Burnout müsse verhindert werden, so seine Forderung.

**Arbeitszeitmodelle**

Bei seinen Ausführungen zu Arbeitszeitmodellen in der Pflege erörtert der Sachverständige zunächst, dass Pflege bekanntermaßen ein 3-Schicht-Betrieb sei. Nichtsdestotrotz habe es in den letzten Jahren genügend kreative Lösungen für eine menschen- und familienfreundliche Arbeitszeit gegeben. Diese sollten flächendeckend eingeführt werden, so seine Forderung. Arbeitszeiten außerhalb der Kernzeit, ebenso Arbeit an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und die Nachtarbeit sollten laut Herrn Olbricht besser honoriert werden. Ebenso schlägt er vor, Pflegende sollten ab einem bestimmten Alter in ein 2-Schichtsystem wechseln können.

Die Zuhilfenahme selbständiger Pflegefachpersonen sieht Herr Olbricht als das allerletzte Mittel, um Personalengpässe auszugleichen. Er führt aus, dass viele der selbstständigen Pflegefachpersonen nicht länger unter den vorherrschenden Arbeitsbedingungen arbeiten wollten und sich daher selbstständig machten. Für die Einrichtungen sei dies eine sehr teure Variante. Weiter schlussfolgert der Sachverständige, dass sich jede Pflegefachperson verhöhnt vorkommen müsse, wenn selbstständigen Pflegefachpersonen in Einrichtungen das doppelte Entgelt gezahlt werde.

Ein Risiko sieht Herr Olbricht darin, dass trotz guter Präventionsmaßnahmen in den nächsten Jahren viele erfahrene Pflegefachpersonen in Rente gehen und somit ein Wissensvakuum in den Einrichtungen hinterlassen würden.

**Dienstplan**

Der Dienstplan solle, so Herr Olbricht, ein verlässliches Instrumentarium sein und dürfe nicht schon am Monatsanfang Makulatur sein.

Nach den Vorstellungen des Sachverständigen sollten Überstunden eigentlich nicht anfallen, falls doch, sei ein Freizeitausgleich anzustreben. Aufschläge müssten gezahlt werden.

**Kinderbetreuung**

Herr Olbricht fordert, dass die Arbeitgeber Kinderbetreuungsmöglichkeiten aktiv anbieten sollten, unabhängig von der Größe der Einrichtung.

**Teilzeit**

Teilzeitarbeit habe in den letzten Jahren überproportional zugenommen. Es gebe viele Gründe für Teilzeitarbeit. Einrichtungen stellten keine Vollzeitmitarbeiter ein, um Mehrarbeitszuschläge nach Tarif zu vermeiden oder Ausfälle besser abfangen zu können. Der Sachverständige führt weiter aus, dass bei manchen Kolleginnen und Kollegen auch familiäre Gründe im Vordergrund ständen. Es sei immer häufiger der Fall, dass Pflegende sich den vorherrschenden Arbeitsbedingungen nicht länger unterwerfen wollten.

Der Sachverständige geht dann der Frage der Familienfreundlichkeit von Teilzeitarbeit nach. Er schlussfolgert, dass Dienstzeiten in der Pflege niemals familienfreundlich seien. Es gebe jedoch bestimmte Konstellationen, in denen Teilzeitarbeit als Wiedereinstieg in den Beruf anzusehen sei.

Er kritisiert, dass immer mehr teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte einen weiteren Minijob ausübten. Dies müssten sie meist in anderen Pflegeeinrichtungen tun.

**Vergütung**

Der Sachverständige fordert eine ordentliche Entlohnung für Pflegekräfte. Als Maßstab benennt er, eine mehrköpfige Familie solle durch das Einkommen leben können. Er fügt hinzu, die Löhne sollten auf das Niveau der Metallindustrie angehoben werden.

**Führungsstil**

Ein besonderes Augenmerk sei auf die Tragfähigkeit des Teams zu richten, denn mit ihm stehe und falle die Arbeit.

**Personalausstattung**

Auf welchen Grundlagen die Personalanhaltszahlen berechnet und umgesetzt würden, sei in erster Linie nicht entscheidend, referiert der Sachverständige; wichtiger sei, dass die Willkür der Träger, im Klinikbereich Personalkosten so zu verteilen, wie es gerade gut erscheint, beendet werde. Im Altenhilfebereich gebe es Korridorzahlen; diese gelte es im Sinne einer guten Pflege am Menschen voll auszuschöpfen.

Er führt weiter aus, dass ein Trend spürbar sei, dass einige Träger versuchten, durch Einsparungen, speziell im Personalbereich, ihren Gewinn zu steigern. Dies sei ein Frevel an den zu betreuenden Personen und an den Arbeitenden in den Einrichtungen.

Herr Olbricht fordert, es dürfe keine Auslagerung von Tätigkeiten in Tochterunternehmen stattfinden.

**Fachkraftquote**

In seinen Ausführungen zu der gesetzlich festgelegten Fachkraftquote fordert er, dass diese nicht zu unterlaufen sei.

Weiter legt er dar, dass pflegefremde Tätigkeiten immer häufiger auf Auxiliarkräfte (Servicekräfte, Hol- und Bringdienst, Stationssekretärinnen usw.) verlagert, die Stellenanteile dafür jedoch aus den Stellenplänen der Pflege entnommen würden. Das solle vermieden werden.

Betreuen könne auch nicht jeder; deshalb seien Aus-, Fort- und Weiterbildung insbesondere bei Betreuungspersonen für Demenzbetroffene wichtig.

**Karrierewege**

In seinen weiteren Ausführungen widmet sich der Sachverständige der Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung in der Pflege. Karriere könne bisher nur in vertikaler Richtung gemacht werden. Dies bedeute: Aufstieg zur stellvertretenden Stations-/Wohnbereichsleitung, dann Stations-/Wohnbereichsleitung, dann stellvertretende Pflegedienstleitung und dann Pflegedienstleitung. Manche Pflegenden entwickelten sich zu Pflegepädagogen weiter.

Wichtig wäre, so der Sachverständige, eine Karriere auch in die Fachlichkeit; also der Verbleib am Bett, beim Bewohner, bei Patienten. Dies gebe es bislang nicht in dem Ausmaß, wie es seiner Ansicht nach sein sollte.

Er plädiert dafür, in die Zukunft zu investieren, um Pflegewissenschaft und Pflegepraxis zusammenzubringen.

In seinen Ausführungen schildert er, dass auch nicht akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte eine fachliche Weiterbildung benötigen würden, damit sie weiter in der Pflege arbeiten könnten.

**Ausbildung**

Die generalistische Ausbildung bezeichnet der Sachverständige als Grundvoraussetzung für eine solide Pflegearbeit.

Fort- und Weiterbildung sei als lebenslanges Lernen zu verstehen und daher vom Arbeitgeber vollständig zu unterstützen, weil nur dann die geforderte hochwertige Arbeit zu leisten sei.

**Akademisierung**

Herr Olbricht plädiert in seinen Ausführungen zur Akademisierung der Pflege für einen Akademisierungsgrad von bis zu 20 Prozent.

**Pflege und Gesellschaft**

Die Anzahl multimorbider Menschen werde noch mehr zunehmen, prognostiziert der Sachverständige. Er gibt zu bedenken, dass auch diese eine ordentliche, anständige, menschenwürdige und ganzheitliche Pflege und Betreuung erwarteten.

**Personalgewinnung**

Das Image der Pflege müsse mit ordentlichen und anständigen Arbeitsbedingungen gehoben werden, erst dann werde die Pflegearbeit zu einer attraktiven Arbeit.

Pflegefachpersonen aus dem Ausland seien als Menschen immer willkommen. Der Sachverständige plädiert jedoch dafür, die Arbeitsbedingungen zu verbessern; dann würden keine Pflegefachpersonen aus dem Ausland benötigt, da dann genügend Pflegende für den Beruf

gewonnen werden könnten. Ebenso werde die Abwanderung von deutschen Pflegefachpersonen in das nahe Ausland gestoppt werden, so seine Prognose. Falls dennoch Pflegefachpersonen aus dem Ausland eingestellt werden sollten, sei die Sprache eine große Hürde. Sprache sei jedoch der Schlüssel zum anderen Menschen, und dies speziell in Pflege und Betreuung. Er gibt zu bedenken, dass dem WHO-Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften Rechnung zu tragen sei, da die Bundesregierung sich dazu verpflichtet habe.

**Bürokratie**

Die Ansätze von Frau Beikirch müssten weiterverfolgt und in die Praxis umgesetzt werden. 40 Prozent der Arbeitszeit einer Pflegefachperson seien administrative Arbeiten, es gebe Erhebungen, die dies belegen. Exemplarisch gibt Herr Olbricht die Vielzahl an Protokollen und Formularen, die täglich auszufüllen seien, zu bedenken.

**Finanzierung**

Der Sachverständige vertritt in seinen Ausführungen den Standpunkt, dass die Kassen ihren Versicherten dienen müssten und daher eine ordentliche Bezahlung der geleisteten Pflege- und Betreuungsarbeit gewährleisten sollten.

**Ehrenamt**

Herr Olbricht berichtet, es seien sehr viele ehrenamtliche Helfer in den Altenhilfeeinrichtungen unterwegs; diese sollten jedoch keinesfalls die hauptamtlichen Pflegekräfte ersetzen. Die zwischenmenschliche Beziehungsarbeit sei ein Hauptfeld der ehrenamtlichen Helfer. Eine Überforderung müsse dabei vermieden werden, daher seien Schulungen notwendig.

**Pflegekammer**

Eine Pflegekammer hielten er und sein Berufsverband sowie andere Berufsverbände für eine notwendige Einrichtung.

#### 2.1.1.2.4 Prof. Dr. med. Volker Köllner

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei beschäftigt er sich ins besondere mit dem Berufsverbleib von Pflegekräften. Weiter befasst er sich mit den Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls das Thema Ausbildung.

**Berufsverbleib**

Herr Professor Köllner berichtet, dass das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf, gerade aus gesundheitlichen Gründen, ein Problem sei. Weiter führt er an, dass von den Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die eine berufliche Wiedereingliederung machten, nach fünf Jahren weniger als 60 Prozent weiterhin im Beruf verweilten. Dies sei eine schlechte Zahl.

Über 70 Prozent der Beschäftigten würden die Frage: „Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können?“, mit „Nein“ beantworten. Er schlussfolgert, dass dies ein Prädiktor dafür sei, dass es dann auch so komme.

In Deutschland gebe es sehr gute Versorgungsangebote zur seelischen Gesundheit, so der Sachverständige. Jedoch seien die Angebote nicht gut vernetzt und würden oft zu spät eingesetzt. Aus seiner Berufspraxis berichtet er, dass, bevor Pflegekräfte zu ihm in die Klinik kämen, über 50 Prozent von diesen bereits auf eine Arbeitsunfähigkeit von über 3 Monaten, oft über 6 Monaten zurückblickten. Damit gehörten sie laut Herr Professor Köllner zu einer sozialmedizinischen Risikogruppe. Er führt weiter an, dass die Prognose des Erhalts der Berufsfä-

higkeit wesentlich besser sei, wenn eine frühzeitige Behandlung möglich wäre. Er schlussfolgert, dass man derzeit zu langsam sei, um die guten Instrumente, die vorhanden seien, einzusetzen.

**Arbeitsbelastung**

In seinen Ausführungen zu den unterschiedlichen Arbeitsbelastungen der Pflegeberufe widmet sich Herr Professor Köllner mehreren Belastungsfaktoren. Er berichtet, dass viele Pflegende Schwierigkeiten hätten, sich von der Arbeit abzugrenzen. Dies resultiere aus einer hohen Identifikation der Pflegekräfte mit ihrem Beruf. Paradoxerweise sei diese eigentlich gesundheitsförderlich. Werde der Beruf als sinnvoll erlebt, sei dies grundsätzlich ein gesundheitsförderlicher Faktor. Bei schlechten Arbeitsbedingungen könne dies jedoch zum Problem werden, da dann eine Abgrenzung gegen die schlechteren Arbeitsbedingungen ausbleibe.

Als weiteren Faktor benennt der Sachverständige, dass es Pflegenden schwerfalle, nicht für andere Pflegekräfte einzuspringen und deren Dienst zu übernehmen, da sie wüssten, dass leidende Menschen dann unversorgt seien. So komme es zu langen Arbeitszeiten ohne Pausen und zu Überstunden mit der Folge einer erhöhten Morbidität.

Schichtarbeit stehe an erster Stelle der Belastungsfaktoren und sei sowohl eine psychische als auch physische Belastung, die mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behaftet sei.

Weiter nennt er Überstunden und das Einspringen an freien Tagen als Belastung für Pflegende. Das mache die Arbeitszeit nicht planbar und verhindere notwendige Erholungspausen.

In seiner Klinik habe er Pflegekräfte, die fünf oder sechs Wochen ohne einen einzigen freien Tag durchgearbeitet hätten, in Behandlung.

Die Taktung von Arbeitsschritten wie in der Industrie erhöhe zudem die psychischen Belastungen. Dass bestimmte Prozesse zum Teil mit der Stoppuhr bemessen würden, erhöhe den Druck. Die Pflegekräfte brauchten eigentlich Zeit, um individuell auf die Patienten und Bewohner einzugehen, ihnen zuzuhören, ihre Sorgen ernst zu nehmen, schildert der Sachverständige. Durch die zunehmende Spezialisierung fielen zusammenhängende Zeitabschnitte und das Kennenlernen weg. Exemplarisch benennt Herr Professor Köllner die Verteilung, Hilfestellung und Beratung bei den unterschiedlichen Mahlzeiten, bei denen die einzelnen Arbeitsschritte häufig von unterschiedlichen Personen durchgeführt würden.

Einen weiteren Belastungsfaktor führt der Sachverständige auf die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern zurück. Diese würden die psychische Belastung der Pflegenden ebenfalls erhöhen. Es werde zwar angeführt, dass kein Personal abgebaut worden sei, jedoch müssten in der gleichen Taktzahl eine größere Anzahl an Patienten versorgt werden. Dies erhöhe den Druck und Pflegende müssten sich psychisch immer wieder auf neue Personen, neue Sorgen, auf neue Probleme einstellen, was einer Arbeitsverdichtung gleichkomme.

Das Miterleben von Leid sei laut Herr Dr. Köllner ebenfalls eine Belastung. Pflegende seien hier zum Beispiel im Gegensatz zu Rettungssanitätern wenig beforscht. Es würden zum einen indirekte Traumatisierungen wie zum Beispiel das Erleben eines qualvollen Todes oder einer entstellenden Verletzung, zum anderen direkte Traumatisierungen wie schwere Angriffe durch verwirrte oder demente Patienten bzw. Bewohner auftreten. Er schildert, dass Pflegende, die mit diesen Belastungen alleingelassen würden, in der Folge zum Teil das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigen würden.

Der Sachverständige stellt in seinen Ausführungen dar, dass es in den letzten 20 Jahren eine Verdoppelung der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Störungen bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand gegeben habe. Psychosomatische und psychische Krankheitsbilder seien inzwischen die häufigste Ursache für ein gesundheitsbedingtes vorzeitiges

Ausscheiden aus dem Beruf. Pflegeberufe seien genauso stark betroffen wie alle anderen Berufe auch.

Zu den Folgen der Arbeitsbelastung berichtet Herr Professor Köllner, dass 2010 mehr Menschen wegen psychischer Störungen vorzeitig berentet worden seien als wegen orthopädischer Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischer Erkrankungen zusammengenommen. Über die Hälfte des vorzeitigen Ausscheidens erkläre sich über psychische Gründe. Er schlussfolgert, dass dies bei einer Diskussion über den Fachkräftemangel ein wichtiger Punkt, ein zentrales Problemfeld sei.

Der Sachverständige untermauert seine Beispiele anhand des TK-Gesundheitsreports 2011. Während Beschäftigte in Deutschland 2010 laut TK statistisch gesehen 12,3 Tage krankgeschrieben seien, seien Beschäftigte in der Krankenpflege und Geburtshilfe mit durchschnittlich 17,5 Tagen deutlich länger arbeitsunfähig. Noch höhere Fehlzeiten seien mit 22,6 Tagen pro Kopf unter Krankenpflegehelfern verzeichnet worden.

Wichtig sei es, berufliche Problemlagen rechtzeitig zu erkennen. Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung müssten die psychische Gesundheit gerade im Pflegebereich zwingend mit erfassen. Ein Monitoring könne helfen, sowohl Krankenstände insgesamt, aber auch die psychischen Belastungen zu erfassen, um eingreifen zu können, bevor die Pflegekräfte aus dem Beruf ausschieden.

Im Pflegebereich gebe es das Phänomen des Präsentismus. Die Leute schleppten sich zur Arbeit, auch wenn es ihnen relativ schlecht gehe. Wenn sie dann ausfielen, komme es zu besonders langen Krankheitszeiten, so der Sachverständige. Oft gehe es so weit, dass sie nicht mehr in den Beruf zurückkehren könnten. Hier sei es wichtig einzugreifen, bevor am Ende die Berufsunfähigkeit stehe.

Herr Professor Köllner schlägt vor, dass therapeutische Angebote vernetzt und so gestaltet werden, dass Pflegekräfte niederschwellig daran teilnehmen könnten. Es sei sehr schwer, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu bekommen. Insbesondere bei Arbeit in Schichtarbeit sei es nahezu unmöglich. In der Automobilindustrie gebe es gute Beispiele, dass über die Kooperation mit Anbietern im Gesundheitsbereich das Problem gelöst werden könne. Das müsse auch in der Pflege gelingen, fordert der Sachverständige.

Die Unternehmen seien für die Arbeitsbedingungen verantwortlich. Sie müssten Gesundheitsgefährdungen abwenden, entsprechende Gefährdungsbeurteilungen, aber auch entsprechende Angebote wie qualifizierte Supervision vornehmen. Diese Angebote fehlten oft völlig, bemängelt der Sachverständige. Er schließt an, dass die Träger jedoch auch finanziell in die Lage versetzt werden müssten, entsprechende Angebote vorzuhalten, denn durch diese würden zusätzliche Kosten entstehen.

**Ausbildung**

Herr Professor Köllner berichtet, dass es Hinweise gebe, dass die schlechte Abgrenzungsfähigkeit von Menschen, die einen sozialen Beruf ergreifen, teilweise als Persönlichkeitsmerkmal mitgebracht oder zumindest früh in der Sozialisation erworben werde. In diesem Zusammenhang müssten prophylaktische Maßnahmen aufgegriffen werden, so seine Schlussfolgerung. Schon in der Ausbildung müssten Themen wie: eigene Grenzen zu respektieren oder sich vor Burn-out zu schützen, aufgegriffen werden. Die zukünftigen Pflegekräfte müssten gestärkt werden, damit diese Ressource nicht zur Achillesferse werde, so seine Forderung. Es gebe Konzepte dafür.

Zu bedenken gibt der Sachverständige, dass Leute, die in das Gesundheitswesen gehen, nicht denken dürften, sie seien unverwundbar oder sie hätten unbegrenzte Ressourcen. Darin sieht Herr Professor Köllner auch eine gesellschaftliche Verantwortung. Als politische Einflussmöglichkeiten nennt er die Gestaltung von Curricula und Lehrplänen.

#### 2.1.1.2.5 Herbert Weisbrod-Frey

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei nimmt er insbesondere auf die bestehenden Arbeitszeitmodelle und die damit verbundenen Themen wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Teilzeitarbeit Bezug. Weiter beschäftigt er sich mit der Vergütung der Pflegeberufe. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls die Themen Personalausstattung sowie die Praxisanleitung in der Ausbildung.

**Berufsverbleib**

Bei seinen Ausführungen zum Berufsverbleib von Pflegekräften bezieht sich der Sachverständige auf den DGB-Index, welcher zeige, dass die Quote derer, die sich nicht vorstellen könnten, bis zur Rente im Beruf zu bleiben, von 51 Prozent im Jahr 2008 auf 74 Prozent gestiegen sei.

**Arbeitsbelastung**

Der Sachverständige geht davon aus, dass durch eine deutliche Senkung des Arbeitsdrucks weitere Beschäftigte für die Pflege gewonnen werden könnten.

Er fordert ein betriebliches Gesundheitsmanagement, um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern. Hier sei in Baden-Württemberg mit dem Projekt „KoBrA“ in Kooperation mit den Berufsgenossenschaften bereits etwas Gutes vorangebracht worden. Dabei komme die Gefährdungsbeurteilung als modernes Instrument zum Zuge.

**Arbeitszeitmodelle**

Der Sachverständige fordert, dass in der ambulanten Pflege so viel Personal zu refinanzieren sei, dass prekäre Arbeit und prekäre Arbeitszeiten, wie zum Beispiel geteilte Dienste oder die Nichtanrechnung der Fahrzeit zwischen zwei Patientenbesuchen, endgültig der Vergangenheit angehören würden.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sei Voraussetzung für einen langfristigen Verbleib im Beruf. Daher müssten Dienstpläne verlässlich sein, so Herr Weisbrod-Frey. Des Weiteren werde ein Ausgleich von Arbeitsspitzen benötigt.

Das Fehlen von über 20.000 Vollzeitkräften führe im Zusammenspiel mit einem hohen Krankenstand dazu, dass nur durch eine zu hohe Teilzeitquote (Zwangsteilzeitquote) genügend Personal vorhanden sei. Insgesamt liege die Teilzeitquote bei über 70 Prozent.[1] Das sei mehr als in anderen Berufen, auch weit mehr als in den Krankenhäusern.

Rund 20 Prozent der Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen würden, so der Sachverständige, lieber in Vollzeit arbeiten. Diese Kräfte müssten zukünftig gewonnen werden. Er prognostiziert, dass, falls lediglich Teilzeitstellen angeboten werden könnten, diese Teilzeitbeschäftigten als Pflegekräfte verloren gehen würden. Des Weiteren würde das Einkommen aus Teilzeitarbeit nicht genügen, um das Risiko der Altersarmut abwenden zu können.

Der Sachverständige geht davon aus, dass Mehrkosten für die Finanzierung von Vollzeitstellen für Fachkräfte entstehen werden; jedoch sei es teurer, zuerst auf den Pflegenotstand zuzufahren und die Regelungen im Nachgang zu treffen, wenn es bereits zu spät sei. Herr Weisbrod-Frey führt aus, dass die Mehrkosten beträchtlich seien. Über einen höheren Satz bei der Pflegeversicherung werde diskutiert werden müssen. Die Finanzierungsdiskussion sei zwingend erforderlich.

[1] Im Jahr 2013 arbeiteten in Baden-Württemberg 24.633 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste in Teilzeit. Dies entspricht 77,4 Prozent.

Aus Sicht des Sachverständigen muss es ermöglicht werden, dass diejenigen, die in der Pflege arbeiten wollten – die auch gerne in der Pflege arbeiten würden, weil sie einen hohen Sinngehalt in dieser Arbeit sehen –, eine Vollbeschäftigung in der Pflege finden.

Die Teilzeitquote unter den Beschäftigten in den Pflegeberufen sei in der Altenpflege deutlich zu senken.

**Vergütung**

In seinen weiteren Ausführungen beschäftigt sich der Sachverständige mit der Vergütung von Pflegekräften. Dabei führt er an, dass die Vergütung eine große Rolle spiele. Für die allermeisten Beschäftigten sei die Vergütung neben den Arbeitsbelastungen das größte Problem, das sie davon abhalte, dauerhaft in der Pflege arbeiten zu können. Es sei notwendig, so Herr Weisbrod-Frey, dass Fachkräfte in der Pflege mindestens 3.000 Euro verdienen. Im Weiteren fordert er, dass nicht tarifgebundene Einrichtungen keinen Vorrang beim Abschluss von Versorgungsverträgen erhalten sollten.

Zum Thema Tarifbindung äußert er, dass seiner Meinung nach die aktuelle SGB XI-Änderung zustande gekommen sei, um die Tarifbindung zu erhöhen. Nun müssten die Einrichtungen diese Änderung jedoch nutzen und zu einem Qualitätsmerkmal machen und sich Tarifverträgen nicht länger verwehren, so Herr Weisbrod-Frey. Die Tarifbindung sei leider nicht so, dass sie als gut bezeichnet werden könne. Im Gegenteil, die geringe Tarifbindung sei ein großes Problem. Private Träger hätten kaum Tarifverträge abgeschlossen. Weiter gebe es den Unterschied zwischen kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien und dem Tarifvertrag. In Niedersachsen werde derzeit über einen Sozialtarifvertrag verhandelt. Dort seien gute Schritte mit Blick auf die Kirchen gemacht worden.

**Personalausstattung**

Der Sachverständige zeigt auf, dass in Baden-Württemberg aktuell 20.600 Vollzeitkräfte in den Einrichtungen der stationären Pflege fehlten. Die Stellen, um eine gute Versorgung zu gewährleisten, seien schlichtweg nicht vorhanden. Bei wachsendem Bedarf, prognostiziert er, werde der Mangel an Pflegepersonal in Zukunft so dramatisch werden, dass das die eigentliche Achillesferse der pflegerischen Versorgung darstelle. Herr Weisbrod-Frey gibt zu bedenken, dass es daher höchste Priorität haben müsse, eine verbesserte Personalausstattung zu gewährleisten.

Im Weiteren fordert er, dass die Personalrichtwerte im Rahmenvertrag stationäre Pflege und nachfolgend die Personalschlüssel für die einzelnen Einrichtungen an den erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf anzupassen seien. Dies müsse schnell geschehen. Er nennt diesbezüglich die im Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI genannten Bandbreiten für zu vereinbarende Personalschlüssel, die aus den 90er Jahren stammten und im Jahre 2003 nur geringfügig verbessert worden seien. Diese müssten vorrangig überarbeitet werden. Im Weiteren müsse die Personalausstattung vom Empfehlungscharakter hin zu einer gesetzlichen Rahmenvorgabe entwickelt werden. Sie solle sich am Bedarf und nicht an den finanziellen Möglichkeiten oder Einnahmeerwartungen orientieren. In seinen Ausführungen führt er an, dass auch eine Abstimmung zwischen den Ländern sinnvoll sei. Wenn Mannheim, Ludwigshafen und Viernheim unterschiedliche Pflegeschlüssel hätten, dann könne dies nicht dauerhaft funktionieren. Er fordert diesbezüglich eine bessere Abstimmung.

Als Ziele benennt der Sachverständige, eine hochwertige Pflege durch Anzahl und Qualifikation des Personals zu garantieren und die Belastungen in angemessener Art und Weise zu reduzieren.

Er konkretisiert seine Forderungen und benennt als Mindestvorgabe, dass eine Pflegefachkraft in Vollzeit für zwei Bewohner/-innen einer Pflegeeinrichtung beschäftigt werden müsse. Er gibt zu bedenken, dass 24 Stunden an allen sieben Tagen der Woche sowie Urlaubs- und Krankheitszeiten abgedeckt werden müssten, daher sei diese Ausstattung notwendig und kei-

nesfalls zu hoch angesetzt. Im Nachtdienst, so der Sachverständige, müsste mindestens eine Pflegefachkraft in Vollzeit je 20 Bewohnerinnen/Bewohner tätig sein. Dies sei vor allem vor dem Hintergrund des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs notwendig. Pflegekräfte könnten nicht mit anderen Berufen „verrechnet“ werden.

**Fachkraftquote**

In seinen Ausführungen zur Fachkraftquote vertritt er den Standpunkt, dass eine hohe Fachkraftquote für die professionelle pflegerische Versorgung (auf Grundlage des derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) unerlässlich sei. Sie sei dabei sowohl in der direkten Pflege als auch in der Anleitung von Angehörigen notwendig, so Herr Weisbrod-Frey.

Die derzeitige Fachkraftquote werde als eine Mindestquote gebraucht. Dazu komme, dass andere Berufe entsprechend mit herangezogen werden müssten. Er geht davon aus, dass diese insbesondere im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff benötigt würden.

**Verbleib im häuslichen Umfeld**

In seinen weiteren Ausführungen geht der Sachverständige darauf ein, dass er davon ausgehe, dass künftig neben der ambulanten Pflege frühzeitig qualifizierte Unterstützungsleistungen, zum Beispiel Hilfe beim Einkaufen oder Haushaltshilfen, benötigt werden, um einen möglichst langen Verbleib im häuslichen Umfeld gewährleisten zu können und einer Vereinsamung, die häufig zu erhöhter Pflegebedürftigkeit führe, vorzubeugen.

**Praxisanleitung muss gewährleistet sein**

Der Sachverständige fordert, dass eine ausreichende Anzahl von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern bereitzustellen sei. Des Weiteren sei es notwendig, die Praxisanleitung auch arbeitsorganisatorisch zu gewährleisten. Er quantifiziert seine Forderungen, indem er anführt, dass in Baden-Württemberg von einem Bedarf von mindestens 1.500 Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern auszugehen sei. Diese Stellen seien umgehend zu schaffen. In Bezug auf die Finanzierung der Praxisanleitung gibt er zu bedenken, dass die Praxisanleitung in der Altenpflege grundsätzlich zu refinanzieren sei, wie es in anderen Ausbildungsberufen – beispielsweise in der Krankenpflegeausbildung – üblich sei.

**Bürokratieabbau wird benötigt**

Herr Weisbrod-Frey führt an, dass ein Bürokratieabbau benötigt werde. Dabei sollten auch die hausgemachten Aspekte berücksichtigt werden. Die Qualität der Zukunft müsse gesichert sein, führt er weiter aus. In vielen Einrichtungen gebe es eine Reihe von ungeeigneten technischen Systemen, die eine vernünftige Zeiterfassung verhinderten. Als Ursache hierfür sieht der Sachverständige einen großen Anbietermarkt; es seien mehrere hundert Systeme auf dem Markt.

**Organisationsgrad im Pflegeberuf**

Herr Weisbrod-Frey berichtet, dass ver.di im Pflegebereich ungefähr doppelt so viele Mitglieder habe als alle Verbände zusammen, die im deutschen Pflegerat zusammengeschlossen sind. Der Gesundheitsbereich sei bei ihnen der größte Bereich; der Bereich, der am meisten wachse. Es gebe auch ein hohes Wachstum im Altenpflegebereich. Jedoch seien sie mit dem Organisationsgrad noch lange nicht zufrieden. Er sei dort relativ hoch und gehe zum Teil weit über die 50 Prozent in den Einrichtungen hinaus, in denen es Betriebsräte gebe, die die Tarifverträge mit abgeschlossen hätten und in denen auch Beteiligung von Mitarbeitern vorhanden sei.

#### 2.1.1.2.6 Michael Wipp

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit unterschiedlichen Faktoren der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Dabei nimmt er insbesondere auf die Personalausstattung sowie die Regelungen zur Fachkraftquote Bezug. Weiter beschäftigt er sich mit den Arbeitsbelastungen im Pflegeberuf. In seinen Ausführungen beleuchtet er ebenfalls die Themen Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung in der Pflege.

**Image der Pflege**
Der Sachverständige führt in seinen Ausführungen an, dass das Image der Pflege, welches in der Presse oder in Talk-Shows breitgetreten werde, den Mitarbeitern ständig die eigene anscheinende Unzulänglichkeit vor Augen führe. Das fördere die Berufsmotivation nicht.

**Arbeitsbelastung durch Dokumentation**

In seinen Ausführungen berichtet der Sachverständige, dass die Mitarbeiterschaft die derzeitige Dokumentation als massiven Belastungsfaktor und Druck, der auf ihr laste, erlebe. Die Pflegenden führten hierzu an, dass sie nicht Pflege gelernt hätten, um ihren Arbeitstag als Dokumentationssekretärin zu verbringen.

**Arbeitsbelastung**

Herr Wipp geht im Folgenden darauf ein, dass die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen infolge der Abnahme der Verweildauer in den Kliniken und dem Abbau der Klinikbetten an Bedeutung gewinne. Während in den Kliniken Arztnähe weitgehend gewährleistet sei, sei es für die Fachkräfte in der Altenpflege belastend, dass sie oft mit den Ärzten um deren Hausbesuche feilschen müssten, da diese es gar nicht mehr schafften, so Herr Wipp in seinen Ausführungen. Er benennt dazu eine Studie der Barmer GEK, die den Mangel in dieser Versorgungssituation belege.

Die Zunahme an Kurzzeit- und Verhinderungspflege habe in den vergangenen Jahren zu einer massiven Erhöhung des administrativen Aufwands geführt. Nach Erhebungen, die im Rahmen des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ durchgeführt wurden, erfordere der reine Dokumentationsaufwand beim Einzug eines Bewohners in Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation; bei Kurzzeitpflege seien es 196 Minuten.

Ein weiterer belastender Aspekt sei, dass die Mitarbeiter sich immer schneller – vergleichbar auch mit der Situation der abnehmenden Verweildauer in den Kliniken – kontinuierlich auf neue Situationen einstellen müssten.

Es sei weiter festzustellen, dass die deutlich erhöhten Anforderungen bezüglich demenziell erkrankter Menschen zu einer Erhöhung der Mitarbeiterbelastung geführt hätten.

**Arbeitszeitmodelle**

Der Sachverständige ist der Überzeugung, dass sich die Frage der Arbeitszeitgestaltung vorrangig an dem Bedarf des einrichtungs- bzw. angebotsspezifischen Bewohnerbedarfs ausrichten sollte.

In Bezug auf die Dienstplangestaltung fordert er die Abschaffung von Reglementierungen, beispielsweise der „Orientierungshilfe Baden-Württemberg“,[2] die anderen Verordnungen zuwiderliefen.

[2] Die Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg regelt, welche Aufgaben und Fragestellungen im Rahmen von Heimbegehungen anstehen.

Der Sachverständige führt an, der Anteil an Teilzeitmitarbeitern sei geprägt von externem Behördendruck, der zu viel Teilzeit führe. Das wiederum habe zur Folge, dass der Anteil an Teilzeitmitarbeitern ständig ansteige.

Im Weiteren gibt er zu bedenken, dass die Erhöhung des Anteils an Vollzeitstellen zu wesentlichen, negativen Auswirkungen für die Mitarbeiter führen würde. Es müssten mehr Wochenenddienste oder mehr geteilte Dienste übernommen werden. Weiter, so Herr Wipp, wäre häufigeres Einspringen die Folge, da die Kopfzahl geringer sei als bei einem höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigten bei gleichzeitig voll ausgeschöpftem Pflegeschlüssel.

Selbstverständlich spiele auch die Abdeckung von Arbeitsspitzen im pflegerischen Arbeitsalltag eine Rolle, um tageszeitlich den Bewohnerbedürfnissen gerecht werden zu können und gleichzeitig in Phasen hohen Arbeitsanfalls mit verstärkter Besetzung zu reagieren, weil auch das die Mitarbeiter entlaste.

**Vergütung**

Der Sachverständige beschäftigt sich in seinen Ausführungen im Weiteren mit flächendeckenden Tariflöhnen. Hierzu berichtet er, dass bei den Pflegesatzverhandlungen vorgeschlagen worden sei, dass der Pflegeschlüssel reduziert werden könne. Dann wären zwar weniger Mitarbeiter vorhanden; diesen könnte dann jedoch mehr bezahlt werden.

Er gehe davon aus, dass eine weitere Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung zur Finanzierung einer Lohnsteigerung nicht möglich sei. Dafür fehle wohl die Bereitschaft, so der Sachverständige.

**Personalausstattung**

Herr Wipp stellt dar, dass der Personalbestand in den Pflegeeinrichtungen zuletzt in dem Zeitraum von 1989 (mit der sogenannten Böblinger Vereinbarung) bis 1991 deutlich angepasst worden sei. Im Jahr 2002 bis 2003 sei zudem über den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI eine leichte Erhöhung des Personalbestandes durch Einführung der Korridorwerte erfolgt.

Er fordert, die Personalverordnungen müssten an den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf angepasst werden. Möglich wären seinen Ausführungen zufolge auch „Vorbehaltsaufgaben“ für Fachkräfte.

Nach den Kriterien des WTPG bzw. der Landesheimbauverordnung und den dort beinhalteten 15er-Wohngruppen müssten dort jeweils eine Fachkraft und ein Helfer im Frühdienst sein, berichtet der Sachverständige. Diese Besetzung könne, unter Berücksichtigung von Overheadanteilen für Pflegedienstleitung, Nachdienst und soziale Betreuung, nicht auf Dauer gehalten werden, weil dabei kein einziger Mitarbeiter ausfallen dürfe, um die Besetzung nicht zu gefährden. Dies sei seiner Ansicht nach unrealistisch.

Um dem zu begegnen, fordert er weiter, keine Schichtbesetzungsvorgaben zu machen, sondern Pflegeschlüssel zu vereinbaren, die für die Einrichtung vorgeben sollten, welche Fachkräfte insgesamt vorzuhalten seien. Die Fachkraftvorgaben sollten seiner Meinung nach dabei nicht auf Wohnbereiche und Gebäudeteile bezogen werden.

**Fachkraftquote**

In seinen Ausführungen bezüglich der Fachkraftquote legt der Sachverständige dar, dass diese den heutigen Anforderungen in ihrer seit nunmehr mehr als 20 Jahre alten weitgehend unveränderten Form nicht mehr gerecht werden würde. Würden die damaligen Anforderungen und die damalige Angebotsvielfalt mit den heutigen Situationen verglichen, so werde deutlich, dass inzwischen Welten dazwischenlägen.

Völlig realitätsfern sei es, die Beibehaltung der Fachkraftquote in dieser Form mit Qualität gleichzusetzen.

Allein der Vergleich zwischen zwei Bundesländern zeige eine der Unlogiken auf. 50 Prozent Fachkräfte stellten sich in Baden-Württemberg zahlenmäßig anders dar als beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern, berichtet Herr Wipp. Er gibt zu bedenken: Wenn die Fachkraftquote existenziell sei, warum reichten dann 50 Prozent von einer geringeren Ausgangsbasis in anderen Bundesländern bei nicht schlechterer Pflege aus?

Falls ein Mangel an Pflegefachkräften bestehe, mache es keinen Sinn, diese im Gießkannenprinzip über eine wissenschaftlich nicht fundierte Fachkraftquote auszugießen, so der Sachverständige.

Eine Anpassung der Verordnung, die er in ihrem Grundgedanken absolut richtig finde, sei notwendig. Es gehe dabei nicht um die Frage: Abschaffung oder Beibehaltung, sondern um eine erforderliche Adaption der Fachkraftquote.

Es sei selbstverständlich wichtig, dass den Anforderungen entsprechend genügend Fachkräfte im Dienst seien.

Herr Wipp benennt in seinen Ausführungen zusammenfassend mehrere Anforderungen, die seiner Ansicht nach für eine Adaption der Fachkraftquote sinnvoll sind. Er fordert dabei einen wirklichen Einbezug aller 25 bereits heute als Fachkräfte im Sinne der Verordnung genannten Qualifikationen. Weiter fordert er die Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes an dem zu betreuenden Klientel, nicht an Gebäuden, Etagen oder Wohnbereichen.

Demenziell erkrankte Pflegebedürftige benötigten eine andere Form von Fachkräften als andere Pflegebedürftige.

Als zentrales Problem sieht der Sachverständige, dass die Fachkraftquote zu einer Pflegefachkraftquote verkommen sei. Das sei eigentlich nicht der Ansatz gewesen. Es gebe 25 Fachkräfte in Baden-Württemberg; dass die Diskussion auf Pflegefachkräfte heruntergebrochen werde, sei nicht mehr zeitgemäß.

Es gehe nicht darum, die Fachkraftquote abzuschaffen, sondern sie an zeitgemäße Strukturen anzupassen. Es gebe nicht *den* Pflegebedürftigen oder *die* Pflegebedürftige, sondern sie seien in ihrem Unterstützungs- und Hilfebedarf sehr differenziert. Dies müsse eine Fachkraftquote abbilden können.

Als für ihn gutes Beispiel führt er den ambulanten Bereich an. Dort würden die Fachkräfte bereits wesentlich gezielter eingesetzt. Dort stelle es niemand in Frage.

Als weiteres Problem sieht der Sachverständige, dass aufgrund unsinniger Besetzungsvorgaben Pflegefachkräfte die Verlierer seien, weil auf Grundlage einer überwiegenden Anstellung in Vollzeit diese häufiger Wochenenddienste ableisten müssten.

Bei einer Fachkraftquote von 50 Prozent hätten Fachkräfte in einem 15er-Wohnbereich maximal jedes dritte Wochenende frei, wenn die Besetzung gemäß den Vorgaben eingehalten werde.

Diesbezüglich könnte seiner Ansicht nach eine Empfehlung sein, dass die Mitarbeiteranzahl bei gleichbleibendem Pflegefachkraftquotenkontingent unter Einbezug aller Fachkräfte gemäß den Erlassen des Sozialministeriums in Baden-Württemberg erhöht werde.

**Perspektiven in der Pflege**

Das Problem sei, dass es trotz aller Imagekampagnen nicht gelungen sei darzustellen, welche Vielfalt in Bezug auf Berufsentwicklung es in der Pflege gebe. Die meisten wüssten es nicht.

Es müsse daher daran gearbeitet werden darzustellen, welche beruflichen Perspektiven in der Pflege bestünden. Das werde das Interesse bei der Mitarbeiterschaft wecken.

**Praxisanleitung**

Der Anleitungsbedarf von Auszubildenden müsse in den Verträgen anerkannt werden und Berücksichtigung finden fordert der Sachverständige. Gegenwärtig würde dieser nicht berücksichtigt, im Landespflegegesetz jedoch gefordert.

**Bürokratie**

Bei seinen Ausführungen zur Bürokratie in der Pflege berichtet Herr Wipp, dass die Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren zeige, dass die Anforderungen gemessen an der verfügbaren Pflegezeit gigantisch gestiegen seien. Die Dokumentations- und die Nachweispflicht hätten sicherlich in allen Berufen zugenommen. Gleichwohl scheine ihm dies in der Pflege, ausgelöst durch unterschiedlichste Ursachen, völlig aus dem Ruder gelaufen zu sein.

Es habe beispielsweise die Aussage von Angehörigen, dass die Mitarbeiter mehr schreiben würden, als dass sie Zeit bei den Bewohnern verbrächten.

Dabei stehe die Angst und berechtigte Sorge im Hinterkopf, dass bei der nächsten Prüfung die Dokumentation nicht den Anforderungen entsprechen könnte.

Er spricht davon, dass mindestens 20 bis 30 Prozent der Pflegezeit zur Erfüllung bürokratischer Anforderungen eingesetzt würden und damit nicht mehr unmittelbar für den Bewohner zur Verfügung stünden. Weiter kalkuliert der Sachverständige, dass für Urlaub, Krankheit und Fortbildung ca. 20 bis 25 Prozent der Arbeitszeit benötigt würden; so verblieben von 100 Prozent Bruttoarbeitszeit knapp 50 Prozent für die direkte Pflege und Betreuung. Diesen Wert betrachte er als äußert kritisch und nicht vertretbar.

Mitarbeiter empfänden, den Ausführungen des Sachverständigen nach, die Bürokratie als sehr belastend, weil sie oft Dinge umfasse, bei denen sich Mitarbeiter fragten, warum sie das überhaupt machen müssten. Wenn man den Sinn in einer Sache nicht erkenne, so Wipp, dann empfinde man Bürokratie als belastend. Es gebe auch Teile der Bürokratie, bei denen die Mitarbeiter den Sinn erkennen könnten. Das werde dann auch nicht als belastend empfunden. Dies könne man lösen, indem geschaut werde, was die Anforderungen seien, welche Notwendigkeit vorhanden sei. Es gebe notwendige Anteile und unsinnige.

**Qualitätsprüfungen**

In seinen folgenden Ausführungen widmet sich der Sachverständige den Qualitätsprüfungen in der Pflege. Er berichtet, dass die Mitarbeiter vor Ort, insbesondere die Pflegefachkräfte, von diesen Prüfungen betroffen seien. Sie seien zunehmend genervt von den Doppelprüfungen durch die Heimaufsichtsbehörden und den MDK oder stünden diesen bereits lethargisch gegenüber. Diesbezüglich führt Herr Wipp die Studie des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes an, welche zwischen 70 und 90 Prozent Überschneidung der Tätigkeiten von Prüfinstanzen belege. Ebenso sei der Beitrag von Klie/Wipp, „Wieviel Aufsicht darf es sein?“, in der Zeitschrift „Altenheim“ aus dem Jahr 2011 zu empfehlen. Er gibt zu bedenken, dass das Verfahren in Rheinland-Pfalz ganz anders geregelt sei.

Er fordert eine Reduzierung der Doppelprüfungen und schlägt vor, dass in einem Jahr der MDK die Qualität der Pflege prüfen könne, während im anderen Jahr die Heimaufsichtsbehörde den „Rest“ zu prüfen habe. Bei bestimmten Anlässen könnten diese Prüfungen entsprechend häufiger durchgeführt werden. Dadurch werde kein Qualitätsverlust eintreten, prognostiziert der Sachverständige. Die Akzeptanz des Prüfvorgangs würde in Folge des Wegfalls von „Doppelprüfungen“ ganz erheblich steigen und der zeitliche Aufwand für alle Beteiligten ließe sich massiv reduzieren, so Herr Wipp in seinen Ausführungen.

Er weist darauf hin, dass die Qualifikation und die Arbeit der Aufsichts- und Prüfbehörden unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter haben. Die Mitarbeiter erlebten diesbezüglich zunehmend, dass sie für Kontrollen und Prüfungen Arbeiten erledigten und der pflegebedürftige Mensch dabei mehr und mehr aus dem Blickwinkel gerate.

Zu bedenken gibt der Sachverständige, dass sich die Qualifikation der Mitarbeiter von Heimaufsichtsbehörden gegenwärtig dahingehend definiere, „persönlich geeignet“ zu sein. Es gebe keinerlei einheitliches Mindestniveau. Dies empfinde er als grotesk, insbesondere bei Betrachtung der gleichzeitig bestehenden Fülle an Anforderungen an Pflegeeinrichtungen.

Er führt weiter aus, dass seiner Ansicht nach die Qualifikation nicht weniger festangestellter und externer Prüfer, vor allem bei den Heimaufsichtsbehörden, in pflegerischer Hinsicht fragwürdig sei. Dies empfänden auch die Mitarbeiter so, wenn sie sich, bei ohnehin schon knappem Zeitkontingent, im Rahmen von Begehungen vorgeführt fühlten, obwohl sie sich, so der Sachverständige, bestmöglich bemühten, die unsägliche Fülle aller Anforderungen zu erfüllen.

Er fordert daher, eine eindeutige Mindestqualifikation für festangestellte und externe Mitarbeiter von Heimaufsichtsbehörden festzulegen. Noch besser sei es, diesen Teil ganz dem MDK zu überlassen.

Als Folgen der Qualitätsprüfungen benennt er frustrierte und verängstigte Mitarbeiter, die Angst hätten, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, sowie wechselnde Anforderungen von Prüfer zu Prüfer und von Region zu Region.

Daraus resultiere eine Verunsicherung bei den Mitarbeitern, welche mit dem Gefühl, es keinem recht machen zu können, verbunden sei. Jahr für Jahr beginne das Spiel von neuem.

### 2.1.2 Öffentliche Anhörung am 3. Dezember 2014 zum Thema „Aus- und Weiterbildung in der Pflege“

#### 2.1.2.1 Beschreibung der Anhörung

Am 3. Dezember 2014 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 5. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Aus- und Weiterbildung in der Pflege“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Frau Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs
  Präsidentin der Hochschule für Gesundheit Bochum

- Frau Prof. Dr. Astrid Elsbernd
  Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen

- Frau Dr. rer. cur. Sabine Proksch
  Leiterin Pflege und Service, Leiterin Geschäftsbereich Pflegeentwicklung, Kreiskliniken Reutlingen GmbH

- Herr Prof. Dr. Stefan Görres
  Dekan des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften und Mitglied des Direktoriums, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen

- Herr Tilman Kommerell
  Leiter der Krankenpflegeschule HELIOS Spital Überlingen

Zur Vorbereitung auf die Anhörung stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Gemeinsame Fragen an alle Sachverständigen:**

1. Welche grundsätzliche Weiterentwicklung wird in der Pflegebildung benötigt, um eine international anschlussfähige und für die Gesellschaft angemessene Berufsqualifikation zu erhalten?
2. Wie bewerten Sie die integrative Ausbildung bzw. generalistische Ausbildung? Wie wirkt sich eine gemeinsame Ausbildung auf die Zahl der Ausbildungsplätze aus? Wie könnte eine gemeinsame Ausbildung finanziert werden?
3. Welchen Anteil soll die Hochschulausbildung an der Ausbildung im Bereich Pflege sinnvollerweise haben – auch in Bezug auf zukünftige Herausforderungen und Tätigkeitsfelder? Besteht vor allem im patienten-/bewohnernahen Bereich (d.h. „in der direkten Pflege“) die Notwendigkeit des Ausbaus von akademischen Angeboten (Bachelor- und Master-Studiengänge) und wie hoch sollten die praktischen Anteile an einer akademischen Ausbildung in der Pflege sein?
4. Welche Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung gibt es derzeit im Pflegeberuf? Welche beruflichen Fortentwicklungs-, Um- bzw. -Aufstiegsmöglichkeiten sind jeweils damit verbunden? Ist dadurch eine Steigerung der Attraktivität des Berufes zu beobachten bzw. wird dieses Argument bei der momentanen Werbung für den Pflegeberuf verwendet? Welche staatlichen Unterstützungsmaßnahmen und Reglementierungen sind hier sinnvoll?

**Ausbildung**

1. Wann ist eine Pflegeausbildung eine attraktive Ausbildung?
2. Wirksame Ausrichtung für die vielfältige Pflegelandschaft. Wie ist das möglich?
3. Wie sind die Ausbildungsbedingungen für Auszubildende der Hauswirtschaft, der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegefachpersonen?
4. Wie sind die Lehrgangsbedingungen für Betreuungskräfte nach 87b SGB XI?
5. Wie hoch sind die jeweiligen Abbruchquoten und warum werden Ausbildungen bzw. der Lehrgang abgebrochen?
6. Werden bei dem Lehrgang bzw. bei den Ausbildungen die für die spätere Arbeit erforderlichen Kompetenzen insbesondere auch hinsichtlich zum Beispiel einer gender- und kultursensiblen Pflege vermittelt?
7. Wie groß sind die finanziellen Leistungen des Staates, der Träger und der Einrichtungen bei der Ausbildung? Mit welchen steigenden bzw. fallenden Belastungen müsste bei einer Neuordnung der Pflegeausbildung gerechnet werden? Wie könnte der Ausbildungsablauf sachgerecht gestaltet werden (Blockmodell oder Berufsschule)? Besteht die Gefahr, dass Ausbildungsträger aus finanziellen Gründen davon abgehalten werden, bedarfsgerecht auszubilden?
8. Wie verteilt sich die Anzahl der Auszubildenden auf stationäre und ambulante Einrichtungen in der Pflege? Ist die derzeitige Verteilung bedarfsgerecht?
9. Ist die momentane Ausbildung der Ausbilder im Bereich Pflege ausreichend? Welche Möglichkeiten zur Fortbildung gibt es in diesem Bereich, v.a. im Bereich neuer Inhalte und Methoden?
10. Welche Möglichkeiten zur Befähigung von pflegenden Angehörigen gibt es und wie sind diese zu verbessern? Ist die Ausbildung der Pflegefachkräfte ausreichend darauf ausgerichtet, Angehörige zu schulen, zu beraten und zu begleiten?
11. Wie werden die Angebote zur Pflegehilfe-Ausbildung angenommen und könnte eine Vereinheitlichung in diesem Bereich eine Verbesserung bedeuten?
12. Wie entwickeln sich die Bewerberzahlen in quantitativer Hinsicht und nach Bildungsabschlüssen? Welche Angebote liegen vor, um Bewerberinnen und Bewerbern ohne entsprechende Voraussetzungen den Zugang zur Ausbildung zu ermöglichen?

**Generalisierung**

1. Sollten Ihrer Meinung nach neben der Pflegeausbildung auch die Hilfsberufe (Altenpflegehelferin, Altenpflegehelfer) generalisiert werden?
2. Besteht die Gefahr, dass Absolventen einer generalistischen Ausbildung sich überwiegend in Richtung Gesundheits- und Krankenpflege orientieren?
3. Welche Chancen und Risiken hätte eine generalistische/integrierte Ausbildung für die in der Pflege Beschäftigten und welche Chancen und Risiken hätte eine solche Ausbildung für die Arbeitgeber?
4. Wie werden die unterschiedlichen Finanzierungssysteme angeglichen?
5. Soll die Pflegeausbildung in das Regelbildungssystem überführt werden? Mit welchen Folgen für die momentan auszubildenden Einrichtungen und Träger muss gerechnet werden?
6. Welche Vorteile und Synergieeffekte können durch eine Zusammenlegung der Zuständigkeiten für die Ausbildung zur Krankenpflege und zur Altenpflege in einem Ministerium erreicht werden?

**Akademisierung**

1. Was wären die gesellschaftspolitischen Konsequenzen einer Vollakademisierung in den Gesundheitsberufen?
2. Welche aktuellen Herausforderungen bestehen hinsichtlich der Akademisierung in den Pflegeberufen?
3. Was halten Sie von der Einführung eines landesweiten Curriculums für Pflege- und Gesundheitsfachberufe und der Notwendigkeit, ein akademisches Kompetenzprofil zu definieren?
4. Welche Aufgabendifferenzierung und Profile sehen Sie innerhalb der Berufe der Fachpflege und zwischen beruflich und akademisch ausgebildeten Pflegekräften?
5. Wie könnte die unterhalb der akademischen Ebene angesiedelte Aus-, Fort- und Weiterbildung so gestaltet werden, dass ein abgestimmtes durchlässiges Bildungssystem Pflege entsteht? Wie könnte der deutsche Qualifizierungsrahmen für eine stärkere Durchlässigkeit in den Pflegeberufen genutzt werden? Welche rechtlichen, insbesondere hochschulrechtlichen Rahmenbedingungen sind hierzu erforderlich?
6. Für welche Aufgaben und welche Funktionen ist es erforderlich und wünschenswert, Pflegekräfte mit Hochschulabschluss (B.A., M.A.) einsetzen zu können (differenziert nach Langzeitpflege und Akutpflege)? Können Sie den Bedarf an akademisierten Pflegekräften sowohl für die Langzeitpflege oder den Akutbereich quantifizieren?
7. Gibt es ausreichend grundständige duale Pflegestudiengänge (in Baden-Württemberg), um zumindest 10 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs der Pflegeberufe grundständig akademisch zu qualifizieren?
8. Welche Vorteile und welche Gefahren für Pflegende und Arbeitgeber sind mit einer Akademisierung der Pflege verbunden?
9. Welchen Stellenwert haben duale Studiengänge und gibt es hierfür einen Bedarf?
10. Welche Vorteile/Nachteile hat die Verknüpfung verschiedener Gesundheitsfachberufe in einem Gesundheitscampus im Sinne der Empfehlung des Wissenschaftsrates zur „hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen“ und gibt es hierfür einen Bedarf, insbesondere auch für eine räumliche Konzentration auf einen Standort?
11. Führt eine generalistische/integrierte Ausbildung und die Akademisierung der Pflege zu einer Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe?

**Weiterbildung**

1. Weiterbildung: Quantität und Qualität – geht das zusammen?
2. Welche Programme existieren, um Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Altenpflegerinnen und Altenpflegehelfern zu qualifizieren? In welchem Maße werden diese in Anspruch genommen?
3. Wie kann eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit bei den Pflegeberufen gewährleistet werden?

**Pflegeberuf allgemein**

1. Wo sehen Sie den Pflegeberuf in zehn Jahren?

### 2.1.2.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

#### 2.1.2.2.1 Frau Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs

Frau Professor Dr. Friedrichs, Gründungspräsidentin der Hochschule für Gesundheit Bochum und Mitglied des Wissenschaftsrates, trägt als erste Sachverständige zur Aus- und Weiterbildung in der Pflege vor. Zu Beginn ihres Vortrags geht sie auf die Frage ein, warum und wie viel hochschulische Qualifikation im Bereich der Pflege gebraucht wird. Im Mittelteil beschäftigt sie sich mit der Zielsetzung und Ausgestaltung von Modellstudiengängen im Bereich Pflege, und am Ende folgt ein kurzer Einblick in erste Evaluationsergebnisse zu den Modellstudiengängen.

**Warum die hochschulische Qualifikation in der Pflege gebraucht wird**

Den Bedarf an einer hochschulischen Qualifikation in der Pflege führt die Sachverständige darauf zurück, dass den bevorstehenden Anforderungen in der Pflege nicht allein mit der klassischen fachschulischen Ausbildung begegnet werden könne. Als Gründe hierfür nennt Frau Professor Friedrichs demografische ebenso wie epidemiologische Veränderungen. So habe die Zahl der chronischen Erkrankungen bei alten wie auch bei jungen Menschen zugenommen. Es gebe beispielsweise bei Diabetes und Adipositas große Probleme in der Versorgung. Als weitere Herausforderungen kämen Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und Multimedikation hinzu. Es bedürfe einer hohen Qualifikation, um mit Menschen, die bis zu zehn Medikamente gleichzeitig nehmen müssten, im Alltag umzugehen. Für den Transfer der im Bereich Pflege erfreulicherweise vorliegenden Forschungsergebnisse zu den Patienten würden Menschen mit einem Verständnis dafür, wie Forschung funktioniert und mit welchen Methoden geforscht werde, gebraucht. In einer akademischen Ausbildung werde gelehrt, wie die Theorie in die Praxis komme und die Probleme aus der Praxis an die Hochschule. Schließlich bedürfe die Zunahme von sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgung an den Schnittstellen der Gesundheitssysteme einer interprofessionellen, übergreifenden Qualifikation. Diese biete ein hochschulischer Rahmen von Anfang an.

Zur Höhe des Akademisierungsgrades verweist die Sachverständige auf die Empfehlung des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012. Danach solle mit einer 10- bis 20-prozentigen Akademisierungsquote begonnen werden. Nach einigen Jahren, wenn bessere Erkenntnisse aus dem Berufsalltag akademisch qualifizierter Kräfte vorlägen, könne die Höhe des Akademisierungsgrades erneut bewertet werden.

**Merkmale und Zielsetzungen der Modellstudiengänge**

Als Ziele der Modellstudiengänge nennt die Sachverständige die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Inhaltliche Weiterentwicklung umfasse die Erweiterung auf neue Handlungs- und Berufsfelder sowie den Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen. So ermögliche es den der Heilkundeübertragungsrichtlinie entsprechend qualifizierten Angehörigen der Pflegeberufe, bestimmte Tätigkeiten selbständig auszuüben. Akademisierung sei nicht nur primärqualifizierend, sondern auch als Möglichkeit der Weiterbildung zu sehen. Es gelte herauszufinden, in welchen Strukturen die akademische Pflegeausbildung angelegt werden solle. Als Varianten seien dabei duale oder primärqualifizierende Studiengänge denkbar. Als Lernorte kämen neben der Hochschule Praxisstellen und Fachschulen in unterschiedlichen Kombinationen in Betracht.

**Ausgestaltung von Studiengängen in der Praxis**

An der Hochschule für Gesundheit in Bochum (hsg) werde der Ansatz der zwei Lernorte gewählt: der Hochschule und der Praxisstelle. Es würden akademische Lehr- und Lernmethoden angewendet, wobei dem Theorie-Praxis-Transfer eine sehr hohe Bedeutung zukomme. In der Ausbildung müsse gewährleistet sein, dass, was in der Theorie gelernt werde, auch mit dem in der Praxis Erlebten in einen sinnvollen Zusammenhang gestellt werde. An der hsg sei das Pflegestudium generalistisch. Die Studierenden müssten im Lauf des Studiums auch den Berufsabschluss in der Alten-, Kinderkranken-, Gesundheits- oder Krankenpflege machen. Der ganz überwiegende Teil der Studierenden fokussiere sich auf den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Das Studium an der hsg sei stark interprofessionell ausgestaltet. Eine Reihe von Veranstaltungen werde für Studierende aus allen fünf Studiengängen gemeinsam angeboten. Es gebe Kooperationen mit dem Studiengang Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund oder mit einem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Die Einbindung der hsg in den Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen befördere die jetzt schon gute Zusammenarbeit durch die dann vorhandene räumliche Nachbarschaft mit dem Landeszentrum für Gesundheit, den Sportwissenschaften der Ruhr-Universität, dem Patientenbeauftragten des Landes und der Äskulap-Akademie, einer Weiterbildungseinrichtung für Ärzte. Der Schlüssel zum Erfolg in der Interprofessionalität liege in der gemeinsamen Fallbearbeitung: Unterschiedliche Kompetenzen arbeiteten an einem gemeinsamen Fall und tauschten sich darüber aus.

Frau Professor Friedrichs führt aus, dass der Wissenschaftsrat zwei verschiedene Modelle zur Umsetzung der Interprofessionalität von Studiengängen vorgeschlagen habe. Das kooperative Modell sehe die Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften und eine enge Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen medizinischen Fakultät vor; das sei der sogenannte „Gesundheitscampus Wissenschaftsrat“. Die Errichtung von Studiengängen an Universitäten unter dem Dach eines der medizinischen Fakultät angegliederten Departements für Gesundheitswissenschaften sei das Integrative Modell.

**Erste Erfahrungen aus den Modellstudiengängen**

Die Sachverständige räumt die Befürchtung aus, dass Studienabsolventen nicht mehr mit dem Patienten arbeiten wollten. Eigene Erhebungen hätten ergeben, dass Studierende eine konkrete Tätigkeit mit Patienten anstrebten und sich Ausbildungsinhalte auf hochschulischem Niveau umsetzen und wissenschaftlich ausrichten ließen. Für Experten in den Gesundheitseinrichtungen seien Unterschiede zwischen berufsfachschulisch und hochschulisch Ausgebildeten deutlich wahrnehmbar. Die wissenschaftliche Kompetenz werde vor allem im Bereich des interprofessionellen Handelns deutlich. Mögliche Einsatzgebiete für Absolventen ergäben sich vor allem bei Fragen der Koordination – wie beispielsweise bei individuellen Konzepten für einzelne Patienten oder bei neuen Versorgungskonzepten in Einrichtungen – oder der Spezialisierung. Teilzeitstudiengänge seien wegen mangelnder Finanzierungsmöglichkeiten (keine BAföG-Regelung) schwierig zu realisieren. Berufsbegleitende Studiengänge mit einer länger ausgelegten Studienzeit würden jedoch angeboten.

Um die Attraktivität des Pflegeberufes auch zukünftig zu erhalten, sei die Durchlässigkeit entscheidend. Auch wenn man mit einer Pflegehelferausbildung begonnen habe, müsse der Weg nach oben offenstehen.

#### 2.1.2.2.2 Frau Prof. Dr. Astrid Elsbernd

Die Sachverständige Professor Dr. Astrid Elsbernd ist Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege an der Hochschule Esslingen. Sie befürwortet eine generalistische Pflegeausbildung, spricht sich für die volle Akademisierung des Pflegeberufs aus und gibt Hinweise für die Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung in der Pflege.

**Generalistische Pflegeausbildung hat sich international bewährt**

Aus Sicht der Sachverständigen habe bisher die Auseinandersetzung mit Detailfragen eine zügige Weiterentwicklung der Pflegeausbildung verhindert. Dabei habe sich die generalistische Pflegeausbildung international sehr bewährt. Eine Weiterentwicklung in diese Richtung sei notwendig. In der medizinischen Ausbildung habe auch niemand Zweifel daran, dass eine fachliche Ausdifferenzierung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolge. In der primärqualifizierenden Pflegeausbildung sollten Studierende ab dem zweiten oder dritten Jahr Schwerpunkte wählen können. So ließen sich andere Bildungswege – wie beispielsweise die Pflege von Menschen mit geistigen Einschränkungen – problemlos einbinden. Auf einer weiterführenden Ebene sei eine Vertiefung auf wissenschaftlichem Niveau leicht umzusetzen. Dies wiederum berge auch Chancen für die Weiterbildung, die heute beispielsweise in der Kinderkrankenpflege nicht möglich sei.

**Blick auf das bestehende Fachschulsystem**

Frau Professor Elsbernd gibt zu bedenken, dass im bestehenden Fachschulsystem keine einheitlichen Curricula vorhanden seien. Es gebe auch keinerlei Qualitätskontrollen, wie etwa eine Akkreditierung, und keine Sicherheit, dass die eingesetzten Lehrkräfte akademisch qualifiziert seien. Es stelle sich die Frage, ob Fachschulen weiterhin der Hauptausbildungsort bleiben sollten. Sie befürchte, dass die Pflege nicht anschlussfähig bleibe, wenn die Erstqualifikation auf Fachschulniveau belassen werde.

**Volle Akademisierung der Erstausbildung als strategisches Ziel**

Die Sachverständige führt aus, dass in Deutschland zwar seit 25 Jahren Pädagogik und Management akademisiert wurden, nicht aber der Pflegeberuf. Praktisch alle europäischen und westlichen Länder seien in diesem Punkt weiter. Großbritannien habe vor 15 Jahren eine vergleichbare Entwicklung im Aufbau einer akademischen Pflegeausbildung und im Wechsel von einem Fachschul- zu einem Hochschulsystem durchgemacht. Amerika habe diesen Weg bereits vor 25 Jahren beschritten.

Die volle Akademisierung der Erstausbildung müsse die klare strategische Zielsetzung für die Pflegeausbildung der Zukunft sein. Für den Wechsel aus dem aktuellen Bildungssystem sei selbstverständlich mit Übergangszeiten zu rechnen. Ohne eine durchgreifende akademische Erstausbildung sieht die Sachverständige aber große Umsetzungsprobleme bei fachlichen Weiterentwicklungen in der Pflege.

Das bundesdeutsche Bildungssystem sei im Übrigen durchlässig genug, um nach einer Akademisierung des Pflegeberufs auch Menschen ohne Abitur den Zugang zu ermöglichen. Sie verweist hierzu auf Eignungsprüfungen an Hochschulen und die vielfältigen Anrechnungsmöglichkeiten von beruflichen Qualifikationen.

**Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung**

Die akademische Ausbildung in der Pflege impliziere, dass diese von Hochschulen konzipiert und verantwortet werde und mit einer Berufszulassung einhergehen müsse. Durch die Modellklausel aus dem Jahr 2009 seien über 40 primärqualifizierende Studiengänge entstanden, die höchst heterogen seien. In nahezu allen Studiengängen werde ein beträchtlicher Teil der fachschulischen Ausbildung angerechnet. Daher sprächen manche gar von einem „Bachelor light“. Die Sachverständige spricht sich für eine klar pflegewissenschaftlich ausgerichtete Akademisierung aus. Nur damit könne auf der Bachelor- und Masterebene ein sinnvolles Gesamtgefüge von Weiterbildungs- und Vertiefungsmöglichkeiten angeboten werden.

Aus Sicht der Sachverständigen wäre es hilfreich, wenn sich Medizin und Pflege auf ähnliche oder vergleichbare Fachsystematiken einigen und nach Möglichkeit auch an den gleichen Hochschulen qualifizieren würden. Dies würde die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe befördern.

Die Fachschulen für Altenpflege und die Krankenpflegeschulen bekämen ein anders Aufgabenprofil, sie könnten beispielsweise in Zukunft das Assistenzniveau fachschulisch ausbilden. Ganz wichtig sei es, die Lehrkräfte der Fachschulen im Laufe des Umstellungsprozesses nicht zu verlieren. Sie könnten den Aufbau der hochschulischen Bildung unterstützen. Fakt sei, dass im Moment die Pädagogen und Pflegewissenschaftler für den Aufbau der Akademisierung fehlten.

**Stärkung der Pflegeforschung und deren Anwendung in der Praxis**

Es genüge nicht, primärqualifizierende Studiengänge anzubieten. Es müsse ebenso Universitäten und Hochschulen geben, die Pflegewissenschaften als Kerndisziplin beheimateten. Nur, wenn auch die Pflegewissenschaft ausreichend akademisiert werde, könne die Bildung in der Pflege anschlussfähig bleiben.

Die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen sei hochkomplex, deshalb müsse das Wissen um Erkrankungen und pflegerische Hilfsmöglichkeiten entsprechend tief und weitreichend sein. International verfüge die Pflegewissenschaft über einen ganz beachtlichen und gut beforschten Wissenskörper. Deutschland leide jedoch unter dem Phänomen, dass genau dieses Wissen nicht ans Bett gelange. Ein Grund dafür sei möglicherweise die sehr langsame und sich in weiten Teilen nur auf Management und Pädagogik beziehende Akademisierung der Pflege.

Geriatrische Patienten, die mehrfach krank und schwer pflegebedürftig sind, hätten ohne Fachleute aus der Pflege kaum eine Chance, Lebensqualität zurückzuerhalten. Für diese Personengruppe müsse die Pflege von einer Fachkraft mit einem sehr hohen Ausbildungsgrad konzipiert und in sinnvollen Teilen auch durchgeführt werden. Teile der Pflege könnten auch delegiert werden. Generell müssten hoch qualifizierte Pflegende in der Lage sein, nicht nur Patientenangehörige anzuleiten, sondern alle Personengruppen, welche in der Versorgung der Patienten involviert seien.

Eine gestufte Ausbildung müsse sich auch im Gehaltsgefüge widerspiegeln. So sei es in anderen Ländern, die mit diesen Strukturen bereits arbeiteten. Dies bedeute, Personen mit einem Master of Nursing besser zu bezahlen.

Der sich dann abzeichnende Qualifikationsmix impliziere, dass nicht nur die Pflege, sondern alle Gesundheitsfachberufe Assistenzausbildungen anbieten sollten, die wiederum fachschulisch ausgebildet würden. Das Assistenzniveau läge über dem, was heute im Allgemeinen unter dem Begriff der Pflegeassistenz verstanden werde. In Spanien sei dieses Berufsfeld sehr erfolgreich etabliert worden.

**Fachkräftegewinnung aus dem Ausland**

Zur Personalgewinnung aus dem Ausland berichtet Frau Dr. Elsbernd aus einer empirischen Studie ihrer Hochschule zu den Erfahrungen von spanischen Pflegekräften an Stuttgarter Häusern. Fazit sei, dass die spanischen Pflegekräfte kaum im deutschen System zurechtkämen. In Spanien werde auf Bachelorniveau ausgebildet, hier in Deutschland hätten die Pflegekräfte jedoch keinerlei Prozessverantwortung zu übernehmen und könnten auch nicht eigenverantwortlich arbeiten. Deshalb sei das Aufgabengebiet – trotz des sicheren Arbeitsplatzes – eher unattraktiv.

#### 2.1.2.2.3 Frau Dr. rer. cur. Sabine Proksch

Die Sachverständige Frau Dr. Proksch ist Leiterin des Bereichs „Pflege und Service“ sowie Leiterin des Geschäftsbereichs Pflegeentwicklung bei den Kreiskliniken Reutlingen GmbH. Sie bewertet die aktuelle Pflegeausbildung, geht auf die vorhandenen Weiterbildungen ein und erläutert Antworten der Pflegepraxis auf die bestehenden Rahmenbedingungen.

**Bewertung der aktuellen Ausbildung**

Frau Dr. Proksch führt aus, dass die Inhalte der Ausbildung nicht mehr dem entsprächen, was in den verschiedenen Pflegesettings heute notwendig sei. Es müsse ein stärkerer Fokus auf Beratung, Schulung und Begleitung der Patienten sowie von deren Angehörigen gelegt werden. Es sei ein Umlenken in den Ausbildungsinhalten erforderlich: weg von der Tätigkeitsorientierung, hin zur Prioritätensetzung und zum Versorgungsprozess.

Dennoch habe man in ihrem Hause eine zufriedenstellende Bewerbersituation. In den vergangenen Jahren kämen verstärkt Abiturienten zur Ausbildung, weil man durch eine Kooperation mit einer Hochschule ein ausbildungsintegriertes Studium anbieten könne. Zurzeit seien 45 Prozent der Bewerberinnen und Bewerber Abiturienten.

Die Sachverständige befürwortet eine generalistische Ausbildung, die eine gemeinsame Basis für die Pflege schaffen solle. Trotzdem würden auch spezifische fachpraktische Anforderungen gebraucht, da diese den einzelnen Pflegesettings gerecht würden. Parallel dazu sollte sich die praktische Ausbildung auf Schwerpunkte konzentrieren, damit die Auszubildenden in diesen gewählten Schwerpunkten in der Praxis zu einer höheren Sicherheit bis zum Examen finden könnten.

Die Generalisierung der Altenpflegehelferinnen und -helfer und Krankenpflegehelferinnen und -helfer sehe die Praxis ebenfalls als sinnvoll an, zumal dieser Weg für viele Pflegehelferinnen und Pflegehelfer der Einstieg in die dreijährige Ausbildung sei.

Die praktische Ausbildung sei durch die momentane Praxisanleitung insuffizient. Hier stoße man an Grenzen. Es sei nicht möglich, den Auszubildenden mehr Verantwortung zu übertragen, und dies führe zu Frust und Unzufriedenheit.

**Weiterbildung zu unübersichtlich**

Die Sachverständige erläutert, dass die Weiterbildung hinsichtlich Quantität (Fachthemen) und Qualität (staatliche Anerkennungen, Weiterbildungsinstitute, Fachgesellschaften) zu unübersichtlich sei. Diese große Vielfalt erschwere es, Pflegefachkräfte zur Weiterbildung zu motivieren. Dem wäre mit einem einheitlichen Curriculum und dem Angebot von Master-Studiengängen für Bachelorabsolventen abzuhelfen. In der Weiterbildung gebe es noch Optimierungsbedarf.

**Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen**

In ihrem Hause würden bereits heute der gemeinsame Einsatz von Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegekräften in Pflegeteams praktiziert. Dabei sei die Mischung settingbedingt unterschiedlich.

Man kooperiere bei ausbildungsintegrierten Studiengängen schon heute mit Hochschulen. Dies wirke sich positiv auf die Bewerberlage aus. Der Einsatz der ersten Absolventen zeige, dass eine Fallsteuerung für die Patienten und ein System zur Bezugspflege möglich werde.

In diesem Zusammenhang bittet die Sachverständige darum, der Pflegepraxis gegenüber eine Vertrauenskultur zu entwickeln. Die Pflegepraxis wisse sehr wohl, was Pflege und Pflegeempfänger brauchten.

Es stelle sich nicht mehr die Frage, *ob*, sondern tatsächlich nur noch eine Frage, *wie* studierte Pflegekräfte eingesetzt werden sollten. Hier müsse zwingend eine Fachkarriere angeboten werden, die natürlich auch mit einer entsprechenden Vergütung hinterlegt sein müsse. Eine Umfrage unter den Mitgliedern des Berufsverbands Pflegemanagement im Jahr 2014 sei zu dem Ergebnis gekommen, dass 20 bis 50 Prozent akademisierte Pflegekräfte benötigt würden. Dies sei die Einschätzung der Pflegedirektoren in Baden-Württemberg gewesen.

Auch die Ärzte würden es begrüßen, ein Gegenüber mit einer Verständigungsbasis zu haben, was durch die bisherige Ausbildung nicht immer gegeben sei.

Frau Dr. Proksch zeigt ein Beispiel für ein klinisches Setting auf. Als Qualifikationsmix innerhalb der Pflegeteams werde hier angestrebt: 10 Prozent Hauswirtschaft, 10 Prozent Pflegeassistenz, 60 Prozent Gesundheits- und Krankenpflege-/Altenpflegepersonal, 20 Prozent studierte Pflegekräfte. In der Altenpflege könnten sich diese Prozentzahlen verschieben. Im klinischen Bereich sei der Einsatz von Pflegehelferpersonal ohnehin schwieriger, da dieses nicht alleine in den Nachtdienst könne und ein hoher Anteil an medizinischer Behandlungspflege anfalle.

#### 2.1.2.2.4 Herr Prof. Dr. Stefan Görres

Herr Professor Dr. Stefan Görres ist Dekan des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften und Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung in Bremen.

**Attraktivität des Pflegeberufes muss steigen**

Der Sachverständige führt aus, dass im Jahr 2030 etwa 500.000 Pflegekräfte fehlen würden. Um diese Lücke zu schließen, müsse die Attraktivität des Pflegeberufes deutlich erhöht werden. Eltern, Lehrer und Arbeitsagenturen rieten heute kaum zum Pflegeberuf. Grund seien vor allem mangelnde Karrierechancen, dem könne eine Akademisierung entgegenwirken. Insgesamt sei eine attraktivere Gestaltung des Pflegeberufes dringend notwendig.

**Care-Mix bestimmt die Zukunft**

Trotz der Akademisierung werde es auch in Zukunft noch ein gestuftes System an Qualifikationen geben. Erst in dem Zusammenspiel der verschiedenen Qualifikationen könnten in Zukunft optimale Versorgungssituationen gestaltet werden.

**Horizontale und vertikale Durchlässigkeit nötig**

Vertikale Durchlässigkeit sichere den Karriereweg von unten nach oben. Dies sei mittlerweile im Ansatz gegeben, müsse jedoch deutlich professionalisiert und in Bezug auf die Qualität besser abgesichert werden. Pflegeberufe müssten ein Stück weit aus den bekannten Säulen

(stationär, ambulant, teilstationär) herauskommen und in andere Arbeitsfelder wie der Prävention einsteigen können. So könne sich die horizontale Durchlässigkeit, die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich erhöhen.

**Akademisierung längst überfällig**

Der Sachverständige führt aus, dass in den USA, im ganzen angloamerikanischen Raum, in Skandinavien, Holland und in China die Akademisierung der Pflegeberufe wesentlich weiter fortgeschritten sei als in Deutschland. Bei der Frage der Höhe des Akademisierungsgrades dürfe es nicht um berufspolitische, sondern müsse es vorwiegend um versorgungspolitische Interessen gehen. Ziel müsse die Verbesserung der Versorgungsqualität durch einen guten Care-Mix sein, und zum Care-Mix gehöre eben auch die Akademisierung. Bei der oft geforderten hundertprozentigen Akademisierung stellt der Sachverständige die Frage: „100 Prozent von was?“ Hier müsse eine Präzisierung gefunden werden, um welche Abschlüsse es gehe und wie die qualifizierten Personen eingesetzt würden.

**Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung**

Bereits heute gebe es die Dualität in der Ausbildung, weil das Lernen in der Schule und am Arbeitsplatz stattfinde. Diese Dualität habe sich in Deutschland sehr bewährt. Deshalb hält der Sachverständige den Ansatz, die Akademisierung an dualen Hochschulen umzusetzen, für denkbar. Das wäre eine komprimierte Form des heute teilweise noch vorhandenen additiven Modells, in dem zuerst eine dreijährige Berufsausbildung und im Anschluss ein dreijähriges Studium mit Bachelorabschluss absolviert werden müsse.

Im Rahmen einer Hochschulausbildung müssten auch Spezialisierungen – beispielsweise eine geriatrische Fachkraftausbildung – angeboten werden. Das sei im Ausland schon üblich. Eine entsprechende Akzentsetzung könnte zudem eine Attraktivitätssteigerung für die Altenpflege bewirken. Akademiker in der Altenpflege würden vor allem für die Prozesssteuerung gebraucht. Die damit verbundene hohe Verantwortung mache für Bewerber den Beruf in der Altenpflege über den akademischen Weg nochmals attraktiver.

**Berufliche Bildung bleibt wichtig**

Die Fachschulen trügen dazu bei, dass auch unterhalb des akademischen Niveaus eine gute fachliche Ausbildung stattfinde, diese sei für den Care-Mix wichtig. Herr Professor Görres weist auf die lange Tradition der beruflichen Bildung in Deutschland hin. Eigene Erfahrungen des Sachverständigen aus China und den USA zeigten, dass eine Ausbildung auf Bachelorniveau nicht überall wesentlich weiter als eine sehr gute dreijährige berufliche Ausbildung sei. Eine Akademisierung schließe die Beibehaltung einer Qualifikationsstufe darunter nicht aus.

**Ausbau von Forschung und Wissenschaft stärken**

Um akademisch gebildete Pflegekräfte ausbilden zu können, würden Hochschullehrer gebraucht. Diese würden in der Regel an Universitäten und nicht an Fachhochschulen ausgebildet. In Deutschland seien nur acht – also definitiv zu wenig – Universitäten dazu vorhanden. Im Jahr 2013 seien in Deutschland 32 Stellenanzeigen allein für Professuren in der Pflegewissenschaft geschaltet worden.

Der Sachverständige stellt fest, dass es nicht nur um die Ausbildung, sondern vor allem auch um die Forschung gehe. Pflegeforschung werde in Deutschland kaum unterstützt, es gebe kein systematisches Pflegeforschungsprogramm. Durch den Rückzug der Robert-Bosch-Stiftung, die hier Jahrzehnte Vorbildliches geleistet habe, sei eine Lücke entstanden, die noch nicht gefüllt werde.

Die Forschung sei insbesondere für die Suche nach neuen, evidenzbasierten Interventionsformen wichtig. Es gehe darum herauszufinden, ob das, was Pflegekräfte tun, auch tatsächlich

Wirkung zeige. Forschung sorge dafür, dass die richtigen Interventionen am richtigen Ort eingesetzt würden.

**Neue Einsatz- und Arbeitsfelder entstehen**

Der Sachverständige sieht den zukünftigen Einsatz von Pflegekräften auch in anderen Bereichen, beispielsweise in der Prävention. Dies sei in den USA, im angloamerikanischen Bereich, in Holland und Skandinavien schon heute der Fall. Die sogenannte „School Nurse“ in den USA sei erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen oder auch Ernährungsfragen. In Bremen werde jetzt ein Master in „Community and Family Health Nursing“ angeboten, weil davon auszugehen sei, dass ein Großteil der pflegerischen Handlungsfelder in Zukunft gar nicht mehr im Akutbereich des Krankenhauses liegen werde. Pflege werde sich in die stationäre Langzeitpflege, in den ambulanten Bereich sowie in die Versorgung von chronisch Kranken und vulnerablen Gruppen verschieben. Die Kommunen seien die Plattform, wo gesundheitliche Versorgung auf der operativen Ebene organisiert werde. Dazu brauche es gute kommunale Konzepte, in deren Ausgestaltung Pflegekräfte – etwa Community Health Nurses, Public Health Nurses oder Family Health Nurses – eingesetzt werden könnten.
Der Sachverständige stellt fest, dass Pflege heute praktisch kaum berate. Hier seien Handlungsfelder zu öffnen, in denen Beratungsmöglichkeiten gegeben seien, also etwa bei Pflegestützpunkten oder auch im kommunalen Bereich. Diese Optionen könnten ebenfalls zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beitragen.

**Generalistische Ausbildung bringt internationalen Anschluss**

Die generalistische Ausbildung sei wichtig, um den internationalen Anschluss zu wahren. Die Altenpflegeausbildung gebe es in keinem anderen europäischen Land als separate Ausbildung. Viele Modellprojekte in Deutschland seien evaluiert worden, und man sei immer wieder zu der Auffassung gekommen, dass vieles für eine generalistische Ausbildung spreche, weil Generalistik die horizontale Bewegung und Dynamik der Pflegeberufe ermögliche. Die Ärzteausbildung sei ebenfalls generalistisch angelegt, die Facharztausbildung schließe sich an. Für die Ausgestaltung einer generalistischen Ausbildung gebe es unterschiedliche Ansätze. Die Umstellung selbst werde für die Fachschulen sicher eine große logistische Herausforderung. Die Frage, ob die generalistische Ausbildung eine Abwanderung aus der Altenpflege hin zur Krankenpflege bewirke, könne der Sachverständige nicht befriedigend beantworten. Dieser Effekt hänge aber auch mit den Arbeitsbedingungen und mit der Bezahlung in der Altenpflege zusammen.

**Nationaler Gesundheitsberuferat in Gründung**

Der Sachverständige berichtet, dass sich ein Nationaler Gesundheitsberuferat in der Gründung befinde. Grund hierfür sei ein hoher Beratungsbedarf, welche Gesundheitsberufe für Deutschland und Europa die richtigen seien. Es gehe dabei nicht nur um Pflege, sondern auch um therapeutische Berufe.

#### 2.1.2.2.5 Herr Tilman Kommerell

Herr Tilman Kommerell ist Leiter der Krankenpflegeschule des HELIOS Spitals in Überlingen.

**Pflegenotstand und Bewerbermangel stehen im Zusammenhang**

Der heute schon bestehende Mangel an Pflegekräften führe gleichzeitig zu einem Bewerbermangel. Die Medien beschäftigten sich in breitem Umfang mit dem Pflegenotstand, so hätten ARD und ZDF im laufenden Jahr 106 Sendungen zu diesem Thema ausgestrahlt. Selbst wenn dadurch nicht alle potentiellen Bewerber direkt erreich worden seien, so aber deren Lehrer und Eltern, die Einfluss auf die Berufswahl ausübten und von Pflege abrieten.

Die einfache Antwort „mehr Ausbildung“ helfe nicht, da mit einem Rückgang der Bewerberzahlen zu rechnen sei. Momentan befinde sich noch die durch Umstellung von G9 auf G8, durch den Wegfall der Wehrpflicht sowie durch die Wirtschaftskrise verursachte Bewerberwelle in der Ausbildung. Die Zahl der Schulabgänger werde aber künftig sinken, und es werde schwierig, alle Ausbildungsplätze zu besetzen.

**Zufriedene Auszubildende bleiben im Beruf**

In der Praxis müsse der Auszubildende in den Pflegeberufen einen Kompromiss zwischen seiner eigenen Ausbildung und der Arbeit für den Patienten, Bewohner, Kunden finden. Eine spannende Frage sei, ob und wie gewährleistet werde, dass der Auszubildende in den drei Ausbildungsjahren tatsächlich alles lerne, was er für seine spätere Berufspraxis brauche. Der Sachverständige macht hierzu den Vorschlag, ein verbindliches Curriculum für die Praxis zu entwerfen, an das sich alle Praxiseinrichtungen halten müssten. Damit bliebe die Ausbildung in der Praxis nicht mehr dem Zufall überlassen. Über eine Art Lernzielkatalog oder ein abzuarbeitendes Gutscheinheft könnte die Zielerreichung nachgeprüft werden. Überall, wo dieses Curriculum bereits existiere, sei die Ausbildung nicht nur qualitativ besser, sondern die Auszubildenden seien mit ihrer Ausbildung auch zufriedener.

Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen weist der Sachverständige auf eine Studie von Seeliger/Strobel hin. Darin seien Auszubildende befragt worden, inwiefern die Rahmenbedingungen, die sie während ihrer Ausbildung in der Pflege erlebten, einen Einfluss auf ihre Motivation hätten. Von über 600 Befragten hätten 273 Schülerinnen und Schüler angegeben, dass sie darunter litten, dass es zu wenig Personal für ihre Anleitung gebe. Sie litten darunter, dass sie überwiegend als Arbeitskraft eingesetzt würden, dass sie zu wenig Anleitung und Begleitung erführen, dass die Arbeitsbelastung zu hoch sei, dass ihnen in der Praxis zu wenig Lernangebote zur Verfügung gestellt und dass ihre berufliche Selbstständigkeit nicht gefördert würde.

Der Sachverständige stellt dar, dass eine übergroße Arbeitsbelastung der Pflegenden dazu führen könne, dass sie ihre Ausbildungsaufgaben vernachlässigten. Das subjektive Erleben solcher Arbeitsbedingungen schon während der Ausbildung könne wiederum bewirken, dass Auszubildende den erlernten Beruf gar nicht ergreifen würden.

Die NEXT-Studie zeige, dass es bei ausgebildeten Pflegekräften einen deutlichen Mangel gebe, sowohl mit den physischen als auch mit den psychischen Belastungen des Berufs umzugehen. In der Konsequenz bedeute dies, dass alle Ausbildungsbestrebungen nichtig seien, wenn gut ausgebildete Fachkräfte vorzeitig aus der Pflege ausstiegen. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen könne ein Lösungsansatz darin bestehen, Strategien zur Erhaltung der eigenen Gesundheit in die Ausbildung zu integrieren.

**Ja zur generalistischen Ausbildung, aber mit Vertiefungsschwerpunkt**

Die Krankenpflegeschule des Sachverständigen in Überlingen biete als einzige Schule in Baden-Württemberg schon jetzt eine regelrechte generalistische Ausbildung an – nicht befristet als Modellprojekt oder Versuch, sondern als dauerhafte Einrichtung. In studentischen Forschungsprojekten dazu habe sich gezeigt, dass es Bewerber gebe, die sich klar für die Krankenpflege und für den späteren Arbeitsplatz Krankenhaus entschieden und sich eine Tätigkeit in der Altenpflege nicht vorstellen könnten. Umgekehrt gelte dies genauso. Die Schnittmenge derer, die sich beides vorstellen könnten, habe bei diesen Studien nur knapp 3 Prozent betragen. Deshalb spricht sich der Sachverständige für eine generalistische Ausbildung, die aber mit Vertiefungsschwerpunkten angelegt sein müsse, aus. So könne jedem, der in einem bestimmten Sektor der Pflege tätig werden will, die Möglichkeit gegeben werden, sich in diesen Sektor hinein auszubilden.

**Mehr Ausbildung durch Finanzierung der Ausbildung**

Die Schaffung von mehr Ausbildungskapazitäten könne nur mit einer kostendeckenden Finanzierung der Ausbildung gelingen. Der derzeit in Berlin in Entstehung befindliche Referen-

tenentwurf zum neuen Pflegeberufegesetz enthalte dazu vier Lösungsansätze für eine mögliche Finanzierung der künftigen Pflegeausbildung. Ebenso dürfe niemand, der heute bereits ausbilde, in Zukunft aus finanziellen Gründen davon abgeschreckt werden. So könne zumindest der Status quo in der Ausbildung gehalten werden.

**Vielfalt in der Ausbildung erfordert Bündelung der Kompetenzen**

Der Sachverständige sieht den Pluralismus der Ausbildungswege als den richtigen Ansatz. Gerade diese Vielfalt der Ausbildung erfordere jedoch eine Bündelung der Kompetenzen auf staatlicher Seite. Für die verschiedenen Ausbildungsangebote – und zwar von ganz unten, Betreuungsassistent/in, bis nach ganz oben, Hochschulprofessor/in – solle auf Landesebene eine Stelle die Regelungskompetenz besitzen.

Heute liege in Baden-Württemberg jedoch die Zuständigkeit für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung beim Sozialministerium, die Altenpflegeausbildung sei, soweit sie in staatlicher Trägerschaft erfolge, dem Kultusministerium unterstellt.

In diesem Zusammenhang weist Herr Kommerell darauf hin, dass eine in § 20 Absatz 6 des Landespflegegesetzes vorgeschriebene Stelle zur Vereinheitlichung der Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen noch immer nicht eingerichtet sei.

**Neue inhaltliche Ausrichtung der Pflegepraxis und Pflegeausbildung**

Wenn der Pflegebedarf nicht allein durch ausgebildete Pflegefachkräfte gedeckt werden könne, so müssten in Zukunft verstärkt Helfer, Angehörige, Laien und bürgerschaftlich Engagierte mit hinzugezogen werden. Deshalb müsse die künftige Ausbildung der Pflegefachkräfte verstärkt auf Organisations- und Managementkompetenzen, auf Beratungs- und Schulungskompetenzen sowie auf die Umsetzung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis ausgerichtet sein. Zur Verdeutlichung führt der Sachverständige aus, dass die Pflegekraft von morgen nicht selbst waschen, betten, lagern oder etwas zu trinken anreichen werde. Die Pflegekraft werde vielmehr andere dazu anleiten, dies zu tun, und die entsprechende Qualität überwachen. Daraus ergebe sich ein Wandel der Pflegefachkräfte hin zu Case-Managern.

Der Sachverständige stellt fest, dass die Pflege im Moment noch viel zu wenig in der Lage sei, Prozesse zu steuern und zu managen. Man sei so sehr damit beschäftigt, Pflegebedürftigkeit „abzuarbeiten“, dass die Prozesssicht fehle. Es sei wichtig, auch Fragen zu stellen: Ist wirklich alles nützlich und sinnvoll, was wir den Patienten angedeihen lassen? Was kann man vielleicht effizienter gestalten, auf was kann man vielleicht sogar ganz verzichten?

Mit Änderungen im Tätigkeitsprofil müsse immer auch eine Anpassung der Ausbildung einhergehen. Es müsse nicht nur mehr, sondern auch anders als bisher ausgebildet werden.

**Übernahme ärztlicher Tätigkeit steigert nicht die Attraktivität**

Der Sachverständige sieht in der oft diskutierten Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch die Pflege keine Attraktivitätssteigerung, sondern hält sie für kontraproduktiv. Wenn man den Pflegeberuf durch Übertragung von medizinischen Tätigkeiten aufwerten wolle, so unterstelle man gleichzeitig, dass Pflege minderwertig und Medizin höherwertig sei.

Außerdem werde oft falsch delegiert, indem nur die Tätigkeit ohne die Entscheidungsbefugnis delegiert werde. So werde in Kliniken häufig darüber gestritten, ob Pflegekräfte auch Blut abnehmen sollen. Dann werde nur die Tätigkeit des Blutabnehmens delegiert. Wenn nun aber die Schwester feststelle, dass der Patient sehr schlechte Venen habe, müsse sie erneut zum Arzt gehen, um abzuklären, ob vor dem Hintergrund der schlechten Venensituation trotzdem Blut abgenommen oder besser darauf verzichtet werden solle. Mancher Ansatz, Pflege entlasten oder aufwerten zu wollen, könne unter dem Strich sogar eher zu einer Belastung führen.

Der Mangel an Ärzten im ländlichen Raum sei eine weitere Ursache für derartige Diskussionen. Es dürfe aber nicht vergessen werden, dass jede Übertragung weiterer Aufgaben an die Pflege den relativen Mangel an Pflegefachkräften verschlimmere.

**Personalgewinnung im Ausland**

Der Sachverständige sieht in den Überlegungen, Menschen aus europäischen Ländern, die von einer hohen Jugendarbeitslosigkeit betroffen sind, für eine Pflegeausbildung in Deutschland zu gewinnen, eine Chance. Zwingende Voraussetzung, um in Deutschland pflegend arbeiten zu können, sei jedoch die Beherrschung der deutschen Sprache, um die Kommunikation zwischen den Auszubildenden und Patienten bzw. Bewohnern sicherzustellen. Selbst wenn diese Menschen nach Abschluss ihrer Ausbildung wieder in ihr Heimatland zurückkehrten, so hätten sie während ihrer Ausbildung in Deutschland Pflegearbeit geleistet und auf dem heimatlichen Berufs- und Arbeitsmarkt anschließend bessere Chancen.

### 2.1.3 Öffentliche Anhörung am 23. Januar 2015 zum Thema „Pflege, Familie und Gesellschaft“

#### 2.1.3.1 Beschreibung der Anhörung

Am 23. Januar 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 6. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Pflege, Familie und Gesellschaft“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Dr. h. c. Frank Otfried July
  Landesbischof der Evangelischen Landeskirche in Württemberg

- Prof. Dr. Gerhard Naegele
  Direktor des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund

- Prof. Dr. Susanne Kümpers
  Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit und Public Health Strategien im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

- Prof. Dr. habil. Thomas Klie
  Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg

- Roland Sing
  Vorsitzender des Landesseniorenrats Baden-Württemberg

- Rosemarie Daumüller
  Geschäftsführerin des Landesfamilienrats Baden-Württemberg

Zur Vorbereitung auf die Anhörung stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Gemeinsame Fragen an alle Sachverständigen:**

1. Welchen Stellenwert hat in der heutigen Gesellschaft Alter, Pflegebedürftigkeit, Selbstbestimmung im Alter (Sterbebegleitung, Verbleib in der eigenen Häuslichkeit im Pflegefall, etc.) und welchen Stellenwert haben pflegende Tätigkeiten, auch mit Blick auf Pflegekräfte aus dem Ausland?

2. Welchen Beitrag will und kann die Gesellschaft für eine menschenwürdige Pflege erbringen? Sind Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstendenzen vorhanden, die dies beeinträchtigen?

3. Wie kann einer Vereinsamung von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen vorgebeugt werden, wenn die Angehörigen nicht in unmittelbarer Nähe leben?

4. Welche Faktoren führen dazu, dass Pflegetätigkeiten vornehmlich von Frauen übernommen werden, und welchen Einfluss haben neben dem Geschlecht die Kategorien Stadt/Land, Bildungsnähe/Bildungsferne, Erwerbstätigkeit/Familienarbeit, Migrationshintergrund/kein Migrationshintergrund auf die Bereitschaft zu pflegen? Was kann getan werden, um Pflege unabhängig von diesen Kategorien attraktiv zu machen?

5. Wie kann das Spannungsverhältnis von beruflicher Tätigkeit und Pflege von Angehörigen abgemildert werden?

   Durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, welches zum 1. Januar 2015 in Kraft tritt, profitieren Beschäftige in Betrieben mit über 15 Mitarbeitern. Welche Unterstützungsangebote können Beschäftige in kleineren Betrieben in Anspruch nehmen?

6. Welche Rolle spielen pflegende Familienangehörige und bürgerschaftlich Engagierte, welcher Unterstützungs- und Beratungsbedarf besteht und ist die aktuelle Novelle des Pflegezeitgesetzes ein richtiger Schritt gewesen?
   Hat das Familienpflegemodell Zukunft und wie kann die familiäre Pflege effektiv gefördert werden?
   Wie kann die soziale Sicherung von pflegenden Angehörigen besser gewährleistet werden?

7. Welche Herausforderungen für Pflege, Familie und Gesellschaft ergeben sich aus der Tatsache, dass die Zahl an pflegebedürftigen Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderem religiösen Hintergrund steigt?

8. Inwiefern ist zu beobachten, dass Pflegebedarf als Bestandteil der individuellen Biographie sowohl bei der finanziellen Vorsorge als auch bei der Frage der Einbeziehung in die eigene Lebensplanung eine Rolle spielt?

9. Welche Chancen stecken in Altersgerechten Assistenzsystemen für ein selbstbestimmtes Leben (Ambient Assisted Living) für den Industrie- und Innovationsstandort Baden-Württemberg, das Handwerk, die Pflegenden und die Pflegebedürftigen?

10. Wie kann es uns gelingen, die weibliche Konnotation von Care-Arbeit aufzubrechen? Was muss/kann getan werden, um der knapper werdenden Ressource der familiären Care-Arbeit zu begegnen?

11. Welche Maßnahmen sind notwendig, um den aus der globalen Betreuungskette (Global Care Chain) entstehenden Herausforderungen so zu begegnen, dass Arbeitsausbeutung und ein Abdrängen in die Illegalität vermieden werden und ein bestimmter Qualitätsstandard der Betreuung gewahrt wird? Wie können bezahlbare und faire Modelle aussehen?

#### 2.1.3.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.3.2.1 Dr. h. c. Frank Otfried July

Herr Dr. h. c. Frank Otfried July, Landesbischof der Evangelischen Landeskirche in Württemberg, trägt als erster Sachverständiger zum Themenblock Pflege, Familie und Gesellschaft vor. Er geht dabei auf Rolle und Selbstverständnis der Kirchen in der Pflege ein.

**Selbstbestimmtheit ist ein zentraler Wunsch der Menschen**

Der Sachverständige verweist auf den Wandel der Geschlechter-, Rollen- und Altersbilder. Während man vor dem Zweiten Weltkrieg mit 50 Jahren schon zu den „Alten“ gezählt habe, sei man heute noch nicht einmal „Silver Ager“. Der Wunsch nach Selbstbestimmung im Alter, bei Krankheit oder am Lebensende spiele für die meisten Menschen eine zentrale Rolle. Man wolle bei Pflegebedürftigkeit möglichst lange im eigenen Haushalt bleiben und die körperliche Autonomie wahren.

**Pflege im Spiegel der Gesellschaft**

Arbeit in der Pflege sei körperlich schwere Arbeit und gleichzeitig ein hochsensibles Tätigkeitsfeld, da die Pflegenden die Schwächen und Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen unmittelbar erführen. Daraus resultiere ein doppelgesichtiges Verhältnis: Dankbarkeit und Anerkennung bei gleichzeitiger Abwehr und psychologischer Marginalisierung der Helfenden. Dies sei einer der Gründe, warum es Pflege so schwer habe, breite gesellschaftliche Anerkennung zu finden. Weiter führt der Sachverständige aus, dass der Respekt vor Lebenserfahrung und Lebensleistung sowie vor dem „Schwächer-werden-dürfen“ geringer geworden sei. Man sei eher fixiert auf Wellness, Anti-Aging-Trends oder Ähnliches und immer weniger dazu bereit, die schwierigen Seiten des eigenen Lebens zu akzeptieren.

**Katholische und evangelische Kirche nehmen gesellschaftliche Verantwortung in der Pflege wahr**

Der Sachverständige verweist auf die vielfältigen Angebote der Pflegedienste von Diakonie und Caritas. Ebenso befinde sich ein großer Teil der Pflegeeinrichtungen im Land in kirchlicher Trägerschaft. In Baden-Württemberg kämen Hunderte von kirchlich organisierten Nachbarschaftshilfen, Besuchsdienstgruppen und mehr hinzu. Die quartierbezogenen Kirchengemeinden verfügten über ein flächendeckendes Netzwerk, das alte Menschen vor Ort und mit sozialen Kontakten gut begleiten könne. Für sinnvolle Nachbarschaftsprojekte seien viele Menschen ansprechbar, da rund 79 Prozent der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg einer christlichen Kirche zugehörig seien.

**Beitrag der Kirche im gesellschaftlichen Diskurs**

Die Kirche leiste diakonische Arbeit mit vielen Fachkräften und Experten. Diakonie gehöre genauso wie die Verkündigungsarbeit zum christlichen Selbstverständnis. Viele Menschen erkennten – selbst bei Differenzen in den Lehrinhalten – das kirchliche Engagement in der Diakonie an und brächten sich selber dort ein. Pflege sei ein Thema, das sich zugleich im höchst privaten wie im gesellschaftlichen Bereich ereigne. Es gehe um öffentliche Gelder genauso wie um Familienzeit und Rollenbilder. Die Kirche wolle sich mit ihrem Hintergrund aktiv in den öffentlichen Diskurs einbringen.

**Schlechtere Rahmenbedingungen durch zunehmende Ökonomisierung**

Die schleichende Ökonomisierung pflegerischer und gesundheitspolitischer Tätigkeiten sowie der politisch gewollte Wettbewerb führe zu massiven Zielkonflikten. Die Zerlegung von Pflegeleistungen in einzelne Bestandteile – wie bei einer Reparaturleistung – stehe einer ganzheitlichen Begegnung mit den pflegebedürftigen Menschen entgegen. Der ursprüngliche Konsens über subsidiäre sozialstaatliche Strukturen werde massiv in Frage gestellt. Man verlasse zunehmend das Grundprinzip einer fairen Vereinbarung von Leistung und Gegenleistung für Mitarbeiter, Leistungsempfänger und Kostenträger.

**Schulterschluss für die Zukunft sozialer Arbeit**

Das „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“ bringe zum Ausdruck, dass ver.di, Caritas und Diakonie der Auffassung seien, dass Pflege zu schlecht bezahlt sei und zu wenig gesellschaftliche Anerkennung erhalte. Trotz unterschiedlicher Auffassung in Bezug auf die Arbeitsrechtssetzung, wo man einen kircheneigenen Weg habe, gebe es gemeinsame Zielsetzungen für die Pflege.

**Keine Klassengesellschaft bei der Pflege**

Gute Pflege koste neben dem ehrenamtlichen und dem familiären Einsatz auch Geld, weil sie untrennbare Anteile von Zeit und Zuwendung im Einzelfall beinhalte. Der Sachverständige warnt vor einer Ausdifferenzierung der Pflegeleistungen nach dem Geldbeutel. Hier stelle sich die Frage der Generationengerechtigkeit auf besondere Weise.

**Funktionsfähige Strukturen in ländlichen Räumen erhalten**

Der Sachverständige stellt dar, dass es durch Wegzug der Menschen in die Ballungsräume zunehmend schwierig werde, in manchen ländlichen Räumen eine funktionsfähige Infrastruktur zu erhalten. Krankenhäuser würden geschlossen, die ärztliche Versorgung werde schlechter und Pflegeeinrichtungen fehlten, weil sich nur sehr schwer jüngere Mitarbeiter dafür rekrutieren ließen. Auch die Kirche selbst sehe sich mit diesen Strukturproblemen konfrontiert.

**Interreligiöse Sensibilität ist vorhanden**

Die Kirche wolle sich den neuen Herausforderungen stellen. Es gebe vor Ort bereits interreligiöse Schulungen. Die Kirchen träten für einen intensiven interreligiösen Dialog ein, der die eigene Identität nicht streiche und Gesprächsbereitschaft signalisiere.

#### 2.1.3.2.2 Prof. Dr. Gerhard Naegele

Herr Prof. Dr. Gerhard Naegele ist Direktor des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund. Er geht insbesondere auf die Bedeutung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ein.

**Pflege ist zur gesamtgesellschaftlichen Herausforderung geworden**

Der Sachverständige erläutert, dass Pflege nicht nur Aufgabe der Pflegepolitik sei. Vielmehr müsse Pflegepolitik als ein Teil der gesundheitlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung, die insbesondere vor demografischen Herausforderungen stehe, gesehen werden. Isolierte, lediglich auf die Pflege bezogene Politikansätze griffen zu kurz.

**Selbstbestimmung im Alter ist verbesserungsbedürftig**

Die im Zuge der Diskussion über die UN-Konvention zur Teilhabe erneut stark propagierte Selbstbestimmung im Alter sei keineswegs flächendeckend realisiert. In der stationären Pfle-

ge gebe es zahlreiche Verstöße, insbesondere bei der Rücksichtnahme auf Wünsche und Gewohnheiten der Bewohner.

**Qualitative statt rein quantitativer Personalbedarfsermittlung**

Der Sachverständige stellt in der professionellen Pflege eine wachsende Diskrepanz zwischen Bedarf und Bestand an Pflegepersonal fest. Jedoch fehle das Instrument einer qualitativen Bedarfsermittlung, die von künftigen Pflegeeinsatzorten und darauf bezogenen Qualifizierungs- und Qualifikationserfordernissen ausgehen müsse und erst dann auf Personal- und Versorgungskennziffern schließen sollte. Der Sachverständige befürwortet deshalb ein Pflegemonitoring, das über eine quantitative Betrachtung hinausgehe. Da sich die professionelle Pflegelandschaft differenzieren werde, müssten die künftigen Arbeitsorte für Pflege in den Blick genommen werden.

**Gute Arbeitsbedingungen steigern die Attraktivität des Pflegeberufs**

Aus Sicht des Sachverständigen lässt sich der gesellschaftliche Stellenwert der Pflege durch die Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen erhöhen. Die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs sei eine Gestaltungsaufgabe, an der sich Einrichtungsträger und Arbeitgeber beteiligen müssten. Dabei müsse der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit des Personals im Mittelpunkt stehen. Es müsse möglich sein, im Pflegeberuf alt zu werden. Die generalistische Ausbildung eröffne durch eine breite Qualifizierung unterschiedliche Arbeitsfelder. Damit entstünden attraktivitätssteigernde Entwicklungschancen. Außerdem sei die Anwerbung von ausländischem Pflegefachpersonal voranzutreiben. Dies werde künftig wegen der hohen Nachfrage im europäischen Raum sehr stark im asiatischen Raum rekrutiert werden müssen (Indien, Philippinen).

**Kommerzialisierung gefährdet traditionelle Pflegebilder**

Der Sachverständige zitiert aus einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung. Danach habe die Entwicklung des SGB XI ein „Produktdenken“ und eine Kommerzialisierung in der Pflege bewirkt, deren schädliche Auswirkungen in der gehetzten Minutenpflege, fehlender Beziehungspflege und hoch belastetem Personal sichtbar würden. Der Kommerzialisierungsdruck habe längst die freie Wohlfahrtspflege erreicht und deren traditionelle Pflegeleitbilder ins Wanken gebracht. Andererseits gehöre der Pflegemarkt in Bezug auf Beschäftigung und Umsatz zu den boomenden Branchen.

**Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stärken**

Der Sachverständige weist auf das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Ausbau der häuslichen Pflege und der steigenden Frauenerwerbsquote hin. Das informelle Pflegepotenzial sei weiter rückläufig, während der Anteil an Arbeitnehmerinnen mit Pflegeverantwortung steige. Sowohl Politik als auch Tarifpartner seien hier gefordert. Für Betriebe gebe es bereits Leitfäden zur Vereinbarkeit. Mögliche Bausteine seien Arbeitszeitmodelle, Jobrotation, Kommunikationsstrategien und Training der Führungskräfte. Sowohl Betriebe als auch Arbeitnehmer nützten die Angebote noch zu wenig. Tarifverträge sollten stärker als Rahmen für Vereinbarungen zur Pflege herangezogen werden. Für kleine und mittlere Betriebe kämen netzwerkübergreifende Lösungen unter Einbeziehung der Kammern in Betracht. Das Pflegezeitgesetz sei dem Grunde nach richtig, es gebe aber noch Kritikpunkte. So fielen in Baden-Württemberg wegen der Betriebsgrößenregelung 80 bis 90 Prozent der Betriebe überhaupt nicht in den Geltungsbereich des Gesetzes. Die Darlehensregelung schrecke Menschen mit geringerem Einkommen eher ab.

**Kultursensible Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund**

Für die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund bedürfe es kultursensibler Lösungen und Zugänge, sobald die Nachfrage aus dieser Gruppe stärker werde. Wichtige Komponenten seien dabei die fachliche Unterstützung der pflegenden Familien (einschließlich deren Bera-

tung und Aufklärung) sowie die kulturelle Nähe des Pflegefachpersonals. Letzteres müsse in der Pflegeausbildung berücksichtigt werden.

#### 2.1.3.2.3 Prof. Dr. Susanne Kümpers

Frau Prof. Dr. Susanne Kümpers ist Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, soziale Ungleichheit und Public Health Strategien im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Sie macht Ausführungen zur Pflege in Bezug auf deren Ungleichheits- und Armutsaspekte.

**Kommerzialisierung steht ganzheitlicher Pflege entgegen**

Der starke Verrichtungsbezug und der Marktdruck in der Altenpflege marginalisierten tendenziell den ganzheitlichen Charakter der Pflege. Pflegebedürftige, deren Wunsch es sei, ganzheitlich gepflegt zu werden, müssten dies zum Teil tatsächlich auf eigene Kosten realisieren. Wenn jemand aber keine zusätzlichen Leistungen erwerben könne, so müsse er mit dem zurechtkommen, was von der Pflegeversicherung übernommen werde. Durch die sich verschärfende Altersarmut werde die Grundleistung der Pflegeversicherung eine immer größere Rolle spielen.

**Diversitätsfreundliche Pflege wird gebraucht**

Künftig werde es nicht nur mehr Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund geben, sondern weitere Gruppen, die erst sichtbar würden – beispielsweise behinderte oder gleichgeschlechtlich orientierte Menschen –, kämen ins Pflegealter. Daher müsse Pflege generell diversitätsfreundlich sein. Es gehe darum, für die großen Unterschiede bei den Gruppen, die Pflege brauchen, offen zu werden. Der Umgang mit dieser Vielfalt müsse Gegenstand der Fort-und Weiterbildung sein. Ebenso müsse in der Praxis Raum für den Austausch darüber geschaffen werden.

**Migrationshintergrund verschlechtert die Chance auf Pflegestufen**

Es gebe Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund oder aus niedrigen Statusgruppen nicht nur weniger Anträge auf eine Pflegestufe stellten, sondern auch schlechtere Chancen hätten, dass ihre Anträge bewilligt würden. Dieses Phänomen sei zwar wenig beforscht, es gebe aber einzelne Befunde dazu. Auch die Zugänge zu den Leistungen der Pflegeversicherung müssten ungleichheitssensibel gestaltet werden. Die Sachverständige sieht hier Lösungsansätze bei den Schulungen der Begutachter und durch spezielle Unterstützung für die Betroffenen (Interessensvertretungen, Beratungsstellen).

**Soziale Teilhabe muss aufrechterhalten werden**

Die Vereinsamung im Alter nehme zu, weil das familiäre Pflegepotenzial sinke und das Nah-Beieinander-Wohnen immer seltener vorkomme. Frauen seien im Alter eher allein. Ebenso erhöhe Armut das Risiko sozialer Isolation. Ziel müsse es sein, die soziale Teilhabe aufrechtzuerhalten. Instrumente hierzu seien eine barrierefreie und erschwingliche Wohnumfeldgestaltung, nachbarschaftliche Netzwerke und neue altersgerechte Wohnformen (auch speziell für benachteiligte Zielgruppen). Über eine sozialraumbezogene kommunale Alterspolitik könne Teilhabe gefördert und Isolation verhindert werden. Quartiersmanagementansätze seien dafür gut geeignet. Nach dem Berufsaustritt gebe es eine Art Zeitfenster dafür, Freundschaftsnetzwerke wieder aufzubauen. Die Stärkung von Nachbarschaftsbeziehungen werde gebraucht, weil die Potenziale der Menschen füreinander gebraucht würden und weil für jeden Einzelnen durch eine längere soziale Teilhabe auch Gesundheit erhalten bleibe. Im Stadtteil müsse es eine stabile, professionelle und langfristig finanzierte Unterstützung für das Ehrenamt und die Nachbarschaft geben.

**Gendergerechte Organisationen der Pflege**

Aus Sicht der Sachverständigen kann die Organisation sowohl der professionellen wie der informellen Pflege gendergerechter gestaltet werden. Dazu müssten in der Pflege attraktive und faire Beschäftigungsmöglichkeiten entwickelt sowie die Vereinbarkeit von Sorge und Erwerbstätigkeit verbessert werden. Der Gender-Pay-Gap[3] führe dazu, dass sich eher Frauen entscheiden würden, zu pflegen und die eigene Erwerbstätigkeit zu reduzieren. Dies erhöhe wiederum deren Altersarmutsrisiko. Es müsse eine Anerkennung von Pflegezeiten (ähnlich wie bei der Kindererziehung) in der Rente geben. Die gesetzlichen Ansprüche zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Sorge müssten in Groß- wie Kleinbetrieben sowie bei statushöheren und statusniedrigeren Beschäftigten gleichermaßen durchgesetzt werden. Die Sachverständige hält hier eine Unterstützung beider Seiten – Arbeitnehmer und Betriebe – für sinnvoll. Schließlich trage die geringe Bezahlung in den Care-Berufen mit dazu bei, dass der Care-Bereich wenig gesellschaftliche Wertschätzung erfahre.

#### 2.1.3.2.4 Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie ist Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Er geht insbesondere auf die pflegenden Familien, die Innovationen in der Pflege und die kommunale Verantwortung ein.

**Alter und Pflege gehören zu den großen gesellschafts- und sozialpolitischen Themen**

Nur eine Minderheit der Deutschen halte die eigene Versorgung in der Zukunft für gesichert. Mehr als 50 Prozent der über 40-Jährigen habe eigene Pflegeerfahrung. Die Thematik sei also in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Pflege müsse auf kommunaler Ebene und damit konkret vor Ort zum Thema gemacht werden. Das Thema dürfe nicht den Agenturen der sozialstaatlichen Sicherung überlassen werden, wo der Lastendiskurs überwiege. Die Pflegeversicherung sei subsidiär angelegt, sie unterstütze, aber sie biete keine Vollabdeckung.

**Familie ist die größte Pflegestelle der Nation**

In Zukunft werde die Leistungsfähigkeit der Familien nicht mehr so hoch sein wie bei der Einführung der Pflegeversicherung. Basis für die Pflegeversicherung sei aber das Familienmodell gewesen. Diesen Unterschied müsse die gestaltende Sozialpolitik wahrnehmen. Noch stehe Deutschland im nord- und westeuropäischen Vergleich bei der Familienpflege auf einem der Topplätze. Dies werde sich u. a. wegen des demografischen Wandels und der steigenden Erwerbsbeteiligung ändern. Das Leitbild „Pflege ist im Wesentlichen Familienaufgabe“ sei kulturell, fachlich und gesellschaftlich nicht mehr tragfähig. Die Voraussetzungen für gelingende Sorgenetzwerke seien – je nach Milieu, nach Land bzw. Stadt – sehr unterschiedlich.

**Tabuthemen in der häuslichen Pflege**

Trotz aller Vorteile der häuslichen Pflege – jeder wolle leben und sterben, wo er hingehöre – fordert der Sachverständige auch die Auseinandersetzung mit den dort bestehenden Defiziten. Alleinlebende seien häufig unterversorgt. Die Versorgung von Sterbenden außerhalb der SAPV sei unzureichend. Es gebe überlastete pflegende Angehörige, die von psychischen Krankheiten bedroht seien. Vor allem Menschen mit Demenz seien in der eigenen Häuslichkeit der Gefahr von Freiheitsentzug ausgesetzt. Häusliche Pflegearrangements mit dem Einsatz von osteuropäischen Pflegekräften seien meist nicht legal, beispielsweise gebe es Probleme mit der Arbeitszeit.

[3] Der Gender Pay Gap beschreibt den prozentualen Unterschied zwischen abhängig beschäftigten Männern und Frauen beim durchschnittlichen Bruttostundenverdienst. Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Frauen lag 2013 um 22 Prozent niedriger als der Verdienst der Männer.

**Mehr kommunale Verantwortung in der Pflege**

Der Sachverständige hält in Bezug auf das Pflegestärkungsgesetz zwei Reformschritte für notwendig: zum einen die Regelung von Planungsverpflichtungen, da Care und Case-Management auch in Baden-Württemberg nicht überall sichergestellt gestellt sei, und zum anderen die Kooperationspflicht der Kassen vor Ort. Auf Bundesebene werde das Modell der Optionskommunen breit diskutiert. Hierüber könne man Aufgaben der Pflegeversicherung an Kommunen übertragen.

**Die Zukunft liegt im Hilfemix**

Im Alltag geschehe es häufig, dass Nachbarn, Angehörige und Profis in der Pflege zusammenwirken. Das sei als Leitbild tragfähig und entlaste viele Angehörige auch von der Vorstellung, die Pflege alleine schultern zu müssen. Es sei ein Ausdruck moderner Subsidiarität, das Ineinanderwirken von Hilfen in den Blick zu nehmen. Es bedürfe hier der politischen und fachlichen Unterstützung sowie einer leistungs- und ordnungsrechtlichen Flankierung. Ebenso brauche es Promotoren. Die neugegründete Landesarbeitsgemeinschaft ambulant betreuter Wohngemeinschaften sei ein gutes Beispiel für die Promotorenbereitschaft der Bürgermeister.

**Nachbarschaften sind nach den Familien die bedeutendsten Agenturen gegenseitiger Sorge**

Wegen der enormen sozialen und territorialen Mobilität in unserer Gesellschaft seien Investitionen in die soziale Architektur wichtig. Aus Sicht des Sachverständigen müsse das Thema Quartier quer über die Ressorts aufgewertet werden. Bezogen auf das Thema Sorge und Pflege werde die Quartier- und Dorfentwicklung zwar teilweise prominent verhandelt, aber nicht immer in andere Steuerungsansätze integriert. Quartiersmanagement müsse dort, wo es notwendig ist, als Daueraufgabe eingerichtet werden. Es werde zur Zeit darüber nachgedacht, wie dies durch eine Mischfinanzierung von Bund, Ländern und Kommunen ermöglicht werden kann und wie sich auch Wohnungsbaugesellschaften und andere Akteure mit einbringen können.

**Engagement sichert Teilhabe auch in der Pflege**

Baden-Württemberg habe eine im Bundesvergleich vorbildliche Strategie zur Engagementförderung. Es gebe eine Vielfalt von Engagement- und Pflegekontexten: klassisches Ehrenamt (Betreuung, Heimbeirat), ehrenamtliche Dienste („Grüne Damen und Herren“) und vieles mehr. Man finde vielfältige Lerndienste und neue Formen bürgerschaftlichen Engagements. Eine strategische Weiterentwicklung über die Ebenen Land und Kommunen mit den Verbänden und Kirchen zusammen sei gut. Der Sachverständige warnt vor der Monetarisierung des Ehrenamts. Wenn stundenbezogene Vergütungen gezahlt würden, so sei dies kein Ehrenamt mehr, sondern eine Nebentätigkeit.

**Akzeptanz und Herausforderungen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften**

Auf kommunaler Ebene sei eine hohe Akzeptanz für ambulant betreute Wohngemeinschaften erkennbar. Die Akzeptanz in der Bevölkerung liege ungefähr bei 40 bis 50 Prozent. Sie unterscheide sich nach sozialen Milieus, Standorten und auch danach, wie die Wohngemeinschaften kommuniziert würden. Es bestehe die Bereitschaft, sich mit diesem Angebot auseinanderzusetzen. Der Weg aus der eigenen Häuslichkeit hinein in kollektives Wohnen sei immer schwierig, unabhängig davon, ob er in eine Wohngemeinschaft oder ein Heim führe. Es bedürfe eines Lernprozesses zu akzeptieren, dass es Konstellationen gebe, in denen kollektives Wohnen die gebotene und mögliche Lebensform unter der Berücksichtigung des Hilfebedarfs sei. Der Sachverständige begrüßt, dass die besondere Situation in Wohngemeinschaften durch die zusätzlichen Leistungen der Pflegeversicherung in § 38 a SGB XI aufgegriffen wurden, da Gruppengeschehen eigene Kompetenzen voraussetze. In Bezug auf die Teilhabequalität hätten Wohngemeinschaften oft einen Vorsprung gegenüber Heimen. Ihre Überschaubarkeit erhöhe die Identifikation. Das Angebot der Wohngemeinschaften müsse künftig auch in der

Ausbildung berücksichtigt werden. Es bedürfe Menschen, die über die Qualifikation verfügten, einen gelingenden Alltag in Gruppen zu gestalten. Hierzu müssten auch neue Berufsgruppenkonzepte diskutiert werden.

**Innovationskultur leben**

Der Sachverständige sieht in der Ausgestaltung unseres Sozialleistungsrechts Chancen, von einer bürokratischen und sehr stark determinierten Leistungserbringung wegzukommen. Mit dem Ansatz des Sachleistungsbudgets werde der Hilfemix und nicht die Einzelleistung belohnt. Dies setze – auch im Rollenverständnis – Innovationen in Gang. Wenn die behördlichen Akteure dazu bereit seien, im Sinne einer Ermöglichungs- und nicht als Erledigungsverwaltung zu agieren, so könne unter den heutigen Rahmenbedingungen schon eine Menge gestaltet werden. Große Herausforderungen könnten nicht allein mit dem Befolgen von regelhaften Programmen bewältigt werden, sondern mit der Offenheit für Kultur und mit der Bereitschaft, Verantwortung zu tragen.

**Vermeiden, dass Menschen in der Isolation verloren gehen**

In Bezug auf die soziale Aufmerksamkeit – nicht Kontrolle – übernehme die Nachbarschaft eine wichtige Rolle. Außerdem gebe es auch noch Überlegungen in Richtung des Einsatzes von Technikunterstützung. Der Sachverständige sieht Bedarf an professioneller Begleitung. Alle auf Pflege angewiesenen Menschen sollten auf Dauer – wie bei der hausärztlichen Begleitung – durch Fachkräfte, die den Kontakt halten und dafür auch vergütungsrechtlich belohnt werden, begleitet werden.

#### 2.1.3.2.5 Roland Sing

Herr Roland Sing ist Vorsitzender des Landesseniorenrats Baden-Württemberg und Landesvorsitzender des Sozialverbandes VdK. Er hebt die Potenziale des Alters und die Bedeutung des Ehrenamtes hervor und geht auf die Chancen Alltagsunterstützender Technologien ein.

**Potenziale des Alters nutzen**

Das Thema demografischer Wandel werde einseitig in Richtung ältere Menschen diskutiert. Dass zu wenig junge Menschen da seien, müsse aber gleichrangig betrachtet werden. Vor dem Hintergrund, dass Menschen heute älter würden und dabei leistungsfähiger und gesünder blieben, müsse auch die Frage, wie die Potenziale des Alters genutzt werden, diskutiert werden. Etwa zwei Drittel der älteren Menschen seien leistungsfähig, und viele davon wären zu ehrenamtlichem Engagement bereit, wenn sie angesprochen würden. Ehrenamt biete persönliche Lebenserfüllung für den Einzelnen, der es ausübt. Ältere seien bereit, in der Gesellschaft oder in der Familie Verantwortung zu übernehmen. Es gebe einige wenige große Firmen, die ihre Mitarbeiter auf den bevorstehenden Ruhestand vorbereiteten. Es gehe darum, Menschen zu vermitteln, was in ihrem dritten Lebensabschnitt in der Gesellschaft alles möglich sei, und sie zum Mitmachen zu ermuntern.

**Ältere Menschen bewirken viel Positives**

Der Sachverständige stellt klar, dass viele ältere Menschen keine ökonomische Belastung, sondern genau das Gegenteil seien. Es gebe ältere Menschen in schwierigen finanziellen Situationen, aber es gebe auch ältere Menschen mit Vermögen. Die Transferleistung laufe in aller Regel ausgehend vom Älteren in die Familie und in die Enkel – und nicht anders herum. Ältere Menschen seien Steuer- und Beitragszahler. Viele ältere Menschen wirkten aktiv bei der Betreuung der eigenen Enkel mit. Es müsse gesehen werden, was Ältere insgesamt an Positivem für unsere Gesellschaft bewirken.

**Verbleib in der eigenen Häuslichkeit**

Bei Befragungen werde von fast allen der Wunsch geäußert, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben zu können – selbst wenn schon Beeinträchtigungen und Behinderungen da seien. Daher müsse der ambulante Betreuungssektor ausgebaut und die Strukturen dafür müssten geschaffen werden. Hier seien die sozialen Sicherungssysteme und die Kommunen gefordert. Eine tragende Rolle der Kommunen sieht der Sachverständige in der Koordination und Anleitung des ehrenamtlichen Engagements. Der Lebensraum der Menschen sei nun einmal die Kommune, dort sei also der beste Ansatzpunkt für Informationen und Veranstaltungen.

**Im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit handeln**

Der Sachverständige begrüßt das Präventionsgesetz. Prävention biete Hilfestellungen, um die Notwendigkeit professioneller Pflege zu verhindern oder zumindest sicherzustellen, dass der Pflegeaufwand nicht steigt. In diesem Bereich könne Ehrenamt sehr gut wirken. Der Sachverständige verweist auf die Broschüre des Schwäbischen Turnerbundes zum Thema „Bewegungsfreundliche Kommune“, deren Angebote sich an Ältere richte.

**Betreuung statt Vereinsamung**

Auch in der Betreuung könne das Ehrenamt viel bewirken. Vereinsamung könne zu Erkrankungen und am Ende sogar zu Pflegebedürftigkeit führen. Einfache Dinge, wie die gemeinsame Fahrt zum Einkaufen, könnten sehr viel bewirken. Der Sachverständige ist gespannt, wie das Pflegeneuordnungsgesetz bezogen auf die Betreuungskräfte in Baden-Württemberg umgesetzt werde. Er appelliert an die Einrichtungsträger, Ehrenamtliche zu akzeptieren und zuzulassen.

**Mehr Anerkennung für die Arbeit in der Pflege**

Einhelliges Meinungsbild aus den Diskussionen der Kreis-, Stadt- und Ortsseniorenräte sei, dass die Anerkennung der Arbeit der Pflegekräfte deutlich zunehmen müsse. Die Schweiz könne hier als gutes Beispiel dienen. Dort sei der Stellenwert und die Vergütung der Pflegekräfte viel besser. Es sei daher richtig, dass es Bündnisse für eine angemessene Entlohnung gebe und man sich gesamtgesellschaftlich dafür engagiere. Der Aspekt der Zuwanderung, die eine Hilfe sein könne, müsse mitbedacht werden.

**Bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte**

Der Sachverständige fordert eine bessere Unterstützung der Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit ein. Ansätze hierzu seien Verbesserungen im Organisationsablauf und der Einsatz von moderner Technologie. Aus seinen Erfahrungen als Aufsichtsrat in Pflegeheimen wisse er, dass es teilweise noch großen Nachholbedarf gebe.

**Einführung von Alltagsunterstützenden Technologien fördern**

Technik spiele nicht nur bei den Pflegeberufen eine Rolle. Es sei wichtig, auch in der häuslichen Umgebung Alltagsunterstützende Technologien zu fördern. Diese Technologien müssten handhabbar und bezahlbar gemacht werden. Sie könnten ein Baustein dazu werden, damit Häuslichkeit für alle – soweit sie es wünschen – tatsächlich möglich werde. Es sei auch vorstellbar, dass Techniker im Ruhestand ehrenamtlich bei Alltagsunterstützenden Technologien beraten und deren Einführung begleiteten. Die Erforschung von Ambient-Assisted-Living-Systemen sei gut unterstützt worden; nun müsse man sich um deren verbraucherfreundliche Einführung kümmern. Handwerkerinnungen und ähnliche Strukturen könnten darüber informieren. Es müsse Bewusstsein für die Chancen und Möglichkeiten dieser Technologien geschaffen werden. Im Rems-Murr-Kreis entstehe im Betreuten Wohnen eine Musterwohnung für alltagsunterstützende Technik.

**Bestehende gesetzliche Regelungen in der Praxis umsetzen**

Als Beispiel nennt der Sachverständige die ambulante Palliativversorgung. Hier sei längst im SGB vorgegeben, dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante Palliativversorgung organisieren müssten. Dennoch hapere es in der praktischen Umsetzung. Übergreifende Systeme seien von Vorteil. Der Sachverständige führt aus, dass bereits durch die Anwendung bestehender Gesetze bessere Strukturen möglich seien. Er verweist auf das Thema „Integrierte Versorgung in Bezug auf das SGB V und das SGB XI“.

**Forderung nach Pflegebeauftragtem und Demografiestrategie**

Der Sachverständige schließt seinen Vortrag mit der Forderung, die Strukturen auch politisch zu verbessern. Er vertrete seit langem die Berufung eines Patienten- und Pflegebeauftragten seitens der Landesregierung und wünsche sich eine Demografiestrategie des Landes.

#### 2.1.3.2.6 Rosemarie Daumüller

Frau Rosemarie Daumüller ist Geschäftsführerin des Landesfamilienrats Baden-Württemberg. Sie beschreibt die Situation der pflegenden Familien.

**Familie ist zentraler Ort für die Pflege**

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen werde nach wie vor zu Hause versorgt. Die Familie sei der zentrale Ort für Versorgung und Pflege von kranken, behinderten und alten Angehörigen. Zwei Drittel der Pflege- oder Hilfebedürftigen in Baden-Württemberg würden zu Hause versorgt, 70 Prozent davon ausschließlich durch Angehörige. Nur rund 30 Prozent erhielten zusätzliche Hilfe durch ambulante Dienste. Gepflegt würden überwiegend ältere Menschen. Aber die Pflege von Partnern oder Kindern nach Unfallfolgen, von chronisch Erkrankten oder von Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen dürfe nicht vergessen werden.

**Häusliche Pflege ist Frauensache**

Es seien vor allem Töchter oder Schwiegertöchter, die die Pflege von Angehörigen in der Familie übernähmen. Die Frauen seien im Mittel zwischen 45 und 60 Jahre alt. Es würden knapp 5 Milliarden Pflegestunden geleistet, was umgerechnet in Vollzeitäquivalente 3,2 Millionen Arbeitsstellen entspreche. Viele pflegende Frauen befänden sich in einer Sandwich-Situation zwischen der Verantwortung für ihre jugendlichen Kinder und für die bereits pflegebedürftigen Eltern oder Schwiegereltern.

**Pflegeversicherung setzt auf die Basisversorgung durch die Familie**

Bei Pflege vertraue die Gesellschaft auf das Solidarsystem Familie. Auch die Pflegeversicherung setze auf freiwillige und unbezahlte Hausarbeit. Die Familie gerate jedoch zunehmend unter Druck. Demografische Entwicklung, steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, erhöhte Mobilität, mehr Scheidungen und die „Versingelung“ der Gesellschaft seien die Ursachen dafür, dass das Pflegepotenzial in den Familien sinke. Dies müsse durch professionelle Pflegeangebote aufgefangen werden.

**Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Bereich der Pflege**

Nach einer Befragung des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung wollten junge Menschen Erwerbsarbeit und Familie miteinander vereinbaren. Sie hätten dabei nicht nur die Kindererziehung im Blick, sondern auch die Versorgung ihrer Eltern. Es bedürfe der Entlastung und Unterstützung von privat pflegenden Frauen und Männern sowie einer Vorstellung davon, wie private Sorgearbeit zukünftig gerechter unter den Geschlechtern aufgeteilt werden könne. Zentral sei dabei eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Wenn

eine Pflegesituation eintrete, so gebe etwa ein Viertel der Frauen ihre Erwerbsarbeit ganz auf, etwas mehr als ein Viertel schränke den Umfang ein. Die Einschränkung der Erwerbstätigkeit sei nicht nur mit einem aktuellen Verdienstausfall, sondern auch mit der Verschlechterung der Rentenansprüche verbunden. Die Familienforschung in Baden-Württemberg habe berichtet, dass vor allem Rentnerinnen in Bayern und Baden-Württemberg armutsgefährdet seien. Die Rentenbiografie von Frauen werde durch Familienpausen oder Teilzeitarbeit für Kindererziehung und Pflegetätigkeit praktisch doppelt in die Zange genommen.

**Erste Bewertung des Pflegezeitgesetzes**

Das Pflegezeitgesetz biete Lohnersatzleistungen für zehn Tage, einen Rechtsanspruch auf ganze oder teilweise Freistellung und die Möglichkeit, die Arbeitszeit zu flexibilisieren. Es sei ein Schritt in die richtige Richtung. Die Familienpflegezeit sei aber noch nicht in der Gesellschaft angekommen, es habe bundesweit nur sehr wenige Anträge gegeben. Der gesetzliche Anspruch gelte erst für Betriebe ab 15 Mitarbeitern, damit lägen in Baden-Württemberg 90 Prozent der Betriebe und 16 Prozent der Beschäftigten außerhalb des Geltungsbereiches. Die Möglichkeit, den Verdienstausfall während der reduzierten Erwerbstätigkeit mit Darlehen auszugleichen, könne bei Geringverdienern zu einer Verschärfung der finanziellen Lage führen. Es sei aber sehr wichtig, dass Pflegende sich nicht um ihren Arbeitsplatz oder ihre finanzielle Lage sorgen müssten. Die Anerkennung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung müsse dringend angegangen werden.

**Familienbewusste Personalpolitik**

Pflegeverantwortung müsse, genau wie bei der Kindererziehung bereits geschehen, in die Arbeitswelt hineingeholt werden. Arbeitgeber und Tarifpartner seien dabei wichtige zivilgesellschaftliche Akteure. Es sollte selbstverständlich werden, dass pflegende Arbeitnehmer ohne Sorge die Personalverantwortlichen auf ihre Situation hinweisen können. Pflege sei noch immer eher ein Tabuthema. Der Landesfamilienrat habe zusammen mit den Arbeitgebern und dem Wirtschaftsministerium das Prädikat „Familienbewusstes Unternehmen“ entwickelt, dadurch werde familienbewusste Personalpolitik sichtbar. Ein guter Ansatzpunkt seien lokale Bündnisse. Es gehe darum, zwischen den Unternehmen einen Wettbewerb um familienbewusste Personalpolitik zu erreichen.

**Pflegende Angehörige brauchen gute Unterstützung**

Für ein selbstbestimmtes Leben im Alter würden gute Versorgungstrukturen gebraucht, ebenso wie pflegende Angehörige der Unterstützung und Entlastung bedürfen. Dies müsse kommunal geplant und ausgestaltet werden. Pflege bedeute eine psychische und physische Belastung. Niemand sollte mit einer Pflegesituation allein bleiben, es bedürfe eines Pflege- bzw. Hilfemixes. Familiäre Pflege müsse durch professionelle Pflege gestützt und, wo möglich, durch Ehrenamt ergänzt werden. Auch die gute Koordinierung des Ehrenamts sei eine Aufgabe der Kommunen und des Landes.

**Ausbau der Pflegestützpunkte zu Familienstützpunkten**

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen gehöre ein gezieltes Beratungsangebot. Die Anzahl der bestehenden Pflegestützpunkte reiche nicht dafür aus. Inhaltlich bedürfe es solcher Anlaufstellen, die über Kompetenz zu allen familienbezogenen Diensten verfügten. Denkbar wären solche Anlaufstellen in Mehrgenerationenhäusern oder als Familienbüros.

**Haushaltsnahe Dienstleitungen im Alter ermöglichen**

Die Pflegeversicherung komme nicht für den Bedarf an Versorgungs- und Haushaltsarbeiten auf. Der Landesfamilienrat habe versucht, ein Konzept für haushaltsnahe Dienstleistungen zu erarbeiten, die bedarfsgerecht vorgehalten werden sowie bezahlbar und flächendeckend sind. Ohne Subventionierung sei eine bezahlbare häusliche Versorgung aber nicht machbar.

**Männer besser in die Pflege einbinden**

Eine Aufwertung und bessere Bezahlung der professionellen Pflege würde das Berufsbild auch für Männer attraktiver machen. Über das Freiwillige Soziale Jahr könnten Männer verstärkt an den Pflegeberuf herangeführt werden. Generell sei es noch eine Herausforderung, die private Sorgearbeit gerechter zwischen Männern und Frauen aufzuteilen.

### 2.1.4 Öffentliche Anhörung am 27. Februar 2015 zum Thema „Stationäre Altenpflege“

#### 2.1.4.1 Beschreibung der Anhörung

Am 27. Februar 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 7. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Stationäre Altenpflege“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Dr. Peter Messmer
  Soziologe und Lehrbeauftragter

- Anja Schilling
  Stiftsdirektorin, Kuratorium Wohnen im Alter, Bad Krozingen

- Nils Opitz-Leifheit
  Vorsitzender der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Württemberg e. V.

- Dr. Alfons Maurer
  Vorstand der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Gemeinsame Fragen an die Sachverständigen zum Thema „Stationäre Altenpflege“**

1. **Wie ist die aktuelle Versorgungssituation in der stationären Pflege im Land zu bewerten?**

   a. Im Hinblick auf landesspezifische Besonderheiten der stationären Pflegeinfrastruktur?
   b. Gibt es etwas wie einen „baden-württembergischen Weg“ in der stationären pflegerischen Versorgung?

2. **Welche Anforderungen bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung der stationären Pflege ergeben sich in den kommenden Jahren?**

   a. Welche Herausforderungen sehen Sie hinsichtlich der demografisch bedingten Notwendigkeit zum Ausbau der Versorgungs- und Betreuungsangebote für ältere, pflegebedürftige Menschen?
   b. Welche Herausforderungen bringt die Ausdifferenzierung der Angebotsstrukturen in Folge der Pluralisierung der Lebensstile und Lebensziele älterer Menschen mit sich?
   c. Wie wandeln sich die Anforderungen an die Pflege in stationären Einrichtungen wegen zum Beispiel veränderter Qualitätsanforderungen, Beratung der Klienten und Angehörigen, Durchlässigkeit der verschiedenen Versorgungsformen, Überleitung in andere Pflegesettings, neuer Zielgruppen, höherer Multimorbidität, Zunahme der an Demenz Erkrankten, psychischer Problemlagen, Palliativpflege, kultureller und religiöser Vielfalt etc. Von welchen Faktoren hängt diese Entwicklung ab, wie kann den besonderen Anforderungen Rechnung getragen werden? Wie bewerten Sie vor diesem

Hintergrund den derzeitigen Transfer pflegespezifischen Wissens aus der Theorie in die Pflegepraxis?

d. Wie müsste der Personalbedarf (Personalschlüssel) und der Personalmix bzw. die Qualifikation des Pflegepersonals (Fachkraftquote) orientiert an dem Bewohnerbedarf zugeschnitten sein? Welcher Personalmix wäre Ihrer Meinung nach sinnvoll, wie kann er ggf. realisiert werden? Wie beurteilen Sie unter diesen Aspekten die Heimpersonalverordnung (HeimPersV)? Müssten rechtliche Befugnisse für eine bewohnergerechte Versorgung neu justiert werden?

e. Was sind Bedingungen für die Rekrutierung von Beschäftigten, wo sehen Sie hier die Herausforderungen und die Möglichkeiten, was sind Ihre Strategien der Personalrekrutierung und -entwicklung? Was erwarten Sie diesbezüglich von der Landesebene?

f. Welche Rollen werden stationäre Einrichtungen, ambulante Wohngemeinschaften und alternative Wohnformen auch im Verhältnis zueinander künftig spielen? Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang „neue“ Organisationsstrukturen und Angebotsformen („Ambulantisierung stationärer Pflege“, Haus- und Wohngemeinschaften)? Wie können sich die unterschiedlichen Versorgungskonzepte zukünftig sinnvoll ergänzen?

g. Wie können stationäre Einrichtungen in örtliche Strukturen, ins Quartier, eingebunden werden? Wie kann die Öffnung der Heime unterstützt werden, was hindert die Heime daran, sich zu öffnen, was brauchen sie dafür, haben sie Interesse daran?

h. Wie bewerten Sie die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI? Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, in Baden-Württemberg ähnliche Regelungen wie im APG NRW zu treffen?

i. Welche Veränderungen bzw. Verbesserungen sind bei der stationären Pflege im Bereich der medizinischen Versorgung möglich und leistbar, auch unter Berücksichtigung beispielsweise der Hygienevorschriften für Zahnbehandlungen? Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verbessert werden? Sehen Sie Vollzugsdefizite im SGB V? Falls ja, wie sollte man diesen Ihrer Meinung nach begegnen?

j. Wie können Familienangehörige und Freiwillige in die Pflege in stationären Einrichtungen eingebunden und beteiligt werden?

k. Welche Bedeutung haben Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege für pflegende Familienangehörige und wie kann das Angebot aus Sicht dieser und der Einrichtungsträger vor allem auch in finanzieller Hinsicht über die Maßnahmen des Pflegestärkungsgesetzes I hinaus verbessert werden?

l. Was halten Sie von Unterstützungsvereinen im Kontext der stationären Altenpflege?

m. Wie bewerten Sie die Menschenrechtssituation in der stationären Altenhilfe (beispielsweise in den Bereichen der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, der Medikamentengabe, der Inkontinenzversorgung, der Dekubitus-Prophylaxe und -Therapie, des Missbrauchs freiheitsbeschränkender bzw. freiheitsentziehender Maßnahmen)?

n. Wie beurteilen Sie unabhängig von den Ergebnissen der Transparenzberichte stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg die Qualität der geleisteten Pflege?

o. Welche Veränderungen ergeben sich für stationäre Pflegeplätze in Heimen bei der Anwendung der Einzelzimmer-Vorschriften bei der Umsetzung des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG)?

p. Welche Möglichkeiten gibt es in Pflegeheimen, um den Anteil an bürokratischem Aufwand, insbesondere bei der Erledigung der Dokumentationspflichten, zu optimieren, und welche Erfahrungen wurden damit gemacht?

q. Wie sind die Rahmenbedingungen (finanzielle und personelle Ressourcen, ordnungs- und leistungsrechtliche Vorgaben) für die erforderliche bzw. wünschenswerte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur zu werten? Sind Verbesserungen der Versorgungsqualität auch im Rahmen der verfügbaren Ressourcen möglich?

r. Wie sind die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der stationären Pflege (Pflegefach- und -hilfskräfte, Hauswirtschaft, Betreuungskräfte, Verwaltungsmitarbeiter/-innen etc.) und wie können diese verbessert werden?

s. Welche Bedeutung für die Ausbildung von Beschäftigten in der Pflege haben stationäre Einrichtungen? Wie sind die Ausbildungsbedingungen und wie können diese verbessert werden?

t. Welche Größe sollten stationäre Einrichtungen haben?

#### 2.1.4.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.4.2.1 Dr. Peter Messmer

Herr Dr. Peter Messmer, Soziologe und Lehrbeauftragter, war über zwanzig Jahre im Sozialministerium Baden-Württembergs für den Bereich Pflege zuständig. Er trägt als erster Sachverständiger zum Thema Stationäre Altenpflege vor. Er geht dabei auf die aktuelle und künftige Versorgungssituation ein, beschreibt den Ansatz der Normalisierung in der Pflege und äußert sich zu Entwicklungsperspektiven in der Pflege.

**Aktuelle und absehbare Versorgungssituation der stationären Pflege**

Der Sachverständige stellt einige Fakten zur Versorgungssituation vor. In den vergangenen 20 Jahren habe sich die Kapazität der baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen etwa verdoppelt. Durchschnittlich seien pro Jahr 2.500 zusätzliche Pflegeheimplätze geschaffen worden.

Der Landespflegeplan sehe für das Jahr 2015 einen Bedarf von 80.000 bis 90.000 Pflegeheimplätzen, eine aktuelle Schätzung der kommunalen Landesverbände für das Jahr 2020 einen Platzbedarf in Höhe von 97.000 bis 107.000. Diesem Bedarf stehe ein derzeitiger Bestand von schätzungsweise 95.000 Plätzen gegenüber. Das aktuelle Versorgungsziel werde gut erreicht. Der künftige Bedarf sei mit überschaubaren Investitionen und mit einer besseren Auslastung der bestehenden Angebote erreichbar.

Diese Schätzungen seien u. a. geprägt durch die Pflegequote und die Verweildauer im Pflegeheim. Beide seien in den vergangenen Jahren stabil geblieben. Träte jedoch beispielsweise eine Halbierung der Verweildauer ein, so wäre dies gleichbedeutend mit der Verdoppelung der Platzzahlen.

Der Sachverständige führt aus, dass mit dem bisherigen Angebotsausbau auch eine deutliche Verbesserung der Wohnqualität in den stationären Einrichtungen verbunden sei. So habe sich der Einzelzimmeranteil stetig erhöht. Seit dem Inkrafttreten der Landesheimbauverordnung im Jahr 2009 sei bis zum Jahr 2013 der Bestand an Plätzen in Mehrbettzimmern um 5.000 Plätze zurückgegangen. Gleichzeitig habe sich der Gesamtplatzbestand in diesem Zeitraum um etwa 4.000 Plätze erhöht. Der durch Landesrecht bedingte Platzabbau in Mehrbettzimmern scheine kompensierbar zu sein.

**Regionale Ausdifferenzierung des stationären Leistungsspektrums**

Die Sicherung wohnortnaher, gemeinde- und stadtteilbezogener Angebotsstrukturen sei immer sozialpolitische Zielsetzung auf Landesebene wie auf kommunaler Ebene gewesen und sei auch künftig von zentraler Bedeutung. Eine gleichmäßige und gleichwertige Versorgung in allen Landesteilen sei angestrebt und weitgehend erreicht worden. Dies ermögliche den pflegebedürftigen Menschen auch bei stationärem Hilfebedarf die Beibehaltung ihres bisherigen Lebensmittelpunkts, zwar nicht in der eigenen Wohnung, aber doch in räumlicher Nähe.

Der Sachverständige sieht für die weitere Infrastrukturentwicklung vor allem in ambulant organisierten Pflegeheimen wie auch in ambulant betreuten Wohngemeinschaften Entwicklungschancen. Mit solchen Wohngemeinschaften könne die kleinräumige, wohnortnahe Versorgung noch kleinräumiger konsequent fortgesetzt werden. Dies biete Chancen für den ländlichen Raum sowie für die quartiersbezogenen Pflegeprojekte in Städten.

**Normalisierung des Alltags in der Pflege**

Der Sachverständige spricht die Bestrebungen zur Normalisierung des Alltags in der Pflege an. Es sollten möglichst „normale“ Lebensumstände wie in einem privaten Haushalt herrschen. Um dies zu erreichen, müssten Individualität, Autonomie, Teilhabe und Privatheit

zentrale Bezugspunkte für Betreuungs-, Bau- und Raumkonzepte sein. Damit werde die stationäre Pflege zu einem Wohnangebot, das sich lediglich durch Art und Intensität der damit verbundenen Dienstleistungen von anderen Wohnangeboten unterscheide.

Der Normalisierungsansatz schließe die Sicherung von Bürgerrechten ein. Hierzu gehöre auch das Recht auf Wohnen bzw. Wohnraum. Ein wesentliches Merkmal von Wohnraum sei die Verfügbarkeit einer geschützten Privatsphäre. Die Pflegeinfrastrukturentwicklung müsse daher der normalen und nicht der institutionellen Logik folgen und Privatheit auch in vorrangig institutionell geprägten Lebenswelten umsetzen. Die Ambulantisierung stationärer Pflege sei ein aktuelles, bislang wenig verbreitetes, aber besonders weitreichendes Normalisierungskonzept. Dabei werde versucht, die pflegerische Versorgung in stationären Einrichtungen wie in einem Privathaushalt zu organisieren.

**Pluralisierung der Lebensumstände pflegebedürftiger Menschen**

Der Sachverständige führt aus, dass Pflegebedürftige keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen und Bedürfnissen bei einer stationären Versorgung seien. Zur Veranschaulichung verweist er auf die Aspekte Demenz, steigenden Männeranteil und Zunahme der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Etwa zwei Drittel bis drei Viertel aller pflegebedürftigen Menschen in den Heimen hätten eine mittlere oder schwere demenzielle Erkrankung. Mit einer guten infrastrukturellen Ausgangssituation könne man einer weiteren Pluralisierung der Lebensumstände und Bedürfnislagen pflegebedürftiger Menschen gerecht werden. Der Sachverständige weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Aufrechterhaltung kleinräumiger wohnortnaher Versorgungsstrukturen dabei nur mit einem integrativen Ansatz und nicht mit einer spezialisierten und segregativen Versorgung möglich sei. Das bedeute, in größeren Einrichtungen Wohngruppen für Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen zu schaffen oder als kleine Organisationseinheiten Wohngemeinschaften mit einer Spezialisierung auf Zielgruppen aufzubauen.

Zu beachten sei aber auch, dass – weitgehend unabhängig von der jeweiligen kulturellen, religiösen oder weltanschaulichen Prägung des Lebenshintergrunds – die Menschen bei einem sehr hohen Hilfebedarf ähnliche Präferenzen und Prioritäten hätten. Das sei insbesondere der Wunsch, im gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben und die Nähe zu Bezugspersonen zu erhalten.

**Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen als Dienstleistungszentren**

Der Sachverständige sieht Potenzial, im Rahmen der verfügbaren Ressourcen der Pflegeinrichtungen Verbesserungen zu erreichen. Dazu sei eine Flexibilisierung von Handlungsspielräumen und die Überwindung sektoraler Abgrenzungen notwendig. Dann könnten sich Pflegeeinrichtungen zu Dienstleistungszentren weiterentwickeln. Deren Leistungsspektrum wäre auf unterschiedliche individuelle Bedürfnisse und unterschiedliche örtliche Bedarfe abgestimmt. Beispielsweise könnte der stationäre Pflegebereich im Sinne einer Institutsambulanzermächtigung pflegerische Versorgungsleistungen auch im betreuten Wohnen oder im Wohnumfeld der Einrichtung erbringen. Solche Angebote würden das pflegerische Leistungsspektrum deutlich erweitern und die Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen erhöhen. Ein weitergehender Schritt wäre die Ausweitung auf ein über die Pflege hinausgehendes Leistungsspektrum im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge. Schließlich sei keine andere soziale Infrastruktur so dezentral organisiert und flächendeckend präsent wie die stationäre Pflege.

Ein Entwicklungsansatz wäre die stärkere Verzahnung der stationären Pflege mit der medizinischen Versorgung und zwar im Wege einer integrierten Versorgung. Damit könnte auch die prekäre ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen selbst verbessert werden. Die Facharztversorgung in Pflegeheimen stelle ein großes Problem dar. In der Ausbildung der Pflegekräfte habe man bereits Vorkehrungen getroffen, dass Pflegekräfte medizinische Leistungen erbringen dürften. Vor dem Hintergrund der schlechter werdenden ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum sei dies eine interessante Option. Hier könnten Pflegeheime neue Aufgaben übernehmen und gleichzeitig die interne ärztliche Versorgung verbessern.

**Schaffung überschaubarer Sozialmilieus in der stationären Pflege**

Eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität und Normalität in den stationären Pflegeeinrichtungen seien Lebens- und Wohnbedingungen, die möglichst wenig institutionell geprägt seien. Der Sachverständige empfiehlt jedem Träger – unabhängig von gesetzlichen Regelungen –, Einrichtungen so klein wie möglich zu machen. Es gelte der Zusammenhang: je größer die Einrichtung, desto größer das Risiko der institutionellen Prägung der Lebensumstände der Bewohner.

Auch in Bezug auf die Umsetzung der Einzelzimmer gehe es darum, die wirtschaftliche Nichtzumutbarkeit zu beurteilen. Gerade bei kleinen Häusern wie „Kleeblättern“ und Gemeindepflegehäusern könne die Gefahr bestehen, dass diese wirklich nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden könnten. Der Sachverständige sieht aber Signale aus dem Sozialministerium, den Einrichtungen im Wege von Ausnahmegenehmigungen zu helfen, wenn die Qualität stimme.

**Auswirkungen gesetzlicher Regelungen auf Entwicklungschancen**

Bereits mit dem bestehenden Ordnungs- und Leistungsrecht seien Weiterentwicklungen möglich. Der Sachverständige sieht keinen Änderungsbedarf, denn es lasse sich vieles im Wege einer weniger restriktiven Auslegung ermöglichen. Diese werde allerdings bundesweit sehr unterschiedlich gehandhabt. So sei beispielsweise in Bremen – bei gleichem bundesrechtlichem Rahmen – bereits früh die Ambulantisierung der stationären Pflege vorangeschritten. Der Sachverständige rate den Trägern immer, das Gespräch zu suchen, wenn diese an leistungs- und ordnungsrechtliche Grenzen stießen.

Im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz habe der Gesetzgeber aus nachvollziehbaren Gründen etwas restriktivere Vorgaben gemacht. Man müsse zunächst sehen, inwieweit diese Möglichkeiten, Organisationsverbünde entwickeln zu können, die Entwicklung behindern und, ob man gegebenenfalls in der Diskussion zu einer etwas großzügigeren Regelung kommen müsse.

**Keine weitergehende Ökonomisierung der Pflege**

Eine gute Pflege brauche immer auch eine stabile, belastbare und verlässliche wirtschaftliche Basis. Sie brauche eine gute personelle Ausstattung, was auf Dauer wiederum nur mit guten Arbeitsbedingungen erreichbar sei. Die Sicherung gesellschaftlicher Akzeptanz und wirtschaftlicher Stabilität müsse sich sowohl in angemessenen Leistungsvergütungen als auch in entsprechender Anerkennung und Wertschätzung der erbrachten Leistungen wiederspiegeln. Schließlich sei die Sicherung eines wirksamen Verbraucherschutzes wichtig, möglicherweise auch in Richtung einer stärkeren Ausrichtung an der Ergebnisqualität, durch eine gute Abstimmung von formellen und informellen Kontrollen und vor allem durch die Gewährleistung weitreichender Leistungstransparenz.

#### 2.1.4.2.2 Anja Schilling

Frau Anja Schilling ist Stiftsdirektorin des Kuratoriums Wohnen im Alter in Bad Krozingen. Sie fokussiert ihren Vortrag auf die Funktion von Pflegeheimen als Orte der Begegnung und Lebensorte für gutes Altern.

**Bedarfsdeckung bei steigendem Wunsch nach Individualität der Pflegearrangements erreichen**

Die Sachverständige sieht die größte Herausforderung hinsichtlich des Ausbaus der Versorgungs- und Betreuungsangebote darin, den zukünftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen zu decken und dabei gleichzeitig die höheren Ansprüche an die Individualität

der Pflege- und Betreuungsarrangements zu berücksichtigen. Diese Aufgabe müsse mit einem geringer werdenden Potenzial an Pflege- und Betreuungskräften bewerkstelligt werden. Dass die Pflegeberufe allgemein als nicht unbedingt attraktiv gälten und ein eher geringes Einkommen böten, mache die Herausforderung noch größer.

**Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter werden zum Thema**

Es sei für die meisten Menschen erstrebenswert, so lange wie möglich zu Hause zu wohnen. Dies impliziere jedoch die Einbindung in Familie, Nachbarschaft und den Wohnort. Diese Einbindung fehle aber zunehmend. Den Themen soziale Isolation und Einsamkeit werde man sich daher verstärkt widmen müssen. Die Anzahl derer, deren einziger alltäglicher Kontakt der Pflegedienst sei, steige vor allem in den Städten beständig an.

**Stationäre Pflege hat ein Imageproblem**

Pflegeeinrichtungen sähen sich im gesellschaftlichen Diskurs noch immer mit zahlreichen Ressentiments konfrontiert. Dabei seien die Begriffe „Autonomie“ und „Würde“ zentrale Bewertungskategorien. Die Sachverständige will darlegen, dass Pflegeeinrichtungen Orte der Begegnung und Lebensorte für ein gutes Altern sein können, auch wenn die Landschaft der Pflegeeinrichtungen noch sehr heterogen sei.

**Kurzzeitpflege übernimmt Überbrückungsfunktion**

Die Sachverständige führt aus, dass Aufnahmen in Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht geplant stattfänden. Meist sei eine Notfallsituation ausschlaggebend. Es breche die häusliche Versorgungssituation zusammen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt entstehe Pflegebedarf. Der Weg in die stationäre Pflege führe in der Regel über die Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege diene nicht primär der Entlastung von Angehörigen in häuslicher Pflege, sondern stelle quasi die schnelle Überbrückung von Versorgungsengpässen auf dem Weg in die stationäre Pflege dar. Mit einer Kurzzeitpflege sei das vermeintliche Versorgungsproblem erst einmal kurzfristig gelöst, aber die längerfristige Entscheidungsfindung bedürfe weiterer Beratung und guter Begleitung.

Tagespflegeangebote müssten nach Ansicht der Sachverständigen noch stärker ausgebaut werden und gleichzeitig auch stärker ins Bewusstsein Betroffener und ihrer Angehörigen gebracht werden.

**Gemeinwesenorientierung durch Quartiersbezug, Einbindung von Angehörigen und Freiwilligen**

Für den Bezug zum Gemeinwesen spielten drei Aspekte eine tragende Rolle: die Einbindung ins Quartier, die Einbeziehung von Angehörigen und die Freiwilligenarbeit. Die Einbindung ins Quartier und in örtliche Strukturen geschehe beispielsweise über regelmäßige Besuche des Kindergartens, die Kooperation mit örtlichen Schulen und Vereinen, aber auch über eine gute Nachbarschaftspflege. Weitere Komponenten seien die Einrichtung von einladenden und zugänglichen Treffpunkten mit Sitzgelegenheiten vor den Häusern oder das Angebot gemeinsamer Gruppenaktivitäten, wie beispielsweise offener Sing-, Qigong- oder Sitztanzkreise. Dort, wo man sich kenne, herrsche eine erheblich höhere Toleranz, und krankheitsbedingte Verhaltensänderungen seien nicht mehr fremd und unfassbar.

Angehörige brauchten zum einen die Gewissheit, dass ihre Pflegebedürftigen in guten Händen seien. Zum anderen sei die Einbindung von Angehörigen und auch Freiwilligen in die Alltagsgestaltung der Wohnbereiche ein wesentlicher Qualitätsfaktor.
Die Sachverständige versteht unter echter Freiwilligenarbeit ein Arbeiten ohne Aufwandsentschädigung. Freiwillige müssten erfahren, dass sie über das Berufsleben hinaus einen Wert in dieser Gesellschaft hätten. Es müsse selbstverständlicher werden, Dienst am Nächsten zu tun. In die Steuerung von Freiwilligenarbeit müsse investiert werden, dazu sei Personalaufwand erforderlich.

**Stationäre Einrichtungen als Orte des Gemeinwesens**

Die Sachverständige komme aus einer stationären Pflegeeinrichtung mit 66 Plätzen und gleichzeitig einem großen Wohnbereich, in welchem ein eigener ambulanter Dienst vorgehalten werde. Es müsse stärker ins Bewusstsein rücken, dass es in Pflegeeinrichtungen kulturelle Angebote und Ähnliches gebe. Für Menschen mit Behinderungen gebe es bereits Volkshochschulangebote mit Inklusionscharakter. Für Ältere müsse Entsprechendes erst aufgebaut werden. Viele der älteren Menschen in Einrichtungen seien nicht mehr so mobil, da sei es besser, die Angebote in die Einrichtungen zu holen.

**Überschaubare Größe bei stationären Einrichtungen**

Die Zukunft liege in stationären Einrichtungen mit 50 bis 60 Betten, diese seien auch wirtschaftlich gut steuerbar. Parallel werde der Ausbau im Bereich von ambulanten Wohngemeinschaften gebraucht. Generell müssten Wohnbereichsgrößen so gestaltetet werden, dass die Größe für die Bewohner gut sei. Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen befänden sich in sehr vulnerablen Situationen. Sie könnten in den Wohnbereichen nicht mehr unterstützend im Haushalt mitwirken. Deren Teilnahme bestehe darin, Teil der Gemeinschaft zu sein.

**Pflegesätze beinhalten keine Gemeinwesenskomponente**

Die Sachverständige stellt fest, dass es neben der Pflege zusätzlich in den Bereichen „Soziale Arbeit“ und „Betreuung“ einer guten Personalausstattung bedürfe. Ein Teil dieser Aufgabe falle dem Gemeinwesen zu; damit sei eine andere Finanzierung als die über Pflegesätze erforderlich. Quartiersarbeit und Einbindung ins Gemeinwesen seien ein eigener Punkt und müssten auch finanziell eigenständig betrachtet werden.

**Menschenwürdiges Leben als gesellschaftliche Aufgabe**

In der stationären Altenhilfe sieht die Sachverständige eine sehr unterschiedliche Qualität, insbesondere bei der Alltags- und Lebensgestaltung in Pflegeeinrichtungen. Dies sei allerdings in Settings, in denen Menschen mit Pflegebedarf zu Hause versorgt werden, nicht grundsätzlich anders. Eine Menschenrechtsdiskussion, die ausschließlich auf Pflegeeinrichtungen fokussiert sei, hält die Sachverständige für wenig zielführend. Die Sorge um die Einhaltung der Menschenrechte und die Verantwortung für ein menschenwürdiges Leben im Pflegefall sei ein gesellschaftliches Thema.

**Gute Beratung ermöglicht passgenaue Versorgung**

Aus Sicht der Sachverständigen ist das Hilfsangebot in der Pflege weder in der fachlichen Breite noch in Bezug auf die Finanzierungsmöglichkeiten hinreichend bekannt. Die Beratung müsse daher weiter ausgebaut werden. Insbesondere der familiäre Entscheidungsprozess sei stärker als bisher zu unterstützen.

Häufig werde Beratung als Versorgungsberatung gesehen, dabei müsse die konkrete Lebenssituation begleitet werden. Als Beispiel nennt die Sachverständige Menschen, die aus einer Notsituation heraus in Kurzzeitpflege kommen. Sofern die Betroffenen den Wunsch nach einem bestimmten Heim äußerten, sie aber keine Angehörigen hätten, obliege es der Kurzzeitpflegeeinrichtung, sich um diesen Wunsch zu kümmern. Der Bedarf nach einem bestimmten Pflegesetting hänge in der Regel nicht nur vom Pflegebedarf, sondern auch von der Persönlichkeit eines Menschen ab. Gute Beratung führe zu einer passgenauen Versorgung.

**Personalbedarf, Personalmix und Personalschlüssel**

In Bezug auf die Pflegefachkraftquote schlägt die Sachverständige eine Analyse vor. Was sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte, welche Aufgaben könnten von anderen Be-

rufsgruppen erbracht werden? Welche Berufsgruppen sollten neben der Pflege in einer pflegerischen Einrichtung unbedingt vorhanden sein?

Die Personalbemessung sei insgesamt dringend reformbedürftig. Deshalb sei der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI gekündigt worden. Die 20 Jahre alten Personalschlüssel müssten an die aktuellen Anforderungen angepasst und auch refinanziert werden. Der stark erhöhte Dokumentationsaufwand, eine angemessene Zeit für die Erfüllung von Praxisanleitungsaufgaben, Zeiten für berufliche Fort- und Weiterbildung und die Anforderungen, die durch verstärkte Familienfreundlichkeit entstehen, müssten dabei berücksichtigt werden. Es müsse möglich werden, auch Personalausfälle zu kompensieren und Einspringen zu verhindern.

Die Personalsteuerung stoße in kleineren Wohnbereichen an eine Grenze, was die Fachkraftsituation angehe. Aus Sicht der Sachverständigen wäre es denkbar, Fachkräfte über Bereiche springen zu lassen, sofern für die anderen Mitarbeiter immer sichergestellt sei, wie sie die Fachkraft bei Bedarf erreichen könnten. Der Personalmix sei in der Praxis bereits Realität. Wichtig sei zu beachten, ob den Pflegeteams vor Ort ausreichend Zeit für Koordination und Anleitung zur Verfügung stehe. Schließlich werde es immer schwieriger, Pflegefachkräfte zu finden. Ein gutes Konzept zum Personalmix würde es ermöglichen, Menschen, die sich auf Pflegearbeit einlassen möchten, eine Chance zu geben. Tatsächlich kämen gerade von Menschen im mittleren Alter immer wieder Anfragen nach Arbeitsplätzen in der Pflege.

**Ausbildung und Personalgewinnung**

Bei guten Arbeitsbedingungen könne auch die Ausbildung gut gelingen. Ausbildung sei eine wesentliche Komponente für die Sicherung des zukünftigen Mitarbeiterbedarfs. Stationäre Einrichtungen erfüllten derzeit den Löwenanteil der Ausbildung für Altenpflegeberufe.

In der Ausbildung gebe man auch jungen Menschen mit einem schwierigen Bildungshintergrund Chancen. Dabei könne mit einer Alltagsbegleitungsausbildung begonnen werden, und am Ende stünde der Abschluss als Pflegefachkraft. Für Praxisbegleitung brauche es jedoch ausreichend Zeit, damit die Auszubildenden gut angeleitet würden und eine gute Bindung zum Beruf entstehe.

Gleichzeitig stelle sich die Rekrutierung von Personal als immer schwieriger dar. Die größten Engpässe lägen bei den Pflegefachkräften. Es komme immer mehr zu vorübergehenden Vakanzen, sodass die angestammten Mitarbeiter zusätzlich belastet würden.

Wenn der Personalmix stimme, so könnten auch Quereinsteiger den Weg in die Pflege finden. Hier müsse die Haltung passen und der Wille da sein, diesen Weg zu gehen. Begleitend sollten dabei spezielle Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote zum Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen und bestimmten Situationen durchgeführt werden.

**Akademisierung geht weg vom Bett**

Die Sachverständige beobachtet in der Praxis, dass viele Pflegekräfte ein Studium wählen, weil sie aus dem operativen Geschäft, also aus dem in der direkten Versorgung vorherrschenden hohen Druck heraus möchten. Das sei verständlich und nachvollziehbar. Aber nur, wenn akademisch ausgebildete Fachkräfte weiterhin in den Einrichtungen arbeiteten, könne die Akademisierung vor Ort wirken und dort Veränderungen anstoßen.

#### 2.1.4.2.3 Nils Opitz-Leifheit

Herr Nils Opitz-Leifheit ist Vorsitzender des Arbeiterwohlfahrt Bezirksverbandes Württemberg e. V. Er schildert aus Trägersicht die Situation in der stationären Pflege, macht Ausführungen zum Qualitätsbegriff und beschreibt die Personalsituation.

**Ausreichendes Angebot an stationären Plätzen in Baden-Württemberg**

Der Sachverständige stellt fest, dass Baden-Württemberg über ein ausreichendes Angebot an stationären Pflegeplätzen verfügt. Vor zehn Jahren seien nur städtische Ballungsräume ausreichend versorgt gewesen. Durch den Bau von sehr vielen kleinen und mittelgroßen Heimen habe der ländliche Raum mittlerweile nachgezogen. Damit habe sich die Problematik der weiten Anfahrtswege und der ortsfernen Unterbringung entschärft. In den Jahren 2005 bis 2010 sei aufgrund vieler privater Investoren und durch Investorenmodelle die Zahl der Plätze deutlich gestiegen, teilweise seien sogar temporär Überkapazitäten entstanden.

**Leichtes Überangebot wirkt kundenfreundlich**

Wartezeiten auf einen Pflegeplatz träten höchstens noch in abgelegenen ländlichen Räumen auf. Die Kunden könnten heute die Einrichtung frei wählen, dies befördere die wohnortnahe Unterbringung und die Beibehaltung der familiären Einbindung.

Das leichte Überangebot an Pflegeplätzen zwinge die Betreiber, sich dem Markt zu stellen; dies wirke sich auf die Preise aus. Der Sachverständige berichtet, dass sein Träger den Aufwand für Marketing verfünffacht habe. Auch die Pflegequalität sei ein wichtiges „Verkaufs“ - Kriterium.

**Gebot zum Einzelzimmer führt zur Platzverknappung**

Der Sachverständige sieht durch das in Baden-Württemberg eingeführte Gebot der Einzelzimmer in den kommenden Jahren viele Pflegeheimplätze wegfallen. Die Umwandlung der vorhandenen Doppel- in Einzelzimmer sei in Einzelfällen zwar eine Lösung. Dadurch würden aber die weggefallenen Plätze insgesamt nicht kompensiert. Somit entstehe Neubaubedarf. Eine Studie der Unternehmensberatung TERRANUS aus Köln gehe vor diesem Hintergrund ebenfalls von einem deutlichen Rückgang der Platzzahlen in Baden-Württemberg aus.

Zur Bedarfsmessung ergänzt der Sachverständige, dass die Arbeiterwohlfahrt bundesweit mehr als 2.000 Pflegeheime betreibe. Dort beobachte man Nachfrage und Auslastung, so ließen sich Rückschlüsse auf den Bedarf ziehen. Dies beruhe auf Praxiserfahrung und nicht auf wissenschaftlicher Expertise.

**Hoher baulicher Standard in Baden-Württemberg**

In Baden-Württemberg herrsche im Vergleich zu anderen Bundesländern ein hoher baulicher Standard. Dieser zeige sich in überdurchschnittlichen Werten in Bezug auf die Flächen, die Bewohnerorientierung in der Architektur und in der Qualität der Möblierung. Kalkuliert werde mit einer Abschreibungsdauer von 40 Jahren. In der Praxis habe sich aber gezeigt, dass bereits nach 25 bis 30 Jahren neu gebaut werden müsse. Eine Anpassung der Abschreibungsfristen an die Realität wäre für die Träger eine große Hilfe. Auch bei den ausverhandelten Entgelten nehme Baden-Württemberg einen Spitzenplatz ein. Dies mache die Refinanzierungssituation nicht einfacher, da auf der Gegenseite die im Bundesvergleich höchsten Gehälter bei den Pflegebeschäftigten gezahlt würden. Es sei inzwischen auch zunehmend schwierig, mit den Einrichtungen für die Refinanzierung auskömmliche Belegungsquoten von über 94 Prozent zu erreichen.

**Optimale Einrichtungsgröße liegt zwischen 40 und 100 Plätzen**

Aus den Erfahrungen seines Trägers heraus berichtet der Sachverständige, dass solitäre Einrichtungen unter 40 Plätzen nicht vernünftig und kostendeckend zu betreiben seien. Dabei gehe es auch um die angebotene Qualität. Als Beispiel nennt der Sachverständige das Vorhalten einer eigenen Küche, um kein Catering-Unternehmen bemühen zu müssen. Sofern eine gewisse räumliche Nähe gegeben sei, ließen sich mit mehreren kleinen Heimen im Verbund auch Synergieeffekte erzielen, ohne dass die Qualität leide.

Man orientiere sich an einer Zahl von 100 Plätzen als Obergrenze. Mit einer guten architektonischen Gestaltung, durch modulare Bauweise, durch Flure und in Gruppen fühlten sich Pflegebedürftige auch in großen Häusern auf „ihrer“ Station geborgen.

**Objektive Qualität geht mit einer großen subjektiven Zufriedenheit einher**

Die Benotung durch den MDK sei in Baden-Württemberg mit 1,1 sehr gut ausgefallen. Der Sachverständige misst dem aber keine hohe Aussagekraft zu, da alle vergebenen Noten zwischen 1,0 und 1,3 lägen. Es seien andere Methoden notwendig, um Qualität für die Kunden transparent zu machen.

Die inzwischen hohe Heimqualität sei durch den Mix von Qualitätssicherung und Management, aber auch durch mehr Wettbewerb und durch die gestiegene Dichte externer Kontrollen erreicht worden.

Die Arbeiterwohlfahrt Württemberg führe seit 2003 jährliche Befragungen von Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen durch. Dabei habe man festgestellt, dass Außenstehende, zum Beispiel die Wohnbevölkerung im Umfeld einer Einrichtung, eine große Skepsis gegenüber Pflegeheimen zeigten. Sobald man als Kunde, Pflegebedürftiger oder Angehöriger tatsächlich mit der stationären Pflege in Berührung komme, wandle sich die Wahrnehmung ins Positive.

Aus den Befragungen hätten sich folgende wichtige Merkmale für ein gutes Pflegeheim herauskristallisiert: Am wichtigsten sei es, die Pflege selbst professionell und gut zu leisten. Dann sei für die Bewohner die Qualität des Essens sehr bedeutsam, darum hätten alle Heime der Arbeiterwohlfahrt eigene Küchen. Im Heim müsse eine freundliche und offene Atmosphäre herrschen und eine gute Einbindung in die Standortgemeinde hinein gegeben sein. So werde für die Bewohner die Teilhabe am öffentlichen Leben möglich. Ebenso sei es notwendig, auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen. So sollte beispielsweise die Kleidung der Bewohner im Heim gewaschen werden. Wenn Knöpfe fehlten oder nur noch 1 Strumpf aus der externen Wäscherei wiederkomme, so ärgerten sich die Bewohnerinnen und Bewohner. Mit einer eigenen Wäscherei habe man die Qualität in der eigenen Hand, und die Bewohnerinnen und Bewohner seien sehr zufrieden.

**Später und kränker ins Pflegeheim**

Der Sachverständige führt aus, dass zuerst versucht werde, durch andere Pflegesettings das Aufsuchen eines Pflegeheims so lange wie möglich hinauszuschieben. Daher seien die Pflegbedürftigen, die heute in ein Heim zögen, älter und multimorbider als jemals zuvor. Die durchschnittliche Verweildauer liege bei 10 Monaten. Der Anteil an Demenzkranken sei stark gestiegen und liege derzeit bei rund 60 Prozent. Dies ziehe veränderte und intensivere Betreuungsbedarfe nach sich. Viele Demenzerkrankte hätten beispielsweise eine Tag-Nacht-Umkehr, seien nachts sehr aktiv und wollten auch nachts essen. Dies könne mit den kalkulierten und bezahlten Schlüsseln an Personal überhaupt nicht geleistet werden, und dann müsse man als Träger einspringen. Der Personalschlüssel, der heute üblich sei, orientiere sich noch an den Bedarfsmessungen aus den Neunzigerjahren und müsse dringend nachjustiert werden.

Der Sachverständige weist darauf hin, dass die Arbeiterwohlfahrt schon seit einigen Jahren Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz anbiete. Als Träger biete die Arbeiterwohlfahrt die ganze Pflegekette an, von ambulant bis stationär. Es sei wichtig, die Bereiche nicht gegeneinander auszuspielen, sondern im Interesse der Pflegebedürftigen fließende Übergange zu ermöglichen.

**Kultursensible Pflege konzeptionell vorbereitet**

Der Sachverständige weist darauf hin, dass die Arbeiterwohlfahrt im Bereich der Migrantenbetreuung und der Flüchtlingsbetreuung bereits sehr aktiv sei und das Thema kultursensible Pflege aufgegriffen habe. Allerdings hätten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutsch-

land die Neigung, den Pflegebedarf möglichst lange in der Familie zu bewerkstelligen. Diese Neigung sei stärker ausprägt als in der deutschen Bevölkerung. Man sei konzeptionell gerüstet und könne bei Bedarf zeitnah agieren.

**Aspekte zur Personalsituation und Personalgewinnung**

Der Sachverständige stellt fest, dass die Akzeptanz und die gesellschaftliche Anerkennung der Altenpflegearbeit zu niedrig und diese Arbeit – insbesondere im Vergleich zur Krankenpflege – zu schlecht bezahlt sei.

Viele Pflegekräfte seien mit Leidenschaft dabei und gingen an persönliche Grenzen. Dennoch würden immer wieder Horrorszenarien über schreckliche Zustände in Pflegeheimen an die Wand gemalt. Dies kompromittiere die gute Arbeit der Pflegekräfte und schrecke vor der Berufswahl in Richtung Altenpflege ab.

Auf dem Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte gehe es recht wild zu. Arbeitgeber jagten sich mit Prämien gegenseitig die Fachkräfte ab. Die Mangelsituation führe zu außertariflichen und irregulären Gehaltssprüngen bei Pflegefachkräften.

Der Krankenstand in Pflegeberufen sei gegenüber dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen deutlich erhöht. Die häufigsten Erkrankungen beträfen den Bewegungs- und Knochenapparat, aber auch psychosomatische Erkrankungen spielten eine große Rolle. Als Reaktion darauf entwickle die Arbeiterwohlfahrt als Träger Strategien der täglichen Gesundheitsförderung.

Der Sachverständige befürwortet die Akademisierung der Pflege. Diese müsse aber in einem für die Praxis finanzierbaren Rahmen stattfinden. Es könne nicht jeder Altenpfleger Akademiker sein, dies sei eine Illusion.

**Einheitlicher Sozialtarif wird angestrebt**

Der Sachverständige berichtet, dass die Arbeiterwohlfahrt im letzten Jahr den Vorsitz in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege innegehabt habe. In dieser Zeit habe man Bemühungen in Richtung eines gemeinsamen Sozialtarifs der großen Träger initiiert. Man habe erreicht, dass die Bundesregierung diesen Weg mitbegleiten wolle, weil dazu auch gesetzliche Maßnahmen notwendig seien. Die Anwendung eines gemeinsamen Tarifwerks würde die Position bei Pflegesatzverhandlungen stärken und das gegenseitige Abwerben von Fachkräften würde überflüssig.

In den Gesprächen habe sich herausgestellt, dass die Gehälter zwar nicht weit auseinander lägen. Schwierig sei es aber, eine Bezeichnung für das Tarifwerk zu finden, die auch für die kirchlichen Träger passe. Außerdem habe der Paritätische Wohlfahrtsverband eine so große Vielfalt an Trägern in seiner Struktur zu vertreten, dass dort auch die Bezahlung stärker auseinanderdrifte. Insgesamt sei man aber zuversichtlich, zu einer guten Lösung zu kommen.

**Personalbindung an den Arbeitgeber**

Wie alle anderen großen Träger habe auch die Arbeiterwohlfahrt Probleme, Personal zu rekrutieren. Lösungsansatz sei es, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Man müsse eine dauerhafte Bindung der Mitarbeiter an den Arbeitgeber erreichen. Dazu gehöre, selbst auszubilden und Auszubildende früh an die eigene Einrichtung zu binden.

Eine generalistische Pflegeausbildung, die viele Vorteile mit sich bringe, habe zur Konsequenz, dass die Auszubildenden weniger Zeit in den Heimen verbrächten und damit weniger Bindung geschaffen werden könne. Nach der generalistischen Ausbildung bestehe die Wahlmöglichkeit zwischen zwei Berufen, von denen der im Krankenhaus deutlich besser bezahlt sei. Hier müssten Bundesregierung und Landesregierung darauf achten, keine falschen Effekte und keinen größeren Personalmangel zu erzeugen.

**Gewinnung von Ausländischen Pflegekräften**

Die Arbeiterwohlfahrt sei an einem Modellprojekt mit dem Bundeswirtschaftsministerium beteiligt, bei dem auch die Caritas mitwirke. Es gehe darum, vietnamesische Pflegekräfte in Deutschland in die Pflege zu integrieren und gleichzeitig in Vietnam die Pflegeausbildung zu begleiten und zu verbessern. Man habe insgesamt positive Erfahrungen gemacht, sei sich aber sicher, damit den Fachkräftemangel nicht beheben zu können. Der Sachverständige geht davon aus, dass Pflegekräfte weiterhin zu weit über 90 Prozent im Inland rekrutiert werden müssten.

**Offene, stadtteilverbundene Heime**

Für die Arbeiterwohlfahrt als Träger seien offene Heime, die in den Stadtteil, in den Ort hineinstrahlten, in die möglichst viele Leute von außen hineinkämen – Vereine, Organisationen, Ehrenamtliche –, seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Das gelinge sowohl in den Großstädten als auch in kleinen Orten sehr gut.
Die Einbindung von Ehrenamtlichen sei sehr wichtig. Dabei gehe es nicht darum, Pflegefachkräfte oder Pflegehilfskräfte durch Ehrenamtliche zu ersetzen. Es gehe ergänzend darum, die Autonomie der Bewohner zu stützen und das soziale Miteinander in den Heimen zu verbessern.

**Chancen des WTPG nutzen**

Die Arbeiterwohlfahrt sei ein Träger, der das WTPG begrüßt habe. Durch die WTPG-Wohngemeinschaften seien zusätzliche Angebotsformen geschaffen worden. So habe vor kurzem ein Gemeinderat in Nordwürttemberg beschlossen, dass die Arbeiterwohlfahrt die Trägerschaft eines dortigen Pflegeheims bekommen solle. Dort werde ein Pflegeheim gebaut, Kurzzeitpflege und betreutes Wohnen eingerichtet. In diesem Komplex werde auch eine WTPG-Wohngemeinschaft eingebunden, wobei der örtliche Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt die ambulanten Dienste dort anbiete.

**2.1.4.2.4 Dr. Alfons Maurer**

Herr Dr. Alfons Mauerer ist Vorstand der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung. Er bezieht aus Trägersicht Stellung, wie die vorhandenen Rahmenbedingungen verändert und welche Impulse gegeben werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Pflege dauerhaft sicherzustellen.

**Gefahrenabwehr durch zu viele Vorschriften ist lebensfremd**

Der Sachverständige führt aus, dass in stationären Pflegeeinrichtungen private Lebenswelten organisiert würden. Diese Organisation finde im Rahmen einer komplexen Vierecksituation statt. An dieser Vierecksituation seien die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die Leistungserbringer, die Leistungsträger und die Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene inklusive der entsprechenden Ordnungsbehörden beteiligt.
Die pflege- und hilfebedürftigen Menschen wendeten sich an eine Pflegeeinrichtung oder an einen Dienst, um dort entsprechend ihrem bisherigen Milieu möglichst optimal ihr Leben zu gestalten und die Erfordernisse ihrer individuellen Pflege- und Hilfsbedürftigkeit möglichst gut abzudecken. Die Leistungsträger wollten das Geld ihrer Versicherten möglichst wirksam und effizient verwenden. Die Gesetzgeber und die Ordnungsbehörden gingen von den Pflegebedürftigen als einem Klientel mit sehr hohem Schutzbedarf aus. Aus dieser Situation heraus habe sich eine Vielzahl von Regelungen und Standardisierungen entwickelt, die darauf angelegt seien, den unterschiedlichen Bedürfnissen aller beteiligten Partner zu entsprechen.

Es bestehe mittlerweile die Gefahr, dass die immer weiter ausdifferenzierten Regeln – der Sachverständige nennt die Themen Brandschutz, Hygiene, Lebensmittelrecht – die Privatheit gefährdeten. Es werde eine zunehmend lebensfremde Gefahrenabwehr betrieben.

**Gute Heime lassen private Lebenswelten zu**

Die zentralen Fragestellungen für die Ausgestaltung eines Pflegeheimes müssten lauten: Wie kann aus einem Heim ein gutes Zuhause werden? Wie kann ein Heim so gestaltet werden, dass es möglich ist, individuell gut alt zu werden? Wie sind also die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu gestalten, damit sich Heime zu guten Heimen im Sinne eines Zuhauses entwickeln können?

Heime müssten als Entwicklungsräume verstanden werden, in denen Menschen in einer bestimmten Situation etwas ermöglicht wird, was sie in anderen Settings schwerlich bekommen könnten. Auch in Pflegeheimen müsste man lernen, konsequent vom Einzelnen her zu denken. Es gehe darum, gewissermaßen die Pfade individueller Pflegebiografien nachzuzeichnen, diese Pflegebiografien zu begleiten und für gute Pflege und Betreuung zu sorgen.

**Der Individualität mehr Rechnung tragen**

Der Sachverständige berichtet, dass in seinen Einrichtungen der Ansatz der Lebensqualität verfolgt werde. So werde bereits beim Einzug in das Haus mittels eines wissenschaftlich hergeleiteten Interviews mit dem Namen INSEL erhoben, welche Präferenzen der Einzelne habe.

Mit einem Pilotprojekt „Mäeutik“ – ein griechischer Begriff, der die Hebammenkunst bezeichnet – werde das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell erprobt, welches eine erlebensorientierte Pflege und Betreuung hervorbringe. Die Pflegenden versetzten sich in die zu versorgende Person hinein und verbänden sich mit ihr. Die Pflegekräfte könnten mit den emotionalen Folgen professionell umgehen. Kontakt, Kreativität und Kommunikation seien die Bausteine und Bezugselemente der Mäeutik. Diese Vorgehensweise löse aber vorhandene Ordnungen in den Einrichtungen auf und setze sich über viele Regeln hinweg.

Beide Ansätze seien mit den aktuellen Rahmenbedingungen kaum vereinbar. Der Sachverständige schlägt ein Memorandum vor. Bevor weitere Regelungen – auch fachliche – „zum Schutz der Pflegebedürftigen“ erlassen würden, müsse nachgewiesen werden, inwieweit diese Regelungen tatsächlich zu mehr Selbstbestimmung und zu mehr Lebensqualität beitragen würden.

**Eine Vertrauensperson für jeden Pflegebedürftigen**

Der Sachverständige ist der Auffassung, dass Pflegeheime kontrolliert werden müssen. Neben den externen Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Heimaufsicht schlägt er vor, jedem Pflegebedürftigen eine Vertrauensperson an die Seite zu stellen. Aufgabe der Vertrauensperson wäre es, darauf zu achten, dass die versprochenen und bezahlten Dienstleistungen erbracht würden, dass die Qualität gegeben sei, dass der individuelle Lebensstil so weit wie irgend möglich in diesem Setting umgesetzt werde.

Diese Rolle könnten beauftragte Angehörige, Betreuer oder bestellte Personen übernehmen. Mittel- oder langfristig müsse der Bereich des Case-Managements so aufgebaut werden, dass eine solche Vertrauensperson bereits bei der Auswahl des Pflegearrangements helfe und beim gesamten Weg die Pflege- und Gesundheitslandschaft die Begleitung übernehme.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz habe schon Verbesserungen für die Betroffenen in diese Richtung gebracht, die aber noch nicht ausreichend seien.

Der Sachverständige empfiehlt, dass MDK und Heimaufsicht den Blick auch auf die Individuen richten sollten. Aus seiner Sicht könnten sich MDK und Heimaufsicht direkt um Angehörige und Betreuer kümmern, diese qualifizieren und beraten, Empfehlungen aussprechen und das Case-Management bereitstellen.

Der Sachverständige stellt klar, dass er nicht jedem Pflegebedürftigen einen professionell ausgebildeten Case-Manager zur Seite stellen wolle. Es müsse jedoch möglich sein, dass jeder

Pflegebedürftige eine Vertrauensperson habe. Diese Vertrauensperson müsse in der Lage sein, sich solide Informationen zu beschaffen. Dieser Ansatz sollte unter Einbeziehung der schon vorhandenen Strukturen zu Ende gedacht werden.

Die Beratung in den Pflegestützpunkten finde nach der Wahrnehmung des Sachverständigen in sehr unterschiedlicher Qualität statt. Der Träger des Sachverständigen habe an einzelnen Standorten auch eigene Beratungsstellen für Quartiere eingerichtet. Man habe die Erfahrung gemacht, dass gute Beratung sehr zeitintensiv sei.

**Pflegebedürftigkeit ist eine Dimension des Lebens, nicht das Leben selbst**

Pflegebedürftigkeit sei im Unterschied zu einer Erkrankung oder Verletzung nicht durch einen begrenzten professionellen und therapeutischen Einsatz zu beheben, sondern Pflegebedürftigkeit trete im Rahmen einer bestimmten Lebensphase auf. Manchmal werde die Diagnose „Pflegebedürftigkeit“ von Dritten so verstanden, dass sie das Recht hätten, mehr oder weniger komplett über das Leben der Pflegebedürftigen zu bestimmen. Dies sei der falsche Ansatz. Wenn Menschen in ein Pflegeheim gingen, so bestehe dort nicht nur die Verantwortung für grund- und behandlungspflegerische Einsätze, sondern auch dafür, die private Lebenswelt der Betroffenen in möglichst guter Weise fortzuführen und zu gestalten.

**Aufhebung der Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“**

Derzeit bestehe im Pflegeversicherungsgesetz die Struktur, dass im stationären Bereich eben nicht nur die Pflege, sondern auch Unterkunft und Verpflegung sowie die Miete anteilig erfasst würden. Nach den Erfahrungen des Sachverständigen sei der entscheidende Strukturfehler des Pflegeversicherungsgesetzes, dass dieses in seinem Leistungskatalog zwischen „ambulant“ und „stationär“ unterscheide. Jeder pflegebedürftige Mensch solle aus Sicht des Sachverständigen den gleichen Anspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen haben, unabhängig davon, wo er wohne und wie seine Wohnform sei. Umgekehrt solle er für Miete und Lebensmittel selbst bezahlen, egal, wo er seine Wohnung bezogen habe.

Der Sachverständige führt aus, dass die Aufhebung der Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“ helfen würde, schwer lösbare Problemstellungen zu überwinden. Der Versicherte könnte in einem Pflegeheim – bezogen auf die Pflegeversicherung – genau die gleichen Leistungen erhalten wie zu Hause. Es würden ausschließlich die Pflege und die Betreuung über Sachleistungen oder andere Leistungen mitfinanziert. Der Bereich Miete oder Kauf eines Zimmers oder Appartements in einem Pflegeheim wäre dem Betroffenen bzw. den Angehörigen überlassen. Genau genommen gäbe es danach keinen stationären Bereich im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes mehr, jedoch Heime, in denen pflegebedürftige Menschen zusammen wohnen und leben würden. Diese Pflegeheime würden also Wohnraum bieten, mit einer verpflichtenden Grundkomponente der Betreuung – Rund-um-die-Uhr-Präsenz – und differenzierten frei wählbaren Angeboten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und weiteren Zusatzleistungen. Pflege als Grund- oder Behandlungspflege würde nach ambulantem Muster erbracht. Die Möglichkeit, in eine Tagesbetreuung bzw. Tagespflege zu gehen, bestünde ebenfalls. Nach Einschätzung des Sachverständigen würde eine größere Vielfalt im Bereich des Wohnens entstehen, da es nicht mehr notwendig wäre, in Heimen alle Zimmer gleich zu gestalten.

Die Aufhebung von „ambulant“ und „stationär“ hätte auch den Vorteil, dass die unbefriedigt geklärte Schnittstelle von SGB V und SGB XI im Pflegeheim gelöst werden könnte. Gegenwärtig sei die Behandlungspflege im stationären Bereich mit inkludiert; dieser Zustand werde sicher irgendwann von einem Bundesgericht gekippt.

**Ausblick auf das Pflegeheim der Zukunft**

Nach den Vorstellungen des Sachverständigen wird es zukünftig in Pflegeheimen unterschiedliche Wohnmöglichkeiten geben. Man kenne solche Einrichtungen aus den Niederlanden. Dort gebe es Einzimmerappartements und Zweizimmerappartements. In der Regel miete

man sich ein, der Kauf eines Appartements sei aber nicht ausgeschlossen. Der Sachverständige erläutert, man möge sich einfach betreutes Wohnen vorstellen, das sehr gut organisiert sei: mit unterschiedlichen Wohngrößen, mit einer deutlich weitergehenden Betreuung (rund um die Uhr), mit einem ambulanten Pflegedienst, mit der Möglichkeit, Zusatzleistungen zu erwerben, und natürlich auch mit dem Angebot einer Tagespflege.

**WTPG als Wegbereiter für Modellprojekte**

Der Sachverständige stellt fest, dass sowohl das Leistungsrecht als auch das WTPG immer mehr auf eine Ausdifferenzierung von Pflege und Betreuung hin gehen würden.

Der Sachverständige empfiehlt dem Land Baden-Württemberg, beim Bundesgesetzgeber auf eine Novellierung des SGB XI mit der Aufhebung der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ hinzuwirken. Außerdem sollte das Bundesministerium um eine Expertise gebeten werden, wie das rechtlich und konkret ausgestaltet werden könnte. Über die Erprobungsregelungen des WTPG solle das Land Modellprojekte ermöglichen, die eine Reorganisation der Pflege und Betreuung im Heim erlauben würden. Die Sozialhilfeträger dürften bei ihren Leistungen nicht danach differenzieren, wo ein Mensch lebt, um ihn nicht auf den kostengünstigsten Wohnbereich in einem Pflegeheim zu verweisen.

Der Sachverständige erläutert, dass für seinen Träger die Pflegesätze auf der Basis die Jahre 2000 bis 2009 hochgerechnet worden seien. Daraus habe sich die Prognose ergeben, dass im Jahr 2017 die 5.000 Euro-Grenze bei den Pflegesätzen überschritten werde. Auch deshalb müsse die Politik dringend leistungsrechtliche Änderungen diskutieren.

**Pflege braucht bessere Arbeitsbedingungen**

Der Sachverständige berichtet aus Gesprächen mit Mitarbeitern. Diese ergriffen den Pflegeberuf, weil sie die Vorstellung hätten, Menschen in ihren Lebenssituationen helfen zu können. Dieses Motiv bestehe in der Praxis zwar immer noch, sei aber dort von der stetigen Bemühung, keine Fehler zu machen und nicht in Haftung genommen zu werden, überlagert. Diese Verschiebung im Bewusstsein der Pflegekräfte solle sehr ernst genommen werden. Erschwerend komme noch die hohe Arbeitsverdichtung hinzu. Immer mehr Pflegekräfte und auch Betreuungskräfte sagten, dass sie mit den Arbeitsbedingungen unzufrieden seien. Nicht das Berufsbild der Altenpflege sei schlecht, sondern es seien die Arbeitsbedingungen, die in der Öffentlichkeit große Probleme machten.

**Bürokratie gehört zum Tagesgeschäft der Träger**

Der Sachverständige führt aus, dass Bürokratie zum Regelbetrieb im Einrichtungsalltag gehöre. Es sei auch allen Trägern bewusst, dass sie sich diesem Thema stellen müssten. Der Sachverständige sei schon gespannt, wie das vom Bund initiierte Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in der Praxis greife.

### 2.1.5 Öffentliche Anhörung am 27. Februar 2015 zum Thema „Akutpflege und Akutversorgung“

#### 2.1.5.1 Beschreibung der Anhörung

Am 27. Februar 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 7. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Akutpflege und Akutversorgung“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Matthias Einwag
  Dipl.-Volkswirt, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.

- Prof. Dr. Renate Stemmer
  Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Mainz

- Irene Gölz
  Landesfachbereichsleiterin ver.di Baden-Württemberg

- Detlef Friedrich
  Geschäftsführer der contec GmbH, BioMedizinZentrum Ruhr

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**1. Wie ist die aktuelle Versorgungssituation im Krankenhausbereich zu bewerten?**

a. Entspricht das Angebot den Anforderungen an eine qualitativ gute Versorgung?
b. Mit welchen Arbeitsbedingungen, vor allem Stressbelastung wegen Arbeitsverdichtung, ist das Pflegepersonal in der Akutpflege konfrontiert? Ist das aktuelle Pflegestellenförderprogramm der Bundesregierung ein richtiger Schritt? Welche weiteren müssen folgen?
c. Wie bewerten Sie die Entwicklung des Quotienten der behandelten Fälle zur Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst bzw. der Relation zwischen der Zahl der Pflegenden und der Zahl der Ärztinnen und Ärzte?

**2. Welche Anforderungen bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung ergeben sich in den kommenden Jahren?**

a. Welche Herausforderungen sehen Sie im Hinblick auf die Erhaltung der erreichten Versorgungsqualität und deren Verbesserung?
b. Welche geriatrischen Kompetenzen müssen in Krankenhäusern vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, mit welchem Personal und welcher Qualifikation aufgebaut/ausgebaut werden?
c. Wie hat sich die Betreuungsintensität auf Grund der veränderten Patientenprofile (wachsender Anteil älterer Patientinnen und Patienten mit multimorbiden Krankheitsbildern, Demenz) entwickelt und welche Herausforderungen ergeben sich daraus?
d. Personalbedarf: Welches Personal mit welcher Qualifikation wird in Zukunft gebraucht? Kann dieses Personal gewonnen und gehalten werden?
e. Interprofessionelle Zusammenarbeit: Braucht es eine neue Aufgabenverteilung? Sind die vorhandenen festen Strukturen noch zeitgemäß?
f. Was halten Sie von dem Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ (Robert-Bosch-Stiftung, 2011)?

**3. Wie kann die Versorgungssituation von älteren Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt (nachhaltig) verbessert werden?**

a. Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang beispielsweise das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, Reha vor Pflege, die geriatrische Versorgung, die sogenannte Übergangspflege?
b. Wie kann der Übergang der Akutversorgung in Krankenhäusern zu Pflegeeinrichtungen (Kurzzeit- und Langzeitpflege) optimiert werden?

c. Wie kann bei einer zunehmenden Konzentration auf die Behandlung schwerer Krankheiten bzw. Krankheitsepisoden im Krankenhaus eine Rekonvaleszenz, notwendige Weiterbehandlung und medizinische wie geriatrische Rehabilitation außerhalb des Krankenhauses sowohl im häuslichen Bereich als auch in stationären Einrichtungen am besten organisiert (Pflege Entlassungsmanagement), gewährleistet und finanziert werden?
d. Welche Beratungs- und Betreuungsleistungen und welche technischen Unterstützungsmöglichkeiten werden für Pflegebedürftige nach der Akutversorgung erbracht und sind diese ausreichend?

**4. Wie sind die Rahmenbedingungen (finanzielle und personelle Ressourcen) der Krankenhäuser zu werten?**

a. Was muss geschehen, damit auch in Zukunft eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann?
b. Wie kann der allgemeine bzw. ein erhöhter Pflegebedarf zum Beispiel bei Demenzerkrankten oder Menschen mit Behinderungen sachgerecht im DRG-System abgebildet werden? Welche Rolle spielt hierbei der Pflegekomplexmaßnahmen-Score? Sehen Sie diesbezüglich eine Chance in der Verwendung von Pflegeklassifikationssystemen (zum Beispiel NANDA, ENP, LEP)?
c. Welche abrechnungstechnischen Verbesserungen von medizinischen und pflegerischen Leistungen sollten hier in Angriff genommen werden?

### 2.1.5.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

#### 2.1.5.2.1 Matthias Einwag

Herr Matthias Einwag ist Dipl.-Volkswirt und Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. Er trägt zu den aktuellen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser vor und geht insbesondere auf die Personalsituation und die Finanzierung ein.

**Gute Versorgungsqualität bei andauerndem Wettbewerb**

Der Sachverständige führt aus, dass die baden-württembergischen Krankenhäuser eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche akutstationäre medizinische Versorgung gewährleisteten. Dies gelte im nationalen, aber auch internationalen Vergleich und werde u. a. durch Patientenbefragungen bestätigt. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sei ein Anreiz für die Häuser, sich kontinuierlich für weitere Qualitätssteigerungen einzusetzen.

**Personalsituation in den Krankenhäusern ist angespannt**

In internationalen Vergleichen hätten deutsche Krankenhäuser eine geringe Personalausstattung. Eine Pflegekraft im Krankenhaus müsse heute mehr Patienten versorgen als vor fünf Jahren. In Baden-Württemberg hätten Kliniken im Verhältnis zu den behandelten Patienten ungefähr 5 Prozent mehr Pflegekräfte als im Bundesdurchschnitt. Das Personal in den Krankenhäusern werde zunehmend durch nicht pflegerische Aufgaben belastet. Dies seien die von den Häusern geforderte Transparenz, die steigenden Anforderungen der Qualitätssicherung und die zunehmenden Abrechnungsprüfungen. Das Pflegestellenförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 habe dem Trend zu einer weiteren Arbeitsverdichtung entgegengewirkt. Das neue Pflegestellenförderprogramm müsse aber aufgestockt werden, da eine zusätzliche Stelle pro Klinik zu wenig sei.

**Schwierige finanzielle Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser**

Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems auf Basis der DRGs im Jahr 2004 habe die Krankenhäuser unter einen starken Rationalisierungsdruck gesetzt. Da zwei Drittel der Krankenhauskosten Personalkosten seien, seien besonders die Personalbudgets in den Fokus genommen worden. Der Rationalisierungsdruck halte an; etliche Häuser könnten Tarifsteigerungen nicht mehr finanzieren. Auch die Investitionsförderung sei unzureichend, insbesondere im Bereich der Pauschalförderung bestehe Handlungsbedarf. Der Sachverständige stellt die Forderung nach einem Finanzierungssystem, das die durchschnittlich anfallenden unabweisbaren Kostensteigerungen tatsächlich abdecke.

Baden-Württemberg werde als Hochlohnland zusätzlich benachteiligt. So würden überdurchschnittliche Krankenversicherungsbeiträge aus den höheren Löhnen in Baden-Württemberg über den Risikostrukturausgleich ins ganze Bundesgebiet verteilt. Gleichzeitig würden die Klinikpreise bundesweit vereinheitlicht, was in Baden-Württemberg wegen des höheren Kostenniveaus zu Defiziten führe.

**Besonderer Pflegebedarf lässt sich im DRG-System abbilden**

Der Grundgedanke des Fallpauschalensystems sei, dass es der unternehmerischen Entscheidung der Krankenhausverantwortlichen überlassen werde, auf welche Weise die Leistung erbracht werde. Die Leistungserbringung werde dokumentiert und hinsichtlich der Qualität überprüft. Über die jährliche Kostenkalkulation zur Pflege und die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems könne auch der Pflegeaufwand zum Beispiel von demenzkranken Menschen oder Menschen mit Behinderungen im DRG-System abgebildet werden. Vor der Einführung von ergänzenden Systemen – wie beispielsweise eines Patientenklassifikationssystems – sei immer abzuwägen, ob der potenzielle Nutzen den zusätzlichen bürokratischen Aufwand für die Datenerfassung rechtfertige. Während die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für den medizinischen Bereich vergleichsweise einfach sei, stehe man bei der Entwicklung von Indikatoren für die pflegerischen Leistungen noch am Anfang. Es gebe bisher nur einen Indikator für den Dekubitus. Der Sachverständige hofft, dass Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Pflege definiert werden können, auch wenn es um schwer messbare Leistungen wie menschliche Zuwendung gehe.

**Stärke Ausrichtung auf geriatrische Patienten wird erforderlich**

Die Versorgung geriatrischer Patienten sei eine Aufgabe aller Krankenhäuser. Den Schwerpunkten und Zentren im Bereich der geriatrischen Versorgung komme bei der Weiterentwicklung des Systems eine wichtige Aufgabe zu. Der Sachverständige hält es für wichtig, dass das neu gefasste Geriatriekonzept auch in all seinen Teilen gelebt werde.

**Den Pflegeberuf stärken**

Als Gegenmaßnahmen für die Personalknappheit in der Pflege identifiziert der Sachverständige die Stärkung des Pflegeberufs, eine neue Aufgabenverteilung und neue Berufsbilder im Krankenhaus. Zur Stärkung des Pflegeberufs müsse das gesellschaftliche Ansehen der Gesundheitsberufe verbessert werden. In Bezug auf die generalistische Ausbildung rät er zu einem behutsamen Vorgehen, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung und die Personalausstattung in der Altenpflege. Pflegekräfte sollten stärker durch qualifiziertes Service- und Assistenzpersonal unterstützt werden. Perspektivisch sei es sinnvoll, Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich auch auf andere Berufsgruppen zu übertragen.

**Patientenorientierte Übergänge an den Schnittstellen schaffen**

In Baden-Württemberg könne die von den onkologischen Schwerpunkten und Tumorzentren organisierte Brückenpflege als Musterbeispiel für eine patientenorientierte Umsetzung der Anforderungen an ein Entlassmanagement und eine Übergangspflege gelten. Die Besonderheit der Brückenpflege liege darin, dass die Mitarbeiter sowohl stationär als auch ambulant

tätig würden. Dieses Modell sollte über den Bereich der Versorgung von Krebspatienten hinaus erweitert werden.

**Konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“**

Die wohnortnahe geriatrische Reha sei ein erfolgreiches Instrument, um den Patienten nach der akutstationären Krankenhausbehandlung die Rückkehr in das häusliche Umfeld zu ermöglichen. In Bundesländern mit geriatrischer Reha wie in Baden-Württemberg sei das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit nachweisbar vermindert. Damit der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in der Praxis funktioniere, müssten die finanziellen Anreize zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung richtig gesetzt werden. Die geriatrischen Rehakliniken hätten bei wirtschaftlicher Geschäftsführung einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung verdient.

**Zügigere Begutachtung durch den MDK**

Das Instrument der Eilbegutachtung, bei welcher der MDK innerhalb von 48 Stunden nach Aktenlage das Vorliegen einer Pflegestufe prüfe, müsse ausgebaut werden. In Bayern handhabe der MDK das Übergangsmanagement deutlich großzügiger. Dort werde regelhaft die Prognose einer voraussichtlich länger als sechs Monate andauernden Pflegebedürftigkeit gestellt, wodurch die Grundvoraussetzung für einen Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung gegeben sei. Aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sei bekannt, dass die Einstufung häufig erst erfolge, wenn der Aufenthalt des Betroffenen bereits beendet sei. Außerdem fehlten in unserem Gesundheits- und Pflegesystem Übergangspflegeleistungen für ältere Mitbürger, die nicht zwingend an das Kriterium einer mindestens sechsmonatigen Pflegebedürftigkeit geknüpft seien.

#### 2.1.5.2.2 Prof. Dr. Renate Stemmer

Frau Prof. Dr. Renate Stemmer ist Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Mainz und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Sie setzt Schwerpunkte auf die Arbeitsbedingungen in der Akutpflege, die Auswirkungen der steigenden Zahl älterer Patienten und den Fachkraftmangel.

**Situation der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist prekär**

Die Sachverständige stellt fest, dass die Versorgungssituation in deutschen Krankenhäusern aus pflegerischer Sicht prekär sei. Von 1996 bis 2007 seien im Pflegedienst bundesweit 47.600 Stellen abgebaut worden. Die Zahl der Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf habe zugenommen, die Patienten seien älter und kränker geworden und die Verweildauer habe sich verkürzt. Insgesamt bedeute dies eine massive Zunahme der Arbeitsbelastung in der Pflege. Die Pflegenden selbst würden ebenfalls immer älter. Etwa 50 Prozent der Beschäftigten im Krankenhaus arbeiteten in Teilzeit. Ein erheblicher Anteil von Pflegenden bevorzuge wegen der hohen Arbeitsbelastung eine Teilzeitbeschäftigung. Aus Sicht der Krankenhäuser sei es nützlich, einen Teil des Pflegepersonals in Teilzeit zu beschäftigen, weil durch eine höhere Zahl der Beschäftigten ein flexiblerer Personaleinsatz möglich werde.

**Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Versorgungsqualität**

Internationale Studien zeigten deutlich, dass eine unzureichende Personalausstattung zu verspäteter Hilfe im Notfall, erhöhten Infektionsraten und teilweise zu erhöhter Mortalität führen könne. Derartige Studien lägen für Deutschland nicht vor. Im Pflege-Thermometer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) gäben jedoch Pflegende an, nicht mehr ausreichend Zeit für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder für die Krankenbeobachtung (auch im Anschluss an Operationen) zu haben. Sie wiesen auf Schwierigkeiten bei der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung hin. Der aktuelle Quotient von Pflegenden zu Patienten aus der Studie RN4Cast betrage in Deutschland 1:10, alle Quoten der

anderen europäischen Länder lägen darunter. Die Stellen aus dem Pflegeförderprogramm 2009 bis 2011 seien nach Ende des Förderprogramms wieder gestrichen worden.

**Mehr Verantwortung an die Pflege geben**

Der § 63 Absatz 3 c SGB V biete schon seit vielen Jahren die Möglichkeit, die Selbstständigkeit zu stärken und selbstständige Handlungsweisen der Pflege zu erproben. Dazu habe es aber bundesweit kein einziges Modellprogramm gegeben. In Modellprojekten in Rheinland-Pfalz habe sich gezeigt, dass eine Umverteilung der Aufgaben im Krankenhaus sinnvoll und möglich sei. Dort habe man sich innerhalb der rechtlichen Regelungen bewegt, also im Wege der Delegation, nicht über die Übertragung von Aufgaben agiert. Trotzdem sei der Spielraum für die Pflegenden größer geworden. Die Pflegenden seien bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen. Das Budget müsse aber der geänderten Aufgabenverteilung folgen. Als Themenfelder kämen Wund-, Schmerz- und Symptommanagement in Frage.

**Dem Bedarf der älteren Patienten mit einem Skill-Mix gerecht werden**

Mehr als 50 Prozent der Patienten im Krankenhaus seien älter als 60 Jahre, 25 Prozent sogar älter als 75 Jahre. Nach Schätzungen hätten 23 Prozent der Menschen in Krankenhaus eine Demenzerkrankung. Hier müssten sich die Krankenhausstrukturen auf die Patienten einstellen. Mit einem Skill-Mix aus Pflegefachkräften und Pflegeassistenten sei dies möglich. Auch hochschulisch qualifizierte Pflegende mit Bachelor- oder Masterabschluss sollten eingesetzt werden. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen sei eine durchgehende Begleitung (vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt) sinnvoll. Es gebe – etwa aus Finnland – gute Beispiele, wie Versorgungsbrüche minimiert werden könnten.

Die Sachverständige sieht auch Bedarf für neue Angebote, die zwischen dem kurzen Krankenhausaufenthalt (mit gezielter Intervention und Therapie) und der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit angesiedelt wären. Dies könnte beispielsweise eine Art stationäre Pflegeeinrichtung sein, in welcher ein gezieltes Training für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit erfolgen könnte.

**Neuer Einsatzbereich für die Pflege**

Die Sachverständige begrüßt das Präventionsgesetz, da es explizit Prävention für jedes Lebensalter und in allen Lebensbereichen vorsehe. Auch die geriatrische Rehabilitation müsse ausgebaut werden. Die Sachverständige identifiziert neue Einsatzfelder für Pflegende mit speziellen Qualifikationen. Diese könnten über Konstrukte wie Gesundheitszentren, Tandem-Praxen oder Walk-in-Kliniken einen gewissen Anteil von Leistungen, die heute von ärztlicher Seite erbracht werden, übernehmen. Beispiele wären Verlaufskontrolle, Therapieanpassung oder die Beratung zu krankheitsbedingten Einschränkungen. Dies seien Entscheidungskompetenzen, die im Moment den Pflegenden noch nicht gegeben wären. Das führe beispielsweise bei aus Spanien angeworbenen Pflegefachkräften zu dem Effekt, dass diese teilweise wegen des in Deutschland geringeren Entscheidungsspielraums wieder in die Heimat zurückkehrten.

**Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System**

Die Sachverständige hält die Leistungserfassung in der Pflege (LEP) für kein hilfreiches Instrument, da das LEP-System keine Aussage darüber treffe, ob das, was gemacht wurde, ausreichend oder sinnvoll gewesen sei. Die NANDA-Diagnosen seien ein gutes, professionelles Instrument, das aber noch keine Verbindung zu den Pflegepersonalschlüsseln habe. Hier sei noch Entwicklungsarbeit zu leisten. Etwa 60 Prozent der Pflegebedarfe und der notwendigen Leistungen ließen sich über die medizinische Diagnose erklären. 40 Prozent erklärten sich über andere persönliche Parameter der Patienten, die nicht unmittelbar mit der medizinischen Diagnose in Verbindung stünden. Alternativ wäre zu prüfen, ob es Sinn mache, Anforderun-

gen an die Strukturqualität – beispielsweise eine bestimmte Personalausstattung – als Voraussetzung für die Codierung einzelner OPS-Codes[4] einzuführen.

**Dem Fachkräftemangel begegnen**

Die Sachverständige sieht einen massiven Fachkräftemangel. Die Arbeitsbedingungen müssten unbedingt verbessert werden. Man müsse es schaffen, dass Pflegende zufrieden nach Hause gingen und Positives über ihren Beruf berichteten. Die Arbeitsbelastung müsse reduziert werden. Es bedürfe einer höheren Wertschätzung, die sowohl monetär als auch nichtmonetär vermittelt werden könne. Außerdem seien lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle zu verwirklichen. Durch eine Pflegekammer erhofft sich die Sachverständige eine strukturelle Stärkung des Pflegeberufs, so werde Rechtsberatung möglich und Fortbildung könne besser umgesetzt werden. Ebenso berge die Akademisierung der Pflegeausbildung Potenzial. Personen mit einem akademischen Abschluss seien im Praxishandeln eher in der Lage, selbst Problemlösungen für schwierige Situationen zu entwickeln.

#### 2.1.5.2.3 Irene Gölz

Frau Irene Gölz ist Landesfachbereichsleiterin ver.di Baden-Württemberg. Sie schildert die gestiegene Arbeitsdichte in der Akutpflege und deren Auswirkungen auf die Beschäftigten und stellt die Forderung nach einer gesetzlichen Personalbemessung.

**Gestiegene Arbeitsdichte in der Akutpflege**

Die Sachverständige beschreibt, dass eine qualitativ gute Patientenversorgung in den Krankenhäusern grundlegend von der Sicherstellung guter Rahmen- und Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus abhängig sei. Der aktuelle Pflegepersonalnotstand bedrohe die Versorgungsqualität. Die Zahl der Pflegekräfte in den baden-württembergischen Krankenhäusern sei von 1996 bis 2013 um 1.543 Beschäftigte reduziert worden. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Beschäftigten habe sich erhöht. Die Zahl der Ärzte sei um 7.762 gestiegen. Die Zahl der pro Jahr behandelten Patienten habe sich in diesem Zeitraum um 313.357 erhöht, die Verweildauer sei um 3,2 Tage gesunken. Die Verschiebung leichter Fälle in die ambulante Versorgung und die Zunahme von Patienten mit demenziellen Erkrankungen hätten die Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern zusätzlich erhöht.

**Aspekte der Teilzeitbeschäftigung**

In der Kranken- und Altenpflege gebe es nicht nur Menschen die Teilzeit arbeiten wollen, sondern auch solche, denen nur Teilzeitverträge angeboten würden. Letzteres sei die „Zwangsteilzeit“. Durch Teilzeitverträge könnten die Arbeitgeber auf mehr Personen zugreifen und Dienste leichter abdecken. Teilzeitkräfte würden immer häufiger aus der Freizeit in den Dienst gerufen. Der bei Teilzeitbeschäftigung geringere Verdienst erhöhe das Risiko, von Altersarmut betroffen zu werden.

**Auswirkungen der Zeitnot im Pflegealltag**

Die prekäre Personalsituation zwinge die Pflegekräfte zur Prioritätensetzung, da sie nicht mehr alle eigentlich notwendigen Tätigkeiten am Patienten erledigen könnten. Unter hohem Zeitdruck steige die Fehlerwahrscheinlichkeit, beispielsweise Medikamente zu verwechseln, vorbeugende Maßnahmen (zum Beispiel bei der Mobilisation) einzuschränken und zeitaufwendige hygienische Maßnahmen zu vernachlässigen. Befragungen von Pflegkräften hätten ergeben, dass fast zwei Drittel der Befragten häufiger oder oft altersverwirrte Patientinnen und Patienten nicht ausreichend beobachten konnten. Der DGB-Index „Gute Arbeit“ habe 2012 ermittelt, dass 84 Prozent der befragten Pflegekräfte sehr häufig oder oft bei der Arbeit

[4] Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinmedizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.

hetzen müssten. 47 Prozent sagten, dass sie sehr häufig oder oft Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen müssten, um ihr Arbeitspensum zu schaffen.

**Hoher Krankenstand und viele Überstunden**

Der Krankenstand im Gesundheitswesen habe im Jahr 2013 mit 4,6 Prozent aller bei der DAK versicherten Erwerbstätigen zum ersten Mal den Spitzenwert unter allen Branchen erreicht. Spitzenreiter in Bezug auf die Berufsgruppen seien Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger. Im November 2014 hätten die Personalräte der vier Uniklinika in Baden-Württemberg öffentlich auf die schwierige Situation in ihren Häusern hingewiesen. Über alle Berufsgruppen hinweg seien dort zu diesem Zeitpunkt 625.000 Überstunden aufgelaufen. Dies entspreche einem Betrag von 12,5 Mio. Euro, womit 400 Vollzeitkräfte ein Jahr lang hätten finanziert werden können.

**Schlechte Arbeitsbedingungen wirken abschreckend**

Die Arbeit im Krankenhaus sei verantwortungsvoll und qualifiziert. Die Beschäftigten erfüllten ihre Arbeit mit hoher beruflicher und sozialer Kompetenz. Personalmangel und Arbeitsdruck laugten jedoch die Beschäftigten aus und gefährdeten deren Gesundheit. Viele Beschäftigte stellten eher ihre eigene Gesundheit zurück, als dass sie Kranke unversorgt ließen. Es sei unverantwortlich, zunehmend auf Freiwilligkeitsleistungen der Pflegenden zu bauen und diese regelmäßig an ihre Leistungsgrenzen zu führen. Im Wettbewerb um Auszubildende und Fachkräfte seien schlechte Arbeitsbedingungen ein klarer Nachteil. Dabei wären alle Anstrengungen erforderlich, um die Ausbildungszahlen in der Pflege wieder zu erhöhen.

**Ganzheitliche Pflege nicht gefährden**

Anstelle dem Fachkräftemangel durch eine Verlagerung von Pflegeaufgaben auf andere Berufsgruppen zu begegnen, solle zuerst überlegt werden, wie die Ausbildungszahlen in der Pflege gesteigert werden könnten. Man habe lange Jahre dafür gekämpft, von der Funktionspflege hin zu einer ganzheitlichen Pflege zu kommen. Dieser ganzheitliche Ansatz werde durch eine Zergliederung der Pflegeaufgaben gefährdet. Die Akademisierung der Pflege sei wichtig, sie können jedoch nur wirken, wenn für die akademischen Kräfte auch tatsächlich Stellen ausgewiesen würden.

**Forderung nach gesetzlicher Personalbemessung**

Ver.di habe im Jahr 2013 in einem Personalcheck festgestellt, dass in den Krankenhäusern bundesweit 162.000 Stellen fehlten, 20.000 davon in Baden-Württemberg und der Großteil im Bereich der Pflege. Aus Sicht der Sachverständigen müssten die Beschäftigten vor dem stetigen Personalabbau geschützt werden. Außerdem bedürfe es einer klaren Personalvorgabe, die für alle Krankenhäuser verbindlich sei und somit vergleichbare Kosten auslöse. Eine solche gesetzliche Personalbemessung sei auf eine Sollberechnung (welches Personal in welchem Setting?) aufzubauen. Die zusätzlichen Stellen müssten außerhalb des DRG-Systems finanziert werden. Diese Personalmittel wären zweckgebunden zu verwenden, und die tatsächliche Stellenbesetzung müsste kontrolliert bzw. die Nichtbesetzung sanktioniert werden.

**Geplanter Umfang des Pflegestellenförderprogramms reicht nicht aus**

Die Sachverständige hält das von der Bund-Länder-Kommission vorgeschlagene Pflegestellenförderprogramm nicht für ausreichend. Die für das Programm derzeit vorgesehenen Mittel würden bundesweit nur 6.000 bis 7.000 zusätzliche Pflegestellen ermöglichen, das seien durchschnittlich nur zwei Pflegestellen pro Krankenhaus. Es würden nach Berechnungen von ver.di aber 70.0000 Stellen in der Pflege benötigt. Ein Pflegestellenförderprogramm habe es schon einmal gegeben. Dieses habe nur während der Laufzeit gewirkt, denn mit der wegfallenden Finanzierung seien die Stellen wieder gestrichen worden. Deshalb solle die alte Pflegepersonalregelung übergangsweise wiedereingeführt werden, um in dieser Zeit ein gesetzliches Personalbemessungsverfahren zu entwickeln.

**Auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser notwendig**

Aus Sicht der Sachverständigen sollte das DRG-System nur als Steuerungssystem, aber nicht als Finanzierungssystem genutzt werden. Vor allem die Personalkosten müssten außerhalb des DRG-Systems finanziert werden. Eine unzureichende Investitionsfinanzierung wirke ebenso zulasten des Personals. Da der Eigenanteil an Investitionskosten oder der Zinsaufwand bei Fremdfinanzierung in der Regel aus den Betriebskosten heraus finanziert werden müssten, geschehe dies meist auf Kosten des Personaletats.

**Pflegekammer – Einführungsaufwand und Mehrwert**

Die Sachverständige lehnt eine mit einer Zwangsmitgliedschaft verbundene Pflegekammer ab. Ein Blick nach Rheinland-Pfalz, wo der Prozess zu einer Pflegekammer bereits seit zwei Jahren laufe, mache deutlich, wie viel Aufwand für die Implementierung anfalle. Der Grundgedanke, der Pflege mehr Gehör zu verschaffen, sei richtig. Eine rasche Lösung für die akuten Probleme der Pflege im Krankenhaus könne man aber durch die Einrichtung einer Pflegekammer nicht erwarten.

#### 2.1.5.2.4 Detlef Friedrich

Herr Detlef Friedrich ist Geschäftsführer der contec-Gesellschaft für Organisationsentwicklung in Bochum und des Instituts für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Er geht auf die Versäulung des Gesundheitswesens und die daraus resultierenden Schnittstellenprobleme ein. Des Weiteren macht er Ausführungen zur Übertragbarkeit von Instrumenten aus dem australischen Gesundheitssystem.

**Die Versäulung des Gesundheitswesens führt zu Schnittstellenproblemen**

Die sogenannte Versäulung, also die Differenzierung in eine Vielzahl von Sektoren und Leistungsträgern mit eigenen Rechts- und Finanzierungskreisen, stellt aus Sicht des Sachverständigen eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens dar. Folgen seien die erschwerte sektorenübergreifende Planung und Versorgung. Diese Problematik bekämen vor allem Menschen mit verschiedenen komplexen Bedarfen, insbesondere multimorbide, alte und pflegebedürftige Menschen und auch Menschen mit Behinderung zu spüren. Schnittstellenprobleme in der gesundheitlichen Versorgung entstünden vor allem dort, wo verschiedene Sozialversicherungsträger betroffen seien und unterschiedliche Zielsetzungen bei der jeweiligen Behandlung bzw. Betreuung miteinander in Einklang gebracht werden müssten.

**Präventionskosten und -gewinne gerechter verteilen**

Die Krankenkassen hätten kein Interesse daran, ihren Mitgliedern mitzuteilen, dass der Beitrag steige, weil die Präventionsausgaben erhöht würden. Dann bestünde die Gefahr, dass Mitglieder zu beitragsgünstigeren Kassen wechseln würden. Dieser Effekt verhindere heute Präventionsausgaben. Zielführend wäre es, Präventionsgewinne und deren Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu regeln und ein inneres Risikoaustauschsystem zu schaffen. Heute gingen die Präventionsgewinne in die Pflegeversicherung, und die Krankenkassen hätten die Ausgaben zu tragen. Dies sei systemisch gesehen falsch. Hier sei der Bundesgesetzgeber gefordert.

**Integrierter Versorgungsansatz anstelle von starren Säulen**

Auch das Krankenhaus und seine innere Organisation seien oftmals von der klassischen Versäulung geprägt. So orientiere sich die Versorgung des Patienten an Strukturen und nicht an ganzheitlichen Behandlungsprozessen. Auch die Führungs- und Steuerungsprozesse im Krankenhaus seien an Säulen ausgerichtet und förderten keine gemeinsamen Verantwortungs-

strukturen. Die Pflege werde noch oft als eigene Säule verstanden. Das gewachsene Rollenverständnis der Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Trennung von Medizin, Pflege und Therapie seien Hürden für den Aufbau einer integrierten und vernetzten Versorgung.

**Ganzheitliche Betrachtung des Individuums**

Das Individuum müsse in seiner jeweiligen Lebenssituation unter Berücksichtigung der Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ ganzheitlich betrachtet werden. Anstelle von nacheinander abzuarbeitenden Prozessketten verschiedener Versorgungsformen müssten interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlungs- und Betreuungspfade entstehen. In der Zielsetzung sei man sich schon lange einig, es hapere jedoch an der Umsetzung.

**Entlassmanagement noch besser ausgestalten**

Das Entlassmanagement sei gesetzlich vorgeschrieben. Nach der DKI-Studie von 2013 hätten 76 Prozent der Krankenhäuser ein Entlassmanagement implementiert, und 80 bis 90 Prozent der Krankenhäuser seien in Bezug auf die Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen zufrieden. Die Bewertung aus Sicht der nachsorgenden Einrichtungen falle aber nicht so positiv aus. Daran werde deutlich, dass nur eine Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung aller Beteiligten sinnvoll sei. In Australien werde ein „Patient Pathway“ erstellt. Der Patient bekomme vor Aufnahme einen klinischen Pfad, der beschreibe, was an welchem Tag mit ihm passiere. Damit sei planbar, welchen Hilfebedarf er nach der Operation habe und wie dieser gestaltet werden könne.

**Gesamtbetrachtung ermöglicht situationsgerechte Lösungsvorschläge**

Nur mit gut geplanten Versorgungskonzepten könne dem Spannungsfeld zwischen erhöhten, veränderten Bedarfen und mangelnden Ressourcen zukünftig begegnet werden. Der Sachverständige nennt beispielhaft einige Denkansätze. Wenn die Pflege in der Altenhilfe wohnortunabhängig bezahlt würde – egal, ob Wohngemeinschaft, ob ambulant, ob stationär –, so könnte das Versorgungssetting leichter gewechselt werden. Die geriatrische Versorgung könnte regionaler erfolgen und viel stärker zwischen den einzelnen Versorgern verzahnt werden. Denkbar sei auch, dass stationäre Pflegeeinrichtungen ein medizinisches Leistungsspektrum in der geriatrischen Versorgung anbieten. Mobile ambulante Reha könnte aus einer Einrichtung heraus erfolgen. Zur Umsetzung solcher Konzepte müsse man über die Versorgungsstrukturen SGB V und SGB XI hinausdenken.

**Den Zugang zur Rehabilitation verbessern**

Der Sachverständige plädiert für einen niedrigschwelligeren Zugang zur Rehabilitation. Heute verhindere die Definition der Rehabilitationsfähigkeit die Rehabilitation von zu Pflegenden in stationären Einrichtungen. Der MDK, der auf Rehabilitationsfähigkeit begutachten müsse, habe im Jahr 2013 nur in 0,38 Prozent der Fälle Empfehlungen für Leistungen zur Rehabilitation ausgesprochen – in nur 5.300 von fast einer Million Begutachtungen! Davon seien 2.400 Maßnahmen beantragt worden, und 1.500 seien schließlich genehmigt und umgesetzt worden. So sei der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ nicht umsetzbar.

**DRG-System wird nur zur Abrechnung und nicht zur Steuerung verwendet**

Im Gegensatz zu Australien sei in Deutschland das DRG-System nur als Abrechnungssystem eingeführt worden. Australien habe aber auch weitgehende Steuerungsinstrumente implementiert. Es seien dort insbesondere Case-Management, Clinical Pathways und das Aged Care Management als Überleitung zwischen den kommunalen Strukturen und den Krankenhäusern so geschaffen worden, dass sie gesetzlich verpflichtend seien. In Australien seien Qualitäts- und Kostendaten aller Krankenhäuser für jeden öffentlich zugänglich. Der Sachverständige rät dazu, sich an dieser Transparenz in Bezug auf Qualitäts- und Kostengesichtspunkte und an den Weiterbehandlungswegen zu orientieren.

**Andere Art der politischen Vorgaben in Australien**

Australien habe nur 60 Prozent seiner Leistungen über das DRG-System finanziert, nicht 100 Prozent. Notfallversorgung und Ausbildung seien außerhalb des DRG-Systems finanziert worden. Politische Vorgaben würden in Australien als klare Ziele mit Kennzahlen formuliert. Ein Beispiel sei die Vorgabe, dass ein Patient, der ins Krankenhaus kommt, nach vier Stunden auf der Station sein müsse. Dies könne die Medizin nicht alleine schaffen, sondern der dazu erforderliche Prozess müsse gemeinsam mit allen Akteuren erarbeitet werden.

**Gemeinsam mit allen Disziplinen neue Ideen entwickeln**

Der Sachverständige nennt die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung als Beispiel dafür, wie Versorgungsstrukturen verbessert werden könnten. Nach seinen Erfahrungen in Australien sei es dort völlig selbstverständlich, dass sich die Menschen – Medizin, Pflege, Verwaltung – zusammensetzten, um Ausreißer, Besonderheiten oder Probleme zu identifizieren und darauf aufbauend neue Konzepte zu erarbeiten. Die interdisziplinäre Herangehensweise hält der Sachverständige für besonders geeignet.

**Ein Blick in die Zukunft des Pflegeberufs**

Den Ausführungen des Sachverständigen zufolge hat in Bezug auf die Akademisierung die Pflege in Australien nicht nur positive Seiten. Neun von zehn Pflegekräften verließen das Berufsfeld und seien nicht mehr am Bett tätig. Der Ansatz in Europa, bei den Pflegeberufen auf Assistenzebene Ausbildungen wie den sogenannten „Healthcare Assistant“ (derzeit ein Modellberuf) zu schaffen, solle weiterverfolgt werden. Ebenso müsse der Skill-Mix stärker berücksichtigt werden, dies könne zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs beitragen. Internationale Vergleiche könnten Ideen liefern, selbst wenn nicht alles übertragen werden könne.

**Pflege kompensiert Fehlorganisation durch persönlichen Einsatz**

Aus Sicht des Sachverständigen sei die Pflege selbst schuld daran, dass sich im Krankenhaus nichts verändere. Durch den hohen persönlichen Einsatz der Pflegenden werde die vorhandene Fehlorganisation kompensiert. Dies wirke aber systemstabilisierend und führe keinesfalls zu den notwendigen Verbesserungen der Situation in der Pflege. Pflege müsse vor dem Hintergrund des Bedarfs organisiert werden. Die richtige Fragestellung laute: Was wird gebraucht, um mehr demente und mehr multimorbide Menschen im Krankenhaus gut versorgen zu können? Mit dem § 87 b SGB XI sei für die stationäre Pflege in diese Richtung gehandelt worden, indem zur Betreuung und Aktivierung zusätzliche Betreuungskräfte eingestellt werden können.

### 2.1.6 Öffentliche Anhörung am 20. März 2015 zum Thema „Ambulante häusliche Pflege“ und „Häusliche Krankenpflege“

#### 2.1.6.1 Beschreibung der Anhörung

Am 20. März 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 8. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Monsignore Bernhard Appel
  Diözesan-Caritasdirektor, Vorstandsvorsitzender des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg

- Waltraud Kannen
  Geschäftsführerin Sozialstation Südlicher Breisgau e. V.

- Eva-Maria Armbruster
  Vorstandsvorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., stellvertretende Vorstandsvorsitzende Diakonisches Werk Württemberg

- Susanne Pletowski
  Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService (SPPS) GmbH, Karlsruhe

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Gemeinsame Fragen an die Sachverständigen zum Thema „Ambulante häusliche Pflege“ und „Häusliche Krankenpflege“**

**I) Versorgungssituation**

1) Wie ist die aktuelle Versorgungssituation in der ambulanten Pflege im Land zu bewerten? Welche Anforderungen bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ergeben sich in den kommenden Jahren?

2) Ist das Land Baden-Württemberg ausreichend mit ambulanten Pflegediensten versorgt? Wo gibt es Lücken? Welche Bedarfe sind noch zu wenig abgedeckt?

   Konkret: Welche Rolle spielen ambulante Pflegedienste im ländlichen Raum? Mit welchen besonderen Problemen sind sie dort konfrontiert? Wie kann die Situation im ländlichen Raum verbessert werden?

3) Wie ist die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Land zu bewerten? Welche Anforderungen bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung der häuslichen Krankenpflege ergeben sich in den kommenden Jahren?
   Welche Veränderungen braucht es zur Sicherung der ambulanten häuslichen Pflege, insbesondere auch in ländlichen Regionen?
   Worin sehen Sie notwendige Schritte durch die Politik zur Sicherung der ambulanten häuslichen Pflege?

   Wie sehen Sie die Zukunft der ambulanten häuslichen Pflege angesichts der demografischen Entwicklung und der gesamten Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen zu Hause in Baden-Württemberg?

4) Wie schätzen Sie die Beratung von zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen (und ihrer Angehörigen) ein? Sind bei uns im Land ausreichende Infrastrukturen vorhanden?

5) Die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V ist eine Stütze für die fachliche Begleitung häuslicher Pflegearrangements. Ihre Bedeutung nimmt zu und gleichzeitig werden Bemühungen der gesetzlichen Krankenkassen erkennbar, die Ausgaben im Bereich der häuslichen Pflege zu senken.

   Wie schätzen Sie die Bedeutung und Entwicklung der häuslichen Krankenpflege ein

a) bezogen auf die Versorgung von schwer erkrankten Kindern?
b) als Leistung, die den Krankenhausaufenthalt überflüssig macht oder verkürzt, Abs. 1?
c) als psychiatrische häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke?
d) als fachpflegerische Begleitung zur Sicherung der ärztlichen Behandlung bei älteren und auf Pflege angewiesenen Menschen?

6) Die ambulante Palliativversorgung gehört zu den gesundheitspolitisch besonders priorisierten Aufgaben. Wie schätzen Sie die Situation der
   a) spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Erwachsene ein?
   b) SAPV für Kinder und Jugendliche ein?
   c) Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) ein?
   d) Warum gibt es anders als in Nordrhein-Westfalen keine AAPV-Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen?

7) Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde verbindlich ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB XI eingeführt. Die Evaluation der Pflegeberatung hat deutlich gemacht, dass nicht alle Kassen ihrer Aufgabe nach § 7 a SGB XI in qualitätsgesicherter Weise nachkommen. Wo sehen Sie Handlungsbedarf im Bereich des Care und Case-Managements in Baden-Württemberg? Wie bewerten Sie die Evaluationsergebnisse des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe?

8) Welche Bedeutung hat die HKP in der Palliativversorgung, wo sind diesbezüglich Ihre Problemanzeigen?

9) Was halten Sie davon, HKP auch in (Behinderten-)Heimen als Leistung anzubieten?

10) Wie sieht die Anerkennung der Pflegekräfte aus? Können alle Altenpflegekräfte HKP-Leistungen abrechnen? (Hinweis: Betrugsfälle)

11) Wie schätzen Sie die Bedeutung der HKP in der allgemeinen fachpflegerischen Versorgung in Haushalten ein? (Hinweis: Weiterentwicklung der Richtlinien nach § 92 a SGB V?)

12) Bereich Kinderkrankenpflege: Kinderhospizstudien belegen eine extreme Unterversorgung. Wie bewerten Sie die Gewährung von HKP für sterbende Kinder?

**II) Qualifikation**

1) Wie sollten mobile „Pflegeteams“ zusammengesetzt sein (Qualifikation), um eine qualitativ hochwertige häusliche Pflege (auch Kranken-, Palliativ- und Hospizpflege) zu gewährleisten? Bilden die Entlohnungsstrukturen diese Qualifikationsanforderungen ab?

   Ist die Finanzierungsstruktur geeignet, um die dargestellte Qualität mit entsprechender Entlohnung zu ermöglichen? Was müsste geändert werden?

2) Der zeitlich höchste Unterstützungsbedarf für auf Pflege angewiesene Menschen liegt im Hauswirtschaftlichen und Alltagsunterstützenden sowie dem Bereich der sozialen Teilhabe. Wie kann dieser Bedarf künftig besser gedeckt werden? Welche Berufsgruppen sind hier gefragt? Wie kann eine Abgrenzung zwischen Fachpflege und Assistenzberufe für die auf Pflege angewiesenen Menschen und Menschen mit Behinderung vorgenommen werden?

**III) Kosten und Kostenerstattung**

1) Die Kostenersatze für die Pflegedienste werden im Rahmen der Selbstverwaltung ausgehandelt – ist im Rahmen dieser Verhandlungen eine bedarfsgerechte Leistungsfinanzierung möglich?

   Wo sehen Sie Grenzen? Welche Rolle spielen die Kommunen und Kirchen bei der Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgungsinfrastruktur im Land?

2) Welche Verbesserungen sind in der Abrechnung ambulanter häuslicher Pflegeleistungen wünschenswert?

3) Wie ist nach einem Krankenhausaufenthalt die Finanzierung für eine evtl. erforderliche pflegerische Grundversorgung unter sechs Monaten bis zum Wiedererlangen der Selbständigkeit zu gewährleisten?

4) Welche Alternativen gibt es zu einer modul- oder zeitbezogenen Abrechnung in der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI, welche Wirkungen entfalten die Flexibilisierungen der Leistungserbringung in der häuslichen Pflege nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz?

5) Persönliche Budgets eignen sich in besonderer Weise in der häuslichen Pflege. Das konnte durch mehrere Modellprojekte nachgewiesen werden.

   Was versprechen Sie sich von budgetbasierten Finanzierungen der häuslichen Pflege sowohl in der Variante des Persönlichen als auch in der Variante des sogenannten Sachleistungsbudgets?

6) Kann Ihrer Meinung nach durch den Ausbau hausärztlicher und fachpflegerischer Infra- und Versorgungsstrukturen ein Beitrag zur Absenkung der Krankenhauskosten geleistet werden? Wo sehen Sie hier den größten Handlungsbedarf? Liegen Ihnen Zahlen vor, die eine Quantifizierung des Einsparpotenzials sichtbar macht?

7) Wie schätzen Sie die Gewährungspraxis der Kassen im Bereich HKP ein (Ordnungspraxis und in der Anerkennung der Indikation)?

8) Wie laufen HKP- und Pflegeleistungen zusammen, wo sind Probleme, in der Gewährungspraxis als auch in der Durchführung?

**IV) Zusammenarbeit und Vernetzung**

1) Wie beurteilen Sie die Arbeitsteilung von Pflege und ärztlicher Versorgung? In welcher Weise ist die Zusammenarbeit zwischen medizinischer Versorgung (Hausarzt, Krankenhäuser) und ambulanten Pflegedienste verbesserungsfähig?

2) Welche (rechtlichen) Voraussetzungen müssten geschaffen werden, um die Pflege betreffende Verordnungen, die derzeit von Ärzten zu verordnen sind, sinnvollerweise direkt durch die Pflege anweisen zu lassen?

   Handlungsautonomie der Pflege: Gibt es ärztliche Aufgaben, die sinnvollerweise durch die Pflege ausgeübt werden sollten? Falls ja, welche sollten das sein?

3) Was können die Probleme sein, wenn in die Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege Freiwillige, ehrenamtliche Pflegehelfer aus anderen Ländern und Angehörige einbezogen werden?

Sind die Überprüfungen durch den Nachweis des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI ausreichend, um eine sichere Pflege zu gewährleisten? Wie wirken sich solche Beratungseinsätze aus?

4) In der Koalitionsvereinbarung der großen Koalition in Berlin wird dem Thema Stärkung der Kommunen in der Pflege eine programmatische Bedeutung zugemessen. Aktuell werden unterschiedliche Modelle verhandelt. Wo sehen Sie die Notwendigkeit, die Kommunen in der Pflege zu stärken? Welche gesetzgeberischen Schritte könnten sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene ergriffen werden? Was halten Sie von dem Modell der Options- respektive Kooperationskommunen, das derzeit in Berlin diskutiert wird?

5) Welche Bedeutung messen Sie dem bürgerschaftlichen Engagement im Kontext der häuslichen Pflege zu? Welche Voraussetzung braucht es, damit ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement in der häuslichen Pflege zu einem erwartbaren Faktor werden kann und die Ziele, die in der Engagements Strategie Baden-Württembergs formuliert wurden, erreichen lässt?

6) Nachbarschaften sind die neben den Familien wichtigsten Institutionen alltäglicher Unterstützung, insbesondere auch für ältere Menschen. Sie werden in der Zukunft weniger leicht vorauszusetzen sein. Insofern bedarf es der Investition in Nachbarschaften, sowohl in Städten als auch in Dörfern. Wo sehen Sie hier Handlungsbedarf? Wie schätzen Sie in der Breite Quartiersmanagement und Dorfentwicklungsbemühungen ein?

7) Welche Rolle spielen ambulante Pflegedienste für Familien, Angehörige und ehrenamtlich Engagierte? Wie kann die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen diesen und ambulanten Pflegediensten verbessert werden (sozialräumliche Koordinierung und Gestaltung)? Wie kann der Staat (differenziert nach Bund, Land, Kommune) hier unterstützend tätig werden?

8) Wie kann die Vernetzung mit Betreuungsdiensten und familiärer-/nachbarschaftlicher Betreuung optimiert werden?

9) Kann die Abgrenzung zwischen Alltagshilfe und Pflege in der Alltagspraxis klar genug gezogen werden?

**V) Weitere Aspekte**

1) Wie sind die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege und wie können sie verbessert werden?

2) Welche Bedeutung messen Sie osteuropäischen Pflegekräften in baden-württembergischen Privathaushalten bei? Wie hoch schätzen sie die Haushalte, die osteuropäische Pflegekräfte beschäftigen? Wie bewerten Sie die Qualität der Leistungen der osteuropäischen Pflegekräfte und ihre Arbeitsbedingungen? Wie hoch ist die Anzahl der Haushalte, in denen ihrer Meinung nach transnationale Pflegekräfte in jeder Hinsicht in Übereinstimmung mit dem Recht (Sozialversicherung, Arbeitsschutz, Arbeitszeit, Mindestlohn, Ruhepausen) beschäftigt sind? Wo sehen Sie Handlungsbedarf auf der landes- und auf der bundespolitischen Ebene? Halten Sie das österreichische Modell einer gesetzlichen Regelung der 24-Stundenpflege für auf Deutschland übertragbar?

3) Welche Bedeutung für die Ausbildung von Beschäftigten in der Pflege haben ambulante Pflegedienste? Wie sind die Ausbildungsbedingungen und wie können diese verbessert werden?

4) Wie hoch sind die bürokratischen Lasten für ambulante Pflegedienste? Inwieweit sind solche bürokratischen Lasten zur Qualitätssicherung zwingend erforderlich? Inwieweit kann die Belastung durch technische Hilfsmittel reduziert werden?

5) Wie schätzen Sie die Nutzung telemedizinischer Konzepte für die häusliche Pflege in Baden-Württemberg ein? Welche Konzepte erscheinen Ihnen besonders zukunftsweisend? Wo sehen Sie besonderen Handlungsbedarf?

### 2.1.6.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

#### 2.1.6.2.1 Msgr. Bernhard Appel

Monsignore Bernhard Appel ist Diözesan-Caritas-Direktor und Vorstandsvorsitzender des Caritasverbandes für die Erzdiözese Freiburg. Er trägt als erster Sachverständiger zum Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“ vor. Er stellt in seinen Ausführungen die Familienhilfe in den Mittelpunkt.

**Zahlen und Fakten zur Versorgungssituation in der ambulanten Pflege**

Der Sachverständige stellt dar, dass nach einer Prognose des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg aus dem Jahr 2007 die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen von heute etwa 60.000 auf über 75.000 Personen bis zum Jahr 2031 steigen werde. Daher müssten die ambulanten Pflegedienste weiter ausgebaut werden.

Im Jahr 2013 seien von 300.000 Pflegebedürftigen etwa ein Drittel vollstationär und zwei Drittel zu Hause versorgt worden. Etwa ein Drittel der zu Hause versorgten Menschen, das waren 63.331 Personen, hätten einen von 1.140 ambulanten Pflegediensten mit zusammen knapp 32.000 Mitarbeitern in Anspruch genommen.

Die ambulante Pflege sei in Baden-Württemberg historisch durch die kirchlichen Diakonie- und Sozialstationen geprägt. 67 Prozent der pflegebedürftigen Personen würden von Pflegediensten der freien Wohlfahrtspflege betreut, 29 Prozent durch Dienste privater Träger und 4 Prozent durch Dienste öffentlicher Träger. 56 Prozent der Menschen, die einen freigemeinnützigen Träger in Anspruch nehmen, wählten einen kirchlichen Pflegedienst (zu 32 Prozent von Diakonie, zu 24 Prozent von Caritas). Dies führt der Sachverständige darauf zurück, dass etwa 70 Prozent der Bevölkerung Baden-Württembergs Mitglieder christlicher Kirchen seien. Gerade im ländlichen Raum seien die kirchlichen Sozialstationen die wesentliche Säule in der ambulanten Versorgung. So versorgten in Regionen wie zum Beispiel im Hochschwarzwald, im Hotzenwald und im Odenwald ambulante kirchliche Dienste 80 Prozent und mehr der Pflegebedürftigen.

**Tarifliche Bezahlung muss als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden**

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

Um dieses Ziel zu erreichen, hätten die Sozialstationen von Caritas und Diakonie zunächst in Baden und dann in ganz Baden-Württemberg die Kampagne „Die häusliche Pflege hat Wert!“ gegründet, und daraus sei auch eine Petition in den Deutschen Bundestag eingebracht worden. In Baden-Württemberg setzten sich ver.di, Diakonie und Caritas für eine vollständige Refinanzierung der Tariflöhne in der Sozialwirtschaft ein. Dieses gemeinsame Ziel verfolge das am 08. Dezember 2014 in Stuttgart gegründete „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für

die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“. Alle weiteren Akteure im Sozialbereich seien eingeladen, diesem Bündnis beizutreten.

Der Sachverständige erläutert, dass seit Jahren tarifbedingte Lohnkostensteigerungen in den Entgeltverhandlungen von den Krankenkassen nicht anerkannt würden. Dies habe zur Folge, dass über die Hälfte der Sozial- und Diakoniestationen nicht mehr kostendeckend arbeiten könnten. Die Kassen wiederum sähen die Beitragsstabilität gefährdet. Der Sachverständige entkräftet dieses Argument mit dem Hinweis, dass die Ausgaben für die häusliche Pflege gerade einmal etwa 2 Prozent der Gesamtausgaben der Kassen ausmachten.

Der Sachverständige erläutert, dass die kirchlichen Pflegedienste nach Flächentarifverträgen bezahlten. 80 Prozent der Kosten einer Sozialstation seien Personalkosten. Tariftreue dürfe nicht bestraft werden. Schließlich gehe es auch um die Attraktivität der Arbeitsplätze und die Verhinderung von Altersarmut der in der Pflege tätigen Menschen. Eine Analyse der Hans-Böckler-Stiftung stelle fest, dass Beschäftigte im Sozialbereich besonders von Altersarmut bedroht seien.

Die Eigenmittel der kirchlichen Sozialstationen dürften nach der Auffassung des Sachverständigen nicht dazu dienen, Defizite aus dem leistungsrechtlichen Bereich aufzufangen. Man habe an die Bundesebene die große Erwartung, dass das SGB V dadurch ergänzt werde, dass dort auch die tarifliche Bezahlung als wirtschaftlich anerkannt werde.

**Familienpflege leidet unter massiver finanzieller Unterdeckung**

Die Refinanzierung der Haushaltshilfe, der Familienpflege und der Dorfhilfe sei seit Jahren durch eine massive Unterdeckung gekennzeichnet. Die Bereitstellung von Fachkräften könne derzeit nur durch den Einsatz von Eigenmitteln aufrechterhalten werden. Die Familienpflege als notwendiges familienunterstützendes System dürfe aus Sicht des Sachverständigen aber nicht gefährdet werden. Denn Familienpflege – die Haushaltshilfe nach SGB V – greife, wenn es aufgrund von Krankheit für Familien keine andere Unterstützungsmöglichkeit mehr gebe. Kirchliche Dienste für Familienpflege und Dorfhilfe betreuten Kinder und führten den Haushalt, wenn die Mutter oder der Vater krank seien und keine Verwandten, Freunde oder Nachbarn die Unterstützung der Familie übernehmen könnten. Immer häufiger seien Familienpflegedienste auch für Familien mit komplexen psychosozialen Problemlagen im Einsatz.

Das Angebot der Familienpflege und Dorfhilfe existiere schon seit den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts. Seit dem Ausbau der Sozialstationen gebe es Familienpflege flächendeckend im ganzen Land. Dieser Ausbau sei in Baden-Württemberg in beispielhaftem Umfang geschehen und von den bisherigen Landesregierungen vorangetrieben und finanziell gefördert worden. Die Förderung erfolge bis heute; allerdings auf einem deutlich abgesenkten Niveau.

350 kirchliche Diakonie-Sozialstationen, Familienpflegedienste und Dorfhelferinnenstationen stellten heute mit 800 Einsatzkräften die familienunterstützende Leistungen sicher. Pro Jahr nähmen 12.000 bis 15.000 Familien diese Hilfeform in Anspruch. Die Familienpflege werde überwiegend aus Krankenkassenentgelten finanziert. Die Vergütung durch die Krankenkassen liege im Durchschnitt bei 32 Euro pro Fachkraftstunde. Dem stünden Aufwendungen von mindestens 45 Euro pro Einsatzstunde, bei Berücksichtigung der Overheadkosten sogar bis zu 49 Euro gegenüber. Der Träger müsse also für jede Einsatzstunde mindestens 13 Euro zuschießen. Wenn man die Einsatzstunden von Caritas und Diakonie zusammenrechne, so brächten die kirchlichen Wohlfahrtsverbände schätzungsweise jährlich mehr als 20 Millionen Euro für die Aufrechterhaltung der Familienpflege auf.

Der Sachverständige nutzt den Rahmen der Enquetekommission, um eine stärkere Kontrolle der Kassen durch Sozialministerium und Landtag sowie eine Schiedsstelle bzw. Schiedsperson für die Familienpflege zur Klärung strittiger Fälle einzufordern.

**Gute Pflege braucht Zeit**

Der Sachverständige verdeutlicht mit einem Beispiel die eingetretene Arbeitsverdichtung. Vor zwölf Jahren habe die Schwester einer Sozialstation auf ihrer Morgentour 17 Patienten zu betreuen gehabt; heute müsse sie in der gleichen Zeit 25 Patienten versorgen. Diese Arbeitsverdichtung mache den Beruf der Krankenschwester, des Krankenpflegers, der Altenpflegerin, des Altenpflegers immer unattraktiver. Die ambulante Pflege habe im Gesundheitswesen die höchsten Krankheitsquoten. Der Sachverständige bezieht sich auf den Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

Dort werde im Hinblick auf die psychophysische Gesundheit das schlechtere Abschneiden der Altenpflegekräfte auf die Zuständigkeit für zu viele Pflegebedürftige und die Ausweitung von körperlichen, emotionalen, organisatorischen und inhaltlichen Anforderungen zurückgeführt. Eine noch größere Arbeitsverdichtung sei auch im Blick auf die pflegebedürftigen Menschen nicht zu verantworten, denn gute Pflege brauche Zeit.

**Fachkräftemangel als große Herausforderung der nächsten Jahre**

Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, sei die Fachkräfteentwicklung eines der strategischen Ziele aller kirchlichen Wohlfahrtsverbände. Ein Baustein hierzu seien gute Ausbildungsstätten – also Fachschulen für Altenpflege, Fachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspflege. Mit guten Schulen gelinge es, trotz Konkurrenz zur Wirtschaft und zum Handwerk junge Menschen für dieses Schulangebot zu begeistern.

Der Fachkraftmangel sei vor allem in Südbaden – in der Grenzregion zur Schweiz – Realität, weil viele bei uns ausgebildete Fachkräfte wegen der besseren Bezahlung in die Schweiz abwanderten, obwohl dort zum Teil härtere Arbeitsbedingungen herrschten. Allerdings kämen ältere Pflegende vereinzelt auch wieder zurück.

**Attraktivität der ambulanten Pflegearbeit**

Die Caritas habe das Ziel, Teilzeitarbeitsplätze in der ambulanten Pflege anzubieten. Besonders für Familien und gerade für Mütter könne dies in bestimmten Situationen sehr hilfreich sein. Der Sachverständige macht aber darauf aufmerksam, dass es durch Teilzeitarbeit allein oft nicht möglich sei, auskömmliche Rentenansprüche aufzubauen. Hier müsse man sich intensiv Gedanken machen, wie diesem Phänomen begegnet werden könne.

Der Sachverständige stellt fest, dass es um das lange so heftig diskutierte Thema der osteuropäischen Pflegekräfte relativ still geworden sei. Es sei fast zur Normalität geworden, dass osteuropäische Pflegekräfte in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen – auch in prekären – bei uns seien. Hier versuche die Caritas – wie in Österreich –, möglichst viele der Pflegekräfte aus osteuropäischen Staaten in offizielle Arbeitsverhältnisse zu überführen. Viele Caritasverbände – auch über Baden-Württemberg hinaus – seien hier sehr aktiv.

Der Sachverständige sieht es für notwendig an, Überlegungen anzustellen, inwieweit Flüchtlinge, die in unser Land kämen, in die Pflege einbezogen werden könnten und welche Modelle dazu geeignet wären. Es liege der Vorschlag des Diakonischen Werks Württemberg vor, für Flüchtlinge etwas Vergleichbares wie ein Freiwilliges Soziales Jahr in der Pflege anzubieten.

**Aufsuchende Beratung als Ergänzung zu bestehenden Beratungsangeboten**

Der Sachverständige sieht Bedarf für eine aufsuchende Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick habe und in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte auszugestalten sei. Dazu sei aber eine eigene Vergütung für diese erweiterte Beratung von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen notwendig. Mit Blick auf den alten Menschen und die pflegenden Angehörigen gehe es darum, im Sinne der Subsidiarität vor Ort zu Lösungen zu kommen. Der aktuelle Koalitionsvertrag auf Bundesebene enthalte viele wichtige Vorhaben zugunsten der

Städte, Gemeinden und Landkreise. Das betreffe vor allem Maßnahmen zur finanziellen Unterstützung bei Investitionen. Aus der Sicht des Sachverständigen wäre es sinnvoll, einen Teil dieses Geldes für den Weiterausbau der Beratungsstrukturen zu nutzen. Auch das Land sehe er in der Pflicht zu überlegen, wie die Beratung der Angehörigen von alten und pflegebedürftigen Menschen noch verbessert werden könne.

**Erweiterungen in der psychiatrischen Krankenpflege notwendig**

In Bezug auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung sieht der Sachverständige einen flächendeckenden Bedarf. Allerdings könnten noch nicht alle Sozialstationen diese Leistung anbieten.

Für die psychiatrische Krankenpflege seien gerontopsychiatrische Fachkräfte nötig. Die Leistungsansprüche der Versicherten seien oft nicht erfüllbar, weil es im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege nicht genügend Spezialdienste gebe. Um diese Problematik anzugehen, seien ein gesonderter Rahmenvertrag für die psychiatrische Krankenpflege und auch Zusatzvereinbarungen, über die diese Leistung entsprechend vergütet würden, notwendig. Aus Sicht der Caritas sollte niemandem diese Unterstützung verwehrt werden, weil an seinem Wohnort ein entsprechender Dienst fehle.

**Vertragssituation mit den Leistungsträgern vereinfachen**

Der Sachverständige schildert das komplexe Geflecht der Rahmenverträge mit den Krankenkassen und die langwierigen Verhandlungen dazu. In Baden-Württemberg habe man im SGB V und im SGB XI vier Rahmenverträge mit den verschiedenen Kassenarten (AOK, Verband der Ersatzkassen, BKK und IKK sowie Knappschaft). Es gebe beispielsweise in den vier Rahmenverträgen zur häuslichen Krankenpflege unterschiedliche Preise für die gleichen Leistungsmodule. Manchmal gebe es einen Mischpreis für eine Fachkraft und eine Hilfskraft, bei anderen gebe es wiederum eine klare Trennung zwischen Fachkraft und Hilfskraft.

In Nordrhein-Westfalen und in Bayern schafften es die Krankenkassen, mit einem Rahmenvertrag auszukommen. Es würde sehr viel Arbeit erspart und zum Bürokratieabbau beigetragen, wenn dies auch in Baden-Württemberg gelänge. Der Sachverständige bittet Politik und das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde darum, hier unterstützend tätig zu werden.

**Ambulante kirchliche Pflegedienste als verlässliche Partner**

Der Sachverständige weist darauf hin, dass die ambulanten kirchlichen Pflegedienste im Gesundheitssystem unverzichtbare Partner und systemrelevant für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen seien. Sie seien erfahrene Partner, die in der Vergangenheit und in Zukunft bereit waren bzw. sind, auch in Modellen Neues zu erproben. Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste seien Garant für eine flächendeckende Versorgung, gerade auch im ländlichen Bereich, und unterstützten die Politik in ihrem Auftrag der kommunalen Daseinsfürsorge für alte und kranke Menschen.

#### 2.1.6.2.2 Waltraud Kannen

Frau Waltraud Kannen ist Geschäftsführerin der Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.
Sie referiert zur häuslichen Krankenpflege und stellt Erfahrungen aus der täglichen Praxis in den Mittelpunkt.

**Blick in die Praxis der häuslichen Krankenpflege**

Die Sachverständige stellt fest, dass es im Bereich der ambulanten Pflege zwei Säulen gebe: die Pflege nach SGB XI-Pflegeversicherungen und die häusliche Krankenpflege, wobei letztere gerne unterschätzt werde. Die häusliche Krankenpflege setze vielfach im Vorfeld der Pflege an und stärke ältere Menschen in ihrer sozialen Teilhabe. Derzeit werde in ganz Ba-

den-Württemberg medizinische Behandlung durch ambulante Dienste sichergestellt. Die Leistungserbringung selbst sei dabei durch eine hohe Fachlichkeit und große Flexibilität gekennzeichnet. Dazu nennt die Sachverständige ein Beispiel aus der Praxis. Wenn der Hausarzt aus seiner Mittwochnachmittagsstunde heraus beim Pflegedienst anrufe und eine dringende Wundversorgung anordne, so werde diese – selbst wenn der Patient an einem entlegenen Ort wohne – am Abend des gleichen Tages noch gemacht. Die Versorgung sei durch sehr schnelles Eingreifen geprägt. Je nachdem welche Leistungen angefordert würden, seien auch Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen notwendig. Die Sachverständige legt dar, dass häusliche Krankenpflege chronisch erkrankten Menschen ein Leben zu Hause ermögliche und so Folgekosten vermeide. So bekomme jemand, der regelmäßige medizinische Behandlung erfahre und beispielsweise seine Gummistrümpfe trage, eben keine Thrombose und müsse nicht ins Krankenhaus. Ein Tag im Krankenhaus koste 500 Euro, die durchschnittlichen Vergütungen in der Sozialstation der Sachverständigen lägen zwischen 9,70 Euro und 19 Euro je nach Aufwand der Behandlungspflege.

**Häusliche Krankenpflege entlastet und stärkt die Angehörigen**

Die häusliche Krankenpflege ermögliche für viele pflegende Angehörige die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. In Baden-Württemberg würden 75 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt. Einen Großteil dieser Pflege übernähmen Angehörige. Der Einsatz der häuslichen Krankenpflege stärke die Pflegefähigkeit der Angehörigen und gebe diesen durch professionelle Beratung und Betreuung die notwendige Sicherheit, Pflege und Beruf auch zu bewältigen. So werde vielen Angehörigen der Verbleib im Beruf ermöglicht, was wiederum dem allgemeinen Fachkräftemangel entgegenwirke.

Auch die Angehörigen seien im Fokus der Pflegekräfte, die ins Haus kämen. Das werde quasi nebenbei erledigt, habe aber einen hohen Effekt. Bei vielen pflegenden Angehörigen steige die Krankheitsrate, und es gebe körperliche Erschöpfungssymptome. Dies könne durch die Fachkräfte rechtzeitig erkannt werden.

**Genehmigungsverfahren als Hürde für den Zugang zur häuslichen Krankenpflege**

Die Sachverständige beanstandet ausufernde Antrags- und Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen. Die Haltung der Krankenkassen, eher zu verhindern als zu ermöglichen, sowie deren einseitig monetäre Ausrichtung erschwere den Alltag der Sozialstationen. Es gebe den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse. Darüber könne häusliche Krankenpflege auch bei begründeter ärztlicher Verordnung und medizinischer Notwendigkeit abgelehnt werden. Man habe in der Erzdiözese mehrere solcher Ablehnungen juristisch klären lassen und in allen Fällen recht bekommen. Dieses Prozedere sei jedoch für alle Beteiligten mühsam und belaste die Zusammenarbeit mit den Hausärzten.

In der täglichen Praxis obliege es dem Pflegedienst, die formalen Grundlagen für die Erbringung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege den Krankenkassen vorzulegen. Innerhalb von drei Tagen müsse die Verordnung vom Hausarzt ausgestellt, danach vom Klienten unterschrieben und zum Pflegedienst gebracht werden. Dieser bearbeite den Antrag und schicke ihn an die Krankenkasse. Das sei in der Realität nicht zu schaffen, da Hilfsbedürftige nicht mobil seien und der Dienst aus medizinischen Gründen oft schon tätig sei, bevor der Arzt die Verordnung überhaupt ausstellen konnte. Wenn jedoch die Formalitäten nicht eingehalten würden, so werde der Genehmigungszeitraum gekürzt und die Pflegedienste erhielten für eine bereits erbrachte Leistung keine Vergütung.

Wenn der Hausarzt eine Verordnung nicht korrekt ausfülle, bestehe ebenso die Gefahr, dass Leistungen gekürzt würden. Darum seien die Pflegedienste auch hier permanent dabei, nicht korrekt ausgefüllte Verordnungen zu reklamieren, und träfen teilweise auf Unverständnis bei den Ärzten.

Eine weitere Folge der restriktiven Genehmigungspraxis durch die Krankenkassen sei, dass viele pflegende Angehörige aufgrund insistierender Kassennachfragen verunsichert würden.

Als Beispiel schildert die Sachverständige hierzu folgenden Fall: Die Sachbearbeiterin der Krankenkasse, die einen Antrag vorliegen habe, rufe bei der Tochter an, ob sie nicht doch morgens um 6 Uhr vor der Arbeit die Mutter aus dem Bett zerren und ihr das Insulin spritzen und die Gummistrümpfe anziehen könne, um dann zur Arbeit zu gehen. Man versuche, solche Fälle mit den Angehörigen gemeinsam zu klären, aber viele stiegen einfach resigniert aus.

Aufgabe des MDK sei es, seitens der Krankenkassen die Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung zu überprüfen. Das sei noch immer schwierig. Die Pflegedienste hätten sehr viel zu liefern und sehr viel Kommunikationsbedarf.

**Modellversuche zur Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens**

Die Katholische Sozialstation Freiburg führe zusammen mit der AOK Südlicher Oberrhein ein kleines Projekt zur Entbürokratisierung durch. Dort habe man wieder ein Stück Vertrauen gewonnen. Das Antrags- und Genehmigungsverfahren finde nicht in einem Klima von Misstrauen statt und werde deutlich schlanker gestaltet.

In einem vdek-Programm sei erprobt worden, Vorbehaltsaufgaben direkt an die Pflege zu geben. Wenn der Hausarzt die Verordnung nicht korrekt ausgefüllt habe, so dürfe der Pflegedienst auf der Rückseite der Verordnung pflegerelevante Diagnosen ergänzen.

Beides seien Schritte in die richtige Richtung. Die Sachverständige bittet um politische Unterstützung, beispielsweise durch die Moderation von runden Tischen mit Pflege und Krankenkassen.

**Schlechte Noten für die Krankenkassenpolitik**

Die zuvor beschriebenen Modellprojekte seien gut, aber keinesfalls ausreichend. Die Sachverständige schildert die Sorge der Pflege, dass die aktuelle Krankenkassenpolitik eine zeitlich angemessene und qualifizierte Pflege nicht ermögliche und dadurch die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich verschlechtere. Es herrsche ein System von struktureller Missachtung und Nichtbeteiligung der Pflege durch die Krankenkassen vor. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen hätten das Sagen und bedienten ihre eigenen Systeme, ohne die Pflege im Blick zu haben.

**Überleitpflege begleitet den Weg ins Krankenhaus und wieder zurück**

Die Sachverständige erläutert den australischen Ansatz, bei dem die Entlassung quasi gleich mit der Aufnahme geplant werde und beginne. Die Sozialstationen hätten da ihre Hausaufgaben bereits gemacht, so hätten 16 Sozialstationen eine Entlasspflege organisiert. Diese werde „Überleitpflege“ genannt und begleite den Klienten auf dem Weg ins Krankenhaus und wieder zurück nach Hause. Sobald einer der Klienten ins Krankenhaus komme, gebe es ein direktes Fax mit allen relevanten Daten des Klienten an die Überleitstelle und an das Krankenhaus. Die 16 beteiligten Sozialstationen brächten hier jährlich 180.000 Euro auf, die nicht refinanziert seien. Die Sachverständige weist darauf hin, dass die Krankenkassen verpflichtet seien, ein Entlassmanagement aufzubauen, was aber in völlig unterschiedlicher Qualität umgesetzt werde.

**Häusliche Krankenpflege ist für die Träger defizitär**

Die Sachverständige erläutert, dass die häusliche Krankenpflege bei den Sozialstationen einen Umsatzanteil von 40 Prozent bis 50 Prozent habe. Der Anteil der häuslichen Krankenpflege an den Gesamtausgaben der Krankenkassen habe im Jahr 2013 aber lediglich 2,37 Prozent betragen. Die Befürchtung, dass durch die Kosten der häuslichen Krankenpflege der Krankenkassenbeitrag gefährdet werden könnte, sei also unbegründet. Es sei vielmehr so, dass vernünftig eingesetzte häusliche Krankenpflege Folgekosten im Gesundheitsbereich vermeide.

Seit Jahren gebe es jedoch eine fehlende Refinanzierung der Leistungserbringung. Jede tarifbedingte Erhöhung der Personalkosten öffne die Schere zwischen Aufwand und Ertrag weiter. Es bestehe ein Vollkostenbedarf in Höhe von 50 bis 60 Euro pro Stunde. Die Vergütung für einen Hausbesuch betrage 9,80 Euro. Wenn durchschnittlich sechs bis sieben Minuten Fahrzeit anfielen und für die Querschnittskosten ein Euro angesetzt würde, so blieben am Schluss noch zwei Euro für den tatsächlichen Hausbesuch übrig. Daran werde deutlich, wie defizitär das Ganze sei. Diese Zusammenhänge darzustellen, sei Ziel der Kampagne „Die häusliche Pflege hat Wert“, die seit 2013 laufe.

Die Sachverständige weist darauf hin, dass sich das Problem der Tarifschere nur auf die häusliche Krankenpflege, nicht auf die Leistungen zur Pflege im Rahmen des SGB XI beziehe. Im Rahmen des SGB XI seien in Baden-Württemberg Einzelverhandlungen geführt worden. Der Blick auf die einzelnen Module habe dort erstmals zu höheren Ertragszugeständnissen und zu besseren Steigerungsraten in der Vergütung geführt.

**Gutes Image erleichtert die Personalgewinnung**

Die Sachverständige stellt dar, dass es – trotz der Nähe zur Schweiz – in der Sozialstation Südlicher Breisgau lange Jahre kein Problem gewesen sei, Fachkräfte zu gewinnen. Im Herbst 2014 habe es erstmals einen Engpass bei der Personalgewinnung gegeben.

Für das Image und für die Attraktivität des Pflegeberufs müsse von den Arbeitgebern viel getan werden. Ihre Sozialstation versuche, mit sogenannten „Mama-Touren“ den Stress von jungen Müttern abzufedern. Dabei verträten sich zwei Frauen bzw. Männer gegenseitig, wenn ein Kind krank werde. Die Sachverständige rät dazu, Best-Practice-Modelle für die Familienfreundlichkeit im Betrieb besser zu kommunizieren, da das Management in Pflegeeinrichtungen oft keine Zeit habe, eigene Konzepte zu entwickeln.

In der Einrichtung der Sachverständigen bestehe die Möglichkeit, auch Vollzeit zu arbeiten. Dies sei für alle Arbeitnehmer wichtig, die ihren Lebensunterhalt durch eine Anstellung sichern wollten.

Als einer der ersten Pflegedienste deutschlandweit habe man ein flexibles Zeitwertkonto für die Mitarbeiterschaft eingeführt. So könnten vor der Rente oder zur Kindererziehung individuelle Auszeiten genommen werden.

Die Sozialstation der Sachverständigen habe zwei Leitlinien: betriebliches Gesundheitsmanagement und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ziel sei es, die Menschen über die Rente hinaus gesund zu erhalten. Man biete der Mitarbeiterschaft bei einem Eigenbeitrag von 15 Euro an, alle Fitnesscenter in der Umgebung zu nutzen.

**Hohe Arbeitsbelastung in der Pflege**

Die Mitarbeiterschaft in der ambulanten Pflege stehe im Spannungsfeld von pflegerischer Notwendigkeit, verlangter Wirtschaftlichkeit und hohem Dokumentationsaufwand. Vielfach sei die Pflegefachkraft die einzige, die noch zu den Menschen nach Hause komme, oder die einzige, die den pflegenden Angehörigen zuhöre.

Der Fehlzeiten-Report nenne die Pflegeberufe bei Ausfallzeiten durch Krankheit über alle Berufe hinweg an zweiter Stelle. Die Problematik der geringen durchschnittlichen Verweildauer im Beruf sei ebenfalls bekannt: Alle fünf bis zehn Jahre werde eine Generation von Pflegefachkräften „verbrannt“. Der Ausstieg erfolge in der Altenpflege etwas früher, in der Krankenpflege etwas später.

Bei den ambulanten Diensten selbst sei das Optimierungspotenzial zur Entlastung der Mitarbeiterschaft bereits ausgeschöpft. Man arbeite mit elektronischer Datenerfassung und habe einen sehr geringen Overhead. Daher müssten die Rahmenbedingungen in der Pflege dringend verbessert werden.

**Generalistische Ausbildung**

Die Sachverständige begrüßt die generalistische Ausbildung. In der ambulanten Pflege seien hochkomplexe Anforderungsprofile zu erfüllen: Krebskranke mit Portversorgung ebenso wie große Bauchwunden. Viele Menschen wollten nach Möglichkeit gar nicht ins Krankenhaus und lieber zu Hause versorgt werden. In der Einrichtung der Sachverständigen seien in der ambulanten Pflege 70 Prozent Krankenpflegerinnen und 30 Prozent Altenpflegerinnen im Einsatz. Beide Gruppen hätten spezifische Schwerpunkte in ihrer Ausbildung gehabt und sich dann bewusst für einen Einsatzbereich entschieden. Es sei wichtig, dass eine fundierte Ausbildung immer eine Durchlässigkeit ermögliche.

**Gute Pflege vor Ort mit allen Beteiligten organisieren**

Aus Sicht der Sachverständigen wird die Akademisierung der Pflege gebraucht, um Strukturen zu verändern. Es seien „Häuptlinge“ erforderlich, um politische Diskussionen zu führen und mit der Politik und den Kommunen über Weiterentwicklungen zu sprechen. Die Sachverständige habe einen Pflegewissenschaftler in der Sozialstation, allerdings ohne die notwendige Refinanzierung.

In weiterer Perspektive sieht die Sachverständige die Notwendigkeit, die recht einseitige Steuerung durch die Krankenkassen und durch die Pflegeversicherung mehr auf die kommunale Ebene zu verlagern. Sie sehe bei den Kommunen ein großes Interesse daran, vor allem, da Bürgermeister Bedarfe vor Ort gut identifizieren könnten.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hätten sich die Kommunen zurückgezogen. Für eine gelingende Pflege sei aber mehr als die fachlich gute Pflegekraft notwendig. Man brauche den Bürger, die Nachbarin, den Bürgermeister, der wisse, wie man Dinge ändern kann.

**Doppelstrukturen vermeiden**

Mit VERAH, der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, werde auch eine Hausbesuchskomponente angeboten. Dies sei eine von der Hausarztpraxis gesteuerte aufsuchende Betreuung in der häuslichen Umgebung des Patienten. Da ergebe sich natürlich eine Schnittstelle mit der Pflege, wenn beispielsweise VERAH unter der Woche die Wundversorgung übernehme und der Pflegedienst abends oder am Wochenende. Die Sachverständige wünscht sich bereits bei der Entwicklung solcher Modelle eine frühzeitige Einbindung der Pflege, auch um die Entstehung von Doppelstrukturen zu verhindern. Dies gelte auch für MoNI, AGnES, EVA oder neu auch NäPA. Das seien die Versorgungsassistentinnen des Hausarztes, damit solle die Hausarztpraxis auf dem Land gestärkt werden. Die Zielsetzung sei gut, aber es müsse immer die Schnittstelle zu einer flächendeckenden, hochqualifizierten ambulanten Pflege beachtet werden.

**Versorgungslücke im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt**

Die Sachverständige stellt fest, dass die Einführung der DRGs negative Auswirkungen auf die ambulante Pflege gehabt habe. Der § 37 Absatz 1 SGB V sehe einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege vor, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werde. Mit der Einführung der DRGs gebe es aber faktisch keine Verkürzung des Krankenhausaufenthalts mehr, da die Verweildauer fallspezifisch festgelegt sei. Dennoch seien immer mehr sogenannte „blutige Entlassungen“ zu beobachten. Menschen würden mit Wunden, die noch nicht verheilt seien, nach Hause geschickt. Die Anwendung des § 37 Absatz 1 SGB V sei aber nicht mehr möglich. Somit sei eine Versorgungslücke entstanden.

#### 2.1.6.2.3 Eva-Maria Armbruster

Frau Eva-Maria Armbruster ist Vorstandsvorsitzende der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg und in ihrer Haupttätigkeit stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werks Württemberg. Sie geht auf die finanzielle Situation in der ambulanten Pflege ein und stellt die Anforderungen an Planung und Vernetzung in der Pflege dar.

**Permanenter Optimierungsdruck durch ökonomische Zwänge**

Die Sachverständige beschreibt den Wandel von der Gemeindeschwester bis hin zur professionellen Pflegerin. Die Pflege habe in den Achtzigerjahren für die Anerkennung als Fachprofession gekämpft. Die damals eingeforderten Qualitätsnormen hätten sich dann in den Qualitätsrichtlinien der Pflegeversicherung wiedergefunden. Erstmals seien Leistungsmodule der Grundpflege erstellt und an Preise geknüpft worden. Der Gesetzgeber habe ganz bewusst den Wettbewerb unter den Pflegeanbietern eingeführt, so könnten Leistungsempfänger heute zwischen unterschiedlichen Anbietern und ihren Angeboten wählen.

Dies habe zur Ausrichtung der ambulanten Pflege an marktwirtschaftlichen Prinzipien geführt. Ambulante Dienste müssten heute notwendige und sinnvolle Angebote der Betreuung und Pflege im wirtschaftlichen Korsett der Refinanzierbarkeit erbringen. Zugewandte Grundhaltung, Konzentration bei der Arbeit, genügend Zeit für ein kurzes Gespräch, was für die Gemeindeschwester ganz selbstverständlich gewesen sei, sei heute durch die wirtschaftlichen Zwänge teilweise verloren gegangen.

Die Pflegekräfte litten zunehmend unter den permanenten Touren und der Einsatzoptimierung. Dabei sei die Arbeitssituation der Mitarbeitenden für Qualität und Zufriedenheit genauso wichtig wie die gute Ausbildung, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und eine gute Arbeitsorganisation.

Bis heute stünden die kirchlichen Sozial- und Diakoniestationen für eine gute pflegerische Grundversorgung. Der wachsende ökonomische Druck lasse die Spielräume für gute Arbeitsplätze in der Pflege jedoch sehr eng werden.

**Qualifiziertes Personal ist nur durch gute Bedingungen zu finden und zu halten**

Der Fachkräftemangel sei vor Ort in den Diensten sehr unterschiedlich wahrnehmbar. Insgesamt sei es eine enorme Herausforderung für die Dienste, die Quantität und die Qualität bei den Fachkräften sicherzustellen. Die Gewinnung von qualifiziertem Personal sei dabei ein zentraler Faktor. In der ambulanten Pflege müssten die Mitarbeiter sehr selbstständig und auch sehr verantwortlich arbeiten. Dies erfordere neben der Qualifikation auch Erfahrung und Weitblick. In der Ausbildung müsse die Grundlage hierfür gelegt, aber in der Praxis müsse dann auch angeleitet und begleitet werden.

**Ambulante Pflege ist gemessen an den Erwartungen strukturell unterfinanziert**

Die Sachverständige erläutert, dass sich ambulante Pflegedienste zum überwiegenden Teil aus Leistungserträgen der Kranken- und Pflegeversicherung finanzierten. Die behandlungspflegerischen Leistungen müssten zusätzlich ärztlich verordnet werden. Im Gegensatz dazu wähle der betroffene Mensch Leistungen der Pflegeversicherung nach vorheriger Beratung selbst aus. Viele ambulante Pflegedienste seien nur dann wirtschaftlich, wenn sie innerhalb eines Hausbesuchs „im Paket“ weitere Leistungen (also auch vom Pflegebedürftigen Selbstbezahltes) erbringen könnten. Dies mache – auch vor dem Hintergrund, dass nicht alle Mitarbeiter in allen Leistungsbereichen gleichermaßen eingesetzt werden könnten – die Einsatz- und Tourenplanung insgesamt recht komplex.

Die Sachverständige gibt zu bedenken, dass Zeiten für die Pflegeplanung und die Dokumentation, die fachlich und haftungsrechtlich zwingend seien, oder Zeiten für die Hilfekoordination bei allein lebenden Menschen über die Leistungsvergütungen nicht refinanziert würden.

Ebenso wenig treffe dies auf den immer vorhandenen Bedarf des einzelnen Menschen an einem Gespräch, an Klärung, an Zuwendung oder an einer kleinen Handreichung zu. Die „ideale“ Struktur der kirchlichen und freigemeinnützigen Dienste sei durch das enge finanzielle Korsett gefährdet.

Die Sachverständige weist auf die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hin. Man könne beobachten, dass sich Pflegedienste bei hohem wirtschaftlichen Druck auf die Personen konzentrierten, bei denen sie vielleicht noch zusätzliche Leistungen generieren können. Die kirchlichen Dienste stünden jedoch als gemeinwesenorientierte Anbieter in der Pflicht, die Grundversorgung zu erhalten.

**Ohne verlässliche Daten ist eine gute pflegerische Infrastrukturplanung nicht möglich**

Die Sachverständige stellt fest, dass es zu wenig verlässliche Daten über die voraussichtliche Entwicklung des ambulanten pflegerischen Bedarfs im Land gebe. Im Bereich der stationären Pflege sei die Datenlage etwas besser.

Für die betroffenen Kommunen und die Träger der Pflegedienste bedeute dies, dass im Augenblick die Planung zukünftiger Leistungsangebote und die Personalpolitik nicht auf fundierten Daten beruhe. Da der Bedarf bisher stets gestiegen sei, sei das noch nicht problematisch gewesen. Gerade mit Blick auf die Versorgung im ländlichen Raum werde es jedoch zunehmend schwerer, aufgrund von Planungsdaten Angebote und eine vorausschauende Personalplanung zu entwickeln. Hier sieht die Sachverständige eine Aufgabe der regionalen und kommunalen Planung im Sinne der Daseinsvorsorge. Die Sachverständige fordert, eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung im Land einzuführen, die Entwicklungstrends regelmäßig erfasse, damit Kommunen, Landkreise und Träger sich rechtzeitig auf die Folgen des demografischen Wandels einstellen könnten.

Die Datenlage müsse dabei lokal betrachtet werden, da die örtliche Situationen äußerst heterogen und unterschiedlich seien. Faktoren wie beispielsweise die Entfernung zur nächsten Stadt und das Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs müssten dabei einbezogen und sozialplanerisch miteinander vernetzt werden. Die Sachverständige sieht die Sozialplanung als wichtiges Instrument für eine bürgerorientierte Ausgestaltung des unterstützenden Angebots für das Leben im Alter.

**Hilfeangebote müssen besser und kommunaler koordiniert werden**

Eine kommunale Koordination der ambulanten Angebote sei aus Sicht der Sachverständigen zwingend notwendig. Bei der Information über Pflegeangebote und deren Abstimmung sollten die Kommunen idealerweise eine koordinierende Rolle übernehmen. Viele nähmen bereits diese koordinierende Funktion wahr und verknüpften Hilfsangebote, ehrenamtliche Initiativen und professionelle Dienste. Für einen langen Verbleib im eigenen Haushalt müssten nachbarschaftliche und familiäre Ressourcen gestützt, entwickelt und gefördert werden.

In anderen Ländern gebe es das Konzept des „Primary Nursing“. Dort sorge sich eine Schwester oder ein Pfleger um die gesamte Situation des Menschen, organisiere und begleite die Hilfe, werte deren Erfolge aus und passe gegebenenfalls die Hilfen an. Dieser ganzheitliche Ansatz der Grundversorgung sei jedoch bei der heutigen Finanzierung nicht umsetzbar.

**Im ländlichen Raum werden sich Engpässe schneller zeigen als in Ballungsräumen**

Die Sachverständige weist darauf hin, dass in Baden-Württemberg eine Abwanderung von jüngeren Menschen vom Land in die Stadt zu beobachten sei. Dies führe wahrscheinlich zu einer Abnahme des Angebots an qualifizierten Pflegekräften auf dem Land. Schon heute würden Arztpraxen und Krankenhäuser auf dem Land geschlossen. Für die ambulante pflegerische Versorgung der älteren Menschen bedeute dies längere Wege und mehr Koordinierungsaufwand im Einzelfall.

Um auf diese Entwicklungen zu reagieren, bedürfe es der Netzwerke aus allen beteiligten Akteuren wie Ärzten, Kassen, Kommunen, Pflegediensten und Kirchen. Die Kirchen verfügten über große Erfahrung, da sie seit Generationen Nachbarschaftshilfe und die solidarische Unterstützung durch Krankenpflegevereine organisierten.

Gerade kirchliche Träger hätten einen hohen Anspruch an sich selbst und pflegten mit Herz. Die Sachverständige fordert Vertrauen für die Pflegedienste und deren planvolle Einbindung in ein funktionierendes Versorgungssystem. So könnten sich diese künftig wieder mehr vom reinen Leistungserbringer hin zum gemeinwesenorientierten Angebotsgestalter vor Ort weiterentwickeln. In diesem Sinn werde ein Bündnis für die häusliche Pflege gebraucht.

Was die Telemedizin anbetreffe, so müsse man diese sicher in die Überlegungen einbeziehen. Man stehe aber noch ganz am Anfang, und die aktuelle Generation der Pflegebedürftigen sei noch nicht so technikaffin. Das Problem der Vereinsamung dürfe dabei nicht vergessen werden. Manchmal sei die Schwester oder der Pfleger der einzige persönliche Kontakt im Tagesverlauf. Der Telekontakt könne ein wichtiges Element sein, aber auf keinen Fall das einzige.

Überraschenderweise seien die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege anfallenden Fahrtwege in Stadt und Land nicht unterschiedlich. In der Stadt habe man eine höhere Verkehrsdichte und durch große Wohngebäude mehr Fußwege zu bewältigen. Dies halte sich mit den größeren Fahrdistanzen auf dem Land in Bezug auf die verbrauchte Zeit die Waage.

**Beratung und Informationen müssen verbessert werden**

Die Sachverständige erläutert, dass es heute für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine fast unüberschaubare Vielfalt an Hilfemöglichkeiten gebe. Die sozialgesetzlichen Leistungen seien zwar umfangreicher, aber auch komplizierter geworden. In Bezug auf die neueste Pflegeversicherungsreform (Pflegestärkungsgesetz I), bei der Leistungsansprüche deutlich ausgebaut worden seien, müssten es erst einmal die Fachleute schaffen, sich auf eine angemessene Beratung vorzubereiten.

Baden-Württemberg habe in den Neunzigerjahren mit den sogenannten Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) auf kommunaler Ebene einen guten Weg eingeschlagen. Leider sei deren Förderung mit dem Argument, die Beratung sei Aufgabe der Pflegekassen, eingestellt worden. Nach der Einführung der Pflegestützpunkte werde nun ersichtlich, dass die im Land bestehenden regionalen Pflegestützpunkte den vorhandenen Beratungsbedarf nicht decken könnten.

Aus Sicht der Sachverständigen müsse Beratung leicht zugänglich, niederschwellig und deshalb vor allem wohnortnah angeboten werden. Betroffene und Angehörige brauchten unkomplizierte Informations- und Beratungsmöglichkeiten, von der Wohnraumgestaltung bis zum Pflegefall. Die Sachverständige fordert den Aufbau von Informations- und Versorgungsnetzen, in denen sich die unterschiedlichen Anbieter zusammenschließen und Beratung und Information bündeln sollten. Es sei falsch, die Informationsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger allein den Kranken- und Pflegekassen zu überlassen, da diese nur einen Ausschnitt der Alltagswirklichkeit und des Versorgungsbedarfs hilfebedürftiger Menschen erfassten.

Die Sachverständige stellt klar, dass die vorhandenen 48 Pflegestützpunkte wichtig seien und gute Arbeit leisteten. Nur ein Pflegestützpunkt pro Landkreis sei aber nicht ausreichend. Die Einzugsbereiche der einzelnen Pflegestützpunkte unterschieden sich sehr, so umfasse in Pforzheim der Einzugsbereich 116.000 Menschen, in Freiburg seien es 229.000. In großflächigen Landkreisen müssten sehr große Wegstrecken bis zur Beratung zurückgelegt werden. Diese Fakten sprächen dafür, mehr Pflegestützpunkte einzurichten. Die Pflegestützpunkte funktionierten dort gut, wo Kommunen koordinierend unterstützten und eigene Strukturen, wie beispielsweise IAV-Stellen oder gerontopsychiatrischen Beratungsdienste, einbrächten.

**Eine gute Pflege vor Ort braucht lokale Partnerschaften und zivilgesellschaftliches Engagement**

Die Sachverständige führt aus, dass Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung in Zukunft nicht allein mit professionellen Diensten zu bewältigen seien. Im Vorfeld und Umfeld der Pflege würden sehr viele Menschen gebraucht, die sich bürgerschaftlich engagierten.

Dabei sei zu unterscheiden zwischen qualifizierter Pflege und bürgerschaftlich/nachbarschaftlich erbrachter Hilfe. Eine professionelle Leistung könne durch die Leistung Freiwilliger nicht ersetzt, sondern nur ergänzt werden. Es sei notwendig, die bereits vorhandenen Initiativen, bürgerschaftlich tätige Organisationen und professionelle Angebote zu vernetzen: Tagespflege, Pflegedienste, kirchliche Besuchs- und Betreuungsgruppen, Gruppen, die sich um die Entlastung von Angehörigen kümmern. In Aufbau, Unterhaltung und Koordination dieser Angebote und in die Qualifizierung bürgerschaftlich und ehrenamtlich Engagierter müsse investiert werden. Baden-Württemberg habe bereits einen guten Weg eingeschlagen, diesen gelte es konsequent fortzusetzen.

**Palliativversorgung muss die Gesamtsituation des Menschen berücksichtigen**

Die Sachverständige führt aus, dass die ambulanten Dienste auf die Palliativversorgung spezialisierte Pflegekräfte ausgebildet hätten und die notwendige Fachlichkeit vorhanden sei. Gerade die Palliativversorgung bedürfe des Blicks auf die gesamte Situation des Menschen und auch seiner Angehörigen, seiner Familie. Die Nachfrage nach stationären Hospizen nähme zu. Die ambulanten Dienste arbeiteten mit Hospizgruppen zusammen oder hätten solche selbst mit aufgebaut. Auch in diesem Bereich müsse das gesamte Feld der Nachbarschaft und des bürgerschaftlichen Engagements koordiniert und planvoll weiterentwickelt werden.

#### 2.1.6.2.4 Susanne Pletowski

Frau Susanne Pletowski ist Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService – SPPS – GmbH in Karlsruhe. Sie schildert die Praxiserfahrungen eines privaten Anbieters und geht dabei insbesondere auf die Themen Pflegeberatung, Finanzierung und Entbürokratisierung ein.

**Hoher Versorgungsanteil der privaten Pflegedienste**

Die Sachverständige führt aus, dass in Baden-Württemberg 60.000 Bürger von ambulanten Diensten versorgt würden. Diese Versorgung werde derzeit schon zu 51,5 Prozent von privaten Trägern übernommen. Die Sachverständige selbst sei seit 20 Jahren im Bereich der Pflege tätig. Während dieses Zeitraums habe sich der Aufgabenbereich sehr verändert. So gebe es inzwischen das Intensivzimmer und das Krankenhaus zu Hause. Daraus würden sich sehr aufwendige Versorgungssettings ergeben; das betreffe beispielsweise Patienten im Wachkoma oder Beatmungspatienten. Die Fachkraft – insbesondere die Altenpflegefachkraft – trage einen großen Teil dazu bei, Menschen in diesem Umfang zu Hause zu versorgen.

**Keine Refinanzierung der Fachkraftgehälter über Leistungsentgelte möglich**

Die Sachverständige stellt fest, dass die von den Kassen bezahlten Vergütungen zu gering seien. Die Kassen seien nicht gesprächsbereit. Bei Fachkräften mit einer drei, fünf und mehr Jahre dauernden Ausbildung oder einem akademischen Abschluss könnten mit den geringen Vergütungen die Fachkraftgehälter nicht refinanziert werden.

Private Träger seien zwar nicht in Tarifverträge eingebunden; vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels würden jedoch tarifkonforme Gehälter bezahlt, sonst wären keine Fachkräfte zu gewinnen.

**Einsatzbereiche der Pflegeberatung durch ambulante Dienste**

Die Sachverständige erläutert, dass die ambulanten Dienste in Baden-Württemberg sehr viele Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausgebildet hätten. Diese Pflegeberatungsfachkräfte seien rund um die Uhr verfügbar und könnten die Kunden sehr schnell individuell und angemessen beraten.

Der Bundesverband der privaten Anbieter habe sich schon immer gegen die Pflegestützpunkte ausgesprochen, da Pflegeberatung durch die Dienste mit den qualifizierten Pflegeberatungsfachkräften selbst geleistet werden könne. Die Dienste böten aufsuchende Beratung an und zeigten beispielsweise zu Hause beim Patienten die Nutzung von Hilfsmitteln. Beim Pflegestützpunkt höre die Beratung vor der Haustür auf. Die Sachverständige lehnt einen weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte ab. In den Pflegestützpunkten übernähmen oft Sozialversicherungskaufleute, Sozialpädagogen oder auch Personen aus dem Versicherungsbereich die Beratung. Die Sachverständige bezweifelt die Neutralität der Pflegestützpunkte. Auch Kommunen betrieben teilweise selbst ambulante Dienste und Pflegeheime; wenn die Kommune in den Pflegestützpunkt eingebunden sei, sieht die Sachverständige ebenfalls die Neutralität gefährdet. Die Neutralität sei auch beim Entlassmanagement wichtig. Entscheidend müsse immer der Wunsch des Patienten sein – dahin, wohin der Patient will, dürfe er auch hin.

Die Sachverständige selbst sei im Entlassmanagement in einer Klinik tätig und zwar im Überleitungsmanagement. Aus ihrer Sicht müsse die Entlassung, also die Anschlussversorgung zu Hause bereits mit der Aufnahme im Krankenhaus geregelt sein. Dies entspräche dem Nationalen Expertenstandard. Auch die Leistung Entlassmanagement könnten Pflegeberater übernehmen.

Laut der Sachverständigen kämen die Pflegekassen ihrer Beratungspflicht nicht in ausreichender Form nach. Die Versicherten würden auf mögliche Leistungen nicht hingewiesen, um Ausgaben zu sparen. Als Beispiele nennt die Sachverständige die schlechte Inanspruchnahme von Verhinderungspflege und Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI. Hier werde den Versicherten von den Pflegekassen suggeriert, dass ein Genehmigungsverfahren durchlaufen werden müsse. Dabei bestehe ein gesetzlicher Leistungsanspruch.

Die verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI[5] würden mit 22 Euro und 32 Euro gering vergütet. Die Versicherten empfänden die Besuche eher als Kontrolle und nicht als Beratung. Die Sachverständige spricht sich für eine andere Ausgestaltung der Beratungsbesuche aus, für weniger enge Vorgaben.

**Finanzielle Lage der ambulanten Pflege**

Die Sachverständige erläutert, dass die Höhe der Krankenkassenleistungen für die Liga[6] und die privaten Anbieter in getrennten Verhandlungen festgelegt würden.

Das grundsätzliche Problem aller Träger sei jedoch die gedeckelte Grundlohnsummensteigerung. Mit dem Argument, dass die Beitragsstabilität nicht gefährdet werden dürfe, sei für 2015 eine Steigerungsrate von höchstens 2,57 Prozent vereinbart worden. Damit könnten jedoch die steigenden Personal- und Sachkosten der Träger nicht aufgefangen werden.

Der Anteil der häuslichen Pflege in Höhe von 2,37 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2013 sei sehr gering, insbesondere im Vergleich zu Verwaltungskosten der Krankenkassen. Für den notwendigen Ausbau der ambulanten Pflege müsse definitiv mehr Geld zur Verfügung gestellt werden.

---

[5] Wer die Pflege und Betreuung durch Angehörige oder Freunde in der häuslichen Umgebung selbst sicherstellt und dafür Pflegegeld bezieht, ist verpflichtet, nach § 37 3 SGB XI (Pflegeversicherung) einen Beratungsbesuch (Qualitätssicherungsbesuch) von einem Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.

[6] Die „Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.“ ist ein Verein, den die elf Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg am 22. September 1952 als gemeinsame Arbeitsplattform gegründet haben.

Die Sachverständige führt aus, dass es bei strittigen Kassenleistungen eine Erfolgsquote von etwa 86 Prozent in den auf eine Ablehnung folgenden Widerspruchsklagen gebe. Obwohl das Schiedsverfahren eine juristische Entscheidung sei, wagten die Kassen oft den Schritt vor Gericht. Das ziehe sich dann zum Leidwesen der Einrichtung, die während des schwebenden Verfahrens keine Bezahlung erhalte, unnötigerweise in die Länge. Generell sollten Schiedsverfahren vermieden werden, aber wenn es einen Schiedsspruch gebe, dann sollten sich die Kassen daran halten. In die gleiche Richtung habe sich auch Sozialministerin Altpeter bereits eindeutig geäußert.

Für unzureichende Finanzierungen, also beispielsweise beim Stundensatz in der Familienhilfe, gebe es jedoch kein Schiedsverfahren. Die Sachverständige regt an, darüber nachzudenken, hierfür Schiedspersonen einzuführen. Schiedspersonen könnten in strittigen Fällen den aktuellen Vergütungssatz festlegen.

Die Sachverständige lehnt zusätzliche Kosten wie durch VERAH,[7] Pflegekammer, Pflegestützpunkte ab, das Geld komme, so die Erfahrung der Sachverständigen, nicht da an, wo es sein sollte. Das Projekt VERAH führe nicht nur zu zusätzlichen Kosten, sondern es verursache außerdem eine Schnittstellenproblematik: VERAH versorge zu regulären Arbeitszeiten, und die Pflegedienste müssten als „Lückenbüßer“ zu ungünstigen Zeiten einspringen.

Die Sachverständige fordert, den zugelassenen Diensten und deren Mitarbeitern Vertrauen zu schenken. Dort werde – wie der MDK bestätigt – sehr gute Arbeit geleistet. Sie fordert, die Bürokratie zu reduzieren und die finanziellen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass ambulante Pflege weiter wachsen könne, damit die Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg auch weiterhin gut versorgt würden.

**Psychiatrische Krankenpflege und Palliativversorgung**

Die Sachverständige stuft die Umsetzung in der psychiatrischen Krankenpflege und auch in der Palliativversorgung als problematisch ein. Hohe Anforderungen der Kassen ermöglichten es den ambulanten Diensten nicht, diese Leistungen zu erbringen. Die ambulanten Dienste könnten die Fachkräfte nicht in dem Maß ausbilden, wie es laut Verträgen notwendig wäre.

**Kinderintensivpflege**

Die Sachverständige beschreibt, dass die Kinderintensivpflege immer mehr in den Vordergrund trete, auch aufgrund der besseren technischen Möglichkeiten in der Intensivversorgung. Leider sei die Entlassung eines Kindes in die häusliche Intensivpflege erst möglich, wenn im Einzelfall die Vergütung zwischen Anbieter und Krankenkasse geregelt sei. Die Kinder müssten dadurch unnötig lang in den Krankenhäusern verweilen.

In der Kinderkrankenpflege würden hochkarätige Fachkräfte (Kinderkrankenpflegekräfte mit Zusatzqualifikationen) beschäftigt, die nicht nur fachliches, sondern auch psychologisches Knowhow mitbringen müssten. Es müsse eine kontinuierliche Fortbildung und Supervision stattfinden, da das Spannungsfeld „krankes Kind und Eltern“ äußerst schwierig sei. Der von den Krankenkassen vergütete Stundensatz in Höhe von 40 Euro bis 45 Euro sei daher nicht auskömmlich. Im Kinderintensivbereich zahle die AOK derzeit 35 Euro. Nicht auskömmliche Stundensätze seien durchweg im System ein finanzielles Problem.

**Willkür der Krankenkassen beim Genehmigungsverfahren**

Die Sachverständige kritisiert das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen. Alte, pflegebedürftige Menschen würden der Willkür der Krankenkasse ausgesetzt. Die Sachverständige nennt ein Beispiel aus der Praxis: Der Arzt genehmige die Verabreichung von Augentropfen für eine Patientin, und die Kasse lehne die Leistung mit dem Hinweis ab, der Ehemann der

[7] Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Patientin, der an Parkinson leidet, solle seiner Frau die Tropfen verabreichen. Das heiße im Ergebnis: Pflegebedürftiger pflegt Pflegebedürftige. So komme es zu vielen unnötigen Verfahren vor den Sozialgerichten, wodurch auch Kosten entstünden.

**Datenträgerabrechnung nicht bei allen Krankenkassen möglich**

Die Sachverständige schildert, dass von der AOK schon seit Jahren die Abrechnung mittels Datenträger vertraglich verlangt werde. So ziehe die AOK den Pflegediensten, die ihre Abrechnungen nicht per Datenträger einreichten, 5 Prozent von der Leistungssumme ab. Für die Abrechnung mittels Datenträger müsse jedoch Hardware und Software angeschafft und regelmäßig aktualisiert werden. Die Pflegedienste hätten investieren müssen, und auf der anderen Seite böten die Ersatzkassen das Datenträgeraustauschverfahren überhaupt nicht an. Die Sachverständige bittet die Politik, hier verstärkt auf die Kassen einzuwirken.

**Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**

Die Sachverständige betont den Bedarf an Entbürokratisierung. Pflegekräfte wollten am Patienten arbeiten. Statt vieles zu dokumentieren, würden sie lieber mehr Zeit mit dem Kunden verbringen.

Das Projekt des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation begrüßt die Sachverständige ausdrücklich. Ziel dieses Projektes sei es, bis zum Jahresende 2016 25 Prozent der Einrichtungen auf das neue Dokumentationsverfahren umgestellt zu haben. Um dies zu erreichen, würden in Baden-Württemberg 300 Multiplikatoren ausgebildet. Die Ausbildung der Multiplikatoren werde vom Bund ermöglicht und unterstützt. Jeder Multiplikator müsse dann neben denen in der eigenen Einrichtung in zehn weiteren Einrichtungen Multiplikatoren ausbilden sowie Reflexionstage und Beratung durchführen. Damit würden die Einrichtungen dazu befähigt, die Umstellung der Pflegedokumentation zu bewältigen. Die Sachverständige empfiehlt allen Einrichtungen, die Chance zu nutzen, selbst Multiplikatoren ausbilden zu lassen, um dieses Thema in der eigenen Einrichtung schnell vorantreiben zu können.

Die Sachverständige sieht auch im Bereich der Prüfungstätigkeit des MDK noch Verbesserungsbedarf. Sie selbst habe gerade den MDK zu einer Prüfung im Haus gehabt. Solche Prüfungen seien für die Träger sehr zeitintensiv und müssten eng begleitet werden. Man müsse dringend gemeinsam überlegen, wie Prüfungen in der Praxis effizienter gestaltet werden könnten.

**Eine generalistische Ausbildung geht zu Lasten der Altenpflege**

Die Sachverständige spricht sich gegen die generalistische Ausbildung und für den Erhalt der Altenpflegeausbildung aus.

Die generalistische Ausbildung vermittle in drei Jahren von allen Disziplinen – Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege – nur einen Teil. Die notwendige Fachlichkeit und Spezialisierung könne so nicht erreicht werden. Es gebe derzeit etwa 10.000 Auszubildende in der Altenpflege in Baden-Württemberg, die Zahl sei in den letzten Jahren um 33 Prozent gestiegen. Durch die generalistische Ausbildung würden diese als Mitarbeiter verloren gehen.

Für den Einstieg in die generalistische Ausbildung sei die mittlere Reife erforderlich. Die Sachverständige hält es aber für wichtig, jungen Menschen mit einem Hauptschulabschluss weiterhin die Möglichkeit zu geben, eine Ausbildung in der Altenpflege zu beginnen. Die Sachverständige habe im eigenen Dienst Mitarbeiter, die nach dem Hauptschulabschluss die einjährige Ausbildung gemacht und mit Bravour bestanden hätten. Dann hätten sie zwei oder drei Jahre angehängt und seien heute teilweise so qualifiziert, dass sie als Pflegedienstleitung arbeiteten oder studiert hätten.

Die Gewinnung von Zuwanderern und Migranten für die Pflege sei wichtig; hier müsse aber das Sprachniveau gegeben sein. Ebenso müsse das Verfahren für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse verbessert werden.

Am Beispiel der Demenzerkrankten zeigt die Sachverständige den Bedarf an Spezialisierung auf. Es gebe Altenpflegekräfte mit einer gerontopsychiatrischen Ausbildung, die im Krankenhaus für demente Patienten da seien und auch die Kollegen berieten und schulten. Trotz einer generalistischen Ausbildung werde es weiterhin Bedarf an solchen Spezialisierungen geben.

### 2.1.7 Öffentliche Anhörung am 20. März 2015 zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“

#### 2.1.7.1 Beschreibung der Anhörung

Am 20. März 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 8. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Frank Wößner
  Pfarrer, Vorstandsvorsitzender Samariterstiftung

- Ursula Kremer-Preiß
  Kuratorium Deutsche Altershilfe, Leiterin des Bereichs Wohnen und Quartier

- Hermann Genz
  Stadt Mannheim, Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales

- Isabel Fezer
  Bürgermeisterin Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Gemeinsame Fragen an die Sachverständigen zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“**

1. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Menschen der Wunsch, bei Pflege- oder Unterstützungsbedarf in ihrer gewohnten Umgebung (Quartier, Ortsteil, Dorf, etc.) zu verbleiben, erfüllt werden kann? Welche Maßnahmen sind erforderlich, um in solchen Fällen eine gesellschaftliche Teilhabe – auch im religiösen und kulturellen Sinn – vor Ort zu ermöglichen?

2. Welche Anreize zur Anpassung des eigenen Wohnumfelds an altersgemäßes Wohnen werden gegeben? Wie kann dies verbessert werden?

3. Welche Lösungsansätze bietet Quartiersentwicklung bei der Frage nach der zukünftigen Betreuung und Pflege von Menschen mit Hilfebedarf?

4. Wie müssen professionelle Pflegestrukturen und wie muss die Infrastruktur vor Ort aussehen, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bzw. im Quartier, Ortsteil, Dorf etc. zu ermöglichen?

5. Welche Akteure wirken bei der Arbeit im Quartier mit? Wer ist einzubeziehen?

6. Sind Quartierskonzepte in erster Linie eine soziologische Antwort auf die Vereinsamung in den Städten?

7. Wie ist die Ausgangssituation im ländlichen Raum?

8. Quartiersentwicklung im ländlichen Raum einerseits und in den Zentren andererseits verlangt unterschiedliche Konzeptionen. Welche Instrumente sind für die jeweiligen Umsetzungen notwendig?

9. Wie kann Quartiersarbeit zum dauerhaften Instrument werden? Wie lässt sich die Arbeit dauerhaft finanzieren?

10. Wie können Familien, Angehörige und ehrenamtlich Engagierte am besten vor Ort mit professionellen Pflegestrukturen vernetzt werden? Welche weitere Vernetzung mit welchen weiteren Akteuren (zum Beispiel Pflegekassen) ist erforderlich?

11. Wie können ehrenamtliche und nachbarschaftliche Angebote für pflegebedürftige Menschen verbessert und unterstützt werden?

12. Wie können die mancherorts bereits vielfältig existierenden gewerblich-professionellen und bürgerschaftlichen Unterstützungs- und Hilfsangebote besser aufeinander abgestimmt, ihre Zusammenarbeit untereinander verbessert und bestehende Zugangsbarrieren abgebaut werden?

13. Welchen Stellenwert sehen Sie in der Entwicklung von Quartieren im Hinblick auf die multikulturelle Lebenswirklichkeit in den Stadtteilen?

14. Welche Rolle können die Kommunen bei der Quartiersentwicklung übernehmen, welche Funktionen sollten sie Ihrer Meinung nach übernehmen? Wie ist ihr Handlungs-/Planungsspielraum?

15. Wie werden Sozialräume und Wohnumfelder älterer Menschen in Städten und Gemeinden ermittelt? Nach welchen Gesichtspunkten? Welche Maßnahmen werden seitens der Stadtplanung getroffen, um darauf einzugehen?

16. Erleichtern die durch das neue Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) geschaffenen ambulant betreuten Wohngemeinschaften den Verbleib im Quartier, Ortsteil, Dorf, etc.? Wo sind Verbesserungen wünschenswert?

17. Wie sehen die Handlungsspielräume auf Landesebene bei der Umsetzung von Quartierskonzepten aus? Wie kann das Land Quartiersentwicklung befördern? Welche Rahmenbedingungen kann der Bund schaffen?

18. Wo sehen Sie die landespolitischen Initiativen, bzw. ordnungspolitischen Rahmen, um eine Quartiersentwicklung zu unterstützen?

19. Wie bewerten Sie die Förderkulisse für Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg?

#### 2.1.7.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.7.2.1 Frank Wößner

Herr Vorstandsvorsitzender Wößner trägt die Gedanken der Samariterstiftung zur Quartiersentwicklung vor. Er befasst sich mit den wichtigen Säulen im Quartier, u. a. die Quartierskoordination, sowie mit der Vernetzung im Quartier und der Einbindung der Akteure. Anhand von Beispielen zeigt er auf, wo die Samariterstiftung schon erfolgreich Quartiersentwicklung

betreibt. Zum Schluss geht er auf die Unterstützung durch die Landesebene und die Rolle der Kommunen ein.

**Begriff Quartier**

Die Gesellschaft befinde sich im Wandel. Träger mit den Schwerpunkten Altenhilfe, Eingliederungshilfe und Behindertenhilfe müssten sich mit Themen wie Teilhabe und Inklusion auseinandersetzen. Es gehe darum, Selbstverantwortungskräfte nicht nur zu stärken, sondern auch zu aktivieren. Menschen wollten auch bei Hilfebedarf im gewohnten Umfeld verbleiben. Es müssten Strukturen geschaffen werden. Der Fachkräftemangel verschärfe sich.

**Quartiersentwicklung**

Menschen mit Zugangsschwierigkeiten müsse gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden. Die strukturelle Förderung von ehrenamtlichem Engagement sei ein Kernanliegen der Samariterstiftung. In verschiedenen Wohnformen solle Privatheit, Normalheit und Wohnortnähe im Alter ermöglicht werden. Bei der Entwicklung von Quartieren werde es immer um Vernetzung, Abstimmung und Heben von Engagementreserven gehen. Es handle sich um kontinuierliche Prozesse. Man könne nicht sagen, Quartiersentwicklung gehe irgendwann zu Ende.

**Quartierskoordination**

Eine wichtige Säule im Quartier sei die Quartierskoordination. Es gehe nicht, ohne dass jemand antreibe, sei es ehrenamtlich, hauptamtlich oder institutionell. Dazu gehörten die Kommunen oder die freie Wohlfahrtspflege. Die Samariterstiftung biete einfach zugängliche Räumlichkeiten als Treffpunkte für Aktivitäten im Quartier an. Eine solide kommunale Steuerung sei notwendig, wenn die Quartiere entwickelt werden müssten.

**Akteure**

Im Sozialraum einzubinden seien die Bürgerinnen und Bürger, das Wohnungswesen, die Kommunen, die Freie Wohlfahrtspflege, die Kirchen, Gewerbetreibende, Handel, Unternehmen, Vereine, Schulen, Volkshochschulen, Gruppen und Initiativen.

**Quartiershäuser**

Eine rigorose Trennung zwischen der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und den Pflegeheimen solle es nicht mehr geben. Die Samariterstiftung beginne bei Pflegeheimen inzwischen mit 28 Plätzen und Untereinheiten von 14, 12 oder 10. Zu ihrer Konzeption der stationären Settings gehörten Hausgemeinschaften in kleinen überschaubaren Formen. Stationäre Pflege werde man weiterhin brauchen. Die Samariterstifte würden immer kleiner. Entstehende Quartiere könnten so entwickelt werden, dass man fragen könnte, was man bei einer solch durchlässigen Struktur noch an stationärem Angebot brauchen würde.

**Beispiele für Quartiersentwicklung**

Herr Wößner stellte drei Projekte vor:
- Nachbarschaft entwickeln – „Rund um den Feuerbacher Balkon“:
  Quartiershaus mit Wohnmöglichkeiten
- Dienstleistungsstruktur entwickeln – Leonberg:
  Vernetzung in einem neu entstehenden und zum Teil schon bestehenden Wohnquartier
- Beratung bieten – PAULA (Pfullingens Alltagsunterstützung für das Leben im Alter) in Pfullingen:
  Zusammenarbeit mit mehreren örtlichen Partnern und Aufbau einer gemeinsamen Anlaufstelle, Diakonie-Sozialstation, Krankenpflegeförderverein

**Rolle der Kommunen**

Bei allen Quartiersthemen werde in kommunalen Strukturen gearbeitet. Die kommunale Finanzkraft und die Planungshoheit für die Steuerung der lokalen Pflegeinfrastruktur müssten gestärkt werden. Lokale Verantwortungsgemeinschaften seien zu schaffen.

**Unterstützung durch das Land**

Die Landesebene müsse eine verlässliche Finanzierungsgrundlage für lokales Netzwerkmanagement und Projekte bieten. Es sei eine Gesamtstrategie „Quartier“ zu entwickeln mit der Schaffung wohnortnaher und kleinräumiger Versorgungsangebote und -strukturen. Ordnungs- und leistungsrechtliche Vorschriften seien zu flexibilisieren, um neue, innovative Wohn- und Betreuungsformen zuzulassen und zu unterstützen. Das Heimrecht müsse eine Öffnung stationärer Einrichtungen zur Förderung der Quartiersentwicklung ermöglichen. Die Ausführungsbestimmungen zu § 45 SGB XI seien weiterzuentwickeln hinsichtlich einer Förderung sozialer Nachbarschaftsnetze und bürgerschaftlichen Engagements sowie von Betreuungs- und Entlastungsangeboten.

#### 2.1.7.2.2 Ursula Kremer-Preiß

Frau Kremer-Preiß vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beschäftigt sich mit Lösungsansätzen von Quartierskonzepten, damit ältere Menschen möglichst lange in ihrem vertrauten Wohnumfeld bleiben können. Zum Schluss behandelt sie die Frage, was das Land tun kann, um diese Entwicklung zu fördern.

**Quartiersentwicklung und Quartierskonzepte**

Von dem Quartiersansatz werde ein Lösungsweg für die Herausforderungen aus der demografischen Entwicklung mit der wachsenden Zahl von Älteren und Pflegebedürftigen, dem zurückgehenden Helferpotenzial und der damit verbundenen ökonomischen Auswirkungen für die sozialen Leistungssysteme erwartet. Andererseits hätten sich aufgrund der zunehmenden Differenzierung der Gesellschaft die Wohnwünsche älterer Menschen gewandelt.

Um den Zielsetzungen, ein möglichst langes Wohnen im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen, und damit diesem Wandel der Wohnwünsche entgegenzukommen, seien die Quartiersansätze auf diese kleinen Räume fokussiert. Man hoffe, in den vertrauten Quartieren mit gewachsenen Beziehungen auch Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu motivieren.

Die Sachverständige verweist auf Modellrechnungen, mit denen man bundesweit versuche, die Wirkungen von Quartiersansätzen nachzuweisen. Nach einer Untersuchung des Bundesbauministeriums könne die Anzahl der Pflegeplätze um ein Viertel reduziert werden, wenn die Wohnstrukturen in den Quartieren so verbessert würden, dass möglichst viele Personen bei Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben könnten. Der Kreis Unna (Nordrhein-Westfalen) habe durch eine solche systematische Quartiersentwicklung allein in zwei Jahren 2,4 Mio. Euro bei der „Hilfe zur Pflege“ gespart.

Quartiersansätze erforderten einen ganzheitlichen Ansatz. Es gehe um das Wohnen und die Schaffung altersgerechter Wohnstrukturen. Nur ungefähr 5 Prozent der Bewohner von Seniorenhaushalten lebten überhaupt in weitgehend barrierefreien Wohnungen. Deswegen gelte es, möglichst viel barrierefreien Wohnraum zu schaffen oder Bestandsanpassungen durchzuführen. Ebenso wichtig sei die Wohnumfeldgestaltung. Hier müsse auch eine möglichst kleinteilige Infrastruktur vorhanden sein – durch rollende Supermärkte oder Konzepte wie die Multifunktionshäuser oder eine Art Carsharing-Prinzip für Infrastruktur: Die Kommune stelle ein Gebäude zur Verfügung; am Montag komme der Zahnarzt, am Dienstag die Sozialstation und am Mittwoch der Einzelhändler, um Infrastruktur kleinräumig vor Ort sicherzustellen.

Dieser Quartiersansatz sei im Hinblick auf die verschiedenen Bereiche – Wohnen, Soziales, Pflege – sehr komplex. Die Konzepte müssten nicht nur altersgerecht, sondern auch familiengerecht, jugendgerecht, behindertengerecht und migrationsgerecht umgesetzt werden. Begegnungsmöglichkeiten seien genauso wichtig für die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund.

Man beginne mit den Älteren, und sukzessive kämen auch die Jüngeren oder andere Gruppen hinzu. Nach und nach könne das Quartier auch für die anderen Gruppen erweitert werden. Ein ganz wesentlicher Baustein sei, Jung und Alt in die Kommunikation zu bringen. Dadurch könnten sich Strukturen des Gebens und Nehmens entwickeln. Dies belege die Wichtigkeit, die Quartiersansätze hinsichtlich ihrer Wirkungen zu untersuchen. Außer einer Studie des Netzwerks SONG – Soziales neu gestalten –, der sogenannten SROI-Studie, liege bisher keine Wirkungsstudie vor, mit der wirklich belegt werden könnte, was mit solchen Quartiersansätzen erreicht werden kann, sodass man immer wieder auf Modellrechnungen oder auf Einzelbeispiele angewiesen sei.

**Quartiersmanagement**

Die Quartiersentwicklung gehe nicht ohne einen sogenannten Treiber, eine Art Quartiersmanagement oder Netzwerkmanagement, das die Akteure zusammenholt, die Bürger aktiviert und kleine Entwicklungsmaßnahmen anstößt.

**Akteure**

Sogenannte lokale Entwicklungs- oder Verantwortungsgemeinschaften seien zu schaffen. Zum einen seien Kommunen, Wohlfahrtspflege, aber auch Einzelhändler, Ärzte, Finanzdienstleister – wer eben vor Ort da sei – in eine solche lokale Entwicklungsgemeinschaft einzubinden. Zum andern seien die Bürgerinnen und Bürger in allen Phasen der Quartiersentwicklung, beginnend bei der Leitbildentwicklung oder der Quartiersanalyse, zu beteiligen.

**Angehörige, Nachbarn und Ehrenamt**

Bei der Alltagshilfe seien möglichst Seniorengenossenschaften, Nachbarschaftshilfe usw. zu aktivieren, aber auch zum Teil bei der Pflege, etwa bei den Gastfamilienmodellen, die in vielen Regionen mittlerweile erprobt oder sogar schon praktiziert würden.

Vielfach erbrächten heute noch Angehörige kleine Alltagshilfen – hauswirtschaftliche Hilfen, Fahr- und Begleitdienste etc. Dies werde in Zukunft wegbrechen. Es solle noch stärker mit Hilfe von lebendigen Nachbarschaften und Ehrenamtlichen versucht werden, entsprechende Unterstützungsstrukturen aufzubauen.

Hinsichtlich der Aktivierung und Motivierung von Ehrenamtlichen sollten gewisse Aufwandsentschädigungen überlegt werden, gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Altersarmut.

**Beratung**

Pflegestrukturen und Beratungsstrukturen müssten viel kleinteiliger noch als bisher, viel mobiler und zugehender gestaltet werden. Das Gleiche gelte für Pflege- und Betreuungsangebote. Mobilität: Es sollten auch teilstationäre Leistungen – zum Beispiel mobile Tagespflegeeinrichtungen, mobile Zahnärzte – auf den Weg gebracht werden. Zudem seien Pflegewohngruppen ein sehr gutes Konzept, weil sie sich in jedes Quartier kleinteilig einfügen ließen. Deswegen sei auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe dafür, diese kleinteiligen Strukturen bei der Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu stärken.

**Stationäre Pflege, Quartiershäuser**

Die stationäre Pflege werde ein ganz wichtiger Teil bleiben. Es gehe nicht darum, durch Quartiersansätze stationäre Pflege zu vermeiden oder zu verhindern, sondern der stationären Pflege eine andere Rolle zuzuordnen, dass sie Teil in einem solchen Quartiersansatz werde und eine Verantwortung auch für die Bewohner übernehme, die nicht stationär in der Einrichtung, sondern zum Teil auch im Quartier leben. Die stationären Einrichtungen sollten sich Richtung Quartiershäuser weiterentwickeln.

Quartiershäuser leisteten nichts anderes als das, was auch viele stationäre Einrichtungen schon jetzt machten. Die Grenzen seien möglichst niedrig anzusetzen und so weit zu senken, dass viele aus dem Quartier ganz unbefangen in die stationäre Einrichtung kämen, zum Beispiel durch Integration eines kleinen Museums, wo vielfältiger Austausch zwischen der Quartiersbevölkerung und den Bewohnern einer stationären Einrichtung gelinge.

Die Strukturen vor Ort sollten weiterentwickelt werden und stationäre Pflege einen Beitrag leisten, wenn bestimmte Strukturen nicht (mehr) vorhanden seien: zum Beispiel ein Mittagstisch oder kleine Einkaufsmöglichkeiten in einem auch für die Quartiersbewohner geöffneten Kiosk.

Die Weiterentwicklung zu Quartiershäusern sei eine große Chance. Stationäre Einrichtungen hätten vielfach noch ein negatives Image, obwohl sie sehr engagiert Leistungen erbrächten. Trotzdem hätten sie vielfach keine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Indem sie sich öffneten und Teil dieser Verantwortungsgemeinschaft würden, könnten sie zeigen, was sie leisten.

**Rolle der Kommunen**

Die Kommunen sollten im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge die Finanzierung als ihre Aufgabe begreifen. Das täten auch einige – direkt oder indirekt, zum Beispiel über Sozialfonds wie bei der Stiftung Liebenau. Vielen Kommunen sei aber eine Finanzierung gar nicht möglich, weil sie sich in der Haushaltssicherung befänden und dann solche freiwilligen Leistungen gar nicht finanziert werden dürften.

Quartiersansätze seien als Sozialraumkonzepte immer generationen- und zielgruppenübergreifend gedacht. Die Kommunen könnten bei ihrer Art und Weise, wie sie Quartiere gestalten, nicht immer nur an eine Zielgruppe denken.

**Finanzierung**

Die Quartiersentwicklung könne über Fördertöpfe finanziert werden: das Deutsche Hilfswerk, das KDA. Über Projekte des Programms „Soziale Stadt“ gebe es Möglichkeiten. Auch einzelne Bundesländer, zum Beispiel Bayern (10.000 Euro) und Nordrhein-Westfalen, leisteten eine Anschubfinanzierung für die Quartiere.

Nach Ablauf der Förderphase gingen viele schöne Initiativen verloren. Die Praktiker hätten eine Reihe von Finanzierungsmodellen entwickelt, die aber noch nicht tragfähig seien. Manche versuchten es über eine Betreuungspauschale im betreuten Wohnen oder eine Mietzusatzabgabe oder, indem wie beim Bielefelder Modell Sozialleistungen von Einzelnen mit dafür verwendet würden, auch das Quartier zu entwickeln. Alle diese Finanzierungsmodelle seien nicht unproblematisch, weil dabei immer einige wenige – nämlich die Bewohner – die gesamte Quartiersentwicklung finanzierten, von dieser aber alle profitierten. Das sei nicht gerecht.

Modellrechnungen zeigten auf, dass es sich durchaus lohne, in Quartiere zu investieren. Es brauche eine gewisse Zeit, dass sich solche Strukturen entwickelten und man ersehen könne, dass Einsparungen möglich seien. In einzelnen Kommunen seien schon Einsparungen erzielt worden. Die Modellrechnungen der Bertelsmann Stiftung und des Bundesbauministeriums böten Konstellationen, mit denen bestimmte Dinge erreicht werden sollen. Ob sich damit Einsparmaßnahmen in der angenommenen Dimension erzeugen ließen, sei eine andere Frage.

**Unterstützung durch das Land**

Erforderlich sei eine Gesamtstrategie. Das Land müsse die Kommunen dafür sensibilisieren und aufklären, was für Chancen mit einem solchen Ansatz verbunden sind. Hilfreich wäre eine Datenbank mit Praxisbeispielen. Die vielen schon bestehenden Initiativen seien systematisch zu begleiten und zu unterstützen, Qualifizierungsmaßnahmen seien bereitzustellen und ein Lösungsweg für ein verstetigtes Quartiersmanagement sei zu finden.

Regionale Pflegebudgets, von der Bertelsmann Stiftung angeregt, seien nicht unproblematisch, weil man Individualleistungen auch hier zur Strukturförderung in Anspruch nehme. Die Denkrichtung, die Kommunen zur Übernahme dieser Aufgaben zu stärken, sei aber richtig.

Außerdem sei noch im Hinblick auf eine Initiative in Nordrhein-Westfalen zu überlegen, wie man Kommunen, die Quartierskonzepte umsetzen wollten, aber in der Haushaltssicherung seien, solche freiwilligen Leistungen ermöglichen könne.

#### 2.1.7.2.3 Hermann Genz

Der Sachverständige ist Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales der Stadt Mannheim und zugleich Vorsitzender des Vereins für Quartiermanagement e.V. Mannheim.
Er beleuchtet die Finanzierung und Einbindung der Wohnungswirtschaft bei der Quartiersentwicklung anhand von Maßnahmen in Mannheim.

**Begriff Quartier**

In Mannheim werde das als Quartier bezeichnet, was ein normaler Mensch in 15 Minuten fußläufig erreichen könne.

**Sozialräume**

Den Sozialräumen seien durch die Schließung und Zusammenlegung von infrastrukturellen Einrichtungen Strukturen entzogen worden, die den häuslichen Verbleib unterstützt hätten. Während es in ländlich geprägten Stadtteilen noch funktioniere, seien in den Kernbereichen der Stadt die Strukturen komplett weggebrochen.

Zur Schaffung von Nahraumstrukturen sei eine Fülle von anderen Maßnahmen erforderlich, die von der Verwaltung begleitet werden müssten. In Mannheim habe man alle Bereiche der Sozialverwaltung von der Buchstabenzuständigkeit auf die Sozialraumorientierung umgestellt. Um reagieren zu können, müssten die Mitarbeiter die Straßensozialräume kennen. Sozialleistungsbezieher über 70 Jahre erhielten zweimal im Jahr Hausbesuche. Haushaltsnahe Dienstleistungen würden offensiv ausgebaut und mit Beschäftigungsförderung kombiniert.

Auf städtische Kosten sei ein dezentrales Netz an Beratungsstellen aufgebaut worden, die weit über die Pflegestützpunkte hinaus berieten. Sieben dezentrale Beraterstellen finanziere die Stadt. In den Bereichen ohne Lebensmittelversorgung habe man eine Kooperation mit CAP-Märkten oder BONUS-Märkten (Integrationsbetriebe) gefunden, die die Nahversorgung vor Ort sicherstellten.

**Quartiersmanagement**

In fünf Mannheimer Stadtteilen mit stark weggebrochenen Strukturen habe man einen professionellen Quartiermanager, darunter mindestens eine/n Soziolog/in und eine/n Stadtplaner/in.

Der Verein für Quartiermanagement habe hierfür ein Budget von 500.000 Euro. Davon finanziere die Stadt 300.000 Euro, die Wohnungswirtschaft bringe den Betrag von 200.000 Euro auf.

Auftrag des Quartiermanagers sei, ein Handlungskonzept zu erstellen und eine Vernetzungsstruktur, die in den einzelnen Stadtteilen ganz unterschiedlich aussehe, aufzubauen. Diese Konzepte müssten vom Gemeinderat beauftragt und verabschiedet werden.

**Stationäre Pflege, Quartiershäuser**

Die professionelle Pflegestruktur habe sich stark an Marktchancen orientiert und sich damit von den Lebenswelten der Menschen und auch von den Sozialräumen entfernt. In Mannheim bestehe ein Überhang von 500 Pflegeheimplätzen. Die 60 ambulanten Pflegedienste seien überwiegend im Innenstadtbereich konzentriert.

Die Bereitschaft stationärer Einrichtungen, sich zu Quartiershäusern zu öffnen, sei nicht steuerbar. Man habe einen atypischen Markt mit sehr vielen freien gewerblichen Anbietern. Diese seien gewinnorientiert. Die Immobilien würden verkauft. Die Stadt müsste sie kaufen, habe aber genügend eigene Immobilien. Sie sei für Gemeinschaftsaktivitäten nicht darauf angewiesen, aus ehemaligen Pflegeheimen oder Teilen von Pflegeheimen Gemeinschaftszentren zu machen.

**Rolle der Kommunen**

Der Sachverständige bezeichnet den kommunalen Einfluss auf die professionelle Pflege als äußerst gering. Die Pflege sei komplett in die Systematik der Versicherung gegeben. Die Kommunen hätten keinen Gestaltungsspielraum im Versicherungssystem. Mit der freigemeinnützigen Fürsorge seien sie eher kompatibel. Aufgabe der Kommunen sei die öffentliche Fürsorge und die Unterstützung privater und freigemeinnütziger Fürsorge.

**Finanzierung**

Die Bezirke und die politischen Vertreter vor Ort hätten ein eigenes Budget, mit dem sie solche Strukturen unterstützen könnten. Die im Verein für Quartiermanagement sehr stark vertretene Wohnungswirtschaft sei gewonnen worden, mitzufinanzieren und in ihren Siedlungen – kleiner als die Quartiere – entsprechende soziale Strukturen aufzubauen.

Man habe keine Kosten-Nutzen-Rechnung. Fürsorge nutze und koste, aber sie sei nie marktfähig. Der Sachverständige zweifelt an einem Interesse der Pflegeversicherung, Quartiersentwicklung mitzuzahlen. Es fehle bereits an der Einsicht, Pflegestützpunkte mitfinanzieren zu müssen. Der Gemeinderat habe überredet werden können, eigene Mittel in die Hand zu nehmen. Die Pflegekräfte litten darunter, dass sie Versicherungsleistungen erbringen. Ihr Wunsch sei, Fürsorgeleistungen zu erbringen. Die Krux sei, dass man in vielen Fällen eine Doppelfinanzierung habe.

Im stationären Bereich sei der Preis ein ganz ausschlaggebender Steuerungsimpuls. Mannheim habe eine besondere Situation, weil die 500 Meter entfernte Schwesterstadt Ludwigshafen deutlich günstigere Pflegeplätze anbiete.

Bei hochgradiger Demenz sei es den Pflegebedürftigen egal, ob sie die Pflege wohnortnah oder woanders erhalten. Aber den Angehörigen, den Kindern sei es überhaupt nicht gleichgültig, wie viel sie zuzahlen müssten. Das Sozialamt finanziere das, was die „Teilkasko“ nicht finanziere. In zunehmendem Maße würden die Angehörigen zur Unterhaltsverpflichtung herangezogen. Das führe zu gewaltigen Konflikten um die Frage, warum man die Pflegebedürftigen nicht in das billigere Heim gegeben habe.

Die wohnortnahe Aufnahme von Menschen funktioniere nicht mehr wegen des dominanten Preises und einer hohen Konkurrenz bei 500 leeren Betten. Nur noch die Hälfte der Pflegeheime erreiche eine Auslastung von 70 Prozent. Darunter werde es unwirtschaftlich und man schaue konkurrierend nach aufzunehmenden Pflegebedürftigen.

**Einbindung der Wohnungswirtschaft**

Zunächst habe man die Situation mit den wohnungswirtschaftlichen Unternehmen analysiert. Mannheim sei eine Arbeiterstadt, die nach dem Krieg völlig zerbombt gewesen sei. Die derzeitigen Wohnungen seien vor 40 bis 50 Jahren entstanden. Viele der Erstbewohner – Arbeiter – seien in ihnen wohnen geblieben. Man habe heute ganze Siedlungen, die mehrheitlich von alten Menschen dominiert würden. Es bestehe ein ökonomisches Interesse, dass diese Mieter so lange wie möglich in ihren Wohnungen blieben. Alles andere würde sonst zu einer ungeheuren Fluktuation führen.

Deshalb finanzierten die Wohnungsbaugesellschaften sogenannte Mieterberaterinnen und Mieterberater. Mannheim habe 30 dieser Kräfte über eine Anschubfinanzierung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bekommen – Mieterbetreuerinnen und Mieterbetreuer, Personen, die sich intensiv um ältere Menschen kümmerten. Sie erbrächten ganz konkrete Leistungen: putzen, Gardinen waschen, einkaufen. Das gehe über eine elektronische Karte, die sehr genutzt werde. Auf der Gegenseite profitierten 30 ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt gehabt hätten: Personen im Alter um die 60 Jahre hätten regulär bezahlte, nicht subventionierte Jobs gefunden. Der Vandalismus habe abgenommen. Die Fluktuation – für jeden Vermieter das Teuerste – sei mit relativ einfachen Maßnahmen deutlich zurückgegangen. Neben haushaltsnahen Dienstleistungen gebe es einen Faktor, den viele außer Acht ließen: Wenn ein Mieterbetreuer zweimal täglich durch die Wohnung gehe und mit dem Mieter spreche, vermittle das Sicherheit für die älteren Menschen. Dies sei ein reines ökonomisches Interesse der Wohnungsbaugesellschaften.

### 2.1.7.2.4 Isabel Fezer

Frau Fezer ist Bürgermeisterin bei der Landeshauptstadt Stuttgart mit dem Referat Soziales, Jugend und Gesundheit.
Die Sachverständige erläutert die Quartiersentwicklung anhand von Beispielen in Stuttgart. Sie beginnt mit sozialplanerischen Aspekten, informiert über auftretende Schwierigkeiten und schließt mit Forderungen an das Land.

**Sozialplanerische Ansätze, Sozialdatenatlas**

Bei der Aufstellung eines Sozialdatenatlasses wie in Stuttgart schaue man sich die Sozialräume in der Stadt an, überlege dann, wo eine Intervention, eine Prävention nötiger sei als anderswo, und versuche, das einzuordnen.

Die Sachverständige verweist auf zwei Bücher: „Partizipative Altersplanung 2011“ und „Alterssurvey 2012“.

Mit der „Partizipativen Altersplanung 2011“ seien systematisch die verschiedenen Lebensbereiche von alten Menschen in Stuttgart vorgenommen und unter verschiedenen Aspekten untersucht worden. In dieser partizipativen Altersplanung habe man sich mit Themen wie „Vernetzung und Quartiersentwicklung“, „Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter“, „Gesellschaftliche Teilhabe und Angebote zur Lebensgestaltung“, „Wohnen im Alter“, „Gesundheit“, „Pflege“, „Gerontopsychiatrische Versorgung und Demenz“ ausführlich auseinandergesetzt. Auf dieser Grundlage seien Handlungsempfehlungen entwickelt worden. Es habe sich herausgestellt, sehr viele identifizierte Ansätze seien nur im Rahmen einer Quartiersentwicklung, also eines sozialräumlichen Ansatzes, zu lösen.

Man habe vor allem den Anspruch einer partizipativen Altersplanung sehr ernst genommen, indem man sich nicht nur im Büro überlegt habe, was gut für die Stuttgarterinnen und Stuttgarter sei, sondern auch diese befragt habe. Das Ergebnis sei der „Alterssurvey 2012“.

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

**Quartiersentwicklung**

Durch eine Befragung quer durch alle Stadtbezirke habe man festgestellt, dass die Situation in den Stadtteilen sehr unterschiedlich sei und es deswegen sinnvoll sei, sehr spezifisch an die einzelnen Stadtteile heranzugehen, wenn es darum gehe, Angebote zu entwickeln und sich über die gebotene Infrastruktur Gedanken zu machen. Deswegen habe man auch durch den Alterssurvey festgestellt, dass eine kommunale Planung, die durch quartiersbezogene Aktivitäten die lokalen Gegebenheiten und Charakteristika berücksichtige, ganz essenziell und unverzichtbar sei.

Außerdem habe man festgestellt, gerade bei alten Menschen sei es eindeutig erforderlich, eine Quartiersbetreuung aufzubauen, die Vernetzungsarbeit und die Unterstützung im Quartier zu entwickeln. Denn in höherem Alter seien Menschen zunehmend auf Unterstützung bis hin zu Pflege angewiesen, wenn der Lebenspartner wegfalle bzw. nicht mehr in der Lage sei, diese Unterstützung zu leisten. In vielen Fällen springe der Freundes- und Bekanntenkreis zwar anfangs durchaus ein, tue dies aber nur kurzfristig.

Quartiersentwicklungen gebe es in Stuttgart auch jenseits von Mehrgenerationenhäusern.

Das Beratungsangebot „Bürgerservice Leben im Alter“ bestehe in allen Stuttgarter Stadtbezirken. Über Stadtteilbüros gebe es Anlaufstellen, in denen die Vernetzungsarbeit und die Koordinationsarbeit, die zur Quartiersentwicklung gehöre, geleistet würden. Ein ganz wichtiger Aspekt bei der Quartiersentwicklung sei zu schauen, welche Hilfsangebote, welche Pflegeangebote, welche Unterstützungsangebote es im Stadtteil gebe. Es müsse nicht alles parallel laufen. Man könne sich auch aufeinander abstimmen. Ein einzelner alter Mensch müsse nicht fünf verschiedene Beratungsangebote bekommen. Auch darum gehe es, wenn die Vernetzung, die Koordination stattfinde. „Bürgerservice Leben im Alter“ biete weitere Quartiersangebote. Man habe 34 Begegnungsstätten bzw. Wohncafés, die solche Quartiersangebote machten.

Quartiersentwicklung sei nicht nur ein Thema für Großstädte. Allerdings hätten die Großstädte eine besondere Verantwortung. Dort gebe es besonders hohe Anteile an Alleinerziehenden, an Alleinstehenden, an alten Menschen, die auf sich allein gestellt seien. Man habe auch eine besonders große Zahl an hilfebedürftigen Menschen. Die Nachbarschaftsstrukturen funktionierten nicht mehr so wie in kleineren Orten.

Aber Quartiersentwicklung könne ohne Frage auch in Kleinstädten stattfinden. Diese könnten immer eine Begegnungsstätte aufbauen, in der man sich über die Generationen hinweg treffe. Das sei in einer Stadt jeder Größe möglich. Sie könnten dort partizipative Prozesse anstoßen, gemanagt durch einen ehrenamtlichen „Kümmerer“ oder durch einen Mitarbeiter einer Behörde. In Radolfzell habe man ein kleines Sozialamt gehabt, und auch die Volkshochschule habe sich in diesem Bereich engagiert.

**Bürgerbeteiligung und bürgerschaftliches Engagement**

Neben dem, was im Rathaus unmittelbar stattfinde, gebe es noch einen Bürgerbeteiligungsprozess, der im Jahr 2012 begonnen habe: „Heslach im Blick“. Dort hätten sich vier Arbeitsgruppen etabliert. Die eine Arbeitsgruppe heiße „Feste im Quartier“, die andere „Bürgerschaftliches Engagement in Paten- und Nachbarschaften“, die dritte „Barrierefreiheit und Mobilität im öffentlichen Raum“, und die vierte „Wohnen und Leben im Quartier“. Diese Arbeitsgruppen arbeiteten intensiv, und die Ergebnisse würden regelmäßig in Bürgerabenden vorgestellt. Das Fazit der Arbeitsgruppen sei sehr positiv.

Es sei nicht zu verhehlen, dass es auch schwierig sei, bürgerschaftliches Engagement im Quartier aufrechtzuerhalten. Es komme immer darauf an, die richtigen Leute zu finden und sie dann auch bei der Stange zu halten. Das seien zeitaufwendige Prozesse, die straff organisiert werden müssten und die berücksichtigen müssten, dass bei den ehrenamtlich Beteiligten auch leicht Überforderungssituationen eintreten könnten. Es sei wichtig zu vermitteln, dass von den vielen Ideen, die kommen, nicht jede umgesetzt werden könne. Aber am Ende müssten die Ideen, die herausgefiltert worden seien, in konkrete Ergebnisse münden. Es sei wichtig, aus den projekthaften Prozessen nachhaltige Strukturen für das Quartier zu entwickeln.

**Beispiele für Quartiersentwicklung in Stuttgart**

Als Beispiel für eine sehr gelungene Quartiersentwicklung bezeichnet die Sachverständige das Mehrgenerationenhaus Heslach, eines von drei Mehrgenerationenhäusern in Stuttgart.

Außerdem spricht sie von vier Bausteinen, von denen sie drei herausgreift, die ihr besonders wichtig seien:

Zum einen das Pflegezentrum in dem erwähnten Haus in Heslach mit insgesamt 84 Plätzen, die sich etwa hälftig verteilten: Die eine Hälfte biete normale Pflegeplätze für ältere Menschen, und die andere Hälfte sei für junge Menschen reserviert, die stark behindert sind.

Dann gebe es das schon seit 1988 vereinsmäßig engagierte und etablierte Familienzentrum MüZe, das Mütterzentrum. Dort hätten sich Mütter von damals noch kleinen Kindern engagiert und zusammengetan und hätten ein Café auf den Weg gebracht, das bis heute intensiv genutzt werde. Sie bezeichneten es zu Recht als Wohncafé des Stadtteils. Es stehe nicht nur den Müttern mit Kindern in der Kindertagesstätte des Mehrgenerationenhauses offen, sondern allen Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils. Ferner gebe es in diesem Familienzentrum noch einen Secondhandladen.

Als dritten wichtigen Baustein und Plattform für das bürgerschaftliche Treffen im Stadtteil nennt die Sachverständige das Gebrüder Schmid Zentrum. Dort seien 40 Vereine unterwegs. In den Veranstaltungsräumen fänden 3.000 Veranstaltungen im Jahr statt. Für dieses Zentrum habe die Stadt insgesamt drei Stellen bereitgestellt. Das Personal kümmere sich um den Betrieb des Hauses und halte dieses als Plattform für das Leben im Quartier in Gang.

**Kultursensible Pflege**

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund sei in Stuttgart außergewöhnlich hoch. Diese seien mit einem generationenübergreifenden Ansatz zu erreichen.

Wenn sich eine Kindertagesstätte mit im Kreis der Akteure befinde, gingen auch automatisch Eltern aus allen möglichen anderen Kulturen hin, die dort miteinander ins Gespräch kämen. Man baue deshalb die Kindertagesstätten als Familienzentren aus, die gewissermaßen schon Quartiersentwicklungsprogramme seien, und versuche, so auch an Menschen heranzukommen, die sich normalerweise der deutschen Sozialberatungslandschaft gegenüber eher zurückhaltend zeigten.

**Forderungen an das Land**

Das Land solle die Kommunen bei den Quartiersentwicklungsprozessen unterstützen.

Dies gelte vor allem, wenn es um die Vermittlung von Informationen und Wissen gehe.

Gerade die kleineren Städte, die eine Quartiersentwicklung auf den Weg gebracht hätten, brauchten diese methodische Unterstützung. Die Sachverständige könnte sich vorstellen, dass auf Landesebene ein Beratungsbüro installiert wird, das die Beratung der Akteure vor Ort sicherstellen kann, dort aber auch Prozesse auf den Weg bringt und ein Stück weit begleitet.

Zum Schluss plädiert sie für die Entwicklung von Methoden für partizipative Quartiersentwicklungen und für den Ausbau des Wohnraumförderungsprogramms für den sozialen und barrierefreien Wohnraum.

### 2.1.8 Öffentliche Anhörung am 24. April 2015 zum Thema „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“

#### 2.1.8.1 Beschreibung der Anhörung

Am 24. April 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 9. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Elisabeth Beikirch
  Projektbüro Ein-STEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation), fachliche Leitung Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH, Berlin

- Prof. Dr. Ulrike Höhmann
  Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen;
  Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft)

- Sonja Pfeiffer-Balic
  Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund, Landesverband Baden-Württemberg

- Michael Wipp
  Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Arbeitsbelastung/Attraktivität**

1. Welche Rolle spielt Bürokratie für die Motivation der Beschäftigten und damit verbunden die Attraktivität des Berufes?
2. Welche Auswirkungen haben Organisationsvorgaben, deren Sinn sich den Pflegenden nicht erschließt, dauerhaft auf die Arbeitskräfte?
3. Wie hoch ist die tatsächliche, quantitative Belastung mit Bürokratie in der täglichen Pflegearbeit (ambulant und stationär) differenziert nach Pflegenden, Betreuungskräften, Mitarbeitenden im Hauswirtschaftsbereich und Verwaltung?
4. Wie hoch ist der Aufwand für (Pflege-) Dokumentation innerhalb der täglichen Arbeitszeit? Welche wissenschaftlichen Studien existieren dazu?

**Entbürokratisierung**

5. Gibt es Modelle zur Verringerung von Dokumentationspflichten? Welche praktischen Erfahrungen konnten zu diesen bereits gesammelt werden? Wie kann gewährleistet werden, dass bei einer Verringerung der Dokumentationspflichten die Qualität der Pflege erhalten bleibt? Wie wird diese Frage bei den Modellen zur Verringerung der Dokumentationspflichten berücksichtigt?

6. Wie bewerten Sie das neue Strukturmodell für die Pflegedokumentation, das im Auftrag des BMG erarbeitet wurde? Welche Chancen und Risiken bietet das Modell?
7. Stellt das neue Modell für die Pflegedokumentation sicher, dass in der Pflege ausreichend Daten für eine qualitative Weiterentwicklung vorhanden sind? Ist es vereinbar mit Bestrebungen nach weiterer Professionalisierung und vermehrten IT-basierten Lösungen im Gesundheitswesen (international)?
8. Werden pflegerische/fachliche Aspekte in dem Dokumentationssystem genug berücksichtigt?
9. Was muss eine Pflegedokumentation zukünftig leisten?
10. Welche technischen Hilfsmittel gibt es, um Bürokratie – vor allem in der ambulanten und stationären Pflege – zu verringern? Wie ist der Verbreitungsgrad in Baden-Württemberg und wie kann ihre Verbreitung verbessert werden?
11. Welche Maßnahmen sehen Sie als erfolgversprechend an, um die stark bürokratieverursachende und betreuungserschwerende Schnittstellenproblematik, insbesondere zwischen SGB V und XI, erfolgreich zu lösen?
12. Wie kann gewährleistet werden, dass die Heimaufsichtsbehörden auch wirklich den Entbürokratisierungsprozess der Pflegedokumentation mit unterstützen und auch dazu über das erforderliche Wissen verfügen?

**Qualitätssicherung**

13. Der sogenannte „Pflege-TÜV“ steht in der Kritik. Inwieweit können Transparenzvorschriften, wie sie zum Beispiel im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) verankert wurden, den Pflege-TÜV ersetzen? Welche Alternativen bestehen, um Transparenz für Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige über die Qualität einer Einrichtung zu schaffen?
14. Wie bewerten Sie die 2009 eingeführten „Transparenzkriterien“ in der stationären Altenpflege? Was sind Vorteile und Nachteile?
15. In welcher Höhe werden Personalkosten für Beschäftigte des MDK für die Qualitätsprüfungen aufgewendet und in welcher Höhe lagen diese Kosten vor Einführung der Pflegetransparenzprüfungen im Jahr 2008?
16. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit zur Entwicklung von pflegesensiblen Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Qualitätssicherung in der Pflege? Gibt es diesbezüglich Erfahrungen bzw. Modellprojekte?
17. Wie bewerten Sie die Diskussion zu Magnetspitälern und den darin vorgesehenen Indikatoren? Ist das Konzept der Magnetspitäler auf Altenhilfeeinrichtungen übertragbar?

**Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen**

18. Welche über die bisherigen hinausgehenden Maßnahmen sehen Sie als erfolgversprechend an, um vollstationäre Pflegeeinrichtungen von Doppelprüfungen zu entlasten und gleichzeitig die Qualitätssicherung auf das wirklich wichtige Thema der Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu fokussieren?
19. Wieso werden Heimaufsichtsberichte zur Veröffentlichung vorgeschrieben, die keinerlei vergleichbare Informationen und Transparenz bieten und nicht im Mindesten inhaltlich vergleichbar sind?
20. Warum kann die Arbeit zwischen MDK und Heimaufsicht nicht dahingehend abgestimmt werden, dass – wie in anderen Bundesländern – der MDK die Pflege prüft und die Heimaufsicht die anderen Belange nach dem Heimgesetz?
21. Welche Alternativen bestehen, um die Fachlichkeit der Pflege zu gewährleisten, um eine Fachkraftquote, die nicht mehr erfüllbar ist, anderweitig zu ersetzen oder/und inhaltlich neu zu gestalten?
22. Warum gibt es keine konkreten fachlichen Qualifikationsvorgaben für interne und externe Mitarbeiter von Heimaufsichtsbehörden?

#### 2.1.8.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.8.2.1 Elisabeth Beikirch

Frau Elisabeth Beikirch ist fachliche Leiterin des Projektbüros Ein-STEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation). Frau Beikirch war zuvor Ombudsfrau zur Entbürokratisierung im Bundesgesundheitsministerium und hat in dieser Funktion im Juli 2013 Empfehlungen zur Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation vorlegt. Sie beschreibt den Entstehungsprozess zur neuen Pflegedokumentation sowie deren Inhalte und Implementierungsstrategie.

**Zentrale Handlungsfelder der Entbürokratisierung**

Die Sachverständige erläutert, dass es sechs zentrale Handlungsfelder gebe, die sich in ihrer Arbeit als Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege herauskristallisiert hätten. Sie konzentriere sich in ihrem Vortrag auf den Bereich der Dokumentation, diese spiele aber in die anderen Handlungsfelder hinein. Im Kern gehe es darum, wie fachlich und qualitätsgesichert eine schlanke Pflegedokumentation aufbaut werden könne. Darüber hinaus seien die parallelen Prüfverfahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der PKV und den Heimaufsichten zu betrachten und ebenso der Aufwand durch weitere ordnungsrechtliche Prüfinstanzen in den Ländern. Auch im Verordnungs-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren in der Häuslichen Krankenpflege gebe es viel Handlungsbedarf, dazu mache die Sachverständige aber keine weiteren Ausführungen.

**Dokumentation bindet zu viel Arbeitszeit**

Nach einem Bericht des Statistischen Bundesamtes würden in Deutschland pro Jahr 2,7 Milliarden Euro für die Pflegedokumentation in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen ausgegeben und 13 Prozent der Arbeitszeit einer Pflegefachkraft für die Dokumentation aufgewendet. Nach Einschätzungen aus der Praxis betrage dieser der Dokumentationsaufwand sogar 20 bis 30 Prozent der täglichen Arbeitszeit. Hier herrsche definitiv Handlungsbedarf.

**Reset der Pflegedokumentation erforderlich**

Da kleine Verbesserungen keine Aussicht auf einen ausreichenden Erfolg geboten hätten, sei es notwendig geworden, den Prozess der Dokumentation von Grund auf neu zu denken. Es stehe ein Paradigmenwechsel in der Pflegedokumentationsstruktur bevor, der ohne Schulung und Übung nicht umsetzbar sei. Das müsse allen Beteiligten klar sein.

**Stellenwert der Pflegedokumentation im Alltag zurückgewinnen**

Die Pflegenden hätten den Eindruck, es gehe nicht mehr um ihre Fachlichkeit, sondern nur noch darum zu dokumentieren. Man spreche von einer „angstgetriebenen“ Pflegedokumentation. Die Praxis habe eine Distanz zur Pflegdokumentation und erkenne diese nicht mehr als ihr Instrument an. Das Wichtigste sei daher die Rückgewinnung des Stellenwerts der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag.

**Der Entstehungsprozess im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums**

Die Ombudsfrau habe den Auftrag erhalten, sich um die Entbürokratisierungsthemen zu kümmern und der Politik konkrete Vorschläge dazu vorzulegen. Zwei Expertengruppen aus Praktikern, Wissenschaftlern und anderen Akteuren hätten getrennt nach den Bereichen ambulante und stationäre Pflege lösungsorientierte Ansätze erarbeitet, aus denen das Strukturmodell entstanden sei. Dieses sei anschließend in den Praxistest gegangen. Die Länder seien in den Entstehungsprozess wie in die Praxiseinführung eng eingebunden, da so landestypische Aspekte berücksichtigt würden.

**Neuausrichtung der Pflegedokumentation**

Zunächst habe man sich fachlich auf eine wissenschaftsbasierte Grundstruktur verständigt und diese dann unter juristischen Aspekten eingeordnet. Man habe sich bewusst gegen eine Musterdokumentation entschieden. Es werde nur ein Rahmen gesetzt, die Einrichtungen müssten die weiteren Elemente selbst entwickeln. Wichtige Zielsetzung sei die Rückgewinnung zeitlicher Ressourcen für die direkte Pflege. Auch wolle man die Anschlussfähigkeit zum neuen Begutachtungsassessment und der indikatorengestützten Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung herstellen.

**Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Ausgestaltung**

Im Ergebnis bestehe die Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells aus vier Elementen. Die aktive Rolle des Pflegebedürftigen sei ganz in den Vordergrund gestellt worden. Es gehe nicht um weniger Pflegedokumentation, sondern um eine effektivere und effizientere Ausgestaltung, die zukunftsfähig sei und an das Konzept des neuen Begutachtungsinstruments (NBA) passe. Es sei eine Weiterentwicklung, die fachlichen Kriterien standhalte, zeitschonend sei und mit der sich die Pflegenden identifizieren könnten.

**Rechtliche Einordnung**

Die Sachverständige erläutert, dass auch eine rechtliche Prüfung stattgefunden habe. Die neue Pflegedokumentation entspräche den sozialrechtlichen Maßstäben und Grundsätzen aus § 113 Abs. 1 SGB XI. Ebenso werde in § 114 a Abs. 3 SGB XI in Bezug auf die Prüfungen deutlich gemacht, dass es auf den Dreiklang von Dokumentation, Inaugenscheinnahme und Befragungen ankomme. Schließlich habe es noch den klarstellenden Beschluss der Selbstverwaltung gegeben, dass derjenige, der die Umsetzung der Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell durchführe, nicht gegen geltende Verträge verstoße.

**Implementierungsstrategie**

Es gebe eine strategische Partnerschaft mit der Dokumentationsbranche. Über eine gute Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen habe man die Chance, den Widerspruch zwischen der Praxis und den Prüfinstanzen aufzuheben. Gut gelinge das über Schulungen, die für Multiplikatoren der Verbände und der Prüfinstanzen ebenso angeboten würden wie für Bildungsträger und Hersteller von Dokumentationssystemen. Die Sachverständige geht noch auf die bundesweite Kommunikationsstruktur zur Implementierungsstrategie ein.

**Aufgaben des Projektbüros Ein-STEP**

Im Auftrag von und finanziert durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann, sei das Projektbüro für die zentrale Koordination und Steuerung der bundesweit angelegten Aktivitäten zur Einführung des Strukturmodells verantwortlich. Die IGES Institut GmbH übernehme die Steuerung für Berichtswesen, EDV-gestützte Aufnahmen, Website und Kommunikation; die Sachverständige selbst habe die fachliche Leitung. Über fünf Regionalkoordinatoren werde in den Ländern verteilt die Schulung der Multiplikatoren übernommen. Es würden zentrale Schulungsunterlagen erarbeitet, um eine einheitliche Grundlage zu gewährleisten; es gebe insgesamt eine starke Unterstützung mit fachlichem Know-how.

**Mehrwert für die Pflegeeinrichtungen**

Durch die Umstellung auf eine schlanke Pflegedokumentation würden die Mitarbeiter entlastet und motiviert. Es bleibe mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung. Es sei ebenso ein Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung, da Pflegedokumentation keinen zusätzlichen Belastungsfaktor im beruflichen Alltag mehr darstelle und die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte gestärkt werde. Diese Verbesserungen für die Mitarbeiter stellten einen echten Mehrwert für die Einrichtungen dar.

Die bessere Zufriedenheit werde dadurch erreicht, dass eine Pflegefachkraft plötzlich wieder wisse, warum sie dokumentiere, und Dokumentation als ihr Arbeitsinstrument begreife, welches dazu da sei, den Pflegeprozess zu steuern. Schon allein die Auseinandersetzung mit dem Nutzen der Dokumentation habe die Konzentration auf das Wesentliche und eine Rückbesinnung auf die Fachlichkeit bewirkt. Man habe bewusst auf eine Musterdokumentation verzichtet; wie die Pflegedokumentation im Einzelnen aussehe, bestimme das Unternehmen selbst.

**Den Fokus auf den Klienten setzen**

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) gebe eine neue Sichtweise für die Neuausrichtung der Pflegedokumentation vor. Zu Beginn stehe der Dialog mit dem Klienten, um seine Erwartung und seine Selbsteinschätzung abzufragen. Die anschließende fachliche Umsetzung und die Planung orientiere sich an den Botschaften des Klienten.

**Natürliches Spannungsverhältnis zwischen Aufsicht und Betreibern**

Heimaufsichten und Vertreter aus den Medizinischen Diensten seien von Beginn an eingebunden gewesen. Ein Paradigmenwechsel könne nur gelingen, wenn alle Beteiligten mitwirkten. Es gebe ein natürliches Spannungsverhältnis zwischen Aufsicht und Betreibern; aber auf beiden Seiten stünden schließlich Fachleute. Es müsse einfach gelingen, diese in einen guten fachlichen Diskurs im Sinne der Weiterentwicklung der Qualität zu bringen. Gute Schulungen trügen zum besseren Verständnis bei.

#### 2.1.8.2.2 Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann ist Professorin für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen an der Universität Witten/Herdecke in der Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft). Sie macht Ausführungen zum Begriff der Qualität, zur Bürokratie, zur Qualitätskontrolle durch Pflegedokumentation und geht auf die Elemente einer Lösungsstrategie ein.

**Qualität muss definiert sein**

Die Sachverständige erläutert aus ihrer Sicht als Wissenschaftlerin die Aspekte für eine gelinge Qualitätssicherung. Dabei sei gesellschaftlicher Konsens darüber erforderlich, was Versorgungsqualität und was Pflegequalität leisten sollen. Die Frage, was genau eigentlich angeboten werden solle, sei zu klären. Gesundheits- und Lebensweltbezüge müssten abgebildet werden. Gewohnheiten und Kompetenzen im Alltag der Personen müssten der Ausgangspunkt für die Qualitätsbetrachtung sein, und zwar im Hinblick auf Alter, Krankheit, Biografie, die Erfordernisse des Selbstmanagements und die Koordination von Hilfen. Es müsse bei Qualitätsfragen eine Präventions- und Verlaufsperspektive sichtbar werden, und bei der Dienstleistung müssten Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene insgesamt beachtet werden. Ergebnisindikatoren seien unter anderem deshalb so attraktiv, weil sie leicht zu messen seien. Trotzdem bedürfe es einer Wertentscheidung, ab wie viel Prozent Erfüllungsgrad von Qualität geredet werden könne. Es ist der Sachverständigen sehr wichtig, dass der Dienstleistungsprozess und die individuelle Perspektive nicht außer Acht gelassen werden. Aus Sicht der Sachverständigen sei es Lebensqualität, wenn es gelinge, Menschen maximal dabei zu unterstützen, Lebensbereiche nach ihren eigenen Gewohnheiten und Anforderungen sicherzustellen.

**Bürokratie ist nicht per se schlecht**

Die Sachverständige hebt als Sozialwissenschaftlerin hervor, dass Bürokratie dem Grunde nach nicht schlecht sei, da sie Schutz vor Willkürherrschaft biete. Problematisch werde es erst dann, wenn sich Ziele verselbständigten und eine fachliche Definitionsmacht fehle. Es sei daher sehr wichtig, inhaltliche Ziele und eine sinnhafte Zweck-Mittel-Relation im Auge zu

behalten. Juristen hätten in Bezug auf die Pflegedokumentation zu recht darauf hingewiesen, dass es Hauptaufgabe der Pflege sei, sich auf die fachlichen Inhalte zu konzentrieren.

**Es gibt zu viel professionelle Unsicherheit**

Die Aussage „Was nicht dokumentiert wurde, ist nicht erbracht“ wird von der Sachverständigen als Mythos entlarvt. Die Unsicherheit, nicht zu wissen, was tatsächlich dokumentiert werden müsse, ist aus Sicht der Sachverständigen ein Qualifikationsproblem. Pflegekräfte seien zudem fehlalloziert eingesetzt. In der Altenpflege würden die dreijährig Ausgebildeten zur Kontrolle der Hilfskräfte eingesetzt und die Hilfskräfte wiederum für das, was die dreijährig Ausgebildeten tun sollten – nämlich die bewohnernahen Tätigkeiten. Ethos, Sinn und Erfolge der Arbeit fänden zu wenig Abbildung in der Pflegedokumentation. Es trete die absurde Situation auf, dass sich jemand am Ende des Arbeitstags einfach hinsetze und Listen abhake, damit alle Sachen als erfüllt gälten. Diese Eigendynamiken gelte es in den Griff zu bekommen. Die Pflegedokumentation und der reale Arbeitsprozess klafften systematisch auseinander, dies werde in der neuen Pflegedokumentation angegangen.

**Soziale Innovation als wichtiger Ansatz**

Aus Sicht der Sachverständigen habe Qualitätskontrolle im Augenblick einen unverständlich hohen Stellenwert und sei mit Heilserwartungen verbunden. Kontrolle sei jedoch kein Selbstzweck, sondern diene dem Lernen in Rückkopplungsschleifen. Es bedürfe mehr sozialer Innovation. Diese zeichne sich dadurch aus, dass eine neue, fachlich kompetentere Praxis erst einmal das Zerstören von alten Routinen und damit ein Abweichen vom bisherigen Verhalten bedeute. Eigenes Handeln zu hinterfragen, sei verständlicherweise kein einfacher Prozess.

**Probewohnen ist besser als Noten vergleichen**

Die Sachverständige begrüßt die aktuelle Debatte um die Abschaffung der Noten für Pflegeeinrichtungen. Die Frage, welche Information für wen sinnvoll sei, müsse geklärt werden. Im Mittelpunkt müsse der Nutzer stehen. Die Auswahl von Humandienstleistungen folge selten rationalen, sondern eher emotionalen und auch pragmatischen Kriterien, oft auch einfach der Not gehorchend. Die Sachverständige hält es für sinnvoll, auf Summenaussagen zu verzichten und mehr Einzelleistungen zu beschreiben. Vor allem sollte den Nutzern die Möglichkeit gegeben werden, einmal Probe zu wohnen, sich einmal probeversorgen zu lassen. Jedes Auto könne man probefahren, aber in einem Heim dürfe man nicht einmal drei Tage probewohnen.

**Vier Elemente einer langfristigen Lösungsstrategie**

Die Sachverständige fordert die Abkehr von operativen Einzelentscheidungen zugunsten einer langfristigen Lösungsstrategie. Sie nennt dazu vier Elemente: Erstens müsse die Pflege akademisiert werden und dies bei einer Differenzierung der Qualifikationsniveaus und mit Sicherstellung der Durchlässigkeit. Es werde eine Aufgabenfestschreibung für die Qualifikationsniveaus gebraucht. Zweitens müsse eine differenzierte Ressourcenaufstockung erfolgen. Dabei seien eine stärkere Kompetenzentwicklung der Führung, die Umstrukturierung von Organisationen und die Innovationsunterstützung zu berücksichtigen. Drittens müsse das gesellschaftliche Klima des Vertrauens für die Pflege zurückgewonnen werden. Das ständige „Herummäkeln“ an der Pflege müsse aufhören. Viertens müssten Spitzenunternehmen verstärkt als Ideengeber fungieren.

**Von „Magneteinrichtungen“ lernen**

In den sogenannten „Magneteinrichtungen“ gebe es Prinzipien, von denen andere Unternehmen lernen können. Diese Unternehmen zeichneten sich durch eine aktive, innovationsfreudige Arbeitskultur und Nähe zum Kunden aus. Sie wüssten, dass Produktivität von Menschen erzeugt werde; sie hätten einen einfachen, flexiblen Aufbau und eine straff-lockere Führung. Die Sachverständige verweist auf die „14 Kräfte des Magnetismus“, die in ihrer Präsentation nachgelesen werden können.

**Volkswirtschaftliche Perspektive einnehmen**

Rein betriebswirtschaftlich betrachtet rechne sich Prävention nicht, sondern verursache nur Kosten. Die Sachverständige bemängelt, dass es zu wenig Berechnungen gebe, welche die Kosten über den gesamten Versorgungsverlauf aufzeigten. So sei es möglich, dass eine Reduktion um zwei Tage Aufenthalt in der Klinik hohe Kosten im ambulanten System auslöse. Vielleicht lösten die Fehltage einer Tochter, die zu Hause bleiben muss, weil jemand zu früh entlassen worden ist, sogar Produktionseinschnitte aus. Die volkswirtschaftliche Perspektive werde zu wenig betrachtet.

#### 2.1.8.2.3 Sonja Pfeiffer-Balic

Frau Sonja Pfeiffer-Balic ist Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Landesverband Baden-Württemberg. Sie schildert als Praktikerin den Einführungsprozess der entbürokratisierten Pflegedokumentation beim ASB.

**Bürokratie spielt im Pflegeberuf eine große Rolle**

Zur Vorbereitung der Anhörung habe die Sachverständige eine Befragung in den Einrichtungen des ASB durchgeführt, um die „gefühlten“ Zeiten für Bürokratie zu erheben. Unabhängig von der tatsächlich für Dokumentation verwendeten Arbeitszeit fühlten sich die Mitarbeiter durch Bürokratie belastet. Das sei ein gefährliches Gefühl. Wenn ein Mitarbeiter unzufrieden, ohne Motivation und lustlos seine Arbeit mache, so verabschiede er sich innerlich. Dies könne bis hin zum Weggang aus dem Pflegeberuf führen. Zermürbend sei auch der Kampf um Urlaub und die Angst, dass an freien Tagen das Telefon klingle und man in die Einrichtung zurückgerufen werde. Mit der Entbürokratisierung wolle der ASB die Mitarbeiter entlasten.

**Analyse der beim ASB bestehenden Pflegedokumentation**

Man habe festgestellt, dass die Dokumentationsmappen in unterschiedlichen Häusern unterschiedlich dick seien. Teilweise seien neue Formulare hinzugekommen, aber das Vorgängerformular nicht gestrichen, sondern weiterbenutzt worden. So sei es zu doppelten Einschätzungen in den Dokumentationsmappen gekommen und die Mitarbeiter hätten den Sinn nicht verstanden. Der ASB habe dann im Jahr 2013 in einem losen Projekt die Erstellung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation begonnen.

**Verknüpfung mit der „Strukturierten Pflegedokumentation“ hergestellt**

Im ersten Schritt sei geprüft worden, welche Vorstellungen der MDK von einer guten und aussagekräftigen Dokumentation habe. Nach dem MDK könnten fünf Hauptformulare und 15 Kann-Formulare eigentlich komplett ausreichen. Dabei sei man auf die „Strukturierte Pflegedokumentation“ gestoßen. Im Januar 2014 sei dann die Kasseler Erklärung veröffentlicht worden, und kurz darauf sei der Abschlussbericht von Frau Beikirch gekommen. Deren Ausführungen auf dem Qualitätszirkel „Ambulante Pflege“ des ASB Bundesverbandes in Berlin hätten schließlich dazu geführt, dass die Handlungsanleitungen von Frau Beikirch in vollem Umfang in das Projekt beim ASB eingeflossen seien.

**Kostenfreie Softwareunterstützung für die Einrichtungen**

Nach der Freigabe der entbürokratisierten Pflegedokumentation im Ausschuss „Soziale Dienste“ des ASB habe die Umsetzung beginnen können. Mit externer Softwareunterstützung durch die Firma GODO solle erreicht werden, dass in allen Einrichtungen ein einheitliches Instrument genutzt werde, entweder händisch, als Printversion oder Vollversion. Die Einführung und die damit verbundenen Schulungen seien kostspielig, würden aber vom ASB-Landesverband und den Einrichtungen unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Als Probleme habe man identifiziert, dass manche ältere Mitarbeiter nur bedingt mit dem PC arbeiten könn-

ten und mangelnde Sprachkenntnisse von Pflegekräften mit Migrationshintergrund die Dokumentation erschwerten.

**Piloteinrichtung ging im Juni 2014 an den Start**

Eine Einrichtung in Leonberg habe sich bereit erklärt, die erste Version der entbürokratisierten Pflegedokumentation für ein halbes Jahr auf ihre Praxistauglichkeit zu prüfen. Die Software sei entsprechend des Praxistests angepasst worden. Als der MDK in die Piloteinrichtung gekommen sei, um die Pflegestufenbegutachtung vorzunehmen, sei die neue Pflegedokumentation vorgelegt worden, und der MDK sei begeistert gewesen. Auch die Heimaufsicht sei im Praxistest eingebunden gewesen.

**Das Einführungsprojekt in die Breite bringen**

Bei einem Fachtag, zu dem alle Einrichtungen des ASB eingeladen worden seien, sei die entbürokratisierte Pflegedokumentation vorgestellt worden. Dort sei heftig diskutiert worden. Da den Einrichtungen nichts habe aufgezwungen werden sollen, habe man den Qualitätszirkel „Stationäre Pflege“ einberufen. Dann seien die Schulungen für die Pflegedienstleitungen und die Heimleitungen aufgesetzt worden, anschließend die Schulungen für die Mitarbeiter. Die Modelleinrichtung habe sehr viel Resonanz erfahren, da dort direkt habe nachgefragt werden können, wie die neue Pflegedokumentation in der Praxis funktioniere. Die ambulanten Dienste seien getrennt eingeladen worden, um die neue Pflegedokumentation nach deren Bedürfnissen zu konzipieren. Insgesamt wolle der ASB bis zum Dezember 2016 alle Einrichtungen umgestellt haben.

**Effekte der entbürokratisierten Pflegedokumentation**

Es sei zu beobachten, dass durch die entbürokratisierte Pflegedokumentation Zeit gewonnen werde. Die Mitarbeiter könnten sich mehr den Bewohnern widmen, was bei diesen sehr gut ankomme. Die Bewohner stellten ebenfalls fest, dass der Stress bei den Mitarbeitern nachgelassen habe.

**Akademisierung der Pflege**

In Bezug auf die Diskussion um die Akademisierung der Pflege gibt die Sachverständige zu bedenken, dass die Einsatzbereiche für die Akademiker definiert und die Wertschätzung der Arbeit der vorhandenen Pflegefachkräfte gewahrt werden müssten. Im europäischen Vergleich hätten die Pflegekräfte oft Bachelorabschlüsse und damit eine andere Arbeitsweise, was bei Einbindung dieser Kräfte in deutschen Einrichtungen auffalle. Hier sei es einfach wichtig, nicht aus den Augen zu verlieren, was bei einer Akademisierung mit den heutigen Pflegfachkräften passieren solle.

#### 2.1.8.2.4 Michael Wipp

Herr Michael Wipp ist Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft. Der Sachverständige stellt ein Missverhältnis zwischen der Administration und der direkten Bewohnerzeit fest. An den Themen Qualitätsprüfung, Sektorengrenzen, Pflegedokumentation und Fachkraftquote verdeutlicht der Sachverständige Ansatzpunkte für eine Abmilderung dieses Missverhältnisses.

**Identische Inhalte bei Heimbegehungen und Qualitätsprüfungen**

Als ein wichtiges Beispiel für Bürokratie nennt der Sachverständige die gleichen Prüfinhalte bei Heimbegehungen durch die Heimaufsicht und den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Vergleichende Erhebungen hätten gezeigt, dass 68 bis 90 Prozent der Prüfinhalte identisch seien. Weder MDK noch Heimaufsicht wollten etablierte Positionen räumen; jeder für sich belege die Notwendigkeit seiner Tätigkeit. Die Veröf-

fentlichung von ausführlichen Prüfberichten bringe keinen Nutzen für mögliche Kunden. Aus Sicht des Sachverständigen brächten die in der Diskussion stehenden Doppelprüfungen keine Entlastung, solange keine Aufgabenabgrenzung stattfinde.

**Klare Aufgabenabgrenzung statt Doppelprüfungen**

Der Sachverständige sieht in der klaren Aufgabenabgrenzung eine sinnvolle Alternative. Die Heimaufsicht könnte sich auf ordnungsrechtliche Aspekte wie bauliche Standards fokussieren, der MDK würde die eigentliche Pflegequalität prüfen, zumal beim MDK die Experten dazu vorhanden seien. Ein jährlicher Wechsel bei den Prüfungen sei denkbar. Das Vorgehen in Rheinland-Pfalz könne hier als Beispiel dienen. Der Sachverständige stellt keineswegs die Prüfungen grundsätzlich in Frage, er möchte sie nur besser organisiert sehen. In Bezug auf die aktuellen Überlegungen auf Bundesebene, als vorübergehende Maßnahme zum Jahresende 2015 alternative Prüfberichte einzuführen, warnt der Sachverständige vor überhasteten Lösungen.

**Aufhebung von starren Sektorengrenzen**

Schon bei der Einführung der Pflegeversicherung sei eine starre Sektorentrennung entstanden, die es den Dienstleistern erschwere, eine wirkliche Vernetzung im Sinne der Leistungsempfänger anzubieten. So dürfe beispielsweise eine stationäre Einrichtung nicht gleichzeitig eine oder mehrere ambulant betreute Wohngemeinschaften betreiben. Bund und Länder schöben sich gegenseitig die Problemurheberschaft zu. Solange man sich nicht von der Trennung in stationär und ambulant sowohl im Personaleinsatz als auch in der Vergütung verabschiede, könne keine echte Leistungsvernetzung realisiert werden.

**Großer Aufwand für Pflegedokumentation**

Laut Statistischem Bundesamt seien im Jahr 2012 Aufwendungen in Höhe von 1,9 Mrd. Euro für Leistungsnachweise in der Pflege entstanden. Auslöser für diese ausufernde Dokumentation seien die Verdopplung der Prüffrequenzen der Behörden, nicht abgestimmte Auslegungen zur Funktion von Expertenstandards seitens der Prüfbehörden, sozialrechtliche und vertragliche Vorgaben auf Bundes- und Landesebene sowie massive Veränderungen in der Bewohnerstruktur (kürzere Verweilzeiten, Zunahme an Kurzzeitpflege). Teilweise seien auch betriebliche Kennzahlen in die Pflegedokumentation mitaufgenommen worden, die keinerlei fachlichen Bezug hätten. Der Sachverständige berichtet aus der Bundesarbeitsgruppensitzung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, in welcher juristische Fragen im Mittelpunkt standen. Dort sei explizit festgestellt worden, dass es keine rechtliche Grundlage für die bisher so ausufernde Pflegedokumentation gebe.

**Neue Pflegedokumentation muss in der Ausbildung berücksichtigt werden**

Der Sachverständige stellt klar, dass in der Ausgestaltung der generalistischen Pflegeausbildung selbstverständlich die neuen Dokumentationsformen gelehrt werden müssten. Es sei ein Paradigmenwechsel, den Fokus wieder auf den Bewohner zu richten.

**Fachkraftquote am zu betreuenden Klientel ausrichten**

Der Sachverständige bedauert, dass in Bezug auf die Fachkraftquote, die im Jahr 1993 in der Heimpersonalverordnung erstmals festgeschrieben wurde, ausschließlich über deren unveränderte Beibehaltung oder Abschaffung, nicht aber über eine Anpassung an die heutigen Verhältnisse diskutiert werde. Zeitgemäß wäre eine Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes am zu betreuenden Klientel und an Gebäuden, Etagen, Wohnbereichen oder an fiktiven quantitativen Größen der Bewohneranzahl.

**Eklatanter Fachkräftemangel**

In Baden-Württemberg sei der Fachkraftmangel in der Altenpflege ausgeprägter als in Westdeutschland insgesamt. Die durchschnittliche Vakanzzeit bis zur Wiederbesetzung einer Stelle betrage 124 Tage. Alle Studien kämen zu dem Ergebnis eines steigenden Missverhältnisses zwischen Fachkraftbedarf und deren Verfügbarkeit. Durch Ausbildung sei die Fachkraftlücke nicht zu kompensieren.

**Qualitative statt quantitative Fachkraftquote**

Der Sachverständige plädiert für einen differenzierten Fachkrafteinsatz anstelle eines Fachkrafteinsatzes nach dem „Gießkannenprinzip“, welcher nicht zur Steigerung der Ergebnisqualität beitrage. Man solle Fachkräfte gezielt dort einsetzen, wo diese aufgrund ihrer Qualifikation auch tatsächlich benötigt würden. Der Sachverständige gibt auch zu bedenken, dass die Definition, was unter „Fachkräften“ zu verstehen sei, von Bundesland zu Bundesland anders ausfalle, ebenso werde die Berechnungsmethodik unterschiedlich gehandhabt.

**Bedenkenswertes zur Fachkraftquote**

In einer vorangegangenen Anhörung sei gesagt worden, man könnte die Fachkraftlücke um die Hälfte reduzieren, wenn es gelänge, die stationär versorgten Pflegebedürftigen der Stufe I sowie 10 Prozent anderer Stufen in nicht stationären Versorgungsformen zu versorgen. Hierauf stellt der Sachverständige die Frage, wie durch einen Wechsel des Angebots bei identischem Hilfebedarf plötzlich keine Fachkraft mehr erforderlich sein könne. Die einjährig ausgebildete Krankenpflege- oder Altenpflegefachkraft könne ambulant SGB-V-Leistungen bei intensivpflichtigen Menschen erbringen; im stationären Bereich gelte der gleiche Mitarbeiter nicht als Fachkraft. Die Neudefinition der Fachkraftquote sei dringend erforderlich.

### 2.1.9 Öffentliche Anhörung am 24. April 2015 zum Thema „Finanzierung“

#### 2.1.9.1 Beschreibung der Anhörung

Am 24. April 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 9. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Finanzierung“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Karl-Josef Laumann
  Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

- Dr. Pia Wieteck
  RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege), Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung

- Dr. Christopher Hermann
  Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg

- Walter Scheller
  Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Beitragssätze der Pflegeversicherung**

1. Wie muss die Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der demografischen Auswirkungen weiterentwickelt werden? oder: Wie gelingt es, dass die Pflegeversicherung auch in Zukunft noch angemessene Leistungen gewähren kann, ohne dass die Beitragssätze ins Unermessliche steigen? Welche konkreten Maßnahmen müssen eingeleitet werden?
2. Welche Auswirkungen wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Beitragssätze der Pflegeversicherung mittel- und langfristig haben?
3. Welche Herausforderungen entstehen für die Finanzierung der Pflege durch die demografische Entwicklung und zum Beispiel die zunehmende Multimorbidität oder Demenz älterer Menschen oder die sich abzeichnende Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes?
4. Sollte es in der Pflegeversicherung, analog zur Rentenversicherung, eine Regelbindung geben?
5. Derzeit gibt es bei der Absicherung des Pflegerisikos, wie auch im Gesundheitswesen, ein Nebeneinander von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung profitiert dabei finanziell erheblich von geringeren Ausgaben als Folge von Risikoselektion. Könnte ein Finanzausgleich zwischen den Systemen oder eine Zusammenführung zu einer faireren Finanzierung des Pflegerisikos führen?
6. Bestehen auf der Ausgabenseite Optimierungsmöglichkeiten? Gibt es Erfahrungen aus Modellprojekten?
7. Ist der durch das Pflegestärkungsgesetz geschaffene „Pflegefonds“ geeignet und ausreichend für die Sicherung der Pflegefinanzierung?

**Sektoren**

8. Sind die momentanen Finanzierungsmöglichkeiten bei Kassen und öffentlichen Trägern so eingerichtet, dass die Grundsätze „Vorsorge und Reha vor Pflege“ und bei der Pflege „ambulant vor stationär“ unterstützt werden?
9. Die strikte Sektorentrennung (stationär, teilstationär und ambulant) bindet viele Ressourcen und ist finanziell teuer. Ist bei der nächsten Reform (PSG II) angedacht, dies zu ändern, um Synergieeffekte zu erschließen?
10. Wie ist Ihr Vorschlag zur besseren Finanzierung der häuslichen Krankenpflege? Wie können Tarifsteigerungen in den Verhandlungen mit den Kostenträgern refinanziert werden?

**Zusatzversicherungen**

11. Löst der sogenannte Pflege-Bahr die Herausforderungen der Zukunft? Welche Erkenntnisse gibt es insbesondere über die Inanspruchnahme in Abhängigkeit von der Höhe der Einkommenssituation?
12. Welchen Anteil wird die Eigenvorsorge bei der zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung bekommen? Ist mit einem Rückgang der Leistungen zu rechnen, der durch verstärkten Rückgriff auf private Ressourcen kompensiert werden muss?
13. Sind die momentanen Anreize zur Eigenvorsorge im Pflegefall ausreichend und wie müssen sie ggf. verbessert werden?

**Finanzierungsverfahren**

14. Welche Folgen hätte eine Abkehr von der Umlagefinanzierung hin zu einem Kapitaldeckungsverfahren?
15. Die Eigenleistung belasten Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger zunehmend. Wäre eine Umgestaltung der Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung eine Alternative und mit welchen finanziellen Folgen müsste man rechnen?
16. Welche Chancen stecken in kommunalen Pflegebudgets und wie praxistauglich sind solche Ansätze auch im Hinblick auf eine flächendeckende Verbreitung?

17. Ist das umlagefinanzierte System der Pflegeversicherung nachhaltig vor allem im Hinblick auf die absehbare demografische Entwicklung? Wie sind die Gründe für die Entscheidung gegen ein solches System, die beispielsweise Österreich getroffen hat, zu bewerten?

**Pflegebedarfs-/Personalbemessung**

18. Welche Instrumente sind geeignet um den Pflegebedarf in der Akutversorgung besser ermitteln zu können? Wie können der ermittelte Pflegebedarf und die daraus resultierenden Kosten dann finanziell abgebildet werden?
19. Wie kann die Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus verbessert werden? Kurzfristig und längerfristig?
20. Wie bewerten Sie die Einführung eines NRG/PRG-Systems?
21. Welche Rolle könnte eine gesetzlich vorgegebene Mindestpersonalverordnung spielen?

**Pflegende Angehörige**

22. Wie können pflegende Angehörige besser unterstützt werden?

### 2.1.9.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

#### 2.1.9.2.1 Karl-Josef Laumann

Die Ausführungen des Sachverständigen Karl-Josef Laumann, Staatsekretär beim Bundesministerium für Gesundheit und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, konzentrieren sich auf die Beitragsentwicklung, die häusliche Pflege durch Angehörige, den Pflegebedürftigkeitsbegriff, Personalentwicklung und die Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung. Außerdem geht er noch auf den Pflegevorsorgefonds und das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ein.

**Beitragsentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und Beitragssatz**

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentliche regelmäßig auf seiner Homepage aktuelle Zahlen und Fakten zur SPV – auch zu den Einnahmen und Ausgaben. Demnach sei 2014 erneut ein positives Jahresergebnis erwirtschaftet worden, so dass sich die liquiden Mittel aktuell auf 6,6 Mrd. Euro beliefen und damit mehr als das Doppelte der vorgeschriebenen Betriebsmittelrücklage betrügen. Diese Rücklagen seien auch notwendig, um den Beitragssatz trotz des erwarteten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen so lange wie möglich konstant halten zu können.

Für die mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Leistungsverbesserungen würden die entsprechenden Mehrausgaben der SPV durch die vorgenommene Beitragssatzsteigerung in Höhe von 0,2 Prozentpunkten vollständig gegenfinanziert, d. h., dass dazu jährlich rund 2,4 Mrd. Euro mehr, u. a. für höhere (Sach-) Leistungsbeträge, zur Verfügung stünden. Diese Leistungsausweitung sei damit die größte seit Einführung der SPV.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz würden noch in der laufenden Wahlperiode des Deutschen Bundestags ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werde durch eine weitere Beitragssatzsteigerung von 0,2 Prozentpunkten mit 2,4 Mrd. Euro gegenfinanziert.

**Häusliche Pflege**

Aktuell würden von den 2,6 Millionen Pflegebedürftigen 70 Prozent zu Hause gepflegt und von diesen Menschen wiederum zwei Drittel ausschließlich durch nahe Angehörige. Das ergebe sich daraus, weil nur die Geldleistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werde und keine Sachleistungen abgerechnet würden.

Die Herausforderung liege darin, die häusliche Pflege weiter zu stärken, auch durch alternative Angebote gerade für kleinere Haushalte, vor allem durch den Ausbau der Tagespflege. Im Pflegestärkungsgesetz I seien die Leistungen der Tagespflege in den Pflegestufen II und III von 550 € auf 1.100 € verdoppelt worden. Dahinter stecke die Hoffnung, aber wohl auch die realistische Einschätzung, dass sich die Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland stärker ausbauen werde. Zur Zeit gebe es nur für etwa 3 Prozent der Pflegebedürftigen Tagespflegeeinrichtungen.

Auch in Baden-Württemberg seien in den letzten 15 Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen worden, um die Tagesstrukturen für die Kinder zu verändern, weil die Elterngeneration berufstätig ist. In diesem Zusammenhang habe man aber nie darüber gesprochen, dass sich auch die Situation der Hochbetagten in den Familien durch die Berufstätigkeit der mittleren Generation verändert habe. Heute gebe es sehr viele Pflegebedürftige, die zu Hause den Tag über alleine sind. Wenn man die familiäre Pflege stärken wolle, brauche man so etwas wie eine Tagesstruktur für Hochbetagte und auch für in ihrer Bewegungsmöglichkeit sehr eingeschränkte Menschen, um das Alleinsein in einer Wohnung etwas abzufedern.

**Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit gehöre zum Kern der Pflegeversicherung und sei eine gewaltige Veränderung in der Pflegelandschaft.

Bei der Verabschiedung des 2017 in Kraft tretenden Zweiten Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2015 habe man das Jahr 2016 als Vorlaufzeit gebraucht, damit sich eine Szene mit 25.000 Einrichtungen, 700.000 Beschäftigten und 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen sowie der MDK darauf einstellen könne. Die Umsetzung einer solch großen Veränderung müsse letzten Endes auch fachlich gut vorbereitet werden.

**Personalentwicklung und Arbeitsbedingungen**

Die neue Einstufung werde aber auch Änderungen der personellen Ausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen bedingen. Die bisher in den Ländern üblichen Personalrichtwerte müssten an die dann maßgeblichen fünf Pflegegrade angepasst werden. Die derzeit im Sozialgesetzbuch XI dazu verankerten Regelungen hält der Sachverständige im Grunde genommen für ausreichend. Die Vereinbarungspartner auf Landesebene müssten entsprechende Maßstäbe und Grundsätze zur personellen Ausstattung vereinbaren. Diese könnten auch einmal individuell für die einzelnen Einrichtungen durch die jeweiligen Vereinbarungspartner in der Pflegesatzvereinbarung konkretisiert werden. Durch diese Flexibilität ließen sich die gesetzlichen Regelungen auch auf die dann geltenden fünf Pflegegrade anwenden.

Das heiße aber nicht, dass bei der derzeitigen Ausgestaltung nicht noch Luft nach oben bestehe. Leider sei festzustellen, dass regelhaft keine Personalbemessungsverfahren zum Einsatz gekommen seien und dass stattdessen in den Ländern an Personalrichtwerten festgehalten werde. Aus diesem Grund hätten sich die maßgeblich Beteiligten in der 2012 verabschiedeten Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege u. a. darauf verständigt, die Vorgaben dazu in den Landesrahmenverträgen auf den Prüfstand zu stellen.

Bei Personalbemessungsverfahren stehe man vor der Frage: Woher sollen die Fachkräfte von morgen kommen? Viele Pflegeeinrichtungen hätten bereits erkannt: Sie stehen nicht nur im Wettbewerb mit anderen Pflegeeinrichtungen, sondern im Grunde genommen mit allen anderen Branchen um die Nachwuchskräfte von morgen. Sie müssten daher mit attraktiven Arbeitsbedingungen punkten. Dazu gehörten neben einem verantwortungsvollen Aufgabengebiet u. a. verlässliche Arbeitszeiten, das Angebot von Vollzeit- oder auf Wunsch auch Teilzeitstellen, Karrierechancen und auch eine anständige Bezahlung deutlich oberhalb des Pflegemindestlohns.

Mit der in Auftrag gegebenen Entgeltstudie zur Einkommenssituation der Pflegekräfte sei seit Anfang des Jahres 2015 transparent, was lange nur vermutet worden sei: Altenpflegekräfte verdienten in nahezu allen Ländern weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern. Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen in der Pflege müsse das Einhalten von Tarifverträgen zur Regel werden.

Die Frage, was eine faire Bezahlung sei, regelten in der sozialen Marktwirtschaft Tarifverträge. Im Pflegestärkungsgesetz I sei eine neue Vorschrift verankert worden, die bei Vergütungsverhandlungen der Pflegeeinrichtungen die Anerkennung von tariflicher Entlohnung der Beschäftigten durch die Kostenträger sicherstelle. Zudem erhielten die Kostenträger gleichzeitig ein Nachweisrecht gegenüber den Pflegeeinrichtungen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankämen.

Die geplante Zusammenführung der Pflegeausbildung von Altenhilfe und Krankenpflege, die sogenannte generalistische Pflegeausbildung, werde den Pflegeberuf weiterhin in seiner Attraktivität stärken, weil letzten Endes die Menschen, die sich für einen Pflegeberuf entschieden, in der Altenpflege eine weitere Berufs- und Arbeitsplatzpalette angeboten bekämen.

**Marktzugang**

Die Pflegeversicherung müsse eine Versicherung bleiben, die den Zugang zum Pflegemarkt auch weiterhin in den Wettbewerb stelle. Die Pflegeversicherung sei die erste Sozialversicherung Deutschlands gewesen, die nicht mehr einen Vorrang bestimmter Strukturen vor anderen Strukturen im Gesetz festgeschrieben habe. Die heutige große Vielfalt vor allem im ambulanten Bereich sei auf den freien Marktzugang zurückzuführen. Dass sich jetzt auch im stationären Bereich buntere Angebote gegenüber den klassischen Seniorenheimen entwickelten, wie man sie seit vielen Jahrzehnten kenne, hänge mit dem freien Marktzugang zusammen. Innovation werde am meisten durch freien Marktzugang gefördert.

**Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung**

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Anders als die gesetzliche Krankenversicherung decke die soziale Pflegeversicherung mit ihren gesetzlich festgeschriebenen Beiträgen nur einen Teil des Kostenrisikos der Pflege ab (sogenannte Teilleistungs- bzw. Teilkaskoversicherung). Das bedeute natürlich auch, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen für einen Teil der Pflegekosten weiterhin selbst verantwortlich seien. Seit Gründung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren sei diese als solidarisch finanzierte Teilleistungsversicherung konzipiert, die maßgeblich dazu beitrage, die Finanzierung der pflegebedingten Kosten abzumildern. Andere Kosten, zum Beispiel bei stationärer Pflege, die Kosten für Unterkunft und für Verpflegung, seien demgegenüber von den Pflegebedürftigen – wie auch in der eigenen Häuslichkeit– selbst zu zahlen.

Die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung habe sich insgesamt bewährt und habe unter Wettbewerbsbedingungen zu der heute großen Angebotsvielfalt geführt. Das Teilkaskoprinzip in der Pflegeversicherung sei angesichts des demografischen Wandels eine Möglichkeit, die Kostenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung immer von politischen Entscheidungen abhängig zu machen. Der Gesetzgeber müsse abwägen: Kann er in der jetzigen Situation eine Beitragserhöhung verantworten, kann er sie der Wirtschaft sowie den Bürgerinnen und Bürgern zumuten, oder müssen den Menschen letzten Endes höhere Anteile bei der Eigenbeteiligung zugemutet werden?

Schaue man in das Pflegeversicherungsgesetz, stelle man fest, dass vor 20 Jahren abgemacht worden sei, die Pflegeversicherung finanziere die pflegebedingten Kosten solidarisch mit; aber die Kommunen und die Länder seien für die Pflegeinfrastruktur zuständig. Da könne sich jeder in seinem eigenen Land überlegen, inwieweit sich die Kommunen und die Länder an dieser Frage beteiligen.

**Pflegevorsorgefonds**

Der Sachverständige hält vor dem Hintergrund des demografischen Wandels den Aufbau eines Kapitalstocks bei einer umlagefinanzierten Versicherung für ein richtiges politisches Signal.

Wer in 20 Jahren in Deutschland für die Pflege Verantwortung trage, werde über jeden Euro froh sein, der für diese Situation zurückgelegt worden sei.

**Private Eigenvorsorge**

Es sei richtig, dass den Menschen, die für den Pflegefall privat vorsorgen, ein Angebot über die private Versicherungswirtschaft gemacht werde und es ähnlich wie bei der Riester-Rente mit einer vom Staat geförderten Anerkennung unterstützt werde. Dies minimiere den Eigenanteil. Von daher sei es eine vernünftige Entscheidung, eine private Zusatzversicherung in diesen Bereichen anzubieten.

**Gesetzliche und Private Krankenversicherung**

Zum Schluss sprach sich der Sachverständige dagegen aus, die Systeme der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherungen zusammenzuführen. Er sehe keine rechtliche Möglichkeit und halte die Debatte auch nicht für zielführend.

Die Einkommenssituationen der freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse und die Einkommenssituationen der privat Versicherten unterschieden sich in der Bundesrepublik Deutschland fast überhaupt nicht. In Deutschland hätten nur 10 Prozent der Menschen eine Vollversicherung in der privaten Krankenkasse. Alles andere sei steuerfinanzierte Beihilfe.

**2.1.9.2.2 Dr. Pia Wieteck**

Die Sachverständige gliedert ihren Vortrag in vier Schwerpunkte: Krankenhausfinanzierung heute und ihre Auswirkungen auf die Pflegeberufe, Abbildbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehens mit einem Instrumentenüberblick, Nursing Related Groups (NRG) als Lösungsansatz und ein Umsetzungsszenario für NRG. Zum Schluss macht sie noch einen Exkurs zur Entbürokratisierungsdiskussion.

**Krankenhausfinanzierung und ihre Auswirkungen auf die Pflegeberufe**

Die Sachverständige beginnt mit der Entwicklung der Pflegepersonalstellen seit 1996, dem Wegfall der Pflege-Personalregelung (PPR) als Außensteuerung. Es sei ein deutlicher Knick zu erkennen. Die Zahlen verbesserten sich allmählich wieder.

Pflege habe eine relativ schwache Position, um in dem Gefüge Krankenhaus um Personalstellen zu verhandeln. Das habe unterschiedliche Ursachen. Hinzu kämen noch viele andere Sachen wie die Erlösrelevanz der Pflege. Betrachte man die Pflege im Krankenhaus, sei festzustellen, dass bei therapeutischer Pflege nicht mehr wirklich viel gemacht werde.

Patientenedukation und therapeutische Pflege fänden kaum oder nicht mehr statt. Es würden sehr viele administrative Tätigkeiten erledigt und sehr viel Zuarbeit für den ärztlichen Bereich geleistet, um den ganzen Betrieb am Laufen zu halten.

**Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen**

Leistungen, die der Betroffene eigentlich brauche, würden weggelassen. Dies lasse sich mit der im europäischen Kontext durchgeführten Pflegestudie RN4CAst (Registered Nurse Forecasting) belegen. Dabei seien Mitarbeiter auch aus deutschen Kliniken befragt worden, insgesamt rund 1.100 aus 49 Kliniken. 4,7 Tätigkeiten von den aufgeführten Leistungen, die

eine Mitarbeiterin aufgelistet bekommen habe, seien im Durchschnitt in der letzten Schicht weggelassen worden, obwohl der Patient die Leistung benötigt habe.

Deutschland sei schon recht stark belastet, was die Patienten-Pflegepersonal-Relation angehe. Im europäischen Vergleich stehe es bei der Relation Patient-Fachkraft-Quote – auf 24 Stunden und auf die Kräfte insgesamt bezogen – am Schluss. Nur Spanien sei noch schlechter gestellt.

Außerdem werde auch mit 15 Prozent ein in der Befragungsgruppe überraschend hoher Prozentsatz von Behandlungsleistungen weggelassen.

Während in Deutschland die Folgen unbekannt seien, finde man im Ausland einige Informationen darüber, welche Auswirkungen das im schlimmsten Fall auf die Mortalität, Pflegequalität, Patientenedukation oder die folgenden Bewältigungsprozesse haben könne.

Interessant wäre auch zu wissen, wie viele Kosten sich bei einem ungünstigen Startpunkt im Krankenhaus in den ambulanten Bereich verschöben.

**Pflegepersonalbemessung und Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalbedarf**

Nach einer internationalen Literaturanalyse gebe es etwa 200 verschiedene Messinstrumente zur Pflegepersonalbemessung. Im Akutklinikbereich existierten ungefähr 49 Instrumente, die ganz unterschiedlich ansetzten und die auch ganz unterschiedliche Dokumentationsaufwände erzeugten.

Die zusammenfassenden Erkenntnisse der bereits über 50 Jahre andauernden Beschäftigung mit Patientenklassifikationssystemen, um eine Personalbemessung auf der Ebene eines transparenten und rationalen Systems durchführen zu können, zeigten, dass es kein perfektes System gebe. Um in Zukunft die Personaldiskussion im Krankenhausbereich zu führen, könne die Sachverständige kein Instrument empfehlen. Alle Instrumente seien letztendlich ein Stück weit insuffizient. Es müsse deshalb umgedacht werden und die Personaldiskussion sollte in Verbindung mit Qualitätsindikatoren geführt werden.

Auf die Personalzeit oder die für einen Patienten gebrauchte Zeit hätten viele Faktoren einen Einfluss. Die direkte Pflegezeit werde durch die Komplexität des Falls beeinflusst. Dazu gehörten der Zustand und die Pflegebedürfnisse des Patienten, die medizinische Komplexität, was die Pflege im Auftrag des Arztes tue, aber auch die pflegerische Kompetenz. Ein Auszubildender in der Lernphase brauche einfach länger als vielleicht eine routinierte Pflegefachkraft.

Hinzu kämen Strukturen und die zur Verfügung stehenden technischen Hilfen, Wege, welche Mittel oder Strukturhilfen man aus der Organisation heraus habe und letztendlich auch das Qualitätsniveau.

**NRG als Lösungsansatz**

Die Sachverständige hält Nursing Related Groups für eine Option, um die Stimme der Pflege im Krankenhausbereich zu erhöhen. Das bedeute, dass man neben den DRGs, also dem Erlös, den die Mediziner kostengewichtstechnisch bekämen, ein eigenes Kostengewicht für die Pflege platziere. Dass dies funktioniere, bewiesen sowohl Studien, die sie selbst 2006 durchgeführt habe, als auch die internationale Studienlage ganz gut. Pflegediagnostische Begrifflichkeiten und Pflegeinterventionsterme könnten Pflegezeit ganz gut erklären und eigneten sich auch, um Nursing Related Groups zu entwickeln.

Voraussetzungen seien eine elektronische Patientenakte und eine standardisierte Terminologie, wie auch bei den Medizinern ICD-10 und OPS, vergleichbar den Pflegediagnosen und der Interventionsdokumentation im Bereich des Krankenhauses.

Für die Entwicklung und Einführung von NRG spreche Folgendes:

Erstens wäre es ein DRG-konformer Lösungsansatz. Man käme langfristig davon weg, dass die Personalstellen von außen gesteuert würden. Vielmehr könnte die Pflege ihre Position im System stärken. Die Erlösrelevanz würde die Pflege dabei unterstützen, Personalstellen adäquat zu verhandeln.

Zweitens würde die Umsetzung der elektronischen Patientenakte beschleunigt werden.

Drittens würde die Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege geschaffen werden.

Man brauche die Förderung der Entscheidungsfindung, damit Wissen über solche Systeme in die Einrichtungen schwappe und vor Ort verfügbar sei. Nursing Related Groups würden durchaus von verschiedenen Gruppen in der Pflege gefordert.

**Umsetzungsszenario für NRG**

Als erster kurzfristiger Schritt solle aus den derzeit im DRG-System verankerten Kostengewichten ein eigenes Kostengewicht der Pflege gebildet werden. Dann habe man Zeit, parallel die Kalkulationshäuser mit entsprechenden Strukturen auszustatten, um bis 2017 Daten zu bekommen, damit das InEK-Institut anfangen könne, die DRG-Kalkulation beispielsweise auch auf Nursing Related Groups auszurichten.

Im Bereich der Verfeinerung wären die Kostengewichte umzubauen und verstärkt an den Aufwänden zu verorten, die innerhalb der Pflegeleistung für den Fall erforderlich seien.

Außerdem sollten die NRG auch in Therapeutic Related Groups überführt werden. Dann könnten der Krankenhausökonom und das Team wirklich entscheiden, was ihr chronisch kranker Patient brauche, zum Beispiel noch eine OP, eine therapeutische Pflege oder eine Begleitung von anderen Therapeuten.

Parallel dazu sollte die Outcome-Indikatorenentwicklung erfolgen, sodass man auch in der Fläche aussagekräftige Daten zu den Outcome-Indikatoren hätte, wie man es bereits aus anderen Ländern kenne.

**Exkurs zur Entbürokratisierung**

Die Sachverständige hält die Entbürokratisierung für den richtigen Weg, der auch gegangen werde müsse.

Bezüglich der Ursachenanalyse für eine überbordende Dokumentation komme Frau Professorin Höhmann in ihrer Forschungsarbeit zu der gleichen Erkenntnis wie sie: Mitarbeiter hätten nicht gelernt, kritisch zu reflektieren, welche Informationen sie in der Akte brauchen, um einen Entscheidungsfindungsprozess umzusetzen. Der diagnostische Prozess sei nicht in der Ausbildung verortet.

Deswegen würde sie ein anderes Entbürokratisierungsprojekt machen: Weglassen der anamnestischen Datenerhebungen. Stattdessen solle ein Einführungsgespräch mit dem Betroffenen stattfinden, bei dem auch narrativ dessen individuellen Wünsche aufgeschrieben würden. Dem schließe sich ein diagnostischer Prozess an, in dem die Ursachen von Beeinträchtigungen erforscht, nach adäquaten Angeboten gesucht und geklärt werde, ob der Betroffene das adäquate Angebot überhaupt haben wolle. Außerdem solle man sich im Team zusammensetzen, weil jede Mitarbeiterin oder jeder Mitarbeiter eine andere Wahrnehmung habe.

Hochproblematisch sei, dass der diagnostische Prozess aus dem Modell herausgenommen worden sei und keine Zielformulierung mehr mit den Betroffenen vereinbart werde. Deswegen habe man überhaupt keine Chance, das Outcome zu prüfen.

#### 2.1.9.2.3 Dr. Christopher Hermann

Der Sachverständige Herr Dr. Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, beginnt seine Ausführungen mit der demografischen Entwicklung in Baden-Württemberg und beschäftigt sich im Hauptteil mit dem „Pflege-Bahr“, dem Pflegevorsorgefonds, der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung, der Kapitaldeckung und Vollversicherung. Abschließend geht er noch auf das Thema „Prävention und Rehabilitation“ ein.

**Demografische Entwicklung in Baden-Württemberg**

Nach den Zahlen des Statistischen Landesamts werde Baden-Württemberg spätestens ab 2020 im Ländervergleich nachziehen und ebenfalls in eine weniger kommode Situation kommen. Auch die junge Bevölkerung werde irgendwann einmal in einem ganz hohen Umfang pflegebedürftig. Die Professionalität der zu sichernden Pflege hänge mit der Finanzierung zusammen. Um Pflege, die durch die Menschen erbracht werde, adäquat zu finanzieren, müssten die Gesellschaft und der Gesetzgeber auch die finanziellen Ressourcen dafür zur Verfügung stellen.

Die Zahlen der AOK Baden-Württemberg für die letzten sechs, sieben Jahre unterschieden sich nicht von den generellen in Baden-Württemberg oder im Bund. Mehr als zwei Drittel, sogar stark ansteigend, befänden sich im ambulanten Setting. Derzeit seien 70 Prozent im ambulanten Setting. Im stationären Setting habe die Entwicklung überhaupt keine große Dynamik. Auch das werde sich allein schon wegen der soziodemografischen und der soziologischen Entwicklung in Deutschland und in Baden-Württemberg ändern. Das seien 50 Prozent aller Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg.

Die AOK Baden-Württemberg werde im Jahr 2015 1,7 Milliarden € für die Pflegeversicherung ausgeben; ungefähr ein Achtel dessen, was in der Krankenversicherung ausgegeben werde, also ein Bereich, der mittlerweile einen enormen Schub mit sich gebracht habe.

Vergegenwärtige man, dass sich in weniger als 20 Jahren seit der Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben bis heute um etwa 80 Prozent gesteigert hätten, zeige das, dass man die hier nur angerissenen Themen – Wirtschaftlichkeit, zukunftsfähige effiziente Strukturen – immer und verstärkt in den Blick nehmen müsse, wenn man insgesamt den Anforderungen gerecht werden wolle, wie sie zumindest als Grundsätze in der Pflegeversicherung konzipiert und wiederzufinden seien.

**„Pflege-Bahr“**

Der 2013 eingeführte sogenannte Pflege-Bahr habe nicht das von der Politik Gewollte erreicht. Insgesamt seien nur wenige hunderttausend Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen worden. Das sei nicht der Schub, um mit einer privaten Zusatzversorgung das Pflegebedürftigkeitsrisiko adäquat abzufedern. Die Gründe lägen in der Strukturierung des „Pflege-Bahrs“. Nicht umsonst habe sich auch die Deutsche Bundesbank kritisch geäußert. Der „Pflege-Bahr“ werde dann in Anspruch genommen, wenn man ohnehin die entsprechenden finanziellen Mittel habe, um eine private Pflegezusatzversicherung abzuschließen.

Bei Menschen mit weniger Einkommen werde die Lücke durch den „Pflege-Bahr“ ohnehin nicht geschlossen. Das Gesetz sehe 600 Euro Pflegemonatsgeld für die Pflegestufe III vor. Es sei nicht abzusehen, was man in 30 Jahren mit 600 Euro anfangen könne, wenn der Status quo nicht verändert werde. Die Sozialhilfe werde allenfalls ein Stück weit entlastet.

Nach einer von der PKV veröffentlichten Musterkalkulation komme man, wenn es wirklich interessant werde, in Höhen hinein, die es für jemanden völlig unattraktiv mache, in den „Pflege-Bahr“ zu investieren.

**Pflegevorsorgefonds**

Der Sachverständige hält den Pflegevorsorgefonds für ungeeignet. Die Begründung, damit den Pflegebeitragssatz zu untertunneln, sei wenig überzeugend. Wenn man in den Jahren 2040 fortfolgende Pflegebeitragssätze von vier oder mehr Prozentpunkten habe, sei die Absenkung um 0,1 Beitragssatzpunkte unwesentlich.

Viel besser wäre es, diese Mittel für eine vernünftige Ausdefinierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu nutzen. Ob man mit einer 2,4 Milliarden Euro erbringenden Beitragssatzerhöhung von 0,2 Prozentpunkten auskomme, sei fraglich. Der Deutsche Pflegerat und die Personen, die sich mit der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befasst hätten, kämen auf andere Summen.

**Nebeneinander von Sozialer und Privater Pflegeversicherung**

Anders als in der Krankenversicherung bestehe eine totale Einheitlichkeit zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung mit völlig identischen Leistungen.

Dagegen unterschieden sich die Risiken zwischen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV) sehr stark und seien ungleich verteilt. Versicherte in der PPV seien deutlich einkommensstärker. Das nach den Regeln der SPV ermittelte (beitragspflichtige) Einkommen der Privatversicherten übersteige das der Sozialversicherten um 60 Prozent. Die PPV besitze mit deutlich jüngeren Menschen eine günstigere Altersstruktur. Ihre Versicherten wiesen ein niedrigeres altersspezifisches Pflegerisiko auf. Die Pflegeprävalenz liege für fast alle Bevölkerungsgruppen deutlich unter der SPV.

Die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung seien im Verhältnis – selbst wenn die Beihilfe einbezogen werde – 1 : 3, wenn es auf jeden Versicherten umgerechnet werde.

Der Sachverständige sprach sich für einen Finanzausgleich zwischen beiden Systemen als ersten Schritt aus, um die Finanzierung des Pflegerisikos fair und nachhaltig zu gestalten.

**Kapitaldeckung und Vollversicherung**

Den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren hält der Sachverständige nicht für sinnvoll. Den pflegenahen Jahrgängen könne nie eine doppelte Finanzierungslast aufgedrückt werden, nämlich für ihre eigene Kapitaldeckung aufzukommen und auch dafür zu sorgen, dass diejenigen, die heute Pflegefälle sind, ausreichend die Teilkaskoversicherung bekommen.

Eine Vollversicherung sei ebenfalls abzulehnen. Negativbeispiel seien die Niederlande, die eine Pflegevollversicherung mit explodierenden Kosten hätten. Gutachten zur Einführung einer Pflegevollversicherung in Deutschland seien so interessengeleitet, dass die Ergebnisse alles andere als seriös erschienen.

Der Sachverständige zieht folgendes Fazit: Man brauche nachhaltige Lösungen, die Vernetzung von Strukturen und sinnhafterweise eine Weiterentwicklung. In der Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts und vor dem Hintergrund des sozialen Gesellschaftsbilds sei nicht mehr begreifbar zu machen, warum Menschen nach Beruf oder Einkommen in einer sozialen oder in einer privaten Pflegeversicherung pflichtversichert würden. Alle seien aufgefordert, ihren Beitrag zu leisten und die Diskussion ernsthaft voranzutreiben.

**Prävention und Rehabilitation**

Seit über zehn Jahren führe die AOK Baden-Württemberg ihr Programm „Sturzprävention im Pflegeheim“ durch. Mittlerweile nähmen rund 1.000 stationäre Pflegeeinrichtungen an diesem Programm teil. 2015 kämen noch 47 Einrichtungen dazu.

Pro Jahr erlitten mehr als 11.000 bei der AOK Baden-Württemberg versicherte Menschen – in der Regel im hohen Alter – einen Oberschenkelhalsbruch. Die Sturzprävention habe in den letzten Jahren zu einem Fallrückgang von mehr als 10 Prozent geführt.

Diese Maßnahme werde aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert. In der Pflegeversicherung gebe es weder einen Ansatz noch finanzielle Mittel für Prävention.

Im Rahmen des Konzepts der „rehabilitativen Pflege“ werde die Studie ORBIT (Organisation der Rehabilitation für Bewohner im Pflegeheim zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe) von der AOK Baden-Württemberg als Modellprojekt nach §§ 63 ff. SGB V gefördert.

Bei der gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg zu erstellenden ORBIT-Studie gehe es darum, die Rehabilitationsmöglichkeiten und -bedarfe in Pflegeeinrichtungen besser auszuloten, indem Heilmittelerbringer – Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten – in die Pflegeeinrichtungen geholt würden. Dort werde sozusagen im Konzil mit den Pflegekräften das mögliche Reaktivierungspotenzial von Pflegeheimbewohnern eruiert. Dann würden die entsprechenden Leistungen finanziert, die wieder aus dem Säckel der Krankenversicherung AOK Baden-Württemberg kämen.

Im Rahmen dieser derzeit laufenden Studie – zwölf Pflegeeinrichtungen im Bereich Mannheim–Heidelberg beteiligten sich daran – werde man sehen, ob die Lebens- und Pflegesituation von hochaltrigen schwer pflegebedürftigen Menschen über rehabilitative Pflege verbessert werden könne.

#### 2.1.9.2.4 Walter Scheller

Als letzter Sachverständiger zur Finanzierung kommt Herr Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung, zu Wort. Er beginnt mit den Rahmenbedingungen und dem bisher Erreichten. Ferner erörtert er Vorschläge zur Finanzierung der häuslichen Krankenpflege, beleuchtet den sogenannten Pflege-Bahr, den Verdienst von Pflegefachkräften in der Altenpflege und Krankenpflege und die personelle Ausstattung von Einrichtungen. Abschließend befasst er sich mit der Vergeudung von Personalressourcen und dem Pflegebedürftigkeitsbegriff.

**Gesellschaftliche Rahmenbedingungen**

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen müssten berücksichtigt werden. Die Gesellschaft entscheide, wie die Zukunft der Pflege auszusehen habe. Die Politik habe entsprechend zu handeln. In den letzten Jahren sei einiges bewältigt worden. Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung werde nach seiner Einschätzung mittelfristig bei 2,8 Prozent liegen.

Grundsätzlich habe sich das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung bewährt, Kapitaldeckungsverfahren seien abzulehnen. Der vdek spreche sich dafür aus, die getrennte Finanzierung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zu überwinden, und fordere, die unterschiedlich verteilten Risiken regelmäßig festzustellen und finanziell auszugleichen.

Die Frage: „Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?“, sei eindeutig mit „ja“ zu beantworten.

**Von der Pflegeversicherung Erreichtes**

Eine den Menschen zugutekommende Pflegeberatung sei eingeführt worden.

Die Pflegenoten hätten zur Sensibilisierung beigetragen. Ob sie gut seien, sei eine ganz andere Sache. Zum ersten Mal sage die Bevölkerung: „Ich möchte Qualität haben, und ich hinterfrage sie.“ Es würden schon Aussagen benötigt, zum Beispiel zum Wundliegen, zum Flüssig-

keitsbedarf und zu ähnlichem. Man brauche weiterhin Pflegenoten, die für den Versicherten etwas darstellten.

In Baden-Württemberg sei zusätzlich noch die Lesehilfe für die Transparenzberichte von Pflegeheimen entwickelt worden.

**Finanzierung der häuslichen Krankenpflege**

Bei der häuslichen Krankenpflege müssten immer wieder Vorgänge überprüft werden, ob etwas vereinfacht werden könne. Hierzu werde nach einem laufenden Modell des vdek geschaut, wie der Arzt, der Pflegedienst, der Patient und die Krankenkasse in das Gefüge passen. Ausgangsbasis sei gewesen, dass dieses Modell immer mit der Haftungsfrage totgemacht worden sei.

**„Pflege-Bahr“**

Der „Pflege-Bahr“ bleibe weiterhin ein Nischenprodukt und sei letztlich kein geeignetes Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Die Zahl der abgeschlossenen Verträge sei sehr gering. Ähnlich wie bei der „Riester-Rente“ hätten einkommensstärkere Schichten eher ein Interesse an Abschlüssen. Die in der Musterkalkulation enthaltenen Leistungshöhen seien unzureichend, um einen nennenswerten Beitrag zur Schließung der Lücke zwischen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und den Finanzierungsbedarfen bei der Pflegeversicherung zu leisten.

**Bezahlung von Pflegefachkräften in der Altenpflege und in der Krankenpflege**

Das westdeutsche Durchschnittsentgelt für Pflegefachkräfte in der Altenpflege liege bei 2.568 Euro, der ostdeutsche Durchschnitt bei 1.945 Euro. Im Westen sei Baden-Württemberg die „number one“. Was eine Altenpflegekraft koste, erfahre man aus der Kalkulation, die in Zeitungen veröffentlicht würde. Den Verhandlern des Sachverständigen werde unterwegs in den Häusern gesagt: „55.000 Euro ist das Mittel, das wir zahlen. Darauf basiert meine Kalkulation.“ Daraus sei ein kleines Delta zu erkennen. Da in Baden-Württemberg mehr in das System gegeben werde, stelle sich die Frage, woher man das bekomme.

Bezüglich der Bezahlung der Krankenpflegefachkräfte sei Baden-Württemberg mit durchschnittlich 3.183 Euro die Nummer 4 in Deutschland. In Hamburg seien es 3.003 Euro.

**Personelle Ausstattung in vollstationären Einrichtungen**

In vollstationären Einrichtungen könnten zu den einzelnen Pflegestufen Personalschlüssel vereinbart werden.

Die Pflegeheime in Baden-Württemberg könnten zum Beispiel innerhalb der Bandbreite der Pflegestufe II anzeigen, ob auf eine Pflegekraft 2,3 Pflegebedürftige kämen oder sie in Richtung 2,8 Pflegebedürftige tendierten.

Die Personalschlüssel, die mit dem vdek vereinbart werden, seien gut. Es stelle sich die Frage, ob diese auch „gelebt“ würden. Eine Offenlegung werde vielfach gefordert, aber nicht praktiziert.

Aufgrund des Personalschlüssels komme man zu dem Ergebnis, dass in den Heimen in Baden-Württemberg eine gute Qualität abgeliefert werde.

**Vergeudung von Personalressourcen**

In vielen Pflegeeinrichtungen stellten die Leistungserbringer Personal meist nicht mehr in Vollbeschäftigung ein, sondern häufig in einem Beschäftigungsumfang von 80 Prozent.

Das habe zur Folge, dass 20 Prozent der Arbeitszeit von Fachkräften nicht genutzt würden. Einerseits werde ein Fachkräftemangel beklagt. Andererseits vergeude man die Ressource von 20 Prozent. Nicht jeder wolle nur einen 80 Prozent-Job. Deshalb solle man weg von der Teilzeitbeschäftigung hin zu einer Beschäftigungsquote von 100 Prozent.

Außerdem müsse der Einsatz des vorhandenen Personals in den Pflegeinrichtungen nachgewiesen werden.

**Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Der Sachverständige fordert die zügige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgerichtet ist.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff seien die erforderlichen Finanzmittel sicherzustellen. Es sei auch darüber nachzudenken, wie man mit den Mehrkosten im Rahmen der finanziellen Ausstattung durch die geplante Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte zurechtkomme.

### 2.1.10 Öffentliche Anhörung am 22. Mai 2015 zum Thema „Demenz, Behinderung, Psychische Gesundheit“

#### 2.1.10.1 Beschreibung der Anhörung

Am 22. Mai 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 10. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Demenz, Behinderung, Psychische Gesundheit“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse
  Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg.

- Prof. Dr. habil. Thomas Klie
  Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg

- Albrecht Hegener
  Leiter Kernteam III – Menschen mit Behinderung, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.

- Jutta Pagel-Steidl
  Geschäftsführerin Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg

- Michael Theune
  Pflegedienstleiter Case-Management, Klinikum am Weissenhof; 1. Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Thema: Demenz**

1. Kann durch Dienste der gerontopsychiatrischen Krankenpflege der Verbleib von Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld sichergestellt werden?
2. Wie kann die Teilhabeorientierung in der Begleitung von Menschen mit Demenz gefördert werden, wie werden die Wirkungen der sogenannten Betreuungsleistungen auf die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bewertet?
3. Welche Strukturen oder Unterstützungsmaßnahmen (auch technischer Art) sind für eine gute Pflege von Menschen mit Demenz vor Ort denkbar vor allem in Hinblick auf einen inklusiven Ansatz?
4. Wie beurteilen Sie die Technikhilfen, beispielsweise GPS-Uhren, Armbänder mit RFID-Chips, sich automatisch verriegelnde Türen und Aufzüge, aber auch Techniken für virtuelle Reisen, Robotertiere u. ä. hinsichtlich ihrer Schutzfunktion (Ortung, Chips und Kontaktschleifen für Verriegelungen) und ihrer Wirkung auf demente Menschen?
5. Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um das im badischen Teil Baden-Württembergs festgestellte erschreckend hohe Ausmaß freiheitsentziehender Maßnahmen von Menschen mit Demenz in ihrer eigenen Häuslichkeit als pflege- und behindertenpolitisches Thema aufzugreifen?
6. Welche Unterstützung benötigen nichtprofessionelle Pflegende, zum Beispiel Familienangehörige, für die Pflege, auch um zum Beispiel Demenz frühzeitig zu erkennen? Wie können sie auf die besonderen Herausforderungen vorbereitet werden?
7. Die Belastung von pflegenden Angehörigen, die die Begleitung von Menschen mit Demenz im Wesentlichen alleine übernehmen, ist hoch, die Rate an Depressionen ist erschreckend. Welche Konzepte zugehender Beratung, Begleitung und Entlastung sollten in der Fläche etabliert werden?
8. In den Ballungszentren wird die Belastung von den Angehörigen Demenzkranker weniger belastend erlebt als in ländlichen Strukturen (Ergebnis von Studien). Was muss/kann getan werden, um dieser Besonderheit v. a. im ländlichen Raum Rechnung zu tragen?
9. Sind Gesprächskreise von betroffenen Angehörigen eine Hilfe und unter welchen Voraussetzungen?
10. Welche Unterstützungsangebote entlasten Angehörige von Demenzkranken tatsächlich? Wie können diese Angebote besser am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden?
11. Sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Langzeitpflege werden in der Begleitung und Behandlung von Menschen mit Demenz durch die Behindertenrechtskonvention neue rechtliche Anforderungen gestellt. Wie kann in diesem Sinne ein wirksamer Erwachsenenschutz von Menschen mit Demenz befördert werden?
12. Menschen mit Demenz haben oftmals einen verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus und nachts einen verstärkten Bewegungsdrang. Welche Antworten gibt es, um auf diese veränderten Bedürfnisse zu reagieren? Welche Wohnformen sind Ihrer Meinung nach am besten geeignet, um diesen Bedürfnissen zu entsprechen?
13. Akutversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – welche Antworten sehen Sie für diese besonderen Herausforderungen? Kennen Sie Konzepte dafür – und wenn ja, wie wird deren Anwendung finanziert?
14. Wie beurteilen Sie die Einrichtung von sogenannten Demenzdörfern wie beispielsweise Hogeweyk in den Niederlanden als Alternative zu Pflegeheimen?
15. Mit welchen besonderen Herausforderungen werden (professionell und nicht professionell) Pflegende bei der Pflege von Menschen mit Demenz konfrontiert?
16. Müssen professionelle Pflegekräfte für die Pflege von Menschen mit Demenz besonders ausgebildet werden? Bilden die heutigen Ausbildungsinhalte die besonderen Anforderungen ab? Besteht ein Weiterbildungsbedarf und wenn ja, für welche Bereiche?

17. Wird das Ordnungsrecht des Landes Baden-Württemberg mit dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz den besonderen Anforderungen für die Pflege von Menschen mit Demenz gerecht?
18. Werden zusätzliche Bedarfe bei der Pflege von Menschen mit Demenz von den Sozialversicherungen hinreichend berücksichtigt? Welche finanziellen Verbesserungen ergeben sich durch das Erste Pflegestärkungsgesetz? Sind diese Verbesserungen ausreichend? Wo besteht noch weiterer Reformbedarf im leistungsrechtlichen Bereich?

**Thema: Behinderung**

1. Welche Bedarfsentwicklung erwarten Sie in Bezug auf Menschen mit Behinderungen in Baden-Württemberg, sowohl quantitativ als auch qualitativ? Welche Vielfalt an Menschen mit Behinderungen – Stichworte: unterschiedliche Behinderungsarten, Behinderung seit dem Kindesalter versus im Erwachsenenalter durch Unfall und Krankheiten erworbene Behinderungen – ist dabei zu berücksichtigen?
2. Welche Rolle spielen künftig, unter Berücksichtigung des damit verbundenen Pflegebedarfs, gemeindeintegrierte und selbstbestimmte Wohnformen für die von Behinderung betroffenen Menschen?
3. Welche Synergien zwischen unterschiedlichen Angebotsformen – stationär/ambulant, Behindertenhilfe/Altenhilfe – sind denkbar und künftig zu erschließen?
4. Brauchen pflegebedürftige Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung besondere stationäre Einrichtungen?
5. Wie kann sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderung nicht in Pflegeheimen ohne Förderung „verwahrt“ werden?
6. Wie kann im Pflegealltag Förderung für Menschen mit Behinderung berücksichtigt und realisiert werden?
7. Welche Strukturen oder Unterstützungsmaßnahmen (auch technischer Art) sind für eine gute Pflege von Menschen mit Behinderung vor Ort denkbar vor allem in Hinblick auf einen inklusiven Ansatz?
8. Welche Unterstützung benötigen nichtprofessionelle Pflegende, zum Beispiel Familienangehörige, für die Pflege von Menschen mit Behinderung? Wie können sie auf die besonderen Herausforderungen vorbereitet werden?
9. Welche leistungsrechtlichen Hürden – Stichworte: Versäulung des Hilfesystems, Bedarfsbemessungsinstrumente, persönliches Budget, unterschiedliche SGB-Zuordnungen – sehen Sie für eine der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht werdende Angebotsentwicklung?
10. Werden zusätzliche Bedarfe bei der Pflege von Menschen mit Behinderung von den Sozialversicherungen hinreichend berücksichtigt? Welche finanziellen Verbesserungen ergeben sich durch das Erste Pflegestärkungsgesetz? Sind diese Verbesserungen ausreichend? Wo besteht noch weiterer Reformbedarf im leistungsrechtlichen Bereich?
11. Wird das Ordnungsrecht des Landes Baden-Württemberg mit dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz den besonderen Anforderungen für die Pflege von Menschen mit Behinderung gerecht?
12. Welche öffentlichen Planungs- und Gestaltungsaufgaben kommen dabei aktuell und perspektivisch auf die kommunale Ebene zu, welche auf das Land?
13. .Mit welchen besonderen Herausforderungen werden (professionell und nicht professionell) Pflegende bei der Pflege von Menschen mit Behinderung konfrontiert?
14. Genügt der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff zur Beschreibung des Hilfebedarfs von Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung, wenn nein, ist davon auszugehen, dass der künftige Pflegebedürftigkeitsbegriff dieses Problem löst?
15. Der neue Pflegebegriff umfasst auch den Aspekt der Teilhabe, der in der Behindertenhilfe, insbesondere auch bei ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger (HEP) sowie bei Heilerziehungshelferinnen und Heilerziehungshelfer (HEH), schon seit längerem präsent ist. Dennoch gelten sie formal nach der Heimpersonalverordnung nicht als Fachkräfte in der Pflege von Menschen mit Behinderungen. Ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger hingegen, die den umfassenden neuen Pflegebegriff oft noch nicht verinnerlichen

konnten, werden selbstverständlich anerkannt. Eine Möglichkeit, die derzeitigen Personalengpässe zu überwinden, wäre die Anerkennung der HEP und HEH als vollwertige Pflegefachkräfte in der Behindertenhilfe. Dies kann erreicht werden durch Zusatzqualifikationen, die durch entsprechende, der Aufgabe angepasste modulare Angebote erworben werden. Wie bewerten Sie diese Vorschläge?

16. Welche Konzepte sind empfehlenswert, um die vielfältigen, die Pflege mitumfassende Arbeit mit Menschen mit Behinderungen auch für jüngere Menschen und Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger attraktiver zu machen?
17. Müssen professionelle Pflegekräfte für die Pflege von Menschen mit Behinderung besonders ausgebildet werden? Bilden die heutigen Ausbildungsinhalte die besonderen Anforderungen ab? Besteht ein Weiterbildungsbedarf und wenn ja, für welche Bereiche?
18. Hand in Hand mit der Anerkennung ausgebildeter Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger geht die Akademisierung der Pflegeberufe. Wie muss eine entsprechende Hochschulbedarfsplanung aussehen – für die Pflege behinderter Menschen im Besonderen – im Kontext der allgemeinen (Teil-)Akademisierung der Pflegeberufe?

**Thema: Psychische Gesundheit**

1. Genügt der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff zur Beschreibung des Hilfebedarfs von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wenn nein, ist davon auszugehen, dass der künftige Pflegebedürftigkeitsbegriff dieses Problem löst?
2. Mit welchen besonderen Herausforderungen werden (professionell und nicht professionell) Pflegende bei der Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert?
3. Sehen Sie die psychiatrische Pflege – insbesondere eine Pflege, die auf Befähigung statt Erledigung, auf Assistenz statt Durchführung setzt – im Leistungskatalog (SGB V u. SGB XII) ausreichend abgebildet?
4. Werden zusätzliche Bedarfe bei der Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung von den Sozialversicherungen hinreichend berücksichtigt? Welche finanziellen Verbesserungen ergeben sich durch das Erste Pflegestärkungsgesetz? Sind diese Verbesserungen ausreichend? Wo besteht noch weiterer Reformbedarf im leistungsrechtlichen Bereich?
5. In welchem organisatorischen Kontext lässt sich ambulante psychiatrische Pflege am besten erbringen – integriert oder als eigenständiger Fachpflegedienst oder in einem Gesamtpaket?
6. Welche Unterstützung benötigen nichtprofessionelle Pflegende, zum Beispiel Familienangehörige, für die Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung? Wie können sie auf die besonderen Herausforderungen vorbereitet werden?
7. Wird das Ordnungsrecht des Landes Baden-Württemberg mit dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz bzw. dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG den besonderen Anforderungen für die Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung gerecht?
8. Welche Strukturen oder Unterstützungsmaßnahmen (auch technischer Art) sind für eine gute Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung vor Ort denkbar, vor allem in Hinblick auf einen inklusiven Ansatz?
9. Müssen professionelle Pflegekräfte für die Pflege von Menschen mit einer psychischen Erkrankung besonders ausgebildet werden? Bilden die heutigen Ausbildungsinhalte die besonderen Anforderungen ab? Besteht ein Weiterbildungsbedarf und wenn ja, für welche Bereiche?
10. Wie sehen Sie die Zukunft der Fachweiterbildung psychiatrische Pflege? Sehen Sie die Notwendigkeit, einen Bachelor-Studiengang oder einen Master-Studiengang im Sinne einer Weiterqualifizierung einzuführen?

### 2.1.10.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

#### 2.1.10.2.1 Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse ist Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg und trägt als erster Sachverständiger zum Themenkomplex Demenz vor.

Zu Beginn seiner Ausführungen weist der Sachverständige darauf hin, dass es sehr unterschiedliche Formen von Demenz gebe. Das Wort „Demenz“ sei eigentlich ein Oberbegriff für eine Vielfalt von Erkrankungen. Je nachdem, an welcher Art von Demenz eine Person leide, stellten sich die Präventions- und die Rehabilitationspotenziale und die Anforderungen an Pflege unterschiedlich dar.

**Symptome von Alzheimer können verzögert oder gelindert werden**

Die Alzheimer-Demenz sei eine Form der neurodegenerativen Demenz. Dabei gebe es zwar kein Präventionspotenzial in Bezug auf das Auftreten, sehr wohl aber in Bezug auf das Verzögern oder das Lindern der Symptome. Dies sei ein Anwendungsbeispiel für die sogenannte tertiäre Prävention. Professionelle Pflege könne durch Aktivierung, gute Medikation und nicht medikamentöse Maßnahmen tertiär präventiv wirken. Dies beziehe sich sowohl auf die kognitiven Symptome als auch auf die Verhaltenssymptome.

**Gefäßbedingte Demenzen haben sehr hohes Präventionspotenzial**

Die Arteriosklerose sei ein zentraler Risikofaktor der gefäßbedingten (vaskulären) Demenzen und stehe in starker Abhängigkeit zum Lebensstil. Senke man das Risiko für Arteriosklerose durch geänderte Lebensstile, so gehe auch die Anzahl demenzkranker Menschen zurück. Gleichzeitig reduziere man das Schlaganfall-Risiko. Der Sachverständige nennt übermäßigen Alkoholkonsum, fehlerhafte Ernährung, mangelnde Bewegung und Tabakmissbrauch als Risikofaktoren.

**Prävention auch für Angehörige und Ehrenamtliche**

Der Sachverständige verweist auf das Fünfte Sozialgesetzbuch und stellt die Frage, inwieweit präventive Ansätze auch krankenkassenfinanziert sein könnten. Prävention müsse auch im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. Störungen bei pflegenden oder versorgenden Angehörigen stattfinden. Ebenso sollten Menschen, die freiwillig bürgerschaftlich engagiert seien, auch einen gewissen Anreiz mit Blick auf ihre eigene Gesundheit bekommen.

Gleiches gelte für das Instrument der Rehabilitation. Auch diese sei nicht unbedingt nur aus Mitteln der Pflegeversicherung, sondern auch mittels der Krankenversicherung zu finanzieren. Forschung belege, dass gerade die Selbstständigkeit von essentieller Bedeutung für die Lebensqualität Demenzkranker und ihrer Angehörigen sei.

Es gebe einen sehr umfangreichen Forschungsbericht zum Gesamtthema der Behinderung, der von der Robert Bosch Stiftung gefördert worden sei. Vor allem Menschen mit geistiger Behinderung hätten dem Grunde nach eine deutlich reduzierte Lebenserwartung. Die Fördermaßnahmen im Sinne des Teilhabeaspekts wirkten sich auf die Lebenserwartung dieser Menschen sehr positiv aus. Die Pflege müsse sich damit in Zukunft verstärkt befassen.

**Mit Hilfe des sozialen Umfelds demenzkranke Menschen aktivieren**

Der Sachverständige fordert, demenzkranke Menschen länger in natürlichen Beziehungen und Bezügen zu belassen. Diese sollten dort durch Angehörige, Nachbarschaft, Freunde sowie bürgerschaftliches Engagement kognitiv, körperlich, sozial und emotional aktiviert werden. So könnten demenzkranke Menschen länger ihre Verhaltenskompetenz und ihre Orientierung aufrechterhalten. Dies würde Lebensqualität und Wohlbefinden der demenzkranken Menschen und deren Angehörigen erkennbar länger bestehen lassen.

Neurodegenerative Demenzen (vor allem Alzheimer-Demenzen) brauchten eine Laufzeit von 15 bis 20 Jahren, bis sie symptomatisch würden. Es bedürfe hier einer rechtzeitigen Diagnostik sowie einer Aufklärung darüber, was durch eigene Aktivitäten und durch Aktivierung von außen erreicht werden könne. Dabei sei deutlich zu machen, dass ein Selbstgestaltungspotenzial gegeben sei.

**Pflegerische Versorgung demenzkranker Menschen**

Der Sachverständige führt aus, dass die Versorgung demenzkranker Menschen in hohem Maß aktivierend und rehabilitationsorientiert sein müsse. Die klassische Pflege müsse sich mit bestimmten Disziplinen, die für die Rehabilitation konstitutiv wären, verbinden. Der Sachverständige nennt beispielhaft die Physiotherapie, die Ergotherapie und die Logopädie. Durch eine stark rehabilitative Orientierung würden die noch bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen erkannt und systematisch stimuliert.

**Zum Menschenbild gehören mehr als nur kognitive Fähigkeiten**

Unser Menschenbild orientiere sich vielfach an einem Individuum, das über optimal ausgeprägte kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten verfüge. Andere Aspekte, die ebenfalls Personen konstituierten – wie die emotionale, sozialkommunikative, alltagspraktische oder körperliche Welt – würden oft vernachlässigt. Gerade die letzteren würden bei demenzkranken Menschen mit zunehmender Krankheitsdauer immer stärker in den Vordergrund treten. Deshalb dürfe sich Pflege nicht nur auf die kognitiven Fähigkeiten konzentrieren. Diese seien wichtig, weil sie für die Orientierung sehr bedeutsam seien. Es gehe aber auch darum, die anderen genannten Aspekte des Menschseins anzusprechen.

**Demenzerkrankte Menschen brauchen einen Pflegemix**

Bei der pflegerischen Betreuung von demenzkrankten Menschen werde oft zwischen dem professionellen Kernbereich der Pflege – diesen könne man im klassischen Sinne auch als „cure“ beschreiben, als Pflege, die auf Wiederherstellung, auf Kompensation, auf Verbesserung ausgerichtet sei – und dem anderen Bereich, den man mit „care“ umschreibe, unterschieden. Zur guten Versorgung demenzkranker Menschen werde der erweiterte Bereich der Pflege, der vor allem durch Familienangehörige, aber eben auch durch bürgerschaftliches und nachbarschaftliches Engagement übernommen werde, benötigt.

**Verantwortung der Gesellschaft für demenzkranke Menschen**

Professionelle Pflege leiste also nur einen Teil der Versorgung von demenzkranken Menschen, darüber hinaus sei die Gesellschaft aufgerufen, aktiv zu werden. Demenzkranke Menschen müssten stärker in den Alltag integriert werden. Hier seien die Verantwortungsbereiche von Pflege und Betreuung zu differenzieren. Die soziale Netzwerkverantwortung müsse stärker einbezogen werden, ebenso müssten die leistungsrechtlichen Instrumente (Prävention, Rehabilitation) stärker genutzt werden.

**Mehr kommunale Verantwortung in der Steuerung der Pflege**

Der Sachverständige geht davon aus, dass die Finanzströme der Pflegeversicherung weiter ausdifferenziert werden. Kommunen sollten mehr Steuerungsfunktionen mit Blick auf Pflege übernehmen. Kommunen müssten Plattformen für bürgerschaftliches Engagement schaffen und dessen Einsatz koordinieren. Diese Koordinationsfunktion der Kommunen müsse vergütet werden.

Künftig werde die Zahl der demenzkranken Menschen erkennbar ansteigen, gleichzeitig werde die Familienressource zurückgehen. Die koordinative Funktion zwischen der professionellen und der gesellschaftlich-bürgerschaftlichen Begleitung demenzkranker Menschen müsse verstärkt werden.

Der Sachverständige selbst habe als Vorsitzender der Altenberichtskommission der Bundesregierung in der Bund-Länder-Kommission zur Pflegeversicherung vorgetragen. In dieser Bund-Länder-Kommission habe sich die Bereitschaft gezeigt, ein Modell der Optionskommunen einzuführen. Mit 60 Optionskommunen könne empirisch geprüft werden, ob das Modell der kommunalen Verantwortung für den ganzen Bereich der Pflege dem heutigen Modell mit der weitgehenden Steuerungsfunktion bei der Pflegeversicherung überlegen sei. Eine Ausdifferenzierung der Pflegeversicherungsbeiträge könne dabei über empirische Daten erfolgen. Zum einen sei die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in der Kommune relevant, zum anderen der Grad der Pflegebedürftigkeit und die zugehörigen spezifischen Diagnosen. Aus diesen Daten könne eine Art Kostendeckungsbeitrag für die Kommunen berechnet werden. Politisch sei zu entscheiden, wie hoch der Anteil der Pflegeversicherungsmittel für diese kommunale Steuerung sein solle. Ähnliche Modellprojekte seien in den nordeuropäischen Ländern oder auch in Frankreich zu finden.

**Menschen mit Behinderungen haben ein höheres Demenzrisiko**

Ein Forschungsprojekt zur Frage der Lebensqualität sowie der psychischen und körperlichen Gesundheit von älteren Menschen mit Downsyndrom habe ein erhöhtes Demenzrisiko nachgewiesen. Dies erfordere im Bereich der Heilerziehungspflege, der Behindertenhilfe oder in den Behinderteneinrichtungen ein hohes Maß an Sensibilität für Prävention und Rehabilitation.

Das Konzept der Behindertenhilfe sei dazu sehr gut geeignet. Die Behindertenhilfe verstehe sich bereits in hohem Maß als eine teilhabeorientierte Disziplin. Die ganzen Aspekte von Teilhabeförderung bzw. Teilhabestärkung könnten nicht nur für Menschen mit einer geistigen oder anderen Behinderung, sondern ganz allgemein viel stärker in die Pflege eingebaut werden.

**Behindertenhilfe und Altenpflege verbinden**

Der Sachverständige empfiehlt den stationären Einrichtungen auch ältere Menschen mit geistiger Behinderung aufzunehmen. Dadurch würde der Teilhabegedanke in das tägliche Leben der Einrichtung kommen, der die Pflege in hohem Maß bereichern könne.

Bei der Neukonzeption des Pflegebedürftigkeitsbegriffs habe man Anleihen bei der Teilhabeorientierung aus dem Bereich der Behindertenhilfe genommen. Der Sachverständige schlägt vor, den gesamten Bereich der Pflege sowohl in Bezug auf die Pflegekompetenzen als auch auf die Finanzierung stärker an die Grundprinzipien der Behindertenhilfe anzulehnen. Die systemische und finanzielle Verbindung dieser beiden Leistungsbereiche sei eine der großen Aufgaben der Sozialgesetzgebung in den kommenden Jahren.

**Gerontopsychiatrische Expertise in der Altenpflege verbessern**

Der Sachverständige führt aus, dass es eine gute gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Diagnostik gebe, aber die zugehörige Therapie bzw. therapiebegleitete Pflege eher nicht vorhanden sei. Viele Menschen würden ohne vorausgehende Diagnostik als demenzkrank eingestuft. Der Sachverständige schildert den Fall einer Heimbewohnerin, die als demenzkrank eingestuft wurde, obwohl sie ein sogenanntes Kontaktmangelparanoid gehabt habe, welches therapeutisch und pflegerisch völlig anders zu behandeln sei als Demenz.

Im Hinblick auf die psychiatrische und neurologische Expertise werde eine ganz andere Ausstattung gebraucht. Dazu gehörten kontinuierlichere Besuchsdienste in den stationären Einrichtungen. In diesem Zusammenhang fordert der Sachverständige, dem Konstrukt des Heimarztes eine größere Bedeutung beizumessen. Ein Heimarzt mit guten Kenntnissen in Psychiatrie, Neurologie und Allgemeinmedizin sei eine sehr wichtige Größe.

Diese psychiatrisch-neurologische Expertise müsse auch der Pflege in viel stärkerem Maß zur Verfügung gestellt werden. Therapie und Pflege müssten dazu in einem intensiven Austausch miteinander stehen.

**Verantwortlicher Einsatz von Pharmakotherapie**

Der Sachverständige erläutert, dass kein Pharmakon gegeben werden dürfe, um unruhige Menschen ruhig zu machen oder unbequeme Bewohnerinnen und Bewohner bequem zu machen. Das sei ein großer Verstoß gegen fachliche Prinzipien und die Menschenwürde. Wenn aber eine Pharmakotherapie durch gute Formen körperlicher, kognitiver, sozialer Aktivierung und emotionaler Stimulation begleitet werde, so sei das optimal.

Allerdings bedürfe eine geeignete Pharmakotherapie eines Allgemeinmediziners mit guten Kenntnissen in der Versorgung Demenzkranker und psychisch Erkrankter sowie als Hintergrund auch eine kontinuierliche gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise.

Wenn das alles gewährleistet sei, so gelinge ein substanzieller Beitrag zur Förderung der Lebensqualität Demenzkranker, ihrer Angehöriger und der Mitarbeiter in der Pflege.

**2.1.10.2.2 Prof. Dr. habil. Thomas Klie**

Prof. Dr. habil. Thomas Klie ist Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften sowie für Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Er macht Ausführungen dazu, wie eine gute Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen ausgestaltet werden kann.

**Leben mit Demenz ist eine Herausforderung für unsere Gesellschaft**

Der Sachverständige weist darauf hin, dass es 80 verschiedene Demenzarten gebe und deshalb eine Differenzialdiagnostik benötigt werde. Die Gesellschaft müsse lernen, mit Demenz umzugehen. Dieser Lernprozess betreffe nicht nur die Familien der Betroffenen, sondern sei ein kollektives Lernprojekt und eine kulturelle Herausforderung. In Baden-Württemberg gebe es bereits kreative Bemühungen, sich vor Ort den Menschen mit Demenz zu öffnen. Dies demonstriere die Würdigung eines Lebens mit Demenz und von Menschen mit Demenz.

**Demütigungen zu vermeiden ermöglicht ein Leben in Würde**

Eine fundamentale Voraussetzung für ein Leben in Würde sei es, Demütigungen zu vermeiden. Leider gehörten Demütigungen heute zum Alltag von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen. Beispiele dafür seien Misshandlungen und freiheitsentziehende Maßnahmen. Mit Wissen, gutem Management und der richtigen Grundhaltung bei Bürgern, Fachkräften und Angehörigen seien Demütigungen am besten zu verhindern. Der Sachverständige fordert einen weiterentwickelten Erwachsenenschutz. Bausteine hierfür seien Unterstützerkreise und Schulungen in Bezug auf Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit, wo Angehörige oftmals schwierigen, langjährigen Belastungssituationen ausgesetzt seien.

**Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eröffnet Perspektive der Teilhabe**

Der Sachverständige stellt die These auf, dass jeder Mensch mit Demenz, jeder Mensch mit Pflegebedarf als Mensch mit Behinderung verstanden werden könne. Das sei nicht stigmatisierend zu interpretieren, sondern eröffne, da mit dem Behinderungsbild das Teilhabeversprechen verbunden sei, eine neue Perspektive. Darin stehe im Mittelpunkt, was für die einzelne Person elementar bedeutsam sei, und nicht das, was Kostenträger als typische Leistung aushandelten. In diesem Zusammenhang fordert der Sachverständige eine Änderung der Semantik ein. Statt „niederschwelligen Hilfen“ und „Betreuung“ wären „Sorge“ und „Assistenz“ angebrachtere Begriffe.

**Kontinuierliche Begleitung unabhängig vom Lebensort gewährleisten**

Der Sachverständige sieht es als unabdingbar an, die kontinuierliche fachliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu gewährleisten. Dies sei unabhängig davon, ob die Betroffenen zu Hause, in einer Wohngruppe oder einer stationären Einrichtung lebten. Als ein Stichwort für Umsetzung nennt er „Präventive Hausbesuche“. Die Rationalisierung der Krankenkassen bei der Häuslichen Krankenpflege dürfe nicht geduldet werden, vielmehr müsse diese Leistung in Richtung Steuerung des Pflegeprozesses ausgebaut werden. Auch der Rechtsanspruch auf die Pflegeberatung, die in existenziellen Notsituationen greifen solle, werde in Baden-Württemberg in sehr unterschiedlicher Qualität umgesetzt. Die AOK sei hier vorbildlich, während andere Krankenkassen Probleme vor Ort hätten.

**Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein leistungstechnisches Konstrukt**

Der Sachverständige stellt klar, dass kein Pflegebedürftigkeitsbegriff den umfänglichen und individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenz abbilden könne. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff sei ein Konstrukt zur Verteilung der finanziellen Mittel und dürfe nicht überbewertet werden.

**Wohnortnahe Versorgung mit bürgerschaftlicher Beteiligung**

Nach Darstellung des Sachverständigen bedarf es einer wohnortnahen Versorgung von Menschen mit Demenz. Deren Qualität zeige sich in einem intelligenten Mix aus fachlicher, familiärer, beruflicher und bürgerschaftlicher Unterstützung. Der Inklusionsgedanke könne dabei erfolgreich umgesetzt werden, wenn es gelinge, die Bürgerschaft einzubeziehen. Dies dürfe jedoch nicht im Sinne eines ehrenamtlichen Ersatzes von professionellen Leistungen, sondern müsse ergänzend zu den Pflichtleistungen geschehen. Selbstorganisierte Wohngemeinschaften seien besonders zu unterstützen, da diese nicht angebotsgetragen seien. Wenn jedoch stationäre Träger in den ambulanten Bereich wechselten und Wohngruppen mit einer zusätzlichen Tagespflege gründeten, um finanziell besser dazustehen, so sei dies eine Fehlentwicklung, die unterbunden werden müsse. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz sei eine gute Gelegenheit dazu.

**Wechselseitige Öffnung von Pflege und Teilhabe**

Voraussetzung für ein tragfähiges Gesamtkonzept teilhabeorientierter Pflege, das sowohl Menschen mit Behinderung, die im Alter auf Pflege angewiesen seien, als auch Menschen, die im Alter mit Behinderung und Pflegebedarf lebten, gerecht werden könne, sei eine wechselseitige Öffnung beider Systeme. Hier gelte es, die Versäulung im Leistungsrecht zu überwinden. Aus Sicht des Sachverständigen sei es sinnvoll, dass die bereits im Vortrag von Professor Kruse angesprochenen Optionskommunen im Modellprojekt neben den Beratungs- und Planungsaufgaben ebenfalls Entscheidungsbefugnis für die Leistungsgewährung, ggf. auch über Persönliche Budgets bekämen. Die grundsätzliche Diskussion um die Einbeziehung der Leistungen aus der Pflegeversicherung in das Persönliche Budget stuft der Sachverständige als weniger bedeutsam ein.

**Kommunale Steuerung wirkt sich positiv aus**

Der Sachverständige sieht Bedarf an kommunaler Steuerung in Bezug auf die örtliche Infrastrukturentwicklung. Diese dürfe nicht alleine den Regeln des Marktes überlassen werden. Er schlägt eine partizipative Planung vor, welche die Bürgerschaft einbindet. Dort, wo eine gute örtliche Infrastrukturentwicklung gemacht werde, stelle man eine andere Verteilung zwischen stationärer und häuslicher Versorgung fest. Ebenso sei dort ein hohes Maß an bürgerschaftlichem Engagement zu finden. Den bereits erwähnten Optionskommunen im Modellprojekt sollte auferlegt werden, sich einer partizipativen Planung zu öffnen und Beteiligungsprozesse zu organisieren. Der Sachverständige hält Pflegekonferenzen für wichtige Instrumente, diese könnten auch im Landespflegegesetz verankert werden.

**Heilerziehungspfleger als Fachkräfte in der Pflege anerkennen**

Die Abgrenzung zwischen den Fachberufen, insbesondere zwischen Teilhabe und Pflege, sei nicht zufriedenstellend. Es gebe Träger, die weitergebildete Heimerziehungspfleger in der Pflege einsetzten. Das Heimrecht spreche nicht gegen die Anerkennung dieser Personen als Fachkräfte. Über ermessensleitende Richtlinien ergebe sich der notwendige Spielraum, um solche Ansätze zu ermöglichen.

**Vermeidung von Fixierungen ist Aufgabe des Managements**

Aus Sicht des Sachverständigen würden 80 Prozent der Fixierungen in Baden-Württemberg nicht gebraucht. Er verweist auf Baden-Baden, wo der Sozialbürgermeister die Fixierungen thematisiert habe und inzwischen keine Fixierungen mehr erfolgten. Es sei eine Frage des Managements und der Grundhaltung. Er hoffe, das Beispiel Baden-Baden finde viele Nachahmer. Der Werdenfelser Weg[8] sei ein Ausdruck davon, dass Fachleute ihrer Verantwortung nicht gerecht würden. Es sei keine Lösung, überall einen Verfahrenspfleger zu holen, weil man selbst nicht über die Fachlichkeit verfüge, mögliche Alternativen zur Fixierung anzuwenden. Den kommunalen Ansatz hält der Sachverständige für zielführender.

Der Sachverständige schildert einen Fall aus seiner anwaltlichen Praxis, bei dem es darum gegangen sei, eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung leistungsrechtlich durchzusetzen, da die Betroffene wegen ihrer Erkrankung traumatisch auf Fixierungen reagiert habe.
Ebenso weist er darauf hin, dass ein ethisch reflektierter Technikeinsatz, beispielsweise GPS-Sender, im Einzelfall Fixierungen vermeiden könne.

**Mehr subjektorientierte anstelle von institutionsorientierter Qualitätssicherung**

Bereits heute wisse der MDK sowohl bei Heimbewohnern als auch bei im häuslichen Umfeld Versorgten, wer fixiert werde. Dieses Wissen bleibe jedoch folgenlos. Der Sachverständige plädiert für andere, nicht nur ans Betreuungsrecht gebundene Instrumente der rechtlichen Assistenz. Über örtliche Unterstützerkreise könnte das Thema der Qualitätssicherung zu einem Thema der örtlichen Bevölkerung werden. Die Kompetenz des MDK könnte dann statt zur Objektprüfung zur Begleitung der Menschen mit Pflegebedarf und zur Qualifizierung ihrer Versorgung eingesetzt werden.

**Fachlichkeit muss unabhängig vom Lebensort sichergestellt werden**

Einen behinderten Menschen im Alter in einem Pflegeheim zu betreuen, ist aus Sicht des Sachverständigen in der Regel nicht in Ordnung. Man müsse zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte, die Biografie berücksichtigende Versorgungsformen schaffen. Dies könne mit einer flexibleren Fachlichkeit gelingen. In Konsequenz müsse dann aber die Finanzierung der Fachpflege aus dem SGB XI heraus ins SGB V genommen werden, da es eine Gesundheitsleistung sei. Dies sei finanzierbar und wäre der Schlüssel für die Sicherstellung von Fachlichkeit – unabhängig vom Lebensort.

[8]Der **Werdenfelser Weg** ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungsrechts, um die Anwendung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren. Er setzt am gerichtlichen Genehmigungsverfahren an, mit der gemeinsamen Zielsetzung, die Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zu verbessern und Fixierungen auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren. Kernpunkt des Werdenfelser Weges ist die Ausbildung von spezialisierten Verfahrenspflegern, welche auf dem Gebiet der freiheitsentziehenden Maßnahmen sowohl über rechtliche als auch über pflegerische Fachkenntnisse verfügen. Eingesetzt werden nicht vornehmlich wie bislang Rechtsanwälte, sondern Personen, die einen Pflegeberuf erlernt haben und über einschlägige Berufserfahrung verfügen.

#### 2.1.10.2.3 Albrecht Hegener

Albrecht Hegener ist Leiter des Kernteams III – Menschen mit Behinderung beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. Er beleuchtet in seinem Beitrag unterschiedliche Aspekte zur Schnittstellenproblematik.

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit reduziert die Schnittstellenproblematik**

Der Sachverständige sieht die Organisation unseres sozialen Sicherungssystems in einzelnen Säulen als problematisch an. So konzentrierten sich sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger auf ihre jeweiligen Zielgruppen und Aufgaben. Eine interdisziplinäre Kooperation finde nur selten statt. Die Zuständigkeitsfrage stehe im Vordergrund. Die Betroffenen müssten selbst schauen, woher sie die benötigten Leistungen bekämen. Eine Optimierung des Hilfesystems sei dringend erforderlich. Ein Lotsensystem könnte besonders Menschen mit Mehrfachproblemlagen bei der Orientierung im Hilfesystem unterstützen.

**Viele pflegebedürftige Menschen sind mehrfach betroffen**

Der Sachverständige verdeutlicht anhand einiger statistischer Zahlen die Dimension der Mehrfachbetroffenheit: So sei im Jahr 2013 in Baden-Württemberg jeder Vierte über 65 Jahre schwerbehindert gewesen. Gut 42 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg – rund 127.000 Personen – litten zusätzlich an demenzbedingten Störungen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen. Die Zahl der Demenzkranken in Baden-Württemberg werde sich nach Einschätzung der Alzheimer Gesellschaft von aktuell 184.000 bis zum Jahr 2050 verdoppeln.

**Pflege muss sich am persönlichen Bedarf und nicht an Systemen orientieren**

Die familiären Unterstützungssysteme würden schwächer, die Arbeitsmarktsituation in der Pflege werde sich weiter verschärfen. Hinzu kämen zeitintensivere Bedarfslagen durch Mehrfachbelastungen der Pflegebedürftigen. Daraus leitet der Sachverständige die Forderung ab, die Hilfen und Hilfestrukturen mehr personenzentriert auszurichten.

**Mögliche Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes**

Durch den neuen erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit, der künftig auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen berücksichtigt, erwartet der Sachständige eine gerechtere Verteilung der Mittel aus der Pflegeversicherung. Gleichzeitig stelle sich aber die Frage, ob die finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung ausreichend sei. Zudem sieht der Sachverständige Überschneidungen mit der Eingliederungshilfe, was die Sozialhilfeträger dazu veranlassen könnte, Mittel aus der Pflegeversicherung abzuziehen. Auch vor dem Hintergrund, dass der § 8 SGB XI die Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiere, sei es zwingend notwendig, dass die Leistungsträger die Schnittstellenproblematik einvernehmlich lösten.

**Idee eines Modellvorhabens „Interinstitutionelle Zusammenarbeit“**

Der Sachverständige sieht die Notwendigkeit von Qualitätsgemeinschaften, Qualitätszirkeln, verbindlicher Kooperation der Akteure auf örtlicher Ebene und den Aufbau eines Wissenspools als mögliche Instrumente für die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Pflege. Es sollte ein Modellvorhaben „Interinstitutionelle Zusammenarbeit“ mit einer Laufzeit von zwei bis drei Jahren aufgesetzt werden, an dem sich bis zu vier Landkreise beteiligen könnten. Die Ziele wären beispielsweise Überwindung der Schnittstellen, Minimierung des Bürokratieaufwands, Verbesserung der Servicequalität, stärkere Nutzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets und Implementierung von Case und Care Management. Die Schweiz habe den interinstitutionellen Ansatz bereits erprobt. Die Finanzierung des Modellprojekts solle aus Landesmitteln, dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, Stiftungen und ergänzenden Mitteln der Leistungsträger erfolgen.

**Kreisbezogene Stiftungen als Finanzierungsbaustein**

Der Sachverständige regt an, kreisbezogene Stiftungen ins Leben zu rufen und dafür Zustifter aus dem Bereich der Wirtschaft zu gewinnen. Eine qualitativ hochwertige Pflege könne durchaus als Standortfaktor gewertet werden. Solche Stiftungen seien nicht als Ersatz für staatliche Leistungen oder Leistungen der Sozialleistungsträger, sondern als Ergänzung für Dinge, die obendraufgesattelt werden müssten – wie Projekte oder Modellvorhaben – gedacht.

**Ein Blick auf das Schweizer Modell zur Kooperation der Leistungsträger**

In der Schweiz seien in den Kantonen die Rentenversicherung, Sozialhilfe und Arbeitslosenversicherung zur Zusammenarbeit verpflichtet worden, um Verschiebungen aus einem Leistungsbereich in den anderen zu verhindern. Alle zusammen hätten die Aufgabe, Menschen, die körperlich oder seelisch beeinträchtigt sind, zu unterstützen und auf dem Arbeitsmarkt einzugliedern. Zum einen gebe ein Case-Management, womit, u. a. durch ein Softwareprogramm, die im Einzelfall notwendigen Hilfen koordiniert würden. Zum anderen gebe es ein Care Management, das sich darum kümmere, welche Strukturen vor Ort gebraucht würden, damit Menschen wieder besser in Arbeit kämen.

**Generalistische Pflegeausbildung muss interdisziplinären Ansatz abbilden**

In der Pflegeausbildung müsse zunächst spezifisches Fachwissen transportiert werden. Das geschehe in der theoretischen Ausbildung als Grundlage. Der interdisziplinäre Ansatz werde dann im praktischen Teil erlernt, indem dort interdisziplinär gearbeitet würde. Hierzu gebe es auf lokaler Ebene Ansatzmöglichkeiten, sich dieses Wissen durch Vernetzung und Qualitätsgemeinschaften wechselseitig zu geben.

**Persönliches Budget als möglicher Ansatz, Schnittstellen zu überwinden**

Die Möglichkeit des Persönlichen Budgets gebe es bereits seit 2008. Dennoch seien im Jahr 2013 nur 1.600 Menschen in Baden-Württemberg mit einem Persönlichen Budget ausgestattet gewesen. Ein trägerübergreifendes Budget unter Einbeziehung von Pflegeleistungen könnte Menschen mit Behinderung dazu befähigen, sich völlig neue Settings zu erschließen.

**2.1.10.2.4 Jutta Pagel-Steidl**

Jutta Pagel-Steidl ist Geschäftsführerin des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen Baden-Württemberg e.V. Sie beleuchtet die Aspekte der Pflege von Menschen mit Behinderungen im Blick auf deren Familien.

**Pflegebedürftigkeit betrifft die ganze Familie**

Die Sachverständige erläutert, dass man pflegebedürftige Menschen unabhängig von den Gründen für ihre Pflegebedürftigkeit nicht isoliert betrachten dürfe, sondern dass immer deren gesamte Familie betroffen sei. Pflegebedürftigkeit komme oft ohne Vorwarnung und verändere das komplette Familiensetting. Die Sachverständige verweist auf eine Umfrage von Infratest dimap, dort hätten 97 Prozent der Befragten gesagt, dass Pflegende für ihre Arbeit mehr Anerkennung erhalten sollten.

**Situation von schwerst behinderten Menschen**

Menschen, die seit ihrer Geburt schwerst oder mehrfach behindert seien und einen hohen Unterstützungsbedarf hätten, hätten keine Perspektive, jemals selbst für ihren Lebensunterhalt aufkommen zu können. Sie seien auf Dauer im sozialen Netz von Sozialhilfe, Grundsicherung, Pflege- und Krankenversicherung gefangen. Wenn zusätzlich die Lautsprache fehle und die Kommunikation durch technische Hilfsmittel unterstützt werden müsse, so koste das die Pflegenden einfach mehr Zeit und Geduld, auch wenn der Alltag noch so hektisch sei. Die Sachverständige weist darauf hin, dass es nur Statistiken über den Leistungsbezug von behinderten Menschen gebe, aber keine zu deren Lebenssituation.

**Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**

Vor dem Hintergrund der Vermeidung von Altersarmut sei die Erwerbstätigkeit auch für Eltern von Kindern mit Behinderungen wichtig. Die meisten Kinderbetreuungsangebote, schulischen Angebote oder Horte seien jedoch nicht auf Kinder mit einem hohen Assistenz- und Pflegebedarf vorbereitet. In der Praxis sei es sehr schwer, tatsächlich berufstätig zu sein und das Kind dabei gut betreut zu wissen. Für viele Familien und ganz besonders für Einelternfamilien stelle dies eine Überforderungssituation dar. Besonders in der Ferienzeit sei das für berufstätige Eltern problematisch. Im Bereich der stationären Kurzzeitpflege gebe es landesweit nur etwa 250 bis 300 Plätze; das sei deutlich zu wenig. Die Sachverständige fordert insgesamt einen wohnortnahen Ausbau der Angebote von Betreuungsleistungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die Arbeitgeber hätten das Thema Kinderbetreuung bereits erkannt. Nun müsse auch für das Thema Pflege das entsprechende Bewusstsein geschaffen werden, damit pflegende Angehörige keine Sorge um ihren Arbeitsplatz haben müssten. Gerade berufstätige Mütter sorgten sich darum, wer sich um ihr Kind kümmere, wenn sie selbst krank würden. In Hamburg gebe es das Modell der „Notfallmamas“. Dort sprängen ausgebildete Krankenpflegekräfte im Krankheitsfall der Mutter ein.

**Zermürbender „Kampf“ um die Hilfsmittel**

Für die pflegenden Eltern sei es oft sehr zermürbend, Hilfsmittel von der Krankenkasse genehmigt zu bekommen. Teilweise verlangten Krankenkassen Trinkprotokolle, um daraus die Menge der benötigten Windeln zu ermitteln. Oft müssten Ansprüche vor Gericht durchgesetzt werden. Das stelle eine Überforderung der Familien dar. Die Sachverständige fordert ein Eingreifen der Aufsichtsbehörden. Die Einrichtung einer Schiedsstelle oder einer Ombudsstelle, um außergerichtliche Einigungen herbeiführen zu können, sei sinnvoll. Generell sollten Anträge und Verwendungsnachweise möglichst einfach gehalten werden. Die Sachverständige plädiert für weniger Bürokratie und mehr Vertrauen. Es sei zu untersuchen, ob nicht alle Hilfen aus einer Hand mit einem Antrag gewährt werden könnten.

**Fehlende Barrierefreiheit in öffentlichen Bereichen**

Die Sachverständige weist darauf hin, dass es in der Landeshauptstadt Stuttgart keine einzige öffentliche Toilette mit einem Wickeltisch für erwachsene Menschen gebe. Dieses Beispiel mache deutlich, dass in Bezug auf die Barrierefreiheit noch viel zu tun sei. Es brauche mehr Kampagnen, um das Thema ins Bewusstsein zu rücken.

**Ablöseprozess aus der elterlichen Pflege begleiten**

Die Sachverständige führt aus, dass 60 Prozent der erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu Hause von den eigenen Eltern versorgt würden. Irgendwann komme der Punkt, an dem die Eltern dann aufgrund des eigenen Alters die Betreuung nicht mehr bewältigen könnten. Es bedürfe einer Begleitung, damit in diesen Fällen ein Ablöseprozess erfolgreich gestaltet werden könne.

Als Lösungsansatz sei ein Programm ähnlich dem Programm STÄRKE mit den Familienhebammen denkbar. Über Familienbegleiter und Beratung könne man den Familien – Eltern wie

Geschwistern – aufzeigen, dass es gute professionelle Alternativen gebe, welche die Betreuung des Kindes übernehmen könnten. Dieser Ablöseprozess müsse aber sorgfältig und behutsam geschehen und sei keine Aufgabe für das Ehrenamt, sondern für ausgebildete Hauptamtliche.

Ein gemeinsamer Umzug der hochbetagten Eltern und des erwachsenen behinderten Kindes ins Pflegeheim ist für die Sachverständige keine denkbare Alternative. Für jüngere behinderte Menschen sei ein Pflegeheim der falsche Ort. Der richtige Ort wäre eine Einrichtung der Behindertenhilfe, auch wenn es schwieriger sei, dort einen Platz zu finden und dessen Finanzierung zu klären.

**Pflegestützpunkte sind fokussiert auf ältere Menschen**

Nach den Erfahrungen der Sachverständigen fühlen sich Pflegestützpunkte mit dem Thema Behinderung und Pflege bei Kindern und Jugendlichen überfordert. Ihr Fokus liege im Bereich der Seniorenunterstützung, Familien mit behinderten Kindern fänden dort kein passendes Angebot. Für diese Zielgruppe gebe es aber Beratungsbedarf, der mit den aktuellen Strukturen nicht gedeckt werden könne. Für Einelternfamilien mit behinderten Kindern sei die Einrichtung von besonderen Servicestellen zu überlegen, da hier noch Themen wie Familienrecht und Unterhalt hinzukämen. Unabhängig von der Organisationsform sieht es die Sachverständige als elementar an, den betroffenen Familien zu zeigen, dass man sich Zeit für ihre Sorgen und Fragen nimmt.

**Neuer Pflegbedürftigkeitsbegriff alleine reicht nicht aus**

Die bloße Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bringe nichts, es werde gleichzeitig mehr Geld im System benötigt. Gute Pflege brauche Begleitung, Mitarbeiter, Menschen und Zeit. Leistungsverbesserungen seien zu begrüßen, aber sie müssten auch tatsächlich finanziert sein.

**Persönliches Budget – es kommt auf die richtige Höhe an**

Die Sachverständige befürwortet das Persönliche Budget. Sie stellt aber klar, dass dabei einfach nur Geld- anstelle von Sachleistungen gewährt würden. Daher sei es für den einzelnen wichtig, sein Budget in ausreichender Höhe zu vereinbaren. Diese Verhandlungen zur Budgethöhe seien oft schwierig. Die Sachverständige kritisiert den durch Einzelverwendungsnachweise und Belegsammlung bei den Empfängern des Persönlichen Budgets entstehenden bürokratischen Aufwand.

### 2.1.10.2.5 Michael Theune

Michael Theune arbeitet als Pflegedienstleiter Casemanagement im Klinikum am Weissenhof in Weinberg und ist 1. Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. Der Sachverständige geht in seinem Vortrag auf die Bereiche psychiatrische Versorgung und psychiatrische Pflege ein.

**Nicht die Zuständigkeit, sondern der Bedarf sollte im Mittelpunkt stehen**

Auch die ambulante psychiatrische Pflege sei von einer Schnittstellenproblematik geprägt. Es drehe sich um die Frage, ob das SGB XI (Pflegeversicherung) oder das SGB V (Krankenversicherung) greife. Der Sachverständige erhofft einen Paradigmenwechsel, damit künftig der Betroffene mit seinen Bedürfnissen und nicht mehr die Zuständigkeitsfragen im Mittelpunkt stünden.

**Situation der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste in Baden-Württemberg**

Es gebe in Baden-Württemberg insgesamt nur 13 ambulante psychiatrische Pflegedienste. Eine flächendeckende Versorgung sei damit nicht machbar. Ein Ausbau sei nicht zu erwarten, da mit den zur Verfügung gestellten Geldern keine kostendeckende Leistungsfinanzierung möglich sei. Die Träger (Kliniken und freie Wohlfahrtsverbände) subventionierten diesen defizitären Bereich quer, weil sie ihn als sehr wichtig ansähen. Die ambulante psychiatrische Pflege müsse die Sieben-Tage/24-Stunden-Versorgung sicherstellen und leisten. Dies sei ein hohes Qualitätsmerkmal.

**Fachpflegerische und fachmedizinische Versorgung gehören zusammen**

Die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sei zu begrüßen. Die Pflegeversicherung biete aber nur eine Teilleistungsfinanzierung. In der ambulanten und stationären Langzeitpflege seien aber auch psychisch erkrankte Menschen zu versorgen, die eine entsprechende fachpflegerische und fachmedizinische Versorgung brauchten.

**Mehr Gewicht für die Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundessausschuss habe nach § 92 SGB V die Aufgabe, Richtlinien über die Gewährung der Versorgung zu definieren. Das sei für die häusliche psychiatrische Krankenpflege geschehen. Jedoch seien diese Richtlinien zu unkonkret, und es gebe eine eingrenzende Diagnoseliste, die den tatsächlichen Bedarfen nicht gerecht werde. Problematisch sei auch die zeitliche Begrenzung der Behandlung auf vier Monate. Das werde von einigen Krankenkassen so ausgelegt, dass die Behandlung danach in diesem Setting nicht mehr fortgesetzt werden könne. Der Sachverständige würde es begrüßen, wenn dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur Vertreter der Krankenkassen und Ärzteschaft angehören würden, sondern dort auch die Pflege an der Diskussion beteiligt würde.

**Integrierte Versorgung als sinnvoller Ansatz im Bereich der Psychiatrie**

Mit dem sogenannten „Chroniker-Vertrag“ sei die Langzeitversorgung im ambulanten Bereich gut geregelt gewesen. Leider habe die AOK Baden-Württemberg diesen Vertrag zum 31. August 2015 gekündigt. Aus Sicht des Sachverständigen wäre ein Vertrag über eine integrierte Versorgung im psychiatrischen Bereich ein guter Ansatz. Integrierte Versorgung habe von der Grundausrichtung her den Anspruch, Leistungen zu vernetzen. Im Ergebnis stünde dabei ein Budget zur Verfügung, aus dem alle erforderlichen Leistungskomponenten – ärztliche und fachärztliche Betreuung, Wohnen, Gemeindepsychiatrie und eben Fachpflege – gedeckt werden müssten. Bisher habe man mit der AOK Baden-Württemberg keine Verhandlungen hierzu führen können. Der Sachverständige erhofft sich durch die politische Diskussion einen Impuls in Richtung integrierte Versorgungsmodelle.

Der Sachverständige hält das Persönliche Budget dem Grunde nach für eine Konstruktion der Integrierten Versorgung, denn Persönliche Budgets könnten in Regionen Leistungen schaffen und Angebote kreieren.

Ebenso sollte aus Sicht des Sachverständigen das Thema der Regionalen Budgets diskutiert werden. Bei Regionalen Budgets würden Mittel dort verwendet, wo Leistungen gebraucht und aufgebaut würden. Dies könne eine dynamische Wirkung entfalten.

**Neuer Handlungsspielraum für die psychiatrische Fachpflege**

Im Bereich der stationären Psychiatrie sei im Zeitraum von 1990 bis 2009 eine Fallzahlsteigerung um 150 Prozent aufgetreten. Im gleichen Zeitraum seien 30 Prozent der Betten abgebaut worden. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen liege bei 160 Tagen, bei 32 Prozent der Erwerbsunfähigkeitsrenten sei eine psychische Erkrankung die Ursache. Gleichzeitig gehe die Verweildauer in den Krankenhäusern zurück, und die Menschen würden früher entlassen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie

und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde schätze, dass in den nächsten fünf Jahren 30 Prozent der niedergelassenen Ärzte in den Ruhestand gehen werden.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, regt der Sachverständige an, den Handlungsspielraum der psychiatrischen Fachpflege zu überdenken. Zu diskutieren seien Delegation und Substitution von ärztlichen Aufgaben oder das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung sei im Sozialraum angesiedelt und werde über Beziehungs- und Vertrauensarbeit im Lebensumfeld der Menschen umgesetzt. Die Berufsgruppe der psychiatrischen Pflege bringe dazu alle Voraussetzungen mit.

**Aus- und Fortbildung in der psychiatrischen Pflege**

In der Grundausbildung zur Krankenpflege seien nur 80 Stunden Praxiseinsatz für die psychiatrische Situation vorgeschrieben. Der Sachverständige geht davon aus, dass dies in der Novelle des Krankenpflegegesetzes verbessert werde. Die Ausbildung in der Krankenpflege sei aktuell staatlich geregelt, damit hätten die Fachorganisationen der Pflege leider keinen Einfluss auf die Ausbildungsinhalte.

Die Fachweiterbildungen umfassten in der Regel 760 Stunden, seien aber landesspezifisch inhaltlich sehr heterogen ausgestaltet. Es wäre sinnvoll, eine bundesweite Vergleichbarkeit herzustellen. Für die Zukunft sollte eine ECTS-Akkreditierung[9] angestrebt werden.

Der Sachverständige sieht in der generalistischen Ausbildung den richtigen Weg, da bisher die Ausbildungsinhalte auch stark vom Ausbildungspartner abhängig gewesen seien. Die Vermittlung von vorgegebenen Grundlagen mit der anschließend möglichen Weiterqualifikation sei der bessere Ansatz.

**Psychiatrische Pflege braucht Forschung**

Der Sachverständige spricht sich klar für eine Akademisierung der Gesundheitsberufe aus. Er plädiert für die Schaffung von Studiengängen zur psychiatrischen Pflege, in denen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen vermittelt würden. Bachelor-Studiengänge würden die Kompetenz im Praxisfeld in den Mittelpunkt stellen. Deren Absolventen würden am Patienten arbeiten. Master-Studiengänge hätten einen Fokus auf Weiterentwicklung und Forschung. Forschung werde für die psychiatrische Pflege dringend benötigt. Bisher gebe es dafür kaum eine Finanzierung und keine ordentlichen Lehrstühle.

**Personalgewinnung durch Attraktivität des Berufsbildes**

Früher habe der Zivildienst Männer in das Arbeitsfeld der Psychiatrie gebracht. Diese Möglichkeit falle nun weg. Heute müsse die Personalgewinnung über die Attraktivität des Berufsbildes stattfinden. Dabei könne auf die breiten Einsatzbereiche und Handlungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Leider seien die aktuellen Verdienstmöglichkeiten nicht sehr werbewirksam.

**Beispiele für flexible Settings**

Der Sachverständige führt aus, dass die integrierte Versorgung in Berlin und in Niedersachsen sehr weit entwickelt sei. Die dortigen Kollegen berichteten, dass eine solche Leistungskonstruktion die Versorgung der psychisch erkrankten Menschen sehr viel besser gewährleiste. In der Schweiz gebe es sehr dynamische Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Münsterlingen habe eine gestufte ambulante Nachsorge mit einer Akut-Intensiv-Nachsorge und mit einer etwas längeren und weniger hochfrequenten Nachsorge im ambulanten Bereich. Dabei werde eine Personalkontinuität sichergestellt. Die Betroffenen selbst seien

[9] Das Europäische System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen, häufig nach seiner englischsprachigen Bezeichnung European Credit Transfer and Accumulation System abgekürzt zu ECTS, ist eine europaweite Einrichtung, die Hochschulbildung vergleichbar machen soll.

mit der Konstanz der Beziehung und der Möglichkeit, je nach Bedarf in der Intensität der Versorgung zu variieren, sehr zufrieden.

**Ambulant und stationär werden gebraucht – mit guten Übergängen**

Der Sachverständige stellt klar, dass die ambulante und die stationäre Versorgung gebraucht würden, da sie unterschiedliche Schwerpunkte hätten. Wichtig sei es, die Übergänge fließend zu organisieren. Wenn sich der Zustand eines Patienten, der sich in der ambulanten Versorgung befinde, so weit verschlechtere, dass er in die stationäre Behandlung komme, so reiße aktuell die Beziehung aus der ambulanten Versorgung ab. Dies müsse künftig vermieden werden.

**Einschätzung zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz**

Über das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz[10] bestehe die Möglichkeit, vieles zu regeln. In der Praxis gebe es aber noch Unsicherheit: Was genau ist eine Zwangsbehandlung, was eine Akutbehandlung? Aus dieser Unsicherheit resultiere eine große Zurückhaltung. Die psychisch kranken Menschen seien deshalb langwierigen Entscheidungsfindungen ausgesetzt, die gerade in Krisensituationen belastend seien. Klarere Definitionen seien hier wichtig.

### 2.1.11 Öffentliche Anhörung am 22. Mai 2015 zum Thema „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“

#### 2.1.11.1 Beschreibung der Anhörung

Am 22. Mai 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 11. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Annegret Burger
  Leitung und Koordination Ambulante Lebens- und Sterbebegleitung, Hospiz St. Martin Stuttgart

- Andreas Herpich
  Bildungsreferent in der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung, Hospiz Stuttgart

- Prof. Dr. Katharina Gröning
  Professorin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Beratung und Diagnose unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse

- Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
  Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften/AG 3 Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld

- Heiderose Berroth
  Diplom-Kaufmann, Schatzmeisterin und ehrenamtliche Kaufmännische Leitung, Hospiz Leonberg e. V.

[10] Ziel des Gesetzes ist es, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verbindlich sicherzustellen und die Rechtsstellung psychisch kranker oder behinderter Personen zu stärken.

- Gökay Sofuoğlu
  Landesvorsitzender Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg (TGBW), Bundesvorsitzender der Türkischen Gemeinde Deutschland (TGD)

Zur Vorbereitung auf die Anhörungen stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**Thema: Gendersensible Pflege**

1. Worin besteht die Notwendigkeit gendersensibler Pflege, und durch welche Maßnahmen kann dieser Notwendigkeit Rechnung getragen werden?
2. Welche Geschlechterstrukturen bestehen in der nichtprofessionellen und professionellen Pflege und wie können diese aufgebrochen werden?
3. Wie beurteilen Sie die Datenlage hinsichtlich der Analyse von Zusammenhängen zwischen Lebenslauf, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegeübernahme?
4. Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Alter(n)srisiken, wenn ja, inwiefern?
5. Werden professionell Pflegende in ihrer Ausbildung hinreichend auf Genderaspekte vorbereitet? Wo bestehen Defizite? Wie können diese, zum Beispiel durch Weiterbildungen, abgebaut werden?

**Thema: Kultursensible Pflege**

1. Wie schätzen Sie die Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege ein, welche belastbaren Vorhersagen über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen mit anderer Kultur- und Religionszugehörigkeit liegen vor? Wie sollte dem Bedarf in fachlicher und politischer Hinsicht begegnet werden?
2. Welche Maßnahmen sind notwendig, um kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen?
3. Befürworten Sie auf einzelne Kulturkreise spezialisierte Einrichtungen oder die Sensibilisierung von bereits bestehenden Einrichtungen der Pflege? Wie kann im letzteren Fall diese Sensibilisierung vorangetrieben werden?
4. Welche Strategien bewähren sich, um Kompetenzen einer kultursensiblen Pflege in die Praxis der Einrichtungen zu tragen?
5. Welche spezifischen Maßnahmen braucht es, um Personen mit Migrationsgeschichte für Berufe in der Langzeitpflege anzusprechen und zu fördern?
6. Welche Maßnahmen eignen sich, um Haushalte mit auf Pflege angewiesenen Menschen mit Migrationshintergrund für professionelle und ehrenamtliche Hilfen zu öffnen?
7. Welche Rolle spielen ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen für Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund? Mit welchen Entwicklungen ist in den nächsten Jahren zu rechnen?
8. Wie können ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen für die künftigen Herausforderungen im Bereich der Kultur- und Religionssensibilität fit gemacht werden? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund das Projekt der Landesregierung, bei dem vor allem arbeitslose Menschen mit ausländischen Wurzeln für eine Ausbildung zum/r kultursensiblen Altenpflegehelfer/in gewonnen und während ihrer Ausbildung unterstützt werden sollen?
9. Werden professionell Pflegende in ihrer Ausbildung hinreichend auf Kultur- und Religionssensibilität vorbereitet? Wo bestehen Defizite? Wie können diese, zum Beispiel durch Weiterbildungen, abgebaut werden?

**Thema: Palliativpflege**

1. Welche Rolle spielt der Hospiz- und Palliativgedanke in der Regelversorgung? Müsste er in stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten stärker verankert werden? Wie könnte das erreicht werden?
2. Besteht in Baden-Württemberg eine hinreichende, flächendeckende Hospiz- und spezialisierte ambulante Palliativversorgung? Bestehen finanzielle Ungleichgewichte zwischen stationären und ambulanten Hospizen? Wie können diese abgebaut werden?
3. Wie kann die Vernetzung und Kooperation aller am palliativen Versorgungsgeschehen Beteiligter verbessert werden, zum Beispiel durch die Einbeziehung von Hausärzten?
4. Die palliativmedizinische und Palliative Care Versorgung von lebensverkürzt erkrankten Kindern, insbesondere im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg, ist überwiegend problembehaftet. Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um diese, insbesondere für die Familien untragbaren Versorgungssituationen grundlegend zu verbessern? Wie kann verhindert werden, dass Palliative Care immer mehr zu einem im Wesentlichen professionellen Handlungsfeld wird?
5. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist in vielen Regionen in Baden-Württemberg „notleidend“. Worin liegen die wesentlichen Bedingungsfaktoren für die unzureichende palliative Versorgung im ambulanten Bereich jenseits der SAPV?
6. Im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Erwachsene konnte immer noch keine flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg erreicht werden. Dadurch, dass die Vergütung hier seit Vertragsabschluss in 2010 bis heute unverändert geblieben und nicht an Tarifsteigerungen angepasst wurde, sind außerdem einige der bestehenden SAPV-Teams zudem in ihrer Existenz gefährdet. Wie kann eine flächendeckende Versorgung und eine Sicherung der bestehenden Teams in der SAPV erreicht werden?
7. Wie bewerten Sie die Vorschläge im geplanten HPG (Hospiz- und Palliativgesetz), welche Maßnahmen müssten flankierend auf Landesebene ergriffen werden, um die mit dem HPG verfolgten Zielsetzungen zu erreichen?
8. Werden Versicherte über Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung hinreichend gut beraten? Wie können Defizite abgebaut werden? Welche Beratungs- und Unterstützungsangebote stehen Angehörigen zur Verfügung?
9. Halten sie die Ansiedlung eines Case-Managements im Bereich Palliative Care bei den Kassen, so wie es im HPG vorgesehen ist, für erforderlich und sinnvoll?
10. Werden professionell Pflegende in ihrer Ausbildung hinreichend auf die Palliativpflege vorbereitet? Wo bestehen Defizite? Wie können diese, zum Beispiel durch Weiterbildungen, abgebaut werden?

### 2.1.11.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

Die beiden Sachverständigen Frau Burger und Herr Herpich haben ihre Vorträge zur Palliativpflege aufgeteilt und inhaltlich aufeinander abgestimmt.

#### 2.1.11.2.1 Annegret Burger

Die Sachverständige, Frau Annegret Burger, Leiterin der Ambulanten Lebens- und Sterbebegleitung im Hospiz St. Martin Stuttgart, befasst sich mit dem Zusammenhang von Palliativpflege und Palliative Care, der palliativen Kompetenz und der ehrenamtlichen Begleitung.

**Palliative Care**

Palliative Pflege lasse sich nicht vom ganzheitlichen Ansatz der Palliative Care trennen. Palliative Care vereine in sich die medizinische, pflegerische, soziale und spirituelle Fürsorge für einen Menschen. Um kompetent ganzheitlich zu unterstützen, brauche es verschiedener gut miteinander vernetzter und koordinierter Berufsgruppen. Die Koordination sollte bei einem Dienst angesiedelt sein, der ohnehin in die Versorgung eingebunden sei. Koordination sei sehr

zeitintensiv und müsse vom Kostenträger finanziert werden. Palliative Care und palliative Pflege seien komplex und brauchten Freiräume.

Es gehe nicht mehr darum, die Krankheit zu bekämpfen, sondern die verbleibende Lebenszeit zu nutzen. Darum sei es wichtig, quälende Symptome zu lindern. Hierfür sei hohe medizinische und pflegerische Kompetenz erforderlich. Medizinische und pflegerische Maßnahmen seien nur dann berechtigt, wenn sie der Lebensqualität dienten. Weil Lebensqualität so subjektiv sei, benötige man immer wieder neue Gespräche und Einfühlung in die jeweilige Situation. Das koste Zeit. Man brauche die Freiheit, jederzeit medizinische und pflegerische Handlungen zu unterlassen, wenn die Situation dies nahelege oder wenn der Sterbende oder Schwerstkranke es so möchte.

Das alles lasse sich nicht in abrechenbaren Pflegehandlungen abbilden. Wichtig sei deshalb, die in der palliativen Versorgung ursprünglich angelegten Freiräume zu erhalten und auszubauen. In Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe müsse Palliative Care wirklich Teil des Konzepts sein.

**Palliative Kompetenz**

Palliative Pflege stelle nicht nur pflegefachlich und menschlich hohe Anforderungen. Sie müsse Pflegehandlungen variieren oder unterlassen, die sonst zu Recht zum Beispiel von der Heimaufsicht eingefordert würden. Palliative Situationen müssten regelmäßig und frühzeitig reflektiert werden. Es bedürfe einer Kommunikation auf Augenhöhe, auch mit dem Hausarzt.

Im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts hätten fünf Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit Unterstützung des Hospizes St. Martin ihre palliative Kompetenz vertieft. Nach der wesentlichsten Erfahrung müsse der palliative Ansatz gut in bestehende Strukturen des Hauses integriert werden. Er sei an eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Professionen und zwischen Hierarchieebenen gebunden. Viele Pflegeeinrichtungen hätten auf dem Weg, ihre palliative Kompetenz zu vertiefen, wertvolle Erfahrungen gesammelt. Hierbei sehe man einen Auftrag an die Politik. Hilfreich wäre eine Forschung, die diese verschiedenen Ansätze vergleichend auswerten und zugänglich machen würde.

**Ehrenamtliche Begleitung**

Ehrenamtliche Begleitung bleibe wesentlicher Teil von Palliativ Care und ergänze die palliative Pflege. Durch ehrenamtliche Begleitung werde das Sterben als Teil des Lebens erfahrbar. In Baden-Württemberg engagierten sich 7.000 Menschen in der Hospizbewegung. Ihre Erfahrung wirke sich auch auf die gesellschaftliche Kompetenz im Umgang mit Sterben und Tod aus. Ehrenamtliche Begleitung unterstütze auch die Kohäsion der Gesellschaft, weil durch sie intensiver Kontakt zwischen Menschen unterschiedlichster Schichten erfolge. Wenn Sterbende und Angehörige erlebten, dass Menschen sie aufsuchen, Zeit mit ihnen verbringen und schwerste Situationen mit ihnen aushalten – und das nicht von Berufs wegen, sondern aus freien Stücken –, dann helfe es ihnen manchmal, ihren Frieden mit dem bevorstehenden Tod zu finden. Die ehrenamtliche Begleitung ergänze die professionellen Dienste und erinnere an den ganzen Menschen umfassenden Ansatz von Palliative Care.

### 2.1.11.2.2 Andreas Herpich

Der Sachverständige, Herr Andreas Herpich, Bildungsreferent der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospizes Stuttgart, baut auf dem Vortrag von Frau Burger auf. Er legt den Schwerpunkt auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) leiste einen erheblichen Beitrag dazu, dass Menschen ein würdiges Sterben zu Hause möglich werde. Sie könne bisher aber nur verordnet werden, wenn komplexe Symptome vorlägen. Palliative Care solle jedoch frühzeitig beginnen. Eine palliative Begleitung und Beratung – auch parallel zu Therapien mit kurativem Ansatz – sei absolut sinnvoll und wichtig. Tatsache sei, dass die Frage: „Was wird sein, wenn keine Heilung mehr möglich ist?“, immer im Raum stehe. Die Erfahrung zeige, dass der Aufbau einer Beziehung durch Besuche der betroffenen Familien zu Hause auftretende Krisen deutlich reduziere oder abschwäche. Belastende und kostenintensive Klinikaufenthalte – zum Teil auch unnötige Therapien – würden vermieden.

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

In Baden-Württemberg sei gerade ein neuer Vertrag zur SAPV abgeschlossen worden. Die Entwicklung bleibe abzuwarten. In ländlichen Gebieten gebe es sicherlich noch Probleme, ob sich die SAPV rechne und auf Akzeptanz stoße. Wenn die Teams keine Patienten zugewiesen bekämen, könnten sie nicht wirtschaftlich arbeiten.

**Palliative Care**

Betroffenenorientierung sei ein Kennzeichen von Palliative Care. In dem heute weitgehend über die Ökonomie geregelten Gesundheitssystem sei es überhaupt nicht mehr selbstverständlich, dass die Bedürfnisse der Betroffenen an erster Stelle stehen.

Pflege sei vielfach außerhalb des Blickfeldes der Entscheider und werde in ihrer Bedeutung für das Gesamtergebnis der Gesundheitsversorgung systematisch unterschätzt.

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

**Palliativkompetenz**

Im Rahmen der European Palliative Care Academy der Robert Bosch Stiftung sei ein qualitatives Forschungsprojekt für transkulturelle Kompetenz in Palliative Care durchgeführt worden. Nach dessen Ergebnis seien die persönlichen Kompetenzen in der Begegnung mit verschiedenen kulturellen Hintergründen weitaus entscheidender als Wissensaspekte.

**Fazit**

Nach dem von dem Sachverständigen gezogenen Fazit der beiden Vorträge hätten die Hospizbewegung und Palliative Care viel erreicht. Der Weg sei aber noch nicht zu Ende. Es gehe jetzt vor allem darum, dass allen Menschen bei Bedarf eine palliative Begleitung zur Verfügung stehe, auch den vielen einfach hochaltrigen Menschen. Erkenntnisse und Erfahrung aus der Palliative Care sollten in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung einfließen.

Dabei gehe es neben den entsprechenden Rahmenbedingungen um die beschriebene Haltung und ein eigenständiges Rollenprofil des Pflegeberufes, das sich über die Beziehung zum begleiteten Menschen definiere.

**2.1.11.2.3 Prof. Dr. Katharina Gröning**

Die Ausführungen der Sachverständigen Frau Prof. Dr. Gröning lassen sich in folgende Themenbereiche untergliedern: Notwendigkeit gendersensibler Pflege, Bestehen und Aufbrechen von Geschlechterstrukturen in der Pflege und Genderaspekte in der Ausbildung professionell Pflegender.

**Gendersensible Pflege**

Im Alter träten der ästhetische Gesellschaftskörper in den Hintergrund und der Naturkörper stärker hervor. Die Kleidung, der Schmuck und die Dinge, mit denen man sich umgebe, trügen die ganze Biografie hindurch eine geschlechtlich-ästhetische Ausrichtung und Bedeutung und gälten auch als Teil der Identität.

Der ästhetisch-geschlechtliche Körper werde über die Pflege hergestellt. Mit der tagtäglichen Herstellung der Geschlechteridentität durch die Pflege werde auch gleichzeitig etwas Unnahbares hergestellt, was vor sozialer Beschämung schütze. Fehlten diese Geschlechtlichkeit und die Ästhetik – beides müsse man sich immer zusammen denken –, fehle häufig auch der Respekt vor diesem Körper.

Die Pflege habe im Rahmen ihrer Professionalisierung nun erreicht, dass sie diese Geschlechtlichkeit auch herstellen dürfe. Gleichzeitig gälten aber die Regeln der Ökonomie. Deshalb komme es faktisch immer unbeabsichtigt dazu, dass gerade diese Dimension des Geschlechtlichen, also die Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen in der Praxis zu kurz komme.

In dem Maße, wie der Mensch unhygienisch, verletzlich, ungepflegt erscheine, stiegen auch die Aggressionen in der Interaktion in der Pflege. Die Herstellung des geschlechtlich-ästhetischen Körpers sei immer auch Gewaltprävention, weil sie genau die Unnahbarkeit der Person, die Würde der Person herstelle und den Naturkörper zurückdränge.

**Geschlechterstrukturen in der Pflege**

Die professionelle und die nicht professionelle Pflege seien zu 75 bis 80 Prozent vergeschlechtlicht im Sinne von feminisiert. Laut Pflegethermometer 2010 sei die Pflege zudem bescheiden geworden. Die Deprofessionalisierung von Pflege und die Bescheidenmachung dieses Berufes seien das eigentliche Problem in einer Zeit des demografischen Wandels. In der Gruppe der Haushaltshilfen handle es sich fast ausschließlich um Frauen. Der Männeranteil wachse nur in der Gruppe der pflegenden Ehemänner. Das hänge damit zusammen, dass auch in der häuslichen Pflege die Ehepartnerpflege, und zwar die Ehepartnerpflege durch hochaltrige Ehepartner, immer weiter voranschreite und mittlerweile bei über einem Drittel liege.

Es fehle eine Interdependenz von quantitativen und qualitativen Strukturen in der Pflege gerade im Kontext der geschlechterorientierten Pflege.

In der öffentlichen Wahrnehmung bestehe eine starke Therapeutisierung der Pflege nach dem Motto „Rette sich, wer kann; Pflege ist ein Schicksal“. Wer klug sei, sorge quasi dafür, dass man das organisiert, aber er kümmere sich nicht mehr selbst. Aus der Forschung wisse man aber, dass die pflegenden Angehörigen zum Beispiel sehr aus der Familie heraus, aus Verbundenheit, aus Loyalität zu den Eltern, aus modernen Generationsmotiven heraus pflegten und dass die öffentlichen Bilder vor allem in der häuslichen Pflege in Bezug auf die Frage der eigenen Pflegemotivation so einfach überhaupt nicht stimmten.

**Genderaspekte in der Ausbildung**

Genderaspekte in der Pflege seien ein schwieriges Thema und eher tabuisiert. Ihre Bearbeitung sei jedoch dringend nötig. Gerade seien diejenigen alten Menschen zu pflegen, die in einer Zeit geboren worden sind, als der Zweite Weltkrieg anfing, die Krieg und Kriegsfolgen erlebt und häufig bis in die 70er-Jahre sehr autoritäre, aggressive Erziehungsformen in anstaltsähnlichen Institutionen durchlebt hätten.

Wegen der starken sexuellen Traumatisierung dieser Generation, zum Beispiel durch Flucht, Krieg, Vertreibung etc., könne man auch nicht richtig einschätzen, was die gedankenlose Verwendung von sexuell belasteten Pflegetechniken – rektales Fiebermessen, Verabreichung von Zäpfchen, Darmrohre etc., also eine Fülle von Pflegepraktiken, die rein aus Zeitgründen oder aus Instrumentalität in Krankenhäusern angewendet werde – für hochaltrige Personen bedeute, die im Krieg bei Flucht, Vertreibung, Gefangenschaft sexuell traumatisierende Erfahrungen gemacht hätten.

Nicht umsonst komme es in der Hochaltrigkeit zu Wiederholungen dieses Traumas. Die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der Lebensgeschichte von hochaltrigen Personen würde helfen, zumindest diese sexuell belasteten Pflegetechniken nicht mehr einzusetzen.

**2.1.11.2.4 Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**

Die Sachverständige Frau Dr. Tezcan-Güntekin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld, merkt vorab an, Kultursensibilität solle sich nicht ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund beziehen, sondern auf die Wahrnehmung der jeweils individuellen Kultur von Menschen. Kultursensibilität sei eine Haltung, die nicht erlernt werden könne, sondern sich durch ständiges Reflektieren der eigenen Kultur und der Kultur des Gegenübers entwickle.

In ihrem Vortrag setzt sie sich mit der Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege, Maßnahmen, um kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen, kultursensiblen Angeboten und dem Zugang zu pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund auseinander.

**Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege**

Schätzungen zufolge hätten derzeit 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund. 2013 seien schon 24 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter gewesen. In den kommenden Jahren werde der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Bevölkerungsgruppe stark zunehmen, weil eben die Menschen, die vor etwa 50 Jahren im Rahmen des Anwerbeabkommens als Arbeitsmigranten nach Deutschland gekommen seien, in ein Alter kämen, in dem die chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher würden. Es sei aber nicht geplant gewesen, dass sie im Alter hier sind. Ihnen fehlten auch alternde Menschen als Vorbilder. Da sie ihre eigenen Eltern nicht hätten altern sehen, hätten sie keine Rollenbilder.

Der Bedarf an kultursensibler Pflege werde in den kommenden Jahren sehr stark ansteigen. Es müssten nutzerorientierte pflegerische Angebote geschaffen werden, die zu Menschen mit Migrationshintergrund und den entsprechenden Bedürfnissen passen.

**Politische und fachliche Maßnahmen**

Stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Angebote sollten systematisch an ihrer kulturellen Öffnung arbeiten.

Das Thema „Interkulturelle Öffnung“ solle kontinuierlich in kommunalen Pflegekonferenzen oder auch in Gesundheitskonferenzen behandelt werden, weil Menschen mit Migrationshin-

tergrund sehr stark zu Hause gepflegt würden. Das sei eine hohe Belastung auch für die pflegenden Angehörigen, die ebenfalls erkrankten, wenn sie keine unterstützenden Leistungen in Anspruch nähmen.

Kulturelle Öffnung erfordere Kontinuität, zusätzliche Zeit und finanzielle Ressourcen. Eine Möglichkeit könnte sein, ein sogenanntes „Interkulturelles Öffnungs-BAFÖG“ einzurichten, das durch unterschiedliche Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen (u. a. Pflegekassen, GKV-Spitzenverband, Ärztekammern) finanziert würde und an Einrichtungen vergeben werde, die diese Mittel für ein vorab erstelltes konkretes Konzept zur interkulturellen Öffnung der Einrichtung benötigten und beantragten.

**Kultursensible Pflege „ans Bett“ bringen**

Eine Möglichkeit, kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen, sei die Weiterbildung der Pflegefachkräfte zum Thema „Kultursensible Pflege“ und die verpflichtende Einbindung des Themas in die Curricula der Ausbildungen zur Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft. Hierzu gelte es auch, die Pflegedienstleitungen für die kulturelle Sensibilisierung in die Verantwortung zu ziehen, ihnen gleichzeitig aber auch Leitfäden bzw. Möglichkeiten der Weiterbildung für ihr Personal an die Hand zu geben.

**Zugang zu pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund**

Der Zugang zu pflegenden Familien mit Migrationshintergrund sei schwierig und laufe nur über Vertrauen. Mögliche Gatekeeper zu Familien seien Hausärzte und Fachärzte, deren Empfehlungen einen hohen Stellenwert hätten, sowie in der entsprechenden Community anerkannte Personen als Mittler, zu denen die Familien Vertrauen hätten.

Muttersprachliches und kultursensibel geschultes Pflegepersonal erleichtere den Zugang. Muttersprachlichkeit allein reiche nicht aus.

Eine Möglichkeit der Betreuung von Familien mit Demenzerkrankten beispielsweise könnten kontinuierliche muttersprachliche Pflegeanleitungen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sein, die alle zwei Monate beispielsweise den Haushalt aufsuchten und schauten: Was gibt es für neue Herausforderungen? In welcher Situation sind die pflegenden Angehörigen und wie kann dieses Setting weiterhin aufrechterhalten werden?

**2.1.11.2.5 Heiderose Berroth**

Die Sachverständige Frau Berroth, Schatzmeisterin des Hospizes Leonberg e.V., beschäftigt sich mit den Stufen der Palliativversorgung, den Bereichen der Palliativbetreuung, der ambulanten Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und dem auf Bundesebene geplanten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG).

**Stufen der Palliativversorgung**

Zu Beginn ihres Vortrags präsentiert die Sachverständige zwei Folien mit Abbildungen aus dem Buch „Über das Sterben – Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen“ von Gian Domenico Borasio.

Borasio zeige die Stufen der Versorgung anhand der „Versorgungspyramide am Lebensende in Deutschland“ auf. Die Versorgung beginne mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Dann kämen die ambulanten Hospizdienste und SAPV-Teams. An der Spitze der Pyramide stünden die Palliativstationen, die es in immer mehr Krankenhäusern gebe. Er beschreibe, dass diese der Bewältigung von Krisen bei unheilbar Kranken dienten – durchaus mit dem Ziel, sie wieder nach Hause entlassen zu können. Das sei bei den stationären Hospizen etwas anderes; dort erfolgten Pflege und Begleitung von Schwerstkranken und ihrer Angehörigen, wenn die Kranken zu Hause aus den unterschiedlichsten Gründen nicht betreut werden könn-

ten. Letzteres sei auch eine Voraussetzung, sie überhaupt aufnehmen zu dürfen. Wenn die Pflege zu Hause möglich wäre, würden die Kassen das nicht genehmigen.

**Bereiche der Palliativbetreuung**

Die zweite Folie enthält in einem Blockdiagramm „Die Arbeitsverteilung in der Palliativbetreuung“. Bei dieser gebe es ganz verschiedene wichtige Bereiche, die oft von unterschiedlichen Personengruppen geleitet würden. Im oberen Bereich sei der professionelle Teil mit der Schmerztherapie, mit internistischen Symptomen wie Atemnot und anderen Problemen und neuropsychiatrische Symptomen dargestellt. In der unteren Hälfte sei der ganz große Teil der psychosozialen und spirituellen Begleitung abgebildet, welcher viel im Ehrenamt erfolge. Dies sollte nach Auffassung der Sachverständigen zu denken geben. Heutzutage kümmere man sich im Normalfall vorwiegend um die obere Hälfte. Dass die untere Hälfte auch gebraucht werde, machten sich nicht alle klar. Das Problem heutzutage sei, dass man sich in der hochtechnisierten Welt vor allem um das Körperliche und um Heilung bemühe, die Seele des Menschen dabei aber öfter außen vor bleibe. Es werde meist viel zu spät realisiert und akzeptiert, wenn Genesung nicht mehr möglich sei. An diesem Punkt sei die menschliche Würde massiv bedroht.

Palliativversorgung setze heute in der Regel viel zu spät an. Es gebe Untersuchungen, nach denen der Verlauf umso besser sei, je früher die palliative Versorgung beginne. Erstaunlicherweise lebten diese Menschen meist länger, als wenn sie durch x Krankenhausbesuche durchgezogen würden.

**Hospiz Leonberg**

Anhand einer dritten Folie stellt die Sachverständige das Hospiz Leonberg vor. Damit die menschliche Begleitung gelinge, sei in der Regel ein interdisziplinäres Team erforderlich. An verschiedenen Stellen seien besonders geschulte ehrenamtlich Tätige im Einsatz. Der Patient stehe im Mittelpunkt. Seine Angehörigen seien genauso wichtig und müssten mitbegleitet werden, weil Erfahrungen dazu fehlten, was heutzutage möglich sei. Um den Mittelpunkt der Grafik stünden wieder die vier Teile Spirituelles, Soziales, Psychisches und Physisches.

**Lebensbedrohlich erkrankte Kinder**

Zur ambulanten Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern schlägt die Sachverständige vor, in die SAPV-Teams entsprechend ausgebildete Kinderärztinnen und -ärzte und Pflegekräfte einzubinden. Wo noch nicht vorhanden, sollten ambulante Kinderhospizgruppen angeregt werden, zum Beispiel durch Veröffentlichung von Best-Practice-Beispielen und/oder Patenschaften. Dabei sei es wichtig, dass neben all der Medizin und den notwendigen Behandlungen die besonderen Kinder-Bedürfnisse berücksichtigt würden. Und es müssten zum Beispiel auch Geschwister betreut werden, genauso wie von einem Trauerfall im engeren Umfeld betroffene Kinder.

**Versorgungssituation im Land**

Bei der SAPV wie auch bei den ambulanten Hospizdiensten gebe es noch erhebliche Lücken in Baden-Württemberg. Gerade im ländlichen Raum bestünden immer noch viele Vorbehalte, zum Beispiel bei Hausärzten, die fürchteten, ihre Patienten zu verlieren oder als inkompetent angesehen zu werden, wenn mit der SAPV Palliativärzte zugezogen würden. Auf dem Land lasse man auch nicht einfach Fremde ins Haus. Man spüre die familiäre Verpflichtung: „Das müssen wir doch schaffen“, auch wenn es über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit weit hinausgehe.

Zum anderen bestehe eine sogenannte Mengenproblematik. Wenn ein ambulanter Hospizdienst in Gang gesetzt werden soll, brauche man mindestens 15 zu betreuende Ehrenamtliche, damit die Koordinatorin bzw. der Koordinator abgerechnet werden könne. Auch die Einrichtung einer Palliativstation bedürfe einer Mindestbettenzahl.

Probleme bei der Implementierung der SAPV bereiteten auch steuerliche Fragen, zum Beispiel Umsatzsteuer, Gemeinnützigkeit usw.

**Geplantes Hospiz- und Palliativgesetz**

Der Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) sehe bei den stationären Hospizen eine Erhöhung des Auszahlungssatzes von 90 auf 95 Prozent vor. Das sei erfreulich, setze aber an der falschen Stelle an. Viel wichtiger wäre, wenn zunächst alle notwendigen Kosten überhaupt in den Bedarfswert einbezogen würden. Vieles werde gleich betrachtet wie bei Pflegeheimen, was keineswegs der Realität entspreche. Wenn die Kalkulation zum Beispiel für Verwaltungspersonal einen Schlüssel von 1 Person pro 40 Patienten vorsehe, mag das bei Heimen ausreichen, bei Hospizen mit in der Regel nur 8 Patienten führe das aber dazu, dass nur eine 20-Prozent-Stelle für diese Arbeit zur Verfügung stehe, d. h. maximal 10 Stunden pro Woche.

Hinzu komme, dass Öffentlichkeitsarbeit und die zur Eigenanteilfinanzierung benötigte Spendenverwaltung nicht ansetzbar seien. Auch die Seelsorge stehe zwar im Aufgabenkatalog des Versorgungsvertrags, werde aber nicht vergütet.

In der Regelversorgung sei der Hospiz- und Palliativgedanke bisher kaum verankert. Es gebe dort keinerlei Leistungsmodule, Zeiten oder Zuschläge für Palliativsituationen.

Nach dem Fazit der Sachverständigen habe das geplante HPG die richtige Intention, berge aber viel Bürokratieaufwand. Stattdessen müsse man bei Fachleuten und in der Bevölkerung allgemein das Wissen um die mit dem Thema zusammenhängenden Fragen und Prozesse auf breiter Basis erweitern. Das sei eine Aufgabe, die man auch im Land angehen könne.

Für Baden-Württemberg schlage sie weiter vor, das Land könne vergleichbar der Unterstützung zum Aufbau der Tagesmüttervereine ab den 90er Jahren die Institutionen unterstützen, die auf regionaler Ebene die im Thema tätigen Menschen und Institutionen zusammenbringen und Netzwerke aufbauen bzw. stabilisieren – d. h., die Koordination der Kooperation organisieren.

Mit Blick auf das HPG müsse man besonders darauf achten, den Einsatz der vielen Freiwilligen bzw. Ehrenamtlichen nicht zu gefährden.

**2.1.11.2.6 Gökay Sofuoğlu**

Zum Abschluss der Anhörung kommt der Sachverständige Herr Sofuoğlu, Bundes- und Landesvorsitzender der Türkischen Gemeinde, auf das Thema „Kultursensibilität“ zurück.

Er geht näher auf die Pendelmigration, die gesundheitliche Lage der Einwanderinnen und Einwanderer, Altenhilfe und Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund ein und schließt mit Lösungsvorschlägen.

**Pendelmigration**

Seinen Ausführungen stellt er den Satz „Wir sind in der Fremde alt geworden“ voran.

Diese Aussage impliziere bezogen auf den überwiegenden Teil der älteren Einwanderer bzw. Einwanderinnen, dass Deutschland trotz jahrzehntelangem Aufenthalt nicht zur „Heimat“ geworden sei. Ihre Lebensbiographie sei durch die Arbeitsmigration gekennzeichnet. Ein Altern in Deutschland sei in ihrer Lebensplanung nicht vorgesehen gewesen. Diese Entwicklung stelle die spezifischen Aspekte ihres Alterns dar.

Der eine Blick gehe zurück zum Ursprung, der Tradition, der Religion und zu den Angehörigen, was für sie einen Teil der Überlebensstrategie darstelle. Der andere Blick sei auf Deutschland gerichtet, wo die Kinder und Enkelkinder zur Schule gingen und man den Arzt besuche.

Die jederzeit revidierbare Entscheidung für Rückkehr oder Verbleib hätten sie von familiären, gesundheitlichen, finanziellen und politischen Rahmenbedingungen sowohl im Aufnahmeland als auch im Herkunftsland abhängig gemacht. Die endgültige Entscheidung im Hinblick auf Rückkehr oder Verbleib werde von vielen Personen, die gesundheitlich und finanziell dazu in der Lage seien, umgangen, indem sie sich zuerst einmal für das Pendeln entschieden hätten. Es handle sich um eine notgedrungene Lösung. Die Frage, wo sie ihren Lebensabend verbringen werden und wo sie sterben werden, könnten sie nicht beantworten. Tragisch seien die Zerrissenheit und Verzweiflung der ersten Generation. Es gehe um die emotionale Frage, sich endlich dafür zu entscheiden, hier zu bleiben und sich an eine Einrichtung vermitteln zu lassen. In dieser Phase müssten die Menschen durch sehr viele Gespräche und Kontakte begleitet und beraten werden.

**Gesundheitliche Lage der Einwanderinnen und Einwanderer**

Gesundheit und Migration stünden in einem engen, wechselseitigen Zusammenhang. Die Lebenssituation vieler Einwanderinnen bzw. Einwanderer sei erschwert durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus, eine prekäre Wohnsituation, durch Arbeitslosigkeit oder schwere körperliche Arbeit, Fremdenfeindlichkeit, „Kulturschockerfahrung", Entwurzelung usw. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung träten häufiger körperliche Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden auf. Die Anzahl der Frührentner sei relativ hoch.

Die Strukturen der Gesundheitsversorgung müssten für transkulturelle und kultursensible Behandlungsmethoden geöffnet werden. Das bedeute auch die Einbeziehung der kulturspezifischen Hintergründe von Einwanderinnen bzw. Einwanderern. Die Umsetzung müsse mit der Weiterqualifizierung der „deutschen“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einhergehen. Daneben solle die fachliche Aus- und Weiterbildung der Migrantinnen bzw. Migranten in den Berufen der Gesundheitsversorgung und Altenpflege gefördert werden.

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

**Altenhilfe**

Die gleichberechtigte Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten könne verwirklicht werden, wenn die Angebote und Maßnahmen der Altenhilfe deren individuelle Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigten. Information, Beratung und Gesundheitsaufklärung lägen im Interesse und in der Verantwortung aller Beteiligten: Kommunen, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Migrationsdienste und Migrantenorganisationen. Entsprechende präventive Maßnahmen und Informationen seien für und mit Migrantinnen und Migranten zu gestalten.

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

**Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund**

Menschen mit Behinderung würden in der Debatte und in den Angeboten für Einwanderinnen bzw. Einwanderer kaum wahrgenommen. Sprachschwierigkeiten und kulturelle Besonderhei-

ten könnten Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund den Zugang zu den bestehenden Angeboten erschweren oder verhindern.

Des Weiteren werde ihren Bedürfnissen in der deutschen Behindertenhilfe noch unzureichend begegnet. Während andere soziale Sektoren seit Jahren die interkulturelle Öffnung entdeckt hätten, werde innerhalb der deutschen Behindertenhilfe die Begrifflichkeit kaum oder sehr wenig thematisiert. Die deutsche Behindertenhilfe habe jedoch den Versorgungsauftrag für alle Menschen mit Behinderung in Deutschland.

Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund fänden sich im System der Behindertenhilfe nur mit großer Mühe zurecht und würden häufig später bzw. schlechter versorgt. Hauptgründe dafür seien, dass einerseits die Behindertenhilfe und die Selbsthilfeorganisationen der Einwanderinnen bzw. Einwanderer kaum vernetzt seien und andererseits die Behindertenhilfe in den meisten europäischen Ländern sehr bürokratisch strukturiert sei.

**Lösungsvorschläge**

Erstens: Jegliche Maßnahmen müssten sowohl muttersprachliche und kulturspezifische als auch an der Biografie und dem sozialen Status unterschiedlicher Migrantengruppen orientierte Angebote beinhalten.

Zweitens: Es müssten zentrale Beratungsstellen, die diesen Personenkreis zu den unterschiedlichen Themen rund ums Alter beraten, eingerichtet werden. Diese Beratungen sollten Hilfestellungen in finanziellen, gesundheitlichen und rechtlichen Belangen beinhalten.

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

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

Fünftens: Für die Realisierung der aufgezählten Vorschläge wäre die finanzielle und institutionelle Absicherung von Aufgaben und Strukturen erforderlich. Die für diesen Prozess notwendigen Ressourcen sollten als anerkannter Aufwand der Versorgungssysteme in die Regelfinanzierung zusätzlich aufgenommen werden.

### 2.1.12 Öffentliche Anhörung am 3. Juli 2015 zum Thema „Prävention und Rehabilitation“

#### 2.1.12.1 Beschreibung der Anhörung

Am 3. Juli 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 11. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Prävention und Rehabilitation“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Ellio Schneider
  Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken

- Dr. Killian Rapp
  Privatdozent, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie, Oberarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus

- Olaf Werner
  Geschäftsführer Kur- und Klinikverwaltung, Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau

- Dr. Michael Jamour
  Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie

Zur Vorbereitung auf die Anhörung stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

**I. Allgemeines/Fragen zu beiden Themenbereichen**

1. Wie ist die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der Prävention und Rehabilitation im Land zu bewerten?
2. Mit welchen Schwierigkeiten hat der Bereich „Prävention und Rehabilitation“ aktuell zu kämpfen?
3. Welche Veränderungen braucht es zur Verbesserung präventiver und rehabilitativer Angebote in den ländlichen Regionen?
4. Kommunale Gesundheitskonferenzen haben sich in manchen Landkreisen, etwa Reutlingen, bewährt. Eignen sie sich, um die Rolle in der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Rehabilitation zu stärken?
5. Welche Anforderungen bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung der präventiven und rehabilitativen Versorgung ergeben sich in den kommenden Jahren?
6. Worin sehen Sie notwendige Schritte durch die Politik zur Verbesserung präventiver und rehabilitativer Angebote in Baden-Württemberg?
7. Welche Möglichkeiten bieten alltagsunterstützende Technologien (Ambient Assisted Living Systeme – AAL) in den Bereichen der Rehabilitation und Prävention?
8. Das Gesundheitswesen wurde lange Zeit als „Reparaturstation“ betrachtet. Wie hoch schätzen Sie das Potenzial einer guten Prävention und Rehabilitation zur Entlastung des Gesundheitswesens ein? Liegt hierin auch die Chance für einen hohen volkswirtschaftlichen „Gewinn“? Welchen „Gewinn“ haben die Menschen zum Beispiel für ihre Lebensqualität?
9. Muss sich der Fokus des Gesundheitswesens daher künftig stärker auf Prävention und Rehabilitation konzentrieren und ist die Schaffung eines Präventionsgesetzes entsprechend konsequent und zukunftsweisend?
10. Bei älter werdenden Menschen mit Behinderung treffen Pflege und Eingliederungshilfe aufeinander. Wie sollte das Verhältnis gestaltet werden, konzeptionell, leistungsrechtlich, leistungs-erbringungsrechtlich?

11. Würde ein sektorenübergreifendes Abrechnungsmodell, etwa mit der Bezahlung der Pflege in der Anfangszeit durch die Krankenkassen, Verbesserungen bringen?

**II. Prävention**

1. Welche Möglichkeiten gibt es in der heutigen Medizin, Pflegebedürftigkeit zu verhindern?
2. Wo sehen Sie in Baden-Württemberg Handlungsbedarf in der Prävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen?
3. Wie stehen Sie zum präventiven Hausbesuch/Gemeindeschwester und
   a. wie könnten die Erfahrungen aus Modellprojekten in die Fläche getragen werden?
   b. Was kann das Land tun, was die Kassen, um den präventiven Beratungsansätzen zur Umsetzung zu verhelfen?
4. Welche präventiven und rehabilitativen Angebote sind im Hinblick auf die Zunahme der Demenz-Erkrankungen notwendig?
5. Welche Inhalte und Strukturen (Stellen, Schulfach) sind erforderlich, um Prävention und Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und Quartieren (auch zur Versorgung von Risikogruppen, wie etwa MigrantInnen, Langzeitarbeitslose, alte Menschen …) und Prävention und Gesundheitsförderung in Haft (JVA) zu gestalten und welchen Beitrag könnten hierbei die Pflegenden leisten? Interessant: ein Blick in andere Länder (school health nurse).
6. Sind die Ansätze des im Bund diskutierten und für Herbst 2015 erwarteten Präventionsgesetzes richtig?
   Wie hoch sollte zum Beispiel der Richtwert für Präventionsleistungen der Krankenkassen liegen? Sollte die PKV verpflichtend einbezogen werden? Müssten Pflegeeinrichtungen nicht ausdrücklich als eines der Settings im künftigen Präventionsgesetz erwähnt werden? Welche auf Bundesebene noch nicht angedachten Punkte gibt es, die in einem Präventionsgesetz geregelt werden sollten?
   Wie sollte das Präventionsgesetz im Kontext Pflege in Baden Württemberg umgesetzt werden, welche Effekte erhoffen Sie sich, was wäre landespolitisch zu tun?
7. In Anlage 1 zum § 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Krankenpflegegesetzes heißt es im Teil A Nr. 3: „Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig zu gewährleisten“. Dazu wird u. a. ausgeführt: „… zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit anzuregen und hierfür angemessene Hilfen und Begleitung anzubieten“.
   Fragen hierzu:
   a. In welchem beruflichen Kontext kann die Gesundheits- und Krankenpflegerin diese Kompetenzen in Deutschland anwenden?
   b. Gibt es für die Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen Arbeitsfelder, die diese Aufgaben vorsehen und finanzieren?
   c. Gibt es Länder in Europa, in denen Pflegepersonen präventive Aufgaben wahrnehmen? Welche Aufgaben haben sie dort genau und wie ist dies finanziert?

**III. Rehabilitation**

1. Wie bewerten Sie das Verhältnis von Rehabilitation „vor“, „durch“ und „bei“ Pflege?
   a. Woran scheitert das gesetzliche angeordnete Vorrangverhältnis Rehabilitation vor Pflege?
   b. Wie kann Reha durch Pflege gestärkt werden?
   c. Warum werden Leistungen der sozialen Rehabilitation an BezieherInnen von Leistungen der SPV so gut wie nicht gewährt?
2. Welche Gründe führen dazu, dass der MDK äußerst selten eine Reha empfiehlt (Gutachten gehen von 1 Prozent der Fälle aus) und wie kann die Zahl der Empfehlungen gesteigert werden?
3. Wie kann die verzerrte Anreizproblematik (Krankenkassen profitieren als Maßnahmenträger nicht vom Erfolg der Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahmen) ent-

zerrt werden, zum Beispiel durch die Verbesserung der Schnittstellen zwischen den Trägern, sodass mehr Pflegebedürftige eine Reha erhalten?

4. Wie kann die geriatrische Rehabilitation im häuslichen Umfeld gestärkt werden?
   a. infrastrukturell
   b. leistungsrechtlich
   c. Warum wurden die entsprechenden Modellprojekte nicht in der Fläche umgesetzt?
5. Sind die physiotherapeutischen Einrichtungen an Krankenhäusern ausreichend, um insbesondere für ältere Menschen eine angemessene Rehabilitation zu gewährleisten? Welche Möglichkeiten gibt es zu deren Stärkung?
6. Wo sehen Sie in Baden-Württemberg Handlungsbedarf in der geriatrischen Rehabilitation?
7. Ist die Versorgung mit geriatrischen Rehaeinrichtungen in Baden-Württemberg ausreichend?

#### 2.1.12.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.12.2.1 Ellio Schneider

Herr Ellio Schneider ist Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken und trägt als erster Sachverständiger zum Thema Prävention und Rehabilitation vor. Er stellt die Trägersicht auf die Rehabilitation dar und beleuchtet insbesondere die Problematik der unzureichenden Budgets, des Antragsverfahrens und der verbesserungsbedürftigen Statistik.

**Leistungsausgaben spiegeln nicht die Bedeutung wieder**

Obwohl die medizinische Rehabilitation als Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland rundum anerkannt und ihre Effektivität vielfach nachgewiesen sei, werde dennoch nicht ausreichend in deren Leistungen investiert. Während die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Vorsorge und Rehabilitation im Zeitraum von 2003 bis 2013 von 2,57 Mrd. auf 2,62 Mrd. Euro, also um 2 Prozent gestiegen sei, so haben die Leistungsausgaben in allen anderen Leistungsbereichen der GKV im gleichen Zeitraum eine Steigerung von 133 Mrd. auf 180 Mrd. Euro erlebt, was rund 30 Prozent entspreche.

**Potenzial der medizinischen Rehabilitation**

Der Sachverständige führt aus, dass Rehabilitation Lebensqualität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter sichere und damit für die Betroffenen und deren Angehörige von hohem Wert sei. Rehabilitation ermögliche weniger Einschränkung, mehr Chancen, weiterhin erwerbstätig zu sein und damit einen Beitrag zur Volkswirtschaft zu leisten und nicht in der Rentenkasse oder bezogen auf das Übergangsgeld massiv aufzuschlagen. Zudem kämen nahezu alle Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei Rehabilitationsleistungen nach drei bis fünf Monaten ein Return of Investment eintrete, daher seien diese Investitionen immer lohnend. Die Vermeidung von Pflege – im Gesetz heiße es: Rehabilitation vor Pflege – habe direkte finanzielle Wirkungen. Durch die Vermeidung beispielsweise der Pflegestufe I würden eine monatliche Geldleistung von 1.064 Euro und ein Eigenanteil des Betroffenen von etwa 1.500 Euro eingespart.

**Hausarzt stärken und Ablehnungsquote senken**

Der Sachverständige stellt klar, dass Rehabilitationsleistungen Pflichtleistungen seien. Der Zugang erfolge durch Verordnung niedergelassener Ärzte (Antragsverfahren) oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitations-Verfahren). Leider sei der frühzeitige Zugang zu Rehabilitationsleistungen besonders für ältere Menschen schwierig. Die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung orientiere sich häufig nicht ausreichend an medizinischen Aspekten und dem Patientenwohl, sondern auch an Budgetdeckeln und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Der Sachverständige bemängelt, dass die Landesstatistiken und die Bundesstatistiken in Bezug auf Rehabilitation nicht einheitlich seien, was deren Auswer-

tung erschwere. In Baden-Württemberg würden bis zu 40 Prozent der Anträge auf stationäre Heilverfahren abgelehnt, die Ablehnungsquoten unterschieden sich bei den einzelnen Kassen. Der Sachverständige stellt einen Zusammenhang zwischen dem Erreichen des Budgetdeckels und der Ablehnungsquote fest und kritisiert dies als medizinisch nicht sinnvoll.

**Verbesserungen beim Zugang zur Rehabilitation erforderlich**

Der Sachverständige empfiehlt sicherzustellen, dass Rehabilitationsanträge nicht ohne medizinische Begründung abgelehnt werden dürfen. Der niedergelassene Arzt müsse mehr Gewicht bekommen; sofern der Arzt des MDK zu einem anderen Ergebnis komme als der Hausarzt, so müsse er Kontakt aufnehmen und dies klären. Außerdem solle nicht die Patientenakte, sondern der betroffene Mensch in Augenschein genommen werden.

Insgesamt solle die Information über Rehabilitation verbessert werden; gerade die Betroffenen müssten besser erkennen können, welche Chancen in der Rehabilitation lägen. Der Bedarf an Rehabilitation steige sowohl bei den professionell Pflegenden wie auch bei den pflegenden Angehörigen und bei den älteren Menschen mit der Zielsetzung, die Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder zu vermeiden.

**Kostendeckel streichen und Ausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung schaffen**

Investitionen in die Rehabilitation würden sowohl für die Kranken- als auch für die Rentenversicherung zunehmend wichtiger. Die zentralen Probleme seien der Ausgabendeckel für Rehabilitation in der Rentenversicherung und die Tatsache, dass die Krankenversicherung keinen Mehrwert generiere, wenn durch Rehabilitation Pflegebedürftigkeit aufgeschoben werde. Hier fehle ein wirksamer Ausgleichsmechanismus zur Pflegeversicherung, dies müsse dringend angegangen werden. Aus Sicht des Sachverständigen müsse jede medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme genehmigt und finanziert werden, die Kostendeckelung in der Rentenversicherung müsse fallen.

**Bessere Statistik für bessere Gesamtbetrachtung**

Der Sachverständige stellt fest, dass momentan keine zuverlässige Gesamtbetrachtung des Rehabilitationsgeschehens in Baden-Württemberg vorgenommen werden könne, da Unterschiede beispielsweise in Aufbau, Detailierungsgrad, Veröffentlichungszeitpunkt zwischen den Statistiken von Bund und Land bestünden. Er fordert zukünftig einen gleichen Aufbau für alle Statistiken und einen stärkeren Detailierungsgrad. Ebenso solle eine Meldepflicht für alle Kostenträger in der medizinischen Rehabilitation eingeführt werden. Schließlich sollten die Daten zur Rehabilitation beim Statistischen Bundesamt einfach und kostenlos zugänglich sein.

**Patienten müssen erhalten, was medizinisch notwendig ist**

Aus Sicht des Sachverständigen müsse der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen für Patienten im ganzen Land gewährleistet sein, auch in ländlichen Regionen. Auf Basis der medizinisch notwendigen Leistung müsse es dann einen klaren Auftrag des jeweils zuständigen Kostenträgers geben, und daran müsse sich die Vergütung orientieren – und zwar unabhängig von der Budgetausstattung. Mit einer besseren Statistik zu den Behandlungen würde nicht nur mehr Transparenz hergestellt, sondern auch deren Wirksamkeit besser beurteilt werden können. So würden auch Zusammenhänge besser sichtbar, beispielsweise, dass jemand durch Rehabilitation noch länger – ein, zwei Jahre – ein selbstbestimmtes Leben zu Hause führen kann.

**Betriebliches Einsparpotenzial ist ausgereizt**

Die Anbieter von Rehabilitationsleistungen versuchten weiterhin die Betriebsabläufe zu verbessern, um Kosten einzusparen. Der Sachverständige stellt aber klar, dass ohne ein aus-

reichendes Budget seitens der Kostenträger die Betriebe in der Rehabilitationsbranche wirtschaftlich am Ende seien oder aber nur noch mittlere Qualität anbieten könnten.

**Prävention und Rehabilitation in ausgewogenem Verhältnis**

Der Sachverständige bestätigt den Nutzen von Familienrehabilitation. Um eine Verhaltensänderung zu verstetigen, solle das persönliche Umfeld einbezogen werden. Wenn Jugendliche Probleme mit der Ernährung hätten, mache es Sinn, wenn die Mutter zu Hause anders koche. Die Einbeziehung der Familie koste aber mehr Geld. Er weist darauf hin, dass auch über Prävention beispielsweise in der Schule Aufklärung betrieben werden und so Probleme vermieden werden könnten. Hier sei sorgfältig abzuwägen, wozu die Mittel eingesetzt würden.

**Der richtige Platz für Geriatrie**

Der Geriatrieplan des Landes Baden-Württemberg habe dazu geführt, dass Geriatrie in der Umsetzung in der Regel mit dem Akutbereich verknüpft sei, da sich so Synergieeffekte nutzen ließen. Auch im Unternehmen des Sachverständigen sei die geriatrische Rehabilitation über zusätzliche Betten an eine vorhandene große Einrichtung mit 200 Betten angedockt worden. Der Sachverständige gibt zu bedenken, dass aus Patientensicht eher eine lokale Versorgung angestrebt werden sollte.

**Ambulante Rehabilitation – wo es passt**

Der Sachverständige führt aus, dass sein Unternehmen – dort wo Nachfrage bestehe – auch ambulante Rehabilitation anbiete. Er stellt fest, dass eine Patientenklassifikation notwendig sei, die entlang des individuellen Bedarfs einen Versorgungsweg festlege. Bei gleicher Indikation einer Knieverletzung könne beim Sportler, der in Stuttgart wohnt, eine ambulante Rehabilitation passend sein, während eine 70jährige mit Begleiterkrankungen wohl in stationärer Rehabilitation besser aufgehoben sei.

**Fachkräftemangel**

Auch der Rehabilitationsbereich habe mit dem Fachkräftemangel zu kämpfen. Bei Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer, die gerne in Teilzeit arbeiten möchten, bekomme man unter Umständen Probleme mit der Erfüllung der Fachkraftquote. Jedoch müsse auch Lebenserfahrung gewertet werden. Hier sei mehr Flexibilität erforderlich. Auch beim medizinischen Personal seien die Rahmenbedingungen zu verbessern, um die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf zu steigern.

**2.1.12.2.2 Dr. Kilian Rapp**

Herr Dr. Rapp ist Privatdozent, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie und als Oberarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart tätig. Der Sachverständige setzt seinen Schwerpunkt auf das Thema Prävention. Er erläutert die Bedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen und stellt besonderen Entwicklungsbedarf in Bezug auf gebrechliche Personen fest.

**Funktionale Gesundheit im Blick haben**

Der Sachverständige erläutert den Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Darunter seien Motorik, Kognition und Psyche zu verstehen. Träten in diesen Bereichen zunehmend Krankheiten auf oder würden diese schwerer, so komme der Patient in eine Lage, wo die Funktionen so eingeschränkt seien, dass eine Behinderung auftrete. Die funktionale Gesundheit sei elementar für die Selbstständigkeit und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Demzufolge würden über Prävention und Rehabilitation im Alter in erster Linie die körperliche Funktion angesprochen, vorwiegend die Motorik. Hier erziele man beispielsweise über die Sturzprävention gute Erfolge.

**Präventionsmaßnahmen passgenau auswählen**

Der Sachverständige macht deutlich, dass bei präventiven Maßnahmen zwingend berücksichtigt werden müsse, in welchem funktionellen Ausgangsniveau sich der Patient befände. Es dürfe nicht passieren, dass einem Patienten eine Präventionsmaßnahme angeraten werde, die ihn persönlich überfordere, sonst werde er auf Dauer abgeschreckt. Es sei daher wichtig, in Zielgruppen zu denken.

**Ältere Personen ohne Hilfs- oder Pflegebedarf**

Ziel sei es, in dieser Gruppe die bestehende Mobilität zu erhalten oder vielleicht sogar zu verbessern. Dazu diene eine gute Angebotsstruktur an Bewegungsangeboten für ältere Menschen, auch für solche, die bisher nicht in einem Sportverein gewesen seien. Der Zugang zu Informationen müsse einfach und die Angebote selbst müssten niederschwellig sein, also beispielsweise ohne langfristige Verpflichtungen wie etwa in einer Mitgliedschaft. Es gebe schon viele gute Angebote in diesem Bereich. Als Beispiele aus der Praxis nennt der Sachverständige die Broschüre „Fit ab 50“ der Stadt Stuttgart, ein Modellprojekt der Ärztekammer und die BZgA-Kampagne „Älter werden in Balance“. Er fordert die Politik dazu auf, das Umfeld so zu gestalten, dass ältere Menschen auch Lust hätten, nach draußen zu gehen. Beispiele hierfür seien ausreichend lange Ampelschaltungen und öffentliche Toiletten.

**Gebrechliche ältere Personen mit Hilfs- und Pflegbedarf**

In dieser Gruppe komme es darauf an, den Verlust von Mobilität und Selbstständigkeit zu verhindern. Dazu brauche es viel spezifischere Bewegungsangebote mit dem Fokus auf Kraft und Balance. Ideal dafür seien – auch in ökonomischer Hinsicht – Gruppenprogramme. Diese hätten einen positiven sozialen Effekt, da sich Menschen dort kennenlernen und austauschen könnten. Für Menschen, die nicht mehr so mobil seien, kämen aufsuchende Programme in Frage, hier spiele ebenso die ambulante wohnortnahe Rehabilitation eine wichtige Rolle. Der Sachverständige nennt zu beiden Szenarien positive Praxisbeispiele. Er stellt das Projekt „Trittsicher durchs Leben“ vor, wodurch ein Netzwerk von Bewegungsgruppen im ländlichen Raum entstehen solle. Gutes Beispiel für ein aufsuchendes Modell sei das „Otago-Übungsprogramm“, das von Krankenkassen unterstützt werde.

**Verbesserungsbedarf im Zugang**

Der Sachverständige schreibt dem Hausarzt eine bedeutende Rolle zu. Sobald der Hausarzt eine Funktionsverschlechterung bei seinen Patienten feststelle, solle er gleich ein passgenaues Angebot empfehlen können, um dem Funktionsverlust entgegenzuwirken. Außerdem müssten die Schnittstellen aus Richtung Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung wieder zurück in die ambulante Betreuung verbessert werden. Hier könnten Geriatrische Institutsambulanzen eine Vorreiterrolle übernehmen. Banal, aber trotzdem wichtig sei es, für gebrechliche Personen den Transport in die Gruppenangebote zu regeln.

**Personen, die im Pflegeheim leben**

Bei dieser Gruppe könne die Pflegebedürftigkeit nicht mehr vermieden werden, es gehe darum, Komplikationen zu verhindern und Teilhabe zu ermöglichen. Ein wichtiger Gesichtspunkt sei es, eine sichere Mobilisierung zu schaffen, da die Frakturrate bei Personen im Pflegeheim recht hoch sei. So betrage der Anteil der Pflegeheimbewohner an der Gesamtbevölkerung nur 4 Prozent; auf diese Pflegeheimbewohner entfielen aber 20 Prozent der Hüftfrakturen. Durch ein Sturzpräventionsprogramm, das zusammen mit der AOK in über 2.000 Pflegeheimen in Bayern implementiert worden sei, sei die Hüftfrakturrate im ersten Interventionsjahr um fast 20 Prozent zurückgegangen. Solche Programme müssten zur Routine werden.

**Kurzzeitpflege als Handlungsfeld**

Hier sieht der Sachverständige Handlungsbedarf. Es gebe ganz unterschiedliche Gründe, warum Menschen in der Kurzzeitpflege untergebracht würden. Entscheidend sei für alle die Frage, wohin es anschließend gehe. Wenn es nicht gelinge, in der Kurzzeitpflege verstärkt auch Mobilisierung stattfinden zu lassen, so habe der alte Mensch kaum eine Chance, nach Hause zurückzukehren.

**Kostenwirkungen im Gesundheitssystem**

Die Frage, wie viel Mittel für die Prävention verwendet werden sollten, sei ein gesellschaftlicher Diskurs. Die Zunahme der Lebenserwartung aufgrund des Rückgangs der kardiovaskulären Mortalität sei letztendlich wahrscheinlich auch ein langfristiger Erfolg von Prävention. Dies sei aber eben nicht direkt nachweisbar. Wie viel es tatsächlich bringe, wenn verhindert werde, dass jemand die Pflegestufe I bekomme, könne man aber in Zahlen ausdrücken. Insgesamt sei das ein Betätigungsfeld für die Gesundheitsökonomie. Der Sachverständige rät von Sanktionen bei der Nichtinanspruchnahme von Präventionsangeboten ab, über eine positive Honorierung, wie eine Beitragsrückerstattung, könne man durchaus nachdenken.

**Geriatrische Forschung**

Im Bereich der Prävention verfüge man schon über recht gute Erkenntnisse. Der Sachverständige hält es für wichtig, das Forschungswissen auch tatsächlich in die Praxis zu transferieren. In der geriatrischen Forschung sei man sehr gut aufgestellt, was die Versorgungsforschung anbetreffe. In Bezug auf die Grundlagenforschung sieht der Sachverständige noch Nachholbedarf.

**Chancen der Telemedizin**

Die Telemedizin berge aus Sicht des Sachverständigen Potenzial. Problem sei aber die hohe Entwicklungsgeschwindigkeit der Technik. Manchmal sei das Endprodukt schon veraltet, wenn es abschließend entwickelt sei. Man müsse wahrscheinlich bei der Telemedizin auf Produkte und Techniken zurückgreifen, die voraussichtlich gut handelbar und im normalen Leben über sehr lange Zeit verfügbar sein würden. Klassisches Beispiel dazu sei das Telefon. Bezogen auf das Otago-Übungsprogramm, bei dem heute fünfmal Physiotherapeuten vor Ort seien, könnten diese Einsätze teilweise durch Telemedizin ersetzt werden, und eine ständige Rückkopplung für den Patienten wäre trotzdem gegeben.

**2.1.12.2.3 Olaf Werner**

Herr Olaf Werner ist Geschäftsführer der Kur- und Klinikverwaltung und leitet das Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention in Bad Rappenau. Der Sachverständige ist außerdem Sprecher des Qualitätsverbunds Gesundheit, in dem sich 29 Rehabilitationseinrichtungen aus Baden-Württemberg zusammengeschlossen haben. Er spricht zum Thema Rehabilitation aus der Sicht eines Trägers. Thematisch geht er auf den Nutzen von Rehabilitation ein, beschreibt Verbesserungsbedarf bei Finanzierung und Antragsstellung und hebt die Bedeutung der Qualität hervor.

**Studie belegt Nutzen der Rehabilitation**

In der Reha-QM-Outcome-Studie gehe es um die Analyse des Behandlungserfolges in der Medizinischen Rehabilitation und deren Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement der Anbieter. An der Studie hätten 21 Rehabilitationskliniken aus dem Qualitätsverbund Gesundheit teilgenommen. Diese Studie habe verdeutlicht, dass Rehabilitation Gesundheit und Lebensqualität verbessere, fit für Familie und Beruf mache, Krankenstand und Pflegebedürftigkeit vermeide, Einkommen sichere und die Sozialkassen entlaste.

**Die Wirtschaft profitiert von Rehabilitation**

Rehabilitation erhalte die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und wirke damit in Zeiten des Fachkräftemangels stabilisierend. Rehabilitation sorge dafür, dass arbeitsunfähige Beschäftigte schneller wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren könnten. Es sei festgestellt worden, dass die Patienten nach der Rehabilitation um 5 Prozent niedrigere Krankschreibungsquoten hatten, die Krankschreibungsdauer sogar um 62 Prozent reduziert wurde und die Rückkehrquote von krankheitsbedingt Arbeitsunfähigen innerhalb eines Jahres je nach Indikation zwischen 75 und 83 Prozent lag.

**Keine ausreichende Finanzierung**

Die Ausgaben für Reha und Vorsorge seien zwar zwischen 1995 und 2012 um 14,5 Prozent von 7,6 auf 8,7 Mrd. Euro gestiegen. Der Anteil an den Gesamtausgaben sei jedoch im gleichen Zeitraum um fast 30 Prozent gesunken (von 4,1 auf 3,1 Prozentpunkte). Während die gesamten Gesundheitsausgaben um nahezu 62 Prozent gestiegen seien (von 185 auf 300 Mrd. Euro), sei in den Bereichen Prävention und Rehabilitation massiv gespart worden. Die Budgetdeckelung habe nachteilige Effekte für Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie hohe Folgekosten für die Solidargemeinschaft.

**Finanzierung durch die Rentenversicherung**

Der Sachverständige stellt fest, dass bei der Rentenversicherung das Budget für Rehabilitation nicht dem Bedarf entspreche. Die vorgenommene Kürzung der Verweildauer sei kontraproduktiv; Folge seien Leistungsverdichtungen in der Klinik, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Der Trend zur „Reha light“ sei aber nur vermeintlich billiger. Eine „Morbiditätskomponente“ für die künftige Bemessung des Budgets für Rehabilitation erscheine sinnvoll.

**Finanzierung durch die Krankenversicherung**

Auch bei der Krankenversicherung hätten sich die Ausgaben – trotz zunehmender Versichertenzahlen in den „reharelevanten“ Jahrgängen – kontinuierlich verringert. Aus Sicht des Sachverständigen sei hier ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung unverzichtbar. Die bisherigen Erfahrungen nach der Einführung der Rehabilitationsschiedsstelle hätten gezeigt, dass den berechtigten Ansprüchen der Kliniken noch nicht in hinreichender Weise stattgegeben werde. Es gebe noch immer eine chronische Unterfinanzierung der Kliniken.

**Investitionen und Kostensteigerungen berücksichtigen**

Um eine effiziente Versorgung auf hohem Niveau zu ermöglichen, seien Investitionen zwingend notwendig. Die zunehmende Multimorbidität der Patienten mache moderne Therapie- und Pflegekonzepte erforderlich, die von einer funktionalen Gebäudeinfrastruktur flankiert werden müssten. Solche Investitionen, steigende Personalkosten und laufende Kostensteigerungen, die zur Sicherung der Qualität anfielen, würden jedoch in den Vergütungssatzverhandlungen nicht berücksichtigt. Damit nehme der Druck auf die Leistungserbringer zu.

**Bestandsgefahr für kleinere geriatrische Rehabilitationsklinken**

In Baden-Württemberg sei es so, dass im Bereich der geriatrischen Rehabilitation ein großer Anteil der Einrichtungen kleine Häuser seien, die zwischen 20 und 40 Betten hätten. In dieser Größenordnung sei es außerordentlich schwer, die Leitungsebene (Chefarzt, Geschäftsführer, Pflegedienstleitung) wirtschaftlich darzustellen. Daher werde es wahrscheinlich so kommen, dass gerade kleine Kliniken schließen müssten, wenn sie nicht irgendwo im Akutbereich angedockt werden könnten.

**Vereinfachtes Antragsverfahren und mehr Transparenz**

Seit Jahren sei ein Rückgang der sogenannten Heilverfahren in der medizinischen Rehabilitation zu beobachten. Hieraus lasse sich schließen, dass die Zugangswege aus der ambulanten Versorgung heraus verbesserungswürdig seien. Niedergelassene Ärzte bemängelten den hohen bürokratischen Aufwand bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme, der zudem nicht angemessen vergütet werde. Im Falle der Ablehnung fehle häufig die Begründung und damit die Transparenz. 2013 seien im niedergelassenen Bereich rund 1,6 Millionen Anträge gestellt worden, von denen mehr als 600.000 – meist ohne Begründung – abgelehnt worden seien. Berentete Patienten erhielten kaum noch Rehabilitationsmaßnahmen. Es gebe Hinweise darauf, dass bestehende Rehabilitationspotenziale von den zuständigen MDK-Mitarbeitern nicht hinreichend anerkannt würden.

**Zunahme der Entlassungen ins Pflegeheim**

Die Zahl der Fälle, in denen die Akuthäuser ältere Menschen direkt ins Pflegeheim entließen, habe stark zugenommen. Der Sachverständige gibt als Größenordnung eine Steigerung um 120 Prozent in den letzten acht bis zehn Jahren an. Eine konkrete Ablehnungsquote in Bezug auf Anträge zur geriatrischen Rehabilitation könne er nicht nennen. Bedenklich sei jedoch die Tatsache, dass von allen eingelegten Widersprüchen 75 Prozent eine Zusage für die beantragte Maßnahme erhielten. Abgelehnte Patienten kämen zurück zum Hausarzt; mache dieser sich die Mühe, den Widerspruch zu formulieren, so sei dieser in der Regel auch erfolgreich.

**Mehr Entscheidungsautonomie für den mündigen Patienten**

Gerade in der Rehabilitationsbehandlung, bei der Eigeninitiative und Selbstverantwortung wesentlich zum langfristigen Therapieerfolg beitrügen, solle das heutige Rollenverständnis des „mündigen Patienten“ respektiert und gefördert werden. Dazu zähle auch das Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik. Es gebe Fälle, wo Patienten nur durch Zuzahlungen den Aufenthalt in ihrer Wunschklinik ermöglichen könnten. Damit hebelten einige Krankenkassen das in § 9 SGB IX definierte Recht über Belegungsverträge aus. Hier müsse eine bessere Aufklärung der Patienten erfolgen. Als Entscheidungshilfe seien Vergleichsportale und die Veröffentlichung von Qualitätsdaten der Kliniken sinnvoll.

**Sicherung der Qualität muss gegeben sein**

Die Mitglieder des Qualitätsverbunds Gesundheit hätten ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem eingeführt, das einen systematischen Qualitätsvergleich unter den Mitgliedern vornehme und so einen Verbesserungsprozess einleite. Die Reha-QM-Outcome-Studie habe verdeutlicht, dass systematische Qualitätssicherung auch tatsächlich zu besseren Ergebnissen führe. Umgekehrt ergebe sich daraus die Konsequenz, dass Billigpauschalen, bei denen medizinische Abstriche gemacht werden, transparent gemacht werden müssten. Wenn Zuweisungen weiterhin ungeachtet der Qualität dem günstigen Preis folgten, so habe das nicht nur negative Auswirkungen für den Patienten, sondern sei auch für die Solidargemeinschaft langfristig die teurere Lösung.

**Pflegerische und medizinische Ausbildung**

Der Sachverständige empfiehlt, die Ausbildung der Ärzteschaft in Bezug auf Rehabilitation zu stärken. Im pflegerischen Bereich halte er die Ausbildung, was die Anforderungen aus dem von ihm verantworteten Betrieben anbetreffe, für völlig ausreichend. Allerdings würden ausschließlich examinierte Pflegekräfte – in den letzten Jahren auch verstärkt aus der Altenpflege – eingesetzt.

**Entlassmanagement**

Zum Übergang von „Akut“ zu „Reha“ schildert der Sachverständige, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aus seinen Häusern bereits in umliegenden Akutkliniken zugehende Bera-

tung durchführten. Problematisch sei es, wenn Patienten in die Rehabilitationskliniken kämen, die nicht „gescreent“ seien und beispielsweise eine MRSA-Infektion erst nach der Aufnahme festgestellt werde. Grundsätzlich funktioniere das Entlassmanagement in seiner Region aber gut. In Bezug auf die Entlassung aus der Rehabilitation habe man in Bad Rappenau den Vorteil, dass drei Pflegeheime in der Nähe seien. Der überwiegende Teil der Patienten – rund 80 Prozent – werde allerdings nach Hause entlassen. Um dies abzusichern, habe man gemeinsam mit den Pflegediensten aus der Region ein sogenanntes Pflegenetz eingerichtet. Aktuell starte das Projekt „Digitale Übergabe von Informationen innerhalb der Region“, das den Informationsfluss vom Hausarzt über Krankenhaus, Rehabilitation, ambulante Dienste und wieder zurück verbessern soll.

#### 2.1.12.2.4 Dr. Michael Jamour

Herr Dr. Michael Jamour ist Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie und Physikalische Therapie und als Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in Ehingen tätig. Er legt seinen Schwerpunkt auf die geriatrische Rehabilitation und stellt deren Komplexität, Methoden und Wirksamkeit dar. Er beschreibt außerdem den volkswirtschaftlichen Nutzen der Rehabilitation und die Anforderungen an das in der Rehabilitation eingesetzte Personal.

**Zunahme der Multimorbidität im Alter**

Der Sachverständige konzentriert sich in seinem Vortrag auf die Rehabilitation bei hochaltrigen Menschen, also auf die geriatrische Rehabilitation. Er weist darauf hin, dass bei den 70- bis 85-Jährigen jeder vierte an mindestens fünf gleichzeitig zu behandelnden Erkrankungen leide. Wenn es um den Erhalt der funktionalen Gesundheit gehe, so seien ältere multimorbide Menschen vor allem darin bedroht, ihre Selbstständigkeit in den Basisaktivitäten zu verlieren, das seien die sogenannten ADL[11]-Beeinträchtigungen. Es gehe beispielweise darum, noch alleine auf die Toilette gehen oder sich anziehen zu können. Weitere Bereiche seien die kognitiven Einschränkungen und die Mobilitätsbeeinträchtigungen. Um in allen drei Bereichen am Patienten Verbesserungen zu erzielen, müssten vor allem die geriatrischen Syndrome, das heißt Stürze, Inkontinenz, Depression, Polypharmazie, Mangelernährung und auch Verwirrtheit optimal behandelt und gemanagt werden.

**Geriatrische Patienten sind hochkomplex**

Der Sachverständige verdeutlicht, dass der Umgang mit geriatrischen Patienten hochkomplex sei. Er erfordere Zeit sowie qualifiziertes und zahlenmäßig ausreichend dimensioniertes Personal. Die Vorstellung, man könne diese Patienten mit einem Tagessatz von 160 Euro adäquat rehabilitieren, sei völlig absurd. Es bedürfe dazu eines qualifizierten Teams aus verschiedenen Berufen.

**Training ist der Schlüssel zum Erfolg**

Mit dem Alter gingen physiologische Veränderungen verschiedener Organsysteme einher. Muskelkraft, Nierenfunktion, Nervenleitgeschwindigkeit und auch die Herz-Lungen-Belastbarkeit ließen nach. Dem könne durch eine ganz einfache Maßnahme entgegengewirkt werden: durch Training. Der Sachverständige bezieht sich auf eine vor mittlerweile 20 Jahren im „New England Journal of Medicine“ publizierte Studie, die bei hochbetagten – im Durchschnitt 87 Jahre alten – Heimbewohnern durchgeführt wurde, die noch gehfähig waren und zehn Wochen lang dreimal 45 Minuten pro Woche Krafttraining mit Gewichten bekamen. Patienten mit Krafttraining und optimaler Ernährung hätten in nur zehn Wochen ihre Muskelkraft um 130 Prozent steigern können. Da die älteren gebrechlichen Menschen von einem sehr niedrigen Level kämen, könnten sie in kurzer Zeit enorme Fortschritte erreichen. Sämtliche motorische Grundfähigkeiten – Kraft, Ausdauer, Balance, Koordination und Beweglichkeit –

[11] ADL steht für “activities of daily live” – also Alltagsaktivitäten

ließen sich auch im hohen Alter trainieren und verbessern. Der funktional bezogenen Prävention komme eine große Bedeutung in Bezug auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu.

**Im Alter trotz Krankheit unabhängig und selbstständig**

Viele Hochbetagte litten an Mehrfacherkrankungen. Die Betroffenen wüssten sehr genau, dass sie auf Dauer mit diesen Erkrankungen klarkommen müssten. Sie erwartetem keine Heilung. Ihre Zielsetzung sei es, trotz der Erkrankungen unabhängig und selbstständig zu bleiben oder es wieder zu werden. Ihr Wunsch sei es, wieder nach Hause zur Familie zurückkehren und am sozialen Leben teilnehmen zu können. In der Rehabilitation gehe es vor allem um die Ziele Aktivität und Partizipation. Dass vor dem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nur 1,4 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets dafür aufgewendet werde, sei bedenklich. In den letzten 20 Jahren habe sich die geriatrische Rehabilitation zu einem spezialisierten Zweig der Rehabilitationsmedizin entwickelt, der auch spezieller Ressourcen wie moderner technischer Geräte und des Know-how aus der geriatrischen Medizin bedürfe. Daher koste geriatrische Rehabilitation zwangsläufig mehr.

**Geriatrische Rehabilitation wirkt**

In Baden-Württemberg würden seit etwa 15 Jahren flächendeckend an über 30 geriatrischen Einrichtungen qualitätsbezogene Daten, die sogenannten KODAS-Daten gesammelt. Im Mittel über alle Einrichtungen hinweg hätten im Jahr 2013 knapp 80 Prozent der Rehabilitanden wieder in ihr gewohntes häusliches Umfeld zurückkehren können. Hier sei die Zielsetzung „Teilhabe“ realisiert. 70 Prozent der geriatrischen Rehabilitanden seien bei ihrer Ankunft in der Rehaklinik nicht in der Lage, ohne personelle Hilfe aus dem Bett aufzustehen und sich auf einen Stuhl oder in einen Rollstuhl zu setzen. Am Ende einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation seien es nur noch 30 Prozent, die hierzu personelle Hilfe benötigten. Vor diesem Hintergrund hält es der Sachverständige für pikant, dass für Fahrtkosten mit 4 Milliarden Euro fast doppelt so viel ausgeben werde wie für den ganzen Rehabilitations- und Vorsorgebereich.

**Geriatrische Versorgung in Baden-Württemberg**

Baden-Württemberg habe in der Geriatrieszene vor 20 Jahren als das „Musterländle“ gegolten. Alle Bundesländer hätten neidisch nach Baden-Württemberg geschaut, wie vorausschauend und visionär das Geriatriekonzept 1989 auf den Weg gebracht worden sei. Mittlerweile sei man in Bezug auf die Versorgung im Bundesvergleich nur noch im unteren Mittelfeld zu finden. Der Sachverständige ist der Ansicht, dass nicht mehr stationäre Rehabilitationsplätze in Baden-Württemberg benötig würden, sondern dass das Team, das sich dort um die Patienten kümmere, besser ausgestattet werden solle.

**Erhöhte Entlassquote ins Pflegeheim untersuchen**

Der Sachverständige beschreibt eine dramatische Erhöhung der Entlassungen vom Krankenhaus ins Pflegeheim, diese seien in nur acht Jahren um 135 Prozent angestiegen. Demografiebedingt dürfte der Anstieg maximal 20 Prozent betragen. Die Akutbehandlung verlaufe erfolgreich, aber der Patient drohe anscheinend doch pflegebedürftig zu werden. Die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus sei sicher ein Grund. Es sei nicht klar, was mit den Patienten passiere, die ins Pflegeheim entlassen würden. Es gebe keine Daten darüber, wie viele das Pflegeheim wieder verlassen würden. Mit Blick auf die demografische Entwicklung rät der Sachverständige dringend, hierauf jetzt zu reagieren. Da offensichtlich nur noch hochqualifizierte Ärzte den Rehabilitationsantrag auch so umfassend formulieren könnten, dass er beim MDK akzeptiert werde, regt der Sachverständige an, über das Berufsbild eines „Rehabilitationsmanagers“ im Krankenhaus nachzudenken.

**Volkswirtschaftlicher Nutzen von Rehabilitation**

Ein namhaftes Institut habe errechnet, welchen volkswirtschaftlichen Nutzen eine auskömmlich finanzierte geriatrische Rehabilitation hätte. Bei der Annahme, dass bei 10 Prozent der

Rehabilitanden eine Einstufung in eine Pflegestufe verhindert werden könne, ergäbe sich volkswirtschaftlich gesehen ein Einsparpotenzial von 162 Millionen Euro. Der Sachverständige hält es für wahrscheinlicher, dass sogar 30 oder 40 Prozent der Rehabilitanden nicht pflegebedürftig würden. Er verweist auf das bekannte Problem, dass die Krankenversicherung die Rehabilitation bezahle und die Pflegeversicherung der Nutznießer sei.

**Das System für den Patienten durchlässiger gestalten**

Aus Sicht des Sachverständigen greift der Hausarzt, wenn dieser feststelle, dass sein Patient abbaue und zunehmend hilfs- und pflegbedürftig werde, oft zur Einweisung in das Krankenhaus, weil der direkte Weg in die Rehabilitation durch enorme administrative Hürden behindert werde. Der Patient lande in der teuren Versorgung Krankenhaus, obwohl er in einer Rehabilitation besser und günstiger aufgehoben wäre. Hier müsse dringend die Gesetzgebung geändert werden, damit das System durchlässiger werde.

**Der richtige Ort für geriatrische Rehabilitation**

Die geriatrische Rehabilitation bewege sich an der Schnittstelle zwischen Akutmedizin und Rehabilitation. Stark aufgestellte Rehabilitationszentren seien, wenn sie Internisten und Neurologen hätten, in der Lage, auch geriatrische Patienten adäquat zu versorgen, weil da Synergieeffekte genutzt werden könnten. Wo geriatrische Rehabilitation am Krankenhaus angesiedelt sei und gleichzeitig schon Akutgeriatrien da seien, was in Baden-Württemberg zunehmend im Kommen sei, da seien auch Geriater und ein Therapeutenteam vorhanden. Der Sachverständige schlägt vor, geriatrische Rehabilitation dort zu verorten, wo leistungsfähige Einrichtungen seien und die Strukturqualität gegeben sei. Mit Blick auf die Verteilung im Land müsse zwingend die Wohnortnähe berücksichtigt werden.

In Bezug auf zukünftige Modelle empfiehlt der Sachverständige, über eine gewisse Form von Phasenmodell – ähnlich wie in der Neurologie – nachzudenken. Die eher leicht betroffenen geriatrischen Patienten könnten in ein Rehabilitationszentrum, die eher schwer betroffenen würden im Krankenhaus bleiben, aber dann mit einer ganz anderen finanziellen Ausstattung.

**Geriatrische Medizin stärken**

In Deutschland gebe es 36 Medizinische Fakultäten, aber nur an sieben Medizinischen Fakultäten sei ein Lehrstuhl für Geriatrie angesiedelt. Dies müsse angegangen werden, auch um es für junge Menschen attraktiver zu machen, in diesen Fachbereich zu gehen und Karrieremöglichkeiten zu finden. Im Medizinstudium gebe es jetzt das Querschnittsfach „Medizin im Alter“. Gleichzeitig arbeiteten die jungen Kolleginnen und Kollegen im Fallpauschalensystem und lernten vom ersten Tag an in der Klinik, dass der Patient schnell wieder raus müsse. Dies sei ein Widerspruch. Die funktionsorientierte Medizin müsse nach vorne gebracht werden. Der Sachverständige begrüßt, dass es inzwischen das geriatrische Curriculum der Bundesärztekammer gebe, also einen 60-Stunden-Lehrgang für Hausärzte, um sie in den wichtigsten geriatrischen Fragestellungen fit zu machen. Er regt an, über eine Teilnahmepflicht für Hausärzte zu diskutieren.

**Demenzkranke Menschen profitieren von Rehabilitation**

Der Vorteil im geriatrischen Team sei, dass Pflegemitarbeiter, Therapeuten und Ärzte im Bereich Demenz bereits gut ausgebildet und gut geschult seien. Der Sachverständige erläutert, dass die Effektivität im leichten bis mittelgradigen Stadium der Demenz gegeben sei und dort im Bereich der Mobilität die gleichen Fortschritte erzielt werden könnten wie bei den kognitiv Gesunden. Nur in der Endphase der demenziellen Entwicklung, wenn keine Lernfähigkeit mehr möglich und der Patient nicht mehr therapierbar sei, mache Rehabilitation keinen Sinn mehr.

### 2.1.13 Öffentliche Anhörung am 3. Juli 2015 zum Thema „Pflegekammer“

#### 2.1.13.1 Beschreibung der Anhörung

Am 3. Juli 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 11. Sitzung der Enquetekommission eine rund zweieinhalbstündige öffentliche Anhörung zum Thema „Pflegekammer“ statt.

Es wurden folgende sachverständige Personen angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Dr. phil. Helmut Müller
  1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e. V.; Vorsitzender des Dachverbands der Pflegeorganisationen (DPO) und Mitglied der Landespflegekonferenz

- Bernhard Schneider
  Hauptgeschäftsführer Evangelische Heimstiftung GmbH

- Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner
  Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft

- Tom Rutert-Klein
  Leiter der Abteilung 65 Sozialversicherungen,
  Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Zur Vorbereitung auf die Anhörung stellte die Enquetekommission folgende **Leitfragen**:

1. Was sind die Aufgaben einer Pflegekammer? Wie ist ihr organisatorischer Aufbau? Welche konkreten Bereiche sollten zum Betätigungsfeld einer Pflegekammer sinnvollerweise gehören?
2. Wer müsste Mitglied der Pflegekammer werden? Gibt es Optionen zwischen Pflichtmitgliedschaft und freiwilliger Mitgliedschaft? Wie hoch ist der Mitgliedsbeitrag?
3. Welche Leistungen könnte eine baden-württembergische Pflegekammer für ihre Mitglieder erbringen?
4. Welche Gliederung, organisatorische und personelle Aufstellung sollte eine Landespflegekammer in Baden-Württemberg haben?
5. Wie ist die Abgrenzung der Pflegekammer zu Dachorganisationen und Pflegeräten?
6. Worauf sollte, könnte, dürfte eine Pflegekammer auf Landesebene Einfluss nehmen?
7. Welche Möglichkeiten gibt es für die Vertretung der Interessen der in der Pflege Beschäftigten? Welche Vor- oder Nachteile hat eine Pflegekammer mit Pflichtmitgliedschaft gegenüber dem Status quo oder anderen Alternativen, wie zum Beispiel dem bayrischen Modell eines „Pflegerings“ oder einer Kammer ohne Pflichtmitgliedschaft?
8. Was kann eine Pflegekammer für die „Pflege“ auf Landesebene und beim Zusammenschluss mehrerer auf Bundesebene bewirken, insbesondere für die Beschäftigten und Auszubildenden sowie die Pflegebedürftigen?
9. Welche Alternativen gibt es zu einer Pflegekammer?
   a. Berufsrechtlich geregelte Vorbehaltsaufgaben,
   b. stärkere, teilautonome Stellung im GBA,
   c. eigenes Verordnungsrecht im Recht der GKV.
10. Ist das bayrische Modell eine solche Alternative? Wie weit sind die übrigen Länder bei der Planung/Einführung einer Pflegekammer?
11. Ist eine Befragung der Angehörigen der Pflegeberufe zur Einführung einer Kammer geplant? Durch wen und mit welcher Fragestellung?

12. Welche Gruppen von Pflegekräften haben ein ausgeprägtes Interesse an einer Pflegekammer, welche eher nicht; und welche Folgen hat ein unterschiedlich ausgeprägtes Interesse an der Verkammerung für die Akzeptanz und Legitimität von Pflegekammern?
13. Was sind die Vorteile einer Pflegekammer für alle Akteure in der Pflege?
14. Welche Effekte auf die Qualität und Qualifizierung der Pflegekräfte könnte eine Pflegekammer haben?
15. Welche Effekte auf das Image von Pflegeberufen könnte eine Pflegekammer haben?
16. Welche Innovationen für die Pflege erhoffen Sie sich von einer Pflegekammer?
17. Was wären die positiven Effekte einer berufspolitischen Mobilisierung der Pflegekräfte, was könnten negative Folgen sein? Welche Effekte auf die politische Mitsprache bzw. Teilhabe der Pflege könnte eine Pflegekammer haben?
18. Was sind die Nachteile einer Pflegekammer?
19. Erzeugt die Einsetzung einer Pflegekammer zusätzlich Bürokratie?
20. Passt das Konzept der Pflegekammer zu einem in sich heterogenen und ganz überwiegend von abhängig Beschäftigten geprägten Beruf?
21. Die Durchlässigkeit der Gesundheitsberufe wird zunehmend bedeutsamer. Macht es da Sinn, für die Pflege eine eigene Kammerorganisation vorzusehen?
22. Wie sehen Sie die Problematik, dass Pflegende häufig abhängig Beschäftigte sind und das Kammerrecht das Direktionsrecht der Arbeitgeber tangieren könnte?

#### 2.1.13.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

##### 2.1.13.2.1 Dr. phil. Helmut Müller

Nach Vorbemerkungen zur Selbstverwaltung beschreibt der Sachverständige den Ablauf der Pflegekammererrichtung in Rheinland-Pfalz und die Aufgaben und Zielsetzungen einer Pflegekammer. Außerdem geht er noch auf eine Pflichtmitgliedschaft und das Verhältnis zu Gewerkschaften und Trägerverbänden ein.

**Gedanken zur „Verkammerung“**

Der Gedanke zur Einforderung pflegerischer Selbstverwaltung sei mit der Änderung des Krankenpflegegesetzes 1985 aufgekommen, nach welchem Pflege nicht nur als ausführende Tätigkeit definiert werde, sondern auch eigenverantwortliche Aufgaben habe.

Wie immer bei neuen Projekten lägen bei den Betroffenen oder sich betroffen Fühlenden Skepsis bis Ablehnung, aber auch Begeisterung eng beieinander.

In den Pflegeverbänden habe es über mindestens zehn Jahre einen intensiven Diskussionsprozess über diese Form der Selbstverwaltung gegeben, der zur einhelligen Forderung nach Errichtung einer Pflegekammer geführt habe.

**Ablauf in Rheinland-Pfalz**

Rheinland-Pfalz (RLP) habe gezeigt, dass eine Pflegekammer nicht von berufsfremden, weit der Praxis enthobenen Funktionären ausgedacht sei, sondern in dem ergriffenen Pflegeberuf benötigt werde, um, wie in den Berufszulassungsgesetzen – dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz – formuliert, eigenverantwortliche Tätigkeiten ausüben zu können.
Wenn in Rheinland-Pfalz am 1. Januar 2016 die Pflegekammer starte, müsse dabei auch immer antizipiert werden, was die Pflegekammer machen solle, und man habe mit dem scheinbar normativ festgesetzten Faktischen zu kämpfen: „So haben wir doch immer schon gearbeitet, und daran wollen wir doch bitte schön nicht rühren.“

Die Pflegekammer sei im Heilberufsgesetz RLP verortet, zusammen mit anderen schon lange verkammerten Berufen, wie beispielsweise Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Tierärzte. Dahin gehöre auch die Pflege – auf Augenhöhe mit den anderen.

Der einstimmige parteiübergreifende Landtagsbeschluss zur Errichtung einer Pflegekammer sei ein Beweis des Vertrauens und des Respekts vor der Arbeit der Pflegenden und Ansporn, dieser Verantwortung in der Pflege der Menschen in Rheinland-Pfalz auch gerecht zu werden.

**Aufgaben und Zielsetzungen**

Die Kammer habe die im Heilberufsgesetz RLP festgelegten Aufgaben. Die Wahrung des Ansehens des Berufsstands bedeute Kooperation in gegenseitigem Respekt und nicht Konkurrenz zu den anderen Berufsgruppen. In weiten Teilen seien Pflegeangelegenheiten bundesrechtlich geregelt, aber die Ausführung sei Sache der Länder. Es erwachse ein großer Bedarf an Pflegesachverstand, u. a. bei der Mitwirkung im Landespflegeausschuss, im gemeinsamen Gremium nach dem SGB V oder im Krankenhausplanungsausschuss.

Eine Pflegekammer sei nicht Selbstzweck für Pflegefunktionäre, sondern habe eine doppelte Zielsetzung. Sie diene dem Schutz der Bevölkerung vor „unsachgemäßer“ Pflege und dem Schutz der beruflich Pflegenden vor „unsachgemäßen“ Anforderungen. Jedem, der in diesem Land pflegebedürftig ist oder von Pflegebedürftigkeit bedroht ist – egal, in welchem Pflegesetting –, müsse die bestmögliche pflegerische Versorgung nach dem Pflegewissensstand gewährleistet werden. Von ihrem Wesen her sei Pflege eine typische personenorientierte Dienstleistung und entziehe sich damit einer tayloristischen Betrachtung und Arbeitsweise.

**Pflichtmitgliedschaft**

Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz seien alle, die eine mindestens dreijährige Ausbildung in einem der zur Zeit noch drei Pflegeberufe durchlaufen hätten.

Als Totschlagargument werde immer wieder angeführt, die Zwangsmitgliedschaft sei demokratiefeindlich. Eine Kammer habe die gesetzliche Aufgabe, den Berufsstand zu repräsentieren und seine Belange gegenüber Dritten zu vertreten. Das bedeute im Umkehrschluss, dass auch alle Berufsangehörigen Mitglied der Kammer seien. Eine Kammer ohne verpflichtende Mitgliedschaft sei keine Kammer. Die bayrischen Überlegungen eines Pflegerings würden von den Pflegeverbänden einhellig abgelehnt.

**Verhältnis zu Gewerkschaften und Trägerverbänden**

Die Gewerkschaften, Trägerverbände und große Träger habe man durch Argumentationen und das Aufzeigen, kein Konkurrenzunternehmen errichten zu wollen, für die Pflegekammer begeistert. Es sei nicht geplant, den Arbeitgebern dirigistisch etwas aufzudrücken.

Der Dreiklang aus Kammer, Berufsverband und Gewerkschaft stärke den Pflegeberuf. Mit dieser Botschaft sei man durch das Land gezogen und habe in Rheinland-Pfalz auch ver.di erreicht. Deren Mitglieder, die in der Gründungskonferenz – jetzt im Gründungsausschuss – mitarbeiteten, arbeiteten konstruktiv mit und brächten ihre Sichtweisen ein.

**2.1.13.2.2 Bernhard Schneider**

Der Sachverständige, Herr Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung, setzt sich mit den von den Befürwortern angeführten Argumenten wie Unterstützung und Beratung, bessere Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen, einheitliche Interessensvertretung, Mitbestimmung und Qualitätssicherung sowie mit der Frage einer Zwangsmitgliedschaft auseinander.

**Vorbemerkungen**

Der Sachverständige betont vorab, er sei kein vehementer Pflegekammergegner, sondern jemand, der kritische Fragen stelle und nach sachlichen Argumenten suche.

Genauso wichtig wie gute Ideen seien gute Argumente. Man könne zumindest die Frage stellen, ob die Gründung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz wirklich eine gute Idee sei. Zu diesem Thema könnten viele oder alle etwas sagen. Nach seinem ersten Fazit hält der Sachverständige Pflegekammern für unnötig. Es mangele bereits an der Grundvoraussetzung, da nur 5 Prozent der Pflegenden als „Freie“ berufsständisch tätig seien. Die meisten, also 95 Prozent, seien angestellt bzw. beschäftigt. Bundesweit gebe es 12.400 Pflegeheime, 12.300 Pflegedienste und 2.000 Krankenhäuser. In Baden-Württemberg seien es 1.600 Pflegeheime.

Pflegekammern könnten diese Unternehmen nicht vertreten. Berufsständische Aufgaben wie bei Kammern der freien Berufe fielen bei Pflegeberufen nicht an. Es stelle sich die Frage, wer Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte vertrete.

**Unterstützung und Beratung**

Sein zweites Fazit laute, für die Unterstützung im Pflegealltag und für Beratung brauche es keine Pflegekammer. Er frage sich, ob wirklich 16 plus 1 Pflegekammern aufgebaut werden müssten. Es würden Doppel- und Dreifachstrukturen entstehen. Er habe schon gehört, wenn Baden-Württemberg einmal eine Landespflegekammer hätte, dann müsste es den Regierungsbezirken entsprechend auch noch regionale Kammern geben. Institute, Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände und Träger böten bereits heute zahlreiche Fachtagungen und Beratungen an. Das Rechtsberatungsverbot würde auch für Pflegekammern gelten.

**Bessere Bezahlung des Pflegepersonals**

Die Tarifautonomie liege in Händen der Sozialpartner und würde durch die Einführung einer Pflegekammer nicht berührt. Mit der Einrichtung einer Pflegekammer wäre unweigerlich eine Zwangsmitgliedschaft verbunden. Die Kosten, deren Höhe heute nicht absehbar sei, müssten ausschließlich die Mitglieder tragen. Fazit sei: Die Pflegekammer könne keine bessere Bezahlung der Pflegenden durchsetzen. Vielmehr würden auf diese zusätzliche Kosten zukommen.

**Bessere Arbeitsbedingungen**

Arbeitsbedingungen in der Pflege würden für Pflegedienste und Pflegeheime auf der gesetzlichen Grundlage im Rahmen der Selbstverwaltung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern verhandelt. Die Evangelische Heimstiftung und die Gewerkschaften kämpften zusammen mit anderen Verbänden seit Jahren für bessere Personalschlüssel in der Pflege und eine höhere Fachkraftquote. Die Pflegekammer wäre lediglich ein weiterer Player am Tisch. Sie hätte auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nur einen marginalen Einfluss.

**Einheitliche Interessensvertretung**

Bei der Entscheidung über die Einrichtung einer Pflegekammer sei zu fragen, wessen Interessen durch die Pflegekammer vertreten würden und ob es die der Pflegefachkräfte seien.

Die Pflege werde aber in Pflegediensten und Pflegeheimen im Kontext mit vielen Berufsgruppen erbracht, u. a. Hauswirtschaft, Sozialdienst und Betreuungskräfte. Pflegende hätten mit Berufsverbänden, Gewerkschaften und zahlreichen Netzwerken bereits jetzt viele Möglichkeiten, ihre Interessen deutlich vertreten zu lassen. Eine einheitliche Interessenvertretung würde es durch die Pflegekammer nicht geben. Sie würde wichtige Akteure in der Pflege ausschließen. Deren Interessen müssten aber auch mit deren Verbänden abgestimmt werden.

**Mitbestimmung an pflegerelevanten politischen Entscheidungen**

Alle politischen Entscheidungen, zum Beispiel zum SGB XI und SGB V, seien pflegerelevant. Es stelle sich die Frage: Wann wäre die Pflegekammer und wann zum Beispiel ein Wohlfahrtsverband oder ein Dienstgeberverband Ansprechpartner für die Politik? Die häufig ausgesprochene Hoffnung: „Wenn ich eine Pflegekammer hätte, hätte ich einen Ansprechpartner für das ganze Thema Pflege“, sei eine Illusion. Die Pflegekammern müssten sich

selbstverständlich mit allen anderen Akteuren der Pflegebranche, insbesondere den Leistungserbringer-Verbänden, abstimmen. Den erhofften *einen* Ansprechpartner für die Pflege in Form von 16 plus 1 Pflegekammern werde es deshalb nicht geben.

**Qualitätssicherung**

Unter Bezugnahme auf die Pflegekammerbefürworter vertrat der Sachverständige die Meinung, die Lufthoheit des MDK und damit der Pflegekassen in Fragen der Qualität müsse gebrochen werden. Pflegequalität könne nicht einseitig von Kassen und MDK festgelegt werden. Es bedürfe auch der Einbeziehung von Pflegesachverständigen und von Einrichtungsverbänden. Für einheitliche Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder für ein Punktesystem und Fortbildungsverpflichtungen bestünden bereits bewährte Ansätze. Ein bürokratischer Überbau von Landespflegekammern wäre für einheitliche Qualitäts- und Fortbildungsstandards unnötig. Vielmehr sollten bereits bewährte Verfahren und Strukturen genutzt werden.

Zweifelhaft sei, ob die von den Befürwortern aufgestellte Forderung: „Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege“, ernst gemeint sei. Es stellten sich die Fragen, wo unsachgemäße Pflege passiere und wie die Pflegekammer bei der Pflege durch Angehörige, mobile Pflegedienste oder im Pflegeheim aktiv werden solle. Der Schutz durch verantwortliche Träger, durch ein gutes Qualitätsmanagementsystem, durch Kontrolle durch Angehörige, durch die Ärzte, die ins Haus kommen, durch die Heimaufsicht und durch den MDK sei gut ausgebaut. Die Pflegekammern könnten den Schutz vor unsachgemäßer Pflege nicht garantieren.

**Pflichtmitgliedschaft**

Alle Pflegefachkräfte müssten für die Leistungen zahlen, die sie schon heute erhalten könnten. Es sei zweifelhaft, ob sich durch eine Zwangsmitgliedschaft in einer Pflegekammer eine persönliche Bereitschaft zum Engagement entwickle. Diese Möglichkeit bestehe bereits in den Berufsverbänden, Gewerkschaften und anderen Netzwerken.

Die Berufsverbände und Netzwerke sollten sich eher fragen, wie sie Pflegende zu Engagement motivieren könnten. Beim Thema Pflegekammer und beim Thema Motivation habe er immer ein Bild der extrinsischen Motivation vor Augen: Man werde dazu gezwungen, sich zu engagieren. Auf lange Sicht zahle sich eher die intrinsische Motivation aus. Deshalb sei er der Meinung, Pflegekammern würden die in der Pflege bestehenden Probleme nicht lösen.

**2.1.13.2.3 Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner**

Der Vortrag des Sachverständigen untergliedert sich in das veränderte Aufgabenspektrum der Pflegeberufe, die vorgetragene Kritik an der Errichtung von Pflegekammern, die Pflichtmitgliedschaft, Information der Berufsangehörigen, Finanzierung und identitätsstiftende Wirkung.

**Veränderte Anforderungen an die Pflegeberufe**

Die Anforderungen an die Pflegeberufe hätten sich seit 1995 erheblich verändert. Insbesondere durch das Pflegeversicherungsgesetz seien Aufgaben auf die Pflege zugekommen wie die Feststellung von Pflegebedarf, die Prozesssteuerung und die Beratung.

Die Bewohnerschaft in der stationären Versorgung habe sich ebenfalls deutlich verändert. Hier sei auch viel an medizinischen Leistungen bzw. pflegemedizinischen Leistungen, zum Beispiel Wundversorgung, zu leisten. Es sei nicht mehr so einfach, zwischen Alten- und Krankenpflege zu trennen.

Auch in der Intensivpflege in bundesdeutschen Krankenhäusern hätten sich in den vergangenen Jahren das Aufgabenspektrum und das Selbstverständnis der Pflegeberufe deutlich geän-

dert. Die repräsentative Studie „Pflege-Thermometer 2012“ habe gezeigt, die Pflegefachkräfte nähmen in erheblichem Maße steuernde, klinisch einschätzende und auch therapieführende Aufgaben wahr.

Insofern sei wie bei anderen Heilberufen die Zeit reif für eine berufsständische Selbstverwaltung mit dem Ziel, die Beruflichkeit voranzubringen und dort zu wirken sowie auf der anderen Seite die Versorgung mit sicherzustellen.

Der renommierte Jurist Gerhard Igl habe festgestellt, das veränderte Leistungsrecht habe die Pflegeberufe mit ihrer Fachlichkeit zu einem wichtigen Faktor des Leistungsgeschehens gemacht. Alle in seine Analyse einbezogenen Pflegeberufe, die der Gesundheits- und Krankenpflege sowie die der Altenpflege, übten Heilkunde aus bzw. hätten einen heilkundlichen Schwerpunkt. Dies ergebe sich bereits aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002 zum Rechtsstreit über die Zuständigkeit für die Regelung der Altenpflegeausbildung.

Konsequenterweise seien im zur Zeit kursierenden vorläufigen Arbeitsentwurf des BMFSFJ/BMG zum neuen, generalistischen Pflegeberufsgesetz erstmals im § 4 ausdrücklich vorbehaltende Tätigkeiten für die Berufsangehörigen formuliert wie Feststellung des Pflegebedarfs, Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität.

**Auseinandersetzung mit der vorgetragenen Kritik**

Regelmäßig werde behauptet, Pflegekammern würden die bestehenden Probleme unzureichender Arbeitsbedingungen, geringer Gehälter, Personalmangel und Qualitätsprobleme in der Pflege nicht lösen können. Hierbei handle es sich um Selbstkritik. In den letzten 20 Jahren sei die Situation nicht verbessert worden, sondern habe sich zugespitzt. Ein „Weiter so“ könne die Probleme nicht lösen. Den Kritikern gehe es offensichtlich nicht darum, weiterzukommen. Jetzt müsse der Hebel tatsächlich umgelegt und gesagt werden, was in den nächsten zehn, fünfzehn Jahren gemacht werden soll. Die Pflegelandschaft müsse modernisiert werden. Dazu gehörten die berufliche Selbstverwaltung und die Generalisierung, die den Altenpflegeberuf als solchen vielleicht in einen Gesamtberuf integriere.

**Pflichtmitgliedschaft**

Es gehe um einen Heilberuf. Mit der vorhandenen Verantwortung bilde die Pflichtmitgliedschaft die Grundlage einer berufsständischen Selbstverwaltung. Sie sei die Eintrittskarte in einen Beruf, der auf die Augenhöhe mit den anderen Heilberufen aufsteige.

Für die zu leistende Arbeit einer Kammer in ihren Ausschüssen bezüglich der Themen Qualität und Modernisierung der gesamten Fort- und Weiterbildung brauche man jede Menge Berufsangehörige, die sich in der Kammer engagierten. Über eine Pflichtmitgliedschaft gelinge es, größere Kreise zu erreichen, zu solidarisieren und für die Mitarbeit zu gewinnen. Es zeichne sich ab, dass das Engagement mittelfristig nicht darunter leiden, sondern sich verstärken werde. Er gehe auch davon aus, dass mittelfristig die Gewerkschaften, Berufsverbände und Kammern sehr wohl zusammenwirken würden.

**Information, Befragung oder Abstimmung**

Es bestehe ein enormer Informationsbedarf. Die Materie sei auch für die Berufsangehörigen schwierig. Nach der Analyse des Sachverständigen habe sich gezeigt, dass dort, wo die Berufsangehörigen im Vorfeld von Befragung oder Abstimmung besonders gut informiert worden seien, die Zustimmung signifikant zugenommen habe. Dort, wo nicht informiert worden sei – wie in Hamburg, wo die Menschen mehr oder minder überfallen worden seien –, hätten 56 Prozent der Befragten gesagt, dass sie zum ersten Mal davon hörten. Sie hätten dann die Frage gestellt bekommen: „Wollt ihr eine Kammer, die euch eine Zwangsmitgliedschaft aufdrängt und die euch Mitgliedsbeiträge abringt? Stimmt ihr einer solchen Kammer zu?“ Da

hätten sie gesagt: „Nein, einer solchen Kammer nicht; da gib mir lieber eine andere.“ Vor diesem Hintergrund sei das verständlich. Das sei unseriös gewesen. Er appelliere dahingehend, dass man erst informiere, bevor man sich für einen Weg entscheide. Rheinland-Pfalz habe als einziges Land eine Urabstimmung herbeigeführt. Ein erheblicher Teil, 7.500 Pflegende, hätten sich daran beteiligt, obwohl sie sich hätten registrieren lassen müssen; das sei natürlich aufwendig gewesen.

**Finanzierung**

Modernisierung der Pflege und ihre Finanzierung seien immer wichtige Themen. Wenn über Generalisierung oder Akademisierung gesprochen werde, werde nach den Kosten für das Land und die Hochschulen gefragt. Bei der beruflichen Selbstverwaltung habe man dieses Problem nicht. Es bestehe die Chance, einen Schritt in Richtung Modernisierung zu gehen, ohne große oder überhaupt finanzielle Belastungen zu haben. Bei einer Gesetzesinitiative zu einem Heilberuf-Kammergesetz würde ganz oben stehen: „Finanzielle Auswirkungen: keine“.

**Imagegewinn und Identitätsstiftung**

Der Imagegewinn sei extrem wichtig. In Rheinland-Pfalz und auch in anderen Bundesländern gebe es Schlichtungsstellen als Anlaufstellen für die Bevölkerung. Im Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg habe er nichts gefunden. Für die Wahrnehmung einer Kammer in der Bevölkerung sei enorm wichtig, zur Kammer hingehen und sich dort beschweren zu können: „Ich glaube, mein Vater ist hier nicht richtig gut versorgt worden.“

Es sei von einer auf Dauer bestehenden identitätsstiftenden Wirkung auszugehen, wenn alle Pflegekräfte sozusagen in einer Organisation verbunden seien – egal, ob sie im ambulanten Bereich, auf dem Land oder in einem großen Uniklinikum arbeiteten. Allein der Prozess der letzten zweieinhalb Jahre in Rheinland-Pfalz sei identitätsstiftend gewesen.

Pflegekräfte im Ausland sagten auf Kongressen oder in Einrichtungen immer wieder: „Das ist ein Statement, das ist eine Grundlage, das ist eine Verordnung, das ist ein Hinweis unserer Kammer, unserer berufsständischen Vereinigung.“

**2.1.13.2.4 Tom Rutert-Klein**

Der Sachverständige, Herr Tom Rutert-Klein, Abteilungsleiter beim Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, macht Ausführungen zum Ablauf der Einrichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz, zum Verhältnis zu den Gewerkschaften, zu den Aufgaben und zu der Beitragshöhe.

**Ablauf in Rheinland-Pfalz**

Die Grundsatzentscheidung sei im Frühjahr 2011 gefallen. Die Verbände in Rheinland-Pfalz hätten unisono und sehr schnell erklärt, sie seien schon immer für eine Pflegekammer gewesen. Die zweite Hürde sei gewesen, dass sich eine Mehrheit der Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz für eine Kammer ausspreche. Bei der Frage, ob eine Abstimmung durchgeführt oder eine demoskopische Umfrage in Auftrag gegeben werden solle, will der Sachverständige sich zurückhalten. Aus seiner Sicht bestehe bei jeder Methode die unabdingbare Notwendigkeit, dafür zu sorgen, dass die Pflege wirklich wisse, worum es gehe. Je besser die Pflegenden informiert seien, je besser sie sich informiert fühlten, umso größer werde die Zustimmungsrate sein. Parallel zu der geplanten Abstimmung in Rheinland-Pfalz habe es eine massive Informationskampagne mit über 200 Veranstaltungen und einkalkulierten 11.000 Teilnehmern in Krankenhäusern, Einrichtungen usw. gegeben, in der auch Vertreter von ver.di als Kritiker aktiv einbezogen worden seien. Vor Ort hätten möglichst viele erreicht und ihnen erklärt werden sollen, was die Pflegekammer bedeute und dass sie, wenn sie sich dafür registrieren ließen, mit Ja oder Nein votieren könnten. Das sei ein Kraftakt gewesen, der sich gelohnt habe. Die nächste Hürde sei die Änderung des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes (HeilBG)

gewesen. Man habe sich bewusst gegen ein Kammergesetz entschieden, da 122 Paragrafen sowieso einer grundlegenden Revision zu unterziehen gewesen seien. Es seien zwei Anhörungen durchgeführt worden, einmal zum HeilBG selbst, einmal speziell zum Thema Pflegekammer.

Zur Einrichtung der Pflegekammer sei ein Vorgremium gebildet worden, der sogenannte „Gründungsausschuss“. Der Gründungsausschuss habe genau ein Jahr Zeit – zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2015 –, die eigentliche, letzte Vorbereitung zu treffen, nämlich die Wahl zur Vertreterversammlung zu organisieren, durchzuführen, auszuwerten, auszuzählen und dann dafür Sorge zu tragen, dass im Januar 2016 eine Einladung an die dann Gewählten für die konstituierende Sitzung herausgehen kann. Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz als solche werde somit zum 1. Januar 2016 errichtet sein.

Für die Arbeit des Gründungsausschusses benötige man einen Personalbestand. Im Hinblick auf die schlanke und trotzdem schlagkräftige Kammer handle es sich um einen kleinen Stab richtig engagierter Leute, der unglaublich viel arbeite. Was dort gemacht werde, könne noch nicht aus Einnahmen der Kammermitglieder finanziert werden. Der Gründungsausschuss sei zwar auch schon eine Körperschaft unter der Rechtsaufsicht des Ministeriums, habe aber keine Einnahmen. Er bekomme vom Land Rheinland-Pfalz einen Zuschuss für seine Arbeit, habe aber am Kapitalmarkt auch ein Darlehen aufgenommen. Wenn ab Mitte 2016 die ersten Einnahmen aus den Kammerbeiträgen flössen, könne mit der Rückzahlung des Kredits begonnen werden. Der Gründungsausschuss komme nach seiner Kalkulation mit grob 1,6 Mio. Euro – der Haushalt sei auch aufgestellt worden – über das Jahr. Dabei seien auch Mittel für die Fortführung der Informationskampagne einkalkuliert. Personal, Verpflichtungen aus dem Kredit, angeschafftes Mobiliar, Software und Hardware würden vom Gründungsausschuss in die eigentliche Kammer überführt. Stellen müssten nicht neu ausgeschrieben werden.

Der Gründungsausschuss erstelle bis zum 16. Oktober 2015 das Wählerverzeichnis. Man habe jetzt schon Adressen von über 31.000 Pflegekräften. Bezogen auf ganz Rheinland-Pfalz sei von rund 40.000 Pflegekräften auszugehen. Es müssten sich jetzt noch alle registrieren lassen und nachweisen, dass sie wirklich in der Pflege arbeiten. Dafür gebe es einen Meldebogen und ein Meldeverfahren. Da sie nach einer im Heilberufsgesetz ausdrücklich vorgesehenen Regelung zum Großteil von ihren Arbeitgebern gemeldet worden seien, sei davon auszugehen, dass alle wirklich in der Pflege beschäftigt und dafür entsprechend ausgebildet seien.

**Verhältnis zu den Gewerkschaften**

Eine Pflegekammer sei kein Konkurrenzunternehmen zu den Gewerkschaften und bedrohe damit auch nicht deren Existenzberechtigung. Tarifpolitik sei und bleibe Aufgabe der Tarifparteien. Wer anderes mutmaße, tue dies wider besseres Wissen und versuche, auf diesem Weg dem Kammergedanken Schaden zuzufügen, indem er eine Konkurrenzsituation herbeirede, die es so nicht geben werde. Das Beispiel von Rheinland-Pfalz zeige, dass man auch immer mit den Kritikern geredet habe. Ver.di habe zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine absolut konstruktive Grundhaltung zum Thema Pflegekammer eingenommen, von Anfang an die dort wichtigen Belange mit eingebracht und in der Gründungskonferenz eine tragende Rolle gespielt. Ver.di-Vertreter rüsteten sich für eine Kandidatur für die Vertreterversammlung auf einer eigenen oder anderen Liste.

**Aufgaben einer Pflegekammer**

Eine Pflegekammer diene nicht der Entlastung des Staates von Aufgaben. Im Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz werde überhaupt keine staatliche Aufgabe auf die Kammer verlagert. Die Berufszulassung regle ein Landesamt. Die Tatsache, dass eine Pflegekammer nicht für das sprichwörtliche „Alles“ zuständig sei, entwerte sie nicht, sondern ermögliche ihr die Konzentration auf die ihr übertragbaren und übertragenen Aufgaben und deren wirksame Wahrnehmung in engem Schulterschluss mit ihren Kammermitgliedern.

Mit der Vertreterversammlung entstehe ein „Parlament der Pflege“. Die Gewählten seien aktive Pflegekräfte und wüssten, was im Berufsalltag derjenigen, die sie dort repräsentierten, eine Rolle spiele. Das Parlament der Pflege werde eine Bündelung von Kräften, Ideen und auch Konzepten bedeuten. Es unterstehe der Rechtsaufsicht und nicht der Fachaufsicht. Wenn Verordnungen und Satzungen beschlossen würden, seien diese natürlich der Rechtsaufsicht zur Genehmigung vorzulegen. Welche Ausschüsse sie bildeten, welche Themen sie besetzten, ob sie Veranstaltungen zu irgendwelchen Themen machten, unterliege der Selbstverwaltung.

Die Zahl der Kammerkritiker bzw. -gegner sei überschaubar. Sie verfügten nicht über wirklich überzeugende Gründe gegen eine Kammer. Arbeitgeber, die einem paternalistischen Weltbild folgten, seien in der Minderheit und isoliert.

**Beitragshöhe**

Es gebe Vorentscheidungen; aber diese müssten erst von der zu wählenden Vertreterversammlung aufgegriffen, in der Beitragsordnung umgesetzt werden und auch Bestand haben. Diese Beitragsordnung müsse vom Land Rheinland-Pfalz als Rechtsaufsicht genehmigt werden. Nach dem Gesetz könnte die Kammer die Mitglieder sogar beitragsfrei stellen, wenn sie meine, trotzdem den Haushalt aufstellen zu können. Es sei ganz bewusst eine Regelung vorgesehen, dass aus sozialen Gründen selbst ein Mindestbeitrag, der im Moment diskutiert werde, bei einzelnen Gruppen, die es sich nicht leisten könnten, nicht greife.

Ansonsten sei die Konzeption im Gründungsausschuss im Moment die: Es gebe einen Mindestbeitrag, und es werde ein prozentualer Anteil, der sich nach dem Bruttoeinkommen berechne, draufgerechnet. Ziel dessen sei, eine soziale Staffelung zu haben und zu verhindern, dass – überspitzt gesagt – eine einfache in der ambulanten Pflege beschäftigte Kraft denselben Beitrag zahle wie die Pflegedirektorin bzw. der Pflegedirektor eines großen Krankenhauses oder dergleichen. Es klaffe eine gewisse Lücke bezogen auf die Brutto- und Nettoeinkommen, die beim Beitrag bedacht werden sollte. Der Gründungsausschuss bewege sich dabei im einstelligen Bereich für die „normale“ Pflegekraft. Das hänge davon ab, welche Aufgaben sich die Kammer vornehme, wie sie den ersten Haushalt aufstelle, was sie alles an Aufgaben erledigen wolle. Danach werde umgerechnet, was das für den Beitragssatz bedeute.

## 2.2 Verbändeanhörung

### 2.2.1 Beschreibung der Anhörung

Am 24. Juli 2015 fand im Landtag von Baden-Württemberg als Teil der 12. Sitzung der Enquetekommission eine rund achtstündige öffentliche Verbändeanhörung statt, in der insgesamt 26 Verbandsvertretern Gelegenheit gegeben wurde, zu den Themenfeldern der Enquetekommission Stellung zu nehmen. Den anwesenden Vertretern der Organisationen und Verbände wurde für ihre Ausführungen eine Redezeit von jeweils bis zu 7 Minuten eingeräumt. Im Anschluss an den Vortrag von vier bzw. fünf Verbandsvertretern war jeweils eine Fragerunde durch die Mitglieder der Enquetekommission von bis zu 30 Minuten vorgesehen, in der die Kommissionsmitglieder vertiefende Nachfragen stellen konnten.

Die von einem Teil der Verbände während der Anhörung gezeigten Präsentationen sind im Anhang 6 angefügt.

Es wurden Vertreter der folgenden Organisationen und Verbände angehört (in der Reihenfolge der Anhörung):

- Landespflegerat Baden-Württemberg
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- ver.di
- KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen
- Landesfrauenrat Baden-Württemberg
- wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.
- Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung e.V.
- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.
- Caritas
- Diakonie
- IRGW/IRGB (Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg und Baden)
- Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg
- Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Arbeiterwohlfahrt
- Deutsches Rotes Kreuz
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- AOK Baden-Württemberg
- B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Unfallkasse Baden-Württemberg
- Gemeindetag und Städtetag Baden-Württemberg
- Landkreistag Baden-Württemberg

### 2.2.2 Inhaltlicher Kurzbericht zur Anhörung

Die angehörten Verbandsvertreterinnen und -vertreter setzten bei ihren Ausführungen die nachfolgend dargestellten thematischen Schwerpunkte:

#### 2.2.2.1 Landespflegerat Baden-Württemberg

Die Vorsitzende des Landespflegerats, Frau Irmgard Glockenstein, gliedert ihren Vortrag in acht Themenbereiche:

**Förderung der Pflegeforschung und Pflegewissenschaft**

Um in Zukunft die richtigen Entscheidungen für eine bedarfsbezogene und evidenzbasierte Pflege in den verschiedenen Sektoren zu treffen, sei für Baden-Württemberg eine Versorgungsforschung Pflege institutionell einzurichten. Es gebe zur Zeit keinen einzigen Studiengang Pflege an einer Universität.

**Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe durch ausreichendes Personal und angemessene Entlohnung**

Ein gesetzlicher Rahmen für die Personalbedarfsbemessung sei notwendig. Die für die Pflege kalkulierten Kosten innerhalb der Betriebskosten müssten zwingend bei der Pflege und damit beim Menschen mit Pflegebedarf ankommen. Eine angemessene Vergütung für die Pflegeberufe sei eine der Grundlagen für die Berufszufriedenheit.

**Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg**

Die Pflegenden in Baden-Württemberg hätten die Forderung nach einer Selbstverwaltung durch über 17.000 Unterschriften im Jahr 2015 zum Ausdruck gebracht. Sie wollten selbstbestimmt ihre beruflichen Belange vertreten und auf Augenhöhe kommen. Die Pflegekammer sei identitätsstiftend.

**Eigenständige Gesundheitsberufe**

Das neue zu erwartende Pflegeberufegesetz werde Entwicklungen hin zu einem eigenständigen Pflegefachberuf aufzeigen durch definierte Vorbehaltsaufgaben, die berufliche Ausbildung und das Studium an der Hochschule. Durch Case-Management werde die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert.

**Praktische Ausbildung**

Die in Baden-Württemberg im Landespflegegesetz verankerte und definierte Praxisanleitung in der Ausbildung sei nicht nur einzufordern, sondern auch durch Regelungen auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen.

**Intensivpflege im Krankenhaus**

Für den Bereich Intensivpflege seien spezielle Studiengänge notwendig. Weitere Spezialisierungen – wie Pflege in der Onkologie, der Neurologie und der Geriatrie – seien in diesem Kontext einzubinden, wenn es um die zukünftige Frage der Fachweiterbildungen und/oder des Studiums gehe.

**Neue Wohnformen und Sozialraum**

Innovationen in den Pflegestrukturen wie Mehrgenerationenhäuser oder Wohngruppen mit Pflegeangeboten seien auf den Weg gebracht. Aufgrund des hohen Bedarfs seien diese neuen

Wohnformen der Zukunft mit intensivem Einsatz weiterzuentwickeln, wie die Kurzzeitpflege und auch die Pflegestützpunkte, die an gut erreichbaren Standorten stehen sollten.

**E-Health und Telepflege**

Für die Schaffung eines erfolgreichen IT-Umfelds bedürfe es der politischen Kompetenz für die notwendige politische Unterstützung. Die Einbindung der Pflege in die politischen Aktivitäten in Baden-Württemberg im Bereich E-Health werde daher sehr begrüßt und vom Landespflegerat aktiv unterstützt.

#### 2.2.2.2 Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

Der Leiter der bpa-Landesgeschäftsstelle, Herr Stefan Kraft, befasst sich mit der Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur und der Landesheimbauverordnung.

**Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur**

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ werde mit 70 Prozent der in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnenden Pflegebedürftigen gelebt. Der Bedarf an Pflegeheimplätzen in Baden-Württemberg werde aber in den nächsten Jahren trotz des Ausbaus der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, der Tagespflege und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ansteigen. Bis 2019 – dem Außerkrafttreten der Übergangsfrist in der Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) – würden rund 17.100 Pflegeheimplätze mehr benötigt als 2009. Diesem Mehrbedarf stehe ein massiver durch die Landesheimbauverordnung hervorgerufener Abbau an Plätzen gegenüber. Bei vollständiger Umsetzung des Doppelzimmerverbots und unter Berücksichtigung des bisherigen Wachstums von Pflegeheimplätzen würden im Jahr 2019 rund 17.900 Plätze fehlen. Nicht berücksichtigt sei 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 würden.

**Umsetzung der Landesheimbauverordnung**

Erst mit dem Erlass der ermessenslenkenden Richtlinien im Februar 2015 – rund 5 ½ Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung – seien die Heimaufsichten in die Lage versetzt worden, mit den Bestandseinrichtungen in einen Abstimmungsprozess zur Umsetzung der LHeimBauVO einzutreten.

Seine Ausführungen fasste er in vier Forderungen zusammen:

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

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

Die Übergangsfrist in der Landesheimbauverordnung müsse um die „verlorenen“ fünfeinhalb Jahre verlängert werden.

Korrekturen an der Verordnung dürften in Bezug auf die Bestandseinrichtungen kein Tabu sein. Ein Beispiel sei die Regelung bezüglich der Doppelzimmer, von deren Umsetzung befreit werden könne. Die Wohnfläche von mindestens 22 Quadratmetern sei aber laut unmissverständlicher Auffassung des Sozialministeriums verbindlich.

#### 2.2.2.3 ver.di

Die Leiterin des ver.di-Landesbezirks Baden-Württemberg, Frau Leni Breymaier, begrenzt ihren Vortrag auf eine Stellungnahme aus Sicht der Beschäftigten in der Pflege.

**Personalausstattung**

Die niedrige Personalausstattung werde sich in der nächsten Zeit verschärfen.
Sie sei keine große Verfechterin des Wortes „Fachkräftemangel“. Dieser Begriff werde manchmal auch missbraucht, aber in der Pflege stimme er. Der heutige Stand könne nicht gehalten werden, wenn man sich nicht darum kümmere, gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zu schaffen, und man nicht dafür sorge, dass junge und auch ältere Menschen diesen Beruf ergreifen. Der Personalschlüssel müsse erhöht werden. Zur Zeit arbeite man mit einem Personalschlüssel aus den Neunzigerjahren mit einer leichten Angleichung im Jahr 2003. Dieser passe nicht mehr, weil die Menschen immer länger auch zu Hause gepflegt würden und kränker in die Einrichtungen kämen.

**Gute Arbeit**

Gute Pflege brauche gute Arbeit. Dazu gehörten genügend und ordentlich qualifiziertes Personal. Die Beschäftigten wollten keine Fließbandpflege erbringen, sondern pflegen, betreuen und beraten. Zudem erfordere gute Arbeit berechenbare und familienfreundliche Arbeitszeiten. Die Aufwertung der Pflegeberufe sei nicht allein eine tarifpolitische Angelegenheit, sondern müsse auch als gesellschaftspolitisches Anliegen begriffen werden. Wenn man gute Kräfte in der Pflege haben wolle, dann müsse man sie auch gut bezahlen. Das sei bei der Vielzahl von Anbietern wirklich eine Herausforderung. Frau Breymaier bezeichnet es als ihre Vision, irgendwann tatsächlich einen womöglich allgemein verbindlichen Pflegetarifvertrag zu bekommen. Dazu brauchte man auch wieder den Gesetzgeber. Im Moment seien die Dinge sehr schwierig. Sie glaube aber, es sei gesellschaftlich eine hohe Akzeptanz dafür vorhanden, etwas zu verändern.

**Finanzierung**

Abschließend spricht Frau Breymaier die Finanzierung an. Die Digitalisierung steigere die Wertschöpfung. Die vielen in der Industrie wegfallenden Arbeitsplätze könne man alle in die Bildung und die Pflege geben. Hier gehe es um die Zeit in 20 oder 30 Jahren. Kurzfristig müsse sich die Gesellschaft überlegen: „Was ist uns die Arbeit am Menschen wert? Was sind uns die Menschen wert?“ Sie sage einfach mal, es sei genug Geld da. Die Frage sei nur, wofür man es ausgebe.

#### 2.2.2.4 KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen

Der Vorsitzende der Konferenz der Altenpflegeschulen, Herr Wolfgang Hahl, konzentriert sich auf die Zukunft der Ausbildung und die möglichen Auswirkungen des geplanten Pflegeberufegesetzes mit einer generalistischen Ausbildung.

**Bedenken gegen das geplante Pflegeberufegesetz**

Das Pflegeberufegesetz werde zu einem Erdrutsch in der Ausbildung führen und die Pflegelandschaft irreversibel verändern. Die Altenpflegeausbildung habe sich spätestens seit 2003 in einem großen Maß auf genau die Belange spezialisiert, die die Menschen benötigten.

Die Bedenken der KAS würden von drei Faktoren geleitet:

Die Sorge um die Versorgung und Pflege der älteren Generation, die damit in einen anderen Fokus gerate. Die Pflege bekomme einen anderen Stellenwert, eine andere Nuance.

Die Sorge um die Mitarbeiterschaft im ambulanten und im stationären Bereich, die die Leidtragenden dieses Gesetzes sein würden.

Die Sorge, dass das in Baden-Württemberg sehr gute Ausbildungssystem – flächendeckend und wohnortnah – nicht aufrechtzuerhalten sein werde.

Das Pflegeberufegesetz vermittle den Eindruck, dass die Qualität der Pflege, insbesondere der Altenpflege, verbessert werden solle. Fakt sei aber, dass die Altenpflege damit eigentlich abgeschafft werde. An die Stelle einer spezialisierten Ausbildung werde eine breite Ausbildung treten.

**Finanzielle Auswirkungen**

Die Träger und Verbände müssten auch daran denken, dass später Kosten für eine Nachqualifikation entstünden. Aus Sicht der KAS wäre es besser gewesen, eine einjährige Grundausbildung mit einer zweijährigen Spezialisierung zu entwickeln.
Das kommende Gesetz werde die Auswirkung haben, dass die Beschäftigten im Krankenhausbereich hängenblieben. Die Bezahlung im Akutbereich sei wesentlich besser als in der Altenpflege. Das Pflegeberufsgesetz werde die Ausbildungstrias, die in der Altenpflege bestand, auflösen. Die Mehrkosten einer generalistischen Pflegeausbildung seien 2013 mit 305 Mio. Euro beziffert worden. Im Juni 2015 spreche Bundesgesundheitsminister Gröhe nun bereits von Modernisierungskosten in Höhe von 400 Mio. Euro. Die Altenpflegeschulen brauchten eine Garantie für das finanzielle Überleben.

**Attraktivitätsverlust des Pflegeberufs**

Der Pflegeberuf werde weiterhin an Attraktivität verlieren. Zumeist müssten 18jährige oder jüngere Realschüler/innen ohne Führerschein lange Fahrtwege mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf sich nehmen, um in das nächste, 20 oder 30 km entfernte Krankenhaus zu gelangen. Bildungszentren würden sich zukünftig bei großen Trägern in den Ballungszentren herausbilden.

Herr Hahl schließt seine Stellungnahme mit der Forderung der KAS nach einem runden Tisch, an dem auch die Belange der Altenpflege jenseits von berufsständischen oder eigennützigen Interessen diskutiert würden.

### 2.2.2.5 Landesfrauenrat Baden-Württemberg

Die Beauftragte für Öffentlichkeitsarbeit beim Landesfrauenrat, Frau Luisa Boos, setzt Schwerpunkte bei den Bereichen „Frauen als Pflegebedürftige“ und „Frauen als Pflegende“.

Der Landesfrauenrat befasse 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 sei. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen seien Frauen. Die Mehrheit der häuslich privat Pflegenden und der professionell Pflegenden sei weiblich.

**Frauen als Pflegebedürftige oder potentiell Pflegebedürftige**

Bei der Identifizierung der Bedingungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sei zu fragen, wie Genderaspekte wirkten und wie diesen angemessen Rechnung getragen werden könne. Von den materiellen Bedingungen hätten die finanziellen Ressourcen – Stichwort „Altersarmut ist weiblich“ –, die Wohnverhältnisse, die infrastrukturellen Bedingungen sowie die Unterschiede von Stadt und Land weitreichende Folgen. Der Landesfrauenrat befürworte die flächendeckende Entwicklung von Quartieransätzen. Teil der Quartierskonzepte sollte auch die Weiterentwicklung wohnortnaher Versorgungsangebote nach Klinikaufenthalten zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit sein.

**Frauen als Pflegende**

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

Die Vereinbarkeit von Careaufgaben und Berufstätigkeit müsse durch bessere Rahmenbedingungen in der sozialen Infrastruktur vor Ort, in der Arbeitswelt und im Sozialrecht optimiert werden. Auch die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegezeiten oder allgemeinen Care-Zeiten müsse noch weiter ausgebaut werden.

Um Pflege generationengerecht zu gestalten, seien innerfamiliäre Aushandlungsprozesse mit dem Ziel einer gerechten oder zumindest gerechteren Verteilung der Pflege- und Versorgungsaufgaben im Familien- bzw. im Verwandtschaftszusammenhang nötig.

Ein Feld mit akutem gesetzlichem Regelungsbedarf betreffe den Bereich der Haushaltshilfen. Darüber sei 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 arbeiteten, hätten ihrer isolierten Lage wegen kaum die Möglichkeit zur Durchsetzung ihrer Rechte als Arbeitnehmerinnen. Des Weiteren sehe man dringenden Handlungsbedarf bei der Entwicklung von Mindeststandards bei den Vermittlungsagenturen von Hausangestellten.

In der professionellen Pflege stehe die zu beobachtende Prekarisierung der Pflegearbeit in krassem Gegensatz zu der allerorten postulierten Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs. Fachkräftesicherung in der Pflege müsse deshalb zwingend auch darauf zielen, die Arbeitsfähigkeit der in der Pflege Tätigen langfristig zu erhalten. Hierbei gehe es u. a. um Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitpolitik, eine gerechte Bezahlung, gute Aus- und Weiterbildungen und die Erhaltung der Gesundheit der Pflegenden.

### 2.2.2.6 wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.

Das geschäftsführende Vorstandsmitglied von „wir pflegen“, Frau Barbara Riethmüller, widmet sich der häuslichen Pflege und greift vier Stichpunkte heraus.

**Anerkennung**

Die Familie als größter Pflegedienst der Nation schrumpfe, da nicht mehr alle am selben Ort wohnten. Pflegende Angehörige brauchten mehr Anerkennung in allen gesellschaftlichen und politischen Bereichen. Dazu gehörten z. B. Pflegeinfrastrukturen vor Ort, Tagespflege und Ähnliches sowie Quartiersentwicklung. Außerdem brauchten pflegende Angehörige auf allen Ebenen, regional, vor Ort, auf Landes- und Bundesebene Mitspracherechte und Mitentscheidungsrechte auf Augenhöhe mit den anderen Pflegepartnern.

**Information, Beratung, Unterstützung und Begleitung**

Information und Beratung sollten zugehend, wertschätzend, unabhängig und neutral erfolgen. In Baden-Württemberg bedürfe es mehr Pflegestützpunkten. Das müsse den Kassen überlassen werden. Die alten IAV-Stellen könne man vielleicht wiederbeleben. Wohnortnah wäre es, wenn eine auf 20 000 Einwohner kommen würde.

Zudem seien aktivierende Hausbesuche für pflegende Angehörige erforderlich.

Gut wäre es, wenn das Stichwort „Pflegebedürftige Angehörige“ wie in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen vorn im Menü auf den Homepages aller Landessozialministerien erscheinen würde. Berlin habe eine Fachstelle für pflegende Angehörige beim Senat.

Ferner brauche es Info, Beratung und Unterstützung, weil die Pflegestärkungsgesetze I und II auch Kleingedrucktes enthielten. Die Verhinderungspflege sei von vier auf sechs Wochen verlängert worden und auch sonst ziemlich flexibel geworden. Die stundenweise Verhinderungspflege – ein ganz hervorragendes Instrument für pflegende Angehörige, die einmal einen Nachmittag wegmüssten, also nur unter acht Stunden – werde in der Broschüre des Bundesgesundheitsministeriums und auch sonst nirgends beschrieben. Das nächste Kleingedruckte bei der Verhinderungspflege sei, dass die Angehörigen bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad nicht in den Genuss des jährlichen Höchstbetrags von 1.612 Euro kämen, sondern nur Angehörige, die entfernter verwandt seien.

**Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Die Pflege eines Angehörigen müsse mit der Kindererziehung gleichgestellt werden.

**Armut durch Pflege**

Eine Großbank habe berichtet, sie mache zunehmend Beratungen, weil die Mitarbeiterschaft nicht mehr nach Kindergartenplätzen frage, sondern nach Pflegeheimplätzen oder überhaupt nach Hilfe bei der Pflege. Sie steige unter Umständen auch ganz aus dem Beruf aus oder reduziere. Dadurch sei Altersarmut vorprogrammiert. Wenn sie ganz aufhörten und insbesondere bei mittleren und niedrigen Einkommen alles weg sei, landeten ausgerechnet pflegende Angehörige bei Hartz IV.

### 2.2.2.7 Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung e.V.

Der stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung, Herr Thomas Seyfarth, nimmt in zehn Thesen Stellung zur Verbesserung der Pflegesituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen sowie deren Familien:

Die Pflege finde auch in der Eingliederungshilfe statt. Sie müsse dann auch dort dokumentiert und verankert sein.

Die besondere Pflegesituation bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderung sei in den politischen Diskussionen und Gesetzesreformen stets vergessen worden. Insbesondere bei der Pflegeversicherung, beim Landespflegezeitgesetz, beim Landesheimgesetz und bei der Personalverordnung sei wieder an große Einrichtungen der Altenhilfe gedacht worden, aber weniger an die kleinen Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Die Pflegebedürftigkeit müsse bei Kindern und Jugendlichen auch in der Pädagogik und in der Förderung verankert werden.

Hilfsmittel der Kranken- oder Pflegeversicherung wie z. B. Windeln und Rollstühle seien zeitnah und bedarfsgerecht zu genehmigen. Dies gelte auch für Reparaturen.

Pflege bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen finde an vielen und sehr unterschiedlichen Pflegeorten statt. Diese müssten auch auf Pflege eingerichtet sein. Es müsse verankert sein, dass dort entsprechende Pflegeräume vorgehalten würden.

Ein weiterer Ausbau der familienentlastenden Dienste sei dringend erforderlich. Für Familien sei es wichtig, Kurzzeitunterbringungsmöglichkeiten und kurzzeitige Unterstützung zu bekommen, wenn der Bedarf dies erfordere.

Anders als in der Altenhilfe sei die Pflege in der Eingliederungshilfe eine Langzeitaufgabe. Sie dauere meist das ganze Leben an. Das Kind, das behindert auf die Welt komme, brauche unter Umständen sein ganzes Leben lang Pflege.

Barrierefreiheit ermögliche erst die Teilhabe am öffentlichen Leben. Es fehlten geeignete Räumlichkeiten wie beispielsweise „Toiletten für alle“. Zudem brauche man Pflegestützpunkte mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen und Pflege.

Verbesserungen in der Pflege erforderten mehr Zeit für Pflege und weniger Zeit für Bürokratie. Mehr Qualität in der Pflege heiße aber auch höhere Kosten.

Veränderungen und Verbesserungen der Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Schwer- und Mehrfachbehinderungen dürften nicht zu Lasten der Pflege in der Altenhilfe führen.

Als Fazit hält Herr Seyfarth fest, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Körper- und Mehrfachbehinderung und deren Familien wollten nur eines, „ganz normal“ am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können. Der gemeinsame Auftrag sei es, dies zu ermöglichen.

#### 2.2.2.8 Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Der stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, Herr Paul Peghini, beschäftigt sich mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung aller psychisch Kranken.

**Situation der psychiatrischen Pflege**

Im Vorfeld der Anhörung seien die Mitglieder des Verbandes zum Begriff „psychiatrische Pflege“ und dazu, wie sie sich eine gute Pflege für ihre meist chronisch kranken Angehörigen vorstellen, befragt worden. Jeder habe sich eine gute Pflege gewünscht, hätte aber mit dem Begriff „psychiatrische Pflege“ nichts anfangen können. Mit „Pflege“ verbinde man Hilfestellungen am Patienten wie Umbetten, Hygiene, Essen, Trinken usw.

Die Frage, wer nach dem stationären Aufenthalt die Pflege leiste, habe Folgendes ergeben: Es gebe die Tagesklinik, die Psychiatrische Institutsambulanz, den niedergelassenen Facharzt – aber dieser sei für die Pflege gar nicht zuständig – oder vielleicht den Sozialpsychiatrischen Dienst. Auf die Frage, wo gepflegt werde, seien das Krankenhaus, die Psychiatrische Institutsambulanz oder als bester Ort die häusliche Pflege beim Patienten genannt worden.

Etwa ein Drittel der psychisch Kranken sei chronisch krank. Bei rund 10 Millionen Einwohnern in Baden-Württemberg könne man mit etwa 100.000 bis 300.000 Patienten, das seien 1 bis 3 Prozent auf Dauer psychisch Kranke, rechnen. Die wenigsten Pflegedienste erbrächten die sogenannte psychiatrische Pflege, vor allem nicht in den ländlichen Regionen.

**Vorzug für die häusliche Pflege**

Über nicht nur gute Erfahrungen in Heimen sei berichtet worden. Angehörige erhielten wenig bis gar keine Auskünfte von Seiten des Pflegeheims. Es handle sich eher um ein Verwahren der Patienten. Angehörige hätten oft Angst, die Heimaufsicht einzuschalten. Sie fürchteten eine negative Reaktion seitens des Personals.

Am besten sei die ambulante Pflege zu Hause. Eine gute Lösung sei das in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern eingeführte Modell „Home Treatment“. Dabei lasse sich manches mit der klassischen häuslichen Krankenpflege kombinieren. In Baden-Württemberg liefen zurzeit zwei Modellprojekte.

Abschließend fasst Herr Peghini zusammen: Der Wunsch der Angehörigen sei, vor allem von den Krankenhäusern und deren Personal, aber auch von den niedergelassenen Ärzten und von dem einen oder anderen pflegenden Beruf wahrgenommen zu werden.

Mehr als die Hälfte der Angehörigen pflege ihre chronisch Kranken zu Hause. Deshalb werde in allererster Linie gefordert, das Home Treatment flächendeckend einzuführen.

#### 2.2.2.9 Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Herr Martin Ortolf, Mitglied im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, befasst sich mit der Behandlung und Pflege psychisch erkrankter Menschen und trägt Forderungen zur Verbesserung in den einzelnen Bereichen vor.

**Behandlung und Pflege von psychisch erkrankten Menschen**

Die Behandlung und Pflege von psychisch erkrankten Menschen solle sich nicht nur darauf beschränken, die Symptome von psychischen Erkrankungen zu reduzieren und Krisenprophylaxe zu betreiben, sondern die seelische Gesundheit aktiv fördern. Dazu bedürfe es einer Abkehr von einer reduktionistischen, an Defiziten orientierten, ausgrenzenden und bevormundenden Psychiatrie.
Die Behandlung als auch die Pflege sollten u. a. Recovery, Empowerment und Inklusion als Basis enthalten und in den Psychiatrieplan eingearbeitet werden.
Recovery solle im Leitbild jeder Pflegeeinrichtung und auch in der Aus- und Fortbildung von Pflegekräften verankert sein. Die Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung und Pflege umfasse vier Schlüsselwerte, nämlich Personenorientierung, Betroffeneneinbezug, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sowie die Anerkennung eines Wachstumspotenzials.
Ein ganz zentraler Punkt wäre auch, EX-IN (Experienced Involvement – Experte aus Erfahrung als Peer-Support) als Berufsgruppe innerhalb der Pflege anzuerkennen.
Die Pflege von psychisch kranken Menschen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich könnte durch Vorantreiben der Akademisierung deutlich verbessert werden. Internationale Beispiele seien 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.

In seinem zweiten Teil stellt Herr Ortolf noch weitere Forderungen vor:

**Gerontopsychiatrische Angebote**

Hausgemeinschaften, Tagesstätten, gerontopsychiatrische Tageskliniken, Demenzsprechstunden und sozialpsychiatrische Krankenpflege sollten selbstverständlicher vernetzter Bestandteil jeder Versorgungsregion sein.

**Kinder und Jugendliche**

Psychiatrie und Jugendhilfe seien fachlich und personell zu vernetzen. Die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher müsse möglichst zu Hause unter systemtherapeutischer Begleitung der Familien sowie unter Einbeziehung des gesamten sozialen Netzwerks inklusive Schule erfolgen. Für besondere Situationen müssten geeignete therapeutisch ausgerichtete Rückzugsräume geschaffen werden. Tages- und Nachtkliniken für Kinder und Jugendliche seien in jeder Region vorzuhalten. Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Grenzbereich zur Psychiatrie müsse um die Gruppe der jungen Erwachsenen erweitert werden, die aktuell häufig aus dem Hilfesystem herausfielen. In den Regionen müssten alternative Wohnformen geschaffen werden.

**Migrationshintergrund und geschlechtssensible Leistungserbringung**

Benötigt werde eine fachkompetente, niedrigschwellige Beratungsstelle für Migrantinnen und Migranten in jeder Region sowie eine Festschreibung unabdingbarer Standards zur Sicherstellung der notwendigen unterschiedlichen frauen- und männerspezifischen Behandlung und Betreuung und Integration in die Selbstverpflichtung der am Gemeindepsychiatrischen Verbund beteiligten Leistungserbringer.

**Synchronisation von Krankenhausplanung und Psychiatrieplanung**

Krankenhauspsychiatrie und psychosoziale Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen müssten ineinandergreifen. Von der Enthospitalisierung alter Langzeitkranker über die Schaffung von Soteria-ähnlichen Aufnahmestationen bis hin zu familienorientierten ambulanten Behandlungssettings und Kriseninterventionen nach skandinavischen Modellen müsse die Behandlung im übergreifenden sozialpsychiatrischen Kontext erfolgen.

**Standards und Qualitätsmaßstäbe**

Es sei sicherzustellen, dass sich die Einrichtungen und Dienste ebenso wie die Hilfeplanerinnen und -planer nach objektiven sozialpsychiatrischen Wissens- und Qualitätsstandards ausrichten und nicht an der persönliche Haltung einzelner Personen in Schlüsselpositionen.

### 2.2.2.10 Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.

Die Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, Frau Sylvia Kern, beleuchtet das Thema Demenz und zeigt Bedarfe für die Betroffenen, im Land und in den Kommunen auf.

**Ausgangslage**

Aktuell lebten 184.000 Menschen mit Demenz in Baden-Württemberg – davon zwei Drittel mit einer Alzheimerdemenz; das entspreche immerhin 8,8 Prozent aller über 65-Jährigen. Aus heutiger Sicht sei wohl mit einer Verdopplung dieser Zahlen bis 2050 zu rechnen.

**Betreuung und Pflege**

Die regionalen Versorgungsstrukturen seien vor allem mit innovativen und nachhaltigen Projekten weiterzuentwickeln. Man brauche dringend eine enorme Ausweitung der personellen Ressourcen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Eine große Herausforderung sei der Fachkräftemangel. Um Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren Angehörigen einigermaßen gerecht werden zu können, werde man um einen Mix aus Profis, Semiprofis, Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht umhinkommen. Zudem brauche man eine sehr hohe Demenzkompetenz und Demenzsensibilität quer durch alle Berufsgruppen inklusive der Hauswirtschaft. In verschiedensten Detailthemen bestehe ein großer Nachholbedarf. Zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf könnten große Betriebe nicht nur Kinderbetreuung anbieten, sondern auch ein Betreuungsangebot für alte, pflegebedürftige Menschen aufbauen. Die Verhältnisse seien zum Teil desaströs, wenn Menschen mit einer Demenz in ein Akutkrankenhaus kämen. Technikeinsatz sei gut und sinnvoll, soweit er ethisch vertretbar sei und dem Menschen diene.

**Konkreter Bedarf in Baden-Württemberg**

Benötigt würden flächendeckende Versorgungs- und Entlastungsstrukturen und eine Ausdifferenzierung der bestehenden herkömmlichen Angebote für Zielgruppen, die bislang nicht erreicht würden. Das seien jung erkrankte Betroffene, Betroffene in der Frühphase, Menschen mit Demenz und einer zusätzlichen Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund und allein lebende Menschen. Die Landesmittel zur Komplementärförderung der noch so heißenden niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote müssten dringend erhöht werden. Umgehend benötigt würden dezentrale demenzkompetente Beratungsangebote und vor allem auch der Ausbau der Pflegestützpunkte im Land.

**Bedarf in den Kommunen**

In den Gemeinden und Landkreisen vor Ort sei Weitblick und Verantwortungsbereitschaft im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge gefragt. Die Kommunen müssten 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 umfasse auch, was vielerorts noch sehr mangelhaft vorhanden sei, eine adäquate gerontopsychiatrische Grundversorgung. Im ganz normalen gesellschaftlichen Umfeld vor Ort benötige man 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 kämen.

Über den ambulanten Bereich hinaus brauche man quartiersnahe und kleinteilige Wohnformen. Ohne eine gute Begleitung und Förderung des bürgerschaftlichen, ehrenamtlichen Engagements könnten diese Herausforderungen nicht gestemmt werden.

**Vorbemerkung zu den Vorträgen in Ziff. 2.2.2.11 bis 2.2.2.13 und 2.2.2.15 bis 2.2.2.17:**

Die in der LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden Württemberg zusammengeschlossenen Verbände, die Vertretungen von Caritas, Diakonie, Israelitische Religionsgemeinschaft, die nacheinander sprechen, und die Vertretungen von Paritätischem Wohlfahrtsverband, von der Arbeiterwohlfahrt und dem Deutschen Roten Kreuz haben sich im Vorfeld auf Schwerpunktthemen verständigt, um Wiederholungen zu vermeiden.

Diese sechs Rednerinnen und Redner wollen ihre Beiträge als Einheit und damit als abgestimmte Stellungnahme der gesamten LIGA der freien Wohlfahrtspflege verstanden wissen.

**2.2.2.11 Caritas**

Der Vorstandsvorsitzende des Diözesanverbands für die Erzdiözese Freiburg und Diözesan-Caritas-Direktor, Monsignore Bernhard Appel, beginnt als einer der sechs Rednerinnen und Redner der LIGA der freien Wohlfahrtspflege mit dem Thema „Familienpflege, Haushaltshilfe nach dem SGB V“.

**Familienpflege als Notanker für die betroffenen Familien**

Haushaltshilfe nach dem SGB V komme zum Einsatz, wenn Kinder unter zwölf Jahren im Haushalt lebten und die haushaltsführende Person – nach wie vor meistens die Mutter – erkrankt sei. Einsatzgründe seien beispielsweise die psychische Erkrankung der Mutter, eine Krebserkrankung oder Einsätze in Familien mit frühgeborenen Kindern oder Mehrlingsgeburten. Familien versuchten in der Regel, zunächst ihre eigenen Ressourcen zu nutzen, bevor sie weitere Hilfen in Anspruch nähmen. Für die Familienpflege trete der Bereich der Jugendhilfe in den letzten Jahren mehr in den Blick. Die Anzahl der Einsätze habe sich beispielsweise im Dorfhelferinnenwerk Sölden, einem der größten Anbieter in Baden-Württemberg, in den letzten sechs Jahren verfünffacht. Oftmals werde argumentiert, die Haushaltshilfe sei eine ver-

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

**Forderung: Haushaltshilfe auch bei ambulanter Krankenbehandlung als Kassenleistung**

Beispiele aus der Praxis, wie bei einer Chemotherapie bei einer Krebserkrankung, zeigten, Familienpflege brauche es auch dann, wenn die Mutter wieder zu Hause sei. Bei ambulanter Behandlung müssten die Kassen keine Haushaltshilfe gewähren. Im Rahmen ihrer Satzungsleistungen – die bei den Kassen unterschiedlich seien – sollten sie das aber tun. Diese Leistungen gewönnen seit Jahren an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl leistungsauslösender Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt werde.

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

**Bewilligungspraxis**

Die Krankenkassen sähen für Familien aktuell nur in Ausnahmefällen einen Ganztagseinsatz vor. Hinzu komme, dass die Einsätze nicht zwangsläufig am Stück erbracht, sondern zunehmend in zwei Schichten geteilt würden. Der Anteil der Einsätze in Zeitfenstern unter vier Stunden habe sich in den letzten sieben Jahren verdoppelt.

**Refinanzierung der Familienpflege**

Würden Tarifsteigerungen weiterhin nicht vollständig refinanziert, könnten Caritas und Diakonie, die Hauptanbieter der Familienpflege in Baden-Württemberg, auf lange Sicht keine Haushaltshilfen mehr anbieten. In erster Linie richte sich die Forderung der Refinanzierung der Tarifsteigerung an die Adresse der Krankenkassen. Die langjährige Forderung nach Einführung eines Schiedsverfahrens analog zur häuslichen Krankenpflege werde mit dem gerade verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz umgesetzt. Bedauerlicherweise sei 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 worden. Baden-Württemberg sei eines der wenigen Länder, das auf ein nahezu flächendeckendes Netz an Familienpflegediensten zurückgreifen könne. Allerdings sei ein Rückgang der Dienste um ca. 20 Prozent in den letzten zehn Jahren zu verzeichnen.

In dem als familienstarkes Land geltenden Baden-Württemberg gebe es im Rahmen der Förderung der ambulanten Dienste seit Jahren eine stagnierende Förderung der Familienpflege. Nur durch die überwiegend kirchlichen und kommunalen Zuschüsse könne das Angebot aufrechterhalten werden.

### 2.2.2.12 Diakonie

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werks Württemberg, Frau Eva-Maria Armbruster, setzt den Schwerpunkt auf Weiterentwicklungsperspektiven und Finanzierung der stationären Pflege.

**Stationäre Versorgung und Professionalisierung der Strukturen**

Baden-Württemberg verfüge mit über 98.000 Pflegeplätzen in ca. 1.400 Heimen über ein gutes, fast flächendeckendes, weitgehend wohnortnahes Netz für Menschen, die zu Hause nicht mehr versorgt werden könnten. Mit über 90.000 Beschäftigten sei die stationäre Pflege auch wirtschaftlich ein bedeutender Faktor. Alles Engagement stoße an seine Grenzen, wenn die professionellen Strukturen nicht zu einem durchlässigen und leicht verfügbaren Baukastensystem von Hilfen in jeder Bedarfssituation weiterentwickelt würden. Es stelle sich die Frage, warum ein Heim nicht auch ein Informations-, Beratungs- und Kompetenzzentrum für Pfle-

gebedürftige und Angehörige sein sollte, zumal in kleineren Gemeinden oder im Quartier. Dazu müsse eine Einrichtung aber die oft starren leistungs- und ordnungsrechtlichen Grenzen überwinden können.

**Weiterentwicklung nur durch stabile und auskömmliche Finanzierung**

Alle Kosten – ob Lohnkosten oder neue Sicherheitsvorschriften – stiegen auch im Heim. Freigemeinnützige Träger hätten Kostensteigerungen stets durch Rationalisierungen abgefangen. Letztlich bleibe jedoch nur, höhere Kosten an die Bewohner weiterzugeben. Wer heute im Pflegeheim wohne, erhalte für das Geld der Pflegeversicherung nur etwa 70 Prozent der Leistungen von vor 20 Jahren. Dies sei ein enormer Kaufkraftverlust. Die Pflegeversicherung stagniere, die Heimbewohner trügen die Folgen. Der Anteil der Sozialhilfe beziehenden Pflegeheimbewohner liege auch in Baden-Württemberg wieder auf der 30 Prozent-Marke. Deshalb müsse man sich auf Bundesebene für eine deutliche Anhebung dieser Zuschüsse starkmachen. Für die Stabilisierung der stationären Pflege könne aber auch im Land etwas getan werden.

**Nicht bedarfsdeckende Finanzierung der Heimpflege**

1989 hätten sich Kostenträger und Leistungserbringer auf einen Bedarfseckwert von 125 Minuten pro Bewohner und Tag geeinigt. Er gelte noch immer trotz des gravierend veränderten Bedarfs: In den Heimen lebten mehr Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Deren Behandlungspflege werde nicht nach dem SGB V bezahlt. Höhere Ansprüche an die Qualität, z. B. auch in palliativen Situationen, machten Pflege zu einer fachlich anspruchsvolleren Tätigkeit. Gute und motivierte Mitarbeitende erwarteten zu Recht gute Arbeitsbedingungen, eine gute Bezahlung, verlässliche Tarife sowie eine gute Aus-, Fort- und Weiterbildung.

All dies seien Gründe dafür, dass die Verbände der Leistungserbringer die seit 2002 geltenden Personalschlüssel in der einschlägigen Rahmenvereinbarung über die vollstationäre Pflege in Baden-Württemberg aufgekündigt hätten und höhere Personalschlüssel forderten. In mehr als 14 Monate dauernden Verhandlungen hätten beide Seiten kein Ergebnis erzielt.

**Finanzierung von Investitionen in bauliche Infrastruktur**

Seit dem Wegfall der Förderung im Jahr 2010 trügen die Bewohner die Kosten für die Investitionen über den Pflegesatz allein. Die Umsetzung der Landesheimbauverordnung werde zu neuen Steigerungen führen. Man werde außerdem eine Diskrepanz zwischen geförderten und nicht geförderten Plätzen und damit unterschiedliche Pflegesätze für Bewohner in demselben Heim bekommen. Zusätzlich gebe es seit Jahren ungelöste Probleme der Träger bei der Refinanzierung von Investitionen.

Deshalb müsse für ursprünglich geförderte Heime der Investitionskostensatz nach 25 Jahren neu berechnet werden können. Als Leitplanke müsse ein Mindestinvestitionskostensatz vom KVJS vorab zugesichert werden. Das Sozialministerium müsse festlegen, dass bei Erweiterung der Platzzahl in ursprünglich geförderten Heimen ein Mischpflegesatz möglich sei.

Das Sozialministerium müsse sich beim KVJS dafür einsetzen, dass die Vorgaben für die Richtwerte „Kosten pro Platz“ und „Raumbedarf pro Platz“ an die heutige Realität angepasst werden. Die Eckpunkte der Investitionskalkulation müssten mit Unterstützung des Sozialministeriums zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern geeint werden.

### 2.2.2.13 IRGW/IRGB (Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg/Baden)

Der Leiter der Sozialabteilung des IRGW, Herr Werner Meier, thematisiert die interkulturelle und kultursensible Pflege.

**Migrationsgruppen**

Der größte Teil der Migrantinnen und Migranten sei Mitte der Fünfzigerjahre bis Anfang der Siebzigerjahre als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland gekommen. Weitere Gruppen von Zuwanderern seien z. B. bleibeberechtigte Flüchtlinge, Spätaussiedler und seit Anfang der Neunzigerjahre jüdische Migrantinnen und Migranten aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit einem sehr hohen Anteil an älteren und traumatisierten Menschen.

**Kultursensible Pflege**

Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund stelle für das Pflegepersonal eine große Herausforderung dar, da oftmals beiderseits ein Unverständnis für fremde Kulturen vorliege. Einen Patienten oder Bewohner unter Berücksichtigung seines kulturellen Hintergrunds zu pflegen, erfordere ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Toleranz gegenüber dem Unbekannten und dem Neuen. Zeige der Pflegende wenig Interesse an den Besonderheiten und wenig Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten oder Bewohners, entstünden schnell Missverständnisse, welche den Prozess der Genesung, der Pflege an sich oder den Aufenthalt nachhaltig behinderten. Migranten verstünden dies oft als Diskriminierung.

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

**Interkulturelle Pflege**

Sehr wichtig sei, zwischen Kultur, Religion und Nationalität zu unterscheiden. Nicht jeder in der Türkei Geborene sei automatisch ein Moslem. Nicht jeder Moslem lebe automatisch streng nach dem Koran. Nicht jeder Jude lebe koscher und verlange nach koscherer Verpflegung, wie auch nicht jeder christliche Patient am Gottesdienst teilnehmen möchte.

Oftmals verschwänden diese Grenzen gerade zwischen Religionen und Kultur. Viele der als religiös angesehenen Unterschiede stellten sich bei näherer Betrachtung als Traditionen bzw. Gewohnheiten kultureller Natur heraus.

**Umsetzung der interkulturellen Pflege**

Die zu Pflegenden hätten keine oder nur wenige Kenntnisse über Abläufe und Leistungen in der deutschen Pflegewelt. Die Sprache stelle häufig eine Barriere dar. Aber auch die Übertragung der Situationen in Pflegeeinrichtungen der Heimatländer erweise sich oft als ein Problem, Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu wollen. Hierin lägen vielfach die Gründe für Scheu und Angst, die viele Migranten vor Pflegeheimen hätten.

Wenn es irgendwie gehe, wünschten 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 hätten sich in Baden-Württemberg, speziell in Stuttgart, schon mehrere jüdische und russische Pflegedienste gegründet, die sich besonders der häuslichen Pflege jüdischer und russischsprachiger Migranten annähmen. Nicht selten stießen diese Pflegedienste jedoch bei der Umsetzung der interkulturellen Pflege auf einige systemische Hindernisse des deutschen Pflegesystems.

Ein Großteil der Migranten erhalte von den Sozialämtern Pflegeleistungen nach SGB XII, da die Voraussetzungen nach SGB XI in der Regel aufgrund der Arbeitsbiografie nicht vorlägen. Mehrkosten einer kultursensiblen Pflege, wie sie z. B. durch koscheres Essen bei Juden auf-

träten, würden von den Sozialämtern nach SGB XII leider nicht berücksichtigt, da dies im SGB XII einfach nicht vorgesehen sei. Über eine Änderung wäre man sehr dankbar.

Abschließend spricht Herr Meier das Thema traumatisierte Pflegebedürftige aus dem Bereich der Kriegsflüchtlinge bis zu den jüdischen Migranten mit einer hohen Zahl von KZ- und Gettoüberlebenden an, die im Grunde eine Therapie benötigten. Eine Therapie sei grundsätzlich möglich, weil sie ein Bleiberecht hätten und unter die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenkasse fielen. Es gebe zwar qualifizierte Traumatherapeuten, die auch aus dem Bereich der Zuwanderung kämen. Sie hätten aber keine Kassenzulassung.

#### 2.2.2.14 Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg

Herr Dr. med. Ferid Kugic, Vorstandsmitglied des Zentralrats der Muslime Baden-Württemberg, beschäftigt sich mit der Pflege in der Familie, muslimischen Pflegebedürftigen, der geschlechterspezifischen Pflege und der Rolle der islamischen Religionsgemeinschaften.

**Pflege in der Familie**

Die Pflege durch Familienmitglieder sei die beste und liebevollste Pflege, aber zur Zeit nur in seltenen Fällen möglich. Für die Pflege in der Familie müssten organisatorische und finanzielle Unterstützungen geschaffen werden. In den Pflege-, Alters- und Seniorenheimen sowie anderen Einrichtungen sei das Personalproblem durch Dauerbeschäftigte gelöst. Die häusliche Pflege verlange 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 sei, sei 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 könne. Auch ein Wechsel der Pflegekräfte in bestimmten Intervallen – beispielsweise alle drei bis sechs Monate – sei zu bejahen. Wegen des Mangels an hiesigem Potenzial sei 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 sei bereits im Ruhestand. Viele seien in ihre Heimatländer zurückgekehrt. Ein großer Teil sei jedoch aus verschiedenen Gründen hiergeblieben. Die zweite Generation dieser Zuwanderer denke nicht an Rückkehr, weil Deutschland schon immer ihre Heimat gewesen sei und bleibe. Diese Gruppe, obwohl noch mit Kultur, Sitten, Religion und Sprache des Heimatlands der Eltern behaftet, fühle sich als Deutsche und werde hier den Lebensabend verbringen.

Die kulturellen und religiösen Gegebenheiten müssten bei der Pflege berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass viele Muslime ihre Religion praktizierten und das Leben und den Tod als von Gott gegeben ansähen, aber auch die Krankheit als Schicksal von Gott vorherbestimmt sähen, sollte die Pflegekraft respektieren. Für einen gläubigen Muslim sei es wichtig, dass auch die Pflegekraft gläubig sei. Die Pflegekraft müsse nicht unbedingt Muslim sein, solle aber im Umgang mit dem muslimischen Patienten den notwendigen Respekt seinem Glauben gegenüber erweisen und dürfe seine Religion nicht abwerten.

**Geschlechterspezifische oder genderspezifische Pflege**

Die Muslime hätten ein ausgeprägtes Schamgefühl. Aber auch vielen Christen sei es lieber, wenn ein Mann von einem Mann oder eine Frau von einer weiblichen Kraft gepflegt werde. Bei Muslimen sei das aber die Regel und obligat. Viele Muslimas ließen sich gynäkologisch nur von einer Frau untersuchen. Sprachbarrieren könnten enorme Probleme und Missver-

ständnisse verursachen. Deswegen sei bei der Zuteilung einer Pflegekraft die Sprachkompetenz ebenfalls zu berücksichtigen.

**Rolle der islamischen Religionsgemeinschaften**

Bis jetzt spielten die islamischen Religionsgemeinschaften bei der Pflege keine bedeutende Rolle, bis auf einige Ausnahmen von privaten Firmen, die kultursensible Pflegedienste anböten. Das Thema rücke zunehmend auf die Agenda der islamischen Religionsgemeinschaften. So sei der Schwerpunkt der aktuellen Deutschen Islamkonferenz die muslimische Wohlfahrtspflege. Eine Institutionalisierung und ein Angebot der Wohlfahrtspflege durch die islamischen Religionsgemeinschaften seien langfristig unumgänglich. Dafür müssten die gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden. Bis dahin jedoch sollten in den vorhandenen Einrichtungen die Gegebenheiten für eine kultur- und religionssensible Pflege geschaffen werden, die auch den Bedürfnissen der muslimischen Pflege gerecht würden. Dabei könnten islamische Religionsgemeinschaften und Kirchen auf diesem Gebiet zusammenarbeiten und voneinander lernen. Davon würden die Gesellschaft und das Land insgesamt profitieren.

### 2.2.2.15 Paritätischer Wohlfahrtsverband

Die Vorstandsvorsitzende des Landesverbands des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Frau Ursel Wolfgramm, greift die Themenfelder „Quartier- und Sozialraumorientierung“ auf.

**Selbstbestimmtes Leben**

Um älteren Menschen und Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, seien Wohn- und Versorgungskonzepte erforderlich. Dafür sei es unumgänglich, dass möglichst viele an der Betreuung, Unterstützung und Pflege beteiligt werden. Ziel sei es, Lebensräume zum Älterwerden zu schaffen. Deshalb setze sich der Paritätische Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg für einen Paradigmenwechsel hin zu generationengerechten quartiersbezogenen Wohn- und Pflegearrangements ein.

**Ineinandergreifende sozialraumorientierte Arbeit**

Eine präventive Landessozial- und Landespflegepolitik solle 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 böten große Potenziale.

**Weiterentwicklung**

Um den Herausforderungen des demografischen Wandels im Kontext von Pflege und Unterstützung generationengerecht und sozialraumorientiert zu begegnen, sei die Weiterentwicklung des Landespflegegesetzes sowie des WTPG notwendig. Im Zentrum der Weiterentwicklung des Landespflegegesetzes stehe ein verändertes Verständnis der Aufgabenschwerpunkte von Land und Kommunen mit dem Ziel, Lebenslagen im Vorfeld von Pflege zu berücksichtigen und die Pflege unter Einbindung in die jeweiligen lokalen sozialen Gegebenheiten des Umfelds zu stärken. Zwei Aspekte seien dabei besonders von Bedeutung:

Mit einer generationengerechten Quartiersgestaltung solle für eine bewusst quartiernah ausgerichtete Pflege-, Betreuungs- und Beratungsstruktur Sorge getragen werden.

Die Landespflegepolitik müsse integrativ gestaltet werden, um politische und gesellschaftliche Ansätze in diesem Bereich besser als bisher aufeinander beziehen und weiterentwickeln zu können.

**Maßnahmen zur Weiterentwicklung**

Es solle ein Monitoring eingeführt werden, um eine bessere und hinreichende Datenbasis zu bekommen und politische Entscheidungen auf verlässlicher empirischer Grundlage zu ermöglichen. Mit der Bildung eines Landesausschusses „Integrative Sozialplanung“ könnten über die Themen nach § 92 SGB XI hinausgehende Fragen diskutiert werden. Partizipative Konferenzen in Verantwortung der Kommunen, sogenannte Pflegekonferenzen, könnten bei der Sicherung und Weiterentwicklung örtlicher Angebotsstrukturen mitwirken. Um das WTPG in die Realität umsetzen zu können, müssten Gestaltungsspielräume ermöglicht werden.

Abschließend weist Frau Wolfgramm noch auf den ländlichen Raum hin. Hier gelte es, in Zukunft vermehrt den Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

### 2.2.2.16 Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Der Vorsitzende des AWO-Bezirksverbands Württemberg, Herr Nils Opitz-Leifheit, stellt die Personalsituation in der Altenpflege dar.

**Statistische Ausgangssituation**

Nach aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg aus dem Jahr 2012 erhöhe sich der Bedarf an Pflegekräften bis 2030 um 54 Prozent und bis 2050 um 115 Prozent. Seien heute in Baden-Württemberg rund 106.000 Pflegekräfte beschäftigt, ergebe sich 2050 ein Bedarf von 228.000 benötigten Pflegekräften. Der Pflegekräftemangel habe bereits heute erhebliche Auswirkungen. Insbesondere in Ballungszentren sei es keine Seltenheit, dass Plätze in Pflegeeinrichtungen nicht belegt werden könnten, da schlichtweg das für die Versorgung notwendige Pflegepersonal fehle.

**Mangel an gesellschaftlicher Anerkennung des Pflegeberufs**

Die Altenpflege sei unter Wert bezahlt sowie gekennzeichnet von unsteten Arbeitszeiten nach einer oft nicht verlässlichen Dienstplanung. Gleichwohl biete dieses Arbeitsfeld die Möglichkeit, sich nach eigenen persönlichen Neigungen und Kompetenzen einzubringen, sich gezielt beruflich weiterzuentwickeln sowie Weiterbildungsangebote und Karrierechancen zu nutzen. Deswegen seien viele Pflegekräfte mit Leidenschaft dabei und gingen an ihre persönlichen Grenzen. In Zeiten der Vollbeschäftigung bestehe sogar ein zynischer Zusammenhang zu Lasten der Pflege: Gehe es der Industrie gut, absorbiere sie neben ihren spezifischen Fachkräften auch die ausbildungswilligen Schulabgänger. In der Folge sänken tendenziell Quantität und Qualität der Auszubildenden in der Pflege.

**Bezahlung in der Pflege**

Auch die Gehaltsspirale in der Altenpflege habe noch nicht dazu geführt, dass das Gehaltsniveau der Krankenpflege erreicht werde. Dazu müssten die Träger selbstkritisch sagen, bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern in den letzten Jahren nicht genug Gehaltssteigerungen auch für die Altenpflegekräfte ermöglicht zu haben. Deshalb sei es ein ganz zentrales sozial- und beschäftigungspolitisches Ziel, Pflege besser zu bezahlen. Dies setze die Herstellung eines gesellschaftlichen Konsenses voraus, dass gute Pflege ihren Preis habe.

**Arbeitsbedingungen in der Pflege**

Die Zielgruppen in stationären Einrichtungen hätten sich in den letzten Jahren deutlich verändert. So wohnten dort immer mehr Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, zusätzlichen psychischen Erkrankungen oder in chronischen Schmerzzuständen. Aus dieser Entwicklung resultierten nicht nur zusätzliche körperliche und psychische Belastungen für die Pflegekräfte. Auch die Anforderungen an eine palliative Versorgung einschließlich der Bearbeitung schwierigster ethischer Fragestellungen hätten zugenommen. Dies könne man auch am Krankenstand ablesen, der in der Pflege gegenüber dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen deutlich erhöht sei. Die häufigsten Erkrankungen beträfen den Knochen- und Bewegungsapparat als Folge der körperlichen Belastungen sowie psychosomatische Erkrankungen.

Flankiert werde diese Entwicklung noch durch eine zunehmende Bürokratie in der Pflege.

Um Pflegekräfte unter den verschärften Arbeitsbedingungen zu gewinnen und zu halten, versuchten Träger, mit unterschiedlichen Initiativen ihre Pflegekräfte zu stärken. Dies könnten intensive Fort- und Weiterbildungsangebote sein, Coachings, die Umstellung auf eine vereinfachte Pflegedokumentation oder auch Programme zur Gesundheitsförderung.

**Gewinnung von Pflegefachkräften**

Die Möglichkeiten, auch die Ausbildung in der Pflege weiter zu öffnen und zu vereinfachen, müssten ausgebaut werden. Insbesondere mit der anstehenden Reform der Pflegeausbildung müsse sichergestellt werden, dass keine Ausbildungsplätze verlorengingen. Ebenso müsse gewährleistet sein, dass alle bestehenden Pflegeschulen erhalten blieben. In Verbindung mit der anstehenden Reform in der Pflegeausbildung zur Generalistik würden von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder Befürchtungen geäußert, dass der Bereich der klinischen Versorgung profitieren und die klassische Altenpflege ins Hintertreffen geraten werde.

**2.2.2.17 Deutsches Rotes Kreuz**

Der Landesgeschäftsführer des Deutschen Roten Kreuzes, Herr Hans Heinz, spricht als letzter Redner der LIGA der freien Wohlfahrtspflege zum Thema „Finanzierung der häuslichen Krankenpflege“.

**Finanzierung von ambulanten Pflegediensten**

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

Unabhängig vom Finanzierungstopf müsse jeder Hausbesuch per se in sich kostendeckend sein. Diese Kostendeckung beziehe sich nicht nur auf die Zeit im Haushalt. Auch die Zeiten, welche die Pflege- und Leitungskräfte sowie die Verwaltungsmitarbeiter außerhalb des Hausbesuchs aufwendeten, müssten refinanziert werden. Hierbei handle es sich nicht nur um Fahrzeiten, die in den SGB V-Leistungen „eingepreist“ seien und bei den SGB XI-Leistungen als Wegepauschale in Rechnung gestellt würden, sondern auch um Zeiten, welche für Organisation, Diskussion, Dokumentation, Abstimmungen, Fortbildungen, Qualitätsmanagement, Prüfungen und nicht zuletzt auch Staus aufgewendet werden müssten.

Die tatsächliche Anwesenheit im Haushalt mache bei Pflegediensten nicht selten nur etwa 50 bis 60 Prozent der gesamten Arbeitszeit aus. Während dieser Anwesenheit im Haushalt

müsse mit den vereinbarten Einzelleistungen und deren Preisen der gesamte Dienst finanziert werden.

Denjenigen, die darin ein hausgemachtes, durch effizientere Organisation zu behebendes Problem sähen, sei entgegenzuhalten, dass die Pflegedienste diese Erhöhung der Effizienz schon seit Jahren tun bzw. unter dem Druck der Finanzlage tun müssten. So habe z. B. der Diplom-Kaufmann Thomas Sießegger in seinem Gutachten zum PSG I im Jahr 2013 festgestellt, dass diese Potenziale zur Effizienzsteigerung in den letzten 18 Jahren weitgehend ausgeschöpft worden seien.

**Personalkosten**

Weiter sei unstrittig, dass ambulante Pflege sehr personalkostenintensiv sei. 80 bis 90 Prozent aller Kosten in einem Pflegedienst seien Personalkosten. Die Logik gebiete, die Personalkostensteigerungen abzubilden. Die Grundlohnsumme könne nicht der richtige Maßstab sein. Blicke man auf die letzten elf Jahre zurück, habe man ein Delta von 9 Prozent und die Schere gehe auseinander. Irgendwann gebe es bei den Pflegediensten ein Minus, das nicht mehr ausgeglichen werden könne.

Personal koste Geld. Gutes Personal koste gutes Geld. Die Bezahlung nachvollziehbarer Tarifsteigerungen sei 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, führe langfristig in die Sackgasse. Man erweise den Pflegediensten damit einen Bärendienst. Die Folgen würden nicht nur die Pflegebedürftigen spüren, sondern auch die Politik werde in den nächsten fünf bis zehn Jahren entsprechenden Druck bekommen, wenn sich an diesem System nicht grundlegend etwas ändere.

Abschließend spricht Herr Heinz Verhandlungsstrategien an. Man verhandle mit den Kassen in Baden-Württemberg im Pflegebereich, müsse aber 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 den Verband und die Mitarbeiter, die diese Leistungen mit drei verschiedenen Leistungsträgern abrechnen müssten, wesentlich senken.

### 2.2.2.18 Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

Der Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Herr Matthias Einwag, beschreibt die Ausgangslage der Pflege im Krankenhaus und entwickelt daraus Handlungsempfehlungen.

**Ausgangslage**

Die Krankenhäuser im Land setzten sich dafür ein, dass ausreichend Personal vorhanden ist. Daher habe Baden-Württemberg 5 Prozent mehr Pflegepersonal am Krankenbett als der Bundesdurchschnitt. Angesichts dieser Ausgangslage sei nicht zu erwarten, dass durch die Festlegung von Personalanhaltszahlen ein Personalaufbau zu erreichen sei. Im internationalen Vergleich sei aber die Personalausstattung in den Krankenhäusern in Deutschland eindeutig schlechter. 63 Prozent der Krankenhauskosten seien Personalkosten. Daher würden Personalbudgets und die Stellenpläne der Krankenhäuser als erstes auf den Prüfstand gestellt, wenn es im Finanzierungssystem zu Veränderungen komme. Nach einer kürzlich vorgestellten wissenschaftlichen Untersuchung des IBES-Instituts gäben die Kliniken das Geld, das sie zur Finanzierung der Pflegekosten erhielten, auch für diesen Zweck aus. Das DRG-System sei per se nicht „pflegefeindlich“. Eine Stellenaufstockung lasse sich aber nur durch eine Steigerung der Finanzausstattung erzielen.

**Handlungsempfehlungen**

Man könne über den Aufbau von mehr Personal- und zusätzlichen Pflegestellen sinnvollerweise erst nachdenken, wenn man mit folgenden drei Handlungsempfehlungen den Erhalt und die Finanzierung des aktuellen Beschäftigungsniveaus sichergestellt habe:

Handlungsempfehlung 1: Wer mehr Pflegekräfte in den Kliniken wolle, müsse verhindern, dass durch den Wegfall des Versorgungszuschlags die Personalbudgets massiv unter Druck gesetzt würden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) müsse diese Streichung aufgehoben und der Versorgungszuschlag voll in den Landesbasisfallwert übernommen werden.

Handlungsempfehlung 2: Fixkostendegressionsabschläge müssten im Krankenhausstrukturgesetz so ausgestaltet werden, dass in den Krankenhäusern dadurch kein weiterer Druck auf die Personalbudgets entstehe.

Handlungsempfehlung 3: Ein Krankenhaus müsse ohne Mehrleistungen in der Lage sein, seine unabweisbaren Kostensteigerungen zu finanzieren. Dazu müsse das KHSG so geändert werden, dass die Abzugsbeträge beim Landesbasisfallwert gestrichen werden.

Wenn die Finanzierung der aktuellen Beschäftigung durch die Maßnahmen 1 bis 3 sichergestellt sei, schlägt Herr Einwag vor:

Handlungsempfehlung 4: Im zweiten Schritt könne der Aufbau von zusätzlichem Pflegepersonal über ein im KHSG verankertes Pflege-Förderprogramm erfolgen.

Handlungsempfehlung 5: Die Diskussion über die politisch gewollte generalistische Ausbildung müsse mit großer Sorgfalt geführt und das Gesetzgebungsverfahren zum Pflegeberufsgesetz kritisch begleitet werden. Drei Punkte seien der BWKG besonders wichtig:

- Erstens müsse auch bei einem einheitlichen Berufsabschluss ausreichend Raum für die Schwerpunktsetzung in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege bleiben.

- Zweitens dürften keine „Flaschenhälse“ produziert werden. Aktuell seien sie durch ein Pflichtpraktikum in der Kinderkrankenpflege und der Geburtshilfe zu befürchten.

- Drittens müsse die Finanzierung der Ausbildung gesichert sein.

Handlungsempfehlung 6: Es müsse eine Gesetzesformulierung eingebracht werden, die über eine Änderung von § 118a SGB V sicherstelle, dass geriatrischen Patienten der Zugang zu ambulanten therapeutischen Leistungen der Spezialisten in den Geriatrischen Institutsambulanzen gewährt werde.

Handlungsempfehlung 7 zur Investitionsfinanzierung: Bei der Einzelförderung müsse eine Aufstockung der Fördermittel genutzt werden, um die Förderquote zu erhöhen. Die Pauschalförderung, die in den vergangenen zehn Jahren noch nicht einmal im Umfang der Inflationsrate erhöht worden sei, müsse kurzfristig ebenfalls deutlich aufgestockt werden.

### 2.2.2.19 AOK Baden-Württemberg

Der Vortrag des Leiters Politik der AOK Baden-Württemberg, Herr Dr. Holger Pressel, untergliedert sich in die drei Aspekte Finanzierung, Prävention und Rehabilitation.

**Finanzierung**

Die Finanzierung der Pflegeversicherung stehe vor vielfältigen Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel und der Gewinnung von ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal. Die

AOK Baden-Württemberg bekenne sich zu einer attraktiven Vergütung, fordere aber auch Transparenz über die tatsächlichen Vergütungsstrukturen bei den Leistungserbringern.

Private Zusatzversicherungen wie der „Pflege-Bahr“ führten zu einer inversen Umverteilung.

Finanziell schwächer gestellte Menschen, die die Mittel für diese Zusatzversicherungen nicht aufbringen könnten, subventionierten mit ihren Steuern die Förderung einkommensstärkerer Haushalte. Dies sei mit den Prinzipien der solidarischen Finanzierung schwer in Einklang zu bringen.

Zur sozialen und privaten Pflegeversicherung fordert Herr Dr. Pressel einen Finanzausgleich und mittelfristig eine Überwindung von deren Trennung.

**Prävention**

Prävention lohne sich auch im Alter. Schon seit über zehn Jahren führe die AOK Baden-Württemberg sehr erfolgreich ihr Programm „Sturzprävention im Pflegeheim“ durch. Die Anzahl der Stürze insgesamt als auch die der Frakturen sowie die der Krankenhauseinweisungen sei jeweils um einen Wert im zweistelligen Prozentbereich zurückgegangen.

**Stärkung der Rehabilitation**

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ werde häufig in Sonntagsreden erwähnt. Die Situation der geriatrischen Rehabilitation sei aber nicht sonderlich gut. Deshalb gebe die AOK Baden-Württemberg ein klares Bekenntnis zu einem Erhalt bzw. sogar Ausbau der geriatrischen Rehabilitation ab. Als einzige Krankenkasse beteilige sich die AOK Baden-Württemberg materiell an der Versorgungsstrukturanalyse des Landes.

**Integration rehabilitativer Elemente in die Pflege**

Manchmal werde die Aussage gemacht, die Krankenkassen hätten gar keinen großen Anreiz, in die rehabilitative Pflege oder in die geriatrische Rehabilitation zu investieren, da die Kosten bei einer Pflegebedürftigkeit bei einem anderen Kostenträger anfielen.

Mit Erstattungsleistungen der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung könne ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, sich in der rehabilitativen Pflege bzw. in der Rehabilitation verstärkt zu engagieren.

Die AOK Baden-Württemberg führe derzeit mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg ein entsprechendes praxisorientiertes Projekt durch.

### 2.2.2.20 B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

Für die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg spricht der stellvertretende Leiter der Landesvertretung des Verbands der Ersatzkassen (vdek), Herr Frank Winkler. Nach einer Einführung zur Pflege im Allgemeinen stellt er die Standpunkte und Forderungen zur Pflege im Speziellen vor.

**Vorbemerkung**

Vor dem Hintergrund der sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen begrüße die B 52-Verbändekooperation die Initiativen im Bereich der Pflege auf Bundes- und auf Landesebene, zum einen diese Enquetekommission zur Zukunft der Pflege, 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 sowie die Diskussion um die Zukunft der Pflegenoten.

**Standpunkte und Forderungen zur Pflege**

Die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung setze eine stabile Finanzierung voraus. Die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung habe sich bewährt. Die Leistungen der Pflegeversicherung seien regelmäßig in angemessener Weise zu dynamisieren, sodass man z. B. festlege, etwa 4 Prozent seien bei allen bisherigen Pflegeleistungen notwendig, um dem inflationsbedingten Preisverfall der Leistungen entgegenzuwirken.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sei umfassender und ausdrücklich zu begrüßen.

Ein Qualitätsausschuss auf Bundesebene werde ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten erarbeiten. Die Überarbeitung müsse mit einer Differenzierung nach den wesentlichen Pflegeschwerpunkten erfolgen.

Bei der Landesheimbauverordnung bestehe die Gefahr, dass mit dem obligatorischen Einzelzimmergebot ab dem Jahr 2019 ein Engpass in der stationären Versorgung entstehe. Land und Kommunen seien im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bei der Pflegeinfrastruktur gefordert, ihre Anstrengungen für die Förderung alternativer Wohnformen zu verstärken.

Dem Mangel an Pflegefachkräften sei entgegenzuwirken. Nach Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nürnberg blieben offene Stellen in der Pflege immer länger unbesetzt, weil der Nachwuchs fehle. Im Juni 2015 seien in Baden-Württemberg auf je 100 Stellenangebote 28 Bewerber gekommen. Fachleute gingen davon aus, dass in 20 Jahren in Baden-Württemberg mehr als 15.000 Pflegekräfte fehlen dürften. Dann kämen die geburtenstarken Jahrgänge der Fünfziger- und Sechzigerjahre in das Alter, in dem verstärkt Pflegebedürftigkeit auftrete.

Baden-Württemberg verfüge derzeit über 48 Pflegestützpunkte in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen. Die Kranken- und Pflegekassen finanzierten diese zu zwei Dritteln, die kommunalen Landesverbände zu einem Drittel. Die B 52-Verbändekooperation sei in puncto Erweiterung dieser Pflegestützpunkte in Gesprächen und gegenüber einem Ausbau offen. Dabei müssten immer die regionalen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Der Ausbau müsse angemessen und bedarfsgerecht sein. Dafür brauche man nachvollziehbare Prüfkriterien.

### 2.2.2.21 Kassenärztliche Vereinigung

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Herr Dr. Johannes Fechner, greift nach einer kurzen Einführung mit dem Bürokratieabbau, der Verschlankung des Genehmigungsprozesses und der Vereinbarung einer ambulanten Behandlung in Pflegeheimen drei Punkte heraus.

**Einführung**

Mit dem prognostizierten Mehrbedarf an ambulanten medizinischen Leistungen, den Nachwuchsproblemen in Pflegeberufen und bei Haus- und Fachärzten sowie mit den begrenzten finanziellen Mitteln beeinflussten drei Problemkreise die Gestaltung einer zukunftsorientierten und nachhaltigen Pflege in Baden-Württemberg und in der Bundesrepublik.

Die KVBW sehe im Einsatz von telemedizinischen Anwendungen oder gemeinsam genutzter IT-gestützter Informationssysteme und Entbürokratisierung die Chance, bereits kurzfristig Verbesserungen in der Versorgung der zu Pflegenden zu erreichen.

**Modellversuch Entbürokratisierung der häuslichen Krankenpflege**

In einem Pilotprojekt hätten Hausärzte an Patienten der Ersatzkassen ein vereinfachtes Verordnungsverfahren für häusliche Krankenpflege getestet. Die Ärzte hätten nur noch die Indikation und die Krankheit nach ICD codiert. Der Pflegedienst selbst habe dann den Umfang der Pflege, auch den zeitlichen, fixiert und auf dem Bogen ausgefüllt, was früher Aufgabe des Arztes gewesen sei. Der Arzt habe aus formalen Gründen noch einmal gegenzeichnen müssen. Die Krankenkassen hätten zugestimmt, eine so ausgeführte Verordnung nicht mehr weiter zu überprüfen oder ihr zu widersprechen. Ärzte und Pflegedienste hätten zum Nutzen des Patienten noch enger zusammengearbeitet.

**Verschlankung des Genehmigungsprozesses**

Lästige Rückfragen von Krankenkassen in den Arztpraxen und eine nochmalige Befassung des Pflegedienstes mit Gegenzeichnungen seien entfallen. Die Pflegedienste seien verantwortungsvoll mit dieser kleinen Freiheit umgegangen. In den Arztpraxen sei eine Zeitersparnis zu erkennen gewesen. Laut den Krankenkassen seien die Kosten nicht höher geworden. Die KVBW befürworte deshalb für die Zukunft einen vereinfachten Verordnungs- und Genehmigungsprozess.

**Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V**

In Baden-Württemberg gebe es immer noch keine zentrale Vereinbarung zur ambulanten Pflege in Pflegeheimen. Die KVBW habe die Hoffnung, dass mit der Änderung des Versorgungsstärkungsgesetzes die bisherige „Kann“-Regelung des § 87 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V in eine Sollregelung übernommen werde und man dann die finanzielle Förderung von den Krankenkassen bekomme. Bisher hätten 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.“ Auch alle anderen in der ganzen Bundesrepublik laufenden Projekte hätten die Hausärzte nicht in Scharen in die Pflegeheime getrieben. Hier müsse man noch einmal etwas Grundsätzliches tun.

Im Hospiz- und Palliativgesetz sieht Herr Dr. Fechner die Aufforderung an die Vertragspartner – KV und Kostenträger –, etwas zu tun. Es sei auch zu überlegen, ob die KV direkt mit Pflegeheimen Rahmenverträge abschließen könne. Dies wäre bundesweit zu regeln.

Abschließend führt Herr Dr. Fechner aus, der Ärztemangel werde die Professionen Pflege und Ärzte noch näher zusammenbringen. Er könne sich vorstellen, dass die Pflegeberufe im Bereich der ambulanten Medizin noch einmal neue Arbeitsfelder bekämen, um nicht nur pflegend, sondern tatsächlich auch kurativ tätig zu sein.

**2.2.2.22 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg**

Herr Ulrich Hartschuh von der Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg widmet sich dem Aufgabengebiet Prävention und Rehabilitation im Zusammenhang mit der Pflege.

**Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“**

Präventions- und Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung hätten auch das Ziel, einen vorzeitigen Eintritt des Pflegefalls zu verhindern. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ rücke damit deutlich zusammen mit dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“.

**Angebote**

In den meisten Fällen würden die Pflegebedürftigen von in der Regel weiblichen Familienmitgliedern gepflegt, die neben ihrem Beruf und familiären Verpflichtungen diese schwierige Aufgabe zusätzlich übernähmen. Die Deutsche Rentenversicherung habe für professionell Pflegende, aber auch pflegende Angehörige spezielle Angebote entwickelt.

Neben klassischen Rehabilitationsleistungen gebe es Angebote für professionell Pflegende, die durch ihre intensive Pflegetätigkeit und ihren hohen persönlichen Einsatz stark von Burnout bedroht seien.

**Gemeinsame Rehabilitation für Pflegende und ihre Angehörigen**

Außerdem biete die Deutsche Rentenversicherung auch Leistungen an, die sowohl den zu Pflegenden als auch die pflegende Person umfassten. Beide gemeinsam könnten zur gleichen Zeit in die gleiche Rehabilitationseinrichtung gehen, erhielten dort allerdings unterschiedliche Leistungen. Die zu Pflegenden erhielten Leistungen im Sinne einer aktivierenden statt verwahrenden Pflege. Die Pflegeperson erhalte Leistungen, die zur Stabilisierung der persönlichen, familiären und beruflichen Situation beitrügen. Diese Angebote würden jedoch nicht in dem Maße nachgefragt, wie dies wünschenswert sei. Die Deutsche Rentenversicherung würde es begrüßen, wenn durch das zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung ein Impuls in Richtung pflegende Personen ausgehen würde, diese Angebote in Anspruch zu nehmen.

**Vorbemerkung zu den Vorträgen in Ziff. 2.2.2.23 und 2.2.2.24:**

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) haben sich im Vorfeld auf Schwerpunktthemen verständigt und ihre Stellungnahmen abgestimmt. Die BGW und die UKBW sind gemeinsam als gesetzliche Unfallversicherung für alle Pflegeunternehmen in Baden-Württemberg zuständig.

**2.2.2.23 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Der Geschäftsführer der Bezirksverwaltung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Herr Erhard Weiß, setzt die Schwerpunkte auf Prävention in der stationären Altenpflege und den ambulanten Diensten und formuliert Thesen für die Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen in der Pflege.

**Lebensphasenorientierte Arbeitsmodelle in der Pflege**

Das zentrale Anliegen der zukünftigen Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege bestehe darin, die extremen körperlichen und psychischen Belastungen zu verringern. Gleichzeitig müsse es Mitarbeitern ermöglicht werden, berufliche, private und persönliche Perspektiven in allen Lebensphasen miteinander in Einklang zu bringen. Hierzu seien gerade für kleine und mittlere Betriebe unternehmensübergreifende Konzepte zu entwickeln. Es gelte daher, den politischen Rahmen zu schaffen, der flexible Einsatzmöglichkeiten der Mitarbeitenden zwischen den stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten ermögliche.

**Prävention bei Auszubildenden in den Pflegeberufen**

30 Prozent der Auszubildenden in der Pflege gingen schon mit einem schlechten Gesundheitszustand in die Ausbildung. Studienergebnisse zeigten, dass sich dieser während der Ausbildung sogar noch verschlechtere. Altenpflegeschülerinnen und -schüler rauchten häufiger als ihre Altersgenossen, ernährten sich oft ungesund und litten schon früh an gesundheitlichen Beschwerden. Eine mangelnde Bewegungsförderung im Schulbereich trage dazu bei. Schon

bei den Auszubildenden müssten daher Gesundheitskompetenz und Resilienz sehr frühzeitig gestärkt werden.

**Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**

Die Unfallversicherungen unterstützten im Rahmen der Initiative KoBrA – Kooperation Breitenumsetzung von Arbeitsschutz in der Pflege – und des Projekts „Kooperatives Aufsichtshandeln“ die abgestimmte Einführung der neuen Pflegedokumentation und evaluierten die Auswirkungen auf die Mitarbeitenden.

Die BGW und UKBW würden sehr stark empfehlen, das kooperative Aufsichtshandeln in Baden-Württemberg langfristig flächendeckend umzusetzen und beispielsweise Runde Tische der Aufsichts- und Prüfinstitutionen auf Landkreisebene zu etablieren.

**Gewalt in der Pflege**

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ dürfe in Baden-Württemberg nicht tabuisiert werden. UKBW und BGW hätten als Unfallversicherer ein umfangreiches Angebot an Präventionsmaßnahmen entwickelt, berieten Unternehmen und schulten Mitarbeitende im Umgang mit herausforderndem Verhalten.

**Präventionsgesetz**

Im Präventionsgesetz werde der Pflegebereich explizit genannt. Um erfolgreich gemeinsam für die Pflege und den Gesundheitsdienst aktiv zu werden, müssten auch hier neue Kooperationsformen gefunden werden. Gerade im Bereich der psychischen Belastungen und drohenden Erschöpfungszustände müssten neue, integrierte Vorgehensweisen geschaffen werden. Auch im Bereich der Rückenerkrankungen lasse sich durch das Zusammenwirken von Krankenkassen, Rentenversicherern und Unfallversicherern einiges erreichen.

**Neue Herausforderungen in der Pflege**

Gesundheitsförderndes Führen in den Unternehmen der Pflegebranche habe in Baden-Württemberg noch hohe Entwicklungspotenziale.

Die BGW und die UKBW bauten derzeit gemeinsam mit der Diakonie Baden ein Kompetenzzentrum auf, um die anstehenden Veränderungsprozesse auf Gefährdungen hin zu analysieren, die Kompetenzen zum Thema Mitarbeitergesundheit zu bündeln, Führungskräfte zum Thema Gesundheitsförderung zu schulen und die Umsetzung in den Betrieben zu stärken.

### 2.2.2.24 Unfallkasse Baden-Württemberg

Die stellvertretende Geschäftsführerin der Unfallkasse Baden-Württemberg, Frau Tanja Hund, konzentriert sich auf die Pflegepersonen im häuslichen Bereich.

**Schätzung der versicherten häuslichen Pflegepersonen**

Bei der Unfallkasse Baden-Württemberg seien u. a. Ehepartner, Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die in häuslicher Umgebung unentgeltlich pflegen, gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gesetzlich unfallversichert.

Laut Statistischem Bundesamt würden in Baden-Württemberg 207.924 pflegebedürftige Personen zu Hause gepflegt. Diese würden von schätzungsweise 415.848 Pflegepersonen betreut. Da keine Meldepflicht bestehe, sei es eine Herausforderung für die UKBW, die Zahl der bei ihr versicherten Pflegepersonen im häuslichen Pflegebereich zu schätzen. Deren Versicherungsbeiträge würden von den Kommunen pauschaliert erhoben, derzeit etwa 7 Cent pro

Einwohner in Baden-Württemberg. Die Versicherten wüssten selbst nicht, dass ein Versicherungsschutz bestehe.

**Präventionsauftrag**

Eine adäquate pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg könne aber nur dann sichergestellt werden, wenn die häusliche Pflege gestärkt werde. Die Belastungen und Beanspruchungen seien für häusliche Pflegepersonen hoch, in vielen Fällen sogar höher als im beruflichen Umfeld. Dies liege daran, dass im Gegensatz zu den beruflich Pflegenden die nebenher tätige häusliche Pflegeperson überhaupt keine Vorbildung habe. Auch ließen sich die entsprechenden räumlichen Bedingungen in den Haushalten überhaupt nicht sicherstellen. Im stationären Bereich selbstverständliche und notwendige Schutzmaßnahmen wie das Tragen von Handschuhen oder beim Umgang mit Nadeln und Kanülen seien im häuslichen Bereich meistens nicht bekannt. Selbst wenn, ziehe man keine Schutzhandschuhe an, da man ja einen nahen Angehörigen pflege. Die mangelnde Kenntnis über diese Schutzmaßnahmen führe zu erhöhten Unfallrisiken mit entsprechenden Folgen.

**Präventionsgebiete**

Sehr wichtig sei, die Arbeitskraft der häuslichen Pflegepersonen so lange wie möglich zu erhalten. Als Präventionsangebote kämen Schulungen zur Kompetenzförderung im Umgang mit den zu pflegenden Personen, Informationsveranstaltungen zu Hilfsmitteln und die Durchführung von Hausbesuchen zur Verbesserung der Pflegesituation vor Ort in Betracht.

**Maßnahmen zur Erreichbarkeit der häuslichen Pflegepersonen**

Um diesen Präventionsauftrag vollumfänglich umsetzen zu können, müssten die Pflegepersonen „adressiert“ werden können. Durch Informationskampagnen im Internet bzw. in sozialen Netzwerken könne dieser sehr große Versichertenkreis nicht ausreichend erreicht werden. Aufgrund der Heterogenität gingen diese Kampagnen auch vielfach ins Leere. Viele Präventionsmittel würden für Infokampagnen verausgabt, ohne die betroffenen Menschen tatsächlich zu erreichen.

Abschließend fordert Frau Hund eine gesetzlich verankerte Meldepflicht für häuslich nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen oder alternativ die Datenerhebung bei Einrichtungen, die diese Personen kennen, z. B. bei der gesetzlichen Pflegeversicherung oder auch beim Finanzamt. Damit würde die Nachhaltigkeit in der häuslichen Pflege eindeutig gestärkt.

### 2.2.2.25 Gemeindetag und Städtetag Baden-Württemberg

Die gemeinsame Vertreterin des Gemeindetags Baden-Württemberg und des Städtetags Baden-Württemberg, Frau Gudrun Heute-Bluhm, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Städtetags Baden-Württemberg, geht auf sich aus dem demografischen Wandel ergebende Herausforderungen für die Städte und Gemeinden ein.

**Fragestellungen für die Kommunen**

Kernaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge, neben Energie und ÖPNV, der Förderung von Kultur, Bildung und Sport sowie anderen Dienstleistungen, sei es, auch Angebote für alte, kranke und pflegebedürftige Menschen zu machen.

Die Ausrichtung auf die sozialraumorientierte Versorgung gerade auch im Bereich der Pflege sei ein zentraler Ansatz, ohne den man nicht mehr auskommen könne. Hierfür bedürfe es neben der Pflege im eigentlichen Sinne weiterer Angebote der Wohnraumversorgung, des Hausarztes am Wohnort, aufsuchender Gesundheitsdienste und weiterer lokale Angebote, die nicht zuletzt auch das bürgerschaftliche Engagement einbezögen und dort Hilfestellungen gäben.

Die Kommunen brauchten Gestaltungsspielräume vor Ort, auch im Sinne einer Steuerungsfunktion, die ihnen der Gesetzgeber bislang nicht ermögliche. Es könne nicht dabei bleiben, dass die Kranken- und Pflegekassen allein eine Steuerungsfunktion hätten.

**Kommunale Pflegelandschaften als mögliche Antwort**

Die erforderliche Verzahnung und Vernetzung mehrerer Sektoren dürften nicht dadurch erfolgen, dass man sie nebeneinandersetze und gesondert regle, sondern man müsse ihnen Möglichkeiten geben, aufeinander zuzugehen. Wie bei anderen kommunalen Planungsaufgaben solle das zeitnah und situationsorientiert geschehen und nicht, wie früher, in zehn- oder zwanzigjährigen Planungszeiträumen. Die Kommunen sollten dies auch mit der notwendigen Verankerung in den Kostenstrukturen tun dürfen.

Die Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände habe in den nationalen Beratungsprozess einen Vorschlag zur Stärkung der sozialraumorientierten Pflege durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen eingebracht, der in modifizierter Form als Konzept der Modellkommunen erprobt werden solle. Es sei davon auszugehen, dass auch in Baden-Württemberg mehrere Modellstandorte gefunden würden. Stadt- und Landkreise wollten damit beispielsweise eine umfassende Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ermöglichen, um den Betroffenen unnötige Wege und langwieriges Suchen nach dem richtigen Ansprechpartner zu ersparen.

Bereits heute bildeten 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. Die Gremien aller drei kommunaler Landesverbände hätten erst jüngst erneut bekräftigt, dass sie den zielgerichteten und bedarfsgerechten Ausbau der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg für außerordentlich wichtig hielten und dieser auch schnell auf den Weg gebracht werden müsse.

Bei alledem müsse im Auge behalten werden, dass die Pflege bezahlbar bleiben müsse.

Die Kommunen bedauerten, dass die Leistungserbringer das Scheitern der Verhandlungen über den neuen Rahmenvertrag für die stationäre Pflege erklärt hätten. Nun stünden Forderungen im Raum, die mehr als eine halbe Milliarde zusätzliches Ausgabenvolumen bedeuteten. Die Kommunen hätten Verbesserungen im Personalschlüssel und in zentralen Bereichen angeboten. Man hoffe auf weitere Verhandlungen. Zu wünschen sei, dass auch andere in der Zwischenzeit durch die Schiedsstellen benannte Themen – wie zum Beispiel Gewinnzuschläge für Pflegeeinrichtungen – in die Kostenfragen einbezogen würden.

### 2.2.2.26 Landkreistag Baden-Württemberg

Der Vertreter des Landkreistags Baden-Württemberg, Herr Karl Röckinger, Landrat des Enzkreises, befasst sich ebenfalls mit der Rolle der Kommunen in der Pflege und benennt Handlungsfelder wie Altersarmut, Pflegestützpunkte und den Rahmenvertrag über die stationäre Pflege nach dem SGB XI.

**Rolle der Kommunen in der Pflege**

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags habe den Weg zu einer notwendigen Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eröffnet. Internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte in Deutschland zeigten, dass die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings von einer starken Rolle der Kommunen positiv beeinflusst werden könnten. Die Kommunen leisteten bereits einen wichtigen Beitrag zur Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen und/oder Menschen mit Behinderung und deren Familien.

Im Bereich der Pflege stünden auch im Hinblick auf die weitreichende Kostenträgerschaft der kommunalen Ebene nur sehr geringe Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Kommunen seien unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden. Deshalb müssten mehr konkrete Verantwortlichkeiten auf die kommunale Ebene übergehen. Die Kommunen seien aufgrund ihrer Kenntnisse und ihrer originären Zuständigkeiten mehr als geeignet, im Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen. Voraussetzung hierfür sei natürlich, dass die Finanzen stimmten.

**Altersarmut**

Für die kommenden Jahre werde eine stetig steigende Altersarmut prognostiziert. Es sei von immer mehr Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auszugehen. Diese Hilfsbedürftigkeit entstehe oftmals durch Pflegebedürftigkeit. Trotz finanzieller Verbesserungen durch die Anpassung bundesgesetzlicher Regelungen – wie im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und im Ersten Pflegestärkungsgesetz – kämen viele ältere Menschen an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit. Deshalb könne durch die Stärkung kommunaler Strukturen langfristig eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen erreicht werden.

**Pflegestützpunkte**

Handlungsbedarf auf kommunaler Ebene bestehe insbesondere im Bereich angemessener Möglichkeiten der Steuerung der Angebotsstrukturen vor Ort sowie einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung mit den Beratungsaufgaben der Pflegekassen.

Insoweit würden auch von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Handlungsfelder zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege identifiziert. Einen besonderen Schwerpunkt bilde die Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen. In Baden-Württemberg seien die Pflegestützpunkte zentrale Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen. Hier würden sie wohnortnah, neutral und umfassend beraten und erführen bei ihrer Organisation der Pflege weitreichende Unterstützung. Damit alle Betroffenen erreicht werden könnten, müsse jetzt endlich ein signifikanter und zeitnaher Ausbau der Pflegestützpunkte in der Fläche erfolgen.

**Rahmenvertrag über die stationäre Pflege nach dem SGB XI**

Den Kommunen sei wichtig, wenn mehr Geld in die Hand genommen werde, es bei den Pflegebedürftigen als Qualität auch ankomme und nicht nur allgemein Kosten erhöht würden.

Die kommunale Seite bedauere das Scheitern der Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag für die stationäre Altenpflege, zumal sie ein großzügiges Angebot im dreistelligen Millionenbereich gemacht habe.

# 3 Handlungsempfehlungen

## 3.1 Pflege und Gesellschaft

### 3.1.1 Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

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

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

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

**Herausforderung demografische Entwicklung**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Innovationskultur fördern**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

### 3.1.2 Würde und Selbstbestimmung im Alter

**Das Alter als Chance verstehen**

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

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

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

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

Ziel muss es sein, ältere Menschen – auch im Ruhestand – zu aktivieren, und zwar bevor sie pflegebedürftig werden. Wer aktiv ist, bleibt in der Regel länger gesund. Hierzu bedarf es vor Ort, im Lebensumfeld der Menschen, attraktive und zielgruppenspezifische Angebote der Prävention. Gleichzeitig muss es gelingen, in der Bevölkerung mehr Bewusstsein für den

Nutzen von Prävention zu schaffen. Wer erkennt, dass es sich lohnt, in die eigene Gesundheit zu investieren, und welche Erfolge mit Prävention erzielt werden können, wird auch etwas dafür tun.

**Selbstbestimmung im Alter ermöglichen**

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

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

Da Menschen auch bei Beeinträchtigungen und Behinderungen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben wollen, sollte der ambulante Betreuungssektor ausgebaut und unterstützt werden. Die Kommunen müssen hierfür Verantwortung übernehmen, sich aktiv mit der demografischen Entwicklung und den Herausforderungen vor Ort befassen und diese gestalten. Eine legale und qualitativ hochwertige Versorgung, Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld sicherzustellen, gelingt wahrscheinlich nur über eine Subventionierung der Dienstleistungen. Das dazu bereits im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg erarbeitete Konzept für haushaltsnahe Dienstleistungen sollte weiter entwickelt werden. Ob die 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte eine auch für die Bundesrepublik Deutschland umsetzbare Lösung ist, sollte auf Bundesebene ebenfalls näher untersucht werden. Es soll geprüft werden, ob und wie Pflege und Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit im Leistungsrecht den stationären Leistungen in der Pflege gleichgestellt werden können.
Nicht alle Menschen mit Pflegebedarf können in ihrer eigenen Häuslichkeit ausreichend versorgt werden. Als weitere Angebotsform bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften und stationäre Hausgemeinschaftskonzepte gute Teilhabequalitäten. Im Sinne der Selbstbestimmung ist hier ein ausreichendes Angebot anzustreben. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Aspekte der finanziellen Förderung, der Personalausstattung sowie der Beratung und Gründungshilfe für Wohngemeinschaften zu berücksichtigen.

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Um die Möglichkeiten der altersgerechten Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben auch bei den Endkunden bekannt zu machen, sollen Multiplikatoren eingesetzt werden. AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter könnten gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk praxisbezogen informieren. Alle Akteure in Bauwirtschaft und Handwerk sollen in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden. Die Vermittlung von AAL muss verbraucherfreundlich gestaltet werden, damit sie tatsächlich wirkt. Außerdem ist die finanzielle Förderung des Technologieeinsatzes durch die Pflegeversicherung zu prüfen.

b) Die Landesregierung soll unter Einbindung von Pflegeversicherern und Trägern aus dem Pflegebereich eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durchführen, deren Ziel es ist, in der Bevölkerung das Bewusstsein zur Vorsorge und der Prävention zu stärken.

c) Die Landesregierung soll bei der bei der Evaluation des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes im Jahr 2017 (gem. § 34 WTPG) ein besonderes Augenmerk auf Teilhabekonzepte legen.

### 3.1.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

**Fachkräftesicherung**

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

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

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

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

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

**Unterschiedliche Konzepte für Stadt und Land**

Die Betrachtung der demografischen Entwicklung macht deutlich, dass in Baden-Württemberg die Unterschiede zwischen Stadt und Land zunehmen werden. Die Städte und städtischen Regionen werden weiter wachsen, während ländliche Kommunen schrumpfen. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Bedarfe und Bedingungen in der Pflege. So ist beispielsweise die stationäre Pflegequote in den Stadtkreisen deutlich höher als in den Regionen mit ländlichen Siedlungsstrukturen. Dies spricht dafür, in der Pflegepolitik spezifische regionale Bedürfnisse stärker zu beachten und die Zuständigkeiten von Kommunen für die Sicherung der Pflege zu stärken.

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

**Rolle der Kommunen stärken**

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

**Gleicher Zugang zur Pflege für alle**

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

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

**Pflegende Angehörige stärken**

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

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

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

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

**Sektorengrenzen überwinden**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Landesregierung soll alle eigenen Maßnahmen mit Auswirkung auf die pflegerische Versorgung speziell auf die Belange des ländlichen Raums hin überprüfen und erforderlichenfalls anpassen.

b) Die Landesregierung soll beim Bund und den Kommunen auf eine stärkere Sensibilisierung in Bezug auf die pflegerische Versorgung des ländlichen Raumes vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hinwirken.

c) Die Enquetekommission appelliert an die Rahmenvertragspartner, die Refinanzierung der Fahrzeiten ambulanter Dienste zu prüfen.

d) Die Landesregierung soll Forschungsprojekte über den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf initiieren, damit den Aspekten sozialer Ungleichheit besser abgeholfen werden kann.

e) Die Landesregierung soll den Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen in Baden-Württemberg mittels einer wissenschaftlichen Studie erheben, damit pflegende Angehörige gezielt unterstützt werden können.

### 3.1.4 Wertschätzung der Pflege

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

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) zu prüfen, inwiefern die Bildungspläne angepasst werden müssen, um bereits in der Schule eine stärkere Sensibilisierung für das Thema Pflege zu erreichen;

b) gemeinsam mit Einrichtungsträgern, Verbänden und Gewerkschaften aus dem Pflegebereich eine Kampagne durchzuführen mit dem Ziel, für Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst mehr Plätze in der Pflege zur Verfügung zu stellen und tatsächlich zu besetzen sowie mehr junge Männer für den Pflegeberuf zu interessieren.

### 3.1.5 Pflegekammer

**Sachstand in den anderen Bundesländern**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Herausforderungen**

Mit der Änderung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1985 wurde erstmals festgeschrieben, dass Pflege nicht nur eine ausführende Tätigkeit ist, die umsetzt, was angeordnet wurde, sondern eigenverantwortliche Aufgaben wahrnimmt. Die Enquetekommission sieht es als notwendig an, dass Pflegende auf Augenhöhe mit den anderen Entscheidern im Gesundheitswesen agieren können. Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten verfügen über eigene berufsständische Vertretungen in Form von Kammern. Es soll daher entlang der Erfahrungen aus den anderen Bundesländern untersucht werden, wie mit der Einrichtung einer Pflegekammer diese Augenhöhe zu den anderen Gesundheitsberufen befördert werden kann.
Die Enquetekommission sieht generell in der weiteren Professionalisierung und Aufwertung des Pflegeberufs eine Chance, das Berufsfeld der Pflege langfristig attraktiv zu erhalten und die Zufriedenheit der in der Pflege Tätigen nachhaltig zu verbessern. Die Pflege muss in der Lage sein, auf steigende Anforderungen reagieren zu können. So bedeutet beispielsweise der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung in der Langzeitpflege, dass mehr Verantwortung bei den Pflegekräften liegt.
Für die Enquetekommission ist es ein wichtiges Ziel, die Angehörigen der Pflegeberufe in ihrem Selbstverständnis zu stärken. Es ist daher erforderlich, die in der Pflege Tätigen bei der Weiterentwicklung ihres Berufsbildes miteinzubeziehen. Eine Entscheidung über die Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg kann nicht ohne ein Votum der in der Pflege beschäftigen Personen getroffen werden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung,

a) die Entwicklungen zu den Entstehungsprozessen der Pflegekammern in den anderen Bundesländern sorgfältig mitzuverfolgen,

b) die Gründung einer Pflegekammer auf den Weg zu bringen, falls sich die in der Pflege beschäftigten Personen in einer repräsentativen Befragung, die wissenschaftlichen Gütekriterien genügt, für eine Pflegekammer in Baden-Württemberg aussprechen.

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

**Minderheitenvoten zu Kapitel 3.1 „Pflege und Gesellschaft“**

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

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.
Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

**Handlungsempfehlungen**

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

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

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) die Entwicklungen zu den Entstehungsprozessen der Pflegekammern in den anderen Bundesländern sorgfältig mitzuverfolgen,

b) auf der Basis der Erfahrungen der anderen Bundesländer ein eigenes Konzept für Baden-Württemberg zu entwickeln,

c) ein repräsentatives Meinungsbild der in der Pflege beschäftigten Personen zu diesem Konzept herbeizuführen, das wissenschaftlichen Kriterien standhält.

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

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

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

### 3.2 Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung

#### 3.2.1 Prävention

Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf nachhaltige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, die nach Maßnahmen der Primärprävention (Verhütung von Krankheit), der Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten) und der Tertiärprävention (Verhinderung bzw. Beseitigung von Folgeschäden einer Erkrankung) unterschieden werden können. Alle drei Präventionsarten sind für die Verhinderung von Pflegebedarf von hoher Bedeutung.

**Zwei Arten von Zugangswegen zur Prävention**

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

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

**Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“**

Für die Umsetzung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen vor Ort verantwortlich. Die Krankenkassen entscheiden auf der Grundlage des GKV-Leitfadens.[12] Sie können dabei innerhalb dieses Rahmens eigene Schwerpunkte setzen. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung und Zertifizierung von Kursangeboten beauftragt. Die Anbieter können sich direkt online an die Zentrale Prüfstelle wenden, um ihr Angebot prüfen und zertifizieren zu lassen. Wenn ein Angebot alle Prüfkriterien erfüllt, erhält es das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“. Angebote mit dem Prüfsiegel sind in einer zentralen Kurs-Datenbank gelistet, die über die Krankenkassen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden können.

**Präventionsgesetz**

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

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

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

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

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

#### 3.2.1.1 Prävention von Pflegebedürftigkeit

**Herausforderungen**

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Landesregierung soll eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag einsetzen, die präventiven Inhalte und Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit daraufhin zu prüfen, inwieweit diese für Baden-Württemberg geeignet erscheinen, die Prozesse der Umsetzung zu definieren und dabei eine Priorisierung vorzunehmen.

b) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation des im Präventionsgesetz vorgesehenen Präventionsauftrags der sozialen Pflegeversicherung in Bezug auf gesundheitsfördernde Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen an.

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

#### 3.2.1.2 Präventionsbewusstsein

**Herausforderungen**

Es muss ein Bewusstsein für die Bedeutung von Prävention geschaffen werden. Dazu müssen Präventionsangebote zielgruppenspezifisch ausgebaut und niederschwellig angeboten werden. Generell muss die Bekanntheit von Präventionsangeboten gesteigert werden.
Ziel sollte es daher sein, die verfügbaren Präventionsprogramme stärker in die Fläche zu tragen. Dabei sollte Wert darauf gelegt werden, dass bereits vorhandene Präventionskonzepte evaluiert und erweitert werden.

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Es soll ein einheitliches webbasiertes Verzeichnis (Internetportal) von Präventionsangeboten auf den Weg gebracht werden, in dem auch die funktionellen Anforderungen beschrieben werden. Dies wäre hilfreich, um auch die nicht von der Zentralen Prüfstelle für Prävention gelisteten Angebote vermitteln zu können.

b) Es soll geprüft werden, ob Versicherungsträger Patientinnen und Patienten nach einer Akutversorgung anschreiben können, um diese gezielt auf Präventionsprogramme in ihrem Umfeld hinzuweisen. Generell sollen Angebote intensiver beworben werden, beispielsweise durch Broschüren oder das bereits erwähnte Internetportal.

c) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation der im Präventionsgesetz vorgesehenen nationalen Präventionsstrategie an. Darin ist vorgesehen, dass eine Verständigung der Sozialversicherungsträger mit den Ländern unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung, insbesondere in den Kommunen, in Kindertageseinrichtungen, in Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen, stattfinden soll.

d) Die Landesregierung soll Forschungsprojekte fördern, die sich mit der Bedeutung der Prävention für die Einzelnen, der Bedeutung für Betriebe und der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Prävention befassen. In Bezug auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit soll dabei auch erforscht werden, welche Auswirkungen Prävention (auch im Alter) auf die Pflegeversicherung haben könnte.

#### 3.2.1.3 Zielgruppenspezifische Angebote

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, bereits im Kindesalter auf eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung zu achten. Dieser positive Ansatz kann neben den Eltern gerade auch von Seiten der Kindergärten, Schulen und den Vereinen unterstützt werden. Denn auch diese können dazu beitragen, Kinder an eine gesunde Lebensweise heranzuführen. Durch eine gezielte Zusammenarbeit auf allen Ebenen kann so der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt und die spätere Entstehung von Erkrankungen verhindert oder zumindest verzögert werden.

b) Weiter sollen Präventionsangebote in Schulen und Freizeiteinrichtungen gefördert werden. Hierzu regt die Enquetekommission den Ausbau der Versorgung mit Kinder- und Jugendtherapeutinnen und Kinder- und Jugendtherapeuten im Zusammenhang mit Krisenintervention an.

c) Räumlichkeiten für Bewegungsangebote, insbesondere bei Sportvereinen, sind grundsätzlich knapp. Zudem stellen Kurse für alte Menschen zwar keine hohen, jedoch etwas andere Anforderungen als gemeinhin üblich (barrierefrei, kleinere Räume, Spiegelwand, andere Böden, komfortablere und die Privatsphäre besser respektierende Umkleidekabinen). Die Enquetekommission regt bei der Landesregierung an, dass insbesondere kleinere Vereine von einer inhaltlich gebundenen Investitionsförderung profitieren könnten. Weiter empfiehlt die Enquetekommission die Ausbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern mit speziellen Programmen, zum Beispiel zur Sturzprävention.

d) Die Enquetekommission regt an, „Werbe“-kampagnen für Präventionsangebote zu verstärken und diese zielgruppenspezifisch auszurichten. Das Angebotsspektrum soll dabei sämtliche Zielgruppen berücksichtigen, beispielweise Kinder, junge Menschen, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf. Dabei sollen die Angebote unabhängig von der jeweiligen Lebensumwelt zugänglich sein.

e) Derzeit werden Präventionsangebote besonders durch die Mittelschicht wahrgenommen. Ziel ist es, das Präventionsangebot so auszubauen, dass es von Allen wahrgenommen wird. Die Enquetekommission sieht Bedarf an besonderen Präventionsangeboten für sozial Benachteiligte. Unter dieser Bevölkerungsschicht ist verstärkt auf die Verhältnisprävention zu setzen, da diese nicht auf das Verhalten der Einzelnen, sondern auf die Verhältnisse, in denen die Mensch leben, zielt. Präventionsprogramme entfalten ihre Wirkung dort, wo das Risiko am höchsten ist. Zudem bedarf es weiterer Forschung darüber, welche Präventionsansätze die Breite der Gesellschaft erreichen und wie wirksam sie sind.

f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Studie in Auftrag zu geben, die das Ziel hat, die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf zu erforschen.

#### 3.2.1.4 Niedrigschwellige Beratungsangebote

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

#### 3.2.1.5 Finanzierung

**Sachstand**

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

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

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

### 3.2.2 Rehabilitation

#### 3.2.2.1 Versorgungssituation in Baden-Württemberg

**Sachstand**

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

Von 1990 bis 2001 blieb die Anzahl der Rehabilitationskliniken (organ- /indikationsspezifische Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation) in Baden-Württemberg bei leichten Schwankungen relativ konstant zwischen 239 (im Jahr 1991) und 251 (im Jahr 2001). Seitdem setzte ein kontinuierlicher Rückgang der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen ein, der bis heute anhält. Aktuell existieren in Baden-Württemberg 191 Einrichtungen zur Rehabilitation. Dies entspricht einem Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg seit 2001 um 24 Prozent.

**Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Pflegetage**

Der beschriebene Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen zieht eine Reduzierung der Bettenzahl nach sich. Auch wenn es einen Trend zur Etablierung größerer Rehabilitationseinrichtungen gibt und die Zahl der Betten pro Einrichtung gestiegen ist, sinkt die Zahl der Betten seit 2001 konstant. Dieser Trend gilt nicht nur für Baden-Württemberg, sondern zeigt sich auch bundesweit. Er ist allerdings in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt. Seit dem Jahr 2001 lässt sich eine Reduzierung der Bettenkapazität um 21 Prozent verzeichnen.[13]

Im Jahr 2013 erhielten in Baden-Württemberg 302.010 Menschen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen. Angaben zur Häufigkeit von bestimmten Diagnosen veröffentlichte das Statistische Landesamt für das Jahr 2013 für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten. In diesen Einrichtungen gab es im Jahr 2013 insgesamt 246.511 Patienten. Ein Großteil davon (62,5 Prozent) verteilt sich auf drei Diagnosegruppen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (32,2 Prozent), psychische und Verhaltensstörungen (16,0 Prozent) und Krankheiten des Kreislaufsystems (15,3 Prozent).[14]

**Daten zu Rehabilitation im Kontext von Pflege**

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

**Herausforderungen**

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

[13] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015
[14] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Statistik über Einrichtungen der Rehabilitation (DeStatis, StaLa) wie auch über die Inanspruchnahme der Rehabilitation (Statistik KG5) ist durch eine Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg zu verbessern und zu vereinheitlichen. Diagnosedaten sollen auch für Einrichtungen unter 100 Betten erhoben werden. Weiter soll die GKV-Statistik auch die Indikationsbereiche, die Diagnosen und den Wohnort der Patientinnen und Patienten aufführen.

b) Die statistische Erfassung der medizinischen Rehabilitation soll insgesamt überdacht und neu gefasst werden. Ein Gesamtkonzept soll in Abstimmung mit dem Bund und anderen Bundesländern erarbeitet werden. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Meldepflicht für alle Kostenträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation einzuführen ist.

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

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

#### 3.2.2.2 Geriatrische Rehabilitation

**Sachstand**

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

In der geriatrischen Rehabilitation stellt sich die Situation in Baden-Württemberg wie folgt dar: Im Jahr 2012 wurden insgesamt 17.943 Patientinnen und Patienten versorgt. Die Fallzahl hat sich damit seit 2002 verdoppelt, was mit einer Erhöhung der Bettenkapazitäten und einer kontinuierlich verkürzten durchschnittlichen Verweildauer zusammenhängt. Die Pflegetage stiegen im gleichen Zeitraum um ca. 65 Prozent von 228.972 im Jahr 2002 auf 377.225 im Jahr 2012.[15]

Auf Ebene der Bundesländer werden Vergleiche durch die Tatsache erschwert, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen den Ländern stark unterscheiden. So existieren zum Beispiel in Thüringen, Schleswig-Holstein, Bremen und Hamburg keine stationären geriatrischen Rehabilitationsangebote. Zum Vergleich werden daher Daten für die Bundesrepublik herangezogen. Dabei zeigt sich, dass die geriatrische Versorgungsquote, die als Anzahl der Versorgungsplätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahren errechnet wird, in Baden-Württemberg mit 8,7 Prozent deutlich niedriger liegt als im Bundesdurchschnitt, wo sie 14,5 Prozent beträgt.[16]

[15] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014
[16] Kompetenz-Centrum Geriatrie des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 2014

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

**Geriatriekonzept Baden-Württemberg**

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

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die geriatrische Rehabilitation soll, als geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während der akutstationären Krankenhausbehandlung weiterhin, sowohl im Akutbereich als auch in speziellen Rehabilitationskliniken angeboten werden.

b) Die Angebote als ambulante und mobile Versorgungsformen sollen ausgebaut werden. Diesbezüglich appelliert die Enquetekommission an die Krankenkassen, die Forderung nach dem Ausbau mobiler Rehabilitation aus dem 2. Geriatriekonzept des Landes unverzüglich umzusetzen. Entsprechende Modellprojekte müssen in der Fläche implementiert und Barrieren zwischen den beteiligten Gruppen abgebaut werden.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Steuerung der Forschungsschwerpunkte vorzunehmen. Dabei soll auf den Schwerpunkt der Grundlagenforschung im geriatrischen Bereich besonderer Wert gelegt werden. Forschungsprojekte sollen, soweit möglich, interdisziplinär und sektorenübergreifend angelegt sein. Die geriatrischen und psychiatrischen Versorgungsketten sollen besonders in den Blick genommen werden.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, mehr in den Bereich der geriatrischen Rehabilitation (momentan 1,4 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets) zu investieren. Zudem soll die Bewilligungspraxis des MDK überprüft werden.

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

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

a) Die Enquetekommission empfiehlt, die geriatrischen Grundkenntnisse bei Hausärztinnen und Hausärzten zu stärken. Es sollen Hilfestellungen in Form von Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die ein fachspezifisches Screening sowie eine entsprechende Antragstellung und Begründung für die geriatrische Rehabilitation ermöglichen.

b) Die Enquetekommission fordert, die geriatrische Kompetenz des MDK weiter auszubauen. Dies ermöglicht eine beschleunigte fachliche Prüfung der Rehabilitationsanträge.

c) Die Enquetekommission empfiehlt „geriatrisches Verständnis“ bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen durch die Kostenträger. Eine in diesem Sinne durchgeführte geriatrische Bewertung wäre für den Auswahlprozess hilfreich.

#### 3.2.2.3 Rehabilitation in der Kurzzeitpflege

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

#### 3.2.2.4 Zugang zu Rehabilitationsleistungen

**Sachstand**

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

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

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

Zahlen zu Personen, die Rehabilitationsleistungen bei Vorliegen von Pflegestufen erhalten, liegen für Baden-Württemberg noch nicht vor – generell ist die Studienlage in diesem Bereich dünn. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass Menschen mit Pflegebedarf bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen etc.) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen wie Menschen ohne Pflegebedarf. Allerdings erhalten Menschen mit Pflegebedarf in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß Rehabilitation: So haben rund 15 Prozent der Menschen, bei denen erstmalig ein Pfegebedarf vorliegt, im Jahr zuvor mindestens eine Rehabilitation erhalten. Nicht pflegebedürftige Personen haben in diesem Zeitraum zu 4 Prozent eine Rehabilitation erhalten. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit finden folglich verstärkt Rehabilitationsanstrengungen statt.

**Herausforderungen**

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

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Das Genehmigungsverfahren für Rehabilitation muss transparenter gestaltet werden. Jede medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme muss genehmigt werden. Die Enquetekommission regt eine gesetzliche Verankerung an, die Abweichungen von der Rehabilitationsverordnung des einweisenden Arztes seitens der Krankenkasse nur nach medizinisch fundierter Begründung und nicht nach Aktenlage erlaubt. Anträge auf geriatrisch-medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V sollen vom MDK nicht, ohne die Patientinnen und Patienten gesehen zu haben, allein auf Basis der Aktenlage abgelehnt werden dürfen. Der MDK soll in diesem Fall die Patientin beziehungsweise den Patienten persönlich in Augenschein nehmen. Dies wäre vor allem an der Schnittstelle vom Krankenhaus zur Rehabilitation von Bedeutung. In diesem Zusammenhang regt die Enquetekommission auch die Prüfung der Möglichkeit von Sanktionen an, falls der MDK den Untersuchungsgrundsatz (§ 20 SGB X) nicht beachten sollte (z. B. von Antragsstellerinnen und Antragsstellern dargelegte Tatsachen müssen bei der Bescheidung als bewiesen und inhaltlich richtig unterstellt werden).

b) Die Bewertung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte muss stärkeres Gewicht erhalten. Abweichungen von deren Zuweisungsvorschlägen müssen medizinisch fundiert begründet werden. Der MDK soll, falls er zu einem anderen Ergebnis kommt als die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, sich mit diesen verständigen. Im Falle einer Antragsablehnung soll die Begründung transparent gemacht werden und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten schriftlich übermittelt werden. Es müssen gezielte Schulungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf das Antragsstellungsverfahren angeboten werden.

c) Die Hürde zur medizinischen Rehabilitation muss für geeignete Fälle gesenkt werden, um teure und unnötige Krankenhauskosten zu sparen und um diese in Rehabilitationseinrichtungen angemessener und kosteneffektiver versorgen zu können.

d) Um einen frühzeitigen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, sollen Betroffene, Angehörige sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte stärker über die Potenziale der medizinischen Rehabilitation aufgeklärt werden. Ärztinnen und Ärzte müssen gezielt über Angebote informiert werden. Hierzu soll eine Informationsplattform geschaffen werden. Eine verbesserte Aufklärung und Beratung der Betroffenen bzw. Antragstellerinnen und Antragsstellern (einschl. Broschüren in Fremdsprachen – z. B. Landesgeriatriekonzept, Widerspruchsmöglichkeiten etc.) ist erforderlich. Landesgeriatriekonzepte sollen allgemein und verständlich aufbereitet werden. Es soll eine Broschüre mit den unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Rechtsansprüchen erarbeitet werden.

e) Die Einrichtung einer unabhängigen Unterstützung für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten bei der Antragsstellung und bei Widerspruchsverfahren z. B. durch eine (Landes)Patientenbeauftragte oder einen Patientenbeauftragten soll geprüft werden.

f) In Krankenhäusern könnte ein Case-Management mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz eingeführt werden, in dessen Zuständigkeit insbesondere die Beratung und Beantragung von und zu Rehabilitationsmaßnahmen liegen könnte.

g) Die Enquetekommission empfiehlt, niedrigschwellige Angebote der Erhaltungstherapie anzubieten.

h) Die Landesregierung soll die Sicherstellung einer Versorgungsstruktur, welche die Einlösung des Rechtsanspruchs befördert, voranbringen.

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

j) Kooperationen zwischen der ambulanten Versorgung, der Notfallmedizin und der stationären Versorgung sollen gefördert werden.

#### 3.2.2.5 Entscheidungsautonomie

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

#### 3.2.2.6 Zielgruppenspezifische Angebote

**Sachstand**

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist von einer deutlichen Zunahme der Anzahl von Menschen mit Demenz auszugehen. Dies stellt die Einrichtungen vor die Herausforderung, ihre Angebote speziell auf diese Menschen auszurichten. Rehabilitation kann auch mit der Nebendiagnose Demenz gut gelingen, wenn auf die besonderen Bedarfe dieser Gruppe eingegangen werden kann. Dies steht im Widerspruch zur Praxis, in der Menschen mit Demenz häufig als körperlich und kognitiv so stark eingeschränkt gesehen werden, dass sie keine spezifischen Rehabilitationsprogramme erhalten. Entsprechend wird auch in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von Demenzerkrankungen[17] gefordert, Rehabilitationsprogramme auch Menschen mit Demenz nicht vorzuenthalten.

**Herausforderungen**

**Rehabilitation bei Menschen mit Demenz**

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

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

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

**Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation**

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

**Rehabilitation bei Menschen mit Behinderung**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

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

### 3.2.2.7 Geriatrische Ausbildung

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Es muss eine Überarbeitung der Curricula in Bezug auf geriatrische Inhalte vorgenommen werden. Weiter soll die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf geriatrische Inhalte ausgebaut werden.

b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung eines Lehrstuhls für Geriatrie an einer medizinischen Fakultät in Baden-Württemberg.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Hausärztinnen und Hausärzte den 60-Stunden-Lehrgang für Geriatrie (geriatrisches Curriculum der BÄK) absolvieren sollen.

d) Die Ärztekammern sollen vermehrt Fort- und Weiterbildungen mit geriatrischem Bezug anbieten und fördern.

#### 3.2.2.8 Telerehabilitation

**Herausforderungen**

Telerehabilitation sollte ein Bestandteil des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation sein und insgesamt ausgebaut werden.
Hierbei ist sicherzustellen, dass soziale Aspekte berücksichtigt werden. Insbesondere darf die Kostenersparnis gegenüber mobiler-aufsuchender Rehabilitation nicht zu einer Vernachlässigung der Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten führen, welche für den Rehabilitationserfolg ebenfalls wichtig ist.

**Handlungsempfehlungen**

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

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

#### 3.2.2.9 Qualitätssicherung

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Qualitätsstandards der Rehabilitationsanbieter sind aneinander anzugleichen und transparent zu machen. Hierzu sollen sich Einrichtungen besser vernetzen, um ihre Standards untereinander abzustimmen. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Kontrolle möglich und notwendig ist.

b) Die Qualitätskriterien für den Bereich der Rehabilitation sollen definiert werden.

c) Es soll eine verbindliche Festlegung eines Personalschlüssels für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation getroffen werden, verbunden mit einer Verankerung eines Vergütungsanspruchs.

### 3.2.2.10 Vernetzung der Versorgungsstrukturen

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

### 3.2.2.11 Finanzierung

**Sachstand**

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

Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in diesem Zeitraum um nahezu 68 Prozent stiegen, von 187 auf 315 Milliarden Euro.[18]

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

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

**Herausforderungen**

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, Verbesserungen bei Investitionskostenzuschüssen für Rehabilitationseinrichtungen vorzunehmen. In die Vergütungssatzverhandlungen sollen beispielsweise bauliche Neustrukturierungen, die aus funktionaler Sicht notwendig sind, steigende Personalkosten und Kostensteigerungen, die zur Sicherung der Qualität anfallen, miteinbezogen werden. Weiter sollen einheitliche Strukturvorgaben für die geriatrische Rehabilitation entwickelt und die Tagessätze entsprechend der Strukturvorgaben und des individuellen Therapiebedarfs (Multimorbidität) angepasst werden.

b) Das Land möge eine Evaluation der Feststellung der Rehabilitationsbedarfe, der Verordnung, Bewilligung und Versagung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation vor und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit unter Nutzung der MDK-Daten gemäß § 18a SGB XI und der Routinedaten der Krankenkassen in Baden-Württemberg in Auftrag geben, um die geltenden gesetzlichen Regelungen auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen und daraus abgeleitete notwendige Weiterentwicklungen des Rehabilitationsrechts auf Bundesebene einzufordern.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, ein Forschungsprojekt zu initialisieren, das mit der Erarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung einer Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation beauftragt wird. Es soll ein Ausgleichsmechanismus zwischen GKV und SPV entwickelt werden, der in einem tatsächlichen Geldmitteltransfer mündet, so dass die GKV einen Anreiz hat, Rehabilitationen zu bewilligen. Die Forschungsergebnisse des Projekts sollen anschließend in der Politik beraten und in die Praxis umgesetzt werden.

[18] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015

d) Die Deckelung der Rehabilitationsausgaben der GRV soll abgeschafft oder das Budget der GRV erhöht und dynamisiert werden.

e) Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen zusätzlich vergütet werden.

f) Die Enquetekommission fordert die Verankerung eines Rechtsanspruchs der Rehabilitationseinrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX, die auch die Investitionskosten umfasst.

### 3.2.3 Krankenhaus

#### 3.2.3.1 Qualitätssicherung

**Sachstand**

**Qualitätssicherung im SGB V**

Alle Leistungserbringer im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Prinzip der Qualitätssicherung verpflichtet. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt dabei die Grundanforderungen zur Qualitätssicherung. Sie enthalten unter anderem die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden (externen) Qualitätssicherung (§ 135a SGB V).
Die Festlegung von verbindlichen konkretisierenden Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – also in der vertragsärztlichen Versorgung und in den Krankenhäusern – ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Damit hat der G-BA die Gestaltungshoheit insbesondere auch für die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Er hat somit die Kompetenz zu entscheiden, für welche Bereiche Qualitätsanforderungen bestimmt werden und wie detailliert und aufwendig diese Regelungen sind. Seine Vorgaben sind für die Leistungserbringer verbindlich.[19]

**AQUA Indikator**

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

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

#### 3.2.3.2 Geriatrische Versorgung

**Herausforderungen**

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

[19] Bundesministerium für Gesundheit 2015

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission empfiehlt, das im Jahr 2014 neu gefasste Geriatriekonzept in allen seinen Teilen zu realisieren. Beispielsweise sollen rehabilitative Maßnahmen nicht erst im Anschluss an eine Akutbehandlung, sondern bereits im Akutkrankenhaus einsetzen. Dazu bedarf es einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung und einer entsprechenden Refinanzierung.

b) Weiter müssen bauliche Aspekte, die die Besonderheit der Bedarfe von geriatrischen und demenzkranken Patientinnen und Patienten berücksichtigen, stärker beachtet werden. Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf zu prüfen, ob das Volumen des regulären Investitionsförderprogramms ausreichende Umsetzungsmöglichkeiten für derartige Maßnahmen bietet.

c) Das pflegerische, medizinische und therapeutische Personal benötigt eine spezielle zusätzliche gerontopsychiatrische Aus- und Fortbildung. In diesem Bereich müssen die Einrichtungen für geeignete Fortbildungsangebote bzw. Weiterbildungsangebote und deren Nutzung sorgen. Weiter bedarf es Konzepte, die sicherstellen, dass das erworbene Wissen in den Alltag übertragen und angewendet wird. Zudem wird empfohlen, vermehrt Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Krankenhäusern zu beschäftigen, um die spezifischen Kompetenzen zum Umgang mit neurodegenerativen Erkrankungen in die Versorgungsteams zu integrieren. Inwiefern die zukünftige Pflegeausbildung hier einen Beitrag leisten könnte, wird im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“ betrachtet.

d) Es wird den Einrichtungen im Rahmen einer Selbstverpflichtung empfohlen, bei Aufnahme einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten den Geriatrie-Check entsprechend dem Geriatriekonzept 2014 durchzuführen. Weiter werden die Etablierung demenzsensibler Konzepte sowie die Einrichtung geriatrischer Behandlungseinheiten empfohlen. In diesem Zusammenhang soll auch die Einrichtung von „Geronto“-Zimmern durch die Einrichtungen geprüft werden.

#### 3.2.3.3 Personalsituation

**Sachstand**

Bundesweit zeigt die Untersuchung „Pflege-Thermometer“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Entwicklungstrends in der Krankenhauspflege auf, die ergänzend zu den amtlichen Statistiken gesehen werden. Das Pflege-Thermometer 2009 wurde auf der Grundlage einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus erstellt. Diese Untersuchung zeigt, dass bundesweit in den Jahren 1996 bis 2008 in der Krankenhauspflege ein Stellenabbau in der Größenordnung von 14,2 Prozent erfolgte, das heißt, jede siebte Stelle wurde abgebaut. Gleichzeitig ergibt sich eine Erhöhung des Arbeitsaufwandes für die Pflegekräfte, weil sich die durchschnittlichen Verweildauern verkürzen und gleichzeitig die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten von 1995 bis 2008 kontinuierlich angestiegen sind. In den Jahren 2007 bis 2009 steigerte sich die Pflegekraft-Patienten-Relation von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft.[20]

[20] Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

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

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

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

**Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)**

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

**Herausforderungen**

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

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

Betreuung haben. Wichtige Schulungen und Beratungen können ebenfalls häufig nicht mehr geleistet werden.
Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, die Personalausstattung in Krankenhäusern insbesondere im Pflegebereich sowohl quantitativ als auch qualitativ sicherzustellen.

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission regt die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der aktuellen Beschäftigung durch gesetzgeberische Maßnahmen an. Bestehende Programme, wie zum Beispiel das Pflege-Förderprogramm, die in diese Richtung gehen und Erfolge erzielt haben, sind weiterzuentwickeln.

b) Die Enquetekommission setzt sich für die Einführung eines Kostengewichts Pflege oder eines vergleichbaren Systems ein, welches zur Folge hätte, dass der Pflegebedarf in der Finanzierungslogik abgebildet wird. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist.

c) Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Damit können kurzfristig deutlich mehr Stellen geschaffen werden, um das Pflegepersonal zu entlasten.

d) Das gesellschaftliche Ansehen der Gesundheitsberufe muss verbessert werden. Pflegefachkräfte können deutlich stärker als bislang durch qualifiziertes Service- und Assistenzpersonal unterstützt werden.

e) Die Enquetekommission betrachtet es als essentiell für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung im Gesundheitswesen, dass sich die Berufsgruppenorientierung in eine Teamorientierung wandelt. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit muss gefördert werden.

f) Es muss so viel Personal in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zur Verfügung stehen, dass Pflegende Zeit für Patientenedukation und therapeutische Pflege haben.

g) Es müssen Konzepte entwickelt werden, welche die Einbeziehung der Angehörigen in diesem Bereich fördern.

h) Die Enquetekommission regt an, Modellversuche nach § 63 Abs. 3 SGB V zur Erprobung der Erweiterung des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichs in den der Pflege benachbarten heilkundlichen Bereich auf den Weg zu bringen.

#### 3.2.3.4 Entlassungsmanagement

**Herausforderungen**

Die Enquetekommission erachtet eine Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt als wichtige Zielsetzung. Es ist beispielsweise ein Anstieg von Entlassungen aus dem Krankenhaus in stationäre Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen. Daher muss das Entlassungsmanagement beziehungsweise Überleitmanagement verbessert werden. Die Planung der Entlassung muss mit der Aufnahme in das Krankenhaus beginnen. Der Krankenhausaufenthalt soll als Gesamtverlauf im Kontext mit Vor- und Nachsorge betrachtet werden.
Nach Ansicht der Enquetekommission sollten daher Case-Management-Ansätze an der Schnittstelle von Krankenhäusern zu weiteren Versorgungstrukturen verbessert werden. Ebenso ist eine Beteiligung der Fachkräfte von Pflege, Medizin und Therapie an lokalen Kooperationen für eine bessere Vernetzung mit dem ambulanten Sektor sinnvoll.

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

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

**Handlungsempfehlungen**

Versorgungsbrüche manifestieren sich besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich. Sie führen zu unnötiger Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber durch die damit oftmals verbundenen „Drehtüreffekte“ auch zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen.[21] Die Enquetekommission gibt daher nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, konsequent den DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege umzusetzen.

b) Einrichtungen sollen für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, bezogen auf das jeweilige Krankheitsbild und den damit zusammenhängenden Pflegebedarf, spezifische Schulungen und Beratungen anbieten. Nach dem Krankenhausaufenthalt soll eine abgestufte Beratung und Versorgung erfolgen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen die Einführung eines Case-Managements mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz.

d) Um eine bessere Planbarkeit der Entlassung zu ermöglichen, sollen Einrichtungen vermehrt sogenannte Clinical Pathways[22] einführen.

[21] DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 2009
[22] Klinische Behandlungspfade

e) Die Enquetekommission fordert die Einrichtungen dazu auf, im Rahmen einer strukturierten (Pflege-)Überleitung dafür zu sorgen, dass die weiterversorgende Institution über das notwendige Wissen verfügt, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die Enquetekommission empfiehlt diesbezüglich zu prüfen, ob die Einführung einer digitalen Gesundheitsakte dabei förderlich ist.

f) Die Enquetekommission fordert, Regelungen zu erarbeiten, die es Sozialstationen, welche das Entlassungsmanagement koordinieren, ermöglichen, dieses refinanziert zu bekommen.

g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, die Brückenpflege auszuweiten und die bisherige Einschränkung auf Menschen mit Krebserkrankungen aufzuheben.

h) Beim Übergangsmanagement soll der MDK regelhaft die Prognose stellen, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauert, analog der Handhabung in Bayern.

i) Die Enquetekommission empfiehlt, die Eilbegutachtung (Prüfung innerhalb von 48 Stunden) durch den MDK auszubauen. Hierbei sind auch zunächst telefonische Kontakte denkbar.

j) Krankenkassen sollen bei Rehabilitationsanträgen, die aus dem Krankenhaus gestellt werden, nach Maßgabe der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) auf den Einbezug des MDK verzichten, insbesondere auch bei Verlängerungsanträgen.

k) Das Verfahren der MDK-Prüfung soll patientengerechter gestaltet werden. Dazu gehört eine Kommunikation auch zwischen MDK und der niedergelassenen Ärzteschaft.

l) Die Enquetekommission fordert alle Akteure auf, den Rechtsanspruch auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement konsequent umzusetzen und dieses zu implementieren.

m) Die Enquetekommission appelliert an Pflegende, sich aktiv an kommunalen Gesundheitskonferenzen zu beteiligen, um sich in die Versorgungsplanung einzubringen.

n) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Forschungsprojekte zu initiieren, welche die weiteren Verläufe nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Überweisung in Pflegeheime erheben. Dabei ist beispielsweise auf die Verweildauer im Pflegeheim oder anschließende Versorgungsformen zu achten.

**Minderheitenvoten zu Kapitel 3.2 „Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung“**

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

**Herausforderungen**

In den Anhörungen konnte festgestellt werden, dass für Menschen mit Pflegebedarf oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen durch eine Rehabilitationsmaßnahme oft eine Erhaltung oder Verbesserung der Selbständigkeit erreicht werden kann, sodass die Betroffenen mit entsprechender Unterstützung beispielsweise eine längere Zeit in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können. Die geriatrische Rehabilitation sollte besser finanziert werden, da durch verhinderte Pflegebedürftigkeit enorme Kosten gespart werden können. Investitionen in Rehabilitation werden aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig. Das Ausgabenvolumen für medizinische Rehabilitation muss dem Bedarf angepasst werden und nicht umgekehrt. Das bedeutet, es sollte nicht an der Rehabilitation, sondern durch Rehabilitation gespart werden.
Problematisch ist, dass von der Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben der GKV im Jahr 2014 nur 1,63 Prozent auf den Vorsorge- und Rehabilitationsbereich entfielen. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit der Krankenversicherung für die Rehabilitation und der Pflegeversicherung für Pflegeleistungen fallen Risiko und Nutzen auseinander. Für die Krankenversicherung fehlt es an wirksamen Anreizen zur bedarfsgerechten Erbringung von Rehabilitationsleistungen und damit zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Dass dies geändert werden muss, ist mittlerweile allgemein bekannt (vgl. z. B. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Koalitionsvertrag Bundesregierung (2013) oder Beschlüsse der 88. GMK (2015) sowie 91. ASMK (2014)).
Aus Sicht der CDU-Fraktion bedarf es daher einer stärkeren Beteiligung der Pflegeversicherung an der geriatrischen Rehabilitation.

**Handlungsempfehlungen**

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

### 3.3 Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf

#### 3.3.1 Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg

Die absolute Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf, die Leistungen nach SGB XI erhalten, hat sich seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes bundesweit stetig erhöht. Waren im ersten Jahr (1997) nach Einführung sowohl der ambulanten (1995) als auch stationären Leistungen (1996) insgesamt ca. 1,66 Mio. Menschen mit Pflegebedarf in der amtlichen Pflegestatistik erfasst, so stieg diese Zahl im Jahr 2013 auf insgesamt rund 2,6 Mio.[23] Dieser Anstieg ist vor allem durch den demografischen Wandel, insbesondere durch die Zunahme der Zahl alter und hochaltriger Menschen zu erklären, zu einem gewissen Teil auch durch die Leistungserweiterungen, die es in den letzten Jahren im Rahmen des SGB XI gegeben hat, sowie eine gestiegene Bekanntheit und Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung.

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

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

Diese Formulierung lässt unmittelbar den Zusammenhang zwischen länger – meist chronisch – vorhandenen somatischen und/oder geistigen bzw. psychischen Erkrankungen und Behinderungen einerseits und dem Zustand der Pflegebedürftigkeit andererseits erkennen.

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

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

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

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

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

[23] Statistisches Bundesamt 2015

Daraus aber ein gestiegenes Risiko für Pflegebedürftigkeit abzuleiten, wäre vorschnell. Immerhin ist im selben Zeitraum die Zahl der 65-Jährigen und älter um ca. 370.000 Personen[24] angewachsen, und das Leistungsspektrum im SGB XI hat sich erweitert.

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

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

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

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

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

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

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

[24] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

Anstieg um 0,8 Prozentpunkte, der vor allem die Veränderung in der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg widerspiegelt.[25]

In den Stadtkreisen wird die Steigerung der Pflegequote bis 2030 vergleichsweise gering ausfallen, in den Landkreisen jedoch deutlich stärker. Dies betrifft vor allem die Landkreise, die sich in räumlicher Nähe zu Stadtkreisen befinden, sogar auf einem noch etwas höherem Niveau als in den sehr ländlich bzw. klein-/ mittelstädtisch strukturierten Landkreisen.

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

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

### 3.3.2 Beratung

**Sachstand**

**Pflegestützpunkte**
Zentrale Anlaufstelle im Pflegebereich sind zunächst die 48 Pflegestützpunkte Baden-Württembergs, die zum Zweck der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des § 92c SGB XI eingerichtet wurden. Die baden-württembergischen Pflegestützpunkte werden jeweils zu einem Drittel von den Pflegekassen, Krankenkassen und kommunalen Trägern finanziert.

**Beratung durch die Pflegekassen**
Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den jeweiligen Pflegekassen beraten Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen vor allem in Bezug auf leistungsrechtliche und pflegerelevante Fragen.
Seit dem 1. Januar 2009 besteht ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Pflegekassen sind verpflichtet, für alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, durchzuführen.

**Beratung durch ambulante Pflegedienste**
Gemäß § 37 SGB XI beraten ambulante Pflegedienste im Rahmen der Qualitätssicherungsbesuche Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf bei Fragen zur Pflege im häuslichen Bereich.

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

**Beratung durch die Wohlfahrtsverbände**
Die Wohlfahrtsverbände bieten Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sowohl telefonisch als auch online Beratung an.

[25] vgl. auch Tabellen im Anhang des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg

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

**Beratung in Beratungsstellen für ältere Menschen**
Die Kommunen und Landkreise bieten Beratung für ältere Menschen und deren Angehörige in speziellen Beratungsstellen für ältere Menschen an. Einige davon waren ursprünglich Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), die nach Auslaufen der Förderung in kommunaler Trägerschaft weitergeführt wurden – oft auch im Verbund mehrerer Gemeinden, zum Teil mit wechselnden Sprechtagen vor Ort. Die Arbeit ist meist nicht über diese regionalen Zusammenschlüsse hinaus gesteuert und vernetzt. Ein Teil dieser Beratungsstellen befindet sich in kirchlicher Trägerschaft.
Im Rahmen des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg konnte die Zahl von 116 Beratungsstellen für ältere Menschen in Baden-Württemberg ermittelt werden.

**Case-Management**

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

**Zugang zu Beratungsangeboten**

**Herausforderungen**

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Pflegeberatung muss auch in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden können.

b) Insgesamt soll die Beratungsstruktur der Pflegestützpunkte ausgebaut und dabei kleinteiliger, mobiler und zugehender werden.

c) Eine „aufsuchende“ Beratung z. B. in Betrieben soll durch alle Pflegestützpunkte angeboten werden.

d) Die Pflegeberatung soll neutral erfolgen.

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

a) Des Weiteren empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwiefern eine Stärkung der aufsuchenden Beratung nach SGB XI von der Bundesregierung gefördert werden kann.

b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtungen regionaler Pflegeausschüsse wie Pflegekonferenzen oder vergleichbarer Gremien.

c) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen, sich zu Informations- und Versorgungsnetzen zusammenzuschließen, um dadurch flächendeckend, individuelle Beratung zu ermöglichen.

d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Evaluation des Modellprojekts Präventive Hausbesuche (PräSenZ)

### 3.3.3 Familiäre Pflege

**Sachstand**

Die aktuelle Pflegestatistik[26] zeigt auf, dass von den 2,6 Mio. Menschen mit Pflegebedarf, die im Jahr 2013 Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, 71 Prozent (1,86 Mio.) zu Hause gepflegt wurden, ca. zwei Drittel davon (1,25 Mio.) nur durch Angehörige, ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 Menschen mit Pflegebedarf auszugehen. Hier liegt der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen mit 70 Prozent knapp unter dem Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken ergeben sich rechnerisch aktuell rund 218.000 Menschen mit Pflegebedarf, die in Baden-Württemberg nur durch Angehörige gepflegt werden. Ausgehend von den Zahlen des MDK Baden-Württemberg, nach denen, bezogen auf das Jahr 2014, die durchschnittliche Beteiligung von 1,33 informellen Pflegepersonen ausgewiesen wird, ergeben sich knapp 300.000 pflegende Angehörige, nur für den Bereich der Leistungsempfänger nach SGB XI. Wird das Spektrum auf alle Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erweitert, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK – hier gehen Experteneinschätzungen von einer Verdoppelung aus, genaue Zahlen sind jedoch nicht verfügbar –, ist für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.[27]

Geburtenstarke Jahrgänge garantieren in den nächsten 10–12 Jahren noch immer ein relativ hohes Maß an Pflege- und Unterstützungspotenzial im familiären Bereich, spätestens ab 2025 werden jedoch spürbare Veränderungen erwartet. Schon heute gibt es eine wachsende Zahl alleinlebender Menschen – die Daten des MDK[28] weisen für Baden-Württemberg, je nach Stadt und Landkreis sehr unterschiedlich, bis zu 51 Prozent allein lebende Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher nach SBG XI aus.

Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich nach wie vor von Frauen geleistet. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichtet ganz darauf. Trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf[29] ist die Zahl der Personen, die die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch.
Im Jahr 2010 waren demzufolge in Deutschland rund 63 Prozent der weiblichen und rund 70 Prozent der männlichen pflegenden Angehörigen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne pflegebedürftige Angehörige lag zwischen rund 9 und 11 Prozentpunkte höher[27].

Weitere Befunde zur Situation pflegender Angehöriger zeigen deutlich, dass die Pflegesituation, je länger sie andauert, Auswirkungen zeigt, die sowohl soziale Beziehungen als auch die psychische und physische Gesundheit pflegender Angehöriger betreffen. Sowohl die Symptome der Gepflegten (zum Beispiel spezielle Verhaltensauffälligkeiten) als auch das Ausmaß der zu leistenden Hilfe tragen zu einem Erleben starker Belastung bei, die sich nicht selten in eigener Erkrankung der pflegenden Angehörigen niederschlägt. Hauptdiagnosen sind dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Depression und auch Suchterkrankungen. Nach einer Studie der Siemens Betriebskrankenkasse 2014 liegt die Zahl der entsprechenden Diagnosen bei pflegenden und ehemals pflegenden Angehörigen um bis zu 51 Prozent höher, die gesamten Leistungsausgaben werden mit 18 Prozent über dem Durchschnitt angegeben.[30]

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

[26] Statistisches Bundesamt 2015
[27] Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg
[28] siehe Tabelle im Anhang des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg
[29] Pflegezeitgesetz 2008 und 2015
[30] Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

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

**Pflegezeitgesetz**

Das Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, nahe Angehörige mit Pflegebedarf in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Es wurde im Jahr 2014 überarbeitet und enthält Regelungen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, zur Pflegezeit und zu sonstigen Freistellungen von Arbeitsleistungen.[31]

**Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

[31] Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

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

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

**Gesetzliche Ansprüche bzgl. Vereinbarkeit ausbauen**

c) Die Enquetekommission regt an, das Pflegeunterstützungsgeld zu evaluieren und fortentwickeln

d) Ebenso schlägt die Enquetekommission eine Weiterentwicklung der Familienpflegezeit vor. Die derzeitig festgelegte Betriebsgrößengrenze von 15 Mitarbeitenden hat zur Folge, dass in Baden-Württemberg 90 Prozent der Betriebe beziehungsweise 16 Prozent der Beschäftigten von der Regelung ausgenommen sind.

e) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung weiter auf, bei der Weiterentwicklung der Familienpflegezeit darauf hinzuwirken, dass diese auch von Personen mit niedrigem Einkommen in Anspruch genommen werden kann.

f) Die Enquetekommission erachtet die im Familienpflegezeitgesetz vorgesehene Finanzierung auf Darlehensbasis für Einkommensschwächere als problematisch. Dabei ist insbesondere die maximale Dauer von 24 Monaten zu kurz. Das zinslose Darlehen über 24 Monate soll daher durch die Bundesregierung evaluiert und fortentwickelt werden.

g) In diesem Zusammenhang soll ebenfalls die Freistellung von der Arbeitsleistung von 24 Monaten (Familienpflegezeit) evaluiert und fortentwickelt werden.

h) Um zukünftig die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission ein Ausgleich für private Sorge- und Pflegetätigkeiten bei Rentenansprüchen geschaffen werden. Ein erster Schritt hierzu wurde durch die Anerkennung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Pflegestärkungsgesetz II vorgenommen. Dieser sieht die Anerkennung der Pflegezeit als Kindererziehungszeit bei Pflegegrad 5 vor. Die Enquetekommission regt diesbezüglich eine Anerkennung von Pflegezeiten, entsprechend der Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, an, die über die vorgesehen Regelungen des Pflegestärkungsgesetzes II hinausgehen.

i) Die Enquetekommission empfiehlt, den Versicherungsschutz für pflegende Angehörige im Fall einer Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegetätigkeit zu verbessern. Dazu soll die Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige ausgebaut werden. Das Pflegestärkungsgesetz II erhöht Beitragszahlungen bereits über 6 Monate hinaus, was die Enquetekommission ausdrücklich begrüßt. Es soll jedoch eine weitere Erhöhung geprüft werden.

j) Die Enquetekommission empfiehlt, ein Monitoring über die Wirkung von familien- und pflegepolitischen Leistungen, wie beispielsweise dem Elterngeld Plus oder dem Familienpflegezeitgesetz, zu installieren. Dabei soll eine Evaluierung im Hinblick auf die Annahme beziehungsweise die Akzeptanz der Durchführung sowie eventuell entstehende Nachteile stattfinden.

**Rolle der Arbeitgeber**

k) Die Enquetekommission appelliert an Unternehmen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf auszuschöpfen, eine familienbewusste Personalpolitik zu betreiben und die Thematik in ihren Leitbildern beziehungsweise der Firmenphilosophie zu verankern. Dabei sind insbesondere geeignete Arbeitszeitmodelle, Teilzeit, Lebensarbeitszeitkonten, Telearbeit, Jobsharing und Sozialarbeit zu berücksichtigen. Die Enquetekommission erachtet hierzu eine Sensibilisierung der Betriebe und speziell der Führungskräfte, auch als Instrument zur Bindung von Fachkräften, als notwendig. Hierzu können die Industrie- und Handelskammer, die Handwerkskammer und die Arbeitgeberverbände geeignete Angebote generieren. Das Thema Pflege soll von Unternehmen zukünftig bei Corporate Social Responsibility-Strategien berücksichtigt werden.

l) Ebenso sind durch die Landesregierung verbesserte Möglichkeiten zur Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst zu prüfen. Die Enquetekommission appelliert diesbezüglich an die Vorbildfunktion des Landes.

m) Die Enquetekommission regt die Gründung lokaler Bündnisse unter Einbezug der Industrie- und Handelskammern, lokaler Unternehmen und in Kooperation mit den örtlichen Pflegeanbietern an. Unternehmen sollen eine „aufsuchende“ Beratung der Beschäftigten in ihren Betrieben ermöglichen.

n) Weiter appelliert die Enquetekommission an die Tarifvertragsparteien, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auch bei künftigen tarifvertraglichen Regelungen zu berücksichtigen. Beispiele hierfür liefern der Tarifvertrag der Hessischen Chemischen Industrie oder der Demografietarifvertrag von EVG und Deutscher Bahn.

**Belastung pflegender Angehöriger**

**Herausforderungen**

Pflege in der Familie bedeutet oftmals eine starke psychische und physische Belastung. Pflegende Angehörige opfern sich im Spannungsfeld von Pflege, Familie und Beruf auf und stoßen dabei an ihre Belastungsgrenzen. Sie müssen daher besser entlastet und unterstützt werden, als dies bislang der Fall ist. Dazu müssen die Unterstützungsangebote für psychische und physische Belastungen verbessert und ausgebaut werden.
Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Leistungsveränderungen im SGB XI sind hierbei ein Schritt in die richtige Richtung, der zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen kann. Ebenfalls begrüßt die Enquetekommission die Verpflichtung der Pflegekassen, Schulungsangebote für pflegende Angehörige vorhalten zu müssen. Als weitere Zielsetzung betrachtet die Enquetekommission die Entlastung pflegender Angehöriger durch den Ausbau von Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen. Diese Angebote leisten derzeit nur einen kleinen Anteil im Pflege- und Betreuungssystem. Dabei wird insbesondere die Tagespflege momentan nicht im möglichen Umfang wahrgenommen.

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

a) Die Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige sollen flächendeckend ausgebaut werden. Diese sollen alle familienbezogenen Dienste sowie Sozialversicherungsfragen abdecken und gezielte Angebote für Migrantinnen und Migranten beinhalten (hierzu auch Abschnitt 3.3.2 „Beratung“).

b) Unter Einbeziehung der Berufsgenossenschaften sowie der Kranken- und Pflegekassen sollen vermehrt Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige wie Gesprächsgruppen, Informationsveranstaltungen, Kurse, Entspannungswochenenden und Kuren angeboten und finanziert werden. Diesbezüglich begrüßt die Enquetekommission die im Pflegestärkungsgesetz II vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, Schulungen für pflegende Angehörige anzubieten, und fordert diese auf, entsprechende Angebote zu generieren und umzusetzen.

c) Kommunen sollen freiwillige Zusammenschlüsse wie Angehörigennetzwerke durch verschiedene Formen der Unterstützung fördern. Dabei sind beispielsweise finanzielle Unterstützung, die Einrichtung einer Informations-Internetplattform oder die Bewerbung der Angebote denkbar.

d) Die Enquetekommission macht sich dafür stark, dass Tages- und Kurzzeitpflegeplätze stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden. Diese sollen bei Informations- und Beratungsangeboten verstärkt berücksichtigt und beworben werden.

e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.

f) Ebenso empfiehlt die Enquetekommission, die Gewährungspraxis von Kuren zu überprüfen.

g) Die Enquetekommission empfiehlt, Vernetzungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige auf Länder- und Bundesebene zu schaffen.

### 3.3.4 Bürgerschaftliches Engagement

**Sachstand**

In Baden-Württemberg engagieren sich derzeit über 41 Prozent der Bevölkerung freiwillig und unentgeltlich für andere. Damit nahm Baden-Württemberg bis zum Jahr 2009 eine Spitzenstellung unter den Ländern ein. Seither ist jedoch eine Stagnation zu verzeichnen. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist ein Rückgang der Engagementquote zu beobachten. 34 Prozent der bislang nicht engagierten Menschen können sich grundsätzlich vorstellen, sich künftig zu engagieren; tun dies bislang aus diversen Gründen jedoch (noch) nicht.[32]

Es gibt vielfältige Bereiche in denen sich Freiwillige beteiligen. Allerdings sind nicht alle Engagementfelder gleichermaßen populär. Im Sport oder der Kinder- und Jugendarbeit engagieren sich die meisten Menschen in Deutschland, im lokalen Bürgerengagement, der Justiz und der beruflichen Interessenvertretung die wenigsten. Der Bereich der Pflege und des Gesundheitswesens liegt hier im unteren Bereich der Engagementquote.
Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind deutschlandweit unter den Engagierten in der Pflege überproportional viele ältere, weibliche, gut qualifizierte, bereits im Ruhestand befindliche Personen, die in Ein- bis Zweipersonenhaushalten im ländlichen Raum bzw. verdichteten Umland leben. 58 Prozent der im Gesundheitswesen Engagierten sind Frauen. Noch aus-

[32] Engagementstrategie Baden-Württemberg

geprägter ist der Frauenanteil mit über 66 Prozent bei Personen, die sich in der Pflege engagieren.[33]

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

**Herausforderungen**

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

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) die bessere Vernetzung des Landes und der Kommunen mit den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Verbänden und Kirchen.

b) Für die Begleitung und Steuerung von bürgerschaftlichem Engagement professionelle Koordinatorinnen und Koordinatoren einzusetzen. Hierzu sollen die Kommunen eine professionelle Begleitung für Initiativen von ehrenamtlich Engagierten bereitstellen.

[33] Zentrum für Qualität in der Pflege 2013: Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

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

a) Die Enquetekommission regt an, die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in die Alltagsgestaltung der Wohnbereiche von stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Hierzu müssen Einrichtungen Engagierte akzeptieren und zulassen. Dies kann beispielweise durch geeignete Konzepte oder durch eine professionelle Begleitung gefördert werden.

b) Die Enquetekommission schlägt vor, bürgerschaftliches Engagement besonders auch zur Förderung gesellschaftlicher Kontakte und damit gegen Vereinsamung einzusetzen. Hier sind beispielsweise zugehende Kontakte denkbar. Dadurch kann ein wichtiger Beitrag zur Prävention von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, in welcher Form eine Anerkennung bürgerschaftlichen Engagements sinnvoll und möglich ist, um die Attraktivität zu steigern und mehr Menschen dafür zu gewinnen.

d) Es sollen Fortbildungsprogramme konzipiert und initialisiert werden, um die Engagierten entsprechend zu qualifizieren.

e) Betriebe sollen Informationen zu den Möglichkeiten des Engagements im Ruhestand anbieten und dazu ermuntern.

f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Umsetzung der Engagementstrategie zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Vor- und Umfeld von Pflege.

### 3.3.5 Wohnen und Wohnumfeld in Baden-Württemberg

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

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

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

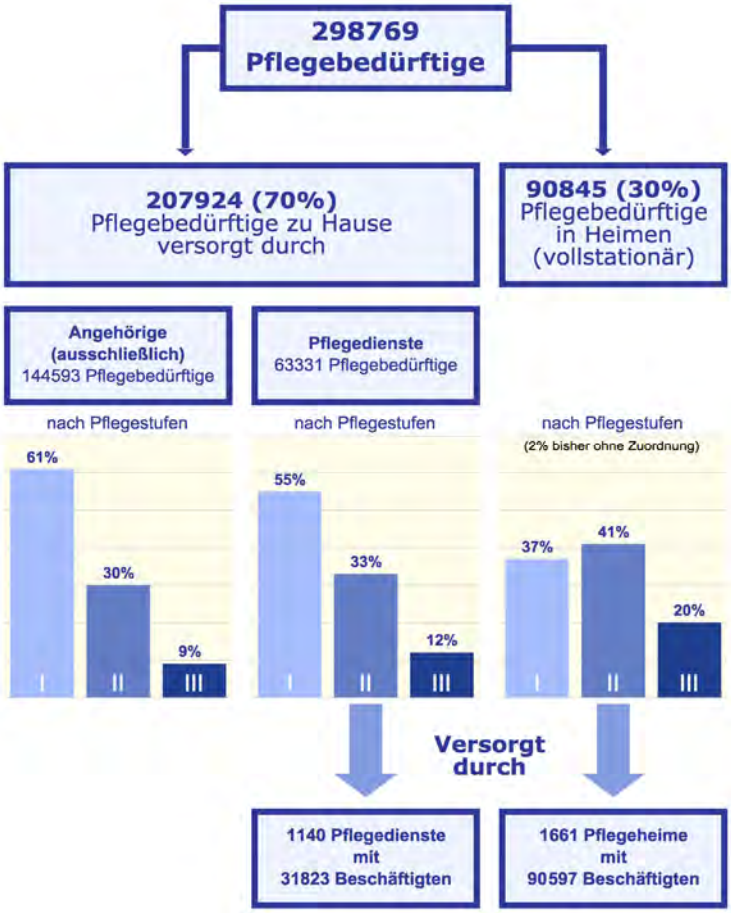



**Abbildung 1: Eckdaten der Pflegestatistik in Baden-Württemberg 2013**

### 3.3.6 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

**Sachstand**

Für eine Aussage zur weiteren Entwicklung der Zahl der ambulanten Pflegedienste muss vorrangig deren Personalsituation betrachtet werden. Von den Verbänden der Leistungserbringer wird berichtet, dass zahlreiche ambulante Pflegedienste Probleme haben, gutes und qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, um Fachkraftstellen neu zu besetzen oder Fluktuation auszugleichen. Besondere Probleme bestehen im Bereich von Personal mit psychiatrischer Zusatzqualifikation. In Baden-Württemberg stehen im Pflegebereich heute einer arbeitsuchenden Fachkraft etwa drei gemeldete offene Stellen gegenüber.[34]

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

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

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

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

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

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

[34] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2015

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

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

## Vernetzung der Pflege- und Betreuungsleistungen

### Herausforderungen

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

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

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

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

### Handlungsempfehlungen

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

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, einen Runden Tisch oder ein Bündnis für häusliche Pflege einzuberufen, an dem alle Akteure des ambulanten Pflegesettings ein zukunftsfähiges Konzept für die ambulante Pflege erarbeiten.

b) Die Enquetekommission sieht den Bedarf einer aufsuchenden Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat. Diese soll in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte konzipiert werden. Des Weiteren soll die aufsuchende Sozialarbeit verstärkt und flächendeckend implementiert werden.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, den Quartiersansatz auch im Sinne einer Dorfentwicklung zu stärken. Dabei geht es exemplarisch um die Koordinierung von Gesundheit und Sozialraumentwicklung. Eines von mehreren Zielen ist es, einer Vereinsa-

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

d) Die Enquetekommission plädiert an den Gesetzgeber, den gemeinsamen Bundessauschuss sowie Leistungsanbieter und Kostenträger, bei der ambulanten pflegerischen Versorgung Veränderungen einzuleiten. Notwendig ist eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots, das der gesamten Bandbreite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entspricht. Zur qualitativen Differenzierung des Dienstleistungsangebots zählt u. a. die Zusammenarbeit und Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sowie bürgerschaftlich Engagierten und Laienhelfern in Form von Modellen der integrierten Versorgung oder Dienstleistungsagenturen.

e) Der ambulanten Pflege wohnen große präventive und rehabilitative Potenziale inne, die im Versorgungsalltag weitgehend ungenutzt bleiben. Wichtige Ressourcen für die Gesundheitserhaltung und Gesundheitssicherung gehen auf diese Weise verloren. Die Enquetekommission fordert von allen Beteiligten, hier eine Veränderung herbeizuführen. Dies verlangt Anpassungsbemühungen auf professioneller wie auch auf struktureller Ebene und die Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen.

**Altersgerecht Wohnen**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Vernetzung aller Akteure, deren Aufgabenbereich und Kompetenzen in das Themengebiet des altersgerechten Wohnens fallen, ein. Dadurch soll ein intensiver Austausch über die Vorteile und Möglichkeiten altersgerechter Sanierungsmaßnahmen ermöglicht werden. Hierzu sollen durch die Landesregierung geeignete Strukturen angebahnt werden.

b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne zu starten, die das Bewusstsein der Eigentümer für den Sinn altersgerechter Wohnungen im Blick hat.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, über altersgerechte Standards sowie die Möglichkeiten des altersgerechten Sanierens zu informieren. In diesem Zusammenhang soll die Wohnberatung in Bezug auf altersgerechtes Wohnen ausgebaut werden.

d) Die Enquetekommission appelliert an die Eigentümer von Immobilien, Wohnungen altersgerecht zu bauen beziehungsweise zu sanieren und damit einen wichtigen Beitrag zur Ermöglichung des Verbleibs in der gewohnten Umgebung zu leisten.

e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Regelungen in §§ 35 und 39 LBO[35] zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

[35] Landesbauordnung für Baden-Württemberg

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

**Technikunterstützung**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission empfiehlt, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (AAL) weiterzuentwickeln, Einsatzmöglichkeiten der Servicerobotik zu prüfen, Muster-Wohnungen mit AAL-Ausstattung zur Verfügung zu stellen sowie geeignete Modelle für eine erfolgreiche Markteinführung zu entwickeln und zu fördern. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass Assistenzsysteme Menschen und Sozialkontakte nicht ersetzen können und dürfen.

b) Die Enquetekommission regt an, dass finanzielle Hilfen für einen altersgerechten Umbau, insbesondere auch im Hinblick auf neue Technologien, niederschwellig und in angemessener Höhe zur Verfügung stehen sollen. „Hilfe nach Maß“ soll dabei die Devise sein. Insgesamt sollen alltagsunterstützende Techniken unter Berücksichtigung der sich aus den Techniken neu ergebenden ethischen Fragestellungen stärker in den Vordergrund rücken.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, Multiplikatoren als AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter zu qualifizieren, um gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk über AAL zu informieren. Des Weiteren müssen Handwerksbetriebe in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden.

**Pflegemonitoring**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

**Finanzierung**

**Herausforderungen**

Die ambulante Pflege steht vor großen Herausforderungen und muss für die Zukunft gestärkt werden. Um ein Überleben der ambulanten Pflegedienste zu sichern, bedarf es daher veränderter Rahmenbedingungen. Insbesondere für die Grundversorgung sollten neue Wege gefunden werden.
Die Enquetekommission betrachtet eine stabile, belastbare und verlässliche wirtschaftliche Basis als Grundvoraussetzung für die Anbieter ambulanter Dienstleistungen. Diese soll eine verlässliche Pflegepersonalplanung sowie tarifliche Bezahlung ermöglichen.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission fordert eine verlässliche Finanzierung der ambulanten Pflege. Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden. Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich des SGB V, wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI, als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.

b) Die Enquetekommission setzt sich für die Schaffung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur mit einer leistungsgerechten Vergütung über alle Kassenarten hinweg und für alle ambulant psychiatrisch tätigen Pflegedienste sowie der ambulanten Kinderintensivpflege ein. Kranken- und Pflegekassen müssen sich in den Vergütungsverhandlungen ihrer Verantwortung für die Menschen mit Pflegebedarf stellen. Die Finanzierung der ambulanten Dienste muss eine ganzheitliche Pflege ermöglichen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Prüfung der Finanzierung der Familienpflege und Haushaltshilfe im Bereich des SGB XI mit dem Ziel einer Verbesserung der Refinanzierungssituation vorzunehmen.

**Häusliche Krankenpflege**

**Herausforderungen**

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Das Genehmigungsverfahren innerhalb der Häuslichen Krankenpflege muss optimiert werden. Modellvorhaben zum Bürokratieabbau innerhalb der Häuslichen Krankenpflege sind flächendenkend umzusetzen.

b) Pflegefachkräfte sollen auch für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege gezielt akquiriert werden.

c) Das Image der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege und die Attraktivität dieser Arbeitsfelder soll verbessert werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierfür in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege entsprechende Konzepte zu entwickeln.

d) Für das pflegerisch-medizinische Übergangsmanagement zwischen Häuslicher Krankenpflege und Krankenhaus sollen verbindliche Regelungen getroffen und eine verbindliche Refinanzierung konzipiert werden.

e) Die Personalkosten in der Häuslichen Krankenpflege sollen refinanziert werden.

f) Die einzelnen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sollen monetär aufgewertet werden.

g) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung, die Weiterentwicklung des Modellversuchs „Verordnung Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V“ (vdek) und des Entbürokratisierungsprojektes der AOK Südlicher Oberrhein, Katholische Sozialstation Freiburg und der Sozialstation Südlicher Breisgau zu unterstützen.

h) Die formalen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sollen dahingehend überarbeitet werden, dass tatsächlich von den Pflegediensten erbrachte Leistungen auch von den Krankenkassen erstattet werden.

i) Der Aufbau von Doppelstrukturen und Überschneidungen zwischen der flächendeckenden HKP-Versorgung und einer aufsuchenden Versorgung durch Hausarztpraxen soll vermieden werden.

**Spezialisierte ambulante Pflege**

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern ambulanter Pflege, Pflegefachkräfte in Bezug auf ambulante palliative Pflege fortzubilden.

b) Die Enquetekommission regt an, die Angebote der Palliativversorgung in der ambulanten Pflege zu verankern und die flächendeckende Versorgung durch ambulante Kinderintensivpflege zu ermöglichen.

c) Die Enquetekommission regt bei den Rahmenvertragspartnern die Aushandlung eines gesonderten Rahmenvertrags für die psychiatrische Krankenpflege und Zusatzvereinbarungen, über die die Leistungen vergütet werden, an.

### 3.3.7 Wohnen im Pflegeheim

**Sachstand**

In Baden-Württemberg lebten nach Erhebungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2013 von insgesamt 298.769 Menschen mit Pflegebedarf 90.845 in vollstationären Versorgungsformen.
Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat eine „Vorausrechnung bis 2030 und 2050: Pflegebedürftige, Pflegearten und Pflegepersonal“ veröffentlicht, nach der die Zahl der vollstationär versorgten Menschen mit Pflegebedarf bis 2030 auf fast 130.000 steigen könnte und damit um 54 Prozent. Dieser Vorausrechnung liegen die Ergebnisse der Pflegestatistik 2011 und die Annahme zu Grunde, dass die derzeitigen Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahren unverändert bleiben werden (Status-quo-Szenario). Durch den sozialraumorientierten Ausbau der Versorgungsstruktur von Unterstützung, Betreuung und Pflege deutet sich jedoch eine veränderte Entwicklung an. Schon jetzt belegen Zahlen des Statistischen Landesamtes einen Trend von stationärer zu ambulanter Pflege. So wurden 2009 noch 34 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut, im Jahr 2013 waren dies nur noch 30 Prozent.

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

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

Im Zeitraum von 2001 bis 2013 ist die Zahl der Altenpflegeeinrichtungen im Land von 944 auf 1.661 angestiegen, was einem Zuwachs von 76 Prozent entspricht. Die Platzkapazität in diesen Einrichtungen hat sich in den Jahren von 2001 bis 2013 um 46 Prozent von 72.806 auf 106.233 Plätze erhöht, wobei hierbei auch Kurzzeit- und Tagespflegeplätze beinhaltet sind. Die Auslastung vollstationärer Plätze in Baden-Württemberg liegt aktuell bei ca. 89 Prozent.[36]

[36] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

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

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

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

### Verweildauern

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

Für das Land Baden-Württemberg hält der Landespflegeplan 2000 Angaben zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen vor.[37] Demnach betrug die durchschnittliche Gesamt-Verweildauer der erfassten 3.259 Bewohnerinnen und Bewohner, die im Jahr 1998 verstarben, etwa 2,8 Jahre.
Das im Rahmen der Enquetekommission durchgeführte Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg weist für Baden-Württemberg eine ähnliche Verweildauer aus. Damit ist die Verweildauer in Baden-Württemberg deutlich unter dem bundesweiten Wert von 3,9 Jahren. Grundsätzlich ist nach den derzeitigen Erkenntnissen und Entwicklungen davon auszugehen, dass die Verweildauer in den stationären Pflegeeinrichtungen sinkt.

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

### Pflegeinfrastruktur sicherstellen

### Herausforderungen

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

[37] Sozialministerium Baden-Württemberg 2000

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die stationäre Pflege wird auch in Zukunft als eine Säule in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf benötigt. Die Einrichtungen brauchen dazu Rahmenbedingungen, die ihnen eine fachlich gute und wirtschaftlich tragfähige Arbeit ermöglichen. Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, dies bei der Setzung der Rahmenbedingungen im Ordnungsrecht und sonstigen Rechtsbereichen zu berücksichtigen. Ebenso wird an die Bundesregierung appelliert, die Rahmenbedingungen im Leistungsrecht anzupassen.

b) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, ihr Leistungsspektrum auf unterschiedliche örtliche Bedarfe abzustimmen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Prüfung der Einführung eines Pflegemonitorings zur Erfassung struktureller Entwicklungen und zur Ermöglichung einer gezielten Planung der benötigten Infrastruktur auf kommunaler Ebene.

d) Die Enquetekommission begrüßt die Stärkung der kommunalen Planungskompetenz durch die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

**Kosten stationärer Pflege**

**Herausforderungen**

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

b) Auch auf die wirtschaftliche Nichtzumutbarkeit bei kleineren Einrichtungen soll nach Abwägung bei Bedarf flexibel reagiert werden können.

c) Die Enquetekommission regt an zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, dass sich das Land – z. B. über die L-Bank[38] – an der Gestaltung von Sicherheiten für bauliche Maßnahmen beteiligen kann.

d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Weiterentwicklung des WTPG und keine grundsätzliche Abkehr der im WTPG vorgenommenen Neuausrichtungen.

**Wahrnehmung und Einbindung in die Öffentlichkeit**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

**Lebensqualität und Qualitätssicherung**

**Herausforderungen**

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

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

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

[38] L-Bank ist die Staatsbank von Baden-Württemberg

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission regt an, ein neues Verfahren zur Bestimmung von Prüfkriterien zu etablieren. Bevor weitere Regelungen „zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf“ erlassen werden, muss nachgewiesen werden, inwieweit diese zu mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität beitragen.

b) Regelungen, die zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner gedacht sind, sollen auch im Hinblick auf ihre Wirkung hinsichtlich der Selbstbestimmung und der Lebensqualität reflektiert werden (zum Beispiel Brandschutz, Hygiene, Möblierung).

c) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, individuelle Angebote als Leitziel der Einrichtungen zu definieren und entsprechende Konzepte zu verfolgen. Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe müssen feste Bezugspunkte bei der Angebotsentwicklung sein. Dazu sollen die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eruiert und so weit als möglich berücksichtigt werden.

d) Die Enquetekommission empfiehlt die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in den Alltag der Einrichtungen.

e) Grundsätzlich begrüßt die Enquetekommission die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in Richtung Quartier sowie eine zielgerichtete Einbindung in das Gemeinwesen.

f) Die Enquetekommission fordert, eine gut erreichbare Lage, überschaubare Gruppengrößen sowie überschaubare Einrichtungsgrößen bei der Konzeption von Einrichtungen zu berücksichtigen.

g) Es soll auf die Qualität des Essens geachtet und individuelle Bedürfnisse auch bei der Ernährung berücksichtigt werden.

h) Bei der Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sollen Kriterien angelegt werden, die objektivierbar, nachvollziehbar und transparent sind. Die bislang verwendeten Kriterien des „Pflege-TÜV“ erscheinen hierzu wenig geeignet. Daher soll ein neues Verfahren entwickelt werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu im PSG II eingeschlagenen Weg.

i) Die formelle Kontrolle durch MDK und Heimaufsicht soll durch informelle Kontrolle beispielsweise durch Familienangehörige, bürgerschaftlich Engagierte oder das nachbarschaftliche Netzwerk ergänzt werden. Dies kann durch eine Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

**Medizinische Versorgung**

**Herausforderungen**

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den stationären Pflegeeinrichtungen. Hier ist besonders für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Hausbesuchen in stationären Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Dazu schlägt die Enquetekommission einheitliche Verträge für die heimärztliche Versorgung vor. In einem ersten Schritt ist dazu die Einrichtung eines Runden Tisches geeignet mit dem Ziel, auf Landesebene einen einheitlichen Versorgungsvertrag auf den Weg zu bringen.

b) Die Enquetekommission regt eine verstärkte Integration von Arztpraxen in stationäre Pflegeeinrichtungen an. Weiter sollen Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Fachärztinnen sowie Fachärzten gefördert werden.

c) Die Enquetekommission sieht aufgrund der derzeitigen Entwicklungen die Notwendigkeit, § 119b SGB V (stationäre Pflegeeinrichtungen können vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten teilzunehmen, wenn Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern innerhalb von sechs Monaten nicht zustande gekommen sind) zu evaluieren und fortentwickeln.

d) Die Enquetekommission regt die Kompetenzerteilung für einen weiter zu bestimmenden Teil der medizinischen Versorgung an das Pflegepersonal an.

e) Die Enquetekommission empfiehlt die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für den Einsatz von qualifizierten „Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten“ (Advanced Nurcing Practice), die teilweise Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzten in Pflegeeinrichtungen übernehmen können, inklusive eines gesetzlichen Refinanzierungsrahmens.

f) Zu der Schnittstelle von SGB V und XI soll es Regelungen geben, die beinhalten, dass die Krankenversicherung Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zumindest mitfinanziert.

g) Bezüglich der (akademischen) Ausbildung siehe Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.

**Personal in Einrichtungen**

**Herausforderungen**

Die Personalbemessung für die stationäre Altenhilfe muss dringend reformiert werden. Die Personalschlüssel müssen den aktuellen Anforderungen angepasst werden. Die aktuellen Regelungen zur Pflegefachkraftquote verhindert zuweilen die Einstellung von geeigneten, qualifizierten Personen, die keine Pflegefachkraft sind, jedoch im Rahmen des Care-Mix durchaus zu einer Normalisierung und Verbesserung der Lebensqualität im stationären Setting beitragen könnten.
Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“.

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

Aufgrund des prognostizierten Fachkräftemangels müssen Strategien entwickelt werden, die eine Pflegepersonalplanung ermöglichen. Hierbei kommen die zunehmend erschwerten Rah-

menbedingungen, wie ein höherer Anteil an Menschen mit Demenz, der einen intensiveren Betreuungsbedarf und höheren Personalbedarf mit sich bringt, zu tragen.

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege, daher ist die Personalausstattung durch eine Erhöhung der Personalrichtwerte, die mit einer entsprechenden Refinanzierung verbunden sein muss, zu verbessern. Mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“.

b) Die Enquetekommission regt die Prüfung einer verbindlichen gesetzlichen Festlegung der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an.

c) Einrichtungen muss die Einstellung und Beschäftigung von Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern erleichtert werden.

d) Grundsätzlich sind die Einrichtungen gefragt, sich als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Hierbei können die Qualitätskriterien für Magneteinrichtungen eine wertvolle Orientierung bieten.

e) Die Enquetekommission setzt sich bei der Landesregierung dafür ein, dass die Verlagerung der Tätigkeiten auf Fachkräfte und Assistenzkräfte, inklusive ungelernter Arbeitskräfte, nur erfolgen darf, soweit dies fachlich vertretbar ist, d.h. sie darf nicht zu einem Absenken der hohen Pflegequalität in Baden-Württemberg führen. Der Weg, der mit der Landesheimpersonalverordnung eingeschlagen wurde, soll fortgesetzt werden.

f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und fortzuentwickeln.

g) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität etc. anzupassen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.

h) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, hinreichend qualifiziertes Personal durch Fachkraftquoten zu sichern. Eine Evaluation des WTPG nach § 34 wird empfohlen. Soweit erforderlich, soll eine Anpassung vorgenommen werden.

i) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Einführung eines Pflegemonitorings zur Personalplanung in der Altenhilfe zu prüfen.

### 3.3.8 Lebensraum Quartier

**Herausforderungen**

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

Damit möglichst viele Menschen in ihrem Wohnort oder in Wohnortnähe alt werden können, ist anzustreben, dass in einem Quartier verschiedene Formen der Betreuung und Pflege angeboten werden und diese gut miteinander vernetzt sind. Gerade das direkte Lebensumfeld kann und muss für ältere Menschen Anlaufstellen bieten, um die Möglichkeiten der Prävention

kennenzulernen und wahrzunehmen. Solche Angebote müssen in einer hinreichenden Dichte auf kommunaler Ebene geschaffen werden. Quartiersansätze sind auf den Bedarf vor Ort anzupassen. In den Quartieren oder zumindest in den betreffenden Stadtteilen sollten Angebote der Grundversorgung gewährleistet sein.
Ferner sind die Selbstverantwortungskräfte, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe in einem Quartier oder Dorf zu aktivieren und zu stärken. Der Mobilität im Quartier – Barrierefreiheit und ÖPNV-Anbindung – kommt eine wichtige Bedeutung zu. Es müssen altersgerechte Wohnstrukturen geschaffen werden. Bei der Wohnumfeldgestaltung sollten die Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen stärker einbezogen werden. Mit der Quartiersentwicklung kann der Vereinsamung älterer Menschen entgegengewirkt werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten sich öffnen, in die örtlichen Strukturen und das jeweilige Quartier eingebunden sein und sich in Richtung Quartiershäuser entwickeln.
Durch die verstärkte Orientierung am Sozialraum wird auch die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner am gesellschaftlichen Leben gefördert.

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

**Aufklärung und Sensibilisierung**

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung und den Kommunen, alle an der Quartiersentwicklung Beteiligten verstärkt für die Thematik zu sensibilisieren und durch entsprechende Informationen zu unterstützen.
Dies kann erfolgen durch Anlegung einer Datenbank und einer Methodensammlung mit Praxisbeispielen, Auflegen von Informationsbroschüren, Beratungsangebot für Initiativen und Kommunen, Informationsveranstaltungen, Unterstützung bei der Umsetzung sowie Erfahrungsaustausch und Qualifizierungsmaßnahmen für „Kümmerer“.

**Quartiersentwicklung**

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

a) Der Bedarf an Quartiersentwicklungsmaßnahmen soll durch eine Quartiersanalyse vor Ort erhoben werden.

b) Die Quartiersstrukturen sind zu untersuchen. Hierzu kommen die Aufstellung eines Sozialdatenatlasses oder eines Alterssurveys und ein Sozialdaten-Monitoring in Betracht.

c) Die Bürgerinnen und Bürger sollen von Beginn an, zum Beispiel mittels einer Leitbildentwicklung, kontinuierlich in die Quartiersentwicklung einbezogen werden.

d) Parallelstrukturen sollen vermieden werden. Die Quartiersentwicklungsmaßnahmen sollen bestehende Angebote an Beratung, an Begegnungsstätten, an Hilfe, Betreuung, Bildung, Kultur und bürgerschaftlichem Engagement u. ä. einbeziehen.

e) Die Quartiersarbeit soll auf Dauer angelegt sein und alle lokalen Akteure (Kommune, Wohlfahrt, Einzelhandel, Arztpraxen, Finanzdienstleister, Unternehmen, Bürgerinnen und Bürger etc.) einbeziehen.

f) Das bürgerschaftliche Engagement ist einzubinden. Menschen sind besonders nach dem Berufsaustritt ansprechbar. Sie können für die Nachbarschaft, für Seniorennetzwerke etc. gewonnen werden.

g) Die Quartiersbezogenheit der Kirchen (zum Beispiel Kirchengemeinden, kirchlich organisierte Nachbarschaftshilfen, Besuchsdienstgruppen) soll genutzt werden.

Zudem wird den Kommunen empfohlen:

a) Einen Verein für Quartiersmanagement bzw. Vereine für Quartiersmanagement in den Stadtteilen zu gründen.

b) Eine „Quartierverwaltung“ mit einem „Quartiersmanagement“ als Organisations- und Ansprechperson einzurichten, welche u. a. bürgerschaftlich Engagierte im Quartier unterstützt.

c) Alle Planungsentscheidungen, vor allem der Bauleitplanung, an der sozialen Quartiersplanung auszurichten. Es sollen dezentrale Strukturen geplant werden an Stelle von zum Beispiel weniger, großer Einkaufszentren.

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

**Quartiersgestaltung**

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

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

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

Die Enquetekommission empfiehlt den Kommunen:

a) Lokale Bündnisse zu initiieren.

b) Aufsuchende Sozialarbeit zu leisten. Diese kann mit der Bewerbung von Angeboten im Quartier verknüpft werden.

c) Internetplattformen aufzubauen, auf denen lokale Angebote aus Dienstleistung (zum Beispiel Friseur) und Handel (u. a. Hygieneartikel, Lebensmittel) zugänglich sind.

d) Dezentrale Anbieter und Begleit- und Fahrdienste durch finanzielle Förderung, kostenlose/kostengünstige Bereitstellung von Infrastruktur (Multifunktionshäuser) oder durch Werbung zu unterstützen.
Zur Nahversorgung sind Kooperationsmärkte oder -läden (zum Beispiel CAP- oder BONUS-Märkte) anzustreben.

e) Den Einsatz von rollenden Supermärkten, Bäckereien, Metzgereien, Gemüseläden zu unterstützen.

f) Mobilität auch älteren Menschen zu ermöglichen. Der ÖPNV sollte zum Beispiel durch Einstiegshilfen gut nutzbar sein.

g) Barrierefreiheit im öffentlichen Raum durch Aufzüge, Absenken der Bordsteine etc. zu schaffen.

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

**Wirkung von Quartiersansätzen**

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

**Schaffung altersgerechter Wohnstrukturen**

Barrierefreies Bauen und die Anpassung des Bestands an Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung sollen gefördert werden. Das Wohnraumförderprogramm soll für den sozialen und barrierefreien Wohnraum ausgebaut werden.
Weitere Ausführungen zum „altersgerechten Wohnen“ sind im Abschnitt 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“ zu finden.
Im Rahmen der Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften sind neue innovative Wohn- und Betreuungsformen zuzulassen und zu unterstützen.

**Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen**

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

a) Kommunen und Pflegeeinrichtungen sollen durch bauliche Maßnahmen die Kommunikation zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen, Angehörigen und Nachbarn unterstützen.

b) Einrichtungen und Kommunen sollen durch zugängliche und einladende Treffpunkte mit Sitzgelegenheiten vor den Häusern die Begegnung und Kommunikation unterstützen, so dass Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Nachbarn zwanglos miteinander ins Gespräch kommen können.

c) Wenn bestimmte Strukturen vor Ort fehlen, könnten stationäre Pflegeeinrichtungen beispielsweise einen offenen Mittagstisch anbieten oder bestehende Einkaufsmöglichkeiten (Kiosk) für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner öffnen.

d) Der kommunikative und kulturelle Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen, Vereinen, Organisationen und ehrenamtlich Engagierten, soll gefördert werden.

e) Bei der Programmgestaltung in den Einrichtungen wird eine Zusammenarbeit mit Vereinen, Volkshochschule etc. begrüßt.

f) Einzelne Veranstaltungsprogramme in den stationären Pflegeeinrichtungen sollen für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner geöffnet werden.

g) Vereine, Einrichtungen und Kommunen sollen niederschwellige gemeinsame Gruppenaktivitäten wie beispielsweise offene Singkreise, Qi-Gong-Gruppen oder Sitztanzkreise anbieten.

**Stärkere Rolle der Kommunen**

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung:

a) In Zusammenarbeit mit den Kommunen eine Gesamtstrategie für Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg zu erarbeiten, die Umsetzung moderierend zu begleiten und die Entwicklung von Quartierskonzepten in Kommunen durch Bereitstellung von fachlichen Informationen (z. B. Beratungsbüro auf Landesebene) zu unterstützen.
Die Gesamtstrategie Quartier lässt sich u .a. durch die Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften entwickeln. Quartierskonzepte müssen fester Bestandteil der Städtebauförderung sein. Soziale Nachbarschaftsnetze sind zu fördern. Es ist eine verlässliche Finanzierungsgrundlage zu bieten.

b) Ein Musterkonzept für Quartiersplanung/-entwicklung zu erarbeiten und dessen Umsetzung durch Ko-Finanzierung von kommunalen Quartiersmanagementstrukturen zu fördern.

c) Verlässliche, stabile Strukturen mit professioneller Unterstützung zu initiieren und zu fördern.

d) Rechtliche und finanzielle Voraussetzungen für Erleichterungen bei der Umsetzung dezentraler Maßnahmen im Quartier zu schaffen.

e) In Zusammenarbeit mit Bund und Kommunen ein Konzept für die (Anschub-)Finanzierung von Quartiers-/Dorfentwicklung und -management zu entwickeln, wobei die Planungshoheit nach wie vor den Kommunen zusteht.

f) Das Landespflegegesetz weiterzuentwickeln.

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

a) Aufnahme allgemeiner Regelungen, die Planungsverpflichtungen für Quartiersentwicklung enthalten.

b) Einführung einer Kooperationspflicht der Kassen vor Ort bei Maßnahmen der Quartiersentwicklung.

c) Kommunen, die in dem Bereich bereits gut aufgestellt sind, sollen als Optionskommunen Aufgaben der Sozialen Pflegeversicherung vertraglich übertragen werden können (Vereinbarung mit den Kassen).

Den Kommunen empfiehlt die Enquetekommission:

a) Eine kommunale Steuerung für die Quartiersentwicklung einzurichten.

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

c) Quartiersentwicklung/-planung als Leitgedanken kommunaler Verwaltungstätigkeit in allen Bereichen der Verwaltung der Kommune zu implementieren. In der (Sozial)Verwaltung ist beispielsweise die Zuständigkeit an Quartieren zu orientieren und nicht an Anfangsbuchstaben.

d) Quartiers- und Dorfentwicklung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Kommunen (sozialraumorientiertes Vorgehen) durchzuführen.

e) Die Wohnungswirtschaft einzubeziehen.

**Bereitstellung von Ressourcen**

Die Enquetekommission empfiehlt:

a) Qualitative und quantitative Ressourcen für Case-Management (hierzu auch Ausführungen im Abschnitt 3.3.2 „Beratung“) und Gemeinwesenarbeit bereitzustellen.

b) Das Quartiersmanagement finanziell zu fördern. Quartiersarbeit und Einbindung ins Gemeinwesen sollen als Aufgabe des Gemeinwesens betrachtet und auch als solche finanziert werden.

### 3.3.9 Alternative Wohnformen

**Sachstand**

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

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

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

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

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

**Herausforderungen**

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

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

Die Enquetekommission empfiehlt deshalb der Landesregierung:

a) Den Ausbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaften im ländlichen Bereich zu erleichtern.

b) Eine Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften über § 38a SGB XI hinaus zu prüfen.

c) Genossenschaftsrechtlich ausgestaltete Lösungsansätze zu prüfen, wenn im ländlichen Raum langfristige, auf Beteiligung und Selbstbestimmtheit angelegte Wohnformen für Senioren gesucht werden.

### 3.3.10 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

**Sachstand**

Die teilstationäre Pflege wird nach § 41 SGB XI als Tages- oder Nachtpflege angeboten. Sie umfasst auch die notwendige Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Die Kosten für Verpflegung müssen privat getragen werden. Die Tagespflege kann die Lücke zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der stationären Versorgung im Heim schließen.
In Baden-Württemberg gibt es 609 Tagespflegeeinrichtungen mit einer Kapazität von 6.460 Plätzen.
Laut der Stellungnahme des Sozialministeriums zum Antrag Nr. 1 sind der Akzeptanz der Angebote, vermutlich wegen der relativ hohen Kosten, auch Grenzen gesetzt. Dies lasse sich auch den vorliegenden Kreispflegeplänen entnehmen, die vielfach bereits eine ausreichende Versorgung mit Tagespflegeplätzen signalisieren.

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission appelliert an die Kostenträger und Leistungserbringer, die vorhandenen Angebote zu prüfen und auszubauen.

b) Der Landesregierung wird empfohlen, sich über eine Bundesratsinitiative dafür einzusetzen, Hemmnisse im Bereich der Beförderung der Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen des § 41 SGB XI einer konstruktiven Lösung zuzuführen. Dabei soll insbesondere geprüft werden, inwiefern eine Trennung zwischen Beförderungskosten und Pflegeleistungen zielführend sein könnte.

c) Ebenso ist die Selbstverwaltung gefordert, bei dem Abschluss von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für den teilstationären Bereich eine tragfähige Lösung zu finden, die die Fahrtkosten (Personal- und Sachkosten) in voller Höhe abbildet.

d) Angebote der Tagespflege sollen stärker ins Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden.

e) Ferner soll geprüft werden, ob die Hol- und Bringedienste von Tagespflegeeinrichtungen in den Katalog der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle (FrStllgV) aufgenommen werden können.

f) Im Rahmen der Kurzzeitpflege bedarf es eines Beratungsangebotes für die längerfristig angelegte Entscheidungsfindung darüber, wie es nach der Kurzzeitpflege weiter gehen soll.

### 3.3.11 Sektorale Trennung

**Herausforderungen**

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

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

ten wiederum könnte die Hausambulanz einer stationären Einrichtung Pflegeleistungen sicherstellen.

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich beim Bundesgesetzgeber für eine Aufhebung der Trennung von „ambulant" und „stationär" im SGB XI einzusetzen und das Bundesministerium für Gesundheit um eine Expertise zu ersuchen, wie dies rechtlich und konkret ausgestaltet werden könnte.

b) Es sollen hierbei Alternativmodelle entwickelt werden und Erprobungen auf bundesgesetzlicher Ebene leistungsrechtlich ermöglicht werden. Dabei sollen insbesondere Leistungsformen des Persönlichen Budgets und der Sachleistungsbudgets einbezogen werden.

c) Der Landesregierung und den Einrichtungen wird empfohlen, „Mischformen" (z. B. Organisationsverbünde, flexible Verbundlösungen beziehungsweise Institutsambulanzermächtigungen) über die Regelung des § 31 WTPG zu erproben.

d) Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen im Sinne einer Institutsambulanzermächtigung pflegerische Versorgungsleistungen im betreuten Wohnen und in Privathaushalten im Umfeld der Einrichtung erbringen dürfen. Vice versa sollen auch ambulant organisierte Angebote in stationären Einrichtungen erbracht werden können.

e) Pflegepersonal aus dem stationären Pflegebereich soll in Privathaushalten eingesetzt werden können. Übergänge für Betroffene sollen möglichst fließend gestaltet werden, so dass Autonomie so viel wie möglich und so lange wie möglich bestehen kann.

f) Einrichtungen, die sowohl stationäre Pflegeplätze als auch ambulant betreutes Wohnen anbieten, soll eine flexiblere Zuordnung der einzelnen Plätze ermöglicht werden.
Benötigt zum Beispiel ein bisher im betreuten Wohnbereich lebender Mensch Leistungen der stationären Pflege, soll der Pflegeplatz mit dem Menschen gehen und nicht umgekehrt.
Die Wohnung des Betreffenden kann dann mit entsprechender Anpassung der Personalausstattung im stationären Bereich Bestandteil der stationären Einrichtung werden.

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

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

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.
Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

**Handlungsempfehlungen**

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

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

**Herausforderungen**

Die Kosten für Pflegeplätze in stationären Einrichtungen sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Dies hat zur Folge, dass der Anteil der Zuzahlung für einen Platz in einer stationären Einrichtung ebenso gestiegen ist. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Herausforderung auch zukünftig bezahlbare Pflegeplätze in Baden-Württemberg anbieten zu können.
Der durch das Landesrecht vorgegebene Abbau von Doppelbettzimmern, die Umsetzung von Wohngruppen mit höchstens 15 Bewohnern, die Vorhaltung von Mindestaufenthaltsflächen auf den Wohngruppen sowie die Einhaltung von Mindestraumbreiten stellt für etliche Träger eine große Herausforderung dar. Hierzu bedarf es aus Sicht der Enquetekommission einer Prüfung unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten, die eine Entlastung ermöglichen.
Als wichtige Voraussetzung für eine flächendeckende Angebotsstruktur betrachtet die Enquetekommission die Ermöglichung einer verlässlichen Planung der Einrichtungsträger. Dies sollte unter anderem durch die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) ermöglicht werden.
Die Umsetzung der LHeimBauVO wirkt sich auch auf die Investitionskosten der stationären Einrichtungen aus. Seit längerer Zeit wird im Lande vergeblich versucht, sich auf gemeinsame Parameter zu verständigen.
Vielen kleinen Trägern ist es nicht möglich, die für eine Anpassung oder Sanierung nötigen Finanzmittel als Fremdkapital zu erschließen, da es keine öffentliche Förderung gibt.
Aus diesen Gründen spricht sich die CDU-Fraktion für eine flexible Handhabung der Grenzwerte in Bezug auf eine grundsätzliche Einzelzimmervorgabe aus.

**Handlungsempfehlungen**

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

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

### 3.4 Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.4.1 Gendersensible Pflege

**Sachstand**

Eine an Individualität und biografisch geprägten Vorstellungen der Menschen orientierte Pflege und Betreuung erfordert unter anderem Sensibilität für geschlechtsspezifische Bedürfnisse. Denn es ist davon auszugehen, dass Pflege und Pflegebedürftigkeit geschlechtsdifferenziert bzw. vor dem Hintergrund des sozialen Geschlechts („gender“) unterschiedlich erlebt wird. Dies betrifft beispielsweise den Umgang mit Krankheit, mit Scham, den Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder das Bedürfnis nach Alltagsgestaltung.[39]

[39] Zentrum für Qualität in der Pflege 2015: Bedürfnisgerechte Pflege und Genderaspekte

Wie bereits in anderen Kapiteln des Enqueteberichts dargelegt wurde, ist Pflege nach wie vor stark weiblich geprägt. Der überwiegende Anteil der privaten, ehrenamtlichen und professionellen Pflege wird von Frauen geleistet. Für Baden-Württemberg ist mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen. Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich von Frauen erbracht. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichtet ganz darauf. Trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf[40] ist die Zahl der Personen, welche die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch.
Im Jahr 2010 waren demzufolge in Deutschland rund 63 Prozent der weiblichen und rund 70 Prozent der männlichen pflegenden Angehörigen im Alter von 25 bis 64 Jahren erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne pflegebedürftige Angehörige lag um rund 9 bis 11 Prozentpunkte höher.
Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind deutschlandweit unter den Engagierten in der Pflege überproportional viele ältere, weibliche, gut qualifizierte, bereits im Ruhestand befindliche Personen, die in Ein- bis Zweipersonenhaushalten im ländlichen Raum bzw. verdichteten Umland leben. 58 Prozent der im Gesundheitswesen Engagierten sind Frauen. Noch ausgeprägter ist der Frauenanteil mit über 66 Prozent bei Personen, die sich in der Pflege engagieren.[41]
In der professionellen Pflege in Baden-Württemberg sind derzeit 86 Prozent aller Beschäftigten weiblich. Im ambulanten Pflegebereich sind dies sogar 88 Prozent.[42]

Ebenso zeigt sich, dass der Großteil der Menschen mit Pflegebedarf weiblich ist. Die Pflegequoten liegen für beide Geschlechter bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen jeweils in etwa gleich hoch, ab der nächsthöheren Altersgruppe zeigt sich jedoch eine zunehmend höhere Pflegequote bei Frauen als bei jeweils gleichaltrigen Männern. Dies ist vor allem auf die deutlich höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern zurückzuführen, auch bei bestehenden schweren Erkrankungen und Behinderungen bzw. Pflegebedürftigkeit, selbst noch in den Altersgruppen jenseits des 80. Lebensjahres.

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

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

**Pflegende Angehörige**

**Herausforderungen**

Pflege wird sowohl im privaten wie im professionellen Bereich vornehmlich von Frauen geleistet. Besonders für die privat pflegenden Frauen resultieren daraus oftmals erhebliche finanzielle Nachteile, da sie auf eigene Erwerbstätigkeit teilweise oder ganz verzichten. Ihre Rentenanwartschaft verschlechtert sich dadurch, so dass Frauen einem deutlich höheren Altersarmutsrisiko unterliegen als Männer.
Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, pflegende Angehörige besser zu entlasten und die Pflegeverantwortung innerfamiliär so weit als möglich zu teilen. Weiter ist es notwendig, die Datengrundlage im Bereich der familiären Pflege zu verbessern. Grundsätzlich sollte eine höhere Wertschätzung der Pflege durch Familienangehörige stattfinden.

[40] vgl. Pflegezeitgesetz 2008 und 2015
[41] Zentrum für Qualität in der Pflege 2013: Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix
[42] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die finanzielle Versorgung pflegender Angehöriger muss sichergestellt werden. Hierzu empfiehlt die Enquetekommission insbesondere die Prüfung eines „Pflegegelds“ entsprechend dem „Elterngeld“. Das Elterngeld hat dafür gesorgt, dass sich zunehmend auch Männer Zeit für ihre neugeborenen Kinder nehmen (weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“).

b) Männer sollen verstärkt in die Sorge- und Pflegearbeit einbezogen werden. Zu diesem Zweck erachtet die Enquetekommission Kampagnen als sinnvoll. Diese könnten beispielsweise darauf abzielen, Jungen und junge Männer für Praktika und Freiwilligeneinsätze zu gewinnen. Die inzwischen wachsende Zahl von Männern, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen, und ihre Art zu pflegen soll für die Öffentlichkeit sichtbarer gemacht werden. Dabei sind kultursensible Aspekte zu beachten.

c) Familien sollen dabei unterstützt werden, die Pflegeverantwortung innerfamiliär gerechter zu teilen. Hierzu sollen geeignete Modelle durch die Landesregierung initiiert werden. Anregungen liefert beispielsweise das Projekt „Familiale Pflege“ in Nordrhein-Westfalen.

d) Die Datenlage über pflegende Angehörige soll verbessert werden. Hierzu soll die amtliche Pflegestatistik um die Differenzierung nach Geschlechtern innerhalb der privat geleisteten Pflege erweitert werden. Es bedarf einer vermehrten wissenschaftlichen Erforschung zur Lebenslage und zum Lebenslauf pflegender Angehöriger. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierzu Forschungsvorhaben zu fördern.

**Männer für die Pflege gewinnen**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Es sollen vermehrt (Schul-)Praktika von Jungen und Männern im Pflegebereich sowie ganzjährige und auf Kontinuität angelegte Schulprojekte im sozialen Bereich eingeführt werden.

b) Die Arbeitsagenturen sollen spezifische Beratungsangebote für Männer, die pflegen wollen, anbieten.

c) Im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes und des Freiwilligen Sozialen Jahres ist verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.

d) Unternehmen sollen Ansprechpersonen für Männer benennen, um diese gezielt zu beraten.

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

**Weibliche Haushaltshilfen aus dem Ausland**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.5.7 „Ausländische Betreuungskräfte“.

**Gendersensible Pflege in der Ausbildung**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

**Gendersensible Praxis**

**Herausforderungen**

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) In der Pflegepraxis soll genug Zeit für die Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen sein.

b) In der Pflegeausbildung sollen eine biografieorientierte Herangehensweise und geschlechtersensible Pflegetechniken gelehrt werden.

c) Pflegetechniken, die von sexuell traumatisierten Menschen als sehr belastend oder gar retraumatisierend erlebt werden, sollen nach Möglichkeit unterlassen werden. Dies sind zum Beispiel die Verabreichung von Vaginal- und Rektalzäpfchen, rektales Fiebermessen, Darmrohre, das manuelle Ausräumen des Darmes, vaginale Untersuchungen.

### 3.4.2 Kultursensible Pflege

**Sachstand**

In Baden-Württemberg lebten im Jahr 2012 knapp 2,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, darunter 1,3 Millionen Ausländer und knapp 1,6 Millionen mit deutscher Staatsangehörigkeit (insbesondere ehemalige Spätaussiedler und eingebürgerte Ausländer). Beide Gruppen nehmen seit längerer Zeit zahlenmäßig zu, wobei die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit insgesamt stärker ansteigt als die ausländische Bevölkerung.[43]

Menschen mit Migrationshintergrund sind derzeit unter den nach SGB XI anerkannten Menschen mit Pflegebedarf unterrepräsentiert. Dies lässt sich unter anderem auf einen geringen Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund zurückführen. So lag der Anteil der Gruppe der älteren und alten Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2009 in Baden-Württemberg mit 12 Prozent deutlich unter dem damaligen Anteil an der Landesbevölkerung, der 2009 bei 23 Prozent lag.[44] Zum anderen zeigt sich bei Menschen mit Migrationshintergrund ein anderes Inanspruchnahme-Verhalten der Leistungen nach SGB XI. Einer Studie zufolge, die im Jahr 2011 vom Sozialministerium Baden-Württemberg in Auftrag gegeben wurde[45] und welche die Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege beleuchtete, hatten diese nur einen Anteil von 11 Prozent bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten für Menschen mit Pflegebedarf.

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

Die Zahl der älteren Menschen (65-jährig und älter) mit Migrationshintergrund wird schon bis zum Jahr 2020 in Baden-Württemberg auf über 300.000 ansteigen[44]. Diese Gruppe ist damit die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Vieles spricht dafür, dass absolut und relativ die Zahlen steigen werden und sich die Anteile pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund denen der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund annähern werden. Das gilt besonders – und zuerst – für die Großstädte und Ballungsräume, mit zeitlichem Abstand dann auch für Landkreise.

[43] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015
[44] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014
[45] Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP) 2015

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

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

**Zukünftiger Bedarf an kultursensibler Pflege**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt, den Gesundheitszustand und den pflegerischen Bedarf von Menschen mit Migrationshintergrund sowie das pflegerische Umfeld unter Migrantinnen und Migranten verstärkt zu berücksichtigen.

b) Es sollen nutzerorientierte pflegerische Angebote geschaffen werden, die zu Menschen mit Migrationshintergrund und den entsprechenden Bedürfnissen passen. Für die Akzeptanz und Inanspruchnahme dieser Angebote ist es wichtig, dass die Nutzerinnen und Nutzer befragt und in die Konzeptentwicklung einbezogen werden. Bereits bestehende Pflegeangebote sollten hinsichtlich verschiedener Kulturen sensibilisiert werden.

c) Tagespflegeeinrichtungen sind dazu aufgerufen, ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Tagespflege einzurichten, das auch zielgruppenrelevante Sprachen umfasst.

d) Die „Interkulturelle Öffnung“ soll in kommunalen Gesundheitskonferenzen und Pflegenetzwerken kontinuierlich thematisiert werden.

e) Das bestehende Angebot von kultursensiblen ambulanten Pflegediensten ist auszubauen.

**Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund**

**Herausforderungen**

Menschen mit Migrationshintergrund haben bei der Beantragung einer Pflegestufe eine geringere Wahrscheinlichkeit, den Antrag bewilligt zu bekommen, als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dies liegt vor allem daran, dass sie über die Regularien und Formalien weniger gut informiert sind. Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass der Zugang zu Pflegeleistungen chancengleich gestaltet werden muss.
Ein beratender Zugang bei pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund gestaltet sich jedoch oft als schwierig. Ein Schlüssel dafür ist Vertrauen. Ziel sollte es daher sein, vertrauensbildende Maßnahmen einzuleiten, damit zukünftig der Zugang und die Beratung der Menschen mit Pflegebedarf und Angehörigen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann.

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung und den Krankenkassen, zielgruppenorientierte Informationsangebote über Rechtsansprüche und Antragsverfahren im Zusammenhang mit Pflegeleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln.

b) Soweit möglich sollen Maßnahmen sowohl muttersprachliche als auch kulturspezifische Angebote beinhalten. Beratung muss verstärkt bei Öffentlichkeitsveranstaltungen wie in den Moscheen, in den Kulturvereinen und den Migrantengemeinden erfolgen, damit dort über die Grundsätze der Pflegeversicherung, Leistungsansprüche und Pflegeangebote aufgeklärt werden kann. Weiter soll eine umfassende Dolmetscher-Datenbank eingerichtet werden. Diese Aufgaben können in die bestehende Beratungsstruktur (z. B. Pflegestützpunkte) integriert werden.

c) Die Enquetekommission empfiehlt den Betreibern der Pflegestützpunkte, die Beratung zu interreligiösen und interkulturellen Angeboten und Aspekten auszubauen.

d) Pflegestützpunkte sollen eine muttersprachliche Beratung anbieten. Dies kann beispielsweise durch Broschüren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen bzw. Dolmetschern ermöglicht werden.

e) Anerkannte Personen in der jeweiligen Gemeinschaft können wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Sinne von Türöffnern sein. Da Ärztinnen und Ärzte meist ein gutes Ansehen haben, können diese eine bedeutendere Rolle beim Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund bekommen und beispielsweise schon bei der Diagnosestellung auf bestehende Pflege- und Beratungsangebote verweisen. Die Ärztekammern sollen deshalb entsprechende Fortbildungsprogramme und Initiativen anbieten. Ebenso sollen anerkannte Personen innerhalb des jeweiligen Migrantenmilieus verstärkt als Mittler gewonnen werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Vermittlung der Grundsätze der Pflegeversicherung.

f) Den Einrichtungen und ambulanten Diensten wird empfohlen, bei der Personalgewinnung ein Augenmerk auf die Sprachkenntnisse zu richten, um Mehrsprachigkeit in den Einrichtungen und bei der Pflege zu ermöglichen.

g) Migrantenorganisationen und Einrichtungen der Altenhilfe sind besser zu verzahnen.

h) Innerhalb der Migrantenmilieus soll verstärkt Werbung für das Berufsfeld Altenpflege stattfinden.

i) Die Enquetekommission empfiehlt den Krankenkassen, ihre MDK-Gutachter hinsichtlich der Reaktionsweisen auf Antragstellerinnen und Antragsteller unterschiedlicher Herkunft und sozialer Lage zu schulen.

**Diversität in der Praxis**

**Herausforderungen**

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

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Um individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen gerecht werden zu können, benötigt die professionelle Pflegepraxis ausreichend Zeit.

b) Die Enquetekommission empfiehlt der institutionellen Beratung in der Altenhilfe, sich mit Migrantenorganisationen zu vernetzen.

c) Die Enquetekommission erachtet insbesondere eine stärkere Vernetzung der Gesundheitssysteme in Deutschland und den Herkunftsländern, insbesondere der Türkei, als sinnvoll.

d) Bei der Personalakquise in Pflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkten soll auf Mehrsprachigkeit geachtet werden.

e) Einrichtungen sollen mehr Personal mit Migrationshintergrund beschäftigen und bestehendes Personal für kultur- und religionssensible Pflege ausbilden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, muttersprachliche Pflege durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen und Dolmetscher anzubieten.

f) Religions- und kultursensible Pflege soll in das Leitbild der Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgenommen werden.

g) Träger und Einrichtungen sollen verstärkt Konzepte zur Förderung von Vielfältigkeit in der Pflege erarbeiten und vorhandene Konzepte auf einzelne Einrichtungen und die Bereiche des Gesundheitswesens anpassen.

h) Bei der Entwicklung von Einrichtungskonzepten oder Pflegestandards sollen die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen mit Migrationshintergrund in die Überlegungen zur kultursensiblen Pflege einbezogen werden.

i) Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen die Öffnung für interkulturelle Konzepte aktiv bewerben und diese anwenden.

j) Das individuelle Geschlechts- und Sexualempfinden ist Teil der Persönlichkeit. Um diesem Bereich auch in der Pflege Rechnung zu tragen, wird der Landesregierung

empfohlen, gemeinsam mit dem Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg[46] Maßnahmen zu erörtern und im Pflegebereich einzuleiten.

**Kultursensibilität in der Aus- und Weiterbildung**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Einbindung von interkulturellen und interreligiösen Aspekten in die Curricula der Ausbildung von Pflegekräften und Pflegehilfskräften.

b) Weiter sollen Fort- und Weiterbildungen für kultursensible und diversitätsfreundliche Pflege generiert und angeboten werden.

### 3.4.3 Menschen mit demenzieller Erkrankung

**Sachstand**

Für das Jahr 1995 lässt sich Baden-Württemberg eine Zahl von ca. 132.000 Demenzkranken errechnen. Die gleiche Berechnung für das Jahr 2010 kommt zu einem Ergebnis von knapp 180.000 Betroffenen mit Demenz in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Für das Jahr 2015, beruhend auf der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung, lässt sich eine Zahl von 200.000 Demenzkranken ermitteln.
Unter Anwendung der Prävalenzraten nach Altersgruppen und Geschlecht auf die Bevölkerung Baden-Württembergs und gemäß der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung zeigt sich für den Zeitraum von 2015 bis 2030 folgende Prognose:
In Baden-Württemberg wird die Zahl Demenzkranker um ca. 61.000 ansteigen, von knapp 200.000 im Jahr 2015 auf knapp 260.000 im Jahr 2030. Dies ist ein prognostischer Zuwachs von ca. 31 Prozent. Der Anstieg wird Männer im größeren Ausmaß (knapp 37 Prozent) betreffen als Frauen (knapp 27 Prozent), auch wenn unter Frauen nach wie vor – absolut gesehen – wesentlich mehr Betroffene zu finden sind (2015: knapp 131.000, 2030: knapp 167.000) als unter Männern (2015: knapp 68.000, 2030: 92.500). Der prognostiziert stärkere Zuwachs unter Männern erklärt sich durch ihre in den letzten Jahren vergleichsweise deutlich gestiegene Lebenserwartung, die sich nach der Prognose des Statistischen Landesamtes auch noch weiter fortsetzen wird.[47]

Demenzen können sehr viele verschiedene Ursachen haben. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen primären und sekundären Formen der Demenz.
Primäre Demenzen sind solche, bei denen der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Sie sind nach heutigem Kenntnisstand irreversibel, sie können also nicht mehr rückgängig gemacht werden. Neben der Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von ca. 60 Prozent aller Fälle gibt es noch einige weitere primäre Demenzen. Die häufigsten sind vaskuläre (gefäßbe-

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

[47] Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg 2015

dingte) Demenzen, die Lewy-Körperchen-Demenz und die frontotemporalen Demenzen. Sehr selten ist die Creutzfeldt-Jakob Krankheit.
Mit den sekundären Demenzformen sind solche gemeint, bei denen die Demenz Folge einer anderen Grunderkrankung ist, wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder auch Depressionen. Hirntumore oder -geschwulste oder ein Normaldruckhydrozephalus (eine Abflussstörung der Hirnrückenmarksflüssigkeit) können ebenfalls für demenzielle Symptome verantwortlich sein.
Diese Grunderkrankungen sind zumindest zum Teil behandelbar, und manchmal ist auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich. Sekundäre Demenzen machen bis zu 10 Prozent aller Krankheitsfälle aus. Zu den sekundären Demenzen gehören das Korsakow-Syndrom und die Demenz bei Morbus Parkinson.[48]
Je nachdem, welche Form der Demenz vorliegt, lassen sich durch Präventionsmaßnahmen gute Erfolge erzielen. Dies ist beispielsweise bei vaskulären Demenzen der Fall.

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

**Demenz in Pflege und Gesellschaft**

**Herausforderungen**

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

Die Enquetekommission sieht es als gesamtgesellschaftliche Herausforderung, mit Demenz zu leben und zu akzeptieren, dass das Leben des Menschen begrenzt ist und es auch zur menschlichen Existenz gehört, auf andere angewiesen zu sein.
Auf die Würde des Menschen ist im Zusammenhang mit Demenz besonders zu achten. Die Würde des Menschen (mit Demenz) entsteht in der sozialen Interaktion und wird dort erlebbar. Vor diesem Hintergrund sollten auch die Möglichkeiten und Grenzen technischer Unterstützungssysteme, wie beispielsweise GPS-Ortung, geprüft und kritisch reflektiert werden.

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

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

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

[48] Deutsche Alzheimer Gesellschaft

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Ein meritorischer Würdebegriff ist zu überwinden. In allen öffentlichen Publikationen soll Wert darauf gelegt werden, dass die Würde mit dem Menschsein untrennbar verbunden ist.

b) Außenstehende sollen die Würde eines Menschen nicht bewerten.

c) Die Informationskampagnen (z. B. Demenzkampagne) sollen fortgeführt werden.

d) Demütigungen von Menschen mit Demenz im Pflegealltag – beispielsweise in Form von Gleichgültigkeit, Misshandlungen, Sedierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen – soll vorgebeugt werden. Dies kann durch Wissensvermittlung in der Ausbildung, durch das Management und die Grundhaltungen der gesamten Gesellschaft geschehen.

e) Der Umgang mit herausforderndem Verhalten soll in der Ausbildung von Pflegekräften stärker berücksichtigt werden. Beispielsweise können die Verweigerung von Nahrung oder aggressive Verhaltensweisen durch Reflexion der Widerstandsgründe und durch spezifische Interaktionsformen oftmals aufgelöst werden.

f) Schulungen insbesondere für den Umgang mit und die Pflege von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit sollen angeboten und beworben werden.

g) Es sollen Informationsmaterialien entwickelt werden, die nicht die Erkrankung selbst, sondern die Bedeutung der Teilhabe für Menschen mit Demenz in den Vordergrund stellen.

h) Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die darin berücksichtigte Orientierung am vorhandenen Unterstützungsbedarf, der über körperliche Einschränkungen hinausgeht.

i) Die Enquetekommission sieht insbesondere im Bereich der Akutpflege den Bedarf, Konzepte zu entwickeln, die besser auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit demenzieller Erkrankung eingehen. Dazu muss der Aufbau und Einsatz von entsprechenden Pflegekompetenzen ermöglicht werden (hierzu auch Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“ und Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“).

j) Die Enquetekommission empfiehlt, einen gesellschaftlichen, politischen, ethischen Diskurs zu führen und dabei zu prüfen, in welchem Rahmen der Einsatz von technischen Unterstützungssystemen die Teilhabe von Menschen mit Demenz fördern kann.

k) Um die Versorgung von Menschen mit Demenz entsprechend der angeführten Zielsetzungen zu ermöglichen, muss die Finanzierung von Pflegeleistungen angepasst werden (hierzu auch Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“).

l) Die Landesregierung wird aufgefordert, sich bei den Pflegeversicherungen für den Aufbau einer Koordinationsfunktion zwischen professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Begleitung für dementiell Erkrankte auf kommunaler Ebene einzusetzen.

m) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Förderprogramm zur Erforschung und Verbesserung der Versorgung und Präventionsarbeit für Menschen mit Demenzerkrankungen zu entwickeln und aufzulegen.

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

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

**Teilhabe ermöglichen**

**Herausforderungen**

Für die Lebensqualität von Demenzkranken ist die Erhaltung von Bezogenheit zur Lebenswelt von zentraler Bedeutung. Die Sorge und Unterstützung demenzkranker Menschen sollte daher teilhabeorientiert sein.
Menschen mit Demenz sollten wohnortnah mit einem Mix aus fachlicher, familiärer und bürgerschaftlicher Unterstützung versorgt werden.

**Handlungsempfehlungen**

a) Es ist ein umfassender Sorgebegriff notwendig, der die Mitverantwortung sozialer Netzwerke betont. Dieser Sorgebegriff soll die Rahmenbedingungen für alle rehabilitativen und pflegerischen Bemühungen bilden. Die Begleitung und Versorgung wird nicht allein durch professionelle Pflegekräfte zu bewerkstelligen sein, es bedarf daher einer stärkeren Aktivierung sozialer Netzwerke. Dieses Netzwerk beinhaltet Familien, die Nachbarschaft, Freunde, Vereine und Kirchengemeinden, die ihrerseits eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Demenzkranken ermöglichen. Zudem muss die Eigenverantwortung der Angehörigen von Demenzkranken sowie die der Kommunen gesteigert werden.

b) Elemente der Teilhabeförderung und Teilhabestärkung sollen – ähnlich wie in der Behindertenhilfe – in der Pflege vermehrt Anwendung finden.

c) Bestehende Fähigkeiten und Ressourcen von demenzkranken Menschen sollen in der Pflege erkannt und systematisch stimuliert werden.

d) Die Enquetekommission appelliert an die Gesellschaft, im bürgerschaftlichen Engagement ihr Teilhabeversprechen einzulösen.

e) Wohnortnahe Beratungsangebote und eine durch den Hilfemix aus fachlicher, familiärer und bürgerschaftlicher Unterstützung mögliche Infrastruktur sollen auf kommunaler Ebene weiter gefördert werden.

f) Die Erkenntnisse aus dem Programm „Demenzfreundliche Kommune“ sollen landesweit kommuniziert werden.

g) Die Enquetekommission regt an, eine Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung herbeizuführen, um neuartige Versorgungsformen im Hilfemix möglich zu machen.

**Angehörige unterstützen und entlasten**

**Herausforderungen**

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

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

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Case-Management, welches auf der Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf zusammen mit ihren Angehörigen basiert, soll ausgebaut werden. Die Federführung bei diesem Ausbau ist vor Ort und kleinräumig anzusiedeln. Ebenso ist das Angebot an Selbsthilfegruppen und fachlicher Beratung flächendeckend auszubauen.

b) Modelle wie der „Präventive Hausbesuch“ und „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“ sollen weiter verfolgt werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ausgehend von diesen Modellprojekten eine landesweite Struktur zugehender Beratung anzustoßen.

c) Die Alzheimergesellschaft und andere Vereinigungen der Selbsthilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen sollen bei der Regionalisierung ihrer Tätigkeit unterstützt werden.

d) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, ggf. in Kooperation mit Einrichtungen und weiteren Gesundheitsdienstleistern, Familienangehörigen spezifische Schulungen für den richtigen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen anzubieten.

e) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige demenziell erkrankter Menschen.

f) Kommunen, Kranken- und Pflegekassen sollen Pflegestützpunkte weiter ausbauen.

g) Bei den in Kapitel „Familiäre Pflege“ vorgesehenen Handlungsempfehlungen soll ein besonderes Augenmerk auf pflegende Familienangehörige demenziell Erkrankter gelegt werden, vor allem zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote gegen psychische und physische Belastung für diese Gruppe sollen verbessert werden.

**Präventionsangebote stärken**

**Herausforderungen**

Die präventiven Potenziale in Bezug auf gefäßbedingte Demenzen sind als hoch einzustufen. Darüber hinaus können Symptome bei neurodegenerativer Demenzen durch Präventionsmaßnahmen deutlich hinausgezögert werden.
Die Präventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Demenz werden jedoch bei weitem nicht ausgeschöpft.

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Bevölkerung soll verstärkt über die vorhandenen Präventionspotenziale aufgeklärt werden. Dabei soll z. B. durch Informationskampagnen über die Potenziale der Prävention und die Relevanz von Lebensstilen im Hinblick auf die Entstehung von demenziellen Erkrankungen aufgeklärt werden.

b) Im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe soll im Hinblick auf das erhöhte Risiko von Menschen mit einer geistigen Behinderung, an Demenz zu erkranken, sensibilisiert werden, damit Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden können. Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen entsprechend verstärkt präventive Maßnahmen im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe durchführen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, Präventionsangebote in Bezug auf Demenz auszubauen. Insbesondere sollen Maßnahmen der tertiären Prävention gestärkt werden. Hierbei können individuelle Aktvierung, gezielte Medikation und weitere Maßnahmen von professionell Pflegenden, Ärzten und anderen Akteuren des Hilfesystems zur Anwendung kommen (hierzu auch Abschnitt 3.2.1 „Prävention“).

**Den Umgang mit Demenz in der Aus- und Weiterbildung fördern**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Das Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen muss für diese Herausforderungen besser vorbereitet werden. Demenz muss stärker in die Ausbildung-, Studien- und Weiterbildungspläne intergiert werden.

b) Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit auch zukünftig genügend Fachpersonal zur Versorgung bereitsteht. Die Enquetekommission empfiehlt, die Aus- und Weiterbildung von spezialisiertem Personal für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auszubauen, damit ausreichend Personal mit spezifischem Fachwissen in allen Einrichtungen der Pflege zur Verfügung steht.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, Weiterbildungen zum Thema „Pflege bei dementiellen Erkrankungen“ zu konzipieren.

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

**Demenzdiagnostik verbessern**

**Herausforderungen**

Menschen im hohen Alter werden schnell mit dem Etikett „Demenz“ versehen. Zum Teil werden Menschen als demenzkrank eingestuft, obwohl nie eine fachärztliche Diagnostik erfolgt ist.
Eine Differentialdiagnostik ist erforderlich, um Demenzerkrankungen und ihre Spezifität feststellen zu können.
In den Pflegeeinrichtungen fehlen Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiater beziehungsweise Neurologinnen und Neurologen, die diese Diagnostik durchführen.

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Im Rahmen der Diagnostik von Demenz soll eine fachärztliche Differentialdiagnostik durchgeführt werden, damit zunächst abgeklärt werden kann, ob – und wenn ja, welche Form der Demenz vorliegt. Anschließend kann dann mit entsprechenden Maßnahmen auf die spezifische Form der Demenz eigegangen werden.

b) Es ist dringend notwendig, dass eine gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise, beispielsweise durch kontinuierliche ärztliche Besuchsdienste in stationären Einrichtungen, hinzugezogen wird. Diese soll dann die entsprechende pharmakotherapeutische Therapie sowie die Planung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen. Hierzu müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden.

c) Die Enquetekommission empfiehlt die Sensibilisierung der Angehörigen durch Informationen über die Gründe und die Notwendigkeit der Differentialdiagnostik bei Demenz. Hierzu können beispielsweise Kranken- und Pflegekassen, die Ärzteschaft oder die Alzheimer Gesellschaft entsprechende Angebote bereitstellen.

### 3.4.4 Menschen mit Behinderung
**Sachstand**

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

Schwer- und mehrfachbehinderte Menschen sind, ebenso wie psychisch kranke alte Menschen, bislang wenig im Blick, wenn es um die Zukunft der Pflege geht. Sie verbergen sich zahlenmäßig in den Statistiken der Behindertenhilfe und der Psychiatrie. Als kontinuierlich wachsende Gruppe müssen sie in ihren besonderen Bedarfen aber künftig stärker beachtet werden. Aufgrund des im nationalsozialistischen Deutschland durchgeführten Euthanasieprogramms erreichen Menschen mit Behinderung erst in den vergangenen Jahren zunehmend auch ein höheres Lebensalter, in dem sich der Pflege- und Unterstützungsbedarf wandelt.

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

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

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

**Unterstützung von Angehörigen**

**Herausforderungen**

Etwa 60 Prozent der erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung leben noch zu Hause und werden von hochbetagten Eltern betreut.
Die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ist für Familien mit einem Kind mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf besonders schwierig zu bewerkstelligen.
Es besteht eine Korrelation zwischen der Schwere der Behinderung des Kindes und der Häufigkeit von Einelternfamilien – je schwerer die Behinderung, desto höher der Anteil der Einelternfamilien.

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

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, eine vorausschauende Unterstützung von Eltern pflegebedürftiger Kinder zu ermöglichen, für den Fall, dass die Eltern im Laufe der Zeit selbst zum Pflegefall werden.
Des Weiteren muss der Zugang zu Hilfsmitteln erleichtert werden, um die Antragsteller an dieser Stelle vom bürokratischen Aufwand zu entlasten.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt, die besonderen Bedürfnisse von Familien mit Kindern mit schweren und Mehrfachbehinderungen stärker in das Bündnis der Landesregierung mit den Kommunalen Spitzenverbänden zu integrieren. Die landesrechtlichen Vorschriften müssen an die Bedarfslage behinderter pflegebedürftiger Kinder angepasst werden.

b) Das außerfamiliäre Betreuungsangebot für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf muss ausgebaut werden. Modelle von qualifizierten Notfall-Betreuungsangeboten, für den Fall, dass eine kurzfristige unvorhergesehene Betreuung notwendig wird, sind auf ihre Alltagstauglichkeit zu testen und wissenschaftlich zu begleiten.

c) Es ist zu prüfen, ob und welche Konsequenzen die Einführung eines Kinderkrankengeldes ohne zeitliche Obergrenze verursachen würde.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu prüfen. In diesem Zusammenhang sollen sich auch Arbeitgeber mit dem Thema auseinandersetzen und entsprechende Angebote entwickeln. Weitere Hinweise hierzu sind in Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“ zu finden.

e) Die Enquetekommission empfiehlt, Betreuungsangebote für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf für die Ferienzeit auszubauen, beispielsweise eine wohnortnahe stationäre Kurzzeitunterbringung zu ermöglichen.

f) Die Enquetekommission fordert, Inklusion in Kinderbetreuungseinrichtungen und in der Schule weiter voranzutreiben.

g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen, die Beratung in Pflegestützpunkten auch hinsichtlich des Themas Pflege von Menschen mit Behinderung auszubauen.

h) Die Enquetekommission fordert, Familienbegleiterinnen und Familienbegleiter auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe einzusetzen, die den Ablöseprozess gezielt begleiten können. Hierzu ist eine entsprechende Refinanzierung notwendig.

i) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige von Menschen mit Behinderung.

j) Die Landesregierung wird aufgefordert, die Frage der Versorgung von Kindern mit Behinderung durch Eltern, wenn diese selbst die Pflegebedürftigkeit erreichen, in den Blick zu nehmen. Insbesondere sollen verschiedene Ansätze und Vorschläge, um die Pflegeleistungen in Bezug auf die Altersversorgung besser anzurechnen, berücksichtigt werden.

k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der Krankenversicherung für Hilfsmittel zu überprüfen und zu vereinfachen.

**Altersgerechtes und lebensweltorientiertes Wohnen**

**Herausforderungen**

Menschen mit speziellen Pflegebedarfen benötigen zeitintensive Pflege und eine Begleitung, welche auf Kontinuität angelegt ist.
Das Wohnumfeld von Menschen mit Behinderung sollte altersgerecht und lebensweltorientiert sein. In den vergangenen Jahren werden Einrichtungen der Behindertenhilfe vermehrt damit konfrontiert, dass die darin wohnenden Menschen mit Behinderung älter und mitunter pflegebedürftig werden. Dadurch kommen neue Aspekte der Barrierefreiheit von Wohnungen und der Wohnumgebung in diesem Umfeld zum Tragen.
Die UN-BRK definiert Behinderung nicht mehr entlang der Defizite, sondern hebt die Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der Partizipation am gesellschaftlichen Leben hindern, in den Vordergrund. Dieses Verständnis ist in der Praxis noch nicht vollständig umgesetzt.
Die Enquetekommission betrachtet es als Chance, dass in Folge von Kooperationen oder bedingt durch den fachlichen Austausch der Inklusionsgedanke durch diese Entwicklung vermehrt auch in der Altenpflege verankert und umgesetzt werden kann. Um den veränderten Bedarfen gerecht werden zu können, betrachtet es die Enquetekommission als Zielsetzung, alternative Wohnformen weiterzuentwickeln und neue Angebote zu generieren.
Um die bereits dargelegte zukünftige Entwicklung bewältigen und pflegebedürftige Menschen mit Behinderung bedarfsgerecht bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen zu können, muss die Thematik bereits in der Pflegeausbildung berücksichtigt werden.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass es vermieden werden soll, dass junge Menschen mit Behinderung in Pflegeheimen untergebracht werden. Sie sollen eher in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, die mit den entsprechenden Mitteln für eine bedarfsgerechte Versorgung ausgestattet werden muss, wohnen.

b) Grundsätzlich sollen in diesem Zusammenhang zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte, die Biografie berücksichtigende Versorgungsformen geschaffen werden.

c) Dazu müssen Einrichtungen der Behindertenhilfe neue Kompetenzen aufbauen und entwickeln, um zusätzlich auf altersbedingte Einschränkungen eingehen zu können.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, dass sich auch Einrichtungen der Altenhilfe auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung vorbereiten sollen. Analog zu den Bereichen der Behindertenhilfe sind dazu die entsprechenden Kompetenzen aufzubauen.

e) Die UN-BRK ist umzusetzen, mit dem Ziel, die komplette Partizipation zu garantieren. Dabei ist der Begriff der „Barrierefreiheit“ nicht nur auf die Baulichkeiten anzuwenden, sondern ebenso auf bedarfsspezifische Kommunikationsformen und -strukturen. Ebenso müssen die „Barrieren in den Köpfen“ abgebaut werden.

f) Um dem zukünftig zunehmenden Bedarf gerecht werden zu können, empfiehlt die Enquetekommission, entsprechende Inhalte in den Ausbildungen aller beteiligten Berufsgruppen wie beispielsweise der Heilerziehungspflege zu berücksichtigen und curricular zu verankern.

g) Die Enquetekommission empfiehlt, durch einen interdisziplinären Ansatz auch die Pflege von Menschen mit Behinderung im Curriculum der zukünftigen Ausbildung zu verankern. Dies soll bei der entsprechenden Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte berücksichtigt werden.

h) Die Enquetekommission empfiehlt, Aspekte der Heilerziehungspflege in die aktuelle Ausbildung der Altenpflege und umgekehrt zu integrieren. Dies ist bei zukünftigen Ausbildungsmodellen ebenso zu berücksichtigen.

i) Die Enquetekommission empfiehlt, Fachkräfte der Heilerziehungspflege in die Definition der Fachkraftquote für die stationäre Altenpflege aufzunehmen und zu berücksichtigen.

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

**Schnittstellen**

**Herausforderungen**

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

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt, den Fokus auf eine Kooperation von Pflege und Eingliederungshilfe zu legen – wobei die Situation älter werdender pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung besondere Aufmerksamkeit verdient.

b) Die Enquetekommission empfiehlt, zu prüfen, inwiefern das SGB XI in das SGB IX einbezogen werden kann. Hierbei sind besonders die Zusammenführung der Verfahrens- und Begutachtungsvorschriften zu prüfen. In diesem Zusammenhang appelliert die Enquetekommission an die Bundesregierung, Schnittstellen bei der Finanzierung von SGB XI und SGB IX zu synchronisieren sowie weitere Lösungsansätze auszuarbeiten und umzusetzen. Ferner wird empfohlen, die Schnittstellen zum SGB XII ebenfalls zu synchronisieren.

c) Die Enquetekommission fordert, den Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen der Altenhilfe zu intensivieren.

d) Die Enquetekommission appelliert an die Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

**Finanzierung**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Pflegestärkungsgesetz II. Der Unterstützungsbedarf darf nicht lediglich auf körperlichen Einschränkungen begrenzt werden.

b) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass zur Umsetzung der Zielsetzungen und zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen im Pflegebereich insgesamt mehr Geld in das System fließen muss. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung".

c) Die Enquetekommission empfiehlt, Erprobungen von Persönlichen Budgets zuzulassen und zu ermöglichen. Das Persönliche Budget darf dabei nicht zum Abbau vorgehaltener Leistungen führen. Die Rückkehr zu Sachleistungen muss jederzeit ermöglicht werden.

d) Die Enquetekommission appelliert an die Kranken- und Pflegekassen, Anträge und Verwendungsnachweise für Pflege-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen sowie Persönliche Budgets zu vereinfachen und Erprobungen diesbezüglich unbürokratisch umzusetzen.

**Forschung**

**Herausforderungen**

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

**Handlungsempfehlungen**

Die Landesregierung wird aufgefordert, die Datenlage zur Situation von Personengruppen mit spezifischen Pflegebedarfen zu verbessern, unter anderem zum Pflegebedarf älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für ältere Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung. Es ist eine Debatte darüber zu führen, welche Modelle, auch unter dem Blickwinkel des Inklusionsgedankens, hier für die Zukunft zu entwickeln sind und wie sich die bislang parallel bestehenden und sehr unterschiedlichen Logiken von Behinderten- und Altenhilfe besser miteinander verknüpfen lassen.

### 3.4.5 Psychische Gesundheit

**Ambulante psychiatrische Pflege**

**Herausforderungen**

In Baden-Württemberg gibt es 13 ambulante psychiatrische Pflegedienste. Es kann daher nicht von einer flächendeckenden fachspezifischen Versorgung gesprochen werden. Die schlechte Vergütungssituation für Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) führt dazu, dass notwendige Strukturen nicht ausreichend finanziert und aufgebaut werden können.
Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die häusliche psychiatrische Pflege haben eine begrenzte Diagnoseliste zur Grundlage, welche die Bedarfsrealität nur unzu-

reichend abbildet. Des Weiteren enthalten sie eine Orientierung auf eine Begrenzung der Behandlung auf vier Monate, was Versorgungsabbrüche fördert.
Die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind für die Patientinnen und Patienten oftmals schwierig zu bewältigen. Daher sollten die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsformen flexibler und dynamischer gestaltet werden, um Versorgungsabbrüche zu vermeiden.

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Finanzierung der ambulant psychiatrischen Pflege muss künftig kostendeckend sein. Daher sollen die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V überarbeitet werden. Insbesondere die momentan in der Praxis bestehende Lücke bei der Langzeitversorgung im ambulanten Bereich soll geschlossen werden.

b) Es sollen Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen. Diesbezüglich empfiehlt die Enquetekommission, Modelle der integrierten Versorgung zu erproben.

c) Die Enquetekommission empfiehlt den Kostenträgern und Leistungserbringern zu prüfen, wie die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg ausreichend sichergestellt werden kann, und einen entsprechenden Ausbau vorzunehmen.

**Ausbildung**

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

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

Die pflegerische Versorgung in der Psychiatrie muss eine evidenzbasierte Grundlage haben. Hierfür braucht es spezifisch für die psychiatrische Pflege akademisch qualifiziertes Pflegepersonal, das patientennah eingesetzt wird. Die derzeitige Situation von fünf Jahren Aus- und Weiterbildung (Krankenpflegeausbildung mit anschließender Fachweiterbildung Psychiatrie) ohne akademischen Abschluss ist nicht attraktiv.
In Anbetracht der Ambulantisierung wird die Gewinnung und Bindung von qualifiziertem Personal für patientennahe Tätigkeiten von großer Bedeutung sein. Dafür braucht es Studieninhalte mit einer vertieften Expertise (Advanced Nursing Practice), die für die Tätigkeit direkt am Patienten und insbesondere für die Pflege von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit qualifizieren.
Für das Pflegepersonal mit Fachweiterbildung muss eine Anschlussfähigkeit in den tertiären Bildungsbereich geschaffen werden.

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

**Handlungsempfehlungen**

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

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, im Bereich der psychiatrischen Pflege eine Initiative zur Personalgewinnung und Personalqualifizierung zu starten.

b) In Curricula der (gemeinsamen) Pflegeausbildung muss der psychiatrischen Pflege hinreichend Raum gegeben werden. Die vorgesehenen 80 Stunden Praxiseinsatz sind zu wenig und sollen erhöht werden.

c) Des Weiteren sollen spezielle Weiterbildungen für (gemeinsam) ausgebildete Pflegekräfte im Bereich der psychiatrischen Pflege ausgebaut werden. Dabei soll auf die Vergleichbarkeit der Curricula geachtet werden.

d) Eine ECTS-Akkreditierung[49] der Fachweiterbildung für psychiatrische Krankenpflege sollte angestrebt werden.

e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung von Studiengängen zu Psychiatrische Pflege/Mental Health.

Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“.

**Qualität der psychiatrischen Versorgung**

**Herausforderungen**

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung für die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg, Strukturen und Angebote zu schaffen, mit denen die im WHO Mental Health Action Plan 2013–2020 vorgesehene Zielsetzung, Recovery zu ermöglichen (Ermutigungsansatz), gefördert wird.

Weiter betrachtet es die Enquetekommission als Zielsetzung, evidenzbasierte psychiatrische Pflege in den unterschiedlichen Versorgungssettings anbieten zu können. Dazu ist es zunächst notwendig, einen ausreichenden Wissenskörper der psychiatrischen Pflege aufzubauen, da diese in Deutschland bislang nur wenig beforscht ist und akademische Strukturen erst in der Entstehung sind.

In der psychiatrischen Versorgung sind mehr gerontopsychiatrische Fachkräfte notwendig, um den Bedarf abzudecken.

Bestehende Unsicherheiten im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes sollten behoben werden.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, psychiatrische Dienstleistungen an den Grundsätzen von Recovery auszurichten. In diesem Zusammenhang sollen auch Experten aus Erfahrung[50] in die Dienstleistungen der psychiatrischen

[49] Europäisches Kreditpunktesystem ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System)
[50] Nähere Informationen unter http://www.ex-in.de/

Versorgung eingebunden werden. Hierzu sollen geeignete Modelle entwickelt und durch die Landesregierung initiiert werden.

b) Es ist verstärkt auf die Angebote der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) hinzuweisen.

c) Durch Forschungsaufträge müssen das theoretische Wissen und die empirische Datenlage in der psychiatrischen Pflege verstärkt werden.

d) Die gerontopsychiatrischen Spezialdienste sollen ausgebaut werden und eine Vereinbarung über die Vergütung dieser Leistungen getroffen werden.

e) Die Enquetekommission empfiehlt eine Evaluation des Psychisch-Kranke-Hilfegesetzes, insbesondere hinsichtlich der Dauer von Entscheidungsfindungsphasen und der Schaffung von Sicherheit vor Ort.

**Finanzierung**

**Herausforderungen**

Der Bedarf an psychiatrischer Pflege wird derzeit in großem Maße durch stationäre Angebote gedeckt. Im Rahmen einer lebensraumbezogenen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit muss sie jedoch auch fester Bestandteil der ambulanten Pflege werden. Hierzu müssen entsprechende Finanzierungsmodelle ermöglicht werden. Ein Ansatz könnte die integrierte Versorgung sein. Grundsätzlich sollte die Finanzierung der psychiatrischen Pflege verbessert werden. Diesbezüglich ist die aktuelle Entwicklung mit dem geplanten, Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) aufmerksam und kritisch zu verfolgen.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Kranken- und Pflegekassen sowie Träger werden aufgefordert, ein Konzept zur Schaffung und Gestaltung von integrierten Versorgungsstrukturen mit regionalen Persönlichen Budgets für ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln.

b) Um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung durch psychiatrische Pflege in Baden-Württemberg zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission mehr Geld in das System fließen. Nähere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Entwicklung bezüglich der zukünftigen Finanzierung der psychiatrischen Versorgung aufmerksam zu verfolgen. Die derzeit bekannten Parameter des PEPP lehnt die Enquetekommission ab.

### 3.4.6 Palliativversorgung

**Sachstand**

Da zunehmend mehr schwerstkranke und auch Patienten in der Nähe des Lebensendes nach der Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können, ist der Umzug in ein Altenpflegeheim und ein eher kurzer Verbleib in der Einrichtung bis zum Tode eine häufiger werdende Folge. Damit hat sich das Anforderungsprofil an das Pflegepersonal in Bezug auf den Bedarf an palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen in der stationären Altenpflege erhöht.

Dabei ist zu beachten, dass die palliative Versorgung nicht als analoger Bestandteil der allgemeinen pflegerischen Versorgung betrachtet werden darf, sondern weitergehende Anforderungen erfüllen muss.

**Formen der Palliativversorgung**

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die ambulanten Pflegedienste) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Geschulte bürgerschaftlich engagierte Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) richtet sich an Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur.[51]

**Hospiz- und Palliativgesetz**

Der Bundestag hat am 5. November 2015 das neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) beschlossen. Die darin enthaltenen Maßnahmen zielen darauf ab:

- In strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung weiter auszubauen und die Hospizbewegung zu unterstützen.

- Die Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung sicherzustellen und die Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten.

- Die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu verankern und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend zu verbreiten.

- Die finanzielle Förderung stationärer Kinder- und Erwachsenenhospize sowie ambulanter Hospizdienste zu verbessern.

- Die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken.

- Die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren und Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen. Dabei sollten Angehörige und Betreuer involviert werden, da die Pflegeheimbewohner oft nicht mehr in der Lage sind, die Versorgungsplanung zu erfassen.

[51] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

**Kontinuierliche palliative Begleitung**

**Herausforderungen**

Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause in Würde sterben zu können. Die Rahmenbedingungen müssen daher eine frühzeitige und kontinuierliche palliative Begleitung ermöglichen. Auch in den Einrichtungen der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege sollte eine ganzheitliche Pflege von Sterbenden möglich sein. Die Basis dafür ist eine professionelle Pflegebeziehung mit den Betroffenen, d. h. mit erkrankten oder sterbenden Menschen sowie mit ihren Angehörigen.
Das Ziel sollte sein, auch in der letzten Lebensphase die größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Palliative Kompetenzen müssen daher in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gestärkt und ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang sollte auch die ambulante Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern verbessert werden.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, Palliativversorgung flächendeckend zu gewährleisten. Daher sollten zunächst die Angebote der AAPV ausgebaut werden. Die Versorgungssituation durch die SAPV und ambulante Hospizdienste in Baden-Württemberg muss ebenfalls verbessert werden. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass eine flächendeckende Versorgung mit Angeboten der SAPV mit hohen finanziellen und personellen Aufwendungen verbunden ist.

**Handlungsempfehlungen**

Die Pflegebeziehung bedarf ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen, um vertrauensbildende Maßnahmen und beratende Gespräche sowie die Koordination und die Erbringung der Versorgung im ambulanten wie im stationären Bereich zu ermöglichen. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Um eine ganzheitliche und palliative Pflege von Sterbenden zu ermöglichen, benötigen Pflegende entsprechende Ressourcen, insbesondere ausreichend Zeit. Es sollen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden. Palliativversorgung soll so früh wie möglich einsetzen.

b) Die Enquetekommission begrüßt die im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vorgesehene Kooperationsvereinbarung zwischen hausärztlichen Leistungserbringern zur besseren Hospiz- und Palliativversorgung. Es wird empfohlen zu evaluieren, ob die beabsichtigten Effekte damit erreicht werden können.

c) Die Enquetekommission empfiehlt die Stärkung der AAPV insbesondere dadurch, dass Pflegeheime diese Leistungen bei entsprechender Refinanzierung selbst oder durch Dritte in Kooperation erbringen können. Zudem ist das Angebot an Palliativ-Konsilen verstärkt in Pflegeheimen anzubieten.

d) Darüber hinaus soll ein gezielter, bedarfsgerechter Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, der Brückenpflege sowie der ambulanten Hospizdienste stattfinden.

e) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, palliative Versorgung in ihre bestehenden Strukturen einzubetten und als Element in ihr Versorgungskonzept zu integrieren.

f) Die Unter- und Fehlversorgung von lebensbedrohlich und lebensverkürzend erkrankten Kindern ist auch unabhängig von SAPV-Versorgungskonzepten aufzugreifen. Das Angebot in der ambulanten Hospizarbeit für Kinder soll ausgebaut werden. In SAPV-Teams sollen entsprechend ausgebildete Kinderärztinnen und Kinderärzte eingebunden werden.

g) Die Angehörigen von Sterbenden sollen ebenfalls palliativ beraten und begleitet werden. Dadurch können Krisen abgeschwächt und außerdem unnötige und kostenintensive Klinikaufenthalte vermieden werden.

h) Exemplarisch sollen Care- und Case-Management-Strukturen regional gefördert werden, welche die Kooperation der bestehenden Akteure fördern, Versorgungsdefizite identifizieren und schließen helfen. Bereits bestehende Strukturen und Angebote in einzelnen Regionen Baden-Württembergs können im Wege einer Modellfinanzierung gefördert und wissenschaftlich begleitet werden.

**Aus- und Weiterbildung**

**Herausforderungen**

Der Palliativ- und Hospizgedanke sollte in der Regelversorgung verankert werden. Dies hätte zur Folge, dass Pflegekräfte bei der Pflege und Begleitung von Sterbenden mehr Sicherheit erhalten. Die Grundlagen der Palliativversorgung sollten daher Teil von unterschiedlichen Ausbildungselementen in den Gesundheitsberufen sein.

Nach den Richtlinien der European Association for Palliative Care (EAPC) sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich Grundkenntnisse in Palliativ Care vorweisen. Dazu sind entsprechende Weiterbildungen notwendig, die der Entwicklung einer palliativen Haltung und der interprofessionellen Vernetzung der Versorgungsstrukturen dienen. Nur auf Grundlage dieses fachlichen Wissens im Bereich der Palliativ Care kann sich in der stationären und der ambulanten Pflege eine palliative Kultur entwickeln.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Elemente der Palliativversorgung in das Medizinstudium und die gemeinsame Pflegeausbildung zu integrieren. Palliative Grundkenntnisse sowie die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit menschlichen Lebens sollen Bestandteil der Curricula der Ausbildung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten sein. Darüber hinaus sollen spezialisierte Weiterbildungen beziehungsweise Studiengänge angeboten werden, die vertiefte Fachkenntnisse ermöglichen.

b) Neben der Wissensvermittlung soll die Aus- und Weiterbildung mehr Praxisreflexion und Elemente der Persönlichkeitsentwicklung beinhalten, um belastende Situationen wie den Umgang mit Schmerz, Leid und Tod besser bewältigen zu können.

c) In diesem Zusammenhang muss Supervision als Maßnahme der Praxisreflexion im Gesundheitswesen gefördert werden. Die Landesregierung wird daher aufgefordert, sich dafür einzusetzen, die Supervision von Sterbebegleitung für haupt- und ehrenamtlich Tätige zu sichern.

d) Die Landesregierung wird aufgefordert, den Lehrstuhl für Palliativversorgung zu erhalten.

e) Führungskräfte von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen gezielt zu rechtlichen und ethischen Gesichtspunkten bzgl. Palliative Care weitergebildet werden. Dadurch wird ihre Handlungs- und Entscheidungssicherheit gefördert, was wiederum den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Basis Handlungssicherheit gibt.

f) Ebenso notwendig sind Weiterbildungen in den Grundprinzipien von Palliative Care auch für Vertreter der Heimaufsicht und des medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

g) Spiritual Care in ein wichtiger Bestandteil von Palliative Care. Dies soll in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden, damit Sterbende auch für die seelischen Prozesse eine kompetente Begleitung findet.

**Zugangsbarrieren abbauen**

**Herausforderungen**

Die Angebote der palliativen Versorgung und der Hospizarbeit sind zu wenig bekannt oder es bestehen falsche Vorstellungen davon.
Besonders Migrantinnen und Migranten sehen sich nach wie vor mit Zugangsbarrieren für das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung konfrontiert.
Ziel sollte es daher sein, die Angebote bekannter zu machen und auch interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen bei der Palliativversorgung zu stärken sowie Zugangsbarrieren abzubauen.

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den existenziellen Themen Abschied, Sterben und Tod sollte intensiviert und gefördert werden.
Bisher wird die Beratung durch ambulante Hospizdienste nicht durch die Krankenkassen finanziert, sondern nur im Rahmen einer ehrenamtlichen Sterbebegleitung nach §39a Abs.2 SGB V gefördert. Auch die hospizliche Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte sollte von den Krankenkassen gefördert werden.
Derzeit wird in ländlichen Regionen oftmals die Mindestanzahl an Engagierten für die Abrechnung von Koordinationsarbeiten für ambulante Hospizdienste nicht erreicht.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, über die Angebote der palliativen Versorgung zu informieren und diese bei den jeweiligen Zielgruppen bekannt zu machen. Des Weiteren muss es gelingen, den jeweiligen Zielgruppen den Zugang zur palliativen Versorgung zu ermöglichen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Beratungsstruktur zur palliativen Pflege soll ausgebaut und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Hierzu nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne über die Angebote der palliativen Versorgung und der Hospizarbeit zu initiieren. Dabei sind die verschiedenen Zielgruppen der Palliativversorgung wie beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Kinder spezifisch zu berücksichtigen. Eine Informationsweitergabe in Medien, die von Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, könnte die Inanspruchnahme palliativer Versorgung positiv beeinflussen.

b) Die Enquetekommission empfiehlt die Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren wie beispielsweise Gemeinden und Kulturvereinen, Migrationsberatungsstellen und Initiativen im Bereich Gesundheit und Migration.

c) Die Enquetekommission regt die Einbindung von Kontakten aus dem persönlichen Umfeld der potentiell Betroffenen und deren Angehörigen sowie Hausärztinnen und Hausärzten an, um eine Erfassung der Bedürfnisse zu ermöglichen. Dadurch können ggf. Zugangsbarrieren abgemindert werden.

d) Die Enquetekommission empfiehlt eine aktive interkulturelle Öffnung sowie das verstärkte Anwerben von bürgerschaftlich Engagierten mit Migrationshintergrund.

e) Die Enquetekommission regt eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Palliativ- und Hospizbereich an.

f) Beratungsleistungen von entsprechend qualifiziertem hauptamtlichem Personal ambulanter Hospizdienste sollen refinanziert werden. Ebenso soll die hospizliche Begleitung in Krankenhäusern durch bürgerschaftlich Engagierte von den Krankenkassen gefördert werden.

g) Für ländliche Regionen sollen entsprechend angepasste Möglichkeiten geschaffen werden, so dass bestehende Potenziale der ehrenamtlichen Sterbebegleitung auch genutzt werden können.

**Finanzierung**

**Herausforderungen**

Die Leistungen der Palliative Care in nicht spezialisierten Strukturen sind zum Teil nicht abrechenbar.
Es bedarf einer finanziellen Sicherstellung der palliativen ambulanten Versorgung sowie der Brückenpflege.

**Handlungsempfehlungen**

a) Das Finanzierungssystem SGB V und SGB XI in der ambulanten Pflege soll um nichtbehandlungsbezogene Pauschalen erweitert werden. Die Vernetzung von ambulanten Pflegeteams mit Brückenpflege und SAPV-Teams sollte gefördert werden.

b) Die Enquetekommission empfiehlt, die Brückenpflege für alle Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation zugänglich zu machen und diese nicht lediglich auf Menschen mit Tumorerkrankungen zu begrenzen. Unnötige Krankenhauseinweisungen, Drehtüreffekte, Krisen und Belastungen der betroffenen Menschen können damit vermieden werden. Deshalb soll die Brückenpflege weiter ausgebaut und deren ausreichende Finanzierung über Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG sichergestellt werden.

c) Es sollen Qualitätsmerkmale und neue Vergütungsmodelle entwickelt werden, welche die Arbeitsweise der Palliative Care in nicht spezialisierten Strukturen (niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime) berücksichtigen und ihre Leistungen abbilden.

d) Palliative Care braucht Freiräume, die sich nicht in abrechenbaren Pflegehandlungen abbilden. Diese Freiräume müssen refinanziert werden.

e) Die Finanzierung von Hospizen soll verbessert werden.

**Forschung**

**Herausforderungen**

Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe sollten dabei unterstützt werden, ihre Erfahrungen der Palliativarbeit systematisch zu erfassen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
Die finanzielle Sicherstellung praxisnaher Forschung durch Modellprojekte und deren Evaluation sollte nach Ansicht der Enquetekommission ermöglicht werden.

**Handlungsempfehlungen**

a) Das Konzept von Palliative Care als interprofessionelle betroffenenorientierte Versorgung und als Modell für die allgemeine Gesundheitsversorgung muss weiter erforscht

werden. Die Enquetekommission empfiehlt, hierzu entsprechende Förderprogramme einzurichten.

b) Die Enquetekommission empfiehlt, die bereits gesammelten Erfahrungen von Einrichtungen, die Ansätze der Palliativarbeit implementiert haben, wissenschaftlich auszuwerten, zu vergleichen und zu publizieren. Hierzu sollen entsprechende Forschungsprojekte generiert werden.

## 3.5 Arbeitsbedingungen

### Pflegekräfte in Baden-Württemberg

Für die Versorgung der 154.176 Menschen mit Pflegebedarf durch die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg standen zum Jahresende 2013 landesweit 122.420 Beschäftigte zur Verfügung. Darunter waren 42.603 Personen in Vollzeit und 79.817 Personen in Teilzeit beschäftigt. Die stationären Einrichtungen beschäftigten insgesamt 90.597, die ambulanten Einrichtungen 31.823 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Anteil der Frauen am Personal insgesamt betrug 86 Prozent.

**Tabelle 9: Personalsituation Pflege in Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt 2015)**

| Land Baden-Württemberg | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Personal insgesamt** | 77764 | 88603 | 92548 | 97789 | 105998 | 115530 | 122420 |
| **staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in** | 14771 | 17910 | 19936 | 22625 | 24741 | 27440 | 29464 |
| **staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in** | 2179 | 2593 | 2665 | 3174 | 3802 | 4818 | 5739 |
| **Krankenschwester, Krankenpfleger (Gesundheits- und Krankenpfleger/in)** | 11643 | 14413 | 15719 | 16317 | 16091 | 16525 | 16759 |
| **Krankenpflegehelfer/-in** | 2264 | 2538 | 2159 | 2262 | 2118 | 2209 | 2260 |
| **Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in)** | 826 | 1088 | 1122 | 1249 | 1145 | 1204 | 1224 |
| **Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in** | 433 | 545 | 526 | 634 | 625 | 634 | 677 |
| **Heilerziehungspflegehelfer/in** | 82 | 93 | 78 | 95 | 122 | 91 | 68 |
| **Heilpädagogin, Heilpädagoge** | 34 | 45 | 49 | 37 | 42 | 42 | 47 |
| **Ergotherapeut/in** | 359 | 421 | 411 | 464 | 598 | 552 | 569 |
| **Physiotherapeut/in** | - | - | - | 84 | 95 | 88 | 105 |
| **sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe** | 445 | 493 | 546 | 543 | 582 | 554 | 658 |
| **sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss** | 606 | 688 | 752 | 723 | 839 | 810 | 845 |
| **Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss** | 308 | 324 | 327 | 292 | 290 | 310 | 303 |
| **Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss** | 66 | 78 | 71 | 99 | 66 | 59 | 71 |
| **Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)** | 124 | 187 | 220 | 475 | 373 | 450 | 453 |
| **sonstiger pflegerischer Beruf** | 3392 | 3035 | 2673 | 2435 | 2530 | 4526 | 4283 |
| **Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen** | 390 | 455 | 413 | 631 | 517 | 446 | 545 |
| **sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss** | 2684 | 3140 | 3244 | 4718 | 4032 | 4345 | 4672 |
| **sonstiger Berufsabschluss** | 15668 | 17604 | 18673 | 20102 | 23549 | 26424 | 27266 |
| **ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung** | 21490 | 22953 | 22964 | 20830 | 23841 | 24003 | 26412 |

Ausgehend von der Hochrechnung für das Jahr 2030 der Menschen mit Pflegebedarf, die voraussichtlich von ambulanten und stationären Einrichtungen versorgt werden, kann auch auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Die Modellrechnung geht dabei davon aus, dass sich das Verhältnis von Menschen mit Pflegebedarf zu Pflegepersonen bis 2030 nicht wesentlich ändert. Dann würde sich ausgehend vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2030 der Bedarf an Pflegekräften und sonstigem Pflegepersonal um 53.000 Personen bzw. 45 Prozent erhöhen und läge somit bei rund 168.000 Personen. Unsicher an dieser Berechnung ist allerdings die Entwicklung der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger, also der Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden. Bedingt durch die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen dürfte das häusliche Pflegepotenzial weiter abnehmen. Dadurch würde die professionelle Pflege stärker zunehmen und damit auch der hierfür notwendige Personalbedarf.

Für das Land Baden-Württemberg kann insgesamt konstatiert werden, dass der Beruf der staatlich anerkannten Altenpflegerin bzw. des staatlich anerkannten Altenpflegers die größte Gruppe der professionell Pflegenden stellt. Hier hat es im Zeitraum zwischen 2001 bis 2013 eine Verdoppelung von 14.771 auf 29.464 examinierte Pflegekräfte gegeben. Auch vor dem Hintergrund neuer Konzepte im stationären Bereich der Altenpflege, neuer Wohngruppenmodelle und dem langen Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Bereich steigt die Zahl der Personen im hauswirtschaftlichen Bereich im genannten Zeitraum ebenfalls deutlich an, von 3.074 auf 5.217 Beschäftigte, was einem Zuwachs von knapp 70 Prozent entspricht.

Zwischen den Städten und den Landkreisen in Baden-Württemberg können unterschiedliche Entwicklungen festgestellt werden. Landkreise weisen in der Regel eine deutlichere Zunahme des Personalvolumens auf, während diese in den Städten eher geringer ausfällt (mit Ausnahme von Heilbronn und Stuttgart).

Die aktuelle Personalsituation im Krankenhausbereich wird im Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“ dargestellt.

**Verbleib im Beruf**

Die Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege aus dem Jahr 2009 zeigt, dass Pflegekräfte in Deutschland durchschnittlich 8,4 Jahre in ihrem Beruf verbleiben. Pflegefachkräfte weisen eine deutlich längere Berufsverweildauer auf als Pflegende in Assistenzberufen. So liegt die durchschnittliche Verweilzeit von examinierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren bei durchschnittlich 12,7 Jahren, während Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Durchschnitt lediglich 7,9 Jahre im Berufsfeld Pflege verbleiben. Diese Tendenz zeigt sich auch im Vergleich mit der Gesundheits- und Krankenpflege: Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer mit einer Ausbildungszeit von einem Jahr weisen eine durchschnittliche Verweilzeit von 7,5 Jahren auf, bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern beträgt die berufliche Verweildauer durchschnittlich 13,7 Jahre.

Nach Feststellungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird an Beschäftigte in Pflegeberufen eine Vielzahl überdurchschnittlich hoher Anforderungen gestellt, was sich auch in den Werten zu Überforderung, Stresszunahme und Beschwerden widerspiegelt. Dies mag zu den Befunden beitragen, dass der Anteil älterer Pflegender, die mehr als 20 Jahre im Beruf verbleiben, sehr gering ist und bei deutschen Pflegekräften im europäischen Vergleich – neben Großbritannien und Italien – der größte Ausstiegswunsch besteht.[52]

[52] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

Eine Analyse der NEXT-Studiendaten beschäftigte sich mit dem „Wunsch nach Berufsausstieg“ des Pflegepersonals. Dabei zeigte sich, dass 19,1 Prozent der Beschäftigten in Krankenhäusern, 15,6 Prozent der Angestellten der Pflegeheime und 10,8 Prozent der Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes oft in Betracht zogen, aus ihrem Beruf auszusteigen. Diese Werte unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Aus anderen Branchen liegen keine Vergleichszahlen vor, wohl aber zu Pflegeberufen in anderen Ländern. Bis zum 40. Lebensjahr erwägen deutsche Pflegekräfte häufiger, den Pflegeberuf zu verlassen, als der Durchschnitt der in der NEXT-Studie einbezogenen Pflegekräfte aus elf europäischen Staaten.[53]

Die Bewertung und Wahrnehmung der Führungsqualität, die sich auf Personalentwicklung, Arbeitsplanung und Konfliktlösungskompetenz bezieht, hat einen hohen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Daher kommt Führungspersonen in der Pflege eine wichtige Rolle zu, wenn es um fördernde Arbeitsbedingungen geht. Die Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte wird von Pflegenden häufig schlechter bewertet als von Erwerbstätigen in anderen Berufsfeldern.

Durch einen längeren Verbleib von Pflegekräften im Beruf könnte der prognostizierte Fachkräftemangel reduziert werden.

Der durchschnittliche Verbleib von Pflegekräften in ihrem Beruf soll daher verbessert werden. Eine durchschnittliche Verweildauer von 8,4 Jahren in der Pflege ist aus Sicht der Enquetekommission alarmierend. Als häufigste Ursachen für den Ausstieg aus dem Beruf geben Pflegekräfte die hohe Arbeitsbelastung sowie persönliche Gründe an. Zugleich zeigen Befragungen, dass Pflegekräfte mit einer besseren Ausbildung länger im Beruf bleiben als beispielsweise Menschen mit einer Assistenz-Ausbildung. Ein konsensorientiertes Management und die Möglichkeit, selbstständig und flexibel zu arbeiten, wirken sich positiv auf den Verbleib aus. Die Enquetekommission möchte an dieser Stelle betonen, dass Arbeitgeber Fachkräften nicht nur durch eine angemessene Entlohnung, sondern auch durch ein Betriebsklima, das sich durch kontinuierliche Weiterbildung und Nachhaltigkeit auszeichnet, den Verbleib im Beruf ermöglichen können.

Neben den allgemeinen Faktoren sollten im Bereich der Langzeitpflege auch die sehr heterogenen sozialen Hintergründe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Personalführung mehr Beachtung finden. Anregungen hierzu können über das Diversity Management, der Anerkennung und Nutzbarmachung von Vielfalt in Unternehmen, gewonnen werden.

Der Verbleib von Pflegekräften im Beruf hängt von vielen Faktoren ab. Daher werden im Folgenden verschiedene Handlungsempfehlungen zu Aspekten wie der Arbeitsbelastung, der Bezahlung, den Personalschlüsseln, der Fachkraftquote, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zu Pflegekräften mit Migrationshintergrund und zu ausländischen Betreuungskräften ausgeführt.

### 3.5.1 Belastungen am Arbeitsplatz

In den vergangenen Jahren zeigt sich, dass es in den unterschiedlichen Bereichen der Pflege zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung gekommen ist. 34 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie 30 Prozent des Altenpflegepersonals haben das Gefühl, den mengenmäßigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Die Anzahl der Vollkräfte des Pflegepersonals in Krankenhäusern in Baden-Württemberg entsprach im Jahr 2013 dem Niveau von 2004. Im selben Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer von 8,9 auf 7,6 Tage. Die Zahl der zu behandelnden Fälle stieg von 1.913.648 auf 2.090.033 pro Jahr. Insgesamt führt die Verkürzung der Verweildauer zu einer Arbeitsverdichtung durch intensiv behandlungs- und pflegebedürftige Patienten. Dies wirkt sich auch auf die stationäre und ambulante Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf aus, da die sin-

[53] Hasselhorn et al. 2005

kende Verweildauer in Kliniken dazu führt, dass die Weiterbehandlung bzw. Genesung in anderen Settings stattfinden muss. Die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern erhöht zudem die psychische Belastung der Pflegenden.[54]

In der stationären Versorgung nahm die Anzahl der betreuten Bewohner in Baden-Württemberg im Zeitraum von 2001 bis 2011 um 20.995 zu. Im selben Zeitraum wurden 28.893 Personen im Pflegebereich eingestellt, davon 927 Beschäftigte in Vollzeit, 26.291 in Teilzeitbeschäftigung sowie 1.675 in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen wie beispielsweise Auszubildende.

In der ambulanten Versorgung wurden im Jahr 2001 43.657 Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg versorgt. Im Jahr 2011 waren es 57.617. Dies entspricht einer Zunahme von 13.960. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten entwickelte sich im selben Zeitraum von 20.022 auf 28.895, davon 1.029 Beschäftigte in Vollzeit und 8.829 in Teilzeitbeschäftigung. Im Bereich der sonstigen Beschäftigungsverhältnisse gab es in der ambulanten Versorgung einen Rückgang von 985 Personen, der sich hauptsächlich auf das Wegfallen der Zivildienstleistenden zurückführen lässt.[55]

Darüber hinaus hat sich das Klientel in den verschiedenen Versorgungssettings in den letzten Jahren verändert. In allen Bereichen ist eine Zunahme von Menschen mit Demenz und Multimorbidität zu verzeichnen.

**Psychische Belastung**

**Sachstand**

In den letzten 20 Jahren gab es eine Verdoppelung der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Störungen bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand. Psychosomatische und psychische Krankheitsbilder sind inzwischen die häufigste Ursache für ein gesundheitsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, stehen in der Krankenpflege an dritter Stelle der Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen. 2010 wurden mehr Erwerbstätige wegen psychischer Störungen vorzeitig berentet als wegen orthopädischer Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischer Erkrankungen zusammengenommen. Über die Hälfte des vorzeitigen Ausscheidens erklärt sich durch psychische Gründe.

Die psychischen Anforderungen sind in Pflegeberufen fast durchweg erhöht. 66 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger arbeiten häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck und sind von Störungen oder Unterbrechungen ihrer Arbeit belastet. 77 Prozent des Pflegepersonals in der Krankenpflege muss zudem häufig verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen; mehr als die Hälfte muss häufig sehr schnell arbeiten, und annähernd ein Drittel berichtet, häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit zu arbeiten. Analog berichten auch Altenpflegerinnen und Altenpfleger überdurchschnittlich oft von hohen psychischen Anforderungen. In Alten- und Pflegeheimen weisen 44,2 Prozent der in der Pflege Beschäftigten die typischen Burn-out-Symptome auf.[56]

Hohe emotionale Anforderungen, die durch den Kontakt mit Tod, Krankheit oder anderen menschlichen Leiden oder durch den häufigen Patienten- und Bewohnerkontakt insgesamt auftreten, führen in allen Bereichen der Pflege zu starker Belastung. 79,1 Prozent der Pflegenden in Alten-und Pflegeheimen, 74,2 Prozent der Pflegenden in ambulanten Diensten und 71,5 Prozent der Pflegenden in Krankenhäusern fühlen sich dadurch belastet. Ebenso fühlen

[54] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015
[55] Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2015
[56] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

sich die Pflegenden durch die Emotionsarbeit im Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten belastet.[57]

Häufig genannte Belastungsfaktoren von Pflegenden sind:
- hoher Zeit- und Leistungsdruck,
- häufige Unterbrechungen der Arbeit,
- fehlende Pausen,
- zu hohe Verantwortung,
- fehlende Entwicklungsmöglichkeiten,
- Spannung und Feindseligkeit bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen,
- bürokratische Anforderungen,
- Arbeitszeiten, die eine gesunde Work-Life-Balance verhindern,
- fehlende Unterstützung durch Führungskräfte,
- negatives Berufsimage.

**Herausforderungen**

Psychische Belastungen sind ein präsentes und großes Problem innerhalb der Pflegeberufe und können aufgrund des Arbeitsalltags nicht vollständig vermieden werden. Grundsätzlich muss es jedoch das Ziel sein, Faktoren, die den Berufsalltag belasten, zu reduzieren. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, das Monitoring der psychischen Belastungen in den Pflegeberufen auszubauen, um diese frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einleiten zu können. Dabei kommt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Es muss daher integraler Bestandteil der Pflegeberufe sein. Ebenso sieht die Enquetekommission den Ausbau von Supervisionsangeboten als Ziel an.

Weiter muss es Pflegenden ermöglicht werden, eine planungssichere Freizeit zu haben und nicht aus dem Frei geholt zu werden. Darüber hinaus sollte die Belastung durch geplante Überstunden verringert werden. Ein ressourcenschonendes Personalmanagement ist dabei von zentraler Bedeutung und sollte unter besonderer Rücksichtnahme auf Auszubildende stattfinden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission erachtet es als wichtig, dass Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Pflegenden ausgebaut werden. Daher gibt sie folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Arbeitgebern, ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren. Dabei ist auf die individuellen Bedürfnisse und die individuelle Kompensation von psychischen Belastungen der Pflegekräfte einzugehen. In diesem Zusammenhang sollen Träger mehr und bessere Angebote zur Förderung der Gesundheit machen. Für kleinere Träger bieten sich beispielsweise Kooperationen mit Fitnesscentern, Sportvereinen, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in der Umgebung an.

b) Einrichtungen sollen mithilfe von Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte zu einem wertschätzenden Umgang mit den Beschäftigten den Fokus auf ein ressourcenschonendes Personalmanagement legen. Ebenso sollen Vorgesetzte qualifiziert werden, Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikationen und Fähigkeiten einzusetzen und dadurch Überlastungen zu vermeiden. Es muss Wert darauf gelegt werden, Führungskräfte in Bezug auf eine Früherkennung beziehungsweise auf das Monitoring von Belastungsanzeichen zu qualifizieren. Hierzu müssen entsprechende Schulungs- und Weiterbildungsangebote ggf. im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements generiert werden.

[57] Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009

c) Es wird empfohlen, Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte zum Umgang mit berufsbezogenen Belastungen zu betreiben. Hierbei kommt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine wichtige Bedeutung zu. Es ist zu prüfen, ob entsprechende Schulungsmodule und geeignete Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements vorhanden sind. Falls dies nicht der Fall ist, müssen entsprechende Angebote entwickelt werden.

d) Der wichtigste Schlüssel zur Entlastung der professionell Pflegenden ist die Verteilung der Arbeit auf mehr Personal. Hierzu sieht die Enquetekommission die Notwendigkeit, die Personalausstattung durch verbindliche Festlegung (Akutpflege) oder Erhöhung (Altenpflege) der Personalrichtwerte zu verbessern und die Erhöhung mit einer entsprechenden Refinanzierung zu untermauern (mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“).

e) Die Enquetekommission sieht den Bedarf, die Tätigkeiten in den Einrichtungen zielgerichteter zu verteilen, damit Pflegefachkräften mehr Zeit für die Pflegekernaufgaben haben. Dies kann erreicht werden, indem qualifizierte Personen in Service, Betreuung und Verwaltung unterstützend tätig werden und dies bei der Fachkraftquote nachvollzogen wird. Eine entsprechende Flexibilisierung sieht die Heimpersonalverordnung vor. Gleichzeitig legt sie „Vorbehaltsaufgaben“ für Pflegefachkräfte fest, damit gewährleistet ist, dass originäre Pflegetätigkeiten nur von entsprechend qualifizierten Personen ausgeführt werden.

f) Einrichtungen sollen Auszubildende entsprechend dem Ausbildungsauftrag einsetzen und nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten.

g) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, grundsätzlich auf das „Holen aus dem Frei“ zu verzichten. Es sollen alternative Möglichkeiten wie die Einrichtung eines Springerpools geprüft werden. Die Bereitschaft, bei Bedarf einen Dienst zu übernehmen, soll durch eine zusätzliche Vergütung oder mit mehr Freizeit durch Zeitbonus gewürdigt werden.

h) Einrichtungen sollen darauf achten, Überstunden durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen eng zu begrenzen.

i) Supervisionen und Coaching für Pflegekräfte, um belastende Erfahrungen mit kranken und sterbenden Menschen verarbeiten zu können, sollen als Teil der Arbeit anerkannt werden. Außerbetriebliche Möglichkeiten, wie Therapieangebote für Menschen im Schichtdienst, sollen ausgebaut werden.

j) Da eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie, Freunden und Freizeitgestaltung mit dem Beruf ebenfalls zu einer Entlastung der Pflegenden führen würde, regt die Enquetekommission an, die im Abschnitt 3.5.5 „Familie und Beruf“ abgegebenen Handlungsempfehlungen auch unter dem Aspekt der Verbesserung der psychischen Belastungssituation Pflegender zu betrachten und umzusetzen.

**Physische Belastung**

**Sachstand**

Beschäftigte der Pflegeberufe sind erheblichen körperlichen Anforderungen ausgesetzt. Körperliche Belastung wie „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen schwerer Lasten“ sowie „Arbeiten in Zwangshaltung“ werden von Pflegekräften deutlich öfter als vom Durchschnitt der anderen Erwerbstätigen berichtet. Dies gilt insbesondere für die Altenpflege, wobei auch die Belastung des Krankenpflegepersonals über dem Durchschnitt liegt.[58]

[58] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

All diese Faktoren führen dazu, dass Pflegekräfte überproportional häufig an Rücken- und Nackenschmerzen leiden. Diese Schmerzen hängen mit der Häufigkeit und Schwere der Tätigkeiten zusammen, die eine Pflegekraft leisten muss. Dabei stehen 58,5 Prozent der Pflegekräfte oft oder sehr oft Hilfsmittel zur Verfügung. Die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel können jedoch von den Pflegekräften nicht immer genutzt werden. 26,8 Prozent können diese nur manchmal benutzen, und 14,7 Prozent haben selten oder sehr selten Zugang zu den Hilfen. Gründe sind vor allem die beengten Räumlichkeiten der Patienten, die den Einsatz behindern, insbesondere in der ambulanten Versorgung, sowie der hohe Zeitdruck.[59]

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes führen, verglichen mit anderen Diagnosegruppen, bei Pflegekräften am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit.[60]

**Herausforderungen**

Aufgrund der hohen körperlichen Belastung der Pflegenden, die der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit sind, und der Entwicklung, dass sich der demografische Wandel auch in der Beschäftigtenstruktur bei Pflegekräften spiegelt, erachtet es die Enquetekommission als Ziel, physische Belastungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

**Handlungsempfehlungen**

Um die hohen physischen Belastungen der Pflegenden zu reduzieren, und dadurch die Gesundheit der Pflegenden zu fördern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Pflegende sollen durch Schulungen und Weiterbildungen – beispielsweise im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements – dafür sensibilisiert werden, spezifische Techniken anzuwenden, welche die physischen Belastungen im Arbeitsalltag reduzieren. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, diese Techniken konsequent anzuwenden und Hilfsmittel wie z. B. Rutschbretter, Gleittücher, Drehteller usw. zu nutzen, um die physischen Belastungen zu reduzieren. Letztlich ist in diesem Zusammenhang auch an die Selbstdisziplin der Pflegenden zu appellieren, sich gerade in körperlich sehr belastenden Pflegesituationen, wie beispielsweise Transfers, nicht zu überlasten.

b) Einrichtungen sollen bei der Entwicklung und Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch Land, Bund, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterstützt werden.

c) Um die physischen Belastungen zu reduzieren, soll die Verwendung von technischen Hilfsmitteln in der Pflege weiterentwickelt werden. Servicerobotik könnte zukünftig eine unterstützende und entlastende Rolle einnehmen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Pflegekräfte mehr Zeit für die Arbeit am Menschen haben. Hier sind Land, Bund, Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften gefordert, geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

d) Die Entwicklung und Unterstützung alters- und alternsgerechter Arbeitsmodelle sollen gefördert werden, um alters- und alternsgerechtes Arbeiten in den Einrichtungen zu ermöglichen. Die Enquetekommission empfiehlt, die Möglichkeit des Einsatzes älterer Pflegekräfte in körperlich geringer belastenden Tätigkeiten, wie z. B. als koordinierende Präsenzkräfte, zu prüfen.

[59] DAK Gesundheitsreport 2006
[60] Schröder, Herdegen: Gesundheit und Gesellschaft 2011

**Bürokratie**

**Sachstand**

Pflegende berichten, dass sie aufgrund der vielfältigen Anforderungen zur Dokumentation und Qualitätssicherung häufig kaum noch Zeit für die Pflege am Menschen hätten. Vielfach wird die Sinnhaftigkeit von bestimmten Dokumentationsmaßnahmen bezweifelt. Dies wird von den Pflegekräften als belastend empfunden.

Die Zunahme an Kurzzeit- und Verhinderungspflege hat in den vergangenen Jahren zu einer massiven Erhöhung des administrativen Aufwands geführt. Nach Erhebungen im Rahmen des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ erfordert der reine Dokumentationsaufwand bei Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners in Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation; bei Kurzzeitpflege sind es 196 Minuten.

Nach einem Bericht des Statistischen Bundesamtes werden in Deutschland pro Jahr 2,7 Milliarden Euro für die Pflegedokumentation in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen ausgegeben und 13 Prozent der Arbeitszeit einer Pflegefachkraft für die Dokumentation aufgewendet.

**Herausforderungen**

Die zunehmende Arbeitsverdichtung und ein hoher Bürokratieaufwand im Arbeitsalltag von Pflegekräften führen dazu, dass die eigentliche Pflegetätigkeit am Patienten zu kurz kommt. Dies ist für viele Pflegekräfte sehr belastend und demotivierend, da sie ihrer eigentlichen Kerntätigkeit nicht nachkommen können. Ziel ist es daher, Qualitätssicherung und Dokumentation so zu gestalten, dass Pflegekräfte diese sinnvoll in ihre Arbeit integrieren können und sie nicht weiter als Belastungsfaktoren empfinden.

Die Enquetekommission betrachtet die konsequente Nutzung von elektronischer Datenerfassung und technischen Unterstützungssystemen als wichtige Bausteine, um die Arbeitsbelastung zu senken.

Das schwierige Spannungsverhältnis zwischen den Regelungen zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf und dem Wunsch der Angehörigen nach objektiv messbaren Kriterien der Pflegequalität auf der einen Seite sowie der Entlastung von Pflegenden durch den Abbau bürokratischer Vorgaben und Prüfkriterien auf der anderen Seite ist eine große Herausforderung. Ziel ist es, einen Weg zu finden, der dem Schutzauftrag des Landes gerecht wird, ohne zu viele regulatorische Vorgaben zu machen, welche unter Umständen das Leben von Menschen mit Pflegebedarf einschränken und die Arbeit von Pflegekräften erschweren. Bürokratie muss auf ein Mindestmaß reduziert werden – was jedoch nicht auf Kosten der Qualität geschehen darf.

**Handlungsempfehlung**

Die Enquetekommission erachtet es als Ziel, den Pflegekräften zu ermöglichen, dem Kern ihrer Arbeit, also der Unterstützung der Menschen mit Pflegebedarf, bei der Bewältigung des Alltags nachzukommen. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, die derzeit erprobten Modelle zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu implementieren.

b) Einrichtungen sollen ihre eigenen aktuellen bürokratischen Anforderungen und Vorgaben mit den tatsächlichen bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben synchronisieren und selbstgesetzte Dokumentationspflichten hinterfragen.

c) Der Landesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Landesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben und wie diese reduziert werden können.

d) Der Bundesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Bundesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Pflegenden haben und wie diese reduziert werden können.

e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Prüfungsbereiche des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht klar voneinander abzugrenzen und Prüfungen besser aufeinander abzustimmen. Um eine deutlichere Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK zu ermöglichen, regt die Enquetekommission eine Bundesratsinitiative durch das Land Baden-Württemberg an. Ziel soll eine stärkere Fokussierung des MDK auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI sein.

f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Innovationsoffensive „Pflege 2.0“ zu starten. Diese soll neue technische Möglichkeiten im Bereich Assistenzsysteme und Datenerfassung in allen Bereichen der Pflege fördern und in der Anwendung forcieren. Bevor Neuerungen in diesem Bereich zum Einsatz kommen, müssen die Beschäftigten ausreichend qualifiziert werden, um eine optimale Nutzung zu ermöglichen. Weiter wird empfohlen, die technischen Unterstützungssysteme mit passenden Schnittstellen zu MDK und Heimaufsicht zu entwickeln, um einen einfachen, zielgerichteten Datenaustausch zu ermöglichen. Die Erfahrungen aus bereits abgeschlossenen Modellprojekten im Bereich der Datenerfassung sind dabei einzubeziehen, und geeignete Modelle sind flächendeckend umzusetzen.

g) Träger und Ausbilder müssen darauf achten, dass Pflegekräfte in ihrer Ausbildung lernen, vorhandene Dokumentationssysteme sinnhaft und zielgerichtet anzuwenden.

Weitere Ausführungen zu den Themen Qualitätssicherung und Dokumentation sind im Kapitel 3.7 „Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung“ zu finden.

### 3.5.2 Bezahlung

**Sachstand**

**Vergütung**

Die Studie „Was man in Pflegeberufen in Deutschland verdient“, die durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege erstellt wurde, vergleicht die durchschnittlichen Median-Bruttoentgelte[61] der Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen im Jahr 2013.

Fachkräfte in der Krankenpflege erhalten in Westdeutschland ein Median-Bruttoentgelt von 3.139 Euro, in Ostdeutschland 2.738 Euro.

Fachkräfte in der Altenpflege verdienen demgegenüber deutlich weniger mit 2.568 Euro im Westen und 1.945 Euro im Osten.

Helfer in der Krankenpflege verdienen im Westen im Mittel 2.470 Euro, im Osten 1.854 Euro. Sie verdienen nur knapp 100 Euro weniger als Fachkräfte in der Altenpflege.

[61] Für die Entgeltanalyse werden die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden, verwendet. Dabei wird der Entgeltmedian ermittelt. Der Median ist der Wert einer Einkommensverteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Er ist damit aussagekräftiger als eine Durchschnittsbetrachtung, die stärker auf Extremwerte an den Rändern der Verteilung reagiert.

Helfer in der Altenpflege erhalten im Schnitt 1.855 Euro im Westen, 1.495 Euro im Osten.

Grundlage für die Erhebung ist die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Das Medianentgelt bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 2.317 Euro in Ost- und 3.094 Euro in Westdeutschland.

Fachkräfte in der Krankenpflege werden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und insbesondere zur Altenpflege besser entlohnt. Dies bestätigt auch eine Analyse des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung, die Daten bis Anfang 2013 beinhaltet.

In der ambulanten Pflege verdienen Pflegefachkräfte bis zu einem Drittel weniger als bei einer vergleichbaren Tätigkeit in Krankenhäusern. Auch bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern sind die Einkommen bei ambulanten Diensten geringer.

Im Ländervergleich verdienen die Fachkräfte in der Altenpflege in Baden-Württemberg mit 2.725 Euro am meisten. Die Einkommen der Fachkräfte und Helfer in der Krankenpflege sowie der Helfer in der Altenpflege sind in Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich jeweils unter den Spitzenplätzen zu finden.[62]

Bundesweit sind die Entgeltdifferenzen zwischen Frauen und Männern bei den Fachkräften in der Krankenpflege mit 9,4 Prozent höher als bei denen der Altenpflege, die bei 4,5 Prozent liegt. Bezogen auf die Helferberufe zeigen sich ähnliche Unterschiede. Krankenpflegehelfer verdienen durchschnittlich 9,2 Prozent mehr als ihre weiblichen Kolleginnen. In der Altenpflegehilfe beträgt die Differenz 3,6 Prozent. Nach einer Untersuchung der Entgelte in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen[63] lässt sich ein erheblicher Teil der Entgeltunterschiede zwischen Frauen und Männern auf die ungleiche Verteilung in den Leistungsgruppen zurückführen. Dies lässt sich unter anderem auf die Besetzung der unterschiedlichen Hierachieebenen oder der familienbedingten Unterbrechung der Erwerbsarbeit zurückführen.

**Tarifbindung**

Mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) wurden in § 84 SGB XI zwei Vorschriften zu tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen eingefügt.

Der neu gefasste § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI sieht vor, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Dabei ist der Träger der Einrichtung im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dies nachzuweisen.

Je nachdem, in welchem Arbeitsgebiet und bei welchem Träger der Einsatz der Pflegekräfte erfolgt, gibt es Unterschiede beim Einkommen. Für die im öffentlichen Dienst Tätigen errechnet sich der Verdienst nach dem TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst). Freigemeinnützige kirchliche Träger haben eigene Regelwerke (sogenannter „dritter Weg“) wie die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR Caritas) oder die Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen, die der Diakonie

[62] Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient 2013
[63] Bellmann u. a.: Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen 2012

Deutschland angeschlossen sind. Private Träger haben häufig einen eigenen Haustarif oder vereinbaren das Gehalt frei.

Caritas, Diakonie und ver.di haben sich im Dezember 2014 zu einem „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“ zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Schaffung und die Refinanzierung einer fairen tariflichen Bezahlung und guter Arbeitsbedingungen in der Sozialwirtschaft einzutreten.

**Herausforderungen**

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

Im ambulanten Bereich sind tarifbedingte Kostensteigerungen eine große Herausforderung für die Unternehmen. Die Kassen akzeptieren in den Entgeltverhandlungen keine tarifbedingte Lohnkostensteigerungen mit dem Argument, sonst die Beitragsstabilität zu gefährden. Durch die nicht kostendeckenden Leistungsentgelte entstehen immer größer werdende Defizite bei den ambulanten Trägern. Dies ist aus Sicht der Enquetekommission nicht annehmbar. Ziel ist es daher, dass tarifbedingte Kostensteigerungen auch im ambulanten Bereich durch die Kassen refinanziert werden.

Eine weitere Herausforderung stellt die Finanzierung der Praxisanleitung im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften dar. Dies wird in Abschnitt 3.6.4 „Praxisanleitung“ näher ausgeführt.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission betrachtet die Vereinheitlichung der Tariflandschaft durch einen flächendeckenden allgemeinverbindlichen Tarifvertrag „Pflege“ in Baden-Württemberg als erstrebenswert und begrüßt das Bündnis für Tariftreue.

Die Tarifautonomie zwischen den Tarifpartner darf nicht angetastet werden. Dabei ist zu beachten, dass eine höhere Entlohnung auch einer entsprechenden Refinanzierung bedarf. Da die Refinanzierung durch Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung erfolgt, ist daher immer die ganze Finanzierungskette mitzudenken.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative einzubringen, die beinhaltet, dass

a) auch im Bereich des SGB V wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI die tarifliche Bezahlung als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden muss,

b) sich die Zahlung von Tariflöhnen bei einem entsprechenden Nachweis auch tatsächlich in den Pflegesätzen widerspiegelt,

c) eine an den Tariflohn angelehnte Vergütung als Voraussetzung für Versorgungsverträge angeregt wird.

### 3.5.3 Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix

**Personalschlüssel**

**Sachstand**

Die Landesverbände der Pflegekassen schließen nach § 75 Abs. 1 SGB XI unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI regeln die Verträge insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind gemäß Abs. 3 des § 75 SGB XI entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs beziehungsweise zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren.

**Rahmenverträge nach § 75 SGB XI in Baden-Württemberg**

Die Landesverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Baden-Württemberg, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, und der früheren Landeswohlfahrtsverbände bzw. des Kommunalverbands für Jugend und Soziales als überörtlicher Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg folgende Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI für das Land Baden-Württemberg geschlossen:

Für die vollstationäre Pflege gelten seit dem 1. Januar 2003 folgende Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung:

| | |
|---|---|
| Pflegestufe I: | 1:3,96 bis 1:3,13 |
| Pflegestufe II: | 1:2,83 bis 1:2,23 |
| Pflegestufe III: | 1:2,08 bis 1:1,65 |

Dabei haben die Einrichtungen das Recht, bis zur Obergrenze der Bandbreiten ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell einen Personalschlüssel zu vereinbaren. Bei schwer Demenzkranken gelten gesonderte Personalrichtwerte/Personalanhaltszahlen.

Der Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege wurde zuletzt am 14. Februar 2012 angepasst, der Rahmenvertrag für ambulante pflegerische Versorgung am 18. Oktober 2013. Sie enthalten die spezifischen Personalrichtwerte und Regelungen für diese Pflegebereiche.

**Herausforderungen**

**Stationäre Pflege**

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, die Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen, die in den 90er Jahren festgelegt wurden und im Jahr 2003 kleinere Anpassungen erfuhren, an die Versorgungsrealität anzupassen.

Die Personalschlüssel müssen an den Bedarf angepasst und flexibler werden. Hierzu sollten unter anderem der Dokumentationsaufwand, Anleitungszeiten, individuelle Pflegebedürfnisse und die voraussichtlich ab 1. Januar 2017 geltenden neuen Pflegegrade bei der Anpassung der Personalschlüssel berücksichtigt werden.

**Krankenhaus**

Die Personalausstattung in der Akutversorgung muss ebenfalls an die Versorgungsrealität angepasst werden.

In Deutschland ist das Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen und Patienten mit 1:9,9 europaweit eines der schlechtesten. Dies geht aus der RN4Cast-Studie hervor. Werden lediglich Pflegefachkräfte betrachtet, so zeigt die Studie, dass eine Pflegefachkraft 13 Patientinnen und Patienten versorgen muss. Diese Zahlen beziehen sich auf die bundesweite Versorgungssituation in den Krankenhäusern. Da es im Bereich der Akutversorgung einen Zusammenhang zwischen dem Personalschlüssel und der Sterblichkeitsrate von Patientinnen und Patienten gibt, betrachtet es die Enquetekommission als Herausforderung, hier Veränderungen einzuleiten.

**Handlungsempfehlungen**

**Stationäre Pflege**

Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege und hätte eine Entlastung der Pflegekräfte zur Folge. Daher muss die Personalausstattung durch eine Anpassung der Personalrichtwerte verbessert werden.

Die Anpassung der Personalschlüssel muss dabei differenziert nach Art der Pflegeeinrichtungen und entlang der jeweiligen Pflegestufen (ab 1. Januar 2017 Pflegegrade) erfolgen. Die Träger müssen in die Lage versetzt werden, ausreichend Personal einzustellen und dieses refinanziert zu bekommen. Es muss eine flexible Zusammenstellung professioneller Fachkräfte nach dem Fachkräftekatalog des Sozialministeriums ermöglicht werden.

Zudem soll geprüft werden, inwieweit eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte anstelle einer Aushandlung durch die Rahmenvertragspartner umsetzbar ist.

**Krankenhaus**

Die Enquetekommission empfiehlt der Bundesregierung zu prüfen, in welchem Rahmen eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte in der stationären Krankenpflege erfolgen kann. Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist. Weitere Handlungsempfehlungen zum Thema Akutversorgung befinden sich in Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“.

**Personalmix**

**Herausforderungen**

Ein guter Qualifikationsmix verbessert die Pflege. Wenn Aufgaben entsprechend der Qualifikationen und Fähigkeiten richtig verteilt sind und Arbeitsprozesse intelligent organisiert werden, ist die Wahrscheinlichkeit einer Überlastung der Pflegekräfte geringer.

**Es muss einen Personalmix geben**

Bereits heute gibt es 25 laut der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) als Fachkräfte definierte Qualifikationen aus den Bereichen Pflege, Therapie und Beratung. Diese müssen besonders in der Altenpflege stärker mit einbezogen werden. Dafür muss beruferechtlich festgelegt werden, was jeweils zu den Qualifikationen und Auf-

gaben der jeweiligen Fachkraft zählt. Es ist Konsens, dass in der stationären Langzeitpflege ein Personalmix sinnvoll ist. Bei der Überlegung spielt auch der drohende Fachkräftemangel eine Rolle.

Die wahrgenommene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner könnte als Kriterium für eine gute Einrichtung herangezogen und als ein Maßstab für einen guten Personalmix verwendet werden. Personenzentrierte Pflege und die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner stehen hierbei im Vordergrund.

**Es muss einen Skill-Mix geben**

Die Anzahl und das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte haben direkten Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Als Konsequenz bedeutet dies unter anderem eine geringere Mortalität, schnellere Reaktionen der Pflegenden sowie weniger Pflegefehler.

Studien weisen darauf hin, dass die quantitativen Aspekte dabei nicht überschätzt werden sollten. Der Blick muss daher eher auf das Aufgaben- und Kompetenzprofil der Pflegenden gerichtet werden.

**Handlungsempfehlungen**

Aufgaben sollten zwischen den Akteuren im Pflegesetting zukünftig entsprechend der Kompetenzen verteilt werden, um Überlastungen entgegenzuwirken und die Fachlichkeit der Beteiligten gezielt zu nutzen. Die Enquetekommission empfiehlt daher:

a) die Entwicklung einer beruferechtlichen Definition der Kompetenzprofile für die einzelnen Ausbildungsgrade (berufliche und akademische Ausbildungen) der Pflegeberufe. In den Kompetenzprofilen müssen die unterschiedlichen Fähigkeiten und Befugnisse ersichtlich werden. Diese müssen mit den entsprechenden Ausbildungszielen abgestimmt sein. Aus den verschiedenen Qualifikationsabstufungen folgt, dass auch verschiedene Ebenen von Handlungsautonomie gegeben sein müssen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.9 „Handlungsautonomie“;

b) bei der Konzeption der zukünftigen Ausbildung darauf zu achten, dass diese die Kompetenzen der Fachkräfte stärkt und Fachkräfte insbesondere die Aspekte des Wissenstransfers und der Prozesssteuerung erlernen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“;

c) die stärkere Einbeziehung des sozialen Umfelds und von bürgerschaftlich Engagierten. Dies trägt ebenfalls zu einer höheren Qualität in Pflegeeinrichtungen bei. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“.

**Krankenhaus**

Die Enquetekommission regt an, bereits vorhandene Instrumente zur interdisziplinären Zusammenarbeit, wie interdisziplinäre Fallbesprechungen oder die Entwicklung interdisziplinärer Leitlinien und Standards, verstärkt zu nutzen, um die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zu verbessern.

### 3.5.4 Fachkraftquote

**Sachstand**

In Baden-Württemberg ist durch das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) festgelegt, dass bei mehr als vier Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegebedarf mindestens 50 Prozent der Beschäftigten Fachkräfte sein müssen.

Die aufgrund der Ermächtigung des § 29 WTPG ergangene Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (LPersVO) regelt konkretisierend die Begriffe Pflegefachkraft, Fachkraft, Assistenzkraft und sonstige Kräfte.

Um in stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf personelle Flexibilität zu erzielen und den unterschiedlichen Konzeptionen der Einrichtungen sowie dem zunehmenden Problem der fehlenden Pflegefachkräfte gerecht zu werden, definiert die LPersVO zwei zulässige Varianten, wie und mit welchen Beschäftigten eine ausreichende, fachgerechte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und gleichzeitig die Erfüllung der Fachkraftquote sichergestellt werden kann. In Variante 1 muss der Anteil an Pflegefachkräften für die in der Gesamtheit zu erbringenden Leistungen in den Bereichen der Pflege- und Unterstützungsleistungen 50 Prozent betragen. Von dieser Anforderung kann abgewichen werden, wenn im Verhältnis zu den Pflegefachkräften im geringen Umfang andere Fachkräfte entsprechend ihrer beruflichen Qualifizierung tatsächlich und nachweislich in der stationären Einrichtung beschäftigt werden.

Das Grundmodell eines Personalschlüssels von einer 50-prozentigen Fachkraftquote wird durch die Präsenzregelung ergänzt, wonach im Tagdienst im Durchschnitt entsprechend dem Verhältnis von je einer Pflegefachkraft pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner Pflegefachkräfte eingesetzt werden müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Zahl der tagsüber anwesenden Pflegekräfte zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend ist.

Nach Variante 2 ist eine 40-prozentige Fachkraftquote ausreichend, wenn Vorbehaltsaufgaben ausschließlich durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden, angelernte Kräfte höchstens mit einem Anteil von 40 Prozent und Pflegefachkräfte mindestens mit einem Anteil von 40 Prozent der Beschäftigten vertreten sind.

**Herausforderungen**

Eine starre Fachkraftquote ohne Differenzierungsmöglichkeit nach verschiedenen für eine gute Pflege notwendigen Qualifikationen wird von der Enquetekommission abgelehnt.

Die Art und Anzahl der Fachkräfte sollte an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen ausgerichtet werden. Dazu muss ein Qualifikationsmix gewährleistet sein, wie er im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“ gefordert wird. Daher müssen die Fachkraftquoten angepasst und flexibler gestaltet werden. Die neue Landesheimpersonalverordnung greift diese Impulse auf. Die veränderten Fachkraftquoten müssen infolgedessen in Pflegezusatzverhandlungen anerkannt werden.

**Handlungsempfehlungen**

Um die Zusammensetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen zukünftig besser an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen ausrichten zu können, erachtet es die Enquetekommission als notwendig, die Fachkraftquote in der derzeitigen Form zu überdenken. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die neue Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und dabei die Ergebnisse des Modellprojekts des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Fachkraftquote in der Langzeitpflege zu berücksichtigen.

b) Die Enquetekommission empfiehlt ein Forschungsprojekt, das Möglichkeiten erarbeiten soll, den Fachkräfteeinsatz analog zum ambulanten Bereich bewohnerbezogen und nach dem jeweiligen Pflege- und Unterstützungsbedarf und nicht nach rein quantitativen Gesichtspunkten zu gestalten.

### 3.5.5 Familie und Beruf

**Familienfreundliche Arbeitszeiten**

**Sachstand**

Die vorhandenen Arbeitszeitregelungen werden einrichtungsübergreifend von etwa 30 Prozent der in der Pflege Tätigen als belastend wahrgenommen, 45 Prozent sehen ihre Work-Life-Balance durch ungünstige Arbeitszeitregelungen gestört. Genauere Analysen zeigen jedoch eine hohe Varianz zwischen den Einrichtungsarten. Vor allem die Organisationsqualität der Arbeitszeiten in den Einrichtungen bestimmt die Zufriedenheit der Belegschaft. Hohe zeitliche und qualitative Anforderungen im Beruf und in der Familie versetzen die Beschäftigten in eine zwiespältige Situation: Einer der beiden Bereiche wird oftmals zugunsten des anderen vernachlässigt. In der NEXT-Studie zeigt sich, dass das Personal in ambulanten Diensten mit 46,4 Prozent am stärksten von diesem Konflikt betroffen ist. Danach folgen Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen mit 44,1 Prozent sowie Krankenhausbeschäftigte mit 43,6 Prozent.[64]

Ein weiterer belastender Faktor ist der Nachtdienst. Rund 60 Prozent der Pflegekräfte im Krankenhaus, 29 Prozent in Alten- und Pflegeheimen, aber weniger als 10 Prozent in den ambulanten Diensten sind davon betroffen.[65]

73,8 Prozent der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten leisten regelmäßig Überstunden. Diese betragen bei 22,5 Prozent der Beschäftigten zwischen 5 und 10 Stunden pro Monat. Der Großteil der Pflegenden leistet jedoch zwischen 10 und 20 Stunden Mehrarbeit. Bei 13,6 Prozent sind es sogar 20 Überstunden monatlich.[66]

Die Dauernachtschichtarbeit von Gesundheits- und Krankenpflegekräften wird häufig mit der Angabe begründet, dass nur so die Kinderbetreuung tagsüber sichergestellt werden kann. Bei dieser extremen Form der Doppelbelastung durch Arbeit und Kinderbetreuung kann sich allerdings der vermeintliche Vorteil schnell in sein Gegenteil wenden.[67] Die negativen Effekte der Schichtarbeit auf das Ehe- und Familienleben scheinen zu überwiegen.

**Herausforderungen**

Grundsätzlich bietet der Pflegeberuf viele Möglichkeiten, flexibel auf die Anforderungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu reagieren. Aufgrund der gängigen Arbeitszeitmodelle, Wochenend- und Feiertagsdiensten, unzuverlässiger Dienstpläne, des Schichtdiensts, weniger freier Tage aufgrund einer geringen Tagesarbeitszeit sowie geplanter und ungeplanter Überstunden empfinden viele Pflegende die aktuelle Situation jedoch als Belastung.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen der Personalsituation ist es der Enquetekommission ein wichtiges Anliegen, den Pflegeberuf familienfreundlicher zu gestalten. Dabei hat die Enquetekommission den attraktiven Einstieg für Berufsanfänger ebenso im Blick wie die Förderung des Verbleibs im Pflegeberuf und auch die Erleichterung des Wiedereinstiegs bei der Rückkehr aus der Familienphase.

[64] Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009
[65] Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009
[66] DAK Gesundheitsreport 2006
[67] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Schichtarbeit 2012

Der Versorgungsauftrag rund um Uhr stellt aktuell vor allem kleine Einrichtungen vor enorme Personalprobleme, die innovativer, auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgerichteter Lösungsansätze bedürfen.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als bedeutende Zielsetzungen, familienfreundliche Arbeitszeiten und verlässlich planbare Freizeit zu ermöglichen. Hierfür bedarf es geeigneter Strategien, um das „Holen aus dem Frei“ zu verhindern. Die Belastung durch geplante Überstunden muss verringert werden. Dies gilt insbesondere für Eltern betreuungsbedürftiger Kinder und für Pflegende, die selbst Angehörige mit Pflegebedarf betreuen. Ebenso sieht die Enquetekommission in der Gewährleistung von Kinderbetreuung auch und gerade bei Schichtdienst ein wichtiges Ziel. Insgesamt sollte der Fokus auf der Organisation von lebensphasengerechten Arbeitsplätzen liegen, um dadurch individuell und flexibel die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen.

**Handlungsempfehlungen**

Um familienfreundliche Arbeitszeiten zu ermöglichen, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, aktiv Best-Practice-Beispiele für familienfreundliche Arbeitsplätze in der Pflege in Baden-Württemberg zu identifizieren und diese zu bewerben.

b) Arbeits- und Aufgabenmodelle müssen flexibler werden. Belastende Faktoren des Pflegeberufs wie eine schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch aufgrund des Schichtdienstes sowie die körperlich anstrengenden Arbeiten können abgemildert werden, wenn Arbeitsmodelle lebensphasengerecht gestaltet werden. Es muss altersgerechte Arbeitsplätze mit einer geringeren körperlichen Belastung ebenso geben wie Modelle für Arbeitskräfte in der Familiengründungsphase. Darüber hinaus müssen Möglichkeiten wie Arbeitszeitkonten und lebenszyklusorientierte Personalarbeit diskutiert werden.

c) Die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen müssen für die Verlässlichkeit der Dienstpläne sorgen. Oft müssen Pflegekräfte an ihren freien Tagen einspringen, damit die Personalvorgaben eingehalten werden können. Diese Situation führt dazu, dass eine Abgrenzung von der Arbeit schwieriger wird. Außerdem wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf so auf unzumutbare Weise erschwert. Hierbei können innovative Ansätze zur Dienstplangestaltung etwa durch Hinzuziehung neuer Kommunikationsmedien hilfreich sein.

d) Durch die Vorhaltung ausreichender Personalressourcen und die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten soll das „Holen aus dem Frei“ verhindert werden. Dabei sind insbesondere Beschäftigte mit betreuungsbedürftigen Kindern oder Angehörigen mit Pflegebedarf in den Blick zu nehmen. Einrichtungen könnten beispielsweise Springerpools schaffen und die Bereitschaft zur Teilnahme daran durch eine zusätzliche Vergütung würdigen.

e) Durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen sollen Überstunden eng begrenzt werden.

f) Die Enquetekommission regt bei den Kommunen des Landes die Schaffung und Erweiterung von Kinderbetreuungsangeboten an, die den Bedarfen des Schichtdienstes gerecht werden. Das können beispielsweise erweiterte Öffnungszeiten in Kinderhäusern für Kinder der Altersstufen von 0 bis 14 Jahre sein.

g) Die Enquetekommission regt den Ausbau von 24-Stunden-Kindertagesstätten an. Pflegeeinrichtungen können zur Schaffung von gemeinsamen Kinderbetreuungsangeboten kooperieren und dadurch Synergieeffekte erzielen.

h) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Dienstbesetzungsvorgaben seitens der Behörden im Hinblick auf Flexibilisierungsmöglichkeiten der Arbeitszeiten unter Berücksichtigung des Bedarfs der Menschen mit Pflegebedarf kritisch zu überprüfen und ggf. anzupassen.

i) Es müssen Strategien entwickelt werden, die es besonders kleinen Betriebseinheiten ermöglichen, kurzfristige Personalengpässe durch externes Personal abzufedern.

**Teilzeit**

**Sachstand**

In Baden-Württemberg ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Pflegeberufen in den Jahren 2001 bis 2013 kontinuierlich angestiegen. In der ambulanten Pflege arbeiteten im Jahr 2013 24.633 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit. Dies entspricht 77,4 Prozent. Im Jahr 2001 waren es 13.425 Mitarbeitende, was 67,1 Prozent entspricht. 49,9 Prozent des Personals in ambulanten Pflegediensten arbeitet weniger als 50 Prozent.[68]

In der stationären Altenhilfe zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Im Jahr 2013 arbeiteten 55.184 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit. Dies entspricht 60,9 Prozent. Davon arbeiteten 29,7 Prozent weniger als 50 Prozent. Im Jahr 2001 arbeiteten dort 25.789 Mitarbeitende in Teilzeit, was 44,7 Prozent entspricht.[69]

Als wesentliche Gründe für eine Teilzeiterwerbstätigkeit geben Pflegende an, dass persönliche oder familiäre Gründe, wie z. B. das Fehlen einer externen Kinderbetreuungsmöglichkeit, die Ausübung einer Vollzeittätigkeit verhindern. Ebenso wird angeführt, dass Bildungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsaktivitäten Zeitressourcen binden und so einer Vollzeitbeschäftigung im Wege stehen. Vor allem in der Altenpflege berichten Pflegende, dass Vollzeitstellen nicht immer angeboten werden.

**Herausforderungen**

Ein großer Anteil der Pflegenden arbeitet in Teilzeit. Für viele Pflegekräfte stellt die Möglichkeit einer Beschäftigung in Teilzeit eine wichtige Option dar, in den Beruf zurückzukehren oder im Beruf zu verbleiben und dennoch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Daher sieht die Enquetekommission es als Ziel an, freiwillige Teilzeit zu ermöglichen. Gleichwohl betrachtet es die Enquetekommission als wichtige Herausforderung, die Rückkehr aus freiwilliger Teilzeit in eine Vollzeitbeschäftigung zu ermöglichen. Ziel muss es daher sein, dass Pflegekräften, die in einer Vollzeitbeschäftigung arbeiten wollen, auch eine Vollzeitstelle angeboten werden kann.

Gerade in der Altenhilfe ist es immer häufiger der Fall, dass Stellen lediglich als Teilzeitstellen ausgeschrieben und besetzt werden. Dies hat zur Folge, dass Pflegekräfte eine Teilzeitbeschäftigung in Kauf nehmen, obwohl sie eine Vollzeitbeschäftigung anstreben. Der überwiegende Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege ist weiblich. Dies führt dazu, dass vor allem weiblichen Pflegenden im Alter ein geringeres Rentenniveau zusteht, was die Gefahr von Altersarmut erhöht. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Herausforderung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und den Zwang zur Teilzeit in der Pflege zu verhindern. Teilzeitbeschäftigten muss der Wechsel in Vollzeitbeschäftigung ermöglicht werden.

[68] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015
[69] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

**Handlungsempfehlungen**

Um die Teilzeitbeschäftigung mitarbeitergerecht zu gestalten, gibt die Enquetekommission nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, Teilzeit durch unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen. Hierzu sind passgenaue Teilzeitmodelle im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu entwickeln. Den individuellen Wünschen der Pflegekräfte ist dabei Rechnung zu tragen. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass Arbeitszeitmodelle so gestaltet sind, dass Beschäftigte nach einer freiwilligen Teilzeit die Möglichkeit erhalten, in eine Vollzeitbeschäftigung zurückzukehren. Einrichtungen sollen für Personen, die ganztätig arbeiten wollen, Vollzeitstellen anbieten.

b) Einrichtungen sollen offensiv Vollzeitstellen bewerben, Hindernisse für Vollzeitarbeit identifizieren und passende Lösungen zur Erhöhung der Arbeitszeit anbieten, soweit dies mit den betrieblichen Erfordernissen in Übereinstimmung zu bringen ist.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Beratungsangebote für den Wiedereinstieg in die Pflegeberufe auszubauen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.1 “Attraktivität der Ausbildung“.

**Nicht existenzsichernde und illegale Beschäftigung**

**Herausforderungen**

Illegale Beschäftigungsverhältnisse, die den Mindestlohn missachten, das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten oder Sozialversicherungsbetrug zur Folge haben, müssen bekämpft werden. Der Staat soll die gesetzeskonforme 24-Stunden-Betreuung fördern und gegebenenfalls vermitteln. Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen Informationen über rechtsichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung erhalten. Ziel muss es auch sein, dass ausländische Beschäftigte Informationen über ihre Rechte erhalten.

**Handlungsempfehlungen**

Es müssen Wege gefunden werden, die nicht existenzsichernde und illegale Beschäftigung in legale und existenzsichernde Arbeitsverhältnisse umwandeln. Hierbei sind die arbeitsrechtlichen Vorgaben zu beachten.

a) Die Bundesregierung soll Modelle zur Förderung von 24-Stunden-Betreuungen prüfen.

b) Weiter wird die Einrichtung beziehungsweise Förderung von Beratungsstellen empfohlen, in denen sich zum einen ausländische Betreuungskräfte über ihre Rechte informieren können und zum anderen Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige über rechtssichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung beraten lassen können. Die zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit soll Unterstützung bei arbeits(vertrags)rechtlichen Fragen für haushaltsnahe Dienstleistungen bieten.

c) Der Bundes- und der Landesregierung wird empfohlen, ordnungsrechtliche Mittel auszuschöpfen und die Verfolgungsbehörden mit den erforderlichen personellen Mitteln auszustatten.

### 3.5.6 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund

**Sachstand**

Bei der Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ (VäMP) gaben insgesamt 87,4 Prozent der befragten Einrichtungen an, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung zu beschäftigen, wobei der Anteil der stationären Einrichtungen mit 94,1 Prozent höher ist als bei den ambulanten Diensten mit 79,9 Prozent.

In annähernd 40 Prozent der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen, beträgt der Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund zwischen 20 Prozent und 50 Prozent der Gesamtbelegschaft. Insbesondere im stationären Bereich scheint die Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund einen besonderen Stellenwert zu haben; bei über 50 Prozent der befragten Einrichtungen arbeiten zwischen 20 Prozent und 100 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund. Im Durchschnitt machen Menschen mit Migrationshintergrund 22 Prozent der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg aus, wobei der Anteil bei den ambulanten Diensten mit 18,8 Prozent niedriger ist als der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 24,8 Prozent.

Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten in den Einrichtungen in unterschiedlichen Positionen. Überwiegend sind sie als Pflegefachkraft beschäftigt. Ebenso sind viele der Beschäftigten mit Migrationshintergrund als Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegehelfer angestellt. Es zeigt sich, dass nahezu alle Positionen in der Altenhilfe auch von Menschen mit Migrationshintergrund besetzt werden.

**Herausforderungen**

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine wichtige Ressource für die Ausbildung neuer Fachkräfte dar. Dabei sind ausreichende Sprachkenntnisse eine wichtige Voraussetzung zur Ausbildung im Pflegebereich. Die Enquetekommission spricht sich dafür aus, dass für Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen Sprachkurse angeboten werden.

Die Bedarfe der Pflegenden mit Migrationshintergrund müssen im Einrichtungsalltag berücksichtigt werden. Ziel ist es, hierzu geeignete Konzepte zu identifizieren und umzusetzen.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ein Sonderprogramm „Berufliche Zukunft in der Pflege“ mit besonderem Schwerpunkt von Menschen mit Migrations- oder Flüchtlingshintergrund durchzuführen. Dabei sollen insbesondere die beruflichen und fachlichen Kenntnisse und das Interesse erfasst und schneller anerkannt sowie Wege der Ausbildung und Berufstätigkeit im Bereich der Pflege aufgezeigt werden.

b) Davon losgelöst empfiehlt die Enquetekommission, die Rekrutierung zukünftiger Pflegekräfte unter jungen Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln. Der 10jährige Schulabschluss muss das Zugangskriterium zum Pflegeberuf bleiben. Hauptschülern muss es jedoch ermöglicht werden, sich durch eine modulare Ausbildung zu Fachkräften zu qualifizieren. Migrantenverbände können eingebunden werden, um verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.

c) Einrichtungen sollen zukünftig vermehrt Wert auf die kultursensible Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern legen. Hierzu sollen entsprechende Schulungen von Führungskräften durchgeführt werden. Eine Förderung von Migrantinnen und Migranten bei der Besetzung von Führungspositionen, sofern gleiche Qualifikation vorliegt, ist zu befürworten.

### 3.5.7 Ausländische Betreuungskräfte

**Sachstand**

Nach dem Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg greifen zahlreiche EU-Staaten angesichts der demografischen Entwicklung und des hohen Bedarfs an Pflegekräften auf ausländische Arbeitskräfte zurück, um den Personalmangel in der Pflege zu lindern. In Deutschland und Skandinavien geschieht dies durch die offizielle Rekrutierung von Migrantinnen und Migranten. In einigen Mittelmeerstaaten (und teilweise auch in Österreich und Deutschland) werden Migrantinnen und Migranten auch von Familien auf informellem Weg als Haushaltshilfen bzw. Pflegepersonen für ältere Angehörige angeworben. In Deutschland wurden administrative Veränderungen vorgenommen, um Pflegepersonal auch aus Nicht-EU-Staaten beschäftigen zu können. Gemäß den Erhebungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Baden-Württemberg mit einem Anteil von 8,5 Prozent im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal. Die Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte in Baden-Württemberg sind Kroatien, die Türkei und Polen. Die meisten ausländischen Pflegekräfte werden in Einrichtungen der Altenpflege beschäftigt.

**Herausforderungen**

Um Lösungsstrategien für den prognostizierten Personalmangel zu entwickeln, muss auch eine Auseinandersetzung mit der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte stattfinden.

Es darf kein „Braindrain“[70] in den Herkunftsstaaten stattfinden, da dies keine Lösung der globalen Pflegeproblematik wäre.

Vor diesem Hintergrund erachtet es die Enquetekommission als besondere Herausforderung, dass angeworbene Mitarbeitende aus dem Ausland sich dauerhaft in ihrem neuen Berufsfeld integrieren und das Anerkennungsverfahren des ausländischen Berufsabschlusses zügig absolviert werden kann. Zudem darf keinesfalls ein negatives Bild nach dem Motto: „Jeder kann pflegen“ entstehen. Es ist darauf zu achten, dass das Qualifikationsniveau der angeworbenen Pflegenden dem inländischen Qualifikationsniveau entsprechen muss. Betreuungskräfte aus dem Ausland benötigen eine arbeitsrechtliche, steuerrechtliche und sozialrechtliche sowie eine qualitative Absicherung, eine Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes sowie konkrete Ansprechpersonen.

Das Angebot an ausländischen Betreuungskräften darf dabei nicht zu einem Ausspielen gegen Fachkräfte im Pflegebereich führen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass es vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich zielführender Konzepte für die Einbeziehung ausländischer Betreuungskräfte bedarf. Daher werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Durchführung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse noch weiter zu beschleunigen.

b) Sprachkurse vor dem ersten Einsatz in den Einrichtungen sowie eine verbindliche Festlegung des erforderlichen Sprachniveaus müssen unbedingt beachtet werden. Hierbei könnten Programme, die Pflegenden beim Erwerb des erforderlichen sprachlichen Niveaus unterstützen, über die regionalen Arbeitsagenturen angestrebt werden.

[70] Abwanderung von Wissenschaftlern u. a. hoch qualifizierten Arbeitskräften ins Ausland

c) Die Enquetekommission legt den Einrichtungen nahe, Konzepte für eine Willkommenskultur, d. h. eine aktive Begleitung in der Anfangszeit, zu erarbeiten und umzusetzen.

**Minderheitenvoten zu Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“**

**Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.5.5 „Familie und Beruf“**

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.
Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

**Handlungsempfehlungen**

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

### 3.6 Aus- und Weiterbildung

**Einleitung**

Trotz steigender Ausbildungszahlen im Bereich der Pflege wird es einen Fachkräftemangel geben, wenn ausgebildete Pflegekräfte den Pflegeberuf vorzeitig wieder verlassen oder nicht noch mehr Menschen für das Berufsfeld gewonnen werden können. Neben Aspekten wie der Vergütung und einer hoher Arbeitsbelastung spielen auch ein unscharfes Arbeitsprofil, unklare Kompetenzen und fehlende berufliche Perspektiven eine große Rolle, die sich auf die Attraktivität des Berufsbilds auswirkt. Daher plädiert die Enquetekommission für eine Professionalisierung des Pflegeberufs, um dessen Attraktivität zu steigern. Klare rechtliche Rahmenbedingungen vermitteln bereits vor der Ausbildung ein realistisches Berufsbild und schützen vor allem im Arbeitsalltag vor Willkür und Überforderung. Mit einer attraktiven Ausbildung können qualifizierte Nachwuchskräfte für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben gewonnen werden. Die Konzeption beruflicher und akademischer Ausbildungen, die sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht den aktuellen und künftigen Erfordernissen der Pflege Rechnung tragen, sind, ebenso wie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegs- bzw. Entwicklungsperspektiven zentrale Zielsetzungen für eine gelingende pflegerische Versorgung. Die Enquetekommission spricht sich für die generalistische Ausbildung aus. Mit den richtigen Ausbildungsinhalten und guten Ausbildungsbedingungen werden die Grundlagen für einen guten Start in den Pflegeberuf gelegt. Für besonders qualifizierte und akademisch ausgebildete Fachkräfte müssen langfristige Karrierewege und Entwicklungsmöglichkeiten klar definiert und kommuniziert werden. Mit einer Teil-Akademisierung des Pflegeberufs wird es möglich, die internationale Anschlussfähigkeit zu garantieren und die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Die Pflegeforschung muss ausgebaut und deren Erkenntnisse müssen durch einen gelungenen Theorie-Praxis-Transfer in die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf integriert werden.

#### 3.6.1 Attraktivität der Ausbildung

**Mehr Menschen für die Pflegeberufe gewinnen**

**Sachstand**

Heute werden folgende Berufe zu den Pflegefachberufen gezählt:

- Altenpflegerin und Altenpfleger,
- Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Die Pflegefachberufe werden über eine 3-jährige Ausbildung mit einem staatlichen Abschluss vermittelt.

Als Assistenzkräfte im Bereich der Pflege werden folgende Berufsgruppen gesehen:

- Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer
- Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer
- Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
- Heilerziehungspflege-Assistentin und Heilserziehungspflege-Assistent.

Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe dauert ein Jahr, die schulische Ausbildung an Berufsfachschulen ist landesrechtlich geregelt. Lernorte sind die Berufsfachschule und der Praktikumsbetrieb. Für die Ausbildung wird ein Hauptschulabschluss vorausgesetzt.

Bereits heute wird in aktuellen Konzepten der Pflege und Unterstützung vermehrt Wert auf eine natürliche Gestaltung des Alltags gelegt. Hierbei spielt der Personalmix eine wichtige

Rolle. Die Enquetekommission geht davon aus, dass sich diese Entwicklung auch in Zukunft fortsetzen wird. In diesem Kontext hat die Hauswirtschaft als Baustein eines gelingenden Versorgungsmix eine große Bedeutung. Daher ist es bedenklich, dass die Zahlen der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Hauswirtschafterin oder des Hauswirtschafters von 268 Auszubildenden im Jahr 2008 auf 195 im Jahr 2013 gesunken sind. In Baden-Württemberg werden Hauswirtschafterinnen und Hauswirtschafter aktuell überwiegend in sozialen Einrichtungen, insbesondere Altenhilfeeinrichtungen, ausgebildet und beschäftigt.

**Entwicklung der Auszubildenden**

Die Zahlen der Auszubildenden im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung sind seit Beginn der Erfassung durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg kontinuierlich gestiegen. Im Schuljahr 2013/14 absolvierten 8.961 Personen die Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpflegehelfer. Ausgehend vom Durchschnitt der letzten fünf Jahre und unter der Annahme, dass die Anzahl der Absolventen konstant bleibt, kann von 3.000 frisch examinierten Altenpflegekräften pro Jahr ausgegangen werden. Bis 2030 wären das 56.000 zusätzliche Altenpflegekräfte, womit der potenzielle Bedarf an Fachkräften durch Ausbildung theoretisch gedeckt wäre. In dieser Rechnung ist allerdings die erhebliche Zahl an ausscheidenden Pflegekräften, die ersetzt werden müssen, nicht berücksichtigt. Da der Frauenanteil unter den Auszubildenden sehr hoch ist, werden etliche Berufsanfängerinnen aus familiären Gründen eine Teilzeitstelle suchen.

**Tabelle 10: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)**

| **Schuljahr** | **Altenpfleger/-in** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | Weiblich | Männlich | Ausländisch |
| **2001/2002** | 6.328 | 5.404 | 924 | 662 |
| **2002/2003** | 6.650 | 5.717 | 933 | 710 |
| **2003/2004** | 6.847 | 5.723 | 1.124 | 721 |
| **2004/2005** | 7.175 | 5.801 | 1.374 | 781 |
| **2005/2006** | 7.096 | 5.599 | 1.497 | 720 |
| **2006/2007** | 7.015 | 5.556 | 1.459 | 744 |
| **2007/2008** | 6.861 | 5.506 | 1.355 | 771 |
| **2008/2009** | 6.946 | 5.624 | 1.322 | 826 |
| **2009/2010** | 7.323 | 5.983 | 1.340 | 887 |
| **2010/2011** | 8.045 | 6.589 | 1.456 | 1.107 |
| **2011/2012** | 8.670 | 7.027 | 1.643 | 1.273 |
| **2012/2013** | 8.928 | 7.152 | 1.776 | 1.553 |
| **2013/2014** | 8.961 | 7.214 | 1.747 | 1.270 |

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

**Tabelle 11: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)**

| Schuljahr | Altenpflegehelfer/-in | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | Weiblich | Männlich | Ausländisch |
| **2003/2004** | 629 | 523 | 106 | 99 |
| **2004/2005** | 700 | 566 | 134 | 91 |
| **2005/2006** | 766 | 626 | 140 | 111 |
| **2006/2007** | 714 | 567 | 147 | 91 |
| **2007/2008** | 754 | 617 | 137 | 89 |
| **2008/2009** | 831 | 672 | 159 | 127 |
| **2009/2010** | 957 | 798 | 159 | 169 |
| **2010/2011** | 1.126 | 944 | 182 | 212 |
| **2011/2012** | 1.153 | 966 | 187 | 265 |
| **2012/2013** | 1.139 | 958 | 181 | 246 |
| **2013/2014** | 1.129 | 1.006 | 123 | 738 |

In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wurden laut einer Studie des Deutschen Institutes für Pflegeforschung (dip) zwischen 2000 und 2008 1.381 Ausbildungsplätze in Baden-Württemberg abgebaut. Die sinkenden Ausbildungszahlen der vergangenen Jahre führten dazu, dass heute in der Gesundheits- und Krankenpflege weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen sind als im Jahr 2000. Gleichzeitig hat sich der Mitarbeiterbestand in der Gruppe der über 50-Jährigen verdoppelt.

**Tabelle 12: Auszubildende in Pflegeberufen – Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)**

| Schuljahr | Gesundheits- und Krankenpfleger/-in | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | Weiblich | Männlich | Ausländisch |
| **2001/2002** | 7.441 | 6.244 | 1.197 | 461 |
| **2002/2003** | 7.347 | 6.168 | 1.179 | 456 |
| **2003/2004** | 7.587 | 6.374 | 1.213 | 471 |
| **2004/2005** | 7.480 | 6.201 | 1.279 | 469 |
| **2005/2006** | 7.224 | 5.990 | 1.234 | 425 |
| **2006/2007** | 7.141 | 5.907 | 1.234 | 431 |
| **2007/2008** | 7.124 | 5.896 | 1.228 | 438 |
| **2008/2009** | 7.181 | 6.008 | 1.173 | 453 |
| **2009/2010** | 7.057 | 5.913 | 1.144 | 486 |
| **2010/2011** | 7.299 | 6.086 | 1.213 | 561 |
| **2011/2012** | 7.472 | 6.147 | 1.325 | 639 |
| **2012/2013** | 7.486 | 6.047 | 1.439 | 717 |
| **2013/2014** | 7.449 | 5.980 | 1.469 | 785 |

Der Frauenanteil unter den Auszubildenden in Pflege ist in allen drei Ausbildungsgängen mit jeweils über 80 Prozent sehr hoch. Bei den Pflegehilfsberufen liegt der Frauenanteil sogar bei 90 Prozent.
Den höchsten Anteil an ausländischen Auszubildenden hat in Baden-Württemberg bezogen auf das Schuljahr 2013/2014 die Ausbildung zur Altenpflegehilfe mit 40 Prozent, es folgen die Altenpflege mit 12 Prozent und die Gesundheits- und Krankenpflege mit 10 Prozent.

Die Entwicklung der Ausbildungszahlen muss auch unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung betrachtet werden. Die Kernbotschaft der aktualisierten Bevölkerungsprognose ist, dass der demografische Wandel die Bevölkerungsstruktur zwischen den Jahren 2015 und 2030 spürbar verändern wird. Das Durchschnittsalter steigt und der Pflegebedarf nimmt zu. Der Anteil der Altersgruppe der unter 20-Jährigen wird um 1,1 Prozentpunkte zurückgehen, während die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen landesweit um 4,9 Prozentpunkte zulegt. Damit wird deutlich, dass im Verhältnis weniger junge Menschen für eine Ausbildung zur Verfügung stehen.

**Herausforderungen**

Damit die Pflegearbeit auch in Zukunft auf einem fachlich hohen Niveau sichergestellt werden kann, muss es gelingen, genug Nachwuchskräfte für die Pflege zu gewinnen.

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

Berufe in der Pflege sollen nicht nur in Bezug auf die Erstausbildung junger Menschen als mögliche Option erscheinen. Als potenzielle Zielgruppe für Berufe in der Pflege sollen Menschen, die nach einer Familienphase wieder ins Berufsleben einsteigen, oder solche, die sich in ihrer beruflichen Tätigkeit neu orientieren möchten, verstärkt in den Blick genommen werden. Bei der Entscheidung, in welchem Berufsfeld der Wiedereinstieg oder der Quereinstieg stattfinden soll, müssen die Pflegeberufe als geeignete Alternative erkannt werden.

Die Schaffung von Teilzeitausbildungsangeboten erleichtert den Zugang für Menschen, die aus familiären oder zeitlichen Gründen keine Vollzeitausbildung bewerkstelligen können.

Menschen mit Migrationshintergrund sollen gezielt für die Berufe in der Pflege gewonnen werden. Hierzu sind mögliche Ausbildungshemmnisse wie beispielsweise unzureichende Sprachkenntnisse abzubauen und der Pflegeberuf empfängerorientiert darzustellen. Über den Einstieg in die Pflegeassistenzberufe besteht auch für Menschen mit Hauptschulabschluss ein geeigneter Zugang zu den Pflegeberufen. Dabei sollte auch auf die sich anschließenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Lokale Bündnisse für Pflege erscheinen der Enquetekommission als ein geeignetes Instrument, vor Ort alle gesellschaftlichen Gruppen, die einen lokalen Bezug zur Pflege haben, zusammenzubringen und deren Kompetenzen und Interessen zu bündeln. Wenn es gelingt, die Ausbildung in diesen Bündnissen zum Thema zu machen, so ergibt sich daraus eine Plattform, auf der sich Ausbildungsinteressierte und Ausbildungsträger begegnen können. Mit örtlichen Arbeitsagenturen sollte in der gleichen Zielrichtung stärker kooperiert werden.

Die Enquetekommission regt an, künftig die Sichtweise zu erweitern und von „Berufen für Menschen“ zu sprechen und es nicht bei einer Verengung auf die Pflege zu belassen. Dies wäre eine Betrachtungsweise, die sich auch als Grundlinie für die Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen eignet. Es soll daher darüber nachgedacht werden, ein Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care landesrechtlich zu flankieren und zu qualifizieren. Als Voraussetzung hierzu muss zunächst die Differenzierung zwischen Cure und Care vertieft diskutiert werden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission sieht in der verstärkten Nachwuchsgewinnung einen bedeutenden Baustein zur Sicherstellung der Pflege auf fachlich hohem Niveau und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die curriculare Verankerung von Sozialpraktika in geeigneter Form an weiterführenden Schulen.

b) Es sind spezielle Beratungsangebote zu schaffen, welche die Pflegeberufe für Menschen, die über einen Wiedereinstieg in den Beruf oder über einen Wechsel aus einem anderen Berufsfeld nachdenken, als geeignete Option darstellen. Es wird beispielsweise eine Orientierung an den Kontaktstellen Frau und Beruf angeregt.

c) Das Angebot an Teilzeitausbildungen soll ausgeweitet werden.

d) Die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund sollen ausgebaut werden.

e) Menschen mit Hauptschulabschluss sollen als Zielgruppe für einen Einstieg über die Assistenzberufe gezielter angesprochen und auf die Entwicklungschancen in diesem Berufsfeld hingewiesen werden.

f) Die Kooperation zwischen Ausbildungsträgern und örtlichen Arbeitsagenturen sollen gestärkt, neue lokale Bündnisse für Pflege sollen etabliert oder bestehende gefördert werden.

g) Die Enquetekommission empfiehlt, bestehende Berufsbilder zu überprüfen und gegebenenfalls ein neues Berufsbild, das einen ganzheitlichen Unterstützungsansatz für Menschen mit Pflegebedarf als Leitbild hat, zu entwickeln.

h) Das Bewusstsein für die Bedeutung der Hauswirtschaft soll verbessert werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu eingeschlagenen Weg, den Beruf (Fach-) Hauswirtschafterin beziehungsweise Hauswirtschafter entsprechend dem Entwurf der Landesheimpersonalverordnung als Fachkraft anzuerkennen.

**Durchlässigkeit steigert die Attraktivität der Pflegeberufe**

**Sachstand**

**Zugang zu Pflegeberufen**

Für den Zugang zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird folgende Schulbildung vorausgesetzt:

- ein Realschulabschluss oder
- der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung; hinzukommen muss aber, dass entweder
    - eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich absolviert wurde oder
    - eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer vorliegt oder eine erfolgreich abgeschlossene landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe durchgeführt wurde.

Wer eine Altenpflegeausbildung beginnen möchte, muss entweder

- einen Realschulabschluss oder
- einen anderen als gleichwertig anerkannten Bildungsabschluss oder
- eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder
- einen Hauptschulabschluss und einen Abschluss in einer anderweitigen mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder
- einen Hauptschulabschluss und den anerkannten Abschluss einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe oder
- eine andere abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung

besitzen.

**Verkürzungsmöglichkeit für Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer**

Eine Verkürzung der Altenpflegeausbildung um ein Jahr erhalten in Baden-Württemberg Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer mit einjähriger Ausbildung, wenn sie die Helferprüfung mit der Note 2,5 oder besser abschließen. Das ist unabhängig davon, ob sie die verkürzte Altenpflegeausbildung sofort anschließen, was mehrheitlich geschieht, oder erst nach einigen Jahren. Nach § 7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) wird die Altenpflegeausbildung um ein Jahr verkürzt, wenn Personen mit Pflegehelferausbildung zusätzlich mindestens ein Jahr Vollzeit in der Pflege gearbeitet haben. Für Personen ohne einschlägige Ausbildung, aber mit mindestens zwei Jahren Vollzeittätigkeit in der Pflege oder Betreuung in einer Pflegeeinrichtung und einer positiven Kompetenzfeststellung kann die Ausbildung um ein Jahr verkürzt werden (§ 7 Abs. 4 Nr. 3 AltPflG). Nach dem Altenpflegegesetz setzen die beiden neuen Tatbestände die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme der Bundesagentur für Arbeit voraus.

**Herausforderungen**

Die Wahl des Ausbildungsberufes hängt neben den persönlichen Neigungen wesentlich davon ab, welcher der in Frage kommenden Berufe den Einzelnen als beste Chance erscheint. Die Aussicht auf gute Karriere- oder Aufstiegsmöglichkeiten nach der Erstausbildung sind wichtige Kriterien, die bei der Berufswahl eine wesentliche Rolle spielen. Eine gute Durchlässigkeit in horizontaler wie vertikaler Richtung kann zu einer Attraktivitätssteigerung der Pflege beitragen und so mehr Bewerberinnen und Bewerber anziehen. Da in der generalistischen Ausbildung die Bereiche der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammengefasst werden soll, ergeben sich, bedingt durch die breitere inhaltliche Aufstellung, mehr Einsatzfelder im Berufsleben.

Es ist der Enquetekommission wichtig, in Bezug auf die Durchlässigkeit auch die Assistenzberufe in den Blick zu nehmen. Den Arbeitsgeberinnen und Arbeitgebern sowie Personalverantwortlichen kommt hierbei die Rolle zu, geeignete Beschäftigte aus dem Assistenzbereich auf die Ausbildung als Pflegefachkraft hinzuweisen und ihnen im Bedarfsfall eine berufsbegleitende Ausbildung zu ermöglichen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission erkennt in der Durchlässigkeit ein wichtiges Element für die Attraktivität des Pflegeberufs und gibt dazu nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund, bei der Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung die horizontale Durchlässigkeit und damit den Zugang zu unterschiedlichen Arbeitsfeldern in der Pflege umfänglich sicherzustellen.

b) Die Einrichtungen sollen die vertikale Durchlässigkeit in den Pflegefachberufen ermöglichen. Dazu kommen insbesondere folgende Aspekte in Frage:
   - Personalmanagement (Planung und Entwicklung)
   - Ermöglichung von Fort- und Weiterbildung (im Sinne der Landesheimpersonalverordnung und des Landesbildungszeitgesetzes)
   - Niedrige Zugangsschwelle
   - Aufstiegsmöglichkeiten und -perspektiven schaffen
   - Fachkarrieren ermöglichen
   - Duale Studiengänge

c) Die Enquetekommission empfiehlt dem Land, bei den Hochschulen anzuregen, dass beispielsweise durch Anrechnungsmöglichkeiten von Ausbildungsinhalten auf akademische Aufbaustudiengänge mehr vertikale Durchlässigkeit geschaffen wird.

d) Die Einrichtungen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Assistenzberufen beim Aufstieg zur Pflegefachkraft unterstützen. Dazu soll auch die berufsbegleitende Ausbildung ermöglicht werden.

**Generalistische Ausbildung**

**Sachstand**

Die gegenwärtige Differenzierung der bestehenden Pflegefachberufe wird den Entwicklungen der Versorgungsstrukturen nicht mehr gerecht. Die Bundesregierung plant deshalb, die derzeitigen Ausbildungen zur Altenpflege, zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einem Pflegeberufegesetz zu einem neuen Pflegeberuf zusammenzuführen und zu modernisieren. Menschen, die sich für den Pflegeberuf entscheiden, soll damit eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Ausbildung geboten werden, die ein breites Spektrum an Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet und für die Auszubildenden kostenfrei ist. Vorgesehen ist eine einheitliche Grundausbildung mit wählbarem Vertiefungseinsatz bei einer Gesamtdauer von drei Jahren. Die Auszubildenden sollen noch besser als bisher auf komplexe Pflegesituationen und sich verändernde Versorgungsstrukturen vorbereitet werden. Ein einheitliches Berufsbild „Pflege“ soll dabei das berufliche Selbstverständnis der Pflegefachkräfte auch im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen stärken. Der Gesetzentwurf hierzu wird derzeit erarbeitet.

**Herausforderungen**

Die Enquetekommission unterstützt grundsätzlich die Reform der Pflegeausbildung und das Schaffen eines einheitlichen Pflegeberufegesetzes. Pflegekräfte sollen so besser auf die veränderten Pflegebedarfe und Versorgungssituationen vorbereitet werden. Zudem sollen Pflegekräfte flexibler einsetzbar sein und der Wechsel zwischen den Beschäftigungsfeldern der Pflege durchlässiger gestaltet werden. Damit soll insgesamt die Attraktivität des Berufes erhöht werden. Mit der generalistischen Pflegeausbildung soll die internationale Anschlussfähigkeit und Vergleichbarkeit erreicht werden. Da es in den meisten europäischen Ländern beispielsweise keine mit der Altenpflegeausbildung vergleichbare Ausbildung gibt, wird diese Ausbildung dort auch nicht als Fachausbildung anerkannt.

Die generalistische Ausbildung soll inhaltlich so ausgestaltet werden, dass eine gemeinsame Basis für die Pflege geschaffen wird und dabei die besonderen Aspekte der Menschen mit Pflegebedarf zum Tragen kommen. Wir verzeichnen eine Zunahme chronischer Erkrankungen wie beispielsweise der Demenz. Der Umgang mit Menschen mit Demenz muss in unterschiedlichen Pflegesettings bewältigt werden, im Krankenhaus ebenso wie im Pflegeheim. Das Basiswissen über diese Krankheitsbilder soll zu Beginn der generalistischen Ausbildung vermittelt werden, da es sämtliche zukünftigen Beschäftigungsbereiche der Auszubildenden betrifft. So erhalten die Auszubildenden das Grundlagenwissen, um sich später für eine geeignete Vertiefung oder Spezialisierung zu entscheiden.

Die Einführung einer generalistischen Ausbildung darf aus Sicht der Enquetekommission nur erfolgen, wenn die derzeit noch offenen Finanzierungsfragen zielführend geklärt sind und die Belange der Altenpflege in deren Ausgestaltung adäquat berücksichtigt werden. Es gibt Befürchtungen, dass bei einer generalistischen Ausbildung Ausbildungsplätze verlorengehen, die Altenpflege fachlich zu kurz kommt, viel neue Bürokratie entsteht und Pflegekräfte vor allem in die finanziell lukrativere Akutpflege gehen, wodurch in der Altenpflege ein zusätzlicher Fachkraftmangel erzeugt würde.

Durch die Neugestaltung dürfen keinerlei finanzielle Belastungen für die Auszubildenden entstehen.

Die Enquetekommission baut auch in Zukunft auf das gestufte Qualifikationsmodell mit der fachschulischen Ausbildung als größte Säule für die Gewinnung der Pflegefachkräfte. Die Assistenzberufe finden im gestuften Qualifikationsmodell praktikable Aufstiegsmöglichkeiten.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission empfiehlt, bei der Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung folgende Punkte zu berücksichtigen:

a) Die Zuständigkeit für die Pflegeausbildung soll auf Landesebene in einem Ministerium gebündelt werden.

b) Es soll ein verbindliches Curriculum für die Pflegeausbildung geben, in welchem auch die Ausbildungsziele für Theorie- und Praxiseinsätze festgehalten werden.

c) Die Enquetekommission setzt sich für eine Spezialisierung im letzten Jahr der Ausbildung ein.

d) Die Ausbildungsinhalte der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege müssen auch künftig hinreichend abgebildet werden. Altenpflegeeinrichtungen müssen ebenso wie Krankenhäuser weiterhin Ausbildungsstätte bleiben. Es sind genügend Zeitanteile für die praktische Ausbildung mit spezifischen Inhalten in den Einrichtungen einzuplanen.

e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität und andere anzupassen.

f) Durch die Umstellung der Pflegeausbildung soll keine neue Bürokratie entstehen.

g) Die Neuordnung der Pflegeausbildung darf nicht zu finanziellen Belastungen der Auszubildenden führen.

h) Die Enquetekommission fordert eine stärkere finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Ausbildung.

i) Die landesrechtlich geregelten Ausbildungen in den Assistenzberufen der Pflege sollen passgenau zur kommenden generalistischen Ausbildung weiterentwickelt werden, um die Durchlässigkeit im Bildungssystem Pflege zu gewährleisten.

j) Die Lehrpläne der generalistischen Ausbildung müssen das Thema Interdisziplinarität verstärkt aufgreifen

### 3.6.2 Ausbildungsbedingungen

**Sachstand**

**Einflussfaktoren auf die Berufswahl**

Pflegeberufe sind in der Gesellschaft sehr angesehen und haben in der Bevölkerung ein gutes Image. Dennoch kommen Studien zum Berufswahlverhalten zu dem Ergebnis, dass Pflegeberufe im Kontext der Berufswahl als wenig attraktiv erscheinen. Eltern raten ihren Kindern davon ab, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Als Grund hierfür werden die schlechten Arbeitsbedingungen angeführt. Eltern und deren vor der Berufswahl stehende Kinder nehmen häufig nur negative Stereotype der Pflegeberufe wahr, wie sie oftmals von den Medien verbreitet werden. So entsteht ein einseitig negativ geprägtes Bild der Pflege.

**Ausbildungsabbrüche**

Der Abbruch von Pflegeausbildungen wird in Baden-Württemberg nicht über die Schulstatistiken erfasst. Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg wurde im Frühjahr 2015 eine Online-Befragung der Pflegeschulen in Baden-Württemberg dazu durchgeführt.
Die statistisch erfasste Abbrecherquote lag im Jahr 2014 bei 7,88 Prozent. Die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gaben mit 6,06 Prozent eine etwas geringere Quote an als die Schulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe mit 9,43 Prozent Abbrüchen.
Insgesamt wurden 2014 mehr als ein Drittel der Ausbildungsabbrüche in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe auf Initiative der Arbeitgeber oder der Schulen durchgeführt. In der Gesundheits- und Krankenpflege wurde dieser Wert nicht statistisch erfasst. Bei Schätzungen durch die Einrichtungen zeigte sich jedoch ein ähnliches Ergebnis. Festzuhalten bleibt, dass ungefähr ein Drittel der Ausbildungen nicht auf Initiative der Auszubildenden beendet werden.
Während bei allen Pflegeausbildungen der Hauptanteil der Ausbildungsabbrüche 2014 im Alter zwischen 20 und 30 Jahren erfolgte, bietet die Gesundheits- und Krankenpflege ein anderes Bild: Hier brachen 2014 hauptsächlich Auszubildende unter 20 Jahren die Ausbildung ab.

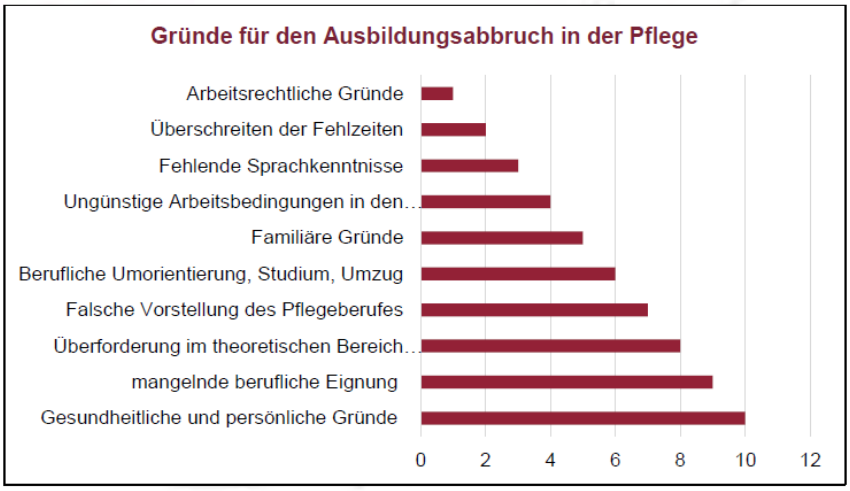



*Abbildung: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Pflegeausbildungen, denen eine reflektierte Entscheidung zugrunde liegt, münden eher in langfristige Pflegekarrieren – die Pflegeausbildung als „Notlösung“ ist dagegen eher störanfällig. In einer Untersuchung von Seeliger und Strobel im Jahr 2009 zeigt sich ein ähnliches Bild. Immerhin 29 Prozent von 663 befragten Auszubildenden haben angegeben, dass sie während der Ausbildung bereits mehrfach einen Ausbildungsabbruch in Erwägung gezogen haben.

**Herausforderungen**

Um die Pflegeberufe für junge Menschen attraktiver zu gestalten, gilt es, die Rahmenbedingungen für eine gute und zielgerichtete Ausbildung sicherzustellen. Gute Ausbildungsbedingungen beeinflussen das Berufswahlverhalten junger Menschen und ihrer Eltern positiv, schlechte Ausbildungsbedingungen schrecken ab. Positive wie negative Erfahrungen in der Ausbildung prägen das persönliche Verhältnis der Auszubildenden zu ihrem gewählten Beruf. Wenn Auszubildende bereits während der Ausbildung zu stark belastet werden, erhöht sich das Risiko, dass sie als Fachkraft nicht in das Berufsleben einsteigen oder den Beruf schon nach wenigen Jahren wieder verlassen. Eine weitere wichtige Rahmenbedingung für eine gelingende Ausbildung ist die auskömmliche Refinanzierung der Ausbildungskosten für die Ausbildungsträger. Dies trifft für die Pflegehilfsberufe gleichermaßen zu.

Die Pflegeausbildung nimmt unter den Ausbildungsberufen noch immer eine Sonderrolle ein. Anders als sonstige duale Berufsausbildungen ist sie nicht im Regelbildungssystem verortet. Dies hat einerseits historische Gründe, andererseits ist die Ausbildung sehr stark auf die Ausbildungsträger und deren Bedarfe festgelegt. Nachteile sind neben curriculären Unsicherheiten auch mangelnde Fördermöglichkeiten in wesentlichen Bereichen, wie beispielsweise bei der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Ausbildung.

**Handlungsempfehlungen**

Zur Sicherstellung guter Ausbildungsbedingungen gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Tarifvertragspartner sollen auch in Zukunft dafür Sorge tragen, dass in der Pflege eine angemessene Ausbildungsvergütung bezahlt wird.

b) Den Auszubildenden muss eine besondere Rücksichtnahme entgegengebracht werden. Einrichtungen dürfen Auszubildende nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten, sondern sollen sie entsprechend und den Ausbildungszielen angemessen einsetzen. Einrichtungen und Berufsgenossenschaften sollen bereits in der Ausbildung auf Gesundheitsprävention in Bezug auf psychische und physische Belastungen achten.

c) Der Bund und die Rahmenvertragspartner sollen sicherstellen, dass in Pflegeeinrichtungen Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter analog zu den Vorschriften in der Krankenpflege, also im Verhältnis 1:10 eingesetzt werden.

d) Pflegeschüler dürfen nicht weiter von Fördermöglichkeiten wie beispielweise der Sprachförderung für Migrantinnen und Migranten ausgeschlossen bleiben.

**Zuständigkeiten**

**Herausforderungen**

Momentan sind die Zuständigkeiten für den Ausbildungsbereich Pflege noch auf das Sozial- sowie das Kultusministerium verteilt. Auch bestehen derzeit unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten bei der Altenpflegeausbildung und der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Um die Pflegeausbildung nicht aus administrativen Gründen zu erschweren, sind eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu schaffen.

Derzeit nehmen Amtsärztinnen und Amtsärzte der Regierungspräsidien die Abschlussprüfungen als Prüfungsvorsitzende ab. Aus Sicht der Enquetekommission wäre es besser, wenn dabei entsprechend qualifizierte Pflegekräfte zum Einsatz kämen, die konkreten Bezug zur pflegerischen Praxis und der Ausbildung verfügen.

Ebenso ist eine Berücksichtigung der bereits im Laufe der Ausbildung erbrachten Leistungen auf die Abschlussnote sinnvoll. Aktuell resultiert die Abschlussnote in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ausschließlich aus den an der Abschlussprüfung erbrachten Leistungen, während sämtliche Benotungen aus der vorangegangenen dreijährigen Ausbildung keinerlei Rolle spielen.

**Handlungsempfehlungen**

Zur klareren Ausgestaltung der Zuständigkeiten und Abschlussprüfungen der Ausbildung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt, zur Verbesserung der Ausbildung und der Arbeitsbedingungen die Zuständigkeit für den Bereich „Pflege“ komplett in einem Landesministerium zu bündeln. Diese Neustrukturierung muss auch im nachgeordneten Bereich der Regierungspräsidien entsprechend nachvollzogen werden, um für die kommende generalistische Ausbildung in den Pflegeberufen gerüstet zu sein.

b) Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, eine Geschäftsstelle einzurichten, wie dies in § 20 Abs. 6 des Landespflegegesetzes vorgesehen ist.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen am tatsächlichen Bedarf zu orientieren.

d) Es sollen akademisch qualifizierte Pflegekräfte als Prüfungsvorsitzende, die als Vertretung der Regierungspräsidien die Abschlussprüfungen abnehmen, eingesetzt werden.

e) Die Enquetekommission fordert eine deutliche Anrechnung der während der dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erbrachten schulischen Leistungen auf die Endnote. Die Anwendung eines Leistungspunktesystems,[71] das zugleich eine bessere Anknüpfung an die weiterführenden Bildungswege auf akademischem Niveau darstellen würde, soll dabei geprüft werden.

### 3.6.3 Ausbildungsinhalte

**Sachstand**

Die Ausbildung in der Altenpflege ist bundesweit einheitlich durch das Altenpflegegesetz geregelt. Die Ausbildung dauert danach drei Jahre. Sie kann jedoch auch in Teilzeitform durchgeführt werden und in diesem Fall bis zu fünf Jahre dauern.
Die Ausbildung umfasst theoretischen und praktischen Unterricht in einer Altenpflegeschule sowie die praktische Ausbildung in einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung. Unterricht und praktische Ausbildung wechseln sich meist in mehrwöchigen Blöcken ab, wobei der Anteil an der praktischen Ausbildung überwiegt.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist durch das Krankenpflegegesetz geregelt. Die Ausbildung geht über einen Zeitraum von drei Jahren. Sie schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Die Ausbildung erfolgt an staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Die Ausbildung wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in 2.100 Theorie- und 2.500 Praxisstunden aufgeteilt. Sie wird an den Krankenhäusern angeschlossenen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen durchgeführt.

[71] Leistungspunkte (= Credit Points) werden im Europäischen Hochschulraum als ECTS-Punkte vergeben. Das European Credit Transfer System (ECTS) erleichtert die Anerkennung von im In- und Ausland erbrachten Studienleistungen

**Herausforderungen**

Im Fachschulsystem existieren keine einheitlichen Curricula. Es gibt keinerlei Qualitätskontrollen, etwa durch eine Akkreditierung oder ähnliche Instrumente. Über die Festlegung von Ausbildungsinhalten kann gesteuert werden, für welche künftigen Anforderungen die Auszubildenden vorbereitet werden. Aus Sicht der Enquetekommission ist es wichtig, die Themen wie Qualifikationsmix oder Caremix in der Ausbildung zu verankern.

Sowohl für die generalistische dreijährige Pflegeausbildung wie auch für die Ausbildung zur Pflegehilfe gibt es momentan noch keine präzise Ausgestaltung. Im Mittelpunkt der Neugestaltungsvorhaben der Pflegeausbildung muss ein Bekenntnis zu den Inhalten der Altenpflegeausbildung enthalten sein.

**Handlungsempfehlungen**

Zur Sicherstellung der Vermittlung der notwendigen Ausbildungsinhalte gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt Bund und Land, die Curricula zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Bei der Überprüfung der Ausbildungsinhalte sollen die veränderten Anforderungen, die durch das vermehrte Auftreten von Demenz, Multimorbidität und anderen Krankheitsbildern gegeben sind, berücksichtigt werden.

b) In der Ausgestaltung ist die generalistische Ausbildung so zu strukturieren, dass sie auf die Pflege aller Altersstufen (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen), in allen Institutionen (Akut-, Kurzzeit- und Langzeitpflege) sowie auf das Arbeiten in beiden Finanzierungssystemen (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) ausgerichtet ist und während der Ausbildung die Setzung von Schwerpunkten zulässt.

### 3.6.4 Praxisanleitung

**Sachstand**

**Rechtliche Vorgaben zur Praxisanleitung**

Nach § 19 Abs. 5 des Landespflegegesetzes (LPflG) müssen Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen. Nach § 25 Abs. 6 LPflG ist jede Pflegefachkraft, d. h. auch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden. Die Verantwortung für eine ausreichende Fortbildung liegt bei Pflegekraft und Einrichtung, eine Stundenzahl ist bisher nicht festgelegt. Im Finanzierungsgutachten für das neue Pflegeberufegesetz wird eine jährliche Fortbildung von 24 Stunden für die Praxisanleitung angesetzt.

**Herausforderungen**

In vielen Betrieben ist die Situation der Praxisanleitung nicht ideal. Daher gilt es, die Organisation und die Finanzierung der Praxisanleitung zu verbessern. Aus Sicht der Enquetekommission muss eine komplette Refinanzierung der Praxisanleitung erreicht werden. Zu viele Einrichtungen setzen Auszubildende an Stelle von Arbeitskräften ein und überfordern sie damit. Diese negative Erfahrung kann dazu führen, dass Auszubildende ihre Ausbildung abbrechen oder nach der Ausbildung nicht in der Pflege arbeiten wollen. Der praktische Teil der Ausbildung muss gut gelingen, und die Auszubildenden müssen in allen Facetten auf die beruflichen Herausforderungen vorbereitet werden. Es muss erreicht werden, dass den Beschäftigten ausreichend Zeit für die Praxisanleitung der Auszubildenden zur Verfügung steht.

Bei der Ausbildung von Pflegekräften spielt die Qualität eine entscheidende Rolle. Die Qualität muss sowohl in der praktischen wie auch in der schulischen Ausbildung gewährleistet werden.

Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter übernehmen eine wichtige Aufgabe, die nicht „nebenbei“ erledigt werden kann. Praxisanleitung muss daher in Bezug auf den zeitlichen Aufwand in Form von Freistellungen berücksichtigt werden, ansonsten ist es schwer, Pflegekräfte für die Praxisanleitung zu gewinnen, die diese dann auch motiviert ausführen. Gute Praxisanleitung kostet Arbeitszeit, das muss bei der Aufstellung von Dienstplänen und bei der Erfüllung von Personalschlüsseln mitgedacht werden. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen Anerkennung für ihren Einsatz erfahren.

Ausbildung und Qualifikation der Lehrkräfte in Theorie und Praxis muss eindeutig festgelegt sein. Die Enquetekommission sieht es daher als notwendig an, klare Vorgaben dazu zu machen, wer in welchen Ausbildungssettings unterrichten darf. Ziel ist es, Qualitätsanforderungen für Lehrkräfte entlang deren Einsatzbereichen zu definieren. Dies gilt nicht nur für die fachschulische Ausbildung, sondern auch für die Weiterbildungen.

Bei der Förderung von Schulen für die pflegerische Ausbildung darf deren Trägerschaft keine Rolle spielen. Jede qualitativ bewährte Möglichkeit muss gleichwertig und auskömmlich gefördert werden unabhängig davon, wer als Träger auftritt. Schulen in privater Trägerschaft dürfen deshalb in finanzieller Hinsicht nicht benachteiligt werden.

**Handlungsempfehlungen**

Damit Organisation und Finanzierung der Praxisanleitung der Auszubildenden in der Pflege besser gelingen, gibt die Enquetekommission die nachstehenden Handlungsempfehlungen ab:

a) Es sind Regelungen zu den Rahmenbedingungen von Praxisanleitung zu treffen in Bezug auf den Umfang der Anleitung je Auszubildender oder Auszubildendem. Dabei sind die Zahl der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, deren Freistellung und eine entsprechende Berücksichtigung beim Personalbedarf zu regeln.

b) Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund und den Rahmenvertragspartnern, das Verhältnis von Auszubildenden in einem Betrieb zu betrieblichen Stellenanteilen für die Praxisanleitung verbindlich festzulegen.

c) Der Bund soll dafür Sorge tragen, dass den ausbildenden Einrichtungen die Kosten für die Praxisanleitung refinanziert werden.

d) Die Enquetekommission regt an, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter im Stellenschlüssel zu berücksichtigen und diese für ihre Arbeit in angemessener Weise freizustellen sowie die zur Anleitung von Auszubildenden Freigestellten in den Personalschlüsseln zu berücksichtigen.

e) Die Rahmenvertragspartner im Bereich des SGB XI sollen Praxisanleitung im Personalschlüssel berücksichtigen.

f) Die Enquetekommission empfiehlt, bei der Errechnung der Fachkraftquote die Praxisanleiter vollumfänglich zu berücksichtigen.

g) Die Einrichtungen sollen Praxisanleitung in den Dienstplan aufnehmen.

h) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Studie zur Qualifikation der Praxisanleiter in Auftrag zu geben.

i) Einrichtungen und Träger sollen ein verbindliches Curriculum für die praktische Ausbildung anwenden.

j) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Qualitätsanforderungen an die Lehrkräfte zur Sicherstellung der Qualität der jeweiligen beruflichen Tätigkeit erarbeitet werden.

k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Pflegeausbildung kostendeckend und gerecht auszugestalten, also auch Pflegeschulen in privater Trägerschaft zu 100 Prozent zu finanzieren. Die bisher getrennte Finanzierung über das Kultusministerium sowie das Sozialministerium und die BWKG soll unter Einbeziehung der bisher Beteiligten zu einer transparenten, einheitlichen Fondslösung zusammengeführt werden.

### 3.6.5 Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege

**Herausforderungen**

Lebenslanges Lernen gewinnt in der Pflege vor dem Hintergrund neuer Versorgungssituationen und neuer Bedarfe zunehmend an Bedeutung. Es bedarf dazu differenzierter Qualifizierungsoptionen. Gute Fortbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen steigern die Attraktivität des Berufsbildes Pflege insgesamt, fördern den Verbleib im Beruf und die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Pflege soll mehr Perspektiven bieten.

Die Enquetekommission spricht sich für ein klar gestuftes System von Assistenzberufen, fachschulischer Ausbildung, akademischer Ausbildung und Weiterbildungsmöglichkeiten aus. Die Durchlässigkeit muss sowohl in horizontaler sowie in vertikaler Richtung gegeben sein. Das fördert die berufliche Mobilität. Pflege muss sich für neue Aufgabenfelder öffnen, beispielsweise durch die Stärkung aufsuchender Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Anleitung und Schulung. Ebenso muss klar nachvollziehbar sein, welche Kompetenzen auf welcher Stufe benötigt werden.

Innerhalb des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) ist eine Aufwertung der Pflegeberufe von der aktuellen Eingruppierung in Stufe 4 in höhere Qualifikationsstufen zu prüfen. Die Enquetekommission betrachtet die aktuelle Eingruppierung des Kompetenzniveaus in den Pflegeberufen als ein falsches Signal für die Gesellschaft und in die Berufsgruppe.

Karrierewege müssen deutlicher aufgezeichnet werden, in Anlehnung an andere Professionen, in denen Aufstieg in der Lehre, der Berufspraxis oder der Wissenschaft möglich ist. In der Pflege ist der Aufstieg meistens mit der Übernahme von Management- oder Leitungsfunktionen verbunden. In diesem Fall gehen die Fachkräfte jedoch für die unmittelbare Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf verloren. Es muss daher eine Fachkarriere am Bett angeboten werden.

Ziel ist es, dass Pflegekräfte ebenso wie Pflegehilfskräfte verstärkt Aufstiegsmöglichkeiten ergreifen können. Weiterbildungsmöglichkeiten sollen noch bekannter gemacht werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen, die eine berufliche Weiterentwicklung durch Fortbildung oder Erweiterung der Ausbildung erschweren, sind zu überprüfen und zu beseitigen.

**Handlungsempfehlungen**

Um die Inanspruchnahme der Fortbildungsangebote und Aufstiegsmöglichkeiten zu verbessern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Es soll ein qualifiziertes und modulares Fort- und Weiterbildungsangebot erarbeitet und angeboten werden.

b) Die Enquetekommission setzt sich für quantitativ und qualitativ den Erfordernissen angepasste berufliche und akademische Ausbildungen sowie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegsperspektiven ein.

c) Die Enquetekommission regt eine Diskussion darüber an, ob es eine pflegerische Fortbildungspflicht geben sollte, die gesetzlich verankert ist.

d) Es soll ein gestuftes Qualifikationskonzept oder ein Grade Mix eingeführt werden, um einen angemessenen Einsatz der verschiedenen Kompetenzprofile für eine qualitativ gute Pflege zu ermöglichen.

e) Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten und Anbieter sind nach und beim Abschluss der Ausbildungsprüfungen von den Prüfungsgremien an jede Fachkraft weiterzugeben. Ebenso sollen Pflegedienstleitungen und Betriebsräte auf Weiterbildungsmöglichkeiten hinweisen.

f) Es sollen Informationen über die beruflichen und akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte in einer Datenbank zusammengestellt werden. Wichtig ist dabei eine aktuelle Angebotsliste, um weitergehende Informationen und eine möglichst große Gesamtübersicht zu erhalten. Das Homepage-Angebot (z. B. auf der Homepage von „Vom Fach für Menschen“) soll fortgeführt und ausgeweitet werden.

g) Es muss eine Fachkarriere angeboten werden, dazu gehören auch Lehrgänge und Studienmöglichkeiten auf Bachelor- und Masterniveau, jeweils in berufsbegleitender Ausgestaltung, verbunden mit beruflichen Perspektiven.

h) Die Enquetekommission regt an, Aufstiegsmöglichkeiten in der Berufspraxis zu stärken. Fachbezogene Weiterbildungen wie Psychiatrie, Onkologie oder ähnliche müssen eine Möglichkeit zum Aufstieg bieten, auch in finanzieller Hinsicht.

i) Höherqualifizierung muss sich auch im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) widerspiegeln. Daher soll die Aufwertung der Pflegeberufe durch eine höhere Eingruppierung innerhalb der Qualifikationsstufen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) geprüft werden.

j) Die Enquetekommission empfiehlt, die landesrechtlichen Regelungen zur Durchlässigkeit in der Pflegeausbildung weiterzuentwickeln: Vom Betreuungsassistenten über Alltagsbetreuer über den Pflegehelfer bis zur dreijährig ausgebildeten Pflegefachkraft.

### 3.6.6 Weiterbildung

**Sachstand**

Staatlich anerkannte Anbieter für Weiterbildung gibt es in Baden-Württemberg für die Bereiche Altenpflege, Heilerziehungspflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.
Für Bereiche wie Kranken- und Altenpflege erlässt das Sozialministerium Weiterbildungsverordnungen (z. B. Intensivpflege, Onkologie, Rehabilitation oder Gerontopsychiatrie).

Examinierte Absolventinnen und Absolventen der Berufe in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie sowie Hebammen mit Berufserfahrung können entsprechend ihrem Berufsabschluss ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium absolvieren:

- Universität Heidelberg:
    - Studiengang Pflegewissenschaft/Gerontologische Pflege
      (der Studiengang ist nicht zulassungsbeschränkt)

- Katholische Hochschule Freiburg:
    - Heilpädagogik
    - Management im Gesundheitswesen
    - Berufspädagogik im Gesundheitswesen
    - Pflege
    - Physiotherapie
    - Masterstudiengang Heilpädagogik

- Hochschule Esslingen:
    - Pflegepädagogik
    - Pflege/Pflegemanagement
    - Pflegewissenschaft

- Hochschule Ravensburg-Weingarten:
    - Pflegepädagogik

**Herausforderungen**

Die nicht staatlich anerkannten Weiterbildungen sind zu unübersichtlich. Sie sind sowohl in der Quantität wie auch in der Qualität nur schwer zu erfassen. Eine bessere Übersichtlichkeit könnte den Zugang erleichtert und gezielter stattfinden lassen.

Es soll geprüft werden, ob einheitliche Vorgaben auf Bundesebene für die Weiterbildung zielführend sind.

Die Enquetekommission sieht es als bedeutsam an, die Weiterbildungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Sektoren und Beschäftigungsfeldern der Pflege noch bekannter zu machen, damit sie von den Pflegenden besser wahrgenommen werden.

Bestehende Hürden für die Weiterbildung müssen abgebaut werden. Künftig sollen auch Altenpflegerinnen und Altenpfleger fachbezogene Weiterbildungen absolvieren können, bislang ist die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung Voraussetzung dafür.

Aufgrund der zunehmenden Multimorbidität und veränderter Pflegebedarfe benötigen Pflegende spezifischeres Wissen, um den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden zu können. Der Umgang mit Demenz oder mit palliativen Aspekten nimmt immer mehr an Bedeutung zu, dies muss durch den Erwerb gezielter Fachkenntnisse flankiert werden. So sollten Fachkräfte beispielsweise durch das Durchlaufen einer geriatrischen Weiterbildung zur Arbeit in Pflegeheimen befähigt werden.

Ein Weiterbildungsweg für Menschen mit einer fachpflegerischen Ausbildung ist das Studium mit dem Ziel des Bachelorabschlusses. Es sollte neben dem Bachelorabschluss jedoch weitere Qualifizierungswege wie beispielsweise Fachweiterbildungen geben.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die bestehenden Weiterbildungsangebote müssen gebündelt und bewertet werden. Sie müssen den Ausbildungsbetrieben sowie den Berufsfachschulen zugänglich gemacht werden. Die Pflegedienstleitungen sollen die Weiterbildungsangebote an die Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte weiterleiten.

b) Es ist zu prüfen, ob die Einrichtung einer Kommission auf Bundesebene, die eine bundeseinheitliche Weiterbildungsverordnung erarbeitet, eine umsetzbare Möglichkeit wäre, mehr Übersichtlichkeit in der Weiterbildung zu erreichen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Regelungen der wichtigsten Weiterbildungsmöglichkeiten wie bisher im Landespflegegesetz beizubehalten und Übersichten von Weiterbildungsangeboten zu veröffentlichen.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, geeignete Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit entsprechender Berufserfahrung zu fachlichen Weiterbildungen zuzulassen. Durch die Einführung der Generalistik entfällt die Problematik für künftige Absolventinnen und Absolventen, für die jetzigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger soll diese Möglichkeit jedoch geschaffen werden.

e) Die Enquetekommission regt an, dass die (Alten-)Pflegeschulen Curricula für geriatrische Weiterbildungen von Fachkräften entwickeln und Kurse dazu anbieten.

f) Die Enquetekommission sieht in der Weiterbildung auf Bachelor-Niveau einen wichtigen Baustein der Professionalisierung. Es soll im Pflegeberuf darüber hinaus zusätzliche, vor allem auch berufsbegleitende Weiterbildungswege geben.

### 3.6.7 Akademisierung der Pflegeberufe

**Sachstand**

**Aktueller Akademisierungsgrad in Baden-Württemberg**

Der Wissenschaftsrat geht in seinen „Empfehlungen zu den hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ davon aus, dass die Akademisierungsquote das Verhältnis von akademisch qualifizierten zu allen Auszubildenden eines Jahrgangs bezeichnet. Werden die Studienanfänger im 1. Fachsemester des Studienjahres 2013 im Studienfach „Pflegewissenschaft/-management“ (153) ins Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsanfänger des Schuljahres 2013/2014 in „Altenpflege“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ und „Gesundheits- und Krankenpflege“ (6.363, ohne Helferberufe) gesetzt, so ergibt sich eine Akademisierungsquote von 2,4 Prozent.

Eine alternative Bestimmung des Akademisierungsgrades kann auf Basis der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit erfolgen. Dabei wird die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die einen akademischen Berufsabschluss aufweisen, ins Verhältnis mit der Gesamtzahl der Beschäftigen gesetzt. Für Baden-Württemberg ergibt sich so zum Stichtag 30. Juni 2014 in der Pflege eine Akademisierungsquote von 3,6 Prozent, im Vorjahr lag sie bei 3,3 Prozent. Bei dieser Berechnung wurden die Berufsgruppen der Heilerziehungspflege und der Haus- und Familienpflege einbezogen.

**Herausforderungen**

Um die internationale Anschlussfähigkeit zu garantieren und die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, ist eine Teil-Akademisierung der Pflegeberufe zu verwirklichen.

Eine Quote von 10 bis 20 Prozent, wie vom Wissenschaftsrat empfohlen, wird angestrebt. Akademisch ausgebildete Pflegekräfte werden benötigt, um auf die sich verändernden Bedarfe und neue Herausforderungen wie multimorbide, chronisch kranke und demente Menschen mit Pflegebedarf reagieren zu können. Dazu werden Fähigkeiten wie wissenschaftliche Reflexion, Evidenzprüfung und Anpassung des professionellen Handelns benötigt. Darüber hinaus müssen Entwicklungsperspektiven für die Absolventinnen und Absolventen der Bachelorstudiengänge geschaffen werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Bereiche Medizin, Pflege und Therapie muss verbessert werden. Anstelle der (traditionellen) Trennung von Medizin, Pflege und Therapie muss eine integrierte und vernetzte Versorgung treten.

**Handlungsempfehlungen**

Zur Akademisierung der Pflegeberufe gibt die Enquetekommission nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Es soll eine Akademisierung mit Augenmaß auf der Basis der Empfehlungen des Wissenschaftsrates stattfinden.

b) Die Enquetekommission empfiehlt das Fortführen und den Ausbau der Initiative des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst zum Ausbau der Akademisierung bei weiterer Finanzierung aus den Mitteln des Ausbauprogramms „Hochschule 2012“ und des „Hochschulpaktes 2020“. In einem ersten Schritt sollen die Studienplätze in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie und im Hebammenwesen ausgebaut werden. In einem zweiten Schritt können dann weitere Therapieberufe wie Ergo- und Logotherapie berücksichtigt werden. Ebenso sollen Masterstudiengänge für spezielle Arbeitsgebiete, z. B. Psychiatrische Pflege/Mental Health, Intensivpflege eingerichtet werden.

c) Hinsichtlich der Qualität der Ausbildung empfiehlt die Enquetekommission, dass interprofessionelles Lernen und Zusammenarbeiten in der Ausbildung gefördert wird. Daher plädiert sie für eine enge Kooperation mit medizinischen Fakultäten. Die Studiengänge sollen den Studierenden weitreichende Kompetenzen vermitteln, wie z. B. die Analyse komplexer Sachverhalte, eine differenzierte pflegerische und therapeutische Diagnostik, problemlösungsorientiertes Handeln und die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte. Insgesamt soll die interprofessionelle Kooperationsfähigkeit verbessert und ein Fokus auf Prozesssteuerung gelegt werden. Konkrete Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit sind z. B. Skills Labs oder gemeinsame Lehrveranstaltungen.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, primär qualifizierende Bachelorstudiengänge für die Pflegeausbildung einzurichten, so dass etwa 10 Prozent der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen Baden-Württembergs auf Hochschulniveau angesiedelt sind. Dabei ist auch der Aspekt „Psychiatrische Pflege“ mit einem eigenen Schwerpunkt zu berücksichtigen.

e) Für akademische Abschlüsse, die vom inhaltlichen und praktischen Teil der Pflegeausbildung mit Pflegeexamen vergleichbar sind, sollen Land und Bund dafür Sorge tragen, dass die Gleichstellung bei der Fachkraftquote und die Anerkennung als Pflegefachkraft erfolgt.

**Ausgestaltung der akademischen Strukturen**

In der Landtagsdrucksache 15/6306 sind die im Studienjahr 2014/2015 in Baden-Württemberg eingerichteten Studiengänge in den Bereichen Pflege, Therapie und Hebammenwesen detailliert aufgelistet.

Zum Wintersemester 2015/16 kommen 145 zusätzliche Studienplätze in den Gesundheitsfachberufen hinzu. Das Land fördert erstmals in einer eigenen Ausschreibung die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. In einem ersten Schritt wird der Ausbau von Kapazitäten in den Bereichen Pflege und Physiotherapie der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) an den Standorten Stuttgart und Karlsruhe, der SRH Hochschule Heidelberg und der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg finanziert. Interessierte haben damit mehr Möglichkeiten, sich in diesen Berufen wissenschaftlich zu qualifizieren.

Mit dem Landesförderprogramm werden vier bereits etablierte Studiengänge zum Wintersemester 2015/16 ausgebaut: Bachelor „Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege“

der DHBW an den Standorten Stuttgart (+30) und Karlsruhe (+60), Bachelor „Pflege“ der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg (+35) sowie Bachelor „Physiotherapie“ an der SRH Hochschule Heidelberg (+20). Die Studiengänge wurden qualitätsgesichert ausgewählt. Mit den zusätzlichen Studienplätzen wird damit auf die starke Nachfrage reagiert. Bislang standen in Baden-Württemberg im Bachelorbereich rund 485 Studienplätze in der Pflege und 65 Studienplätze in der Physiotherapie zur Verfügung – die Kapazitäten erhöhen sich mit den neuen Plätzen somit um gut 30 Prozent.

**Herausforderungen**

Damit die Akademisierung gelingt, ist ein besonderes Augenmerk auf die Sicherstellung der Qualität in der hochschulischen Ausbildung zu richten.

Es muss geklärt werden, wie die staatliche Abschlussprüfung sinnvoll in das Studium integriert wird, so dass sie auch Bologna-konform ist.

Neben der inhaltlichen Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe muss die strukturelle Weiterentwicklung beachtet werden. Hochschulen müssen sich entscheiden, ob sie dual oder primärqualifzierend ausbilden und ob sie zwei oder drei Lernorte haben.

Der Ausbau von Studienplätzen muss bedarfsgerecht erfolgen. Daher sind die künftigen Arbeitgeber in die Überlegungen einzubeziehen. Es soll eine dezentrale Studienlandschaft entstehen.

**Handlungsempfehlungen**

Für die Umsetzung der Akademisierung sind aus Sicht der Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen zu beachten:

a) Die Enquetekommission empfiehlt eine kritische Auseinandersetzung mit allen Modellen der strukturellen Weiterentwicklung, vor allem mit Blick darauf, dass hochschulische Standards erreicht und eingehalten werden.

b) Die Enquetekommission empfiehlt, vor der Akkreditierung von neuen Studiengängen, die in Kooperation mit Pflegeschulen und Hochschulen stattfinden, darauf zu achten, dass die Qualifikation der Lehrkräfte für jedes Modul definiert ist.

c) Um Praxisorientierung zu gewährleisten, sollen Curricula im Zusammenspiel mit Arbeitgebern entwickelt werden. Fachschulen und Hochschulen sollen gemeinsame Curricula entwickeln. Das Studium ist praxisorientiert auszurichten.

d) Die Enquetekommission rät zu einer begleitenden Evaluation der neuen Studiengänge.

e) Die Enquetekommission empfiehlt die Fortentwicklung und Erweiterung der in der Fläche bestehenden Angebote.

Für eine Akademisierung mit dem Ziel der Fachkarriere werden folgende Handlungsempfehlungen abgegeben:

a) Land und Bund sollen Modelle für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften in der direkten Pflege entwickeln.

b) Die Einrichtungen sollen hierzu Modellprojekte durchführen.

c) Der Bund soll die berufsrechtliche Ermöglichung solcher Modellprojekte gewährleisten und Erprobungsmodelle leistungsrechtlich ermöglichen.

### 3.6.8 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

**Herausforderungen**

In Baden-Württemberg wurde in den letzten Jahren der Bereich der Pflegewissenschaft ausgebaut. Zahlreiche Akteure drängen darauf, Pflegewissenschaft an Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften als Kerndisziplin zu beheimaten. Damit könnte auch die Forschung im Bereich der Pflege besser unterstützt werden und systematische Pflegeforschungsprogramme in Deutschland gestärkt werden.

Die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex. Das Wissen um Erkrankungen und pflegerische Hilfemöglichkeiten muss deshalb entsprechend tief und weitreichend sein. International verfügt die Pflegewissenschaft bereits über einen beachtlichen und gut beforschten Wissenskörper. In Deutschland herrscht das Problem, dass Wissen aus der Forschung nicht adäquat an die Betten gelangt. Die Pflegenden sind zur Zeit oftmals nicht in der Lage, Zugang zu diesem Wissen zu finden, es umzusetzen und in ihrer unmittelbaren Pflegetätigkeit anzuwenden. Pflegeforschung muss ausgebaut und zu den Menschen mit Pflegebedarf gebracht werden. Neben dem Erwerb konkreter Kompetenzen soll der Ausbau universitärer Studiengänge vor allem die Forschung und Weiterentwicklung der Wissenschaft in den einzelnen Feldern anregen.

Die vorhandenen akademischen Angebote im Bereich der Pflege betreffen vor allem die Bereiche Management und Pädagogik. Aus Sicht der Enquetekommission muss es das Ziel sein, die Akademisierung der Pflegewissenschaft mit der Zielrichtung einer direkten Tätigkeit am Menschen zu stärken. Die Vernetzung der Pflegewissenschaften mit anderen Gesundheitswissenschaften ist anzustreben, um Synergieeffekte zu erzielen.

**Handlungsempfehlungen**

Zur Stärkung der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Es soll geprüft werden, ob und in welchem Maße die Pflegewissenschaft an weiteren Hochschulen durch Schaffung neuer Lehrstühle ausgebaut werden muss und wie die Stärkung von Pflegeforschungsprogrammen erreicht werden kann.

b) Es ist zu prüfen, ob eine curriculare Vereinheitlichung der vielfältigen Studiengänge im Bereich der Pflege sinnvoll ist.

c) Die wissenschaftliche Evaluierung von pflegepolitischen Maßnahmen ist zu verstärken.

d) Das Land soll Kooperationen beispielsweise zwischen Medizinischen Fakultäten und Pflege-Fakultäten fördern.

e) Die Enquetekommission befürwortet einen stärkeren Fokus auf den Theorie-Praxis-Transfer, damit das Wissen aus der Forschung adäquat für die Pflegepraxis und die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf nutzbar gemacht und somit das Theorie-Praxis-Gefälle minimiert wird.

f) Die Enquetekommission regt den Auf- und Ausbau eigenständiger Forschung auch in Abgrenzung zu anderen Disziplinen an.

g) Zur Ermöglichung akademischer Karrieren in der Pflege sind zusätzliche Master-Studiengänge einzurichten und Promotionen im Bereich der Pflege zu ermöglichen.

### 3.6.9 Handlungsautonomie

**Sachstand**

Nach § 63 Absatz 3c SGB V können in Modellvorhaben bislang ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten auf ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegekräfte übertragen werden.
Hierzu ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 20. Oktober 2011 ergangen. In Teil B dieser Richtlinie sind die an Pflegekräfte übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten abschließend aufgelistet; dabei handelt es sich um ärztliche Tätigkeiten bei folgenden Diagnosen: Diabetes mellitus, chronische Wunden, Demenz (ausgenommen die Palliativversorgung), Verdacht auf Hypertonus (außerhalb von Schwangerschaften), sowie um weitere einzeln aufgeführte Tätigkeiten (Teil B Nr. 2 der Richtlinie).

Nach § 63 Abs. 3b SGB V können Modellvorhaben u. a. vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung, einschließlich der Dauer, der häuslichen Krankenpflege vornehmen, soweit jene auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um eine selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. Eine entsprechende Richtlinie hierzu ist bisher nicht ergangen.

**Herausforderungen**

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

In der sogenannten Heilkundeübertragung sieht die Enquetekommission einen Baustein, um die medizinische Versorgung flächendeckend in allen Formen der Pflege zu gewährleisten.

**Handlungsempfehlungen**

a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Neuordnung der Aufgabenverteilung bzw. Verantwortungsstrukturen für die Gesundheitsberufe ein. Dazu ist eine Reform notwendig, die die Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung neu definiert.

b) Die Enquetekommission empfiehlt eine zeitnahe Auswertung der nach der Heilkundeübertragungsrichtlinie (§ 63 Abs. 3c SGB V) durchgeführten Modellvorhaben.

c) Eine Aufgabenumverteilung muss sich im Budget der Leistungserbringer widerspiegeln.

d) Die Enquetekommission regt an, dass der Bund die Heilkundeübertragung auch für andere Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsberufe ermöglicht.

**Minderheitenvoten zu Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“**

**Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Generalistische Ausbildung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.2 „Ausbildungsbedingungen“**

Die generalistische Ausbildung führt nicht nur die Pflege in den verschiedenen Altersstufen (Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege) zusammen, sie ist darüber hinaus auch noch institutionsübergreifend angelegt: Praxiseinsätze in der Akut- und Langzeitpflege, in stationären und ambulanten Einrichtungen, in Einrichtungen nach SGB V und SGB XI sind gefordert. Das überfordert einerseits die Schulen, vor allem im ländlichen Raum, weil sie nicht genügend Kooperationspartner finden können. Nicht zuletzt droht deshalb ein Engpass in praktischen Ausbildungsbereichen, wie etwa im Bereich der Kinderkliniken. Es schreckt andererseits potentielle Bewerber ab, die weite Entfernungen zwischen Schulort und den verschiedenen Praxisorten bewältigen müssen. Auch trägt die generalistische Ausbildung dem Wunsch der potentieller Bewerber nicht Rechnung, die sich gezielt für eine bestimmte Fachrichtung oder Pflegeeinrichtung zu qualifizieren. Die generalistische Ausbildung sollte daher die bisherigen Ausbildung eher ergänzen statt ablösen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür Rechnung zu tragen, dass keine Ausbildungskapazitäten verloren gehen, und das bei der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung Spielräume für verbindliche fachspezifische Ausrichtungen vorhanden sind, die den individuellen Interessen und den Rahmenbedingungen insbesondere im Ländlichen Raum gerecht werden.

**Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Pflegeausbildung im Regelbildungssystem“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.3 „Ausbildungsinhalte“**

Auch die Enquetekommission empfiehlt, die Pflegeausbildung an das gängige duale Ausbildungssystem anzupassen. Die Zuständigkeiten bei den Ministerien könnten dadurch besser gebündelt werden. Zur Absicherung der Ausbildungsinhalte und –methoden sowie zur Verbesserung von Fördermöglichkeiten in der Ausbildung (z. B. für Sprachkurse) fordern wir weitergehend, die Pflegeausbildung komplett in das duale Ausbildungssystem zu übernehmen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Landesregierung wird aufgefordert, einen Vorschlag zur Überführung der Pflegeausbildung in das reguläre duale Ausbildungssystem vorzulegen. Dieser Vorschlag soll die inhaltlichen Eckpunkte, die praktische Ausgestaltung (beispielsweise im Hinblick auf Berufsschulkapazitäten), die Konsequenzen für die momentanen Ausbildungsträger und die Kostenfolgen für die Ausbildungsträger umfassen.

**Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Akademisierung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“**

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion muss eine ausreichende Zahl geeigneter Menschen für den Pflegeberuf gewonnen werden. Dies umfasst vor allem die praktische Seite im Bereich der unmittelbaren Pflege. Die Festlegung einer starren Akademisierungsquote halten wir nicht für sinnvoll, denn dem Prozess der Akademisierung muss ein entsprechender Prozess der Entwicklung von Berufsfeldern gegenüberstehen. Ansonsten stellt sich die Akademisierung als Selbstzweck dar.

**Handlungsempfehlungen**

Die Vielfalt der Ausbildungsgänge muss im Sinne einer adäquaten Gewinnung von Pflegekräften sichergestellt werden. Starre Quoten im Bereich der Akademisierung sind aus unserer Sicht nicht sinnvoll, denn der Akademisierung muss ein entsprechend weiterentwickeltes Berufsbild gegenüberstehen. Dieser an konkreten Möglichkeiten orientierter Weiterentwicklungsprozess wird ebenso wie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in akademischem Rahmen begrüßt. Deshalb wird der Landesregierung davon abgeraten, sich an starren Ausbildungsquoten zu orientieren.

### 3.7 Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung

#### 3.7.1 Strukturmodell zur Entbürokratisierung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 entstehen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegediensten durch den Erfüllungsaufwand für die Pflegedokumentation jährliche Kosten in Höhe von 2,7 Mrd. Euro. Dieser Betrag entspricht 14 Prozent der Ausgaben der Pflegeversicherung oder 67.500 Vollzeitstellen bundesweit. Pflegefachkräfte aus dem ambulanten wie aus dem stationären Bereich wenden nach den Erkenntnissen des Statistischen Bundesamtes ca. 13 Prozent ihrer Arbeitszeit pro Schicht für die Pflegedokumentation auf. Darüber hinaus gibt es Befragungen aus der Pflegepraxis, in denen der Aufwand für die Pflegedokumentation von den Pflegenden selbst sogar mit 20 bis 30 Prozent der täglichen Arbeitszeit angegeben wird, da oft zusätzliche Erhebungen für Qualitätsmanagement oder trägerinterne Vorgaben notwendig sind. Zu dieser Einschätzung gelangte auch die Saarländische Pflegegesellschaft bei einer Umfrage im Jahr 2009.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege unterstützt, welches unter dem Fokus der Praxistauglichkeit unterschiedliche Vorschläge zur Verschlankung der Pflegedokumentation untersucht hat. Daraus entstand auf der Grundlage von Beratungen mit Expertinnen und Experten aus Fachpraxis und Fachwissenschaft unter Einbeziehung der Prüfinstanzen auf Bundes- und Landesebene sowie mit fachjuristischer Begleitung das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.

Die im Strukturmodell empfohlene Pflegedokumentation baut auf einem Pflegeprozess mit vier Elementen – wie im WHO-Modell – auf und bedient sich der neu entwickelten „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern. Die SIS wird im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt und greift die individuellen Einschätzungen und Wünsche der Menschen mit Pflegebedarf auf. Dieser Blickwinkel wird anschließend mit der pflegefachwissenschaftlichen Perspektive verschränkt.

Das Strukturmodell wurde in rund 60 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erprobt und für praxistauglich befunden. Durch das Strukturmodell kann der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Seit Anfang 2015 läuft das Projekt Ein-STEP zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells.[72] Gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger, Betroffenen- und Berufsverbänden, kommunalen Spitzenverbänden und den Ländern soll das neue Modell in die Fläche gebracht werden. Ein Projektbüro ist für die zentrale Koordination der bundesweit angelegten Aktivitäten verantwortlich. Es unterstützt die Einrichtungen beim Übergang zur neuen Pflegedokumentation und stellt die erforderlichen Schulungsmaterialien für eine qualitätsgesicherte Einführung des Strukturmodells zur Verfügung. Über 650 ausgebildete Multiplikatoren tragen ihr Wissen über das Strukturmodell in die Verbände, bieten Schulungen für Pflegeeinrichtungen an und stehen den Einrichtungen vor Ort als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei der Umsetzung des Strukturmodells zur Verfügung.

**Herausforderungen**

Die Dokumentation im Pflegebereich ist überbordend geworden; sie folgt keinem professionellen Handlungsmodus. Sie orientiert sich stark an externen Prüfungsvorgaben, trägerinternen Qualitätssicherungsvorgaben und überzogenen Haftungsängsten. Es ist dringend auf die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation hinzuwirken, und es sind geeignete Maßnahmen zu treffen, um den Dokumentationsaufwand auf ein fachlich sinnvolles Maß zu beschränken.

[72] Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Projekts unter www.ein-step.de.

Der bestehende hohe bürokratische Aufwand führt dazu, dass weniger Zeit für die direkte Pflege und Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf bleibt. Die Pflegedokumentation hat unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsmotivation und die Arbeitszeit der Pflegenden. Es muss daher gelingen, die Pflegedokumentation auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß zu begrenzen, um dadurch mehr zeitliche Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung zu schaffen. Gleichzeitig muss die Pflegedokumentation ausreichend Informationen für die bewohnerorientierte Pflege, die interne Kommunikation, die Qualitätssicherung und die Transparenz in Richtung Verbraucher beinhalten.

Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation führt nachweislich zu einer Entlastung und einer damit unmittelbar verbundenen Motivationssteigerung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem belastet das neue Strukturmodell die Pflegekräfte nicht zusätzlich in ihrem Berufsalltag, sondern stärkt durch die neue Herangehensweise ihre fachlichen Kompetenzen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission sieht im Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ein geeignetes Instrument und gibt dazu nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission spricht sich dafür aus, in möglichst vielen Einrichtungen in Baden-Württemberg schlanke Pflegedokumentationen einzuführen, die sich am Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren.

b) Die Enquetekommission regt auf Bundesebene an, die weitere Verstetigung des Projekts zur Einführung des Strukturmodells sicherzustellen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich auf Bundesebene für eine Ausweitung des Strukturmodells auf weitere Bereiche (Tages- und Kurzzeitpflege, Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) einzusetzen und ihrerseits Möglichkeiten der Umsetzung im Land zu schaffen.

d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich bei landesrechtlichen Regelungen und Vorgaben – beispielsweise bei Erlassen für die Heimaufsicht und Regelungen zur Ausbildung – an den Inhalten des Strukturmodelles zu orientieren und dessen Umsetzung zu fördern.

### 3.7.2 Pflegedokumentation

**Rechtliche Einordnung zu Art und Umfang einer Pflegedokumentation**

Im Praxistest des Strukturmodells der neuen Pflegedokumentation wurden massive Ängste sowohl beim Pflegemanagement als auch bei den Pflegenden wahrgenommen, ob die veränderte Praxis der Pflegedokumentation aus haftungs- und sozialrechtlicher Sicht tragbar sei. In den Abschlussbericht des Praxistests wurde deshalb eine Stellungnahme[73] der juristischen Expertinnen und Experten, die bereits in der Entwicklungsphase des Strukturmodells beteiligt waren, aufgenommen, um die Zulässigkeit einer schlanken Pflegedokumentation zu verdeutlichen.

Grundsätzlich soll die Pflegedokumentation der individuellen und geplanten Pflege und Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf dienen und den Pflegenden als sinnvolles Arbeitsmittel zur Verfügung stehen. Aufgrund des arbeitsteiligen Versorgungsablaufs soll durch die Einsicht in die Pflegedokumentation sichergestellt werden, dass eine angemessene Versorgung erbracht werden kann. Es genügt daher, ausschließlich Maßnahmen zu dokumentieren, die

[73] Stellungnahme der juristischen Expertengruppe im Abschlussbericht zum Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“

notwendig sind, um über den Verlauf des Betreuungs- und Pflegebedarfs ausreichend zu informieren, und damit anstehende pflegerische wie medizinische Entscheidungen zu untermauern.

Die sozialrechtlichen Vorgaben zielen in Bezug auf die Pflegedokumentation vorwiegend auf die Qualitätssicherung und die Steuerung des Pflegeprozesses ab. § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI legt die durch die Qualitätssicherung bestimmten Anforderungen an die Pflegedokumentation fest. Diese soll praxistauglich sein, den Pflegeprozess unterstützen und die Pflegequalität fördern. Außerdem darf sie die Pflegeeinrichtungen nicht über ein vertretbares wirtschaftliches Maß hinaus belasten. Hieraus folgt, dass im stationären Bereich Routinemaßnahmen der Grundpflege, deren Durchführung einmal in einer Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt sind, nicht als Einzelleistungen zu dokumentieren sind. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die organisatorischen Strukturen und Abläufe durch ein entsprechendes Qualitätsmanagement abgesichert sind. § 114a Abs. 3 Satz 3 bis 5 SGB XI enthält den wichtigen Hinweis, dass für die Beurteilung der Pflegequalität außer der Pflegedokumentation noch andere Erkenntnisquellen heranzuziehen sind. Das sind insbesondere Befragungen der Beschäftigen, der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen.

Das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung fordert in der ambulanten Pflege Einzelleistungsnachweise, da diese gleichzeitig als Abrechnungsbelege dienen. Trotzdem gilt auch im ambulanten Bereich, dass eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend ist.

**Quellen von Dokumentationspflichten**

Dokumentationspflichten ergeben sich aus den verschiedensten Ursachen.

Gesetzliche Grundlagen sind beispielsweise § 630 f. des Bürgerlichen Gesetzbuches, in dem die Dokumentation der Behandlung geregelt wird, oder die §§ 112 ff. SGB XI, wo Regelungen zur Pflegequalität festgeschrieben sind. Auch die länderspezifischen Heimgesetze enthalten Vorgaben zur Dokumentation. Ebenso können Dokumentationspflichten als Nebenpflichten aus einem Vertrag entstehen.

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement ergibt sich über freiwillige zusätzliche DIN- oder ISO-Zertifizierungen auch weiterer Dokumentationsaufwand. Schließlich sind noch träger- oder einrichtungsinterne Vorgaben zu nennen, die über die Erfassung von Kennzahlen oder Ähnlichem weiteren Dokumentationsbedarf auslösen.

**Übergänge zwischen den Sektoren lösen Dokumentation aus**

Umfangreiche Dokumentationen müssen insbesondere an den Übergängen zwischen oder innerhalb von Sektoren oder bei der Veränderung des persönlichen Pflegesettings bewältigt werden.

In der Akutpflege gilt es, die Aufnahme, die Behandlung und die Entlassung der Patientinnen und Patienten zu dokumentieren. Dabei gibt es Schnittstellen zur Hausarztpraxis, Pflegeheim, ambulantem Pflegedienst, ambulanter häuslicher Krankenpflege, Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Akteuren.

In der Tagespflege wie der Kurzzeitpflege sind ebenfalls Ereignisse wie Aufnahme, Betreuung und Beendigung zu dokumentieren. Als Schnittstellen sind hier Beziehungen zu ambulanter Pflege, Hausarztpraxis, pflegenden Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten zu nennen. Das gilt gleichermaßen für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, wobei hier in Bezug auf die tägliche Pflege noch die Schnittstelle zu den Pflegekassen betrachtet werden muss. Ebenfalls können Sonderfälle eintreten; beispielsweise Sturzereignisse in Pflegeheimen, die zusätzliche Dokumentationspflichten auslösen.

Nach Erhebungen im Rahmen des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ erfordert der reine Dokumentationsaufwand bei Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners in die Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation, bei der Kurzzeitpflege sind dies immerhin 196 Minuten.

**Herausforderungen**

Die Dokumentation in der Pflege dient sowohl einer am aktuellen pflegefachlichen Stand orientierten individuellen Pflege und der Gewährleistung von Qualität als auch der Absicherung bei kritischer Überprüfung. Aktuell sind die geforderten Dokumentationen mit großem Aufwand für das pflegende Personal verbunden. Dokumentationstätigkeiten sind fester Bestandteil des Tagesablaufs in der Pflege. In der aktuellen Ausprägung tragen sie jedoch zur mangelnden Attraktivität der Pflegeberufe bei.

Wichtigstes Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen. Eine Pflegedokumentation, die fachlich Notwendiges festhält, liefert wichtige Entscheidungsgrundlagen für eine fundierte Pflege. Neben den fachlichen Aspekten muss die Pflegedokumentation aber auch die Informationen bereithalten, welche für die interne und externe Qualitätssicherung benötigt werden. Vor allen in Bezug auf Qualitätsmanagementanforderungen sind die Belange von kleinen Einrichtungen und Initiativen zu berücksichtigen, die ihrerseits eine besondere Qualität der Teilhabe und Pflege sicherstellen, aber vielfältigen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement nicht gewachsen sind.

Die Enquetekommission sieht Handlungsbedarf beim Wechsel von Menschen mit Pflegebedarf zwischen oder innerhalb der Sektoren. Dabei gibt es Probleme an den Schnittstellen zu Hausarztpraxis, Pflegeheim, ambulantem Pflegedienst, ambulanter häuslicher Krankenpflege, Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Akteuren, die aufgelöst werden müssen. Es sollen geeignete Modelle und passende Schnittstellen entwickelt werden, die eine praktikable Übergabe der notwendigen Informationen ermöglichen. Auf die Wahrung des Datenschutzes ist ein besonderes Augenmerk zu legen. Die Mehrfacherfassung von Daten soll auf ein Mindestmaß reduziert und die Betroffenen sollen von zusätzlichen Untersuchungen und Befragungen entlastet werden.

Neue technische Möglichkeiten zur erleichterten Dokumentation müssen offensiv genutzt und in den Pflegealltag integriert werden. Den Pflegenden ist ein Instrumentarium an die Hand zu geben, welches es ermöglicht, ihre Dokumentationspflichten möglichst effektiv, mit geringem Zeitaufwand und in guter Qualität zu erfüllen.

Aus Sicht der Enquetekommission sollten lediglich Sachverhalte dokumentiert werden, die tatsächlich erforderlich sind und aus denen ein Nutzen gezogen werden kann. Dies ist auf Bundes- wie auf Landesebene zu prüfen. Auch die Träger sollten eigene interne Vorgaben in diesem Sinne überdenken.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission gibt zur effizienteren Ausgestaltung der Pflegedokumentation nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, sich weiter für eine fachlich fundierte Reduzierung der Dokumentation in der Pflege einzusetzen. Als wesentliche Voraussetzungen können dazu Wahl und Verwendung geeigneter Dokumentationsinstrumente beitragen, die eine systematische Vorgehensweise ermöglichen und eine optimale Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf unterstützen. Sie sollen weiterhin den Anforderungen an die methodische Güte entsprechen, gut verständlich sein und unmittelbar für die Pflegeplanung sowie deren Evaluation eingesetzt werden können.

b) Die Enquetekommission empfiehlt die rechtliche und finanzielle Ermöglichung einer EDV-gestützten Übergabe pflegerelevanter Informationen beim Wechsel zwischen den Sektoren oder innerhalb der Sektoren. Hierbei sind insbesondere die Überlegungen zur elektronischen Patientenakte unter Berücksichtigung des Datenschutzes weiterzuentwickeln.

c) Die Enquetekommission regt bei den Einrichtungen und ambulanten Diensten den Einsatz EDV-gestützter Systeme mit einheitlichen Standards und entsprechenden universellen Schnittstellen bei der tagtäglichen Pflegedokumentation an.

d) Die Enquetekommission empfiehlt, auf Bundes- wie auf Landesebene die Rechtsvorschriften und staatlichen Vorgaben für die Pflege in Bezug auf deren Auswirkungen auf die Dokumentation hin zu überprüfen und stärker zu systematisieren. Widersprüche sind zu identifizieren und gegebenenfalls aufzulösen. Maßstab muss die Reduzierung auf das mindestens erforderliche Maß sein, um Qualität zu sichern. Mit der gleichen Intention sollen die Einrichtungen und deren Träger ihre selbst auferlegten Vorgaben – wie Qualitätsmanagement und Haftungsvorbeugung – überprüfen.

e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, der Heimaufsicht aufzuerlegen, dass sie ihrerseits einen Beitrag dazu leistet, dass Dokumentationsanforderungen auf das notwendige Maß begrenzt werden, und dass sie ihrerseits Einrichtungen dahingehend berät, sich an den Konzepten der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

f) Die Enquetekommission empfiehlt eine klare Abgrenzung der Prüfungsgegenstände zwischen Heimaufsicht und MDK und eine gemeinsame diesbezügliche Abstimmung.

g) Die Enquetekommission empfiehlt dringend, dass die gesetzlichen Krankenkassen Regressansprüche gegenüber Heimen bei Sturzereignissen oder sonstigen kritischen Ereignissen nicht mehr regelhaft, sondern nur noch in begründeten Fällen durchzusetzen versuchen.

**Pflegedokumentation als Werkzeug professioneller Pflegearbeit**

**Herausforderungen**

Die Enquetekommission sieht in der Pflegedokumentation ein Hilfsmittel für die professionelle Pflegearbeit. Ohne Pflegedokumentation ist professionelles Pflegen nicht möglich. Die Dokumentation hat sich an den fachlichen Anforderungen und Notwendigkeiten zu orientieren, nicht an den formalen Anforderungen der Aufsichtsbehörden.

Die Führung einer aussagekräftigen Pflegedokumentation setzt eine entsprechende Fachkompetenz der Pflegefachkräfte voraus. Hier besteht noch weiterer Qualifizierungsbedarf.

Den Aspekten des Datenschutzes wird bisher in der Pflegedokumentation nicht in konsequenter Weise Rechnung getragen. Der Datenschutz gewinnt aber in unserer modernen Gesellschaft mit steigendem Vernetzungsgrad zunehmend an Bedeutung und darf in der Pflege nicht ausgeklammert werden. Die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohner zu gläsernen Menschen werden, muss abgewendet werden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission gibt zur Stärkung der Pflegedokumentation als Werkzeug professioneller Pflegearbeit nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt den Ausbildungsstätten sowie den Kranken- und Altenpflegeschulen in Zusammenarbeit mit den Hochschulen für Pflegewissenschaften, die Anforderungen an eine der Steuerung des Pflegeprozesses verpflichteten Pflegedokumentation zum zentralen Gegenstand der Ausbildung zu machen. Die Erkenntnisse und Ansätze des Strukturmodells sind hierbei einzubeziehen.

b) Die Enquetekommission empfiehlt, dass im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells Schulungs- und Qualifizierungsprogramme zur Pflegedokumentation gefordert und gefördert werden. Gefordert von nach dem WTPG zuständigen Behörden und gefördert durch das Sozialministerium in einer konzertierten Aktion mit den Verbänden der Einrichtungsträger und der Leistungsträger.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Führung der Pflegedokumentation mithilfe des Datenschutzbeauftragten des Landes zu profilieren und die datenschutzrechtlichen Anforderungen und Standards in die Schulungsprogramme aufzunehmen.

### 3.7.3 Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK

**Zwei Prüfinstanzen in der Praxis**

Die Prüfungen der Heimaufsicht gehen auf den ordnungsrechtlichen Auftrag zur präventiven und akuten Gefahrenabwehr zurück und dienen dem Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner. Grundlage der heimaufsichtsrechtlichen Überprüfung ist § 17 WTPG. Die Heimaufsicht prüft neben der Ergebnisqualität die Struktur- und Prozessqualität, bauliche Aspekte, Hygiene, Arzneimittelversorgung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen etc. und berät bei Mängeln. Die Auswahl der zu begutachtenden Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt frei. Die untere Heimaufsichtsbehörde handelt hoheitlich. Pflegeeinrichtungen werden in Baden-Württemberg im Regelfall einmal jährlich begangen. Nach einer Begehung erhalten die Einrichtungen einen Begehungsbericht, der zur Qualitätsgewährleistung der Einrichtungen dienen soll.

Der MDK prüft auf der Grundlage von § 114 SGB XI ), ob die vertraglich vereinbarten – und damit die mit den Pflegekassen abrechenbaren – Leistungen erbracht werden. Der MDK prüft in den nach SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen vorrangig die Ergebnisqualität. Das Prüfverfahren sowie die Anzahl und Auswahl der zu begutachtenden Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt nach bundesweit geltenden Vorgaben.

Seitens der Einrichtungsträger wird festgestellt, dass der Aufwand für die Durchführung und Nachbereitung von Überwachungen der Heimaufsichtsbehörden und der Prüfungen durch den MDK in den Pflegeeinrichtungen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist.

Im Rahmen der Anhörungen der Enquetekommission wurde berichtet, dass 68 Prozent der von MDK und Heimaufsicht zu prüfenden Kriterien nahezu identisch seien und eine Prüfung einen Kostenaufwand von 4.000 bis 8.000 Euro verursache.

Die Träger weisen auf eine unklare Abgrenzung der Prüfkompetenzen und auf unzureichende organisatorische Absprachen zwischen beiden Prüfinstanzen hin. Dies habe dazu geführt, dass identische Inhalte doppelt abgefragt und erfasst werden. Ebenso zeige es sich, dass zu identischen Sachverhalten unterschiedliche Bewertungen und Empfehlungen gegeben werden.

**Modellprojekt „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen § 117 Abs. 2 SGB XI“**

Das Modellprojekt „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen § 117 Abs. 2 SGB XI“ hat gezeigt, dass ein praktikables Verfahren für gemeinsame Prüfungen von Heimaufsicht und MDK auf den Weg gebracht und dieses Verfahren in vier Modelleinrichtungen erfolgreich getestet werden konnte. Dazu wurde in Baden-Württemberg als erstem Land im Vorfeld eine strukturierte gemeinsame Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach heimrechtlichen Vorschriften und nach dem SGB XI entwickelt, das dann in den vier Modelleinrichtungen im Jahr 2014 erprobt und ausgewertet wurde. Die gemeinsamen Regelüberprüfungen wurden organisatorisch effektiv und mit einer hohen fachlichen Qualität durchgeführt. Die Prüfgegenstände dieser Regelüberprüfungen wurden dabei in einer Vorbereitungsphase für Heimaufsicht und MDK abgegrenzt und die Verantwortlichkeiten klar definiert. Allerdings machte das für alle Beteiligten aufwendige Verfahren deutlich, dass es einer sehr konstruktiven Mitwirkung der Einrichtung bedarf. Soweit diese nicht gegeben ist, kann das Ziel, die Prüfung an einem Tag durchzuführen, nicht erreicht werden. Es ist deshalb geplant, das Projekt im Landkreis Ludwigsburg im Jahr 2015 in einer zweiten Phase mit einer Ausweitung auf zehn zufällig ausgewählte Einrichtungen fortzuführen und anschließend erneut zu evaluieren, um auch schwierige Konstellationen abzudecken.

**Herausforderungen**

Aus Sicht der Enquetekommission ist die Fortentwicklung des Prüfsystems der Heimaufsichten und des MDK dringend geboten. Die vorgeschriebenen Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht sind weder zeitlich noch inhaltlich ausreichend koordiniert. Dies führt zu aufwendigen Doppel- und Mehrfachprüfungen und bindet Zeit, die für die Menschen mit Pflegebedarf fehlt. Die im Heimgesetz und im SGB XI geregelten Prüfungen sowie die Kompetenzen der Prüfinstanzen sind klar voneinander abzugrenzen, die Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen ist zu verbessern.

Die Heimaufsicht in Baden-Württemberg ist auf Landkreisebene organisiert. Sie wird fachlich zentral vom Sozialministerium gesteuert. Ihre Praxis ist gleichwohl uneinheitlich und personenabhängig. Das ist aus Sicht der Enquetekommission unbefriedigend und muss verbessert werden. Selbstverständlich bedarf es Kontrollen. Wirksamer sind aber beratungsorientierte Strategien, welche die Qualitätsbereitschaft und Verantwortung der Einrichtungen würdigen und unterstützen.

Die Aufwände für die Qualitätssicherung seitens der Pflegekassen respektive des MDK beziehen sich ganz wesentlich auf stationäre Einrichtungen und nur begrenzt auf ambulante Dienste. Auf Pflege angewiesene Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit familiär versorgt werden, profitieren daher nicht oder kaum von den Qualitätssicherungsaktivitäten des MDK. Gleichzeitig verfügt der MDK durch die Daten aus den Begutachtungsverfahren über hochrelevante Informationen für ein pflegewissenschaftlich differenziertes Monitoring auf der Ebene der einzelnen Versicherten. Diese umfangreichen sozialmedizinisch relevanten Informationen werden bisher nicht für die Qualitätsentwicklung in der Pflege verwendet. In anderen Ländern werden Versuche unternommen, Begutachtungsverfahren für die Stichprobengenerierung bei Qualitätsprüfungen zu nutzen und sie einzubeziehen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission gibt zur Fortentwicklung des Prüfsystems der Heimaufsichten und des MDK nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative mit der Zielsetzung einer deutlicheren Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK einzubringen. Die Aufgabenstellung des MDK soll dabei stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI fokussiert werden. Die Erkenntnisse aus dem

Modellprojekt Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen sind dabei zu berücksichtigen.

b) Die Landesregierung wird aufgefordert, eine Konzeption zur besseren Aufgabenabgrenzung und zur Abstimmung von Kontrollbesuchen durch MDK und Heimaufsicht in Baden-Württemberg vorzulegen. Schwerpunkte davon sollen insbesondere klare Abgrenzungen der Prüfungsinhalte zur Vermeidung von Doppelprüfungen sowie eine bessere und verlässliche Terminkoordination sein. Qualitätsmanagementanstrengungen der Einrichtungen und Dienste sind dabei zu würdigen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, den MDK stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI zu fokussieren.

d) Die Enquetekommission empfiehlt den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Land Baden-Württemberg, sich an Überlegungen zu beteiligen, die Qualitätssicherungsfunktionen des MDK grundlegend neu zu bestimmen. Diese Neubestimmung soll bezogen auf alle Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen nach dem SGB XI und unter Nutzung der Begutachtungs- und Wiederbegutachtungsverfahren erfolgen. Mit entsprechend in der Qualitätssicherung gut aufgestellten Einrichtungen und Diensten ließe sich ein solches Konzept steuern. Mittelfristig soll der MDK seine Qualitätssicherungsfunktion bezogen auf Einrichtungen abgeben und durch eine konsequent subjektbezogene ersetzen.

### 3.7.4 Sicherung der Pflegequalität

**Begriff der Pflegequalität**

Im Heimbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden sich Ausführungen zum Begriff der Pflegequalität. Sie bezeichnet das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege. Erweiterte Definitionen beziehen darüber hinaus Kriterien der Wirtschaftlichkeit und des Verbrauchernutzens ein. Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Versorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen.

Der Anspruch „Qualität in der Pflege“ geht über den Begriff Pflegequalität hinaus. Gemeint ist hier die Gesamtheit der Leistungen, die sich auf die Lebenssituation der Menschen mit Pflegebedarf auswirken und damit ihre Lebensqualität bestimmen. Der multidimensionale Begriff der Lebensqualität wiederum beinhaltet neben objektiven auch subjektive Faktoren wie Würde und Selbstbestimmung.

Mit der Etablierung der Pflegewissenschaft in den 1990er Jahren wurden Theorie und Forschung zur Qualitätssicherung, insbesondere auch im Bereich Altenpflege, belebt. Die Qualitätssicherung in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein Nebeneinander von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ein zentraler Aspekt bezieht sich auf die Entwicklung sogenannter Pflegestandards.

Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden, außerhalb der Regelungen nach §113a SGB XI, Expertenstandards zu den Themen:

- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2004a),
- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004b),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“ (DNQP 2005),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2006),
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007a),

- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2009a),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2010a) sowie
- die Aktualisierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP2009b)

entwickelt.

Neben den BMG-geförderten Entwicklungen hat das DNQP inzwischen drei weitere Expertenstandards entwickelt:

- 2012 bis 2015 den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2015);
- 2011 bis 2014 den Expertinnenstandard für das Hebammenwesen „Förderung der physiologischen Geburt“ in Kooperation mit dem Verbund Hebammenforschung (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2014);
- 2013 bis 2014 den ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und mit finanzieller Förderung durch den GKV-Spitzenverband.

Im Jahr 2015 wurde die Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz initiiert. Die Konsentierung dieses Standards ist für 2017 geplant.

Durch das Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1. Juli 2008 wurden Expertenstandards zu gesetzlich vorgesehenen Instrumenten zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind nunmehr verpflichtet, Expertenstandards nach § 113a SGB XI, die erprobt und im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurden, anzuwenden.

**Abschaffung der Pflegenoten**

Mit den sogenannten Pflegenoten werden in Deutschland Pflegeeinrichtungen bewertet, die Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) erbringen. Die Noten werden durch die Landesverbände der Pflegekassen vergeben. Sie basieren auf den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Prüfdienst). Die Pflegenoten werden im Internet veröffentlicht und müssen von den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden. Die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik sind – getrennt für den vollstationären und den ambulanten Bereich – in den Pflege-Transparenzvereinbarungen festgelegt.

Die Pflegenoten werden zum 31. Dezember 2017 neu konzipiert, da sie in der aktuellen Ausgestaltung keinen echten Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen ermöglichen. Gleichzeitig wird als Übergangslösung gesetzlich geregelt, dass Kassen und Pflegeeinrichtungen die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen in der bisherigen Form weiterhin veröffentlichen. In Baden-Württemberg liegt die Durchschnittsnote sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch bei ambulanten Pflegediensten im Jahr 2015 bei 1,1. Mit einer bundesweiten Durchschnittsnote von 1,3 im Jahr 2015 sind die Abweichungen zwischen den Pflegeeinrichtungen bei den Pflegenoten so gering, dass diese nur wenig Aussagekraft für die Verbraucher besitzen.

Im Jahr 2016 wird ein Pflegequalitätsausschuss eingerichtet, der ein neues Qualitätsprüfungs- und Veröffentlichungssystem für Pflegeeinrichtungen berät und als Qualitätsprüfrichtlinie und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen beschließt. Im Qualitätsausschuss sind nun auch die Interessensverbände der Menschen mit Pflegebedarf vertreten. Die neu zu beschließenden Richtlinien treten nach dem 31. Dezember 2017 gestaffelt in Kraft.

**Herausforderungen**

Trotz intensiver Bemühungen ist das Thema Qualitätssicherung – insbesondere in der Langzeitpflege – nicht in einer befriedigenden, den fachlichen Ansprüchen genügenden Weise umgesetzt. Das Nebeneinander von MDK und Heimaufsicht bewährt sich nicht. Für die Einrichtungen ergibt sich daraus ein erheblicher Aufwand. Prüfberichte müssen so ausgestaltet sein, dass darin keine für Bewohnerinnen und Bewohner demütigenden Veröffentlichungen von Lebenssituationen enthalten sind.

Die zentralen Ziele der Qualitätssicherung müssen sich an den Vorgaben der Leistungsgesetze orientieren. Hier geht es im Wesentlichen um die Sicherung von würdigen Lebensbedingungen, die Garantie der Selbstbestimmung und die Förderung der Teilhabe. Diese Ziele stehen im Vordergrund, nicht die empirisch gesicherte Effektivität pflegerischer Maßnahmen, die einem die Langzeitpflege überkommenden Medizinmodell entspricht und Teilhabeaspekte ebenso wenig berücksichtigt wie die Dimensionen guten Lebens oder Bedingungen eines alltäglichen Unterstützungsbedarfes.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission gibt zur besseren Messung und transparenteren Darstellung der Pflegequalität nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

a) Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf nationaler Ebene für die Verbesserung der Pflegequalität durch die Entwicklung weiterer evidenzbasierter Standards für zentrale Bereiche der Pflege einzusetzen. Dazu sollen u. a. die Bemühungen des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bei der Entwicklung nationaler Expertenstandards und der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) herangezogen werden.

b) Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, den im PSG II vorgesehenen Weg, ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung zu vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität zu berücksichtigen, zielführend zu unterstützen. Für den teilstationären Bereich sind eigene Verfahren zu entwickeln.

### 3.8 Generationengerechte Finanzierung

**Einleitung**

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments (NBA) zum 1. Januar 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II wird sich auf die Kosten der Pflegeversicherung auswirken.

Infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge werden laut der Gesetzesbegründung[74] Mehrausgaben von 3,7 Mrd. Euro im Jahr 2017 und von 2,4 bis 2,5 Mrd. Euro jährlich in den Folgejahren prognostiziert. Darüber hinaus werden durch die Überleitung der Menschen mit Pflegebedarf von den Pflegestufen auf die Pflegegrade zusätzliche Kosten von insgesamt etwa 3,6 Mrd. Euro im Zeitraum von vier Jahren entstehen. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Mrd. Euro.

In Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 führt im Jahr 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Mrd. Euro jährlich.

Die Ausgaben im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit haben zugenommen.

In Baden-Württemberg ist die Förderung entsprechender Maßnahmen von 1.565.598 Euro im Jahr 2001 auf 2.957.901 Euro im Jahr 2014 angestiegen. Dazu gehören im Einzelnen:

- Familienpflege- und Dorfhilfedienste,
- niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI (seit 2003),
- Betreuungsgruppen und häusliche Betreuungsdienste, insbesondere für Menschen mit Demenz,
- Initiativen des Ehrenamts der Pflege im Sinne des § 45d SGB XI (seit 2008),
- Seniorennetzwerke zur Unterstützung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf,
- Pflegebegleiter-Initiativen.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg sind ebenfalls gestiegen. Im Jahr 2008 betrugen sie noch 2,534 Mio. Euro. 2012 waren es schon 3,047 Mio. Euro.

Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die reinen Ausgaben der Sozialhilfe-Träger für die Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg zunächst deutlich zurückgegangen. Seit dem Jahr 2001 sind sie jedoch kontinuierlich angestiegen.[75] Einschätzungen zufolge werden die Ausgaben mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut ansteigen.

**Alternative Finanzierungsmodelle**

Die Integrierte Versorgung ist eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation von den verschiedenen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren. Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V Verträge zur integrierten Versorgung schließen, z. B. einen Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim.

§ 35a SGB XI sieht die Teilnahme von Menschen mit Pflegebedarf an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX vor. Hierbei können Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) sowie Tagespflege und

[74] Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926
[75] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe

Nachtpflege (§ 41 SGB XI) in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden. Die Gutscheine können bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen eingelöst werden. Der Vorteil des Persönlichen Budgets ist, dass Menschen mit Pflegebedarf Wahlfreiheit bei der Auswahl der Leistungsanbieter haben und Leistungen, die sie brauchen, selbst zusammenstellen können. Die Betroffenen erhalten ein Gesamtbudget, aus dem sie die Leistungen zahlen können.

### 3.8.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

**Sachstand**

Die Pflegeversicherung ist eine Teilleistungsversicherung. Die Zuschüsse der Pflegekasse decken den pflegebedingten Bedarf nie vollständig ab, sondern sind durch Höchstbeträge beziehungsweise Pauschalen begrenzt. Den Versicherten verbleibt ein erheblicher Eigenanteil an den im Pflegefall entstehenden Kosten.

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialhilfeleistung nach §§ 61 ff. SGB XII zur Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können.

Das Pflegestärkungsgesetz II sieht in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die zukünftigen Pflegegrade 2 bis 5 vor, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen beziehungsweise dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Der pflegebedingte Eigenanteil wird mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigen. Alle Menschen mit Pflegebedarf der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen dann in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil.

Seit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 (BGB l. I S. 2246) werden freiwillige private Pflege-Zusatzversicherungen erstmals staatlich gefördert. Durch diese Förderung (sogenannter Pflege-Bahr) wurde eine zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit geschaffen, die die Bürgerinnen und Bürger dabei unterstützen soll, eigenverantwortlich für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurde zum 1. Januar 2015 ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (§§ 131 bis 139 SGB XI) errichtet. Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens wurden der Deutschen Bundesbank übertragen. In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Mrd. Euro pro Jahr. Bis Dezember 2033 soll Geld zugeführt werden, um ab dem Jahr 2035 künftige Beitragssteigerungen abzumildern.

**Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung**

**Herausforderungen**

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein Wertverlust der Pflegeleistungen von 20 bis 25 Prozent auf Grund von Preis- und Lohnsteigerungen zu verzeichnen, ohne dass eine entsprechende Anpassung vorgenommen worden ist. Dies führt u. a. zu einer verstärkten Inanspruchnahme eigener Einkommen und Ersparnisse sowie zur Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger und von Sozialhilfeleistungen.

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

Die pflegenden Angehörigen sind zu stärken. Die Wahlfreiheit der Menschen mit Pflegebedarf ist bei den Pflegeleistungen (u. a. Persönliches Budget) zu erhöhen.

Die Mehrheit der allein lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist weiblich. Diese verfügen im Durchschnitt über vergleichsweise niedrige finanzielle Rücklagen.[76]

Aus Sicht der Leistungserbringer ist Verlässlichkeit bei der Refinanzierung gefragt.

**Handlungsempfehlungen**

Zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

a) Es bedarf einer regelmäßigen Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung.

   Weitere zu berücksichtigende Faktoren neben der Dynamisierung der Leistungen sind die Stärkung der häuslichen Pflege, eine stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten im pflegerischen Bereich und die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Ferner sollten die Interessen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie die Gewährleistung der Beitragsstabilität berücksichtigt werden.

   Die Enquetekommission begrüßt die Einführung eines einheitlichen pflegebedingten Eigenanteils in den vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das Pflegestärkungsgesetz II.
   Darüber hinaus wird gefordert, dass der Anstieg des Eigenanteils der Menschen mit Pflegebedarf bzw. ihrer Angehöriger, z. B. durch eine dynamisierte Erhöhung der Leistungen, gedämpft wird.

   Hierzu ist eine Bundesratsinitiative für eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung einzubringen.

b) Die Landesregierung ist aufgefordert, sich für die stärkere Berücksichtigung des allgemeinen Begleitungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen des SGB XI einzusetzen.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Situation von alleinlebenden Frauen mit Pflegebedarf besonders in den Blick zu nehmen. Das Sozialrecht muss geschlechtergerecht ausgestaltet werden. Finanzielle Risiken für pflegende Angehörige müssen abgemindert werden, da überproportional viele Frauen zugunsten der Pflegearbeit auf Erwerbstätigkeit verzichten. Es ist zu prüfen, in wieweit der Rentenanspruch der pflegenden Angehörigen zu reformieren ist.

d) Außerdem empfiehlt die Enquetekommission die Einführung eines persönlichen Budgets und gleichen Zugang zu den Leistungen unabhängig von der Versorgungsform.

   Die Landesregierung wird aufgefordert, Modellprojekte zur Erprobung von Persönlichen Budgets für Menschen mit Pflegebedarf zu entwickeln.

**Zukünftige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme**

In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung der Sozialversicherungssysteme eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.

[76] DIW Wochenbericht, 14+15 2015

**Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD**

**Herausforderungen**

Die Pflegepolitik steht vor einem tiefgreifenden Strukturwandel, für den es einen soliden, nachhaltigen und gerechten Finanzierungsrahmen braucht.

Die Risiken zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung (PPV) sind sehr unterschiedlich verteilt, da die Versicherten in der PPV nicht nur deutlich einkommensstärker sind, sondern auch eine niedrigere Pflegeprävalenz haben, da sie im Schnitt jünger sind. Der Anteil der Männer in der PPV ist hoch, was ebenfalls ein Vorteil ist, da bei ihnen eine geringere Wahrscheinlichkeit besteht, pflegebedürftig zu werden.

Die soziale Pflegeversicherung ist eine Teilleistungsversicherung und bedarf daher der Ergänzung durch private Mittel. Einkommen oder Vermögen sind jedoch entscheidend, wenn es um die Spielräume geht, die Menschen mit Pflegebedarf in Privathaushalten für eine selbstständige Lebensführung haben. Hier müssen bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker in den Fokus gerückt werden, auch um einen starken Anstieg von Sozialhilfeempfängern zu vermeiden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern eine Abkehr vom Zwei-Säulen Modell aus sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung und die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung:

- Soziale Risiken können so abgefedert werden. Ein rasanter Anstieg der Beiträge aufgrund der demografischen Entwicklung kann verhindert werden. Die Pflege-Bürgerversicherung bietet finanziellen Spielraum für eine Leistungsausweitung und eine Dynamisierung der Leistungen.

- Versicherte sollen weiterhin ihre Versicherung freiwählen können. Freiwillige Zusatzversicherungen sollen auch zukünftig abgeschlossen werden können.

- Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung sollen regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung angepasst werden.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern deshalb die Landesregierung auf, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Einführung einer Bürgerpflegeversicherung zu ergreifen.

Als kurzfristige Maßnahme bis zur Einrichtung der Bürgerpflegeversicherung ist ein Finanzausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung einzuführen.

**Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP**

**Herausforderungen**

Die Pflegepolitik steht vor einem tiefgreifenden Strukturwandel, für den es einen soliden, nachhaltigen und gerechten Finanzierungsrahmen braucht.

Die soziale Pflegeversicherung ist und wird weiterhin eine Teilleistungsversicherung sein und bedarf daher der Ergänzung durch private Mittel. Einkommen oder Vermögen sind jedoch entscheidend, wenn es um die Spielräume geht, die Menschen mit Pflegebedarf in Privathaushalten für eine selbstständige Lebensführung haben. Hier müssen bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker in den Fokus gerückt werden, auch um einen starken Anstieg von Sozialhilfeempfängern zu vermeiden.

**Handlungsempfehlungen**

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP sprechen sich dafür aus, die gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung als eigenständige Systeme beizubehalten. Auch in der Anhörung konnte außer kurzfristigen Finanzierungseffekten zugunsten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum Nachteil der privat Versicherten kein nachhaltiger Vorteil in Bezug auf ein anderes Finanzierungssystem genannt werden.

**Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung**

**Herausforderungen**

Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert. Momentan ist bei vielen Menschen das Bewusstsein nicht stark genug, dass – im Gegensatz zur Krankenversicherung – die Pflegeversicherung keinen vollständigen Leistungsabdeckungsanspruch hat. Das führt im Pflegefall oftmals zu Finanzierungslücken und sozialstaatlichem Unterstützungsbedarf.

Politik und Gesellschaft sind daher aufgerufen, das Bewusstsein der Eigenvorsorge für den Pflegefall zu stärken und zu unterstützen.

Ein nachhaltiges Pflegeversicherungssystem muss gewährleistet werden.

Gute Pflege kostet und wirkt sich auch in der Höhe der Beitragssätze aus.

Die Lasten der Pflege sind sozial und gerecht zu verteilen. Die Leistungserbringung für die Generation der sogenannten Babyboomer muss gesichert werden. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen aber begrenzt bleiben.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission spricht sich für die Beibehaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung aus. Alle an der Pflege beteiligten Kassen und Institutionen werden gebeten, verstärkt an die Eigenvorsorge zu appellieren.

Die Landesregierung wird aufgefordert, bei der Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade und der Änderung des Begutachtungsverfahrens auf die erforderliche Anpassung an die Landesrahmenverträge hinzuwirken.

**Pflegevorsorgefonds und Eigenvorsorge**

In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung über den Pflegevorsorgefonds und der Eigenvorsorge eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.

**Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD**

**Herausforderungen**

Der Pflegevorsorgefonds ist nicht nachhaltig und generationengerecht. Die Idee des Fonds beruht auf einer falschen Annahme. Er soll den Beitragssatz zur Pflegeversicherung solange stabil halten, bis die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf ab dem Jahr 2055 wieder abnimmt. Allerdings wird auch die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zurückgehen. Das heißt, der Beitragssatz wird in der ferneren Zukunft nicht etwa sinken, sondern konstant hoch bleiben.

Zudem ist das eingeplante Kapital viel zu gering. Ausgehend von einem Beitragssatz von vier Prozentpunkten in den Jahren ab 2050 wird die Entlastung aus dem Fonds kaum bemerkbar werden.

Es ist nicht genau festgelegt, wofür die Rücklagen verwendet werden sollen, d. h. möglicherweise werden Leistungsausweitungen oder ähnliches damit finanziert.

Die private Vorsorge muss neu organisiert werden. Dabei müssen vor allem einkommensschwache Gruppen ins Auge gefasst werden.

Ob Eigenvorsorge getroffen wird, ist dem Einzelnen zu überlassen.

Der „Pflege-Bahr“ ist mit der Zahl der Abschlüsse hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Nach einer Stellungnahme der Deutschen Bundesbank[77] werden Zusatzversicherungen als steuerlich subventionierte Mitnahmeeffekte vor allem durch einkommensstärkere Schichten in Anspruch genommen. Dies kommt einer inversen Umverteilung von unten nach oben gleich und macht die Privatvorsorge für untere und mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv. Die Lücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den nicht abgedeckten Pflegekosten wird nicht geschlossen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung ist beizubehalten. Experimente zum Kapitaldeckungsverfahren sind abzulehnen. Insofern ist der Pflegevorsorgefonds aufzulösen. Freiwerdende Mittel sind zur Ausfinanzierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu verwenden.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD appellieren an den Bund, den Pflegevorsorgefonds nach den §§ 131 ff. SGB XI ersatzlos zu streichen und die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen zu verwenden, z. B. zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der Bund, das Land und die Kassen sind gehalten, die Menschen auf Beitragserhöhungen vorzubereiten.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD empfehlen die Abschaffung des sogenannten Pflege-Bahrs auf Bundesebene.

Die Landesregierung wird deshalb gebeten, eine Bundesratsinitiative zur Einstellung der staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen einzubringen.

**Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP**

**Herausforderungen**

Der Aufbau eines Kapitalstocks stärkt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die umlagefinanzierte Pflegeversicherung.

Mit dem Pflegevorsorgefonds können ab dem Jahr 2035, in dem eine besonders hohe Zahl von Menschen mit Pflegebedarf, u. a. die sogenannte Baby-Boomer-Generation, zu versorgen ist, mögliche Beitragssteigerungen abgefedert werden.

Eine ergänzende private Eigenvorsorge wie durch den sogenannten Pflege-Bahr trägt dazu bei, die eigenen finanziellen Belastungen abzumildern. Sie ist eine notwendige und sinnvolle Ergänzung zur Pflegeversicherung.

[77] Deutsche Bundesbank (2012): Monatsbericht, September 2012

**Handlungsempfehlungen**

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP empfehlen, den Pflegevorsorgefonds nicht nur beizubehalten, sondern auch fortzuentwickeln.

Die Landesregierung ist angehalten, die Weiterentwicklung und positive Begleitung der Eigenvorsorge im Pflegefall, auch unter Verweis auf staatlich geförderte private Vorsorge, voranzutreiben.

### 3.8.2 Investitionskosten

**Sachstand**

Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Der laufende Betrieb von Pflegeeinrichtungen wird zum größten Teil durch die Vergütung für erbrachte Pflegeleistungen (§ 82 Abs. 1 SGB XI) finanziert. Nach dem Landespflegegesetz (LPflG) können Investitionsmaßnahmen bei Pflegeheimen gefördert werden. Die Förderung von Pflegeheimen nach dem LPflG ist eine gemeinsame Aufgabe von Land, Stadt- und Landkreisen sowie Gemeinden.

Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen dürfen den Menschen mit Pflegebedarf nur unter den Voraussetzungen des § 82 Absätze 3 und 4 SGB XI gesondert berechnet werden.

**Herausforderungen**

Neben den stationären Pflegeeinrichtungen ist eine stärkere Umsetzung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in kleinräumigen und strukturschwachen Gebieten erforderlich.

In Folge des Auslaufens der Objektförderung und der Umsetzung der Landesheimbauverordnung bedarf es geänderter Kriterien zur Refinanzierung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen.

Investitionskosten für den Pflegebereich sind in den Pflegesätzen nicht in ausreichendem Maße abgebildet. Vor allem absehbar steigende Kosten für Immobilien werden für viele Pflegeeinrichtungen zur Herausforderung.

Das Bundessozialgericht hat in drei Urteilen vom 8. September 2011[78] zur gesonderten Berechnung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 SGB XI das Tatsächlichkeitsprinzip entwickelt. Danach können nur solche in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht berücksichtigungsfähigen Aufwendungen durch gesonderte Berechnung auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner umgelegt werden, die bei ihrer Inanspruchnahme entweder bereits angefallen sind oder im Berechnungszeitraum sicher anfallen werden.

Der Bundesgesetzgeber hat auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts reagiert und den § 82 Abs. 3 in dem Sinne geändert, dass eine Pauschalierung der Investitionskosten weiterhin möglich ist.

[78] Aktenzeichen B 3 P 2/11 R, B 3 P 3/11 R und B 3 P 4/10 R

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission empfiehlt:

a) eine stärkere Förderung der ambulant betreuten Wohnformen, beispielsweise im Rahmen des Innovationsförderungsprogramms Pflege;

b) für den Fall, dass die Selbstverwaltung zeitnah zu keiner einvernehmlichen Regelung bei der Refinanzierung der Investitionskosten gelangt, den Erlass einer Rechtsverordnung durch das Sozialministerium gemäß § 82 SGB XI.

c) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Gutachten über Investitionskosten und Investitionskostenlücken bei Pflege- und Eingliederungseinrichtungen in Auftrag zu geben und nach der Auswertung mit den Trägern der Einrichtungen eine Maßnahmenplanung zur Linderung von Investitionslücken vorzulegen.

### 3.8.3 Häusliche Krankenpflege

**Herausforderungen**

Mit der Abkürzung von Krankenhausaufenthalten und der Zunahme der Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten in der eigenen Häuslichkeit gewinnt die häusliche Krankenpflege zunehmend an Bedeutung. Die Ausgabensteigerung in diesem insgesamt von geringen Kosten geprägten Leistungsbereich veranlassen eine Reihe von gesetzlichen Krankenkassen zum Einsatz von Kostensteuerungsinstrumenten, die sowohl zu einer Verlängerung der Bewilligungsverfahren als auch zu der Versagung von Rechtsansprüchen führen. Damit werden die Kassen ihrem Sicherstellungsanspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege in vielen Fällen nicht mehr gerecht.

Die Refinanzierung der häuslichen Krankenpflege konzentriert sich auf Einzelleistungen, die den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur häuslichen Krankenpflege folgen. Damit kommen in der Finanzierung die bedeutsamen Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses zu kurz. Häufig sind die Pflegekräfte, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, die einzigen Fachkräfte, die Zugang zum Haushalt der auf Pflege angewiesenen Menschen haben.

Eine besondere Bedeutung kommt den Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu. Außerhalb der leistungsrechtlichen Tatbestände der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind in der Sterbephase befindliche Menschen in der eigenen Häuslichkeit auf eine verlässliche Unterstützung im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung angewiesen. Die häusliche Krankenpflege stabilisiert und qualifiziert die Versorgungssituation, auch für die Angehörigen. In Modellprojekten konnte der hohe Nutzen einer hochwertigen ambulanten Palliativversorgung nachgewiesen werden. Einer solchen Praxis stehen zum Teil restriktive Genehmigungsverfahren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege einiger Krankenkassen entgegen. Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, eine kostendeckende Finanzierung der häuslichen Krankenpflege, als ambulante Pflege im Anschluss an stationäre Aufenthalte, zu ermöglichen.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission fordert das Sozialministerium auf, die Kostensteuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenkassen zur Begrenzung der Ausweitung der Verordnungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf ihre fachliche und rechtliche Belastbarkeit hin zu überprüfen und an einem runden Tisch mit Leistungserbringern, Leistungsträgern und Vertretern von Versicherten die Befunde zu diskutieren.

Die Enquetekommission bittet die Landesregierung, an den G-BA zu appellieren, darauf hinzuwirken, dass der Leistungskatalog für die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V um näher zu beschreibende Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses ergänzt wird. Für den Fall, dass dies nicht gelingt, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung, über eine Bundesratsinitiative entsprechende Regelungen im SGB V zu treffen.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, beim Bund eine Anpassung des § 37 Abs. 1 SGB V dahingehend anzuregen, dass die DRG-Systematik berücksichtigt wird und Leistungen gewährt werden, wenn diese geeignet oder notwendig sind, um einen Krankenhausaufenthalt zu verhindern oder um nach einem zu kurzen Aufenthalt wieder zu genesen.

Die Enquetekommission mahnt an, dass sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer auf Verfahren der Bewilligung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im häuslichen Bereich verständigen. Diese Verfahren müssen zu einer unbürokratischen, schnellen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellenden Genehmigung der Leistungen führen.

### 3.8.4 Sektorengrenzen

**Sachstand**

Bei den Übergängen zwischen ambulanter Pflege, Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen sowie stationären Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen kommt es auch in der Finanzierung zu Überschneidungen. Leistungen gemäß des Hospiz- und Palliativgesetzes werden zwar auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht, werden aber finanziell derzeit nicht berücksichtigt.

**Herausforderungen**

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

In der Praxis findet die Integrierte Versorgung in Pflegeheimen nicht die erwünschte Resonanz, da sie selektiv hinsichtlich der beteiligten Krankenkassen und damit auch der Bewohnerinnen und Bewohner ist, zu einem bürokratischen Mehraufwand führt und damit auch zu fehlender Akzeptanz.

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

Die Vergütungssätze der Krankenkassen im Rehabilitationsbereich werden als zu gering eingeschätzt. Die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner Verbesserung geführt, weil der Bundesgesetzgeber keine Vorgaben zur leistungsgerechten Vergütung gemacht hat. Ferner sind die Einrichtungen von den Patientenzuweisungen seitens der Krankenkassen abhängig, so dass sie bei Anrufung der Schiedsstelle mit künftigen Belegungsrisiken rechnen müssen. Bei gleichbleibenden Vergütungssätzen sind Einrichtungen von Schließungen bedroht.

Zwischen stationär und ambulant versorgten Menschen mit Pflegebedarf findet keine Gleichbehandlung statt. Es ist eine fachlich nicht nachvollziehbare und rechtspolitisch nicht vertretbare Form der Ungleichbehandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von Leistungen der Behandlungspflege als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere für die Langzeitpflege, tatsächlich aber auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Das geplante Pflegeberufegesetz kennt künftig als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege insbesondere die Steuerung des Pflegeprozesses. Vorbehaltsaufgaben kommen im heutigen Leistungsrecht zu kurz. Gleichzeitig werden praktische Unterstützungsleistungen der Hauswirtschaft oder der Grundpflege und Betreuung als Sachleistungen vorgesehen – und damit zum Teil an Qualitätsvorgaben gebunden, die nicht zielführend sind. Es liegt nahe, Überlegungen der Strukturreform zur Pflege und Teilhabe insofern aufzunehmen, als die Formulierung von Sachleistungsansprüchen stärker auf fachpflegerische Inhalte und die für die Fachpflege niedergelegten Vorbehaltsaufgaben zu konzentrieren ist. Das gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind dem gegenüber Leistungen der hauswirtschaftlichen Unterstützung, der Betreuung (Assistenz) sowie bestimmte Aufgaben der Grundpflege, in denen nicht die persönliche Tätigkeit einer Fachkraft erforderlich ist, stärker zu flexibilisieren. Insofern spricht viel dafür, diese Leistungen eher in Form von Sach- oder auch von Persönlichen Budgets zu gewähren, welche auf individuellen Aushandlungen mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen basieren.

Notwendig ist eine integrierte Versorgung, die eine übergreifende Versorgungskette etabliert und dabei den Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegebereich umfasst sowie Versorgungslücken vermeidet. Es herrscht Forschungsbedarf über die Qualität ausländischer ganzheitlicher Versorgungstrukturen in komparatistischer Hinsicht.

Der Anstieg von Patienten mit Demenz im Krankenhaus stellt die Krankenhäuser vor finanzielle Herausforderungen. Um auf die speziellen Bedarfe der Menschen mit Demenz eingehen zu können, hat sich die Beschäftigung einer 1:1 Alltagsbegleitung als sinnvoll erwiesen. Momentan müssen die Krankenhäuser die Kosten für die Begleitung selbst aufbringen, da weder im SGB V noch im SGB XI eine Finanzierung vorgesehen ist.

**Handlungsempfehlungen**

Die Enquetekommission empfiehlt:

a) die schrittweise Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen;

b) die leistungsrechtliche Ermöglichung von Modellprojekten, bei denen stationäre Einrichtungen „ambulantisiert“ werden, d. h. Modellprojekte, bei denen in den stationären Einrichtungen eine Pflege nach ambulanten Maßstäben erfolgt und entlohnt wird;

c) die Zuständigkeit für die Leistungen der Behandlungspflege auch im stationären Bereich zügig der Krankenversicherung rückzuübertragen.

Die Landesregierung wird aufgefordert,

d) ein Modellprojekt zu entwickeln, das eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen beim Übergang in die Pflege vorsieht unter Berücksichtigung von Erfahrungen in anderen Staaten;

e) Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung zu initiieren;

f) gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und den anderen Ländern eine Gesetzesinitiative zu ergreifen, die die Rückverlagerung der Zuständigkeit für die Behandlungspflege in Heimen auf die gesetzliche Krankenversicherung zum Gegenstand hat. Damit würden auf der einen Seite Kommunen als Sozialhilfeträger und Privatzahler entlastet und auf der anderen Seite die Krankenkasse belastet;

g) darauf hinzuwirken, dass der Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz im Krankenhaus finanziell abgebildet wird. Eine Refinanzierung der Kosten für eine 1:1 Be-

treuung durch Alltagsbegleitungen soll im SGB V oder SGB XI aufgenommen werden.

Außerdem empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwieweit die als Sachleistungen zu gewährenden fachpflegerischen Leistungen stärker im Sinne der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege profiliert werden können und müssen und welche Möglichkeiten bestehen, sie aus einer Hand zu finanzieren und zu steuern.

Gleichzeitig soll die Landesregierung anregen, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch dazu zu nutzen, das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung zu flexibilisieren, soweit es sich um Leistungen handelt, in denen die persönliche Tätigkeit einer Pflegefachkraft nicht erforderlich ist.

So sollen systematisch Erfahrungen mit Sachleistungs- und Persönlichen Budgets gesammelt werden und auf eine entsprechende Weiterentwicklung des Leistungsrechtes auf Bundesebene hingewirkt werden.

## 4 Beschlussempfehlung

Der Landtag wolle beschließen,

1) a) den vorliegenden Bericht zur Kenntnis zu nehmen und

   b) die Handlungsempfehlungen in Berichtsteil 3 zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

2) die Landesregierung zu ersuchen,

   a) die Handlungsempfehlungen zur Pflegekammer (Abschnitt 3.1.5) und zur Landesheimpersonalverordnung (Abschnitte 3.3.7 und 3.5.4) umzusetzen und dem Landtag zu den in Berichtsteil 3 für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen jeweils vorgesehenen Zeiten über das Ergebnis der Umsetzung zu berichten.

   b) dem Landtag bis zum 28. September 2016 eine Bewertung zu den Handlungsempfehlungen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1.1, 3.2.1.2, 3.2.1.3, 3.2.1.4, 3.2.1.5, 3.2.2.1, 3.2.2.2, 3.2.2.3, 3.2.2.4, 3.2.2.5, 3.2.2.6, 3.2.2.7, 3.2.2.8, 3.2.2.9, 3.2.2.10, 3.2.2.11, 3.2.3.1, 3.2.3.2, 3.2.3.3, 3.2.3.4, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5, 3.4.6, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.7.1, 3.7.2, 3.7.3, 3.7.4, 3.8.1, 3.8.2, 3.8.3 und 3.8.4 vorzulegen, bis zum 31. Januar 2017 mitzuteilen, welche Maßnahmen zur Umsetzung dieser Empfehlungen beabsichtigt sind und danach jeweils zeitnah über das Ergebnis der Umsetzung der Empfehlungen zu berichten.

## 5 Anhang

**Anhang 1**

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

| Nummer | Termin | Art der Sitzung | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| 1. | 30. April 2014 | nicht öffentliche Sitzung | Konstituierende Sitzung |
| 2. | 27. Juni 2014 | nicht öffentliche Sitzung | Vorstellung der externen Mitglieder, Abstimmung Antrag Nr. 1, Schwerpunktsetzung und weiteres Vorgehen |
| 3. | 26. September 2014 | nicht öffentliche Sitzung | Auswertung der Stellungnahme zum Antrag Nr. 1 |
| 4. | 24. Oktober 2014 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Thema: "Gute Arbeit in der Pflege" (Fachgespräch) |
| 5. | 3. Dezember 2014 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Thema: „Aus- und Weiterbildung“ |
| 6. | 23. Januar 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Thema: „Pflege, Familie und Gesellschaft“ |
| 7. | 27. Februar 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Themen: „Stationäre Altenpflege“; „Akutpflege und Akutversorgung“ |
| 8. | 20. März 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Themen: „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“; „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ |
| 9. | 24. April 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Themen: „Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung“; „Finanzierung“ |
| 10. | 22. Mai 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Themen: „Demenz, Behinderung, Psychische Gesundheit“; „Gender, Kultursensibilität, Palliativpflege“ |
| 11. | 3. Juli 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Themen: „Rehabilitation und Prävention“; „Pflegekammer“ |
| 12. | 24. Juli 2015 | Öffentliche und anschließend nicht öffentliche Sitzung | Verbändeanhörung |
| 13. | 9. Oktober 2015 | nicht öffentliche Sitzung | |
| 14. | 13. November 2015 | nicht öffentliche Sitzung | |
| 15. | 4. Dezember 2015 | nicht öffentliche Sitzung | |
| 16. | 22. Januar 2016 | nicht öffentliche Sitzung | |
| | 27. Januar 2016 | Plenum | Beratung des Berichts und der Empfehlungen der Enquetekommission |

**Anhang 2**

**Übersicht über die Protokolle der öffentlichen Sitzungen**

*Hinweis:*
*Die vollständigen Protokolle sind unter Eingabe der Kategorie „Enquetekommission" aus der Mediathek des Landtags von Baden-Württemberg www.landtag-bw.de abrufbar.*

2.1 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Gute Arbeit in der Pflege" vom 24. Oktober 2014

2.2 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Aus- und Weiterbildung" vom 3. Dezember 2014

2.3 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Pflege, Familie und Gesellschaft" vom 23. Januar 2015

2.4 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Stationäre Altenpflege" und „Akutpflege und Akutversorgung" vom 27. Februar 2015

2.5 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Ambulante häusliche Pflege u. Häusliche Krankenpflege"; „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum" vom 20. März 2015

2.6 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung"; „Finanzierung" vom 24. April 2015

2.7 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Demenz, Behinderung und Psychische Gesundheit"; „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege" vom 22. Mai 2015

2.8 Protokoll der öffentlichen Anhörung zum Thema „Rehabilitation und Prävention"; „Pflegekammer" vom 3. Juli 2015

2.9 Protokoll der öffentlichen „Verbändeanhörung" vom 24. Juli 2015

**Anhang 3**

**Landtag von Baden-Württemberg** **Antrag Nr. 1**
**15. Wahlperiode**

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

# Antrag

**der Abg. Thaddäus Kunzmann u. a. CDU,**
**der Abg. Bärbl Mielich u. a. GRÜNE,**
**der Abg. Rainer Hinderer u. a. SPD und**
**des Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP**

**Bestandsaufnahme der „Pflege“ in Baden-Württemberg**

Die Kommission wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen

zu berichten,

1. wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen (unterteilt nach Familienstand und Anzahl der Kinder) in Baden-Württemberg seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 entwickelt hat (bitte differenziert nach Jahren und den Pflegestufen im Sinne von § 14 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) inklusive der „Pflegestufe 0“) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

2. wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf die Bereiche der häuslichen Pflege, der Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Pflege in voll- und teilstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg seit 1995 verteilt (unterschieden nach privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern sowie nach städtischen und ländlichen Regionen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

3. wie sich die Zahl hochbetagter, chronisch kranker, multimorbider, dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger in Baden-Württemberg jeweils seit 1995 entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

4. wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund seit 1995 entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

5. wie sich die Altersstruktur der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg darstellt (fünf-Jahresschritte);

6. wie sich die Zahl der Pflegeheimplätze seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet (unterschieden nach städtischen und ländlichen Regionen);

7. wie hoch die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen und sonstigen Wohnformen ist;

8. wie sich die Zahl der teilstationären Angebote seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet (unterschieden nach städtischen und ländlichen Regionen);

9. wie sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat (differenziert nach Trägern und mit Angabe der jeweiligen Vollzeitdeputate der Mitarbeiter), wie hoch die durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst ist und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

10. welche Entwicklung ihr bezüglich der Anzahl alternativer Wohnformen (abgesehen von voll- und teilstationären Einrichtungen und häuslicher Pflege) seit 1995 in Baden-Württemberg bekannt ist und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

11. wie sich die Zahl der Personen, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat (unterschieden nach Empfängern von Geld- und Sachleistungen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

12. wie sich die Zahl der Personen aus Baden-Württemberg, die sich im Ausland pflegen lassen, seit 1995 entwickelt hat (differenziert nach deutschen Staatsbürgern und Bürgern mit anderen Nationalitäten) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

13. wie sich die Zahl der pflegenden Menschen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres, differenziert nach Familienangehörigen, ehrenamtlich tätigen Personen, hauptberuflich tätigen Personen im ambulanten Bereich und hauptberuflich tätigen Personen im voll- und teilstationären Bereich) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

14. wie alt die Personen, die in Baden-Württemberg im häuslichen Bereich Angehörige pflegen, im Durchschnitt derzeit sind, wie hoch dabei der Anteil von Frauen bzw. Männern derzeit ist und über wie viele Monate bzw. Jahre diese Personen Angehörige durchschnittlich pflegen und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

15. wie sich die Zahl der in der Pflege beschäftigten Personen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres und differenziert nach Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern, Altenpflegehelfern, Betreuungskräften und weiteren Berufsgruppen, unter Angabe der Herkunftsländer der beschäftigten Personen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

16. wie sich die Zahl der Auszubildenden in Pflegeberufen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres und differenziert nach Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern und Altenpflegehelfern, unter Angabe der Herkunftsländer der beschäftigte Personen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

17. wie viele Pflegekräfte und Auszubildende ihre Tätigkeit oder Ausbildung in Pflegeberufen abbrechen und wie lange die durchschnittliche Verweildauer von Pflegekräften in dieser Tätigkeit durchschnittlich ist (aufgeschlüsselt nach Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen);

18. wie viele arbeitslos gemeldete Pflegefachkräfte den nicht besetzten Pflegefachkraftstellen gegenüber stehen;

19. wie sich der Bedarf an Pflegefachkräften hochgerechnet auf die Anzahl der Pflegebedürftigen auf Grundlage der bisherigen Personalschlüssel entwickeln wird;

20. wie hoch die Anzahl der Betreuungskräfte in Abgrenzung zu Pflegefachkräften in Baden-Württemberg ist (differenziert nach Anstellung bei einem Haushalt, Anstellung bei einem Unternehmen oder als selbständige Betreuungskraft) und wie hoch sie die Anzahl der Betreuungskräfte einschätzt, die in diesen Verhältnissen ohne Einhaltung der Arbeits- und Sozialversicherungsvorschriften oder ordnungsgemäße steuerliche Erfassung tätig sind;

21. welche Beratungsangebote es derzeit für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen gibt;

22. wie sich die Ausgaben des Landes im Bereich der Pflege seit 1995 entwickelt haben (aufgeschlüsselt nach Investitionskostenförderung, Maßnahmen im Vor- und Umfeld der Pflege, Prävention und Modellprojekten);

23. wie sich die Ausgaben der Pflegeversicherung und die Ausgaben der Kommunen für die Hilfe zur Pflege seit 1995 entwickelt haben;

24. wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, die die Kosten für ihre Pflege nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können und daher Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

25. wie sich die Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

26. wie viele Menschen aktuell Rehabilitationsleistungen (medizinische und geriatrische) erhalten und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;

27. mit Verweis auf den Passus im Einsetzungsantrag der Enquetekommission (Drucksache 15/4977)
„Um die Pflege zukunftsorientiert gestalten zu können, ist bei der Erhebung der Daten (…) ein differenzierender Blick auf die Kategorien Alter, Geschlecht und Kultur notwendig“ bittet die Kommission insbesondere bei den Ziffern 1., 3., 4., 10., 12., 13. und 16. um Angabe des jeweiligen Frauen- bzw. Männeranteils. Bei der Stellungnahme soll, mit Ausnahme der Stellungnahme zu Ziffer 12., nach Regionalität (Kreis-, Gemeindeebene) differenziert werden.

27.06.2014

Kunzmann, Rüeck, Dr. Engeser, Hollenbach, Dr. Rapp, Schiller CDU
Mielich, Lucha Poreski, Schneidewind-Hartnagel GRÜNE
Hinderer, Graner, Reusch-Frey, Wahl SPD
Haußmann FDP/DVP

Mit Schreiben vom 25. November 2014 Nr. 33 – 0141.4/00 nimmt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu dem Antrag wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Mit dem Antrag Nr. 1 war die Ermittlung und Aufarbeitung umfangreichen, kreisspezifischen Zahlenmaterials verbunden, das dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (im Folgenden: Sozialministerium) so nicht vorliegt. Zur Erarbeitung einer Stellungnahme auf Basis qualitativ hochwertigen Zahlenmaterials musste an verschiedene Organisationen, insgesamt 78, zur Übermittlung der notwendigen Daten herangetreten werden.

Im Rahmen der Auswertung des Datenmaterials musste festgestellt werden, dass auch die angeforderten Materialien in ihrer Breite alleine nicht ausreichen würden, die von der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ gestellten Fragen in der gewünschten Tiefe und Differenzierung beantworten zu können. Besonders die in Frage 27 aufgelisteten Kriterien Alter, Geschlecht und Kultur, Regionalität und Frauen- bzw. Männeranteil finden sich in vielen Fällen nicht in den vorhandenen Datenstrukturen.

Hinzu kommen Einschränkungen bei der Datenerhebung durch den Datenschutz. Gerade auf Kreisebene waren nach Aussage des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg in über 800 Fällen die Vorgaben des Datenschutzes zu beachten. Hier sei auf die Ausführungen in Frage 27 verwiesen. In anderem Zusammenhang wurde vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg mitgeteilt, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen eine Auswertung der Krankenhausdaten sowie der Daten für die Rehabilitationseinrichtungen auf Kreisebene nicht möglich ist.

Als eine weitere Datenquelle erweisen sich die Kreispflegepläne nach § 4 des Gesetzes zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz – LPflG). Danach erstellen die Stadt- und Landkreise in eigener Verantwortung, unter Beteiligung der kreisangehörigen Gemeinden, entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne. Die an der örtlichen pflegerischen Versorgung Beteiligten im Sinne von § 2 LPflG wirken bei der Erstellung mit. Der Kreispflegeplan enthält die Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung.

In vielen Fällen wird von den Beteiligten die Möglichkeit einer Hochrechnung über den gewünschten 30-Jahres-Zeitraum verneint. Dem kann insoweit gefolgt werden, dass z. B. durch Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen Fehleinschätzungen vorprogrammiert sind. Als Beispiel sei hier die vom Bundesgesetzgeber vorgesehene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs genannt, der auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen umfassen soll, was bisher nicht in den Hochrechnungen berücksichtigt werden kann. Daher ist es schwierig, Prognosen für eine so lange Zeit abzugeben. In einem Zeithorizont von 5 bis 10 Jahren sind einigermaßen verlässliche Aussagen über die Entwicklung der Pflege in Baden-Württemberg möglich.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat zu den Fragen 1 und 15, ausgehend von 2008 bzw. 2011, Hochrechnungen für das Jahr 2030 durchgeführt, deren Ergebnis trotz der geäußerten Bedenken in die Stellungnahme aufgenommen wurde. Für die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wurde die Prognose des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg sogar auf das Jahr 2050 erweitert.

Die Landesverbände der Pflegekassen teilten dem Sozialministerium nach mehreren Anfragen mit, die Beantwortung der Stellungnahme zu den verschiedenen Fragestellungen erfordere bei den Pflegekassen in Baden-Württemberg einen sehr großen administrativen und personellen Aufwand. Entsprechende Auswertungen lägen nicht vor. Trotz intensiver Bemühun-

gen sei ihnen eine im Ergebnis fach- und sachgerechte Datenaufbereitung zur Beantwortung der Fragestellungen leider nicht möglich gewesen.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) hat mitgeteilt, dass aufgrund der Konstruktion der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Unterteilungen nach Ländern nicht erfasst werden, da der PKV nur zur Erhebung bundesweiter Daten nach dem SGB XI für den Pflegebericht verpflichtet ist und dementsprechend nur die dafür notwendigen Daten explizit erfasst werden. Selbst für detaillierte Statistiken des PKV seien die Fragen zu spezifisch auf das Bundesland Baden-Württemberg ausgerichtet.

*Die Kommission wolle beschließen,*
*die Landesregierung zu ersuchen,*

*zu berichten,*

1. *wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen (unterteilt nach Familienstand und Anzahl der Kinder) in Baden-Württemberg seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 entwickelt hat (bitte differenziert nach Jahren und den Pflegestufen im Sinne von § 14 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) inklusive der „Pflegestufe 0“) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 1: Pflegebedürftige gesamt und nach Pflegestufen

| | Gesamt | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III | Ohne Pflegestufe |
|---|---|---|---|---|---|
| **2001** | 210.724 | 99.210 | 81.935 | 27.309 | 2.270 |
| **2003** | 224.184 | 107.495 | 85.865 | 29.595 | 1.229 |
| **2005** | 225.367 | 110.323 | 84.839 | 28.223 | 1.982 |
| **2007** | 236.998 | 119.272 | 86.555 | 28.932 | 2.239 |
| **2009** | 246.038 | 126.257 | 87.235 | 30.842 | 1.704 |
| **2011** | 278.295 | 145.177 | 95.848 | 35.280 | 1.990 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die Kategorie „Ohne Pflegestufe“ bezieht sich auf diejenigen Fälle, die zum Zeitpunkt der Erhebung direkt von einem stationären Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim verlegt waren, weil aufgrund der Pflegebedürftigkeit eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr möglich war.

Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Einstufung in eine Pflegestufe hatte zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht stattgefunden. Es wird davon ausgegangen, dass bei diesem Personenkreis mindestens die Pflegestufe I gegeben ist.

Tabelle 2: Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung nach Pflegestufen

| | Gesamt | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
|---|---|---|---|---|
| **2001** | 66.975 | 22.032 | 30.806 | 11.867 |
| **2003** | 73.762 | 25.535 | 33.602 | 13.396 |
| **2005** | 78.305 | 28.218 | 34.809 | 13.296 |
| **2007** | 83.951 | 32.054 | 35.951 | 13.707 |
| **2009** | 84.019 | 31.967 | 35.471 | 14.877 |
| **2011** | 87.970 | 33.743 | 35.761 | 16.476 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 3: Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung nach Pflegestufen

| | Gesamt | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
|---|---|---|---|---|
| **2001** | 43.657 | 21.027 | 16.463 | 6.167 |
| **2003** | 47.083 | 22.901 | 17.723 | 6.459 |
| **2005** | 46.390 | 23.063 | 17.497 | 5.830 |
| **2007** | 46.684 | 24.077 | 17.031 | 5.576 |
| **2009** | 49.650 | 26.095 | 17.519 | 6.036 |
| **2011** | 57.617 | 31.103 | 19.628 | 6.886 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 4: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen

| | Gesamt | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
|---|---|---|---|---|
| **2001** | 100.092 | 56.151 | 34.666 | 9.275 |
| **2003** | 103.339 | 59.059 | 34.540 | 9.740 |
| **2005** | 100.672 | 59.042 | 32533 | 9.097 |
| **2007** | 106.363 | 63.141 | 33.573 | 9.649 |
| **2009** | 112.369 | 68.195 | 34.245 | 9.929 |
| **2011** | 132.708 | 80.331 | 40.459 | 11.918 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die 2-jährige Pflegestatistik wird erst seit 1999 durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg erstellt. Da das erste Erhebungsjahr in der Regel mit Unschärfen und Unwägbarkeiten verbunden ist, werden Ergebnisse vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg erst ab der Erhebung 2001 übermittelt. Daten für 2013 liegen voraussichtlich Anfang 2015 vor, da sich die Pflegestatistik 2013 noch in der Aufbereitung befindet.

Daten zur Pflegestufe 0 sind erst aufgrund des mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz neu eingeführten § 123 SGB XI (Übergangsregelung; Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) ab dem Jahr 2013 verfügbar. Für die Kategorie Geschlecht wurden folgende Daten geliefert:

Tabelle 5: Pflegebedürftige gesamt und nach Geschlecht

| | Gesamt | Weiblich | Männlich |
|---|---|---|---|
| **2001** | 210.724 | 142.233 | 68.491 |
| **2003** | 224.184 | 149.929 | 74.255 |
| **2005** | 225.367 | 150.114 | 75.253 |
| **2007** | 236.998 | 158.396 | 78.602 |
| **2009** | 246.038 | 162.539 | 83.499 |
| **2011** | 278.295 | 180.063 | 98.232 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 6: Pflegebedürftige gesamt und nach Alter

| | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | 210.724 | 224.184 | 225.367 | 236.998 | 246.038 | 278.295 |
| unter 5 | 1.470 | 1.704 | 1.487 | 1.421 | 1.522 | 1.673 |
| 5 – 10 | 2.742 | 3.371 | 3.312 | 3.253 | 3.396 | 3.386 |
| 10 – 15 | 3.077 | 3.451 | 3.441 | 3.456 | 3.617 | 3.630 |
| 15 – 20 | 2.337 | 2.912 | 2.958 | 3.021 | 3.023 | 3.104 |
| 20 – 25 | 1.750 | 2.105 | 2.136 | 2.281 | 2.373 | 2.639 |
| 25 – 30 | 1.815 | 1.825 | 1.824 | 1.940 | 1.971 | 2.215 |
| 30 – 35 | 2.261 | 2.156 | 1.934 | 1.783 | 1.759 | 1.937 |
| 35 – 40 | 2.734 | 2.823 | 2.614 | 2.391 | 2.141 | 2.133 |
| 40 – 45 | 2.807 | 3.138 | 3.198 | 3.220 | 3.126 | 3.039 |
| 45 – 50 | 2.883 | 3.132 | 3.316 | 3.722 | 3.900 | 4.206 |
| 50 – 55 | 3.560 | 3.747 | 3.832 | 4.067 | 4.357 | 5.153 |
| 55 – 60 | 4.506 | 4.599 | 4.932 | 5.392 | 5.665 | 6.241 |
| 60 – 65 | 8.857 | 8.435 | 7.204 | 6.909 | 7.089 | 8.728 |
| 65 – 70 | 11.532 | 12.972 | 13.348 | 13.350 | 12.181 | 11.754 |
| 70 – 75 | 17.935 | 18.216 | 17.902 | 19.537 | 21.491 | 24.202 |
| 75 – 80 | 28.077 | 29.501 | 29.108 | 30.318 | 30.008 | 34.811 |
| 80 – 85 | 34.538 | 45.440 | 45.216 | 44.763 | 47.133 | 53.487 |
| 85 – 90 | 41.747 | 34.325 | 35.859 | 48.493 | 55.271 | 59.721 |
| 90 – 95 | 28.628 | 31.574 | 31.614 | 25.804 | 23.248 | 34.567 |
| über 95 | 7.468 | 8.758 | 10.132 | 11.877 | 12.767 | 11.669 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 7: Weibliche Pflegebedürftige gesamt und nach Alter

| | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | 142.233 | 149.929 | 150.114 | 158.396 | 162.539 | 180.063 |
| unter 5 | 674 | 761 | 642 | 670 | 754 | 746 |
| 5 - 10 | 1.156 | 1.430 | 1.412 | 1.509 | 1.503 | 1.347 |
| 10 – 15 | 1.294 | 1.500 | 1.488 | 1.585 | 1.695 | 1.482 |
| 15 – 20 | 958 | 1.252 | 1.281 | 1.457 | 1.440 | 1.327 |
| 20 – 25 | 768 | 883 | 946 | 1.079 | 1.105 | 1.161 |
| 25 – 30 | 775 | 779 | 792 | 902 | 955 | 992 |
| 30 – 35 | 1.038 | 962 | 844 | 816 | 833 | 857 |
| 35 – 40 | 1.294 | 1.330 | 1.209 | 1.150 | 1.004 | 934 |
| 40 – 45 | 1.303 | 1.445 | 1.476 | 1.526 | 1.551 | 1.453 |
| 45 – 50 | 1.403 | 1.505 | 1.595 | 1.868 | 1.921 | 2.083 |
| 50 – 55 | 1.726 | 1.882 | 1.928 | 2.012 | 2.187 | 2.530 |
| 55 – 60 | 2.088 | 2.108 | 2.325 | 2.662 | 2.845 | 3.079 |
| 60 – 65 | 4.020 | 3.761 | 3.310 | 3.328 | 3.280 | 4.072 |
| 65 – 70 | 5.409 | 6.152 | 6.261 | 6.478 | 5.900 | 5.574 |
| 70 – 75 | 9.518 | 9.485 | 9.231 | 10.218 | 11.187 | 12.465 |
| 75 – 80 | 19.056 | 19.119 | 18.040 | 18.283 | 17.826 | 20.150 |
| 80 – 85 | 26.142 | 34.261 | 33.717 | 32.535 | 32.936 | 35.898 |
| 85 – 90 | 33.452 | 27.576 | 28.523 | 38.598 | 43.568 | 45.918 |
| 90 – 95 | 23.732 | 26.218 | 26.389 | 21.513 | 19.115 | 28.157 |
| über 95 | 6.427 | 7.520 | 8.705 | 10.207 | 10.934 | 9.838 |

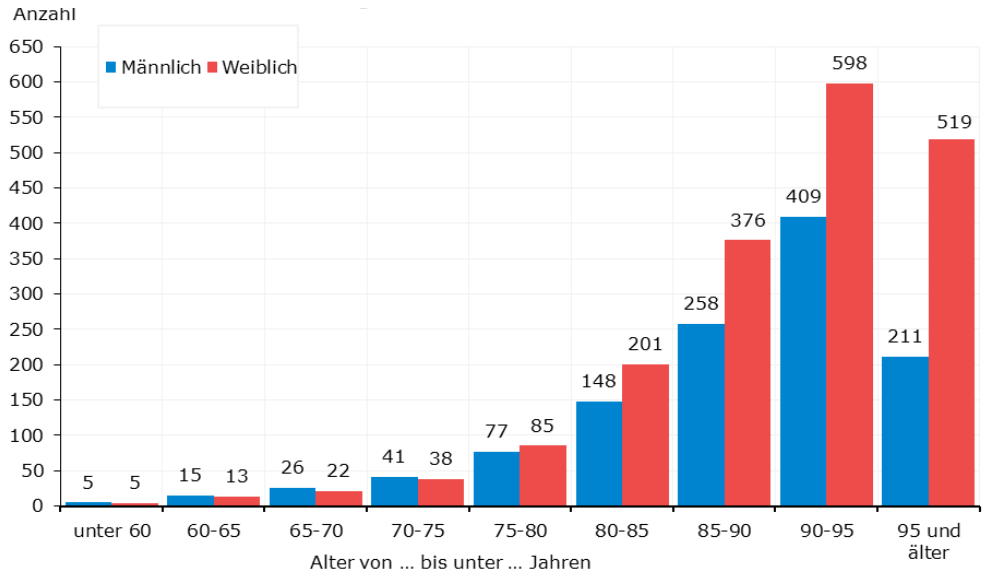
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 8: Männliche Pflegebedürftige gesamt und nach Alter

| | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | 68.491 | 74.255 | 75.253 | 78.602 | 83.499 | 98.232 |
| unter 5 | 796 | 943 | 845 | 751 | 768 | 927 |
| 5 – 10 | 1.586 | 1.941 | 1.900 | 1.744 | 1.893 | 2.039 |
| 10 – 15 | 1.783 | 1.951 | 1.953 | 1.871 | 1.922 | 2.148 |
| 15 – 20 | 1.379 | 1.660 | 1.677 | 1.564 | 1.583 | 1.777 |
| 20 – 25 | 982 | 1.222 | 1.190 | 1.202 | 1.268 | 1.478 |
| 25 – 30 | 1.040 | 1.046 | 1.032 | 1.038 | 1.016 | 1.223 |
| 30 – 35 | 1.223 | 1.194 | 1.090 | 967 | 926 | 1.080 |
| 35 – 40 | 1.440 | 1.493 | 1.405 | 1.241 | 1.137 | 1.199 |
| 40 – 45 | 1.504 | 1.693 | 1.722 | 1.694 | 1.575 | 1.586 |
| 45 – 50 | 1.480 | 1.627 | 1.721 | 1.854 | 1.979 | 2.123 |
| 50 – 55 | 1.834 | 1.865 | 1.904 | 2.055 | 2.170 | 2.623 |
| 55 – 60 | 2.418 | 2.491 | 2.607 | 2.730 | 2.820 | 3.162 |
| 60 – 65 | 4.837 | 4.674 | 3.894 | 3.581 | 3.809 | 4.656 |
| 65 – 70 | 6.123 | 6.820 | 7.087 | 6.872 | 6.281 | 6.180 |
| 70 – 75 | 8.417 | 8.731 | 8.671 | 9.319 | 10.304 | 11.737 |
| 75 – 80 | 9.021 | 10.382 | 11.068 | 12.035 | 12.182 | 14.661 |
| 80 – 85 | 8.396 | 11.179 | 11.499 | 12.228 | 14.197 | 17.589 |
| 85 - 90 | 8.295 | 6.749 | 7.336 | 9.895 | 11.703 | 13.803 |
| 90 – 95 | 4.896 | 5.356 | 5.225 | 4.291 | 4.133 | 6.410 |
| über 95 | 1.041 | 1.238 | 1.427 | 1.670 | 1.833 | 1.831 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Diagramm 1: Pflegebedürftige bezogen auf 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden- Württemberg am 15. Dezember 2011 nach Alter und Geschlecht




Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Kreisbezogene Daten über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2001 sind im Anhang aufgeführt.

Weiter hat das Statistische Landesamt Baden-Württemberg eine Prognose erstellt, nach der, unter der Voraussetzung, dass sich das Pflegerisiko der einzelnen Altersgruppen auch künftig

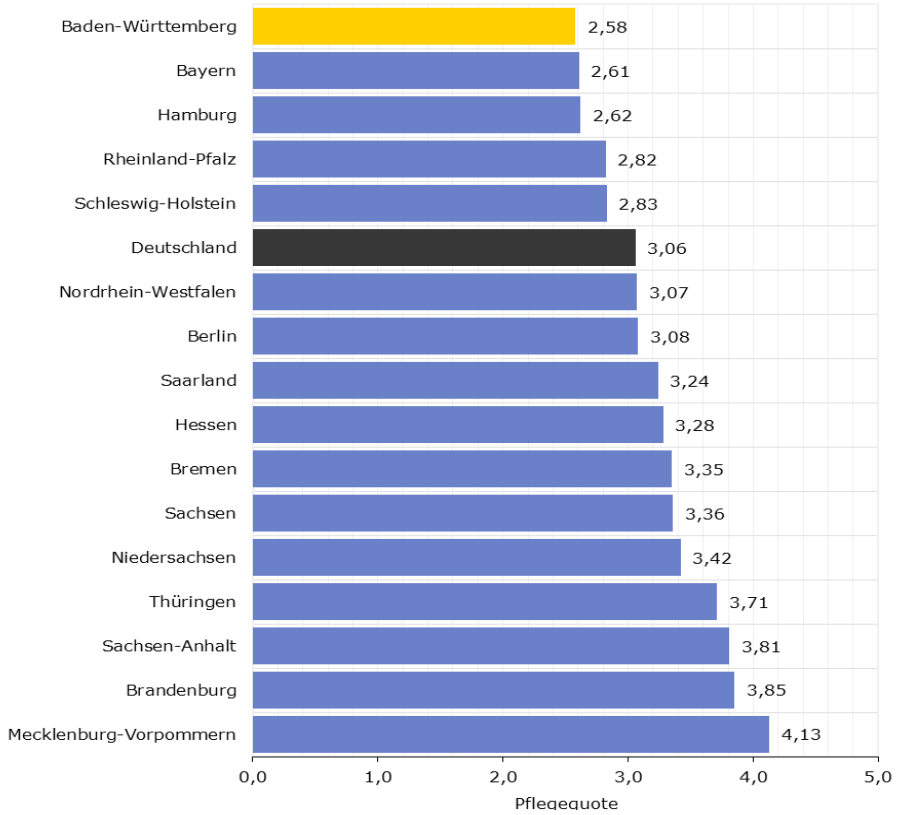
nicht wesentlich ändert, die Zahl der Pflegebedürftigen allein aus demografischen Gründen von 278.295 im Jahr 2011 um 102.700 zunehmen und im Jahr 2030 auf rund 381.000 steigen könnte. Dies wäre ein Anstieg um 37 %. Bis zum Jahr 2050 könnte die Zahl pflegebedürftiger Menschen sogar um 80 % zunehmen und damit um fast 224.000 Personen auf dann rund 502.000 Pflegebedürftige steigen. Dieser Vorausrechnung der Zahl der Pflegebedürftigen ist die Bevölkerungsvorausrechnung für Baden-Württemberg mit dem Bevölkerungsstand zum 31. Dezember 2008 zugrunde gelegt. Die Zahl der pflegebedürftigen Frauen würde bis 2030 um 32 % steigen, die der männlichen Pflegebedürftigen sogar um 45 %.

Eine neue Vorausrechnung auf Basis der Pflegestatistik 2013 wird – aufgrund fehlender zensusbasierter Bevölkerungsdaten – voraussichtlich nicht vor Anfang 2016 vorliegen.

Die Tendenz hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen sowie durch ambulante Pflegedienste dürfte sich auch in Zukunft fortsetzen. So könnte die Zahl der – von Angehörigen gepflegten – Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger bis zum Jahr 2030 auf rund 169.000, das heißt um 28 %, steigen, die Zahl der ambulant Gepflegten auf ca. 83.000 und damit um 44 % und die der vollstationär Gepflegten auf fast 129.000 und damit um 47 %. Dabei fällt auf, dass die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger vergleichsweise schwächer zunimmt als die der ambulant und stationär Gepflegten. Dies erklärt sich allein schon daraus, dass die Zahl der pflegeintensiveren älteren Jahrgänge stärker ansteigen wird als die Zahl der sogenannten „jungen Alten“.

Darüber hinaus werden sich voraussichtlich aber auch die Familienstrukturen weiter verändern. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflege durch Familienangehörige wohl künftig immer weniger gewährleistet werden kann. Aufgrund der demografischen Entwicklung, aber auch aufgrund zunehmender gesellschaftlicher Mobilität und höherer Erwerbsbeteiligung von Frauen ist damit zu rechnen, dass das Potenzial an informeller Pflege durch Partnerinnen oder Partner bzw. Kinder oder Schwiegerkinder in immer geringerem Umfang für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen wird. Im Jahr 2030 würde sich für Baden-Württemberg dann eine Pflegequote von 3,67 % errechnen. Derzeit beträgt sie 2,58 %. Dieser Indikator gibt Hinweise auf den Pflegebedarf von Personen unterschiedlicher Altersgruppen, kann aber auch für die Bevölkerungen unterschiedlicher regionaler Einheiten berechnet werden.

Diagramm 3: Pflegequote zum Jahresende 2011 im Ländervergleich Angaben in Prozent




Quelle: Statistisches Bundesamt

2. *wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf die Bereiche der häuslichen Pflege, der Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Pflege in voll- und teilstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg seit 1995 verteilt (unterschieden nach privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern sowie nach städtischen und ländlichen Regionen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 9: Pflegebedürftige nach Versorgungsform

| | **Gesamt** | **Stationär versorgt** | **Ambulant versorgt** | **Pflegegeld-empfänger** |
|---|---|---|---|---|
| **2001** | 210.724 | 66.975 | 43.657 | 100.092 |
| **2003** | 224.184 | 73.762 | 47.083 | 103.339 |
| **2005** | 225.367 | 78.305 | 46.390 | 100.672 |
| **2007** | 236.998 | 83.951 | 46.684 | 106.363 |
| **2009** | 246.038 | 84.019 | 49.650 | 112.369 |
| **2011** | 278.295 | 87.970 | 57.617 | 132.708 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Zur Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen liegen dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg keine Informationen vor; eine Unterscheidung in reine voll- und teilstationäre Einrichtungen ist ebenso wie eine Unterscheidung nach städtischen und ländlichen Regionen nicht möglich.

Eine Aufteilung der Pflegebedürftigen nach Trägern würde aufgrund entsprechend geringer Fallzahlen eine Vielzahl von Geheimhaltungsfällen zur Folge haben, weshalb das Statistische Landesamt Baden-Württemberg die Darstellung dieser Merkmale nicht geliefert hat.

In welcher Weise sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten 30 Jahren auf die Bereiche der häuslichen Pflege, der Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Pflege in voll- und teilstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg verteilen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum abzuschätzen.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat eine „Vorausrechnung bis 2030 und 2050: Pflegebedürftige, Pflegearten und Pflegepersonal“ veröffentlicht, nach der die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bis 2030 auf fast 130.000 steigen könnte und damit um 54 %. Dieser Vorausrechnung liegen die Ergebnisse der Pflegestatistik 2011 und die Annahme zu Grunde, dass die derzeitigen Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahren unverändert bleiben werden (Status-quo-Szenario). Im Fokus der Politik der Landesregierung hingegen stehen der sozialraumorientierte Ausbau der Versorgungsstruktur von Unterstützung, Betreuung und Pflege und damit eine Veränderung des Szenarios. Schon jetzt belegen Zahlen des Statistischen Landesamtes einen Trend von stationärer zu ambulanter Pflege. So wurden 2009 noch 34 % der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg in Heimen versorgt, in 2011 waren es nur noch 32 %.

Die Landesregierung unterstützt die Schaffung von alternativen Wohnformen, indem sie z. B. im Rahmen des Gesetzes für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) die Errichtung ambulant betreuter Wohngemeinschaften ermöglicht und fördert. Sie unterstützt den weiteren Ausbau des teilstationären Pflegeangebots, vor allem im ländlichen Raum, wie auch wohnortnahe und innovative Versorgungsstrukturen. Sie fördert weiterhin den Ausbau der Angebote und Initiativen im Vor- und Umfeld der Pflege, damit sich ein flächendeckendes Netz an Angeboten zur Betreuung von demenzkranken Menschen im häuslichen Umfeld etablieren kann und auch der Ausbau der bürgerschaftlich strukturierten Initiativen vorangetrieben werden kann. Auch fördert sie den Einsatz von Technologien der Informatik und Kommunikation, die Pflege unterstützen und hilfebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Umgebung einfacher machen können.

Die Orientierung der Landespolitik auf das Ziel der Sicherung der Selbstbestimmung, des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit und der sozialen Teilhabe wird durch die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch das zum 1. Januar 2015 in Kraft tretende 1. Pflegestärkungsgesetz unterstützt. Die verstärkten Anreize zur Inanspruchnahme von Tagespflege und Kurzzeitpflege wie auch die Ausweitung der Leistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote stützen deutlich die ambulante Versorgung in häuslichen Pflegearrangements.

Eine nachhaltige Stärkung der Sozialraumorientierung und der Entwicklung von Quartierskonzepten erwartet die Landesregierung von einer Stärkung der Kommunen in der Versorgungsstruktur von Unterstützung, Betreuung und Pflege. Sie tritt daher in einer auf Ministerebene eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege für eine Verankerung in der anstehenden Pflegereform (2. Pflegestärkungsgesetz) ein.

Die Veränderungen der Versorgungslandschaft aus den dargestellten politischen Initiativen heraus bedingen, dass aus Sicht des Sozialministeriums nicht mit einer linearen Fortentwicklung der Zahlen in den verschiedenen Versorgungsstrukturen, wie sie der Hochrechnung des Statistischen Landesamtes zu Grunde liegen, gerechnet werden kann.

*3. wie sich die Zahl hochbetagter, chronisch kranker, multimorbider, dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger in Baden-Württemberg jeweils seit 1995 entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Die Bevölkerung in Baden-Württemberg hat seit vielen Jahren die höchste Lebenserwartung aller Bundesländer. Sie betrug im Zeitraum 2008 bis 2010 83,5 Jahre für Frauen und 78,9 Jahre für Männer. Von allen 65-jährigen haben 78 Prozent der Frauen und 65 Prozent der Männer die Chance, das Alter von 80 Jahren zu erreichen.

Allmählich beginnt sich die Unterteilung des Alters in zwei Lebensphasen durchzusetzen. International hat sich hier als Trennlinie zwischen den Phasen das Alter von 85 Jahren durchgesetzt. In Deutschland ist es eher das Alter von 80 Jahren, das auch hier als Beginn der Hochbetagtheit verwendet wird.

Tabelle 10: Anzahl hochbetagter Menschen (> 80 Jahre)

| Jahr | Anzahl hochbetagter pflegebedürftiger Menschen | Weiblich | Männlich |
|---|---|---|---|
| **2001** | 112.381 | 89.753 | 22.628 |
| **2003** | 120.097 | 95.575 | 24.522 |
| **2005** | 122.821 | 97.334 | 25.487 |
| **2007** | 130.937 | 102.853 | 28.084 |
| **2009** | 138.419 | 106.553 | 31.866 |
| **2011** | 159.444 | 119.811 | 39.633 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Ansonsten liegen dem Sozialministerium zu den weiteren in der Frage aufgeführten Merkmalen – chronisch krank, multimorbid, dement, psychisch krank und behindert – aus der Pflegestatistik und anderen Quellen keine verlässlichen Daten vor.

*4. wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund seit 1995 entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

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

In Baden-Württemberg lebten 2009 2,8 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Dies sind mit einem Bevölkerungsanteil von 26,2 % anteilig deutlich mehr als es der bundesweite Anteil von 19,2 % ausweist. Die Personengruppe der Migrantinnen und Migranten setzt sich zusammen aus knapp 1,3 Mio. Ausländerinnen und Ausländern und rund 1,5 Mio. Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Zu den Personen mit Migrationshintergrund zählen neben den zugewanderten und in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländern auch Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, wie z. B. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, eingebürgerte Personen sowie die Kinder von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern und von Eingebürgerten. Der Anteil der Seniorinnen und Senioren unter den Migrantinnen und Migranten in Baden-Württemberg war mit 12 % (rund 336.000) noch wesentlich kleiner als der der Baden-Württembergerinnen und Baden-Württemberger ohne Migrationshintergrund (23 %).

Die stärkste Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer in Baden-Württemberg waren 2011 die Zuwandererinnen und Zuwanderer aus der Türkei (278.570), dem ehemaligen Jugoslawien (218.950), Italien (159.947), Griechenland (67.189), der ehemaligen Sowjetunion (62.363), Polen (47.444), Spanien (18.271) und der ehemaligen Tschechoslowakei (10.251) (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2012).

Seniorinnen und Senioren ausländischer Herkunft treten zunehmend ins Bewusstsein der Altenhilfe. Der Altersdurchschnitt der Menschen mit Migrationshintergrund liegt zwar derzeit

noch deutlich unter dem Wert in der Gesamtbevölkerung. Ältere Migrantinnen und Migranten sind jedoch der am schnellsten wachsende Bevölkerungsteil in Deutschland, was konkret bedeutet, dass die Zahl der über 65-jährigen Baden-Württembergerinnen und Baden-Württemberger mit Migrationshintergrund bis zum Jahr 2020 auf mehr als 300.000 steigen wird. Es ist absehbar, dass auch ältere Migrantinnen und Migranten zunehmend auf außerfamiliäre und institutionelle Hilfen angewiesen sein werden. Die Familienkonstellationen nähern sich immer mehr denen deutscher Familien an, d. h. die Kinderzahl sinkt, familiäre Großstrukturen lösen sich auf und immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten leben in Ein-Personen-Haushalten.

Einige Stadt- und Landkreise reagieren auf diese Entwicklung, gehen in ihrer Sozialplanung dezidiert darauf ein und geben Handlungsempfehlungen in Bezug auf Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund.

Allerdings ist die Datenlage für Menschen mit Migrationshintergrund nur sehr unzureichend, sodass auch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg keine konkreten Aussagen treffen kann.

Diese unzureichende Datenlage war einer der Gründe, dass das Sozialministerium im Frühjahr 2011 eine Untersuchung zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP)“ in Auftrag gegeben hat. Ziel der Untersuchung war die aktuelle Situation von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen vergleichend zu untersuchen. Forschungsleitend waren dabei zwei Fragestellungen:

- Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund leben aktuell in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg; wie stellt sich ihre Versorgungssituation dar?
- Welche individuellen Unterschiede bestehen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. lassen sich spezifische Problemkonstellationen im Einholen von Versorgungs- und medizinischen Leistungen benennen?

Die Ergebnisse zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen und Dienste Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, wobei ihr Anteil an den Gesamtversorgten bei 11 % liegt. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist in Baden-Württemberg keine Ausnahme, sondern fester Teil des Versorgungsalltags. Die vorliegenden Befunde unterstreichen die enorme Vielfalt der Migration und weisen auf Besonderheiten bei einzelnen Migrantengruppen hin.

Weiter wird angesichts der unzureichenden Datenlage an dieser Stelle auf eine Studie auf Bundesebene verwiesen:

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) führte 2012 eine repräsentative Studie „Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ explizit bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten, bei ambulanten Pflegediensten und in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch. Diese Befragung ergab, dass 8 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten einen Migrationshintergrund haben.

54 % der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund sind in Pflegestufe I eingeordnet, während der Anteil an Personen ohne Migrationshintergrund 59 % beträgt. Dagegen ist in der Pflegestufe III der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund überproportional hoch (15 % zu 9 %), während in der Pflegestufe II kaum Unterschiede festzustellen sind. Dabei beziehen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Privathaushalten ausschließlich Pflegegeld und seltener Sach- und Kombinationsleistung.

7 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen haben einen Migrationshintergrund. Dieser Migrationshintergrund wirkt sich auf die gesundheitliche Lage und langfristig auf die Pflegebedürftigkeit aus. Die Gesundheit und Pflege von Migrantinnen und Migranten ist vor dem

Hintergrund des demographischen Wandels von steigender Relevanz. Insgesamt wird die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund zunehmen, und zwar durch Zuwanderung und den Verbleib dieser Zuwanderinnen und Zuwanderer nach Abschluss des Erwerbslebens in Deutschland.

Insgesamt sind ambulante und stationäre Angebote der Pflege bei älteren Migrantinnen und Migranten wenig bekannt. Gründe hierfür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, Vertrauen auf Pflege durch Kinder und Verwandte, Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption.

5. *wie sich die Altersstruktur der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg darstellt (fünf-Jahresschritte);*

Tabelle 11: Altersstruktur pflegebedürftiger Menschen 2011

| **Altersstufe** | **Anzahl** |
|---|---|
| unter 5 | 1.673 |
| 5 bis 10 | 3.386 |
| 10 bis 15 | 3.630 |
| 15 bis 20 | 3.104 |
| 20 bis 25 | 2.639 |
| 25 bis 30 | 2.215 |
| 30 bis 35 | 1.937 |
| 35 bis 40 | 2.133 |
| 40 bis 45 | 3.039 |
| 45 bis 50 | 4.206 |
| 50 bis 55 | 5.153 |
| 55 bis 60 | 6.241 |
| 60 bis 65 | 8.728 |
| 65 bis 70 | 11.754 |
| 70 bis 75 | 24.202 |
| 75 bis 80 | 34.811 |
| 80 bis 85 | 53.487 |
| 85 bis 90 | 59.721 |
| 90 bis 95 | 34.567 |
| über 95 | 11.669 |
| Gesamt | 278.295 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

6. *wie sich die Zahl der Pflegeheimplätze seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet (unterschieden nach städtischen und ländlichen Regionen);*

Der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) hat in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass in den „Vorläufigen Grundsätzen und Grundlagen der Bedarfsbewertung von Fördervorhaben“, die das Sozialministerium 1996 vorgestellt hat, mit Stand vom 1. August 1996 von 49.500 Pflegeheimplätzen und 17.500 Altenheimplätzen ausgegangen wird. Der „Landespflegeplan 2000 – stationär“ des Sozialministeriums vom September 2000 benennt für das Jahr 2000 für Baden-Württemberg 62.919 Pflegeplätze, davon 16.137 in Stadtkreisen und 46.782 in Landkreisen. Die Fortschreibung des Landespflegeplans vom Mai 2007 sieht für 2015 einen Bedarf von etwa 85.000 Pflegeheimplätzen.

Von 1996 bis 2010 wurde der Bau stationärer Pflegeheimplätze durch das Land Baden-Württemberg mit ca. 700 Mio. Euro gefördert.

Tabelle 12: Stationäre Pflegeheimplätze

| Jahr | Stationäre Pflegeheimplätze (Statistisches Landesamt) | | Stationäre Pflegeheimplätze (KVJS) |
|---|---|---|---|
| | vollstationär | teilstationär | |
| **2001** | 70.623 | 2.183 | |
| **2003** | 78.230 | 3.098 | |
| **2005** | 83.386 | 3.201 | |
| **2007** | 91.503 | 3.735 | 94.777 |
| **2008** | | | 98.239 |
| **2009** | 97.315 | 3.982 | 99.897 |
| **2010** | | | 100.735 |
| **2011** | 99.006 | 4.739 | 100.745 |
| **2012** | | | 101.160 |
| **2013** | | | 101.774 |
| **2014** | | | 102.959 |

Quellen : Statistisches Landesamt Baden-Württemberg und KVJS

Daten zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur werden im Rahmen der Pflegestatistik im zweijährigen Turnus erhoben und stehen derzeit bis zum Stichtag 15. Dezember 2011 zur Verfügung. Seit 2001 ist bis dahin die Zahl der Altenpflegeeinrichtungen im Land von 944 auf 1.543 angestiegen, was einem Zuwachs von 63 % entspricht. Die Platzkapazität in diesen Einrichtungen hat sich im Zeitraum 2001 bis 2011 um 40 % von 70.623 auf 99.006 Plätze erhöht. Dabei liegt die Auslastung vollstationärer Plätze im Land aktuell bei ca. 89 %.

In Baden-Württemberg waren nach Erhebungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg vom Dezember 2011 von insgesamt 278.295 pflegebedürftigen Personen 87.970 in vollstationären Versorgungsformen.

Kreisbezogene Daten über die Entwicklung der Platzzahlen seit dem Jahr 2001 befinden sich im Anhang.

Nach der vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg veröffentlichen „Vorausrechnung bis 2030 und 2050: Pflegebedürftige, Pflegearten und Pflegepersonal“ könnte die Zahl der vollstationär untergebrachten Pflegebedürftigen bis 2030 auf fast 130.000 steigen und damit um 54 %. Dieser Vorausrechnung liegen die Ergebnisse der Pflegestatistik 2011 und die Annahme zu Grunde, dass die derzeitigen Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahren unverändert bleiben werden (Status–quo-Szenario). In welcher Weise sich der Bedarf an Pflegeheimplätzen parallel dazu entwickeln wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum abzuschätzen.

Einerseits wird die Einschätzung, wie viele Menschen einen Platz in einem Pflegeheim benötigen, durch die Frage erschwert, wie sich alternative Wohnformen für Pflegebedürftige künftig entwickeln und von den Betroffenen akzeptiert werden. Die Landesregierung unterstützt die Schaffung von alternativen Wohnformen, indem sie z. B. im Rahmen des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG) die Errichtung ambulant betreuter Wohngemeinschaften ermöglicht und fördert.

Andererseits ist auch eine Tendenz weg von der Pflege durch Angehörige hin zur Pflege unter Beteiligung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen zu erkennen, wobei der häuslichen Pflege Vorrang eingeräumt wird. In Übereinstimmung dazu verfolgt die Landesregierung als Ziel ihrer Pflegepolitik die Sicherung der Selbstbestimmung, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die soziale Teilhabe. Diesen Trend bestätigen auch die aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. So wurden 2009 noch 34 % der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg in Heimen versorgt, in 2011 waren es nur noch 32 %.

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

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren nicht weiter fortsetzen wird. Vielmehr ist eher davon auszugehen, dass sich in Folge zu-nehmender Auslastungsprobleme der Abbau von Doppelzimmern im Rahmen der ohnehin anstehenden Sanierungs-, Modernisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen in den älteren Einrichtungen noch verstärkt fortsetzen wird.

Weitere Faktoren, die die weitere Schaffung von stationären Pflegeheimplätzen beeinflussen können, sind z. B. die Entwicklung der Pflege im Ausland (siehe Frage 12), für deren Beurteilung allerdings eine unzureichende Datenlage gegeben ist oder auch die zukünftige rechtliche Beurteilung der derzeit noch häufig illegalen Arbeitsverhältnisse von Betreuungskräften, vor allem aus Osteuropa.

Auf Kreisebene ergibt sich bereits aus den wenigen vorhandenen Daten ein differenziertes Bild der Versorgungssituation. Während einige Kreise bereits jetzt auf Basis der Daten aus der Kreispflegeplanung überversorgt scheinen, ist in anderen Kreisen ein weiterer Bedarf von bis zu 30 % an stationären Pflegeheimplätzen bis 2020 oder 2025 dokumentiert. Allerdings ist anzumerken, dass die Kreispflegepläne kein einheitliches Basisjahr beinhalten, sondern aus den Jahren 2001 bis 2014 datieren.

Tabelle 13: Bestand und Planung von vollstationären Pflegeplätzen in den Stadt- und Landkreisen

| Land-/Stadtkreis | Kreiskenn-ziffer | Bestand | | 2015 | 2020 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Jahr | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl |
| **Stuttgart** | 111 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Böblingen** | 115 | 2013 | 2.718 | *(1)* | 3.260-3.610 | *(1)* |
| **Esslingen** | 116 | 2014 | 4.061 | *(1)* | 4.770-5.270 | *(1)* |
| **Göppingen** | 117 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ludwigsburg** | 118 | 2012 | 3.996 | *(1)* | 4.732 | 5.276 |
| **Rems-Murr-Kreis** | 119 | 2009 | *(1)* | 3.480 | *(1)* | *(1)* |
| **Heilbronn, Stadt** | 121 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Heilbronn** | 125 | 2013 | 3.307 | *(1)* | 2.860-3.160 | *(1)* |
| **Hohenlohekreis** | 126 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Schwäbisch Hall** | 127 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Main-Tauber-Kreis** | 128 | 2013 | 1.700 | *(2)* | 1.140-1.260 | *(2)* |
| **Heidenheim** | 135 | 2010 | 1.309 | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Ostalbkreis** | 136 | 2001 | *(1)* | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Baden-Baden, Stadt** | 211 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe, Stadt** | 212 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe** | 215 | 2008 | 4.048 | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Rastatt** | 216 | 2014 | 1.652 | *(1)* | 2.000-2.220 | *(1)* |
| **Heidelberg, Stadt** | 221 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Mannheim, Stadt** | 222 | 2009 | 2.656 | 3.030-3.381 | *(2)* | *(2)* |
| **Neckar-Odenwald-Kreis** | 225 | 2010 | 1.905 | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Rhein-Neckar-Kreis** | 226 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Pforzheim, Stadt** | 231 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Calw** | 235 | 2013 | 1.599 | *(1)* | 1.380 | *(1)* |
| **Enzkreis** | 236 | 2008 | 1.615 | *(1)* | 1.480-1.640 | *(1)* |
| **Freudenstadt** | 237 | 2013 | 1.235 | 859 | 1.050 | *(1)* |
| **Freiburg im Breisgau, Stadt** | 311 | 2014 | 1.916 | 1.869-2.012 | 2.185-2.204 | *(2)* |
| **Breisgau-Hochschwarzwald** | 315 | 2011 | 2.171 | 1.869-2.071 | *(1)* | *(1)* |
| **Emmendingen** | 316 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ortenaukreis** | 317 | 2013 | 3.756 | 3.332 | 3.970 | *(1)* |
| **Rottweil** | 325 | 2014 | 1.279 | *(1)* | 1.100-1.220 | *(1)* |
| **Schwarzwald-Baar-Kreis** | 326 | 2013 | 2.217 | *(1)* | 2.255-2.283 | 2.387-2.417 |
| **Tuttlingen** | 327 | 2014 | 866 | *(1)* | 1.150-1.160 | *(1)* |
| **Konstanz** | 335 | 2012 | 2.978 | 2.259 | *(2)* | *(2)* |
| **Lörrach** | 336 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Waldshut** | 337 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Reutlingen** | 415 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Tübingen** | 416 | 2007 | 1.420 | 1.470-1.630 | *(2)* | *(2)* |
| **Zollernalbkreis** | 417 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ulm, Stadt** | 421 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Alb-Donau-Kreis** | 425 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Biberach** | 426 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Bodenseekreis** | 435 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ravensburg** | 436 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Sigmaringen** | 437 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |

Quelle: Kreispflegepläne der Stadt - und Landkreise

*(1) Nicht eingereicht, (2) nicht vorhanden*

Tabelle 14: Bestand und Planung von Kurzzeitpflegeplätzen in den Stadt- und Landkreisen

| Land-/Stadtkreis | Kreiskennziffer | Bestand | | 2015 | 2020 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Jahr | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl |
| **Stuttgart** | 111 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Böblingen** | 115 | 2013 | 163 | *(1)* | 70-100 | *(1)* |
| **Esslingen** | 116 | 2014 | 238 | *(1)* | 110-140 | *(1)* |
| **Göppingen** | 117 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ludwigsburg** | 118 | 2012 | 62 | *(1)* | 160 | *(1)* |
| **Rems-Murr-Kreis** | 119 | 2009 | *(1)* | 110 | *(1)* | *(1)* |
| **Heilbronn, Stadt** | 121 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Heilbronn** | 125 | 2013 | 5-219 | *(1)* | 70-100 | *(1)* |
| **Hohenlohekreis** | 126 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Schwäbisch Hall** | 127 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Main-Tauber-Kreis** | 128 | 2013 | 131 | *(2)* | 29-49 | *(2)* |
| **Heidenheim** | 135 | 2010 | 60 | 30 | *(1)* | *(1)* |
| **Ostalbkreis** | 136 | 2001 | *(1)* | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Baden-Baden, Stadt** | 211 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe, Stadt** | 212 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe** | 215 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Rastatt** | 216 | 2014 | 119 | *(1)* | 50-70 | *(1)* |
| **Heidelberg, Stadt** | 221 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Mannheim, Stadt** | 222 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Neckar-Odenwald-Kreis** | 225 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Rhein-Neckar-Kreis** | 226 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Pforzheim, Stadt** | 231 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Calw** | 235 | 2013 | 110 | *(1)* | 50 | *(1)* |
| **Enzkreis** | 236 | 2008 | 18 | 30-50 | *(1)* | *(1)* |
| **Freudenstadt** | 237 | 2013 | 45 | 20 | 31 | *(1)* |
| **Freiburg im Breisgau, Stadt** | 311 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Breisgau-Hochschwarzwald** | 315 | 2011 | *(1)* | 54-77 | *(1)* | *(1)* |
| **Emmendingen** | 316 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ortenaukreis** | 317 | 2013 | 220 | *(1)* | 140 | *(1)* |
| **Rottweil** | 325 | 2014 | 110 | *(1)* | 30-50 | *(1)* |
| **Schwarzwald-Baar-Kreis** | 326 | 2013 | 112 | *(1)* | 42-63 | 45-65 |
| **Tuttlingen** | 327 | 2014 | 54 | *(1)* | 27-36 | *(1)* |
| **Konstanz** | 335 | 2012 | 127 | 74 | *(1)* | *(1)* |
| **Lörrach** | 336 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Waldshut** | 337 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Reutlingen** | 415 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Tübingen** | 416 | 2009 | 68 | 40 | *(1)* | *(1)* |
| **Zollernalbkreis** | 417 | 2011 | 82 | *(1)* | 60 | *(1)* |
| **Ulm, Stadt** | 421 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Alb-Donau-Kreis** | 425 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Biberach** | 426 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Bodenseekreis** | 435 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ravensburg** | 436 | 2002 | 33 | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Sigmaringen** | 437 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* | *(2)* |

Quelle: Kreispflegepläne der Stadt- und Landkreise

*(1) nicht eingereicht, (2) nicht vorhanden*

*7. wie hoch die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen und sonstigen Wohnformen ist;*

Nach Angaben der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) gibt es aus den Pflegeeinrichtungen unterschiedliche Signale, und zwar sowohl im Hinblick auf eine Verlängerung wie auch hinsichtlich einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Einrichtungen für ältere Pflegebedürftige. Eignung der Datenbasis, Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Daten müssten hier aber immer gesondert bewertet werden. Insbesondere seien dabei stichtagsbezogene Querschnittserhebungen nicht bzw. nur begrenzt aussagekräftig.

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. hat mitgeteilt, dass es nicht möglich sei, Antworten bzw. fundiertes Zahlenmaterial bereit zu stellen. Die einzelnen Verbände der Leistungserbringer würden zu einem großen Teil über kein umfassendes und aktuelles statistisches Zahlenmaterial verfügen. Hinzu komme, dass die vorliegenden Daten – da nicht nach einheitlichem Muster erhoben – auch nicht vergleichbar seien.

Laut dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) liegt nicht repräsentativen Rückmeldungen vollstationärer Einrichtungen zufolge die durchschnittliche Verweildauer in den Pflegeheimen zwischen ca. sechs Monaten und zwei Jahren, wobei diese Angaben teilweise auch auf Schätzungen beruhen.

Insgesamt sei nach den Meldungen der Mitgliedseinrichtungen die Verweildauer in den letzten Jahren deutlich gesunken. Dieser Trend werde sich durch den Ausbau der teilstationären Angebote und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften voraussichtlich weiter verstärken.

Die Verweildauer in den Heimen ist ein wichtiger Faktor bei der Bestimmung des Bedarfes an Pflegeplätzen. Heime signalisierten in den letzten Jahren, dass sich nach ihrer Einschätzung die Verweildauer nach Einführung der Pflegeversicherung sehr verkürzt hat. Erhebungen in Baden-Württemberg zeigen aber, dass die Verweildauer seit 1992 konstant bei 2,7 bzw. 2,8 Jahren liegt.

In den Kreispflegeplänen machen einzelne Kreise Angaben zu der von ihnen ermittelten durchschnittlichen Verweildauer, die im Landkreis Karlsruhe mit 3,1 Jahren (2013) angegeben wird, im Landkreis Ludwigsburg mit 2,8 Jahren (2012).

62 % der Pflegeheimkapazität werden durch Pflegebedürftige genutzt, die über fünf Jahre im Heim leben (davon ca. 30 % der Kapazität über 10 Jahre). Nur 5,7 % der Kapazität wird unter einem Jahr genutzt. Dies sind die Plätze, die die Heime als belastend erleben.

Eine Erhebung aus dem Jahr 2012 bei den Einrichtungen im Landkreis Ludwigsburg, bei der 58 % der Einrichtungen teilgenommen haben, bestätigt zum großen Teil diese Zahlen.

*8. wie sich die Zahl der teilstationären Angebote seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet (unterschieden nach städtischen und ländlichen Regionen);*

Unter teilstationärer Pflege wird die zeitweise Betreuung (bis zu sieben Tage die Woche) im Tagesverlauf in einer Einrichtung verstanden. Sie kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein, wenn die häusliche Pflege nicht gewährleistet werden kann, z. B. bei Berufstätigkeit der Angehörigen. Die Pflegekasse übernimmt die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung müssen privat getragen werden. Die Tagespflege kann die Lücke zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der stationären Versorgung im Heim schließen. Sie trägt zur Entlastung und zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für die Angehörigen bei.

Der bpa hat mitgeteilt, dass ihm keine Angaben vorliegen, wie sich die Zahl der teilstationären Angebote in den letzten 30 Jahren entwickelt hat. Generell gelte, dass seit der letzten Pflegereform, mit der ein eigenständiger Anspruch auf teilstationäre Pflege von 50 % der ambulanten Sachleistung geschaffen wurde, die Nachfrage nach teilstationären Leistungen deutlich zugenommen habe und dadurch bedingt das teilstationäre Angebot erheblich ausgeweitet worden sei. Da die nächste Pflegereform voraussichtlich weitere Leistungsverbesserungen in der teilstationären Pflege bringen werde, könne sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren fortsetzen.

Wie sich die Zahl der teilstationären Angebote langfristig bzw. in den nächsten 30 Jahren entwickeln werde, hänge von verschiedenen Faktoren ab und sei derzeit nicht konkret absehbar. Der bpa gehe davon aus, dass aufgrund der demografischen Entwicklung, vor allem wegen der damit einhergehenden Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Menschen die Nachfrage nach teilstationären Angeboten deutlich steigen werde. Daneben werde es entscheidend darauf ankommen, die schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, mit denen die teilstationären Einrichtungen konfrontiert seien, zu verbessern. Ansonsten werde das Angebot an teilstationären Plätzen mit der steigenden Nachfrage mittel- und langfristig nicht mithalten.

Die BWKG hat darauf hingewiesen, dass für die künftige Entwicklung eine aktuelle, zwischen Städtetag und Landkreistag abgestimmte Bedarfsvorausschätzung vorliegt, die für das Jahr 2020 von einem Bedarf von 3.590 bis 4.780 Tagespflegeplätzen für ältere pflegebedürftige Menschen ausgeht. Exakt diese Zahlen ergeben sich auch aus der Fortschreibung des Landespflegeplans vom Mai 2007; allerdings ist der Planungshorizont hier bereits 2015.

Wie in der Fortschreibung des Landespflegeplans vom Mai 2007 weiter ausgeführt, handelt es sich bei dieser Bedarfsermittlung um eine deutlich restriktivere Schätzung als in den Vorjahren. Damals lagen noch keine empirisch ermittelten Nachfragequoten vor und die Bedarfseckwerte wurden hoch angesetzt, um für den Ausbau dieser politisch und fachlich zur Stärkung familiärer Pflegepotenziale gewollten Angebote gezielt Anreize zu schaffen.

Neue Schätzungen sollten allerdings berücksichtigen, dass der Akzeptanz der Angebote, vermutlich wegen der relativ hohen Kosten, auch Grenzen gesetzt sind. Dies ist auch den vorliegenden Kreispflegeplänen zu entnehmen, die vielfach bereits eine ausreichende Versorgung mit Tagespflegeplätzen signalisieren.

Tabelle 15: Bestand und Planung von Tagespflegeplätzen in den Stadt- und Landkreisen

| **Land-/Stadtkreis** | **Kreiskenn-ziffer** | **Bestand** | | **2015** | **2020** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Jahr | Anzahl | Anzahl | Anzahl |
| **Stuttgart** | 111 | 2009 | 186 | *(2)* | *(2)* |
| **Böblingen** | 115 | 2013 | 245 | *(1)* | 160-210 |
| **Esslingen** | 116 | 2014 | 250 | *(1)* | 230-300 |
| **Göppingen** | 117 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ludwigsburg** | 118 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Rems-Murr-Kreis** | 119 | 2009 | 116 | 190 | *(1)* |
| **Heilbronn, Stadt** | 121 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Heilbronn** | 125 | 2013 | 190 | *(1)* | 150-200 |
| **Hohenlohekreis** | 126 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Schwäbisch Hall** | 127 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Main-Tauber-Kreis** | 128 | 2013 | 87 | *(2)* | 71-101 |
| **Heidenheim** | 135 | 2010 | 87 | 70 | *(1)* |
| **Ostalbkreis** | 136 | 2001 | *(1)* | *(1)* | *(1)* |
| **Baden-Baden, Stadt** | 211 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe, Stadt** | 212 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Karlsruhe** | 215 | 2009 | 298 | 285 | *(1)* |
| **Rastatt** | 216 | 2011 | 123 | 90-109 | 108-150 |
| **Heidelberg, Stadt** | 221 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Mannheim, Stadt** | 222 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Neckar-Odenwald-Kreis** | 225 | 2010 | 85 | *(2)* | *(2)* |
| **Rhein-Neckar-Kreis** | 226 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Pforzheim, Stadt** | 231 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Calw** | 235 | 2013 | 46 | *(1)* | 110 |
| **Enzkreis** | 236 | 2008 | 176 | 70-90 | *(1)* |
| **Freudenstadt** | 237 | 2010 | 141 | 39 | 59 |
| **Freiburg im Breisgau, Stadt** | 311 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Breisgau-Hochschwarzwald** | 315 | 2011 | 86 | 102-140 | *(1)* |
| **Emmendingen** | 316 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ortenaukreis** | 317 | 2013 | 413 | *(1)* | 290 |
| **Rottweil** | 325 | 2014 | 117 | *(1)* | 70-100 |
| **Schwarzwald-Baar-Kreis** | 326 | 2013 | 157 | *(1)* | 110-139 |
| **Tuttlingen** | 327 | 2014 | 41 | *(1)* | 68-88 |
| **Konstanz** | 335 | 2012 | 218 | 130 | *(1)* |
| **Lörrach** | 336 | 2005 | 55 | *(1)* | *(1)* |
| **Waldshut** | 337 | 2011 | 130 | *(1)* | *(1)* |
| **Reutlingen** | 415 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Tübingen** | 416 | 2009 | 106 | 80 | *(1)* |
| **Zollernalbkreis** | 417 | 2011 | 115 | *(1)* | 129 |
| **Ulm, Stadt** | 421 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Alb-Donau-Kreis** | 425 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Biberach** | 426 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Bodenseekreis** | 435 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |
| **Ravensburg** | 436 | 2002 | 65 | *(2)* | *(2)* |
| **Sigmaringen** | 437 | | *(2)* | *(2)* | *(2)* |

Quelle: Kreispflegepläne der Stadt- und Landkreise

*(1) nicht eingereicht, (2) nicht vorhanden*

*9. wie sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat (differenziert nach Trägern und mit Angabe der jeweiligen Vollzeitdeputate der Mitarbeiter), wie hoch die durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst ist und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 16: Entwicklung ambulanter Pflegedienste

| | **Ambulante Pflegedienste-private Träger** | | **Ambulante Pflegedienste-freigemeinnützigeTräger** | | **Ambulante Pflegedienste-öffentliche Träger** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | Durchschnittliche Patientenzahl | Anzahl | Durchschnittliche Patientenzahl | Anzahl | Durchschnittliche Patientenzahl |
| **2001** | 166 | 57 | 570 | 57 | 35 | 57 |
| **2003** | 378 | 48 | 565 | 48 | 41 | 48 |
| **2005** | 405 | 48 | 525 | 48 | 44 | 48 |
| **2007** | 454 | 46 | 516 | 46 | 40 | 46 |
| **2009** | 473 | 60 | 492 | 60 | 34 | 60 |
| **2011** | 572 | 52 | 502 | 52 | 36 | 52 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Laut Statistischem Landesamt Baden-Württemberg werden Vollzeitäquivalente (= Vollzeitdeputate) im Standardtabellenprogramm der Pflegestatistik nicht ausgewiesen. Weiter wird in der Pflegestatistik die für die Berechnung der Vollzeitäquivalente notwendige Zahl der Wochenstunden nicht erfragt.

Kreisbezogene Daten über die Entwicklung der Dienste und des Personals seit dem Jahr 2001 befinden sich im Anhang.

Die Pflegekassen haben nach § 69 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen i. S. des § 71 SGB XI und sonstigen Leistungserbringern. Die Zulassung von mehreren ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI im gleichen Einzugsbereich ist dabei gewollt und soll neben der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zugleich den Wettbewerb unter den Leistungserbringern fördern. Daher findet die Planung ambulanter Pflegeeinrichtungen selten Eingang in die Kreispflegeplanung.

Für eine Aussage zur weiteren Entwicklung der Zahl der ambulanten Pflegedienste muss vorrangig deren Personalsituation betrachtet werden. Von den Verbänden der Leistungserbringer wird berichtet, dass zahlreiche ambulante Pflegedienste Probleme haben, gutes und qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, um Fachkraftstellen neu zu besetzen oder Fluktuation auszugleichen. Besondere Probleme bestehen im Bereich von Personal mit psychiatrischer Zusatzqualifikation. In Baden-Württemberg stehen in der Pflege von alten und kranken Menschen heute einer arbeitsuchenden Fachkraft etwa drei gemeldete offene Stellen gegenüber (siehe hierzu Frage 18).

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

Dabei ist die Konkurrenzsituation zu anderen Berufen und Tätigkeitsfeldern in Ballungsräumen mit ihrem größeren Angebot an Produktionsstandorten und Dienstleistungsbranchen sehr viel stärker ausgeprägt als in ländlichen Räumen. Dort könnten oft ambulante Dienste mit ihren Teilzeitangeboten eine attraktive, weil wohnortnahe und familienfreundliche Beschäftigungsmöglichkeit bieten. Andererseits ist in Ballungsräumen die Konkurrenzsituation der Dienste untereinander größer.

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

Bei der Suche nach Fachkräften ist es für ambulante Pflegeeinrichtungen oft schwierig, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Die Ausbildungen Altenpflege und Krankenpflege sind nicht vorrangig auf ambulante Pflege ausgerichtet. Daher nehmen Pflegekräfte die ambulante Pflege traditionell eher als Arbeitsfeld im Nischenbereich wahr.

Auch stehen die ambulanten Pflegedienste in Konkurrenz nicht nur untereinander, sondern auch mit einer Anzahl von um Pflegekräfte konkurrierenden Einrichtungen und Institutionen.

Nicht zuletzt wird von den Verbänden der Leistungserbringer eine falsche Wahrnehmung ambulanter Pflegeleistungen als professionelle Dienstleistung in der Gesellschaft beklagt. Tendenzen in Richtung Entprofessionalisierung von Pflege, verringerte Qualifikationsanforderungen für einzelne Pflegeleistungen und die damit einhergehende verringerte monetäre Wertschätzung, geben Pflegefachkräften kein Gefühl von Anerkennung.

Weitere Faktoren, die die Gründung ambulanter Pflegedienste beeinflussen können, sind z. B. die Entwicklung der Pflege im Ausland (siehe Frage 12), für deren Beurteilung aller-dings eine unzureichende Datenlage gegeben ist oder auch die zukünftige rechtliche Beurteilung von derzeit häufig noch illegalen Arbeitsverhältnisse von Betreuungskräften, vor allem aus Osteuropa.

*10. welche Entwicklung ihr bezüglich der Anzahl alternativer Wohnformen (abgesehen von voll- und teilstationären Einrichtungen und häuslicher Pflege) seit 1995 in Baden-Württemberg bekannt ist und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Das Landesheimgesetz und das vorangegangene Heimgesetz des Bundes haben alle Wohnformen, bei denen Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung aus einer Hand verantwortet wurden, unter den Anwendungsbereich des Heimgesetzes gestellt. Bauliche und personelle Anforderungen haben vermutlich dazu geführt, dass nur in Einzelfällen alternative Wohnangebote innerhalb des Heimgesetzes entstanden sind. Dabei hat sich die Finanzierung solcher Wohnformen durch die Pflegekassen bzw. Krankenkassen und die Sozialhilfeträger in manchen Fällen als höhere Hürde erwiesen als das Heimrecht selbst. Die im Landesheimgesetz und im Bundesheimgesetz enthaltenen Erprobungsregelungen haben dazu geführt, dass einzelne alternative Wohnprojekte verwirklicht werden konnten. Da Wohnformen außerhalb des Landesheimgesetzes bzw. des Heimgesetzes des Bundes nicht anzeigepflichtig waren, ist es nicht möglich, verlässliche Aussagen zur Zahl und Ausgestaltung dieser Wohnformen zu machen.

Das WTPG, das am 31. Mai 2014 in Kraft getreten ist, geht nicht mehr allein von der herkömmlichen institutionellen und auf das „Heim“ (jetzt stationären Einrichtung) beschränkten Perspektive aus. Es erweitert den Anwendungsbereich vielmehr auch auf ambulant betreute Wohngemeinschaften, die in verschiedenen Ausgestaltungen angedacht sind mit entsprechend abgestuften ordnungsrechtlichen Anforderungen. An diese Versorgungsform, die sich auch im Hinblick auf die Selbstbestimmtheit der Bewohnerinnen und Bewohner stark an der eigenen

Häuslichkeit orientiert, werden deutlich weniger und geringere bauliche und personelle Anforderungen gestellt, als dies bei der stationären Einrichtung der Fall ist. Mit dem WTPG wurden somit die Voraussetzungen geschaffen, dass sich die unterschiedlichsten alternativen Wohnformen zwischen der eigenen Häuslichkeit und den stationären Einrichtungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten entwickeln können.

Mangels entsprechender Erfahrungen lässt sich jedoch heute noch nicht realistisch einschätzen, in welchem Umfang diese alternativen Wohnformen dem steigenden Bedarf und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung tragen werden. Dies hat auch eine bei den Stadt- und Landkreisen (Heimaufsichten) aktuell zu diesem Thema durchgeführte Umfrage ergeben.

*11. wie sich die Zahl der Personen, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat (unterschieden nach Empfängern von Geld- und Sachleistungen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 17: Pflege im häuslichen Bereich

| | Gesamt Pflegebedürftige | Veränderung zum Vorjahr in % | Gesamt Häuslicher Bereich | Veränderung zum Vorjahr in % | Sachleistungen | Veränderung zum Vorjahr in % | Pflegegeld | Veränderung zum Vorjahr in % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2001** | 210.724 | | 143.749 | | 43.657 | | 100.092 | |
| **2003** | 224.184 | 6 | 150.422 | 5 | 47.083 | 8 | 103.339 | 3 |
| **2005** | 225.367 | 1 | 147.062 | -2 | 46.390 | -1 | 100.672 | -3 |
| **2007** | 236.998 | 5 | 153.047 | 4 | 46.684 | 1 | 106.363 | 6 |
| **2009** | 246.038 | 4 | 162.019 | 6 | 49.650 | 6 | 112.369 | 6 |
| **2011** | 278.295 | 13 | 190.325 | 17 | 57.617 | 16 | 132.708 | 18 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die Zahl der Personen, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, setzt sich in der Pflegestatistik zusammen aus den ausschließlich Pflegegeld erhaltenden Pflegebedürftigen und den Pflegesachleistungsbezieherinnen und -bezieher. Die Daten des Statistischen Landesamtes berücksichtigen nicht die Pflegebedürftigen, die sowohl Geld als auch Sachleistungen als Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen. Dies ist bei Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

Zur prognostizierten Entwicklung wird auf die Ausführungen zu Frage 1 verwiesen. Insgesamt ist eine Tendenz weg von der Pflege durch Angehörige hin zur Pflege unter Beteiligung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen zu erkennen, wobei der häuslichen Pflege Vorrang eingeräumt wird. In Übereinstimmung dazu verfolgt die Landesregierung als Ziel ihrer Pflegepolitik die Sicherung der Selbstbestimmung, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die soziale Teilhabe. Diesen Trend bestätigen auch die aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamts. So wurden 2009 noch 34 % der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg in Heimen versorgt, in 2011 waren es nur noch 32 %.

*12. wie sich die Zahl der Personen aus Baden-Württemberg, die sich im Ausland pflegen lassen, seit 1995 entwickelt hat (differenziert nach deutschen Staatsbürgern und Bürgern mit anderen Nationalitäten) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Die Pflegekassen bzw. die private Pflegeversicherung haben hierzu keine Angaben gemacht. Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat mitgeteilt, dass ihm hierzu keine Daten vorliegen.

*13. wie sich die Zahl der pflegenden Menschen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres, differenziert nach Familienangehörigen, ehrenamtlich tätigen Personen, hauptberuflich tätigen Personen im ambulanten Bereich und hauptberuflich tätigen Personen im voll- und teilstationären Bereich) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 18: In der Pflege beschäftigte Personen

| | Gesamt | ambulant | stationär |
|---|---|---|---|
| **2001** | 77.764 | 20.022 | 57.742 |
| **2003** | 88.603 | 23.192 | 65.411 |
| **2005** | 92.548 | 23.451 | 69.097 |
| **2007** | 97.789 | 24.371 | 73.418 |
| **2009** | 105.998 | 25.174 | 80.824 |
| **2011** | 115.530 | 28.895 | 86.635 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Eine Differenzierung nach Familienangehörigen, ehrenamtlich tätigen Personen, hauptberuflich tätigen Personen im ambulanten bzw. im voll- und teilstationären Bereich ist nicht möglich. Die amtliche Statistik gibt das in den Einrichtungen beschäftigte Personal wieder.

Das Geschlecht der pflegenden Menschen, d.h. des Personals in den ambulanten und stationären Einrichtungen, würde aufgrund entsprechend geringer Fallzahlen eine Vielzahl von Geheimhaltungsfällen zur Folge haben, weshalb das Statistische Landesamt Baden-Württemberg auf die Darstellung dieser Merkmale verzichtet hat.

Die übersandte Tabelle zum Personal in den ambulanten und stationären Einrichtungen auf Landesebene enthält bereits ohne Differenzierung nach dem Geschlecht Geheimhaltungsfälle. Aufgrund der Abschlussarbeiten der Pflegestatistik 2013 war dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg eine Lieferung der genannten Daten aus Kapazitätsgründen nicht möglich.

Voraussichtlich werden sich die Familienstrukturen weiter verändern. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflege durch Familienangehörige wohl künftig immer weniger gewährleistet werden kann. Aufgrund der demografischen Entwicklung, aber auch aufgrund zunehmender gesellschaftlicher Mobilität und höherer Erwerbsbeteiligung von Frauen ist damit zu rechnen, dass das Potenzial an informeller Pflege wie durch Partnerinnen oder Partner bzw. Kinder oder Schwiegerkinder in immer geringerem Umfang für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen wird.

*14. wie alt die Personen, die in Baden-Württemberg im häuslichen Bereich Angehörige pflegen, im Durchschnitt derzeit sind, wie hoch dabei der Anteil von Frauen bzw. Männern derzeit ist und über wie viele Monate bzw. Jahre diese Personen Angehörige durchschnittlich pflegen und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg liegen hierzu keine Daten vor.

*15. wie sich die Zahl der in der Pflege beschäftigten Personen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres und differenziert nach Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern, Altenpflegehelfern, Betreuungskräften und weiteren Berufsgruppen, unter Angabe der Herkunftsländer der beschäftigten Personen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 19: In der Pflege beschäftigte Personen in Baden-Württemberg

| | **2001** | **2003** | **2005** | **2007** | **2009** | **2011** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in** | 14.771 | 17.910 | 19.936 | 22.625 | 24.741 | 27.440 |
| **staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in** | 2.179 | 2.593 | 2.665 | 3.174 | 3.802 | 4.818 |
| **Krankenschwester, Krankenpfleger** | 11.643 | 14.413 | 15.719 | 16.317 | 16.091 | 16.525 |
| **Krankenpflegehelfer/-in** | 2.264 | 2.538 | 2.159 | 2.262 | 2.118 | 2.209 |
| **Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger** | 826 | 1.088 | 1.122 | 1.249 | 1.145 | 1.204 |
| **Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in** | 433 | 545 | 526 | 634 | 625 | 634 |
| **Heilerziehungspflegehelfer/in** | 82 | 93 | 78 | 95 | 122 | 91 |
| **Heilpädagogin, Heilpädagoge** | 34 | 45 | 49 | 37 | 42 | 42 |
| **Ergotherapeut/in** | 359 | 421 | 411 | 464 | 598 | 552 |
| **Physiotherapeut/in** | - | - | - | 84 | 95 | 88 |
| **sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe** | 445 | 493 | 546 | 543 | 582 | 554 |
| **sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss** | 606 | 688 | 752 | 723 | 839 | 810 |
| **Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss** | 308 | 324 | 327 | 292 | 290 | 310 |
| **Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss** | 66 | 78 | 71 | 99 | 66 | 59 |
| **Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)** | 124 | 187 | 220 | 475 | 373 | 450 |
| **sonstiger pflegerischer Beruf** | 3.392 | 3.035 | 2.673 | 2.435 | 2.530 | 4.526 |
| **Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen** | 390 | 455 | 413 | 631 | 517 | 446 |
| **sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss** | 2.684 | 3.140 | 3.244 | 4.718 | 4.032 | 4.345 |
| **sonstiger Berufsabschluss** | 15.668 | 17.604 | 18.673 | 20.102 | 23.549 | 26.424 |
| **ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung** | 21.490 | 22.953 | 22.964 | 20.830 | 23.841 | 24.003 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Bis einschließlich der Pflegestatistik 2011 ist dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg eine alleinige Darstellung der Auszubildenden aufgrund des bisherigen Fragenprogramms nicht möglich. Erst ab der Erhebung 2013 wird dies möglich sein. Die Erhebung 2013 befindet sich derzeit allerdings noch in der Aufbereitung, die Ergebnisse werden voraussichtlich Anfang 2015 zur Verfügung stehen.

Eine Angabe der Herkunftsländer der beschäftigten Personen ist nicht möglich. Die teilweise Zusammenfassung und summarische Darstellung der im Anhang beigefügten Übersichten zu den Berufsarten auf Kreisebene hat ihren Grund in den statistischen Geheimhaltungspflichten. Würden die möglichen Berufsarten alle einzeln aufgelistet werden, ergäbe sich aufgrund zu geringer Fallzahlen eine Vielzahl von geheim zu haltenden Tabellenfeldern, die den Aussagewert der Tabellen erheblich einschränken würden. Eine differenziertere Darstellung der Berufsarten kann daher nur auf Landesebene erfolgen.

Eine regionale Studie in Baden-Württemberg, bei der 2011 von PricewaterhouseCooper 2,5 Mio. Arbeitsplätze untersucht und 40 Mio. Datensätze zu Arbeitsmarkt, Altersstruktur und Ausbildungsentwicklung analysiert wurden, ergab einen drastischen Mangel an Pflegekräften in Baden-Württemberg. Demnach fehlten 1.800 Pflegekräfte im Gesundheitswesen 2011, im Jahr 2030 werden es knapp 22.900 sein. Die Teilnahmequote bei Altenpflegern betrug 82 %.

Betrachtet man die demographische Entwicklung, mangelt es in Baden-Württemberg vor allem an Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern und Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Die Berufsaufgabe erfolgt im Durchschnitt nach acht Jahren, primär wegen der hohen physischen und psychischen Belastungen.

Diagramm 4: Personal in Pflegeeinrichtungen

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

*16. wie sich die Zahl der Auszubildenden in Pflegeberufen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt hat (mit Angabe des jeweiligen Jahres und differenziert nach Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern und Altenpflegehelfern, unter Angabe der Herkunftsländer der beschäftigte Personen) und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 20: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| **Schuljahr** | **Altenpfleger/-in** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | W | M | Ausländisch |
| **1995/1996** | 5.587 | 4.452 | 1.135 | - |
| **1996/1997** | 6.120 | 4.895 | 1.225 | - |
| **1997/1998** | 6.389 | 5.097 | 1.292 | 563 |
| **1998/1999** | 6.402 | 5.154 | 1.248 | 579 |
| **1999/2000** | 5.956 | - | - | - |
| **2000/2001** | 5.904 | - | - | - |
| **2001/2002** | 6.328 | 5.404 | 924 | 662 |
| **2002/2003** | 6.650 | 5.717 | 933 | 710 |
| **2003/2004** | 6.847 | 5.723 | 1.124 | 721 |
| **2004/2005** | 7.175 | 5.801 | 1.374 | 781 |
| **2005/2006** | 7.096 | 5.599 | 1.497 | 720 |
| **2006/2007** | 7.015 | 5.556 | 1.459 | 744 |
| **2007/2008** | 6.861 | 5.506 | 1.355 | 771 |
| **2008/2009** | 6.946 | 5.624 | 1.322 | 826 |
| **2009/2010** | 7.323 | 5.983 | 1.340 | 887 |
| **2010/2011** | 8.045 | 6.589 | 1.456 | 1.107 |
| **2011/2012** | 8.670 | 7.027 | 1.643 | 1.273 |
| **2012/2013** | 8.928 | 7.152 | 1.776 | 1.553 |
| **2013/2014** | 8.961 | 7.214 | 1.747 | 1.270 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 21: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegerhelferinnen und Altenpflegerhelfer

| **Schuljahr** | **Altenpflegehelfer/-in** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | W | M | Ausländisch |
| **1995/1996** | - | - | - | - |
| **1996/1997** | - | - | - | - |
| **1997/1998** | - | - | - | - |
| **1998/1999** | - | - | - | - |
| **1999/2000** | - | - | - | - |
| **2000/2001** | - | - | - | - |
| **2001/2002** | - | - | - | - |
| **2002/2003** | - | - | - | - |
| **2003/2004** | 629 | 523 | 106 | 99 |
| **2004/2005** | 700 | 566 | 134 | 91 |
| **2005/2006** | 766 | 626 | 140 | 111 |
| **2006/2007** | 714 | 567 | 147 | 91 |
| **2007/2008** | 754 | 617 | 137 | 89 |
| **2008/2009** | 831 | 672 | 159 | 127 |
| **2009/2010** | 957 | 798 | 159 | 169 |
| **2010/2011** | 1.126 | 944 | 182 | 212 |
| **2011/2012** | 1.153 | 966 | 187 | 265 |
| **2012/2013** | 1.139 | 958 | 181 | 246 |
| **2013/2014** | 1.129 | 1.006 | 123 | 738 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tabelle 22: Auszubildende in Pflegeberufen – Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger

| **Schuljahr** | **Gesundheits- und Krankenpfleger/-in** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamt | W | M | Ausländisch |
| **1995/1996** | 8.387 | 6.400 | 1,987 | - |
| **1996/1997** | 8.680 | 6.716 | 1.954 | - |
| **1997/1998** | 8.425 | 6.625 | 1.800 | 572 |
| **1998/1999** | 8.182 | 6.501 | 1.681 | 510 |
| **1999/2000** | - | - | - | - |
| **2000/2001** | - | - | - | - |
| **2001/2002** | 7.441 | 6.244 | 1.197 | 461 |
| **2002/2003** | 7.347 | 6.168 | 1.179 | 456 |
| **2003/2004** | 7.587 | 6.374 | 1.213 | 471 |
| **2004/2005** | 7.480 | 6.201 | 1.279 | 469 |
| **2005/2006** | 7.224 | 5.990 | 1.234 | 425 |
| **2006/2007** | 7.141 | 5.907 | 1.234 | 431 |
| **2007/2008** | 7.124 | 5.896 | 1.228 | 438 |
| **2008/2009** | 7.181 | 6.008 | 1.173 | 453 |
| **2009/2010** | 7.057 | 5.913 | 1.144 | 486 |
| **2010/2011** | 7.299 | 6.086 | 1.213 | 561 |
| **2011/2012** | 7.472 | 6.147 | 1.325 | 639 |
| **2012/2013** | 7.486 | 6.047 | 1.439 | 717 |
| **2013/2014** | 7.449 | 5.980 | 1.469 | 785 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Für die Schuljahre 1999/2000 und 2000/2001 stehen Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg nicht zur Verfügung. Daher weisen die Tabellen in den angegebenen Jahrgängen bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern keine Daten aus.

Erst ab dem Schuljahr 2003/2004 wurden die Berufsfachschulen für Altenpflegehilfeberufe eingerichtet, sodass hierfür aus früheren Zeiträumen keine Zahlen vorliegen. In den Statistischen Berichten zu den Beruflichen Schulen in Baden-Württemberg werden die Nationalitäten der ausländischen Schüler nicht einzeln ausgewiesen, sondern nur als Gesamtwert. Dieser wird in den Tabellen wiedergegeben.

*17. wie viele Pflegekräfte und Auszubildende ihre Tätigkeit oder Ausbildung in Pflegeberufen abbrechen und wie lange die durchschnittliche Verweildauer von Pflegekräften in dieser Tätigkeit durchschnittlich ist (aufgeschlüsselt nach Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen);*

Nach Angaben der BWKG sind zum Abbruch von Tätigkeiten und Ausbildungen im Pflegebereich sowie zur durchschnittlichen Verweildauer in den Pflegeberufen keine systematisch erhobenen und aussagekräftigen landesspezifischen Daten bekannt.

Laut der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) liegen für das Land Baden-Württemberg keine Daten zum Ausmaß des Abbruchs der Pflegeausbildung und vor allem zu den Gründen des Abbruchs vor. Die durchschnittliche Abbrecherquote sei in Deutschland seit dem Jahr 2005 von 19,9 % auf 24,4 % gestiegen. Die Abbrecherquoten im Pflegebereich lägen damit etwa auf dem Niveau aller Berufe des dualen Systems.

Dem bpa liegen zur durchschnittlichen Verweildauer von Pflegekräften in dieser Tätigkeit keine eigenen Zahlen vor. Er weist darauf hin, dass nach einer Studie des Forschungszentrums Generationenverträge Freiburg die durchschnittliche Verweildauer bei examinierten Altenpflegekräften 12,7 Jahre und bei nichtexaminierten Altenpflegekräften 7,9 Jahre betrage.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg teilt mit, dass ihm hierzu keine Daten vorliegen.

Die NEXT Studie (nurses early exit study) untersuchte die Fragestellung des vorzeitigen Berufsausstiegs von Pflegepersonal auf nationaler und europäischer Ebene. Deutschland, Belgien, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Polen, Schweden und die Slowakei nahmen bis 2005 daran teil. Als Gründe, den Pflegebereich zu verlassen, werden dort häufig die Arbeitsbelastungen, private Gründe, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, vor allem psychische und physische Belastungsmotive sowie Über- und Unterforderung bei der Arbeit genannt. Gesundheit, Vergütung und die Anerkennung der Profession spielen eher eine untergeordnete Rolle.

*18. wie viele arbeitslos gemeldete Pflegefachkräfte den nicht besetzten Pflegefachkraftstellen gegenüber stehen;*

Die Bundesagentur für Arbeit hat in ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass die Meldung offener Stellen freiwillig ist und häufig davon abhängig, welche Erfolgsaussichten ein Unternehmen für die Besetzung sieht; vermutlich gebe es im Bereich der Pflege eine nennenswerte Anzahl von Vakanzen, die den Agenturen für Arbeit wegen geringer Erfolgsaussichten nicht bekannt seien.

Datengrundlage sei der Arbeitsmarktmonitor der Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum vom Mai 2013 bis April 2014. Durchschnittlich 431 (56 Männer/375 Frauen) arbeitslosen Kranken- und Gesundheitspflegekräften standen im genannten Zeitraum 879 offene Stellen gegenüber, durchschnittlich 303 (60 Männer/243 Frauen) arbeitslosen Altenpflegerinnen und Altenpflegern standen 1.102 offene Stellen gegenüber.

*19. wie sich der Bedarf an Pflegefachkräften hochgerechnet auf die Anzahl der Pflegebedürftigen auf Grundlage der bisherigen Personalschlüssel entwickeln wird;*

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat auf die Veröffentlichung „Statistik aktuell „Pflegebedürftige in Baden-Württemberg“ (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2014) verwiesen. Danach standen für die Versorgung der 145.587 Pflegebedürftigen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs zum Jahresende 2011 landesweit 115.530 Beschäftigte zur Verfügung.

Darunter waren 31.771 Personen in Vollzeit beschäftigt und 74.334 Personen in Teilzeit. Die stationären Einrichtungen beschäftigten insgesamt 86.635 Personen und die ambulanten Einrichtungen 28.895. Der Anteil der Frauen am Personal insgesamt betrug 86 %. Fast ein Viertel der Beschäftigten in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Landes verfügte über eine Ausbildung als staatlich anerkannte Altenpflegerin oder Altenpfleger.

Ausgehend von der Zahl der hochgerechneten Pflegebedürftigen, die von ambulanten und stationären Einrichtungen versorgt werden, kann auch auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Die Modellrechnung geht dabei davon aus, dass sich das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonen bis 2030 nicht wesentlich ändert. Dann würde sich bis 2030 der Bedarf an Pflegekräften und sonstigem Pflegepersonal um 53.000 Personen bzw. 45 % erhöhen und läge somit bei rund 168.000 Personen. Unsicher an dieser Berechnung ist allerdings die Entwicklung der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger, also der Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden. Bedingt durch die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen dürfte das häusliche

Pflegepotenzial weiter abnehmen. Dadurch würde die professionelle Pflege stärker zunehmen und damit auch der hierfür notwendige Personalbedarf.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg führt Vorausrechnungen zum Pflegepersonal in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durch. Eine neue Vorausrechnung auf Basis der Pflegestatistik 2013 wird – aufgrund fehlender Zensus basierter Bevölkerungsdaten – voraussichtlich nicht vor Anfang 2016 vorliegen.

*20. wie hoch die Anzahl der Betreuungskräfte in Abgrenzung zu Pflegefachkräften in Baden-Württemberg ist (differenziert nach Anstellung bei einem Haushalt, Anstellung bei einem Unternehmen oder als selbständige Betreuungskraft) und wie hoch sie die Anzahl der Betreuungskräfte einschätzt, die in diesen Verhältnissen ohne Einhaltung der Arbeits- und Sozialversicherungsvorschriften oder ordnungsgemäße steuerliche Erfassung tätig sind;*

Es liegen keine Angaben zur Anzahl der Betreuungskräfte in Abgrenzung zu Pflegefachkräften vor. In den Statistischen Berichten Baden-Württemberg zu Unterricht und Bildung wird die Zahl der Auszubildenden im Beruf Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer ausgewiesen. Diese ist von 142 im Schuljahr 2009/2010 auf 341 im Schuljahr 2013/2014 angestiegen. Dies lässt sich allerdings nicht mit einer Aussage über die Zahl der als Betreuungskräfte tätigen Menschen verknüpfen.

Nach § 28p Abs. 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) prüfen die Träger der Rentenversicherung bei den Arbeitgebern, ob diese ihre Meldepflichten und ihre sonstigen Pflichten nach dem SGB IV, die im Zusammenhang mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag stehen, ordnungsgemäß erfüllen. Die von der Deutschen Rentenversicherung in Baden-Württemberg durchgeführten Betriebsprüfungen bei Unternehmen unterscheiden nicht speziell nach verschiedenen Berufsgruppen. Selbstständige Betreuungskräfte/Pflegefachkräfte und Beschäftigte in privaten Haushalten werden von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg nicht geprüft.

Die bei Unternehmen durchgeführten Betriebsprüfungen nach § 28p Abs. 1 SGB IV erfolgen stichprobenweise (also nicht als Vollprüfung) und ohne berufsspezifische Differenzierung, so dass die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg auch schätzungsweise keine Angaben zur Anzahl der Betreuungskräfte, die ohne Einhaltung der Sozialversicherungsvorschriften tätig sind, machen kann.

*21. welche Beratungsangebote es derzeit für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen gibt;*

Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung sind in Baden-Württemberg bislang 48 Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI in 42 Stadt- und Landkreisen eingerichtet. Anstellungsträger der baden-württembergischen Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI sind kommunale Träger und Mitträger gemeinsam alle Pflegekassen. Die baden-württembergischen Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI werden jeweils zu je einem Drittel von den Pflegekassen, Krankenkassen und kommunalen Trägern finanziert.

Die Landesregierung setzt sich gegenüber der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. für einen flächendeckenden Ausbau der Pflegestützpunkte ein, damit alle Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg – unabhängig von ihrem Wohnort – die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI auch in Anspruch nehmen können. Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. hat sich in ihrer Mitgliederversammlung am 4. Juni 2014 auf Anforderungen für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg verständigt. Landkreise, Städte und Gemeinden prüfen derzeit, ob und in welchem Umfang sie entsprechende Anträge zur Etablierung zusätzlicher Pflege-

stützpunkte bzw. zur Erweiterung bestehender Pflegestützpunkte gegenüber der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. stellen wollen.

Ferner gibt es in den Landkreisen, Städten und Gemeinden auch Beratungseinrichtungen für die ambulanten und stationären Angebote der Pflege, wie z. B. Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen, Altenhilfefachberaterinnen und Altenhilfefachberater oder Bürgerinnen- und Bürgerbüros. Diese Beratungsstellen befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft, wie beispielsweise in kommunaler Trägerschaft oder in Trägerschaft eines Leistungserbringers.

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

*22. wie sich die Ausgaben des Landes im Bereich der Pflege seit 1995 entwickelt haben (aufgeschlüsselt nach Investitionskostenförderung, Maßnahmen im Vor- und Umfeld der Pflege, Prävention und Modellprojekten);*

Die Investitionskostenförderung im Bereich der Pflege gliedert sich in die Bereiche Pflegeheimförderung, die von 1996 bis 2010 den Bau von stationären Pflegeeinrichtungen förderte, und das Modell- bzw. Innovationsprogramm Pflege, das seit 2011 der Schaffung von Tagespflegeplätzen, insbesondere im ländlichen Raum, und der Förderung weiterer Modellvorhaben dient. Die bis 2010 regierende CDU-FDP-Koalition hat das Auslaufen der Pflegeheimförderung nach dem Landespflegegesetz zum Ende des Jahres 2010 beschlossen. Der Ausweis der Fördersummen erfolgt in Mio. Euro.

Tabelle 23: Pflegeheimförderung 1996 bis 2010

| Jahr | Fördersumme |
|---|---|
| 1996 | 2,7 |
| 1997 | 63,8 |
| 1998 | 45,9 |
| 1999 | 48,2 |
| 2000 | 41,4 |
| 2001 | 43,7 |
| 2002 | 58,2 |
| 2003 | 56,4 |
| 2004 | 61,3 |
| 2005 | 44,3 |
| 2006 | 49,9 |
| 2007 | 50,1 |
| 2008 | 49,1 |
| 2009 | 49,1 |
| 2010 | 51,8 |
| Gesamt | 716,0 |

Quelle: Sozialministerium

Die Daten geben die im jeweiligen Jahr bewilligten Fördersummen wieder.

Tabelle 24: Modell- und Innovationsprogramm Pflege

| Jahr | Fördersumme |
|---|---|
| 2011 | 3,5 |
| 2012 | 3,1 |
| 2013 | 3 |
| 2014 | 3 |
| Gesamt | 12,6 |

Quelle: Sozialministerium

Es sind die Haushaltsansätze des jeweiligen Jahres angegeben.

Weiter wurden im Jahr 2010 300.000 Euro für Projekte des Demenzprogramms durch Zuwendungsbescheide gebunden.

Zu den Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit zählen, neben der Förderung von Familienpflege- und Dorfhilfediensten, die aufgrund des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes seit 2002 mit haushalterischer Auswirkung seit 2003 geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI). Dies sind Betreuungsgruppen und häusliche Betreuungsdienste, insbesondere für demenzerkrankte Menschen sowie die aufgrund des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes seit 2008 geförderten Initiativen des Ehrenamts in der Pflege (§ 45d SGB XI). Weiterhin Seniorennetzwerke zur Unterstützung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen sowie Pflegebegleiter-Initiativen, die sich um pflegende Angehörige kümmern. Der Ausweis der Fördersummen erfolgt in Mio. Euro.

Tabelle 25: Förderung von Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit 2001-2014

| Jahr | Fördersumme |
|---|---|
| 2001 | 1.565.598 |
| 2002 | 1.660.287 |
| 2003 | 1.744.584 |
| 2004 | 1.779.989 |
| 2005 | 1.674.056 |
| 2006 | 1.496.360 |
| 2007 | 1.885.250 |
| 2008 | 1.971.050 |
| 2009 | 2.202.905 |
| 2010 | 2.359.616 |
| 2011 | 2.375.126 |
| 2012 | 2.573.075 |
| 2013 | 2.709.685 |
| 2014 | 2.957.901 |
| Summe | 28.955.482 |

Quelle: Sozialministerium

Eine nach dem Bereich der Pflege zugeordnete Aufschlüsselung der Präventionskosten liegt dem Sozialministerium nicht vor. Ein vom Land in Höhe von über 405.600 Euro sowie aus dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen nach § 45d i.V. m. § 45c SGB XI in Höhe von über 405.600 Euro finanziertes Modellprojekt „Präventiver Hausbesuch“ wird durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln im Zeitraum von 2014 bis 2017 durchgeführt. Dabei soll das Instrument des präventiven Hausbesuchs für Menschen im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit unter Einbeziehung ehrenamtlicher Betreuungs- und Unterstützungsinitiativen in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg entwickelt und erprobt werden.

Eine Förderung erfahren auch verschiedene Modellprojekte im Bereich der Pflege. Aufgrund des demografischen Wandels wird der Bedarf an technikgestützter Hilfe und Pflege in den nächsten Jahren voraussichtlich stark zunehmen. Dies ist der Hintergrund für eine Projektlinie des Landes Baden-Württemberg im Bereich Ambient Assisted Living (AAL), dem Impulsprogramm Pflege. Hier wurden in den Jahren 2012 und 2013 Projekte mit einem Volumen von insgesamt 1,9 Mio. Euro gefördert.

Verschiedene Projekte im Vor- und Umfeld der Pflege wurden in den Jahren 2004 bis 2013 mit insgesamt 284.000 Euro gefördert. Das Modellprojekt „Medizinische Versorgung in Pflegeheimen“ erhielt 1,4 Mio. Euro an Fördermitteln.

*23. wie sich die Ausgaben der Pflegeversicherung und die Ausgaben der Kommunen für die Hilfe zur Pflege seit 1995 entwickelt haben;*

Laut dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg liegen zu den Ausgaben der Pflegeversicherung keine vollständigen, umfassenden und damit aussagekräftigen Informationen aller Versicherungsträger vor. Die Pflegekassen bzw. die private Pflegeversicherung haben hierzu keine Angaben gemacht. Daher werden die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder herangezogen.

Tabelle 26: Ausgaben der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg in Mio. Euro

| Jahr | Betrag |
|---|---|
| 2008 | 2.534 |
| 2009 | 2.665 |
| 2010 | 2.842 |
| 2011 | 2.911 |
| 2012 | 3.047 |

Datenquelle: GAR der Länder, GAR des Bundes; Berechnungsstand April 2014

Die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg stellen sich wie folgt dar:

Tabelle 27: Ausgaben für Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg in 1.000 Euro

| Jahr | Betrag |
|---|---|
| 1995 | 612.773 |
| 1996 | 483.734 |
| 1997 | 334.192 |
| 1998 | 283.054 |
| 1999 | 291.489 |
| 2000 | 260.211 |
| 2001 | 260.719 |
| 2002 | 270.267 |
| 2003 | 269.405 |
| 2004 | 285.301 |
| 2005 | 304.602 |
| 2006 | 287.564 |
| 2007 | 303.746 |
| 2008 | 321.040 |
| 2009 | 336.638 |
| 2010 | 349.786 |
| 2011 | 370.587 |

Quelle: Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach SGB XII

Ausgewiesen werden die Netto-Ausgaben. Der Rückgang 1996 und 1997 erklärt sich mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung. Danach erfolgt hier ein stetiger Anstieg.

*24. wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, die die Kosten für ihre Pflege nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können und daher Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 28: Anspruchsberechtigte für Hilfe zur Pflege

| Jahr | Anzahl |
|---|---|
| 1995 | 51.530 |
| 1996 | 38.159 |
| 1997 | 32.727 |
| 1998 | 32.688 |
| 1999 | 29.251 |
| 2000 | 28.375 |
| 2001 | 30.372 |
| 2002 | 31.098 |
| 2003 | 32.668 |
| 2004 | 32.240 |
| 2005 | 34.107 |
| 2006 | 33.670 |
| 2007 | 35.183 |
| 2008 | 35.148 |
| 2009 | 38.159 |
| 2010 | 40.363 |
| 2011 | 41.993 |
| 2012 | 43.014 |

Hinweis: Empfänger mehrerer verschiedener Hilfen werden bei jeder Hilfeart gezählt; Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldung erkennbar waren

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Der Rückgang der Zahl der Anspruchsberechtigten für Hilfe zur Pflege ab 1996 erklärt sich mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung. Danach erfolgt auch hier ein Anstieg der Zahl der Anspruchsberechtigten.

Unter den heutigen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass die Zahl der Leistungsempfänger in der vollstationären Hilfe zur Pflege weiterhin steigt. Eine zuverlässige Prognose jedoch, wie hoch die Zahl der Leistungsempfänger in 30 Jahren sein wird, kann nicht gegeben werden.

Die Zahl der Leistungsempfänger ist davon abhängig, ob die Zahl der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner weiter zunimmt. Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg geht bei seiner Vorausberechnung davon aus, dass sich die Zahl der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner insgesamt bis zum Jahr 2050 auf 182.000 verdoppeln wird. Die Vorausberechnung der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner beruht auf der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und, davon abgeleitet, auf der Vorausberechnung der pflegebedürftigen Personen.

Eine Schätzung, wie viele Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner in 30 Jahren die Kosten ihrer Pflege nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können, hängt also von drei Voraussetzungen – Bevölkerung, pflegebedürftige Personen, Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner – und dem Zutreffen der Annahmen ab, auf denen sie beruhen. Darüber hinaus hängt sie entscheidend vom Einkommen der Pflegeheimbewohner in 30 Jahren ab. Dieses wiederum wird auch von Renten- und Steuerreformen beeinflusst.

Falls es keine rechtlichen Änderungen und keine Verbesserung in der Leistung der Pflegeversicherung geben wird, ist auch in Zukunft davon auszugehen, dass mindestens 30 % der Pflegeheimbewohner ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen, um die Pflegekosten zu decken.

Auf der Grundlage der vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg vorausberechneten Zahl der Pflegeheimbewohner im Jahr 2050 sind dies 54.000 Personen.

*25. wie sich die Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Tabelle 29: Vorsorge- und Rehabilitationsangebot in Baden-Württemberg 2013

| **Fachabteilung** | **Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen** | **Aufgestellte Betten** | **Pflegetage** | **Fallzahl** | **Nutzungsgrad der Betten** | **Verweildauer** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | | | | % | Tage |
| Allgemeinmedizin | 6 | 188 | 38 310 | 2 703 | 55,8 | 14,2 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 3 | 261 | 93 843 | 4 326 | 98,5 | 21,7 |
| Haut und Geschlechtskrankheiten | 3 | 122 | 14 045 | 637 | 31,5 | 22,1 |
| Innere Medizin | 56 | 5 627 | 1 506 746 | 70 355 | 73,4 | 21,4 |
| darunter | | | | | | |
| Angiologie | 3 | 19 | 2 555 | 127 | 36,8 | 20,1 |
| Endokrinologie | 2 | 33 | 8 803 | 419 | 73,1 | 21,0 |
| Gastroenterologie | 8 | 273 | 68 476 | 3 264 | 68,7 | 21,0 |
| Hämatologie und internistische Onkologie | 14 | 1 160 | 362 110 | 16 562 | 85,5 | 21,9 |
| Kardiologie | 19 | 1 378 | 404 301 | 19 741 | 80,4 | 20,5 |
| Nephrologie | 1 | 3 | 229 | 18 | 20,9 | 12,7 |
| Pneumologie | 11 | 719 | 161 432 | 7 089 | 61,5 | 22,8 |
| Rheumatologie | 7 | 370 | 95 592 | 4 273 | 70,8 | 22,4 |
| Geriatrie | 28 | 1 212 | 368 060 | 17 657 | 83,2 | 20,8 |
| Kinderheilkunde | 6 | 1 001 | 214 041 | 8 444 | 58,6 | 25,3 |
| Neurologie | 21 | 2 233 | 777 427 | 25 991 | 95,4 | 29,9 |
| Orthopädie | 59 | 7 008 | 1 992 945 | 92 782 | 77,9 | 21,5 |
| darunter | | | | | | |
| Rheumatologie | 3 | 456 | 137 235 | 6 566 | 82,5 | 20,9 |
| Physikalische und Rehabilitative Medizin | 5 | 364 | 97 476 | 5 052 | 73,4 | 19,3 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 27 | 1 921 | 635 414 | 10 131 | 90,6 | 62,7 |
| darunter | | | | | | |
| Sucht | 20 | 1 345 | 433 530 | 5 049 | 88,3 | 85,9 |
| Psychotherapeutische Medizin | 27 | 2 693 | 788 283 | 21 975 | 80,2 | 35,9 |
| Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten | 35 | 3 332 | 910 679 | 41 960 | 74,9 | 21,7 |
| **Fachabteilungen insgesamt** | **276** | **25 962** | **7 437 269** | **302 010** | **78,5** | **24,6** |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Anders als etwa der Krankenhausbereich, unterliegt der Bereich der stationären Rehabilitation keiner staatlichen Planung. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entscheiden in eigener unternehmerischer Freiheit und Verantwortung, an welchem Standort sie sich niederlassen, welche Leistungsschwerpunkte sie wählen und welches Personal sie einstellen. Daten, wie sich die Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt hat, liegen dem Sozialministerium nicht vor.

Die Entwicklung der Rehabilitations- und Präventionsangebote in den nächsten 30 Jahren ist schwer abschätzbar. Als Folge zunehmender Lebenserwartung (demografischer Wandel) treten insbesondere chronische Erkrankungen zunehmend in den Fokus. Patientinnen und Patienten wünschen sich eine Versorgung aus einer Hand, bei der Behandlung, Therapie, Information, Beratung und Schulung sowie psychische und soziale Unterstützung aufeinander abgestimmt sind. Dies erfordert eine stärkere Vernetzung der Versorgung, bei der präventive, kurative und rehabilitative Leistungen aufeinander abgestimmt werden.

Die Geriatrische Rehabilitation ist eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung alter Menschen in Baden-Württemberg. Sie ist auch von zentraler Bedeutung für die Pflegeinfrastruktur des Landes.

In enger Zusammenarbeit mit den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden sowie dem Landesseniorenrat als Vertreter der Betroffenen wurde das Geriatriekonzept in den letzten Jahren überarbeitet. Wesentliche Ziele sind u. a. ein pragmatischer Zugang zu den Rehabilitationsangeboten für alte Menschen mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“ und die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgungstrukturen sicherzustellen.

Die Beteiligten verständigten sich auf ein Verfahren für eine sachgerechte und zugleich rechtzeitige Zuweisung zur geriatrischen Rehabilitation. So wird der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung unbürokratisch und pragmatisch gestaltet sein und das Ziel „Rehabilitation vor Pflege“ umgesetzt werden.

Zahlreiche geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg befinden sich in einer wirtschaftlich schwierigen Situation, einige haben schließen müssen. Hierzu haben auch die Einführung des DRG-Systems in der akutstationären Krankenhausvergütung, die in Baden-Württemberg zu einer Konkurrenzsituation zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik führte und der Ausbau der Einrichtungen indikationsspezifischer Rehabilitation hinsichtlich der Behandlung älterer Menschen besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie beigetragen.

Die Landesregierung beobachtet diese Situation in der geriatrischen Versorgung mit Sorge. Mit der Schiedsstelle wurde im Land rasch ein Konfliktlösungsmechanismus geschaffen, der sicherstellen kann, dass auskömmliche Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zustande kommen.

Die Landesregierung hat darüber hinaus mit dem grundlegend überarbeiteten Geriatriekonzept eine gute Grundlage für eine gute geriatrische Versorgung im Land geschaffen. Im Geriatriekonzept bekennen sich die gesetzlichen Krankenkassen zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung und sagen die Vereinbarung hierfür ausreichender medizinisch leistungsgerechter Vergütungssätze zu. Die Leistungsträger und Leistungserbringer übernehmen gemeinsam die Verantwortung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Patientenversorgung in der Rehabilitation entsprechend dem Stand des medizinischen Fortschritts. Ein Personalorientierungsrahmen soll im Konsens zwischen Krankenkassen und BWKG und Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie entwickelt werden. Die Landesregierung sieht den Personalorientierungsrahmen über eine angemessene Personalausstattung als eine zentrale Qualitätsanforderung an.

Die wirtschaftliche Grundlage von Einrichtungen der Geriatrischen Rehabilitation kann durch diese Einigungen bezüglich auskömmlicher Vergütung und Planungssicherheit (Belegungssicherheit) gesichert werden. Auf dieser Grundlage wird die geriatrische Rehabilitation mit hoher fachlicher Qualität flächendeckend erhalten und bedarfsgerecht ausgebaut werden können.

*26. wie viele Menschen aktuell Rehabilitationsleistungen (medizinische und geriatrische) erhalten und mit welcher Entwicklung sie in den nächsten 30 Jahren rechnet;*

Aktuelle, also auf 2014 bezogene, Daten zur Leistungsinanspruchnahme von medizinischen und geriatrischen Rehabilitationsleistungen liegen nicht vor.

Vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg wurde die Tabelle „Krankenbetten, Pflegetage und Patientenbewegungen (stationäre Fälle) in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs bis 2013“ übermittelt. Hierbei wurde eine Unterteilung in Vorsorge oder Rehabilitation beziehungsweise medizinische oder geriatrische Rehabilitationsleistungen nicht vorgenommen. Prognosen liegen für diesen Bereich nicht vor.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels und die wachsende Zahl chronischer Erkrankungen werden die Nachfrage nach medizinischen Rehabilitationsleistungen nachhaltig bestimmen.

Tabelle 30: Inanspruchnahme von Leistungen in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

| | Einrichtungen | Betten | Pflegetage | Patienten | Durchschnittliche | | Personal [1)] | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Bettenauslastung | Verweildauer | ärztlich[2)] | nichtärztlich | darunter Pflege |
| | Anzahl | | | | % | Tage | Anzahl | | |
| **1990** | 243 | 28 491 | 9 000 566 | 283 347 | 86,6 | 31,8 | – | – | – |
| **1991** | 239 | 28 612 | 9 337 193 | 307 304 | 89,4 | 30,4 | 1 313 | 16 449 | 2 625 |
| **1992** | 243 | 29 072 | 9 622 131 | 307 500 | 90,4 | 31,3 | 1 366 | 16 970 | 2 722 |
| **1993** | 243 | 29 528 | 9 717 185 | 308 482 | 90,2 | 31,5 | 1 404 | 17 345 | 2 870 |
| **1994** | 248 | 30 594 | 10 033 500 | 316 900 | 89,9 | 31,7 | 1 484 | 18 560 | 3 170 |
| **1995** | 248 | 30 877 | 10 282 024 | 325 899 | 91,2 | 31,5 | 1 539 | 19 103 | 3 338 |
| **1996** | 250 | 32 003 | 9 865 307 | 325 208 | 84,2 | 30,3 | 1 515 | 19 010 | 3 542 |
| **1997** | 241 | 31 594 | 7 208 119 | 269 701 | 62,5 | 26,7 | 1 299 | 16 537 | 3 263 |
| **1998** | 243 | 32 487 | 7 804 399 | 300 512 | 65,8 | 26,0 | 1 360 | 16 562 | 3 458 |
| **1999** | 241 | 31 752 | 8 435 360 | 333 004 | 72,8 | 25,3 | 1 425 | 17 363 | 3 713 |
| **2000** | 243 | 32 393 | 8 982 725 | 357 719 | 75,8 | 25,1 | 1 516 | 18 053 | 3 905 |
| **2001** | 251 | 32 858 | 8 993 039 | 360 358 | 75,0 | 25,0 | 1 547 | 18 741 | 4 195 |
| **2002** | 246 | 31 708 | 8 672 974 | 352 021 | 74,9 | 24,6 | 1 511 | 18 713 | 4 198 |
| **2003** | 237 | 29 976 | 8 029 235 | 312 483 | 73,4 | 25,7 | 1 447 | 17 689 | 4 025 |
| **2004** | 228 | 28 613 | 7 598 378 | 301 326 | 72,6 | 25,2 | 1 453 | 17 165 | 3 931 |
| **2005** | 221 | 27 764 | 7 247 733 | 292 084 | 71,5 | 24,8 | 1 411 | 16 738 | 3 931 |
| **2006** | 222 | 27 889 | 7 196 004 | 291 681 | 70,7 | 24,7 | 1 426 | 16 939 | 3 949 |
| **2007** | 214 | 26 802 | 7 492 318 | 302 392 | 76,6 | 24,8 | 1 445 | 17 119 | 3 966 |
| **2008** | 218 | 26 849 | 7 833 488 | 313 275 | 79,7 | 25,0 | 1 486 | 17 999 | 4 108 |
| **2009** | 216 | 26 967 | 7 863 387 | 313 357 | 79,9 | 25,1 | 1 541 | 17 882 | 4 108 |
| **2010** | 213 | 26 958 | 7 632 552 | 305 689 | 77,6 | 25,0 | 1 520 | 17 835 | 4 137 |
| **2011** | 208 | 26 567 | 7 450 187 | 302 055 | 76,8 | 24,7 | 1 527 | 17 578 | 4 220 |
| **2012** | 204 | 26 248 | 7 512 934 | 304 283 | 78,2 | 24,7 | 1 542 | 17 631 | 4 237 |
| **2013** | **200** | **25 962** | **7 437 269** | **302 010** | **78,5** | **24,6** | **1 547** | **17 588** | **4 313** |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

*27. mit Verweis auf den Passus im Einsetzungsantrag der Enquetekommission (Drucksache 15/4977)*
*„Um die Pflege zukunftsorientiert gestalten zu können, ist bei der Erhebung der Daten (...) ein differenzierender Blick auf die Kategorien Alter, Geschlecht und Kultur notwendig“ bittet die Kommission insbesondere bei den Ziffern 1., 3., 4., 10., 12., 13. und 16. um Angabe des jeweiligen Frauen- bzw. Männeranteils. Bei der Stellungnahme soll, mit Ausnahme der Stellungnahme zu Ziffer 12., nach Regionalität (Kreis-, Gemeindeebene) differenziert werden.*

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg weist im Besonderen auf folgende Sachverhalte hin, die zur Begrenzung in der Aussagefähigkeit der gelieferten Daten führen können:

In der Pflegestatistik werden keine Gemeindeergebnisse ausgewiesen, eine Unterscheidung nach städtischen und ländlichen Regionen liegt nicht vor.

Bei der Darstellung der Daten wurden – soweit möglich – Kreisergebnisse berücksichtigt. Es wurde allerdings auf die Darstellung auf Kreisebene verzichtet, wenn eine entsprechend differenzierte Ausprägung der Merkmale aufgrund geringer Fallzahlen eine Vielzahl von Geheimhaltungsfällen zur Folge hätte und damit eine Auskunft gemäß Bundesstatistikgesetz aus rechtlichen Gründen nicht möglich wäre. Dies gilt insbesondere auch für eine generelle Differenzierung nach dem Geschlecht.

Die vom Statistischen Landesamt gelieferten kreisbezogenen Übersichten sind dem Bericht als Anlage beigefügt.

Zu Familienstand und Anzahl der Kinder pflegebedürftiger Menschen liegen keine Daten vor.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren

**zu Anhang 3**

**Statistisches Landesamt Baden-Württemberg**

# Sonderauswertung Enquetekommission - Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten

| Stadt- bzw. Landkreise | Kreiskennziffer |
|---|---|
| Stuttgart, Landeshauptstadt | 111 |
| Böblingen | 115 |
| Esslingen | 116 |
| Göppingen | 117 |
| Ludwigsburg | 118 |
| Rems-Murr-Kreis | 119 |
| Heilbronn, Stadt | 121 |
| Heilbronn | 125 |
| Hohenlohekreis | 126 |
| Schwäbisch Hall | 127 |
| Main-Tauber-Kreis | 128 |
| Heidenheim | 135 |
| Ostalbkreis | 136 |
| Baden.Baden, Stadt | 211 |
| Karlsruhe, Stadt | 212 |
| Karlsruhe | 215 |
| Rastatt | 216 |
| Heidelberg, Stadt | 221 |
| Mannheim, Universitätsstadt | 222 |
| Neckar-Odenwald-Kreis | 225 |
| Rhein-Neckar-Kreis | 226 |
| Pforzheim, Stadt | 231 |
| Calw | 235 |
| Enzkreis | 236 |
| Freudenstadt | 237 |
| Freiburg im Breisgau, Stadt | 311 |
| Breisgau-Hochschwarzwald | 315 |
| Emmendingen | 316 |
| Ortenaukreis | 317 |
| Rottweil | 325 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis | 326 |
| Tuttlingen | 327 |
| Konstanz | 335 |
| Lörrach | 336 |
| Waldshut | 337 |
| Reutlingen | 415 |
| Tübingen | 416 |
| Zollernalbkreis | 417 |
| Ulm, Universitätsstadt | 421 |
| Alb-Donau-Kreis | 425 |
| Biberach | 426 |
| Bodenseekreis | 435 |
| Ravensburg | 436 |
| Sigmaringen | 437 |

**Zeichenerklärung:**

**.** = Zahlenwert geheim zu halten

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Land Baden-Württemberg | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Personal insgesamt** | **77764** | **88603** | **92548** | **97789** | **105998** | **115530** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 14771 | 17910 | 19936 | 22625 | 24741 | 27440 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 2179 | 2593 | 2665 | 3174 | 3802 | 4818 |
| Krankenschwester, Krankenpfleger (Gesundheits- und Kranke | 11643 | 14413 | 15719 | 16317 | 16091 | 16525 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 2264 | 2538 | 2159 | 2262 | 2118 | 2209 |
| Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- | 826 | 1088 | 1122 | 1249 | 1145 | 1204 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | 433 | 545 | 526 | 634 | 625 | 634 |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | 82 | 93 | 78 | 95 | 122 | 91 |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | 34 | 45 | 49 | 37 | 42 | 42 |
| Ergotherapeut/in | 359 | 421 | 411 | 464 | 598 | 552 |
| Physiotherapeut/in | erst ab 2007 | erst ab 2007 | erst ab 2007 | 84 | 95 | 88 |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe | 445 | 493 | 546 | 543 | 582 | 554 |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss | 606 | 688 | 752 | 723 | 839 | 810 |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | 308 | 324 | 327 | 292 | 290 | 310 |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | 66 | 78 | 71 | 99 | 66 | 59 |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Un | 124 | 187 | 220 | 475 | 373 | 450 |
| sonstiger pflegerischer Beruf | 3392 | 3035 | 2673 | 2435 | 2530 | 4526 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 390 | 455 | 413 | 631 | 517 | 446 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 2684 | 3140 | 3244 | 4718 | 4032 | 4345 |
| sonstiger Berufsabschluss | 15668 | 17604 | 18673 | 20102 | 23549 | 26424 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21490 | 22953 | 22964 | 20830 | 23841 | 24003 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **57742** | **65411** | **69097** | **73418** | **80824** | **86635** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 11295 | 13672 | 15614 | 17621 | 19231 | 20539 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 1863 | 2161 | 2274 | 2726 | 3308 | 4043 |
| Krankenschwester, Krankenpfleger (Gesundheits- und Kranke | 4864 | 5757 | 6555 | 6944 | 6598 | 6563 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 1757 | 1963 | 1699 | 1819 | 1692 | 1648 |
| Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- | 288 | 379 | 356 | 426 | 396 | 398 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | 392 | 485 | 475 | 581 | 577 | 553 |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | 68 | 77 | 63 | 74 | 116 | 78 |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | . | 39 | 45 | 34 | . | . |
| Ergotherapeut/in | 350 | 407 | 398 | 453 | 587 | 539 |
| Physiotherapeut/in | erst ab 2007 | erst ab 2007 | erst ab 2007 | 71 | 85 | 70 |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe | 353 | 399 | 454 | 449 | 515 | 433 |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss | 514 | 592 | 655 | 629 | 756 | 723 |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | 104 | 129 | 148 | 141 | 130 | 134 |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | . | 31 | 30 | 41 | . | . |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Un | 90 | 152 | 168 | 396 | 309 | 348 |
| sonstiger pflegerischer Beruf | 3080 | 2742 | 2455 | 2248 | 2282 | 4162 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 146 | 180 | 206 | 405 | 326 | 266 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 2196 | 2565 | 2664 | 3754 | 3419 | 3588 |
| sonstiger Berufsabschluss | 11673 | 13027 | 14146 | 15688 | 18669 | 20534 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 18654 | 20654 | 20692 | 18918 | 21761 | 21952 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **20022** | **23192** | **23451** | **24371** | **25174** | **28895** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 3476 | 4238 | 4322 | 5004 | 5510 | 6901 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 316 | 432 | 391 | 448 | 494 | 775 |
| Krankenschwester, Krankenpfleger (Gesundheits- und Kranke | 6779 | 8656 | 9164 | 9373 | 9493 | 9962 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 507 | 575 | 460 | 443 | 426 | 561 |
| Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- | 538 | 709 | 766 | 823 | 749 | 806 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | 41 | 60 | 51 | 53 | 48 | 81 |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | 14 | 16 | 15 | 21 | 6 | 13 |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | . | 6 | 4 | 3 | . | . |
| Ergotherapeut/in | 9 | 14 | 13 | 11 | 11 | 13 |
| Physiotherapeut/in | erst ab 2007 | erst ab 2007 | erst ab 2007 | 13 | 10 | 18 |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe | 92 | 94 | 92 | 94 | 67 | 121 |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss | 92 | 96 | 97 | 94 | 83 | 87 |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | 204 | 195 | 179 | 151 | 160 | 176 |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | . | 47 | 41 | 58 | . | . |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Un | 34 | 35 | 52 | 79 | 64 | 102 |
| sonstiger pflegerischer Beruf | 312 | 293 | 218 | 187 | 248 | 364 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 244 | 275 | 207 | 226 | 191 | 180 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 488 | 575 | 580 | 964 | 613 | 757 |
| sonstiger Berufsabschluss | 3995 | 4577 | 4527 | 4414 | 4880 | 5890 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 2836 | 2299 | 2272 | 1912 | 2080 | 2051 |

**Zeichenerklärung:**

. = Zahlenwert geheim zu halten

**Pflegestatistik**

| Land Baden-Württemberg | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **210724** | **224184** | **225367** | **236998** | **246038** | **278295** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **66975** | **73762** | **78305** | **83951** | **84019** | **87970** |
| ----- Pflegestufe I | 22032 | 25535 | 28218 | 32054 | 31967 | 33743 |
| ----- Pflegestufe II | 30806 | 33602 | 34809 | 35951 | 35471 | 35761 |
| ----- Pflegestufe III | 11867 | 13396 | 13296 | 13707 | 14877 | 16476 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 2270 | 1229 | 1982 | 2239 | 1704 | 1990 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **43657** | **47083** | **46390** | **46684** | **49650** | **57617** |
| ----- Pflegestufe I | 21027 | 22901 | 23063 | 24077 | 26095 | 31103 |
| ----- Pflegestufe II | 16463 | 17723 | 17497 | 17031 | 17519 | 19628 |
| ----- Pflegestufe III | 6167 | 6459 | 5830 | 5576 | 6036 | 6886 |
| Pflegegeldempfänger | **100092** | **103339** | **100672** | **106363** | **112369** | **132708** |
| ----- Pflegestufe I | 56151 | 59059 | 59042 | 63141 | 68195 | 80331 |
| ----- Pflegestufe II | 34666 | 34540 | 32533 | 33573 | 34245 | 40459 |
| ----- Pflegestufe III | 9275 | 9740 | 9097 | 9649 | 9929 | 11918 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **944** | **1135** | **1228** | **1384** | **1466** | **1543** |
| - private Träger | 297 | 409 | 427 | 468 | 488 | 491 |
| - öffentliche Träger | 115 | 115 | 120 | 123 | 110 | 140 |
| - freigemeinnützige Träger | 532 | 611 | 681 | 793 | 868 | 912 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **771** | **984** | **974** | **1010** | **999** | **1110** |
| - private Träger | 166 | 378 | 405 | 454 | 473 | 572 |
| - öffentliche Träger | 35 | 41 | 44 | 40 | 34 | 36 |
| - freigemeinnützige Träger | 570 | 565 | 525 | 516 | 492 | 502 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 70623 | 78230 | 83386 | 91503 | 97315 | 99006 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 2183 | 3098 | 3201 | 3735 | 3982 | 4739 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 57 | 48 | 48 | 46 | 50 | 52 |
| **Personal insgesamt** | **77764** | **88603** | **92548** | **97789** | **105998** | **115530** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 14771 | 17910 | 19936 | 22625 | 24741 | 27440 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 2179 | 2593 | 2665 | 3174 | 3802 | 4818 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 13907 | 16951 | 17878 | 18579 | 18209 | 18734 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 826 | 1088 | 1122 | 1249 | 1145 | 1204 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 5849 | 5909 | 5653 | 5881 | 6162 | 8116 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 3074 | 3595 | 3657 | 5349 | 4549 | 4791 |
| sonstiger Berufsabschluss | 15668 | 17604 | 18673 | 20102 | 23549 | 26424 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21490 | 22953 | 22964 | 20830 | 23841 | 24003 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **57742** | **65411** | **69097** | **73418** | **80824** | **86635** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 11295 | 13672 | 15614 | 17621 | 19231 | 20539 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 1863 | 2161 | 2274 | 2726 | 3308 | 4043 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 6621 | 7720 | 8254 | 8763 | 8290 | 8211 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 288 | 379 | 356 | 426 | 396 | 398 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 5006 | 5053 | 4891 | 5117 | 5424 | 7104 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 2342 | 2745 | 2870 | 4159 | 3745 | 3854 |
| sonstiger Berufsabschluss | 11673 | 13027 | 14146 | 15688 | 18669 | 20534 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 18654 | 20654 | 20692 | 18918 | 21761 | 21952 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **20022** | **23192** | **23451** | **24371** | **25174** | **28895** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 3476 | 4238 | 4322 | 5004 | 5510 | 6901 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 316 | 432 | 391 | 448 | 494 | 775 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 7286 | 9231 | 9624 | 9816 | 9919 | 10523 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 538 | 709 | 766 | 823 | 749 | 806 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 843 | 856 | 762 | 764 | 738 | 1012 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 732 | 850 | 787 | 1190 | 804 | 937 |
| sonstiger Berufsabschluss | 3995 | 4577 | 4527 | 4414 | 4880 | 5890 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 2836 | 2299 | 2272 | 1912 | 2080 | 2051 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Stuttgart (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **10844** | **10407** | **10720** | **10549** | **11388** | **12978** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **4164** | **4139** | **4807** | **4548** | **4467** | **4698** |
| ----- Pflegestufe I | 1495 | 1576 | 1842 | 1872 | 1741 | 1891 |
| ----- Pflegestufe II | 1860 | 1817 | 2118 | 1955 | 1817 | 1845 |
| ----- Pflegestufe III | 669 | 663 | 722 | 626 | 817 | 891 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 140 | 83 | 125 | 95 | 92 | 71 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **2657** | **2319** | **2111** | **2047** | **2574** | **3156** |
| ----- Pflegestufe I | 1544 | 1295 | 1206 | 1138 | 1509 | 1862 |
| ----- Pflegestufe II | 848 | 764 | 681 | 686 | 806 | 965 |
| ----- Pflegestufe III | 265 | 260 | 224 | 223 | 259 | 329 |
| Pflegegeldempfänger | **4023** | **3949** | **3802** | **3954** | **4347** | **5124** |
| ----- Pflegestufe I | 2429 | 2371 | 2297 | 2422 | 2718 | 3190 |
| ----- Pflegestufe II | 1238 | 1209 | 1187 | 1202 | 1262 | 1477 |
| ----- Pflegestufe III | 356 | 369 | 318 | 330 | 367 | 457 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **44** | **44** | **56** | **55** | **56** | **63** |
| - private Träger | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 |
| - öffentliche Träger | 6 | 6 | 8 | 7 | 8 | 8 |
| - freigemeinnützige Träger | 35 | 36 | 45 | 43 | 44 | 50 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **43** | **52** | **52** | **62** | **57** | **72** |
| - private Träger | 10 | 19 | 28 | 40 | 37 | 51 |
| - öffentliche Träger | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 31 | 32 | 21 | 21 | 19 | 20 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 4309 | 4327 | 4856 | 4776 | 4963 | 5301 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 127 | 120 | 153 | 188 | 208 | 238 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 62 | 45 | 41 | 33 | 45 | 44 |
| **Personal insgesamt** | **4366** | **4614** | **5144** | **5077** | **5395** | **6431** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 946 | 1015 | 1179 | 1279 | 1404 | 1701 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 85 | 89 | 104 | 148 | 168 | 281 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 769 | 839 | 981 | 1005 | 903 | 1045 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 47 | 48 | 44 | 55 | 35 | 36 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 395 | 285 | 297 | 319 | 302 | 378 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 170 | 212 | 205 | 251 | 175 | 229 |
| sonstiger Berufsabschluss | 829 | 834 | 847 | 973 | 1110 | 1200 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 1125 | 1292 | 1487 | 1047 | 1298 | 1561 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **3274** | **3457** | **3954** | **3732** | **3987** | **4540** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 711 | 785 | 932 | 981 | 1049 | 1141 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 76 | 57 | 83 | 125 | 127 | 213 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 350 | 370 | 482 | 432 | 384 | 408 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 16 | 20 | 18 | 21 | 10 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 346 | 240 | 241 | 263 | 258 | 324 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 125 | 156 | 150 | 204 | 146 | 140 |
| sonstiger Berufsabschluss | 683 | 671 | 677 | 785 | 872 | 918 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 967 | 1158 | 1371 | 921 | 1141 | 1379 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **1092** | **1157** | **1190** | **1345** | **1408** | **1891** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 235 | 230 | 247 | 298 | 355 | 560 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 9 | 32 | 21 | 23 | 41 | 68 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 419 | 469 | 499 | 573 | 519 | 637 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 31 | 28 | 26 | 34 | 25 | 19 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 49 | 45 | 56 | 56 | 44 | 54 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 45 | 56 | 55 | 47 | 29 | 89 |
| sonstiger Berufsabschluss | 146 | 163 | 170 | 188 | 238 | 282 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 158 | 134 | 116 | 126 | 157 | 182 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Böblingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4847** | **5303** | **5958** | **6218** | **7008** | **8071** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1404** | **1460** | **2106** | **2395** | **2306** | **2548** |
| ----- Pflegestufe I | 438 | 498 | 738 | 943 | 902 | 962 |
| ----- Pflegestufe II | 738 | 692 | 952 | 1037 | 1013 | 1069 |
| ----- Pflegestufe III | 209 | 236 | 365 | 346 | 348 | 481 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 19 | 34 | 51 | 69 | 43 | 36 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **940** | **1060** | **1112** | **924** | **1480** | **1543** |
| ----- Pflegestufe I | 412 | 478 | 519 | 468 | 766 | 802 |
| ----- Pflegestufe II | 407 | 469 | 468 | 361 | 523 | 514 |
| ----- Pflegestufe III | 121 | 113 | 125 | 95 | 191 | 227 |
| Pflegegeldempfänger | **2503** | **2783** | **2740** | **2899** | **3222** | **3980** |
| ----- Pflegestufe I | 1362 | 1547 | 1535 | 1622 | 1913 | 2320 |
| ----- Pflegestufe II | 924 | 964 | 943 | 980 | 1007 | 1237 |
| ----- Pflegestufe III | 217 | 272 | 262 | 297 | 302 | 423 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **20** | **20** | **28** | **34** | **37** | **42** |
| - private Träger | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 19 | 19 | 28 | 32 | 37 | 42 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **20** | **24** | **27** | **26** | **28** | **30** |
| - private Träger | 3 | 8 | 9 | 10 | 11 | 11 |
| - öffentliche Träger | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 10 | 12 | 10 | 11 | 12 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1452 | 1514 | 2081 | 2375 | 2415 | 2696 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 94 | 99 | 111 | 131 | 142 | 217 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 47 | 44 | 41 | 36 | 53 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **1895** | **2078** | **2642** | **2639** | **2948** | **3418** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 278 | 328 | 435 | 503 | 577 | 701 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 39 | 60 | 39 | 69 | 65 | 123 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 422 | 492 | 696 | 608 | 606 | 635 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 26 | 48 | 56 | 45 | 42 | 52 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 90 | 66 | 143 | 133 | 91 | 251 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 74 | 79 | 115 | 98 | 135 | 134 |
| sonstiger Berufsabschluss | 354 | 361 | 447 | 553 | 558 | 702 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 612 | 644 | 711 | 630 | 874 | 820 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1353** | **1431** | **1872** | **2070** | **2295** | **2572** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 209 | 242 | 338 | 418 | 476 | 544 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 34 | 36 | 22 | 46 | 56 | 100 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 196 | 204 | 308 | 348 | 282 | 301 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 7 | 7 | 9 | 7 | 6 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 79 | 47 | 118 | 116 | 74 | 180 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 68 | 66 | 89 | 79 | 118 | 114 |
| sonstiger Berufsabschluss | 249 | 243 | 329 | 455 | 447 | 544 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 511 | 586 | 661 | 599 | 835 | 783 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **542** | **647** | **770** | **569** | **653** | **846** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 69 | 86 | 97 | 85 | 101 | 157 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 5 | 24 | 17 | 23 | 9 | 23 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 226 | 288 | 388 | 260 | 324 | 334 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 19 | 41 | 49 | 36 | 35 | 46 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 11 | 19 | 25 | 17 | 17 | 71 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 6 | 13 | 26 | 19 | 17 | 20 |
| sonstiger Berufsabschluss | 105 | 118 | 118 | 98 | 111 | 158 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 101 | 58 | 50 | 31 | 39 | 37 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Esslingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **8357** | **9415** | **9550** | **10003** | **10744** | **12182** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2536** | **2965** | **3345** | **3486** | **3741** | **3651** |
| ----- Pflegestufe I | 720 | 974 | 1118 | 1321 | 1354 | 1331 |
| ----- Pflegestufe II | 1261 | 1406 | 1614 | 1579 | 1668 | 1593 |
| ----- Pflegestufe III | 490 | 527 | 516 | 541 | 618 | 658 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 65 | 58 | 97 | 45 | 101 | 69 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1862** | **2359** | **2149** | **2169** | **2379** | **2799** |
| ----- Pflegestufe I | 871 | 1189 | 1117 | 1099 | 1329 | 1577 |
| ----- Pflegestufe II | 735 | 850 | 789 | 813 | 791 | 967 |
| ----- Pflegestufe III | 256 | 320 | 243 | 257 | 259 | 255 |
| Pflegegeldempfänger | **3959** | **4091** | **4056** | **4348** | **4624** | **5732** |
| ----- Pflegestufe I | 2128 | 2306 | 2343 | 2521 | 2771 | 3362 |
| ----- Pflegestufe II | 1469 | 1387 | 1337 | 1430 | 1465 | 1893 |
| ----- Pflegestufe III | 362 | 398 | 376 | 397 | 388 | 477 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **32** | **43** | **51** | **57** | **63** | **62** |
| - private Träger | 12 | 19 | 26 | 26 | 32 | 31 |
| - öffentliche Träger | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 17 | 21 | 22 | 28 | 28 | 29 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **34** | **47** | **46** | **47** | **44** | **44** |
| - private Träger | 5 | 17 | 18 | 20 | 20 | 21 |
| - öffentliche Träger | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 27 | 27 | 27 | 25 | 23 | 21 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2585 | 3095 | 3624 | 3846 | 4252 | 4022 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 108 | 167 | 186 | 171 | 183 | 185 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 55 | 50 | 47 | 46 | 54 | 64 |
| **Personal insgesamt** | **3157** | **3749** | **3868** | **4248** | **4595** | **4670** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 520 | 648 | 751 | 890 | 1015 | 1089 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 52 | 75 | 135 | 86 | 65 | 198 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 596 | 817 | 840 | 914 | 856 | 827 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 39 | 41 | 54 | 48 | 41 | 48 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 246 | 249 | 177 | 230 | 197 | 297 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 105 | 149 | 136 | 299 | 133 | 161 |
| sonstiger Berufsabschluss | 760 | 971 | 1019 | 995 | 1223 | 1175 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 839 | 799 | 756 | 786 | 1065 | 875 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2154** | **2472** | **2671** | **2889** | **3271** | **3362** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 389 | 469 | 597 | 708 | 822 | 844 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 34 | 66 | 117 | 75 | 52 | 170 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 272 | 344 | 355 | 384 | 336 | 328 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 11 | 18 | 16 | 16 | 23 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 217 | 212 | 156 | 207 | 181 | 280 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 72 | 89 | 100 | 166 | 108 | 118 |
| sonstiger Berufsabschluss | 426 | 604 | 650 | 625 | 930 | 799 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 734 | 677 | 678 | 708 | 826 | 800 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **1003** | **1277** | **1197** | **1359** | **1324** | **1308** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 131 | 179 | 154 | 182 | 193 | 245 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 18 | 9 | 18 | 11 | 13 | 28 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 324 | 473 | 485 | 530 | 520 | 499 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 29 | 30 | 36 | 32 | 25 | 25 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 29 | 37 | 21 | 23 | 16 | 17 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 33 | 60 | 36 | 133 | 25 | 43 |
| sonstiger Berufsabschluss | 334 | 367 | 369 | 370 | 293 | 376 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 105 | 122 | 78 | 78 | 239 | 75 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Göppingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **5493** | **5827** | **5794** | **5807** | **5895** | **6831** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1686** | **1742** | **1739** | **1883** | **1874** | **1973** |
| ----- Pflegestufe I | 547 | 593 | 616 | 768 | 750 | 791 |
| ----- Pflegestufe II | 858 | 830 | 801 | 786 | 755 | 726 |
| ----- Pflegestufe III | 264 | 310 | 308 | 288 | 353 | 386 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 17 | 9 | 14 | 41 | 16 | 70 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1429** | **1487** | **1634** | **1414** | **1429** | **1632** |
| ----- Pflegestufe I | 746 | 715 | 870 | 765 | 764 | 898 |
| ----- Pflegestufe II | 522 | 606 | 592 | 524 | 538 | 573 |
| ----- Pflegestufe III | 161 | 166 | 172 | 125 | 127 | 161 |
| Pflegegeldempfänger | **2378** | **2598** | **2421** | **2510** | **2592** | **3226** |
| ----- Pflegestufe I | 1342 | 1502 | 1430 | 1478 | 1572 | 1957 |
| ----- Pflegestufe II | 849 | 876 | 793 | 820 | 797 | 984 |
| ----- Pflegestufe III | 187 | 220 | 198 | 212 | 223 | 285 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **19** | **22** | **22** | **28** | **32** | **33** |
| - private Träger | 5 | 7 | 7 | 8 | 9 | 8 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 14 | 15 | 15 | 19 | 23 | 25 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **22** | **26** | **26** | **25** | **24** | **32** |
| - private Träger | 6 | 9 | 9 | 8 | 8 | 17 |
| - öffentliche Träger | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 16 | 16 | 16 | 15 | 14 | 15 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1728 | 1765 | 1834 | 1989 | 2206 | 2246 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 54 | 55 | 56 | 87 | 87 | 107 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 65 | 57 | 63 | 57 | 60 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **1847** | **2079** | **2221** | **2377** | **2521** | **2726** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 406 | 457 | 532 | 593 | 628 | 688 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 37 | 54 | 72 | 81 | 64 | 133 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 286 | 375 | 394 | 391 | 389 | 393 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 19 | 32 | 35 | 44 | 36 | 35 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 94 | 73 | 91 | 98 | 117 | 195 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 67 | 81 | 90 | 115 | 109 | 111 |
| sonstiger Berufsabschluss | 533 | 560 | 511 | 504 | 585 | 527 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 405 | 447 | 496 | 551 | 593 | 644 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1277** | **1385** | **1446** | **1601** | **1832** | **1894** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 297 | 325 | 391 | 442 | 481 | 495 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 32 | 50 | 60 | 75 | 55 | 107 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 109 | 153 | 162 | 155 | 164 | 135 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 9 | 9 | 12 | 9 | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 76 | 49 | 62 | 66 | 87 | 164 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 37 | 34 | 37 | 63 | 70 | 88 |
| sonstiger Berufsabschluss | 387 | 381 | 285 | 326 | 419 | 339 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 335 | 384 | 440 | 462 | 547 | 558 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **570** | **694** | **775** | **776** | **689** | **832** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 109 | 132 | 141 | 151 | 147 | 193 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 5 | 4 | 12 | 6 | 9 | 26 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 177 | 222 | 232 | 236 | 225 | 258 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 15 | 23 | 26 | 32 | 27 | 27 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 18 | 24 | 29 | 32 | 30 | 31 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 30 | 47 | 53 | 52 | 39 | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 146 | 179 | 226 | 178 | 166 | 188 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 70 | 63 | 56 | 89 | 46 | 86 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Ludwigsburg (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **7794** | **8183** | **8164** | **8902** | **9407** | **10957** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2489** | **2734** | **2895** | **3339** | **3360** | **3690** |
| ----- Pflegestufe I | 923 | 980 | 1111 | 1294 | 1258 | 1478 |
| ----- Pflegestufe II | 1099 | 1202 | 1259 | 1443 | 1441 | 1493 |
| ----- Pflegestufe III | 406 | 501 | 460 | 553 | 611 | 660 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 61 | 51 | 65 | 49 | 50 | 59 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1792** | **1876** | **1862** | **1860** | **1884** | **2234** |
| ----- Pflegestufe I | 963 | 1006 | 989 | 1074 | 1063 | 1292 |
| ----- Pflegestufe II | 596 | 651 | 685 | 622 | 617 | 686 |
| ----- Pflegestufe III | 233 | 219 | 188 | 164 | 204 | 256 |
| Pflegegeldempfänger | **3513** | **3573** | **3407** | **3703** | **4163** | **5033** |
| ----- Pflegestufe I | 1999 | 2081 | 2054 | 2284 | 2641 | 3181 |
| ----- Pflegestufe II | 1205 | 1175 | 1067 | 1101 | 1165 | 1428 |
| ----- Pflegestufe III | 309 | 317 | 286 | 318 | 357 | 424 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **24** | **27** | **29** | **35** | **43** | **72** |
| - private Träger | 4 | 7 | 6 | 10 | 11 | 11 |
| - öffentliche Träger | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 28 |
| - freigemeinnützige Träger | 18 | 19 | 22 | 24 | 31 | 33 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **35** | **36** | **35** | **39** | **39** | **44** |
| - private Träger | 6 | 8 | 8 | 14 | 14 | 19 |
| - öffentliche Träger | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| - freigemeinnützige Träger | 26 | 24 | 22 | 20 | 20 | 20 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2461 | 2782 | 2930 | 3389 | 3976 | 3924 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 90 | 98 | 93 | 134 | 150 | 162 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 51 | 52 | 53 | 48 | 48 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **3502** | **3779** | **3799** | **3986** | **4515** | **4979** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 573 | 694 | 760 | 860 | 967 | 1060 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 48 | 196 | 71 | 122 | 155 | 135 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 749 | 801 | 797 | 902 | 931 | 972 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 65 | 75 | 81 | 83 | 82 | 80 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 237 | 224 | 184 | 219 | 304 | 413 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 135 | 155 | 147 | 170 | 213 | 265 |
| sonstiger Berufsabschluss | 971 | 818 | 928 | 821 | 960 | 1050 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 724 | 816 | 831 | 809 | 903 | 1004 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2477** | **2619** | **2788** | **2945** | **3416** | **3753** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 427 | 528 | 610 | 680 | 766 | 839 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 40 | 188 | 61 | 103 | 144 | 124 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 351 | 358 | 382 | 462 | 461 | 446 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 15 | 27 | 29 | 31 | 29 | 20 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 179 | 179 | 153 | 180 | 241 | 360 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 113 | 141 | 130 | 129 | 143 | 200 |
| sonstiger Berufsabschluss | 696 | 506 | 675 | 609 | 764 | 800 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 656 | 692 | 748 | 751 | 868 | 964 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **1025** | **1160** | **1011** | **1041** | **1099** | **1226** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 146 | 166 | 150 | 180 | 201 | 221 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 8 | 8 | 10 | 19 | 11 | 11 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 398 | 443 | 415 | 440 | 470 | 526 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 50 | 48 | 52 | 52 | 53 | 60 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 58 | 45 | 31 | 39 | 63 | 53 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 22 | 14 | 17 | 41 | 70 | 65 |
| sonstiger Berufsabschluss | 275 | 312 | 253 | 212 | 196 | 250 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 68 | 124 | 83 | 58 | 35 | 40 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Rems-Murr-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **7551** | **7979** | **8389** | **8566** | **9140** | **10495** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2300** | **2674** | **2897** | **3237** | **3441** | **3561** |
| ----- Pflegestufe I | 816 | 965 | 1023 | 1242 | 1357 | 1457 |
| ----- Pflegestufe II | 1014 | 1180 | 1329 | 1402 | 1471 | 1408 |
| ----- Pflegestufe III | 373 | 470 | 485 | 486 | 511 | 574 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 57 | 59 | 60 | 107 | 102 | 122 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1730** | **1730** | **1811** | **1674** | **1789** | **2258** |
| ----- Pflegestufe I | 830 | 903 | 914 | 870 | 1011 | 1276 |
| ----- Pflegestufe II | 663 | 608 | 699 | 627 | 605 | 764 |
| ----- Pflegestufe III | 237 | 219 | 198 | 177 | 173 | 218 |
| Pflegegeldempfänger | **3521** | **3575** | **3681** | **3655** | **3910** | **4676** |
| ----- Pflegestufe I | 2051 | 1998 | 2176 | 2140 | 2283 | 2867 |
| ----- Pflegestufe II | 1182 | 1216 | 1182 | 1175 | 1286 | 1401 |
| ----- Pflegestufe III | 288 | 361 | 323 | 340 | 341 | 408 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **43** | **50** | **50** | **57** | **64** | **65** |
| - private Träger | 18 | 22 | 20 | 21 | 23 | 22 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 23 | 26 | 28 | 35 | 41 | 43 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **35** | **37** | **35** | **35** | **32** | **36** |
| - private Träger | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 9 |
| - öffentliche Träger | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 29 | 27 | 26 | 26 | 23 | 24 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2432 | 2840 | 3119 | 3582 | 3845 | 3855 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 57 | 69 | 73 | 121 | 131 | 163 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 49 | 47 | 52 | 48 | 56 | 63 |
| **Personal insgesamt** | **2976** | **3492** | **3515** | **3663** | **4245** | **4516** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 500 | 598 | 687 | 788 | 849 | 1005 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 81 | 59 | 87 | 64 | 154 | 131 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 603 | 708 | 724 | 710 | 805 | 800 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 43 | 55 | 62 | 57 | 44 | 48 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 207 | 172 | 134 | 175 | 200 | 230 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 117 | 96 | 136 | 209 | 143 | 148 |
| sonstiger Berufsabschluss | 633 | 844 | 777 | 824 | 1120 | 1154 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 792 | 960 | 908 | 836 | 930 | 1000 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2042** | **2426** | **2545** | **2816** | **3167** | **3372** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 353 | 443 | 545 | 620 | 671 | 781 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 68 | | 82 | 57 | 132 | 116 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 285 | 311 | 333 | 355 | 358 | 325 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 23 | 28 | 31 | 25 | 25 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 167 | 131 | 106 | 153 | 172 | 197 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 97 | . | 104 | 134 | 116 | 126 |
| sonstiger Berufsabschluss | 419 | 504 | 529 | 655 | 859 | 841 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 643 | 879 | 818 | 811 | 834 | 961 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **934** | **1066** | **970** | **847** | **1078** | **1144** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 147 | 155 | 142 | 168 | 178 | 224 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 13 | | 5 | 7 | 22 | 15 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 318 | 397 | 391 | 355 | 447 | 475 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 33 | 32 | 34 | 26 | 19 | 23 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 40 | 41 | 28 | 22 | 28 | 33 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 20 | . | 32 | 75 | 27 | 22 |
| sonstiger Berufsabschluss | 214 | 340 | 248 | 169 | 261 | 313 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 149 | 81 | 90 | 25 | 96 | 39 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Heilbronn (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2341** | **2438** | **2443** | **2569** | **2700** | **3305** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **999** | **1056** | **1056** | **1147** | **1137** | **1182** |
| ----- Pflegestufe I | 374 | 435 | 408 | 453 | 497 | 499 |
| ----- Pflegestufe II | 449 | 475 | 461 | 500 | 431 | 448 |
| ----- Pflegestufe III | 145 | . | 157 | 141 | 174 | 204 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 31 | . | 30 | 53 | 35 | 31 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **379** | **420** | **307** | **310** | **317** | **575** |
| ----- Pflegestufe I | 213 | 251 | 185 | 177 | 198 | 359 |
| ----- Pflegestufe II | 131 | 132 | 95 | 100 | 94 | 168 |
| ----- Pflegestufe III | 35 | 37 | 27 | 33 | 25 | 48 |
| Pflegegeldempfänger | **963** | **962** | **1080** | **1112** | **1246** | **1548** |
| ----- Pflegestufe I | 598 | 598 | 684 | 730 | 821 | 1022 |
| ----- Pflegestufe II | 289 | 294 | 318 | 289 | 332 | 405 |
| ----- Pflegestufe III | 76 | 70 | 78 | 93 | 93 | 121 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **10** | **11** | **11** | **14** | **15** | **15** |
| - private Träger | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 7 | 9 | 11 | 11 | 11 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **8** | **8** | **7** | **9** | **9** | **9** |
| - private Träger | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1009 | 1132 | 1124 | 1390 | 1494 | 1472 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 58 | 53 | 53 | 69 | 78 | 83 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 47 | 53 | 44 | 34 | 35 | 64 |
| **Personal insgesamt** | **948** | **1023** | **961** | **1059** | **1226** | **1317** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 191 | 235 | 241 | 280 | 290 | 322 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 11 | 15 | 18 | 17 | 29 | 65 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 152 | 164 | 137 | 163 | 162 | 165 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 13 | 19 | 20 | 14 | 16 | 15 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 94 | 72 | 65 | 86 | 53 | 115 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 63 | 57 | 49 | 80 | 38 | 51 |
| sonstiger Berufsabschluss | 167 | 159 | 163 | 212 | 324 | 289 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 257 | 302 | 268 | 207 | 314 | 295 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **730** | **796** | **789** | **881** | **1018** | **1061** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 159 | 198 | 213 | 243 | 259 | 253 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 12 | . | . | . | 61 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 81 | 96 | 82 | 96 | 91 | 88 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 8 | . | . | . | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 83 | 61 | 50 | 78 | 49 | 106 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 35 | 38 | 39 | 69 | 30 | 41 |
| sonstiger Berufsabschluss | 117 | 104 | 128 | 175 | 283 | 237 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 237 | 279 | 250 | 197 | 268 | 268 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **218** | **227** | **172** | **178** | **208** | **256** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 32 | 37 | 28 | 37 | 31 | 69 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 3 | . | . | . | 4 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 71 | 68 | 55 | 67 | 71 | 77 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 11 | . | . | . | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 11 | 11 | 15 | 8 | 4 | 9 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 28 | 19 | 10 | 11 | 8 | 10 |
| sonstiger Berufsabschluss | 50 | 55 | 35 | 37 | 41 | 52 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 20 | 23 | 18 | 10 | 46 | 27 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Heilbronn (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **5371** | **5469** | **5765** | **6754** | **7144** | **8258** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1905** | **1932** | **2130** | **2547** | **2563** | **2778** |
| ----- Pflegestufe I | 708 | 796 | 881 | 1089 | 1124 | 1178 |
| ----- Pflegestufe II | 925 | 925 | 967 | 1139 | 1019 | 1091 |
| ----- Pflegestufe III | 176 | 167 | 199 | 247 | 347 | 420 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 96 | 44 | 83 | 72 | 73 | 89 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1020** | **1187** | **1234** | **1472** | **1403** | **1577** |
| ----- Pflegestufe I | 493 | 585 | 626 | 765 | 744 | 877 |
| ----- Pflegestufe II | 435 | 503 | 509 | 567 | 510 | 526 |
| ----- Pflegestufe III | 92 | 99 | 99 | 140 | 149 | 174 |
| Pflegegeldempfänger | **2446** | **2350** | **2401** | **2735** | **3178** | **3903** |
| ----- Pflegestufe I | 1443 | 1445 | 1481 | 1687 | 1979 | 2428 |
| ----- Pflegestufe II | 836 | 751 | 753 | 839 | 957 | 1160 |
| ----- Pflegestufe III | 167 | 154 | 167 | 209 | 242 | 315 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **25** | **29** | **32** | **44** | **49** | **51** |
| - private Träger | 16 | 19 | 20 | 23 | 25 | 25 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 10 | 12 | 20 | 24 | 26 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **23** | **32** | **33** | **33** | **32** | **35** |
| - private Träger | 3 | 11 | 12 | 14 | 13 | 16 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 18 | 19 | 16 | 17 | 17 | 16 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2049 | 2398 | 2556 | 3145 | 3364 | 3369 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 24 | 23 | 28 | 48 | 68 | 84 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 44 | 37 | 37 | 45 | 44 | 45 |
| **Personal insgesamt** | **1970** | **2213** | **2420** | **2750** | **2980** | **3266** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 348 | 408 | 472 | 619 | 679 | 770 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 31 | 46 | 50 | 97 | 86 | 98 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 398 | 513 | 586 | 620 | 556 | 541 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 27 | 37 | 51 | 37 | 51 | 61 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 140 | 190 | 214 | 218 | 218 | 264 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 99 | 124 | 106 | 134 | 127 | 126 |
| sonstiger Berufsabschluss | 453 | 410 | 426 | 563 | 605 | 713 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 474 | 485 | 515 | 462 | 658 | 693 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1450** | **1575** | **1713** | **1983** | **2239** | **2477** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 269 | 288 | 348 | 488 | 541 | 598 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 25 | 38 | 43 | 82 | 76 | 81 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 196 | 233 | 261 | 290 | 249 | 236 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 8 | 9 | 10 | 7 | 11 | 16 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 125 | 175 | 200 | 192 | 204 | 250 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 83 | 102 | 84 | 125 | 107 | 103 |
| sonstiger Berufsabschluss | 285 | 286 | 281 | 378 | 434 | 564 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 459 | 444 | 486 | 421 | 617 | 629 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **520** | **638** | **707** | **767** | **741** | **789** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 79 | 120 | 124 | 131 | 138 | 172 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | 8 | 7 | 15 | 10 | 17 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 202 | 280 | 325 | 330 | 307 | 305 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 19 | 28 | 41 | 30 | 40 | 45 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 15 | 15 | 14 | 26 | 14 | 14 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 16 | 22 | 22 | 9 | 20 | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 168 | 124 | 145 | 185 | 171 | 149 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 15 | 41 | 29 | 41 | 41 | 64 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Hohenlohekreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2063** | **2225** | **2381** | **2537** | **2589** | **2979** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **679** | **777** | **942** | **1032** | **1003** | **1049** |
| ----- Pflegestufe I | 245 | 292 | 315 | 379 | 365 | 413 |
| ----- Pflegestufe II | 279 | 339 | 430 | 421 | 381 | 382 |
| ----- Pflegestufe III | 135 | 142 | 135 | 158 | 190 | 222 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 20 | 4 | 62 | 74 | 67 | 32 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **425** | **448** | **412** | **479** | **539** | **563** |
| ----- Pflegestufe I | 199 | 230 | 209 | 244 | 292 | 296 |
| ----- Pflegestufe II | 179 | 166 | 164 | 182 | 181 | 203 |
| ----- Pflegestufe III | 47 | 52 | 39 | 53 | 66 | 64 |
| Pflegegeldempfänger | **959** | **1000** | **1027** | **1026** | **1047** | **1367** |
| ----- Pflegestufe I | 567 | 606 | 625 | 619 | 669 | 853 |
| ----- Pflegestufe II | 314 | 320 | 324 | 314 | 287 | 403 |
| ----- Pflegestufe III | 78 | 74 | 78 | 93 | 91 | 111 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **14** | **17** | **22** | **21** | **21** | **22** |
| - private Träger | 7 | 9 | 10 | 9 | 9 | 9 |
| - öffentliche Träger | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 5 | 12 | 12 | 11 | 13 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **8** | **10** | **10** | **11** | **11** | **11** |
| - private Träger | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 744 | 865 | 995 | 1063 | 1063 | 1094 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 25 | 22 | 26 | 26 | 34 | 41 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 53 | 45 | 41 | 44 | 49 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **736** | **888** | **1044** | **1105** | **1184** | **1253** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 150 | 177 | 224 | 232 | 271 | 299 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 21 | 22 | 19 | 30 | 59 | 37 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 195 | 225 | 243 | 261 | 250 | 213 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 23 | 16 | 22 | 27 | 15 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 47 | 43 | 75 | 52 | 76 | 81 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 25 | 33 | 31 | 153 | 68 | 66 |
| sonstiger Berufsabschluss | 131 | 176 | 256 | 140 | 265 | 286 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 156 | 189 | 180 | 215 | 168 | 256 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **538** | **658** | **797** | **825** | **865** | **937** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 114 | 138 | 177 | 189 | 213 | 231 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | 16 | . | 49 | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 85 | 112 | 124 | 136 | 116 | 102 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | 3 | . | 10 | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 42 | 38 | 70 | 47 | 69 | 71 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 19 | 28 | 27 | 89 | 56 | 61 |
| sonstiger Berufsabschluss | 115 | 133 | 210 | 133 | 194 | 195 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 140 | 178 | 170 | 203 | 158 | 240 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **198** | **230** | **247** | **280** | **319** | **316** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 36 | 39 | 47 | 43 | 58 | 68 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | 3 | . | 10 | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 110 | 113 | 119 | 125 | 134 | 111 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | 13 | . | 17 | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 5 | 5 | 5 | 5 | 7 | 10 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 6 | 5 | 4 | 64 | 12 | 5 |
| sonstiger Berufsabschluss | 16 | 43 | 46 | 7 | 71 | 91 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 16 | 11 | 10 | 12 | 10 | 16 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Schwäbisch Hall (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4167** | **4262** | **4537** | **4496** | **4908** | **5241** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1217** | **1328** | **1510** | **1519** | **1502** | **1558** |
| ----- Pflegestufe I | 391 | 383 | 522 | 548 | 589 | 574 |
| ----- Pflegestufe II | 656 | 707 | 748 | 707 | 624 | 614 |
| ----- Pflegestufe III | 162 | 224 | 230 | 225 | 269 | 321 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 8 | 14 | 10 | 39 | 20 | 49 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **873** | **828** | **983** | **931** | **1205** | **1150** |
| ----- Pflegestufe I | 413 | 424 | 514 | 480 | 636 | 652 |
| ----- Pflegestufe II | 372 | 323 | 373 | 356 | 440 | 376 |
| ----- Pflegestufe III | 88 | 81 | 96 | 95 | 129 | 122 |
| Pflegegeldempfänger | **2077** | **2106** | **2044** | **2046** | **2201** | **2533** |
| ----- Pflegestufe I | 1167 | 1217 | 1243 | 1206 | 1345 | 1553 |
| ----- Pflegestufe II | 749 | 718 | 644 | 674 | 676 | 759 |
| ----- Pflegestufe III | 161 | 171 | 157 | 166 | 180 | 221 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **25** | **28** | **32** | **36** | **35** | **33** |
| - private Träger | 12 | 16 | 16 | 16 | 15 | 12 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 13 | 12 | 16 | 19 | 20 | 20 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **12** |
| - private Träger | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 4 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 10 | 10 | 9 | 9 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1328 | 1450 | 1630 | 1787 | 1800 | 1795 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 53 | 42 | 37 | 35 | 41 | 35 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 73 | 64 | 70 | 62 | 75 | 96 |
| **Personal insgesamt** | **1468** | **1500** | **1596** | **1898** | **1910** | **1968** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 309 | 327 | 352 | 423 | 472 | 483 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 53 | 55 | 55 | 43 | 83 | 109 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 265 | 313 | 404 | 476 | 467 | 413 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 31 | 40 | 45 | 55 | 50 | 48 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 66 | 82 | 63 | 93 | 73 | 109 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 108 | 70 | 91 | 118 | 101 | 95 |
| sonstiger Berufsabschluss | 241 | 218 | 253 | 387 | 398 | 425 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 395 | 395 | 333 | 303 | 266 | 286 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1140** | **1168** | **1181** | **1351** | **1358** | **1442** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 248 | 277 | 281 | 331 | 364 | 377 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 45 | 39 | 50 | 36 | 70 | 100 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 139 | 172 | 191 | 210 | 193 | 186 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 13 | 13 | 13 | 9 | 6 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 49 | 66 | 48 | 73 | 58 | 91 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 75 | 43 | 63 | 90 | 74 | 67 |
| sonstiger Berufsabschluss | 216 | 195 | 220 | 309 | 336 | 339 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 359 | 363 | 315 | 289 | 254 | 276 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **328** | **332** | **415** | **547** | **552** | **526** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 61 | 50 | 71 | 92 | 108 | 106 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 8 | 16 | 5 | 7 | 13 | 9 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 126 | 141 | 213 | 266 | 274 | 227 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 22 | 27 | 32 | 42 | 41 | 42 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 17 | 16 | 15 | 20 | 15 | 18 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 33 | 27 | 28 | 28 | 27 | 28 |
| sonstiger Berufsabschluss | 25 | 23 | 33 | 78 | 62 | 86 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 36 | 32 | 18 | 14 | 12 | 10 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Main-Tauber-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2806** | **3357** | **3378** | **3472** | **4012** | **4585** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **835** | **1048** | **1089** | **1186** | **1357** | **1433** |
| ----- Pflegestufe I | 280 | 357 | 396 | 473 | 569 | 599 |
| ----- Pflegestufe II | 357 | 464 | 514 | 504 | 554 | 558 |
| ----- Pflegestufe III | 166 | 218 | 166 | 187 | 226 | 252 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 32 | 9 | 13 | 22 | 8 | 24 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **491** | **704** | **719** | **599** | **713** | **842** |
| ----- Pflegestufe I | 224 | 334 | 343 | 318 | 384 | 433 |
| ----- Pflegestufe II | 179 | 269 | 287 | 208 | 249 | 307 |
| ----- Pflegestufe III | 88 | 101 | 89 | 73 | 80 | 102 |
| Pflegegeldempfänger | **1480** | **1605** | **1570** | **1687** | **1942** | **2310** |
| ----- Pflegestufe I | 841 | 906 | 913 | 1044 | 1231 | 1387 |
| ----- Pflegestufe II | 494 | 544 | 505 | 500 | 554 | 723 |
| ----- Pflegestufe III | 145 | 155 | 152 | 143 | 157 | 200 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **13** | **18** | **21** | **22** | **25** | **25** |
| - private Träger | 1 | 4 | 4 | 5 | 7 | 7 |
| - öffentliche Träger | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 11 | 14 | 14 | 15 | 15 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **11** | **17** | **16** | **14** | **12** | **14** |
| - private Träger | 2 | 7 | 6 | 4 | 5 | 5 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 10 | 10 | 10 | 7 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 888 | 1107 | 1278 | 1422 | 1620 | 1653 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 19 | 30 | 39 | 38 | 43 | 63 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 45 | 41 | 45 | 43 | 59 | 60 |
| **Personal insgesamt** | **932** | **1211** | **1237** | **1393** | **1587** | **1776** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 233 | 260 | 288 | 331 | 381 | 422 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 47 | 44 | 38 | 68 | 128 | 121 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 166 | 273 | 302 | 265 | 239 | 295 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 21 | 18 | 21 | 18 | 26 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 51 | 80 | 60 | 87 | 59 | 155 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 41 | 42 | 58 | 95 | 127 | 105 |
| sonstiger Berufsabschluss | 182 | 210 | 233 | 263 | 312 | 393 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 203 | 281 | 240 | 263 | 323 | 259 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **741** | **929** | **957** | **1065** | **1339** | **1452** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 185 | 202 | 224 | 255 | 319 | 341 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 32 | 33 | 55 | . | 114 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 71 | 131 | 160 | 129 | 119 | 143 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 5 | 11 | 7 | 8 | 10 | 16 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | . | 71 | 51 | 74 | . | 144 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 34 | 37 | 52 | 79 | 120 | 97 |
| sonstiger Berufsabschluss | 161 | 179 | 206 | 220 | 269 | 341 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 190 | 266 | 224 | 245 | . | 256 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **191** | **282** | **280** | **328** | **248** | **324** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 48 | 58 | 64 | 76 | 62 | 81 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 12 | 5 | 13 | . | 7 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 95 | 142 | 142 | 136 | 120 | 152 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 10 | 11 | 13 | 8 | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | . | 9 | 9 | 13 | . | 11 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 7 | 5 | 6 | 16 | 7 | 8 |
| sonstiger Berufsabschluss | 21 | 31 | 27 | 43 | 43 | 52 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 13 | 15 | 16 | 18 | . | 3 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Heidenheim (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2613** | **2805** | **3243** | **3522** | **3884** | **4060** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **724** | **796** | **982** | **1117** | **1185** | **1249** |
| ----- Pflegestufe I | 232 | 263 | 345 | 376 | 454 | 483 |
| ----- Pflegestufe II | 345 | 358 | 421 | 492 | 508 | 520 |
| ----- Pflegestufe III | . | 170 | 196 | 209 | 188 | 231 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | . | 5 | 20 | 40 | 35 | 15 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **491** | **492** | **662** | **622** | **615** | **779** |
| ----- Pflegestufe I | 207 | 228 | 305 | 314 | 315 | 434 |
| ----- Pflegestufe II | 188 | 176 | 273 | 228 | 215 | 245 |
| ----- Pflegestufe III | 96 | 88 | 84 | 80 | 85 | 100 |
| Pflegegeldempfänger | **1398** | **1517** | **1599** | **1783** | **2084** | **2032** |
| ----- Pflegestufe I | 802 | 903 | 951 | 1078 | 1348 | 1274 |
| ----- Pflegestufe II | 466 | 473 | 500 | 553 | 569 | 595 |
| ----- Pflegestufe III | 130 | 141 | 148 | 152 | 167 | 163 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **11** | **13** | **15** | **20** | **21** | **22** |
| - private Träger | 5 | 4 | 6 | 8 | 9 | 9 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 9 | 9 | 12 | 12 | 12 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **12** | **12** | **11** | **12** | **9** | **13** |
| - private Träger | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 7 |
| - öffentliche Träger | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 9 | 7 | 8 | 6 | 6 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 762 | 816 | 1039 | 1186 | 1322 | 1332 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 25 | 29 | 29 | 64 | 92 | 88 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 41 | 41 | 60 | 52 | 68 | 60 |
| **Personal insgesamt** | **946** | **971** | **1138** | **1216** | **1357** | **1541** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 212 | 237 | 280 | 318 | 373 | 423 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 15 | 16 | . | 15 | 44 | 36 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 147 | 167 | 188 | 219 | 182 | 175 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 4 | . | 8 | 6 | 4 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 32 | 52 | 42 | 46 | 38 | 95 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 45 | 52 | 52 | 72 | 46 | 68 |
| sonstiger Berufsabschluss | 209 | 149 | 192 | 258 | 332 | 338 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 280 | 294 | 363 | 280 | 336 | 402 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **724** | **741** | **934** | **993** | **1094** | **1256** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 146 | 164 | 217 | 243 | 281 | 304 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | . | . | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 69 | 81 | 106 | 120 | 94 | 81 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | . | 41 | 36 | 38 | 33 | 88 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 36 | 38 | 40 | 62 | 37 | 58 |
| sonstiger Berufsabschluss | 174 | 122 | 161 | 231 | 271 | 296 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 259 | 283 | 356 | . | 331 | 396 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **222** | **230** | **204** | **223** | **263** | **285** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 66 | 73 | 63 | 75 | 92 | 119 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | . | . | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 78 | 86 | 82 | 99 | 88 | 94 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | . | 11 | 6 | 8 | 5 | 7 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 9 | 14 | 12 | 10 | 9 | 10 |
| sonstiger Berufsabschluss | 35 | 27 | 31 | 27 | 61 | 42 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21 | 11 | 7 | . | 5 | 6 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Ostalbkreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **6706** | **6750** | **6578** | **7105** | **7286** | **8209** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2149** | **2412** | **2430** | **2470** | **2616** | **2737** |
| ----- Pflegestufe I | 710 | 874 | 933 | 1000 | 1058 | 1075 |
| ----- Pflegestufe II | 1035 | 1105 | 1046 | 993 | 1058 | 1093 |
| ----- Pflegestufe III | 368 | 409 | 429 | 427 | 472 | 522 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 36 | 24 | 22 | 50 | 28 | 47 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1417** | **1158** | **1090** | **1279** | **1196** | **1470** |
| ----- Pflegestufe I | 694 | 552 | 541 | 668 | 626 | 792 |
| ----- Pflegestufe II | 522 | 439 | 397 | 471 | 400 | 462 |
| ----- Pflegestufe III | 201 | 167 | 152 | 140 | 170 | 216 |
| Pflegegeldempfänger | **3140** | **3180** | **3058** | **3356** | **3474** | **4002** |
| ----- Pflegestufe I | 1851 | 1937 | 1886 | 2057 | 2117 | 2449 |
| ----- Pflegestufe II | 996 | 935 | 868 | 987 | 1014 | 1162 |
| ----- Pflegestufe III | 293 | 308 | 304 | 312 | 343 | 391 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **34** | **41** | **41** | **44** | **53** | **53** |
| - private Träger | 8 | 8 | 9 | 10 | 11 | 11 |
| - öffentliche Träger | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| - freigemeinnützige Träger | 23 | 30 | 30 | 31 | 38 | 38 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **26** | **23** | **22** | **21** | **21** | **30** |
| - private Träger | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 16 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 19 | 16 | 15 | 14 | 14 | 13 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2378 | 2621 | 2656 | 2704 | 3054 | 2996 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 51 | 60 | 85 | 75 | 83 | 138 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 55 | 50 | 50 | 61 | 57 | 49 |
| **Personal insgesamt** | **2630** | **2963** | **2842** | **2867** | **3296** | **3602** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 613 | 681 | 711 | 764 | 863 | 924 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 103 | 140 | 119 | 148 | 193 | 202 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 356 | 415 | 369 | 422 | 427 | 458 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 29 | 35 | 31 | 28 | 35 | 36 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 225 | 201 | 175 | 156 | 225 | 266 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 95 | 116 | 111 | 139 | 184 | 152 |
| sonstiger Berufsabschluss | 459 | 483 | 492 | 482 | 553 | 795 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 750 | 892 | 834 | 728 | 816 | 769 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2008** | **2446** | **2336** | **2321** | **2763** | **2862** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 467 | 532 | 574 | 611 | 681 | 692 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 87 | 133 | 104 | 132 | 171 | 159 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 137 | 209 | 177 | 210 | 241 | 198 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 16 | 8 | 12 | 20 | 6 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 188 | 172 | 152 | 143 | 213 | 249 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 62 | 91 | 91 | 118 | 159 | 133 |
| sonstiger Berufsabschluss | 374 | 425 | 436 | 429 | 490 | 713 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 689 | 868 | 794 | 666 | 788 | 712 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **622** | **517** | **506** | **546** | **533** | **740** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 146 | 149 | 137 | 153 | 182 | 232 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 16 | 7 | 15 | 16 | 22 | 43 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 219 | 206 | 192 | 212 | 186 | 260 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 25 | 19 | 23 | 16 | 15 | 30 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 37 | 29 | 23 | 13 | 12 | 17 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 33 | 25 | 20 | 21 | 25 | 19 |
| sonstiger Berufsabschluss | 85 | 58 | 56 | 53 | 63 | 82 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 61 | 24 | 40 | 62 | 28 | 57 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Baden-Baden (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **1559** | **1556** | **1667** | **1675** | **1677** | **1776** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **791** | **777** | **870** | **867** | **805** | **847** |
| ----- Pflegestufe I | 244 | 271 | 314 | 325 | 293 | 343 |
| ----- Pflegestufe II | 364 | 331 | 376 | 339 | 350 | 348 |
| ----- Pflegestufe III | 155 | 151 | 138 | 169 | 147 | 139 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 28 | 24 | 42 | 34 | 15 | 17 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **254** | **292** | **247** | **235** | **254** | **218** |
| ----- Pflegestufe I | 103 | 126 | 117 | 122 | 107 | 117 |
| ----- Pflegestufe II | 111 | 127 | 93 | 80 | 110 | 82 |
| ----- Pflegestufe III | 40 | 39 | 37 | 33 | 37 | 19 |
| Pflegegeldempfänger | **514** | **487** | **550** | **573** | **618** | **711** |
| ----- Pflegestufe I | 284 | 284 | 337 | 331 | 389 | 441 |
| ----- Pflegestufe II | 182 | 157 | 170 | 188 | 183 | 218 |
| ----- Pflegestufe III | 48 | 46 | 43 | 54 | 46 | 52 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **15** | **16** | **18** | **18** | **17** | **17** |
| - private Träger | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| - öffentliche Träger | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 10 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **7** | **8** | **7** | **7** | **7** | **7** |
| - private Träger | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 819 | 819 | 925 | 927 | 902 | 914 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 20 | 45 | 45 | 45 | 55 | 55 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 36 | 37 | 35 | 34 | 36 | 31 |
| **Personal insgesamt** | **855** | **932** | **984** | **1015** | **1027** | **1005** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 165 | 177 | 207 | 250 | 232 | 238 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 41 | 36 | . | 39 | 50 | 47 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 139 | 159 | 159 | 153 | 165 | 137 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 4 | . | 8 | 8 | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 63 | 59 | 74 | 31 | 23 | 51 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 37 | 71 | 38 | 70 | 48 | 35 |
| sonstiger Berufsabschluss | 127 | 164 | 234 | 205 | 226 | 209 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 277 | 262 | 238 | 259 | 275 | 281 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **677** | **701** | **799** | **824** | **838** | **853** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 129 | 126 | 168 | 207 | 189 | 193 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | . | 44 | 42 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 81 | 86 | 103 | 95 | 109 | 90 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | 5 | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 56 | 55 | 71 | 21 | 20 | . |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 34 | 65 | 35 | 67 | 45 | . |
| sonstiger Berufsabschluss | 102 | 134 | 194 | 158 | 176 | 174 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 241 | 207 | 200 | 234 | 250 | 268 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **178** | **231** | **185** | **191** | **189** | **152** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 36 | 51 | 39 | 43 | 43 | 45 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | . | 6 | 5 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 58 | 73 | 56 | 58 | 56 | 47 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | 3 | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 7 | 4 | 3 | 10 | 3 | . |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 3 | 6 | 3 | 3 | 3 | . |
| sonstiger Berufsabschluss | 25 | 30 | 40 | 47 | 50 | 35 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 36 | 55 | 38 | 25 | 25 | 13 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Karlsruhe (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **7074** | **7378** | **7073** | **7178** | **7329** | **7911** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2924** | **3039** | **2890** | **2950** | **3019** | **3023** |
| ----- Pflegestufe I | 929 | 1015 | 942 | 1014 | 1122 | 1142 |
| ----- Pflegestufe II | 1329 | 1358 | 1316 | 1272 | 1243 | 1185 |
| ----- Pflegestufe III | 619 | 623 | 585 | 570 | 599 | 642 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 47 | 43 | 47 | 94 | 55 | 54 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1002** | **1354** | **1320** | **1251** | **1292** | **1403** |
| ----- Pflegestufe I | 550 | 685 | 699 | 664 | 737 | 838 |
| ----- Pflegestufe II | 323 | 443 | 438 | 424 | 440 | 419 |
| ----- Pflegestufe III | 129 | 226 | 183 | 163 | 115 | 146 |
| Pflegegeldempfänger | **3148** | **2985** | **2863** | **2977** | **3018** | **3485** |
| ----- Pflegestufe I | 1795 | 1766 | 1742 | 1865 | 1926 | 2219 |
| ----- Pflegestufe II | 1030 | 972 | 902 | 888 | 878 | 986 |
| ----- Pflegestufe III | 323 | 247 | 219 | 224 | 214 | 280 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **39** | **43** | **41** | **42** | **44** | **45** |
| - private Träger | 12 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 |
| - öffentliche Träger | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 26 | 29 | 26 | 27 | 30 | 30 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **24** | **34** | **31** | **32** | **32** | **33** |
| - private Träger | 16 | 24 | 22 | 25 | 25 | 26 |
| - öffentliche Träger | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 9 | 8 | 6 | 6 | 6 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 3141 | 3198 | 6064 | 3068 | 3281 | 3271 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 52 | 73 | 91 | 122 | 75 | 92 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 42 | 40 | 43 | 39 | 40 | 43 |
| **Personal insgesamt** | **2918** | **3273** | **3157** | **3107** | **3375** | **3568** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 544 | 683 | 692 | 759 | 783 | 836 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 65 | 91 | 64 | 88 | 126 | 170 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 470 | 614 | 539 | 491 | 485 | 502 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 35 | 38 | 31 | 54 | 38 | 28 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 226 | 191 | 197 | 172 | 131 | 183 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 76 | 77 | 78 | 142 | 128 | 107 |
| sonstiger Berufsabschluss | 421 | 563 | 566 | 573 | 711 | 791 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 1081 | 1016 | 990 | 828 | 973 | 951 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2482** | **2632** | **2579** | **2526** | **2804** | **2946** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 458 | 566 | 586 | 629 | 656 | 671 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 62 | 81 | . | 78 | 110 | 149 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 293 | 345 | 306 | 287 | 288 | 300 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 20 | 14 | . | 17 | 15 | 14 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 202 | 175 | 156 | 136 | 116 | 141 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 66 | 57 | 61 | 124 | 114 | 81 |
| sonstiger Berufsabschluss | 357 | 480 | 512 | 496 | 610 | 653 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 1024 | 914 | 883 | 759 | 895 | 937 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **436** | **641** | **578** | **581** | **571** | **622** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 86 | 117 | 106 | 130 | 127 | 165 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 3 | 10 | . | 10 | 16 | 21 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 177 | 269 | 233 | 204 | 197 | 202 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 15 | 24 | . | 37 | 23 | 14 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 24 | 16 | 41 | 36 | 15 | 42 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 10 | 20 | 17 | 18 | 14 | 26 |
| sonstiger Berufsabschluss | 64 | 83 | 54 | 77 | 101 | 138 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 57 | 102 | 107 | 69 | 78 | 14 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Karlsruhe (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **9423** | **9777** | **9646** | **10584** | **10896** | **12331** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2615** | **2897** | **2980** | **3528** | **3614** | **3655** |
| ----- Pflegestufe I | 781 | 881 | 961 | 1333 | 1353 | 1320 |
| ----- Pflegestufe II | 1211 | 1364 | 1373 | 1499 | 1573 | 1508 |
| ----- Pflegestufe III | 559 | 625 | 596 | 629 | 617 | 702 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 64 | 27 | 50 | 67 | 71 | 125 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1897** | **1834** | **1663** | **1641** | **1835** | **2254** |
| ----- Pflegestufe I | 818 | 772 | 769 | 832 | 974 | 1199 |
| ----- Pflegestufe II | 762 | 740 | 654 | 608 | 662 | 794 |
| ----- Pflegestufe III | 317 | 322 | 240 | 201 | 199 | 261 |
| Pflegegeldempfänger | **4911** | **5046** | **5003** | **5415** | **5447** | **6422** |
| ----- Pflegestufe I | 2725 | 2814 | 2928 | 3273 | 3371 | 4005 |
| ----- Pflegestufe II | 1697 | 1751 | 1634 | 1662 | 1644 | 1908 |
| ----- Pflegestufe III | 489 | 481 | 441 | 480 | 432 | 509 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **28** | **39** | **40** | **53** | **56** | **56** |
| - private Träger | 16 | 17 | 19 | 20 | 22 | 22 |
| - öffentliche Träger | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 20 | 19 | 30 | 32 | 32 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **26** | **40** | **40** | **38** | **38** | **45** |
| - private Träger | 5 | 18 | 19 | 18 | 18 | 22 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 21 | 22 | 21 | 20 | 20 | 23 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2595 | 2947 | 3125 | 3839 | 4154 | 4224 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 48 | 134 | 134 | 181 | 203 | 248 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 73 | 46 | 42 | 43 | 48 | 50 |
| **Personal insgesamt** | **2530** | **3114** | **3216** | **3552** | **3886** | **4292** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 408 | 533 | 623 | 713 | 845 | 947 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 62 | 71 | 108 | 132 | 152 | 183 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 484 | 704 | 687 | 677 | 634 | 643 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 27 | 25 | 20 | 26 | 31 | 32 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 202 | 236 | 185 | 200 | 212 | 354 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 77 | 92 | 109 | 201 | 128 | 127 |
| sonstiger Berufsabschluss | 642 | 717 | 739 | 812 | 1068 | 1107 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 628 | 736 | 745 | 791 | 816 | 899 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1862** | **2276** | **2397** | **2840** | **3136** | **3338** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 290 | 393 | 474 | 573 | 677 | 722 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 56 | 56 | 99 | 116 | 138 | 159 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 229 | 321 | 321 | 380 | 343 | 303 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 9 | 7 | 8 | 18 | 15 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 188 | 216 | 169 | 196 | 208 | 324 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 61 | 67 | 86 | 157 | 107 | 104 |
| sonstiger Berufsabschluss | 468 | 544 | 573 | 640 | 862 | 879 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 563 | 670 | 668 | 770 | 783 | 832 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **668** | **838** | **819** | **712** | **750** | **954** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 118 | 140 | 149 | 140 | 168 | 225 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | 15 | 9 | 16 | 14 | 24 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 255 | 383 | 366 | 297 | 291 | 340 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 20 | 16 | 13 | 18 | 13 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 14 | 20 | 16 | 4 | 4 | 30 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 16 | 25 | 23 | 44 | 21 | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 174 | 173 | 166 | 172 | 206 | 228 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 65 | 66 | 77 | 21 | 33 | 67 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Rastatt (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4384** | **4953** | **5114** | **5332** | **5489** | **5983** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1276** | **1521** | **1624** | **1723** | **1664** | **1546** |
| ----- Pflegestufe I | 407 | 520 | 582 | 647 | 601 | 585 |
| ----- Pflegestufe II | 593 | 703 | 764 | 777 | 754 | 668 |
| ----- Pflegestufe III | 271 | 271 | 258 | 278 | 289 | 271 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 5 | 27 | 20 | 21 | 20 | 22 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **805** | **976** | **964** | **772** | **905** | **903** |
| ----- Pflegestufe I | 311 | 374 | 419 | 362 | 460 | 446 |
| ----- Pflegestufe II | 350 | 454 | 422 | 311 | 324 | 341 |
| ----- Pflegestufe III | 144 | 148 | 123 | 99 | 121 | 116 |
| Pflegegeldempfänger | **2303** | **2456** | **2526** | **2837** | **2920** | **3534** |
| ----- Pflegestufe I | 1223 | 1342 | 1378 | 1598 | 1707 | 2108 |
| ----- Pflegestufe II | 831 | 862 | 897 | 974 | 942 | 1120 |
| ----- Pflegestufe III | 249 | 252 | 251 | 265 | 271 | 306 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **14** | **18** | **19** | **23** | **23** | **22** |
| - private Träger | 5 | 8 | 8 | 9 | 8 | 8 |
| - öffentliche Träger | 4 | 3 | 3 | 5 | 6 | 7 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 7 | 8 | 9 | 9 | 7 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **16** | **20** | **20** | **20** | **19** | **16** |
| - private Träger | 4 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 12 | 11 | 13 | 12 | 10 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1330 | 1507 | 1643 | 1694 | 1776 | 1646 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 58 | 80 | 70 | 95 | 75 | 84 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 50 | 49 | 48 | 39 | 48 | 56 |
| **Personal insgesamt** | **1591** | **1824** | **1693** | **1835** | **2018** | **1780** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 331 | 388 | 440 | 466 | 531 | 493 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 83 | 80 | 123 | 121 | 164 | 90 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 253 | 281 | 276 | 280 | 262 | 255 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 10 | 12 | 10 | 13 | 14 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 147 | 214 | 154 | 180 | 135 | 226 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 12 | 49 | 29 | 36 | 108 | 35 |
| sonstiger Berufsabschluss | 325 | 390 | 270 | 358 | 504 | 350 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 436 | 412 | 389 | 384 | 301 | 317 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1183** | **1384** | **1301** | **1440** | **1594** | **1395** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 251 | 302 | 341 | 360 | 402 | 375 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 61 | 71 | 117 | 115 | 158 | 80 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 110 | 127 | 137 | 151 | 132 | 122 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 3 | 5 | 3 | 7 | 9 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 132 | 194 | 144 | 164 | 125 | 196 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | 40 | 26 | 31 | 105 | . |
| sonstiger Berufsabschluss | 213 | 279 | 180 | 274 | 407 | 284 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 404 | 368 | 351 | 342 | 258 | 298 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **408** | **440** | **392** | **395** | **424** | **385** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 80 | 86 | 99 | 106 | 129 | 118 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 22 | 9 | 6 | 6 | 6 | 10 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 143 | 154 | 139 | 129 | 130 | 133 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 15 | 20 | 10 | 16 | 10 | 30 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | 9 | 3 | 5 | 3 | . |
| sonstiger Berufsabschluss | 112 | 111 | 90 | 84 | 97 | 66 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 32 | 44 | 38 | 42 | 43 | 19 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Heidelberg (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2957** | **2970** | **2886** | **2836** | **2887** | **3216** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1033** | **1038** | **960** | **943** | **1005** | **982** |
| ----- Pflegestufe I | 370 | 409 | 417 | 371 | 402 | 412 |
| ----- Pflegestufe II | 521 | 487 | 413 | 402 | 406 | 354 |
| ----- Pflegestufe III | 129 | . | . | 153 | 164 | 179 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 13 | . | . | 17 | 33 | 37 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **702** | **708** | **760** | **696** | **651** | **839** |
| ----- Pflegestufe I | 317 | 330 | 369 | 335 | 310 | 458 |
| ----- Pflegestufe II | 264 | 260 | 279 | 243 | 211 | 251 |
| ----- Pflegestufe III | 121 | 118 | 112 | 118 | 130 | 130 |
| Pflegegeldempfänger | **1222** | **1224** | **1166** | **1197** | **1231** | **1395** |
| ----- Pflegestufe I | 745 | 777 | 739 | 761 | 785 | 894 |
| ----- Pflegestufe II | 380 | 349 | 335 | 348 | 340 | 394 |
| ----- Pflegestufe III | 97 | 98 | 92 | 88 | 106 | 107 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **8** | **10** | **10** | **11** | **13** | **13** |
| - private Träger | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 9 | 9 | 10 | 12 | 13 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **18** | **23** | **20** | **18** | **18** | **23** |
| - private Träger | 6 | 11 | 8 | 7 | 5 | 10 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 12 | 12 | 11 | 13 | 13 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1142 | 1188 | 1059 | 1028 | 1150 | 1170 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 35 | 62 | 47 | 27 | 52 | 52 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 39 | 31 | 38 | 39 | 36 | 36 |
| **Personal insgesamt** | **1479** | **1703** | **1616** | **1391** | **1760** | **1794** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 240 | 308 | 290 | 298 | 329 | 349 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 12 | 20 | 11 | 16 | 32 | 53 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 193 | 272 | 282 | 245 | 270 | 267 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 15 | 14 | 12 | 21 | 14 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 150 | 59 | 45 | 60 | 124 | 91 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 32 | 44 | 33 | 40 | 35 | 39 |
| sonstiger Berufsabschluss | 217 | 439 | 348 | 205 | 311 | 326 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 628 | 546 | 593 | 515 | 638 | 655 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **860** | **980** | **899** | **919** | **1049** | **1047** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 176 | 218 | 211 | 205 | 237 | 237 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | . | 8 | 11 | 25 | 30 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 56 | 57 | 55 | 60 | 72 | 60 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 3 | . | 3 | 4 | 7 | 3 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 126 | 34 | 28 | 40 | 93 | 57 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 23 | 31 | 15 | 33 | 28 | 28 |
| sonstiger Berufsabschluss | 106 | 191 | 128 | 163 | 179 | 194 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 364 | 441 | 451 | 403 | 408 | 438 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **619** | **723** | **717** | **472** | **711** | **747** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 64 | 90 | 79 | 93 | 92 | 112 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | . | 3 | 5 | 7 | 23 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 137 | 215 | 227 | 185 | 198 | 207 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | . | 11 | 8 | 14 | 11 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 24 | 25 | 17 | 20 | 31 | 34 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 9 | 13 | 18 | 7 | 7 | 11 |
| sonstiger Berufsabschluss | 111 | 248 | 220 | 42 | 132 | 132 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 264 | 105 | 142 | 112 | 230 | 217 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Mannheim (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **6870** | **6755** | **6829** | **6955** | **7390** | **8427** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2375** | **2434** | **2517** | **2452** | **2485** | **2693** |
| ----- Pflegestufe I | 853 | 931 | 1004 | 1006 | 969 | 1024 |
| ----- Pflegestufe II | 1073 | 1094 | 1086 | 1052 | 1060 | 1114 |
| ----- Pflegestufe III | 360 | 353 | 347 | 328 | 392 | 466 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 89 | 56 | 80 | 66 | 64 | 89 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1265** | **1189** | **1215** | **1314** | **1235** | **1449** |
| ----- Pflegestufe I | 651 | 603 | 642 | 713 | 673 | 782 |
| ----- Pflegestufe II | 437 | 424 | 422 | 454 | 408 | 503 |
| ----- Pflegestufe III | 177 | 162 | 151 | 147 | 154 | 164 |
| Pflegegeldempfänger | **3230** | **3132** | **3097** | **3189** | **3670** | **4285** |
| ----- Pflegestufe I | 1835 | 1803 | 1835 | 1976 | 2281 | 2611 |
| ----- Pflegestufe II | 1103 | 1028 | 1001 | 936 | 1075 | 1294 |
| ----- Pflegestufe III | 292 | 301 | 261 | 277 | 314 | 380 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **25** | **27** | **30** | **27** | **30** | **30** |
| - private Träger | 4 | 5 | 4 | 5 | 6 | 5 |
| - öffentliche Träger | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| - freigemeinnützige Träger | 18 | 19 | 23 | 20 | 21 | 21 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **28** | **35** | **37** | **36** | **33** | **43** |
| - private Träger | 8 | 15 | 22 | 20 | 19 | 30 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 20 | 20 | 15 | 16 | 14 | 13 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2444 | 2512 | 2587 | 2578 | 2802 | 2960 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 60 | 74 | 101 | 53 | 68 | 68 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 45 | 34 | 33 | 37 | 37 | 34 |
| **Personal insgesamt** | **2410** | **2496** | **2853** | **2643** | **2771** | **3224** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 441 | 502 | 634 | 656 | 714 | 794 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 68 | 71 | 68 | 110 | 137 | 177 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 372 | 395 | 477 | 458 | 397 | 485 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 13 | 32 | 24 | 23 | 15 | 21 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 202 | 242 | 184 | 138 | 198 | 224 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 69 | 95 | 112 | 113 | 137 | 124 |
| sonstiger Berufsabschluss | 478 | 458 | 642 | 540 | 605 | 939 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 767 | 701 | 712 | 605 | 568 | 460 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1787** | **1839** | **1993** | **1978** | **2108** | **2356** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 360 | 398 | 494 | 508 | 545 | 593 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 48 | 50 | 50 | 90 | . | 146 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 163 | 148 | 166 | 167 | 130 | 160 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 7 | 6 | 4 | . | 4 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 181 | 213 | 164 | 124 | 179 | 189 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 55 | 86 | 106 | 92 | 112 | 103 |
| sonstiger Berufsabschluss | 335 | 318 | 504 | 439 | 493 | 793 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 641 | 619 | 503 | 554 | 524 | 368 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **623** | **657** | **860** | **665** | **663** | **868** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 81 | 104 | 140 | 148 | 169 | 201 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 20 | 21 | 18 | 20 | . | 31 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 209 | 247 | 311 | 291 | 267 | 325 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 25 | 18 | 19 | . | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 21 | 29 | 20 | 14 | 19 | 35 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 14 | 9 | 6 | 21 | 25 | 21 |
| sonstiger Berufsabschluss | 143 | 140 | 138 | 101 | 112 | 146 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 126 | 82 | 209 | 51 | 44 | 92 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3781** | **4536** | **4851** | **5050** | **4879** | **5605** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1097** | **1490** | **1502** | **1539** | **1548** | **1682** |
| ----- Pflegestufe I | 374 | 481 | 528 | 570 | 557 | 562 |
| ----- Pflegestufe II | 524 | 703 | 682 | 708 | 711 | 744 |
| ----- Pflegestufe III | 140 | 278 | 261 | 214 | 238 | 326 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 59 | 28 | 31 | 47 | 42 | 50 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **835** | **1027** | **1325** | **1320** | **1046** | **1145** |
| ----- Pflegestufe I | 385 | 474 | 616 | 696 | 548 | 579 |
| ----- Pflegestufe II | 309 | 343 | 467 | 458 | 379 | 428 |
| ----- Pflegestufe III | 141 | 210 | 242 | 166 | 119 | 138 |
| Pflegegeldempfänger | **1849** | **2019** | **2024** | **2191** | **2285** | **2778** |
| ----- Pflegestufe I | 1034 | 1099 | 1138 | 1271 | 1411 | 1668 |
| ----- Pflegestufe II | 635 | 718 | 686 | 712 | 683 | 895 |
| ----- Pflegestufe III | 180 | 202 | 200 | 208 | 191 | 215 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **23** | **28** | **29** | **30** | **32** | **33** |
| - private Träger | 14 | 15 | 14 | 15 | 16 | 14 |
| - öffentliche Träger | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 11 | 13 | 13 | 14 | 17 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **10** | **13** | **11** | **11** | **13** | **15** |
| - private Träger | 3 | 6 | 5 | 5 | 6 | 8 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 7 | 5 | 5 | 6 | 7 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1195 | 1642 | 1691 | 1737 | 1941 | 1950 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 14 | 49 | 37 | 36 | 38 | 63 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 84 | 79 | 120 | 120 | 80 | 76 |
| **Personal insgesamt** | **1142** | **1530** | **1584** | **1684** | **1873** | **2123** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 215 | 358 | 371 | 400 | 439 | 489 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 20 | 14 | 21 | 36 | 44 | 92 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 213 | 222 | 272 | 270 | 289 | 310 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 12 | 17 | 26 | 20 | 28 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 77 | 135 | 122 | 79 | 102 | 155 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 29 | 60 | 60 | 87 | 77 | 83 |
| sonstiger Berufsabschluss | 211 | 335 | 364 | 427 | 538 | 626 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 366 | 394 | 357 | 359 | 364 | 340 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **898** | **1241** | **1254** | **1323** | **1463** | **1615** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 163 | 278 | 294 | 317 | 346 | 378 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | 29 | 40 | 85 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 110 | 111 | 133 | 142 | 135 | 156 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 5 | . | . | 8 | 9 | 9 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 59 | 115 | 106 | 62 | 90 | 111 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | 54 | 56 | 73 | 66 | 70 |
| sonstiger Berufsabschluss | 180 | 307 | 311 | 377 | 431 | 515 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 338 | 359 | 328 | 315 | 346 | 291 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **244** | **289** | **330** | **361** | **410** | **508** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 52 | 80 | 77 | 83 | 93 | 111 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | . | 7 | 4 | 7 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 103 | 111 | 139 | 128 | 154 | 154 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | . | . | 18 | 11 | 19 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 18 | 20 | 16 | 17 | 12 | 44 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | . | 6 | 4 | 14 | 11 | 13 |
| sonstiger Berufsabschluss | 31 | 28 | 53 | 50 | 107 | 111 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 28 | 35 | 29 | 44 | 18 | 49 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **11102** | **11889** | **11517** | **12387** | **13007** | **15282** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **3009** | **3487** | **3591** | **3870** | **4059** | **4209** |
| ----- Pflegestufe I | 1060 | 1270 | 1353 | 1631 | 1690 | 1617 |
| ----- Pflegestufe II | 1377 | 1622 | 1561 | 1619 | 1660 | 1743 |
| ----- Pflegestufe III | 432 | 531 | 549 | 502 | 586 | 727 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 140 | 64 | 128 | 118 | 123 | 122 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1882** | **2216** | **2066** | **2408** | **2388** | **3152** |
| ----- Pflegestufe I | 861 | 1031 | 972 | 1247 | 1198 | 1608 |
| ----- Pflegestufe II | 727 | 863 | 831 | 881 | 870 | 1145 |
| ----- Pflegestufe III | 294 | 322 | 263 | 280 | 320 | 399 |
| Pflegegeldempfänger | **6211** | **6186** | **5860** | **6109** | **6560** | **7921** |
| ----- Pflegestufe I | 3494 | 3584 | 3530 | 3702 | 4015 | 4711 |
| ----- Pflegestufe II | 2210 | 2084 | 1860 | 1911 | 2001 | 2512 |
| ----- Pflegestufe III | 507 | 518 | 470 | 496 | 544 | 698 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **46** | **57** | **58** | **65** | **66** | **69** |
| - private Träger | 22 | 31 | 31 | 31 | 33 | 35 |
| - öffentliche Träger | 8 | 7 | 9 | 6 | 2 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 16 | 19 | 18 | 28 | 31 | 32 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **32** | **48** | **47** | **50** | **52** | **59** |
| - private Träger | 10 | 25 | 24 | 28 | 31 | 37 |
| - öffentliche Träger | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 20 | 19 | 22 | 21 | 20 | 21 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 3262 | 3937 | 4066 | 4646 | 4789 | 4873 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 84 | 125 | 139 | 131 | 119 | 160 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 59 | 46 | 44 | 48 | 46 | 53 |
| **Personal insgesamt** | **3410** | **4301** | **4520** | **4808** | **5228** | **5873** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 617 | 867 | 979 | 1116 | 1200 | 1370 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 63 | 125 | 124 | 108 | 126 | 190 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 711 | 855 | 911 | 988 | 915 | 947 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 49 | 54 | 59 | 64 | 67 | 68 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 257 | 249 | 270 | 311 | 324 | 393 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 126 | 162 | 168 | 191 | 157 | 206 |
| sonstiger Berufsabschluss | 710 | 902 | 898 | 1067 | 1176 | 1390 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 877 | 1087 | 1111 | 963 | 1263 | 1309 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2597** | **3293** | **3468** | **3651** | **3990** | **4330** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 491 | 675 | 761 | 875 | 918 | 999 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 49 | 99 | 104 | 83 | 114 | 152 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 388 | 420 | 476 | 495 | 412 | 390 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 16 | 15 | 12 | 26 | 21 | 21 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 233 | 230 | 246 | 282 | 298 | 361 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 109 | 144 | 146 | 165 | 117 | 170 |
| sonstiger Berufsabschluss | 520 | 700 | 673 | 852 | 916 | 1051 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 791 | 1010 | 1050 | 873 | 1194 | 1186 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **813** | **1008** | **1052** | **1157** | **1238** | **1543** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 126 | 192 | 218 | 241 | 282 | 371 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 14 | 26 | 20 | 25 | 12 | 38 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 323 | 435 | 435 | 493 | 503 | 557 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 33 | 39 | 47 | 38 | 46 | 47 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 24 | 19 | 24 | 29 | 26 | 32 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 17 | 18 | 22 | 26 | 40 | 36 |
| sonstiger Berufsabschluss | 190 | 202 | 225 | 215 | 260 | 339 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 86 | 77 | 61 | 90 | 69 | 123 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Pforzheim (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3305** | **3566** | **3729** | **3704** | **3982** | **4307** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1118** | **1239** | **1178** | **1279** | **1419** | **1529** |
| ----- Pflegestufe I | 272 | 346 | 329 | 464 | 512 | 601 |
| ----- Pflegestufe II | 575 | 628 | 609 | 591 | 627 | 619 |
| ----- Pflegestufe III | 259 | 256 | 220 | 215 | 262 | 292 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 12 | 9 | 20 | 9 | 18 | 17 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **543** | **526** | **713** | **666** | **763** | **763** |
| ----- Pflegestufe I | 312 | 270 | 389 | 347 | 437 | 453 |
| ----- Pflegestufe II | 164 | 178 | 243 | 250 | 254 | 228 |
| ----- Pflegestufe III | 67 | 78 | 81 | 69 | 72 | 82 |
| Pflegegeldempfänger | **1644** | **1801** | **1838** | **1759** | **1800** | **2015** |
| ----- Pflegestufe I | 931 | 1066 | 1152 | 1103 | 1190 | 1269 |
| ----- Pflegestufe II | 549 | 564 | 530 | 515 | 465 | 581 |
| ----- Pflegestufe III | 164 | 171 | 156 | 141 | 145 | 165 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **10** | **11** | **13** | **14** | **16** | **17** |
| - private Träger | 5 | 5 | 5 | 8 | 9 | 10 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 6 | 7 | 6 | 7 | 7 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **11** | **13** | **17** | **17** | **19** | **18** |
| - private Träger | 2 | 6 | 10 | 11 | 13 | 12 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1145 | 1224 | 1306 | 1619 | 1790 | 1770 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 27 | 60 | 85 | 49 | 63 | 45 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 49 | 40 | 42 | 39 | 40 | 42 |
| **Personal insgesamt** | **1178** | **1267** | **1289** | **1370** | **1682** | **1731** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 166 | 255 | 268 | 347 | 387 | 408 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 53 | 34 | 50 | 54 | 22 | 38 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 170 | 174 | 172 | 186 | 198 | 191 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 5 | 6 | 19 | 6 | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 69 | 135 | 136 | 93 | 153 | 101 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 37 | 83 | 42 | 46 | 43 | 56 |
| sonstiger Berufsabschluss | 220 | 194 | 280 | 267 | 330 | 360 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 456 | 387 | 335 | 358 | 543 | 570 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **934** | **993** | **992** | **1053** | **1370** | **1371** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 129 | 194 | 206 | 272 | 314 | 312 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 47 | 28 | 43 | 50 | 17 | 31 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 90 | 75 | 59 | 74 | 86 | 83 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | 6 | . | 3 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 61 | 130 | 125 | 76 | 149 | 89 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | . | . | 34 | . | 33 |
| sonstiger Berufsabschluss | 177 | 150 | 232 | 231 | 273 | 283 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 399 | 350 | 301 | 310 | 499 | 537 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **244** | **274** | **297** | **317** | **312** | **360** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 37 | 61 | 62 | 75 | 73 | 96 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | 6 | 7 | 4 | 5 | 7 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 80 | 99 | 113 | 112 | 112 | 108 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | 13 | . | 4 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 8 | 5 | 11 | 17 | 4 | 12 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | . | . | 12 | . | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 43 | 44 | 48 | 36 | 57 | 77 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 57 | 37 | 34 | 48 | 44 | 33 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Calw (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3636** | **3721** | **3559** | **3815** | **3826** | **4315** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1317** | **1436** | **1467** | **1435** | **1390** | **1438** |
| ----- Pflegestufe I | 453 | 503 | 541 | 555 | 526 | 574 |
| ----- Pflegestufe II | 586 | 670 | 670 | 602 | 590 | 563 |
| ----- Pflegestufe III | 263 | 248 | 232 | 240 | 221 | 266 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 15 | 15 | 24 | 38 | 53 | 35 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **783** | **789** | **610** | **760** | **760** | **979** |
| ----- Pflegestufe I | 372 | 396 | 324 | 391 | 417 | 583 |
| ----- Pflegestufe II | 315 | 308 | 225 | 296 | 261 | 297 |
| ----- Pflegestufe III | 96 | 85 | 61 | 73 | 82 | 99 |
| Pflegegeldempfänger | **1536** | **1496** | **1482** | **1620** | **1676** | **1898** |
| ----- Pflegestufe I | 818 | 837 | 859 | 950 | 979 | 1091 |
| ----- Pflegestufe II | 546 | 511 | 476 | 503 | 529 | 614 |
| ----- Pflegestufe III | 172 | 148 | 147 | 167 | 168 | 193 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **23** | **26** | **27** | **25** | **26** | **27** |
| - private Träger | 9 | 11 | 13 | 9 | 10 | 9 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 13 | 14 | 13 | 15 | 15 | 17 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **13** | **16** | **14** | **15** | **13** | **17** |
| - private Träger | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 7 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 12 | 10 | 11 | 10 | 10 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1415 | 1523 | 1568 | 1595 | 1690 | 1583 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 25 | 36 | 38 | 34 | 34 | 48 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 60 | 49 | 44 | 51 | 58 | 58 |
| **Personal insgesamt** | **1440** | **1597** | **1587** | **1698** | **1714** | **1813** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 224 | 260 | 287 | 312 | 303 | 307 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 15 | 23 | 38 | 35 | 29 | 67 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 353 | 407 | 412 | 387 | 362 | 349 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 14 | 9 | 12 | 11 | 13 | 18 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 107 | 98 | 128 | 163 | 161 | 172 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 82 | 90 | 65 | 110 | 82 | 96 |
| sonstiger Berufsabschluss | 267 | 286 | 248 | 343 | 444 | 458 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 378 | 424 | 397 | 337 | 320 | 346 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **990** | **1136** | **1198** | **1209** | **1256** | **1294** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 170 | 207 | 235 | 248 | 249 | 236 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | | 34 | . | 24 | 57 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 183 | 212 | 224 | 185 | 171 | 160 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | 4 | . | 3 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 84 | 88 | 118 | 149 | 151 | 157 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 56 | 54 | 48 | 77 | 52 | 72 |
| sonstiger Berufsabschluss | 181 | 215 | 193 | 235 | 314 | 299 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 298 | 337 | 342 | 282 | 292 | 308 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **450** | **461** | **389** | **489** | **458** | **519** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 54 | 53 | 52 | 64 | 54 | 71 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | . | 4 | . | 5 | 10 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 170 | 195 | 188 | 202 | 191 | 189 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | 8 | . | 10 | 13 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 23 | 10 | 10 | 14 | 10 | 15 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 26 | 36 | 17 | 33 | 30 | 24 |
| sonstiger Berufsabschluss | 86 | 71 | 55 | 108 | 130 | 159 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 80 | 87 | 55 | 55 | 28 | 38 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Enzkreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4278** | **5078** | **4931** | **5216** | **5132** | **5612** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1128** | **1447** | **1442** | **1597** | **1505** | **1547** |
| ----- Pflegestufe I | 360 | 468 | 510 | 600 | 540 | 585 |
| ----- Pflegestufe II | 524 | 679 | 665 | 674 | 636 | 661 |
| ----- Pflegestufe III | 235 | 293 | 251 | 294 | 319 | 289 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 9 | 7 | 16 | 29 | 10 | 12 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **930** | **1188** | **1140** | **1215** | **1292** | **1405** |
| ----- Pflegestufe I | 401 | 539 | 560 | 636 | 656 | 777 |
| ----- Pflegestufe II | 374 | 456 | 411 | 421 | 477 | 468 |
| ----- Pflegestufe III | 155 | 193 | 169 | 158 | 159 | 160 |
| Pflegegeldempfänger | **2220** | **2443** | **2349** | **2404** | **2335** | **2660** |
| ----- Pflegestufe I | 1233 | 1331 | 1361 | 1391 | 1429 | 1687 |
| ----- Pflegestufe II | 751 | 843 | 770 | 791 | 695 | 746 |
| ----- Pflegestufe III | 236 | 269 | 218 | 222 | 211 | 227 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **16** | **24** | **23** | **26** | **28** | **29** |
| - private Träger | 5 | 8 | 7 | 8 | 7 | 9 |
| - öffentliche Träger | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 14 | 14 | 15 | 21 | 20 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **19** | **24** | **25** | **26** | **27** | **26** |
| - private Träger | 2 | 7 | 8 | 9 | 10 | 9 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 15 | 15 | 15 | 15 | 17 | 17 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1046 | 1331 | 1357 | 1408 | 1651 | 1704 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 79 | 138 | 128 | 181 | 180 | 184 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 49 | 50 | 46 | 47 | 48 | 54 |
| **Personal insgesamt** | **1462** | **1938** | **2085** | **2205** | **2258** | **2477** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 212 | 304 | 334 | 400 | 420 | 449 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 31 | 45 | 52 | 25 | 51 | 33 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 256 | 346 | 387 | 367 | 430 | 427 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 17 | 15 | 24 | 21 | 22 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 112 | 71 | 72 | 91 | 92 | 114 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 98 | 108 | 91 | 103 | 91 | 117 |
| sonstiger Berufsabschluss | 376 | 511 | 628 | 652 | 610 | 794 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 366 | 536 | 506 | 543 | 543 | 521 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1028** | **1297** | **1374** | **1474** | **1696** | **1830** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 155 | 227 | 247 | 288 | 312 | 328 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 26 | 41 | 39 | 19 | 41 | 21 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 98 | 156 | 157 | 139 | 187 | 192 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 7 | 4 | 8 | 7 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 109 | 62 | 55 | 82 | 87 | 107 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 67 | 65 | 48 | 62 | 61 | 80 |
| sonstiger Berufsabschluss | 255 | 295 | 404 | 421 | 495 | 602 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 314 | 444 | 420 | 455 | 506 | 495 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **434** | **641** | **711** | **731** | **562** | **647** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 57 | 77 | 87 | 112 | 108 | 121 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 5 | 4 | 13 | 6 | 10 | 12 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 158 | 190 | 230 | 228 | 243 | 235 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 10 | 11 | 16 | 14 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 3 | 9 | 17 | 9 | 5 | 7 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 31 | 43 | 43 | 41 | 30 | 37 |
| sonstiger Berufsabschluss | 121 | 216 | 224 | 231 | 115 | 192 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 52 | 92 | 86 | 88 | 37 | 26 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Freudenstadt (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2545** | **2599** | **2690** | **2821** | **2830** | **3218** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1023** | **1106** | **1185** | **1206** | **1178** | **1274** |
| ----- Pflegestufe I | 359 | 428 | 452 | 517 | 502 | 507 |
| ----- Pflegestufe II | 434 | 500 | 474 | 472 | 477 | 490 |
| ----- Pflegestufe III | 165 | 169 | 162 | 145 | 172 | 200 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 65 | 9 | 97 | 72 | 27 | 77 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **461** | **434** | **483** | **479** | **525** | **522** |
| ----- Pflegestufe I | 231 | 207 | 229 | 240 | 266 | 264 |
| ----- Pflegestufe II | 174 | 162 | 184 | 177 | 193 | 194 |
| ----- Pflegestufe III | 56 | 65 | 70 | 62 | 66 | 64 |
| Pflegegeldempfänger | **1061** | **1059** | **1022** | **1136** | **1127** | **1422** |
| ----- Pflegestufe I | 595 | 617 | 587 | 666 | 657 | 864 |
| ----- Pflegestufe II | 363 | 335 | 330 | 370 | 361 | 431 |
| ----- Pflegestufe III | 103 | 107 | 105 | 100 | 109 | 127 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **23** | **25** | **26** | **31** | **31** | **31** |
| - private Träger | 17 | 20 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **10** | **12** | **12** | **12** | **14** | **14** |
| - private Träger | 2 | 4 | 4 | 5 | 7 | 7 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1199 | 1323 | 1352 | 1507 | 1495 | 1503 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 27 | 20 | 25 | 62 | 49 | 75 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 46 | 36 | 40 | 40 | 38 | 37 |
| **Personal insgesamt** | **1162** | **1211** | **1249** | **1284** | **1379** | **1512** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 191 | 228 | 244 | 273 | 303 | 303 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 35 | 23 | 23 | 44 | 20 | 32 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 229 | 268 | 257 | 263 | 278 | 272 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 15 | 7 | 10 | 3 | 12 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 81 | 91 | 84 | 73 | 113 | 103 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 70 | 84 | 83 | 104 | 88 | 94 |
| sonstiger Berufsabschluss | 269 | 283 | 300 | 321 | 330 | 394 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 278 | 219 | 251 | 196 | 244 | 302 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **923** | **943** | **996** | **1041** | **1099** | **1227** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 153 | 174 | 195 | 222 | 227 | 233 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 17 | 20 | 41 | . | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 121 | 147 | 136 | 138 | 149 | 141 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 9 | 4 | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 78 | 84 | 80 | . | 110 | 98 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 57 | 71 | 69 | 88 | 80 | 85 |
| sonstiger Berufsabschluss | 234 | 233 | 257 | 283 | 277 | 336 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 243 | 208 | 235 | 191 | 236 | 295 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **239** | **268** | **253** | **243** | **280** | **285** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 38 | 54 | 49 | 51 | 76 | 70 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 6 | 3 | 3 | . | . |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 108 | 121 | 121 | 125 | 129 | 131 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 6 | 3 | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 3 | 7 | 4 | . | 3 | 5 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 13 | 13 | 14 | 16 | 8 | 9 |
| sonstiger Berufsabschluss | 35 | 50 | 43 | 38 | 53 | 58 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 35 | 11 | 16 | 5 | 8 | 7 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Freiburg im Breisgau (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4346** | **4651** | **4350** | **4610** | **4537** | **5143** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1683** | **1775** | **1809** | **1802** | **1759** | **1882** |
| ----- Pflegestufe I | 435 | 531 | 546 | 610 | 597 | 656 |
| ----- Pflegestufe II | 793 | 802 | 814 | 699 | 775 | 805 |
| ----- Pflegestufe III | 402 | 414 | 443 | 467 | 367 | 391 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 53 | 28 | 6 | 26 | 20 | 30 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **855** | **1093** | **903** | **1136** | **1005** | **1264** |
| ----- Pflegestufe I | 414 | 552 | 458 | 582 | 528 | 749 |
| ----- Pflegestufe II | 316 | 366 | 308 | 381 | 360 | 343 |
| ----- Pflegestufe III | 125 | 175 | 137 | 173 | 117 | 172 |
| Pflegegeldempfänger | **1808** | **1783** | **1638** | **1672** | **1773** | **1997** |
| ----- Pflegestufe I | 1002 | 994 | 924 | 987 | 1057 | 1257 |
| ----- Pflegestufe II | 610 | 595 | 543 | 489 | 520 | 531 |
| ----- Pflegestufe III | 196 | 194 | 171 | 196 | 196 | 209 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **20** | **22** | **23** | **23** | **23** | **23** |
| - private Träger | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| - öffentliche Träger | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 14 | 15 | 18 | 16 | 17 | 19 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **15** | **26** | **25** | **23** | **21** | **25** |
| - private Träger | 5 | 15 | 14 | 12 | 11 | 16 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 11 | 11 | 10 | 10 | 9 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1735 | 1823 | 1916 | 1919 | 2015 | 2051 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 18 | 45 | 45 | 45 | 33 | 43 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 57 | 42 | 36 | 49 | 48 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **2136** | **2307** | **2301** | **2492** | **2429** | **2590** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 421 | 509 | 509 | 580 | 618 | 627 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 58 | 67 | 51 | 79 | 100 | 140 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 282 | 378 | 394 | 412 | 377 | 400 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 12 | 35 | 20 | 21 | 15 | 21 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 205 | 151 | 182 | 204 | 169 | 229 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 64 | 72 | 79 | 129 | 96 | 77 |
| sonstiger Berufsabschluss | 306 | 379 | 361 | 427 | 395 | 459 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 788 | 716 | 705 | 640 | 659 | 637 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1608** | **1745** | **1812** | **1814** | **1856** | **1902** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 326 | 381 | 395 | 422 | 464 | 432 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 49 | 52 | 41 | 62 | 73 | 114 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 106 | 115 | 137 | 142 | 130 | 118 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 11 | 7 | . | 3 | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 176 | 126 | 164 | 182 | 148 | 209 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 52 | 61 | 69 | . | 87 | 68 |
| sonstiger Berufsabschluss | 257 | 326 | 329 | 329 | 319 | 394 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 635 | 673 | 670 | 562 | 632 | 559 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **528** | **562** | **489** | **678** | **573** | **688** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 95 | 128 | 114 | 158 | 154 | 195 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 9 | 15 | 10 | 17 | 27 | 26 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 176 | 263 | 257 | 270 | 247 | 282 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 5 | 24 | 13 | . | 12 | 13 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 29 | 25 | 18 | 22 | 21 | 20 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 12 | 11 | 10 | . | 9 | 9 |
| sonstiger Berufsabschluss | 49 | 53 | 32 | 98 | 76 | 65 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 153 | 43 | 35 | 78 | 27 | 78 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **5002** | **5392** | **5009** | **5539** | **5380** | **6041** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1470** | **1564** | **1525** | **1781** | **1787** | **1995** |
| ----- Pflegestufe I | 444 | 564 | 567 | 668 | 744 | 805 |
| ----- Pflegestufe II | 644 | 684 | 656 | 721 | 695 | 815 |
| ----- Pflegestufe III | 237 | 305 | 287 | 301 | 334 | 353 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 145 | 11 | 15 | 91 | 14 | 22 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1122** | **1294** | **1147** | **1263** | **1035** | **1120** |
| ----- Pflegestufe I | 512 | 598 | 585 | 663 | 536 | 580 |
| ----- Pflegestufe II | 428 | 501 | 400 | 427 | 366 | 379 |
| ----- Pflegestufe III | 182 | 195 | 162 | 173 | 133 | 161 |
| Pflegegeldempfänger | **2410** | **2534** | **2337** | **2495** | **2558** | **2926** |
| ----- Pflegestufe I | 1226 | 1348 | 1341 | 1423 | 1530 | 1747 |
| ----- Pflegestufe II | 933 | 918 | 764 | 818 | 775 | 915 |
| ----- Pflegestufe III | 251 | 268 | 232 | 254 | 253 | 264 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **26** | **27** | **27** | **32** | **35** | **36** |
| - private Träger | 13 | 12 | 13 | 15 | 15 | 16 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 13 | 13 | 16 | 19 | 19 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **22** | **20** | **15** | **19** | **18** | **22** |
| - private Träger | 7 | 7 | 6 | 11 | 11 | 14 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 15 | 13 | 9 | 8 | 7 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1507 | 1725 | 1724 | 1923 | 2077 | 2246 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 58 | 51 | 49 | 64 | 68 | 71 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 51 | 65 | 76 | 66 | 58 | 51 |
| **Personal insgesamt** | **1694** | **1883** | **1900** | **2194** | **2273** | **2511** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 281 | 385 | 402 | 495 | 503 | 569 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 54 | 54 | 62 | 113 | 126 | 138 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 336 | 348 | 352 | 364 | 328 | 344 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 22 | 24 | 19 | 33 | 22 | 50 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 141 | 121 | 122 | 119 | 189 | 186 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 75 | 79 | 89 | 183 | 127 | 99 |
| sonstiger Berufsabschluss | 276 | 363 | 389 | 522 | 528 | 691 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 509 | 509 | 465 | 365 | 450 | 434 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1192** | **1365** | **1458** | **1608** | **1742** | **1957** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 193 | 289 | 311 | 360 | 380 | 443 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 42 | 45 | 53 | 96 | 112 | 117 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 151 | 135 | 158 | 139 | 135 | 168 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 7 | 8 | 13 | 7 | 9 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 114 | 93 | 112 | 104 | 164 | 163 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 51 | 60 | 72 | 119 | 100 | 89 |
| sonstiger Berufsabschluss | 205 | 296 | 345 | 421 | 438 | 559 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 427 | 440 | 399 | 356 | 406 | 409 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **502** | **518** | **442** | **586** | **531** | **554** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 88 | 96 | 91 | 135 | 123 | 126 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 12 | 9 | 9 | 17 | 14 | 21 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 185 | 213 | 194 | 225 | 193 | 176 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 13 | 17 | 11 | 20 | 15 | 41 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 27 | 28 | 10 | 15 | 25 | 23 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 24 | 19 | 17 | 64 | 27 | 10 |
| sonstiger Berufsabschluss | 71 | 67 | 44 | 101 | 90 | 132 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 82 | 69 | 66 | 9 | 44 | 25 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Emmendingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3296** | **3613** | **3579** | **3888** | **4065** | **4187** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **896** | **945** | **953** | **1121** | **1128** | **1181** |
| ----- Pflegestufe I | 269 | 292 | 344 | 375 | 367 | 411 |
| ----- Pflegestufe II | 392 | 409 | 403 | 511 | 545 | 534 |
| ----- Pflegestufe III | 213 | 210 | . | 224 | 212 | 209 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 22 | 34 | . | 11 | 4 | 27 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **703** | **899** | **1060** | **1155** | **1302** | **1017** |
| ----- Pflegestufe I | 331 | 435 | 481 | 535 | 638 | 490 |
| ----- Pflegestufe II | 241 | 295 | 386 | 428 | 439 | 376 |
| ----- Pflegestufe III | 131 | 169 | 193 | 192 | 225 | 151 |
| Pflegegeldempfänger | **1697** | **1769** | **1566** | **1612** | **1635** | **1989** |
| ----- Pflegestufe I | 928 | 1033 | 908 | 964 | 983 | 1217 |
| ----- Pflegestufe II | 563 | 511 | 471 | 465 | 479 | 572 |
| ----- Pflegestufe III | 206 | 225 | 187 | 183 | 173 | 200 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **10** | **11** | **13** | **17** | **17** | **19** |
| - private Träger | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 7 |
| - öffentliche Träger | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 5 | 6 | 8 | 9 | 9 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **9** | **16** | **17** | **17** | **18** | **17** |
| - private Träger | 1 | 9 | 9 | 10 | 11 | 9 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 7 | 8 | 7 | 7 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 973 | 993 | 1108 | 1276 | 1277 | 1311 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 44 | 46 | 49 | 38 | 39 | 40 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 78 | 56 | 62 | 68 | 72 | 60 |
| **Personal insgesamt** | **1010** | **1281** | **1350** | **1405** | **1541** | **1718** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 195 | 261 | 285 | 320 | 335 | 372 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 26 | 13 | 21 | 49 | 25 | 49 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 163 | 268 | 293 | 299 | 332 | 272 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 9 | 11 | 9 | 10 | 13 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 106 | 98 | 86 | 94 | 124 | 144 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 15 | 40 | 36 | 129 | 46 | 89 |
| sonstiger Berufsabschluss | 258 | 294 | 260 | 260 | 409 | 379 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 240 | 298 | 358 | 245 | 260 | 400 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **789** | **907** | **955** | **1008** | **1103** | **1302** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 154 | 195 | 214 | 229 | 256 | 275 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 20 | . | . | . | . | 43 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 68 | 82 | 98 | 105 | 115 | 105 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | 3 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 96 | 87 | 73 | 71 | 109 | 131 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | 19 | 26 | 98 | 34 | 77 |
| sonstiger Berufsabschluss | 219 | 236 | 193 | 231 | 341 | 315 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 219 | 275 | 336 | 224 | 224 | 353 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **221** | **374** | **395** | **397** | **438** | **416** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 41 | 66 | 71 | 91 | 79 | 97 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | . | . | . | . | 6 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 95 | 186 | 195 | 194 | 217 | 167 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 10 | 11 | 13 | 23 | 15 | 13 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | . | 21 | 10 | 31 | 12 | 12 |
| sonstiger Berufsabschluss | 39 | 58 | 67 | 29 | 68 | 64 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21 | 23 | 22 | 21 | 36 | 47 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Ortenaukreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **9791** | **10124** | **9496** | **9919** | **10587** | **11688** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **2598** | **2973** | **3253** | **3477** | **3555** | **3680** |
| ----- Pflegestufe I | 744 | 962 | 1173 | 1344 | 1338 | 1342 |
| ----- Pflegestufe II | 1202 | 1334 | 1406 | 1462 | 1468 | 1543 |
| ----- Pflegestufe III | 540 | 599 | 589 | 609 | 691 | 730 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 112 | 78 | 85 | 62 | 58 | 65 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **2209** | **2233** | **2067** | **2062** | **2455** | **2677** |
| ----- Pflegestufe I | 977 | 1053 | 1038 | 1079 | 1278 | 1358 |
| ----- Pflegestufe II | 902 | 899 | 811 | 744 | 873 | 987 |
| ----- Pflegestufe III | 330 | 281 | 218 | 239 | 304 | 332 |
| Pflegegeldempfänger | **4984** | **4918** | **4176** | **4380** | **4577** | **5331** |
| ----- Pflegestufe I | 2738 | 2833 | 2537 | 2688 | 2865 | 3226 |
| ----- Pflegestufe II | 1747 | 1639 | 1251 | 1288 | 1316 | 1604 |
| ----- Pflegestufe III | 499 | 446 | 388 | 404 | 396 | 501 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **39** | **52** | **56** | **64** | **72** | **72** |
| - private Träger | 9 | 18 | 21 | 21 | 27 | 25 |
| - öffentliche Träger | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 |
| - freigemeinnützige Träger | 26 | 30 | 30 | 39 | 41 | 42 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **28** | **37** | **37** | **44** | **42** | **44** |
| - private Träger | 8 | 15 | 15 | 21 | 23 | 25 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 20 | 22 | 22 | 23 | 19 | 19 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2618 | 2870 | 3259 | 3650 | 4110 | 4138 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 124 | 207 | 199 | 231 | 278 | 294 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 79 | 60 | 56 | 47 | 58 | 61 |
| **Personal insgesamt** | **3036** | **3747** | **3876** | **4481** | **4863** | **5168** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 755 | 908 | 1009 | 1204 | 1271 | 1378 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 135 | 124 | 118 | 132 | 201 | 227 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 493 | 587 | 571 | 709 | 699 | 715 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 30 | 29 | 49 | 34 | 42 | 46 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 215 | 233 | 244 | 281 | 276 | 397 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 117 | 149 | 141 | 202 | 183 | 242 |
| sonstiger Berufsabschluss | 597 | 749 | 828 | 872 | 992 | 1087 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 694 | 968 | 916 | 1047 | 1199 | 1076 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **2175** | **2760** | **2933** | **3346** | **3698** | **3893** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 589 | 688 | 774 | 892 | 957 | 1004 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 114 | 85 | 89 | 102 | 161 | 183 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 194 | 238 | 247 | 314 | 331 | 367 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 12 | 16 | 19 | 14 | 14 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 135 | 150 | 198 | 241 | 223 | 318 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 82 | 118 | 121 | 172 | 156 | 207 |
| sonstiger Berufsabschluss | 448 | 606 | 658 | 686 | 813 | 852 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 601 | 859 | 827 | 925 | 1043 | 945 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **861** | **987** | **943** | **1135** | **1165** | **1275** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 166 | 220 | 235 | 312 | 314 | 374 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 21 | 39 | 29 | 30 | 40 | 44 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 299 | 349 | 324 | 395 | 368 | 348 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 18 | 13 | 30 | 20 | 28 | 29 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 80 | 83 | 46 | 40 | 53 | 79 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 35 | 31 | 20 | 30 | 27 | 35 |
| sonstiger Berufsabschluss | 149 | 143 | 170 | 186 | 179 | 235 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 93 | 109 | 89 | 122 | 156 | 131 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Rottweil (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2898** | **3354** | **3191** | **3408** | **3314** | **3697** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **872** | **1067** | **1089** | **1203** | **1154** | **1092** |
| ----- Pflegestufe I | 263 | 357 | 390 | 436 | 419 | 448 |
| ----- Pflegestufe II | 377 | 469 | 493 | 545 | 507 | 439 |
| ----- Pflegestufe III | . | 225 | 191 | 175 | 189 | 190 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | . | 16 | 15 | 47 | 39 | 15 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **556** | **702** | **564** | **551** | **472** | **720** |
| ----- Pflegestufe I | 267 | 291 | 216 | 249 | 208 | 364 |
| ----- Pflegestufe II | 203 | 297 | 270 | 228 | 196 | 272 |
| ----- Pflegestufe III | 86 | 114 | 78 | 74 | 68 | 84 |
| Pflegegeldempfänger | **1470** | **1585** | **1538** | **1654** | **1688** | **1885** |
| ----- Pflegestufe I | 814 | 824 | 825 | 907 | 966 | 1123 |
| ----- Pflegestufe II | 496 | 590 | 560 | 578 | 568 | 594 |
| ----- Pflegestufe III | 160 | 171 | 153 | 169 | 154 | 168 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **14** | **17** | **18** | **25** | **25** | **24** |
| - private Träger | 2 | 4 | 4 | 8 | 6 | 7 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 | 15 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **8** | **12** | **11** | **13** | **13** | **15** |
| - private Träger | 0 | 4 | 4 | 6 | 7 | 9 |
| - öffentliche Träger | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1038 | 1176 | 1219 | 1393 | 1423 | 1347 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 40 | 61 | 51 | 70 | 79 | 75 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 70 | 59 | 51 | 42 | 36 | 48 |
| **Personal insgesamt** | **1108** | **1255** | **1356** | **1360** | **1450** | **1509** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 183 | 239 | 266 | 282 | 304 | 335 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 28 | 33 | 43 | 22 | 49 | 51 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 294 | 343 | 333 | 358 | 344 | 348 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 13 | 10 | 5 | 8 | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 60 | 39 | 55 | 115 | 72 | 100 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 23 | 22 | 39 | 38 | 65 | 73 |
| sonstiger Berufsabschluss | 263 | 283 | 334 | 357 | 369 | 378 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 248 | 283 | 276 | 183 | 239 | 216 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **878** | **990** | **1108** | **1079** | **1209** | **1204** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 166 | 207 | 238 | 244 | 260 | 281 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 25 | 30 | . | . | 46 | 46 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 196 | 206 | 197 | 200 | 217 | 184 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 3 | 5 | . | . | 4 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 56 | . | 46 | 110 | 63 | 95 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 18 | . | 35 | . | 61 | 68 |
| sonstiger Berufsabschluss | 176 | 204 | 279 | 287 | 324 | 314 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 238 | . | 269 | 179 | 234 | 211 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **230** | **265** | **248** | **281** | **241** | **305** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 17 | 32 | 28 | 38 | 44 | 54 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 3 | 3 | . | . | 3 | 5 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 98 | 137 | 136 | 158 | 127 | 164 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 8 | . | . | 4 | 3 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 4 | . | 9 | 5 | 9 | 5 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 5 | . | 4 | . | 4 | 5 |
| sonstiger Berufsabschluss | 87 | 79 | 55 | 70 | 45 | 64 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 10 | . | 7 | 4 | 5 | 5 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4571** | **5150** | **5134** | **5072** | **5128** | **5615** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1572** | **1758** | **1909** | **1851** | **1906** | **1950** |
| ----- Pflegestufe I | 484 | 582 | 696 | 703 | 718 | 784 |
| ----- Pflegestufe II | 709 | 797 | 821 | 782 | 776 | 777 |
| ----- Pflegestufe III | 270 | 327 | 297 | 287 | 330 | 346 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 109 | 52 | 95 | 79 | 82 | 43 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **941** | **1086** | **989** | **1042** | **1149** | **1256** |
| ----- Pflegestufe I | 490 | 549 | 473 | 534 | 635 | 699 |
| ----- Pflegestufe II | 337 | 393 | 385 | 393 | 400 | 427 |
| ----- Pflegestufe III | 114 | 144 | 131 | 115 | 114 | 130 |
| Pflegegeldempfänger | **2058** | **2306** | **2236** | **2179** | **2073** | **2409** |
| ----- Pflegestufe I | 1164 | 1308 | 1278 | 1276 | 1253 | 1446 |
| ----- Pflegestufe II | 725 | 793 | 752 | 704 | 635 | 749 |
| ----- Pflegestufe III | 169 | 205 | 206 | 199 | 185 | 214 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **17** | **21** | **25** | **25** | **28** | **29** |
| - private Träger | 4 | 7 | 10 | 11 | 11 | 13 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 13 | 13 | 12 | 15 | 14 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **14** | **19** | **18** | **19** | **22** | **22** |
| - private Träger | 2 | 6 | 7 | 9 | 12 | 12 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 13 | 11 | 10 | 10 | 10 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1706 | 1974 | 2104 | 2150 | 2342 | 2329 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 31 | 33 | 44 | 81 | 93 | 120 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 67 | 57 | 55 | 55 | 52 | 57 |
| **Personal insgesamt** | **1558** | **1877** | **2049** | **2009** | **2326** | **2386** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 381 | 447 | 493 | 534 | 623 | 645 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 57 | 65 | 72 | 59 | 64 | 95 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 169 | 287 | 292 | 339 | 325 | 332 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 13 | 15 | 16 | 16 | 25 | 22 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 149 | 183 | 163 | 165 | 147 | 203 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 59 | 65 | 72 | 73 | 82 | 71 |
| sonstiger Berufsabschluss | 369 | 402 | 434 | 404 | 573 | 606 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 361 | 413 | 507 | 419 | 487 | 412 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1241** | **1387** | **1553** | **1487** | **1724** | **1764** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 292 | 346 | 393 | 414 | 478 | 480 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 44 | 50 | 48 | 45 | 50 | 70 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 93 | 149 | 146 | 163 | 134 | 172 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 5 | 8 | 5 | 8 | 9 | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 140 | 160 | 143 | 149 | 131 | 171 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 48 | 50 | 58 | 58 | 70 | 60 |
| sonstiger Berufsabschluss | 288 | 279 | 291 | 266 | 407 | 414 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 331 | 345 | 469 | 384 | 445 | 390 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **317** | **490** | **496** | **522** | **602** | **622** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 89 | 101 | 100 | 120 | 145 | 165 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 13 | 15 | 24 | 14 | 14 | 25 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 76 | 138 | 146 | 176 | 191 | 160 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 8 | 7 | 11 | 8 | 16 | 15 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 9 | 23 | 20 | 16 | 16 | 32 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 11 | 15 | 14 | 15 | 12 | 11 |
| sonstiger Berufsabschluss | 81 | 123 | 143 | 138 | 166 | 192 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 30 | 68 | 38 | 35 | 42 | 22 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Tuttlingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2381** | **2564** | **2646** | **2886** | **2947** | **3465** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **739** | **759** | **784** | **922** | **916** | **901** |
| ----- Pflegestufe I | 230 | 254 | 276 | 346 | 321 | 314 |
| ----- Pflegestufe II | 327 | 351 | 356 | 425 | 396 | 363 |
| ----- Pflegestufe III | 148 | 137 | 122 | 142 | 189 | 197 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 34 | 17 | 30 | 9 | 10 | 27 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **455** | **571** | **581** | **576** | **655** | **795** |
| ----- Pflegestufe I | 192 | 250 | 256 | 266 | 323 | 411 |
| ----- Pflegestufe II | 197 | 248 | 252 | 250 | 245 | 291 |
| ----- Pflegestufe III | 66 | 73 | 73 | 60 | 87 | 93 |
| Pflegegeldempfänger | **1187** | **1234** | **1281** | **1388** | **1376** | **1769** |
| ----- Pflegestufe I | 643 | 662 | 726 | 782 | 785 | 1032 |
| ----- Pflegestufe II | 427 | 432 | 428 | 451 | 444 | 554 |
| ----- Pflegestufe III | 117 | 140 | 127 | 155 | 147 | 183 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **8** | **11** | **11** | **14** | **15** | **14** |
| - private Träger | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| - öffentliche Träger | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 6 | 6 | 10 | 11 | 11 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **10** | **15** | **15** | **16** | **16** | **14** |
| - private Träger | 3 | 8 | 8 | 9 | 9 | 8 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 817 | 860 | 840 | 1049 | 1121 | 1018 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 27 | 48 | 36 | 38 | 51 | 51 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 46 | 38 | 39 | 36 | 41 | 57 |
| **Personal insgesamt** | **850** | **938** | **1014** | **1108** | **1237** | **1219** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 183 | 232 | 237 | 296 | 300 | 349 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 20 | 18 | 18 | 22 | 45 | 76 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 134 | 196 | 227 | 209 | 224 | 182 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 6 | 11 | 9 | 8 | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 63 | 62 | 57 | 59 | 64 | 87 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 24 | 22 | 40 | 32 | 60 | 43 |
| sonstiger Berufsabschluss | 121 | 112 | 160 | 184 | 250 | 195 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 298 | 290 | 264 | 297 | 286 | 277 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **673** | **704** | **726** | **848** | **919** | **929** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 139 | 168 | 163 | 223 | 221 | 240 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 14 | 12 | 15 | 27 | 61 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 52 | 75 | 89 | 78 | 83 | 67 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 59 | . | 52 | . | . | . |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 21 | 18 | . | 25 | 55 | 38 |
| sonstiger Berufsabschluss | 89 | 83 | 114 | 153 | 191 | 164 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 292 | 285 | 250 | . | 276 | 267 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **177** | **234** | **288** | **260** | **318** | **290** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 44 | 64 | 74 | 73 | 79 | 109 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 4 | 6 | 7 | 18 | 15 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 82 | 121 | 138 | 131 | 141 | 115 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | . | . | . | . | . |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 4 | . | 5 | . | . | . |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 3 | 4 | . | 7 | 5 | 5 |
| sonstiger Berufsabschluss | 32 | 29 | 46 | 31 | 59 | 31 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 6 | 5 | 14 | . | 10 | 10 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Konstanz (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **5498** | **6199** | **6514** | **6181** | **6194** | **7132** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1825** | **2199** | **2289** | **2378** | **2301** | **2472** |
| ----- Pflegestufe I | 682 | 809 | 844 | 878 | 821 | 893 |
| ----- Pflegestufe II | 750 | 963 | 957 | 993 | 987 | 1051 |
| ----- Pflegestufe III | 316 | 389 | 408 | 413 | 467 | 500 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 77 | 38 | 80 | 94 | 26 | 28 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1093** | **1290** | **1554** | **1330** | **1348** | **1589** |
| ----- Pflegestufe I | 518 | 646 | 833 | 685 | 701 | 884 |
| ----- Pflegestufe II | 401 | 472 | 513 | 474 | 477 | 537 |
| ----- Pflegestufe III | 174 | 172 | 208 | 171 | 170 | 168 |
| Pflegegeldempfänger | **2580** | **2710** | **2671** | **2473** | **2545** | **3071** |
| ----- Pflegestufe I | 1519 | 1602 | 1623 | 1498 | 1582 | 1926 |
| ----- Pflegestufe II | 830 | 870 | 815 | 760 | 765 | 924 |
| ----- Pflegestufe III | 231 | 238 | 233 | 215 | 198 | 221 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **26** | **32** | **35** | **38** | **43** | **42** |
| - private Träger | 8 | 13 | 16 | 18 | 19 | 18 |
| - öffentliche Träger | 7 | 7 | 6 | 9 | 10 | 9 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 12 | 13 | 11 | 14 | 15 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **23** | **34** | **33** | **36** | **37** | **41** |
| - private Träger | 4 | 13 | 14 | 17 | 19 | 23 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 19 | 21 | 19 | 19 | 18 | 18 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 2030 | 2390 | 2502 | 2659 | 2885 | 2890 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 72 | 99 | 89 | 106 | 128 | 175 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 48 | 38 | 47 | 37 | 36 | 39 |
| **Personal insgesamt** | **2108** | **2410** | **2576** | **2736** | **2941** | **3214** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 411 | 497 | 574 | 652 | 711 | 765 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 55 | 91 | 111 | 153 | 143 | 157 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 386 | 512 | 512 | 510 | 539 | 494 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 22 | 31 | 26 | 24 | 24 | 31 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 186 | 255 | 200 | 134 | 150 | 247 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 70 | 99 | 122 | 119 | 140 | 129 |
| sonstiger Berufsabschluss | 437 | 449 | 469 | 634 | 679 | 836 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 541 | 476 | 562 | 510 | 555 | 555 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1466** | **1705** | **1916** | **1962** | **2163** | **2413** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 319 | 391 | 461 | 510 | 550 | 562 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 77 | 104 | 145 | 130 | 140 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 187 | 241 | 227 | 210 | 242 | 230 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 13 | 13 | 7 | 6 | 13 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 139 | 203 | 184 | 112 | 132 | 218 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 47 | 68 | 95 | 95 | 117 | 100 |
| sonstiger Berufsabschluss | 293 | 282 | 305 | 452 | 505 | 631 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 422 | 430 | 527 | 431 | 481 | 519 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **642** | **705** | **660** | **774** | **778** | **801** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 92 | 106 | 113 | 142 | 161 | 203 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 14 | 7 | 8 | 13 | 17 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 199 | 271 | 285 | 300 | 297 | 264 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 18 | 13 | 17 | 18 | 18 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 47 | 52 | 16 | 22 | 18 | 29 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 23 | 31 | 27 | 24 | 23 | 29 |
| sonstiger Berufsabschluss | 144 | 167 | 164 | 182 | 174 | 205 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 119 | 46 | 35 | 79 | 74 | 36 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Lörrach (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4786** | **4772** | **4474** | **4699** | **4892** | **5441** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1539** | **1603** | **1587** | **1694** | **1688** | **1754** |
| ----- Pflegestufe I | 575 | 516 | 511 | 572 | 550 | 621 |
| ----- Pflegestufe II | 653 | 719 | 685 | 666 | 709 | 731 |
| ----- Pflegestufe III | 264 | 340 | 376 | 414 | 407 | 377 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 47 | 28 | 15 | 42 | 22 | 25 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **961** | **904** | **713** | **796** | **931** | **1139** |
| ----- Pflegestufe I | 468 | 448 | 352 | 409 | 481 | 605 |
| ----- Pflegestufe II | 367 | 331 | 269 | 293 | 342 | 413 |
| ----- Pflegestufe III | 126 | 125 | 92 | 94 | 108 | 121 |
| Pflegegeldempfänger | **2286** | **2265** | **2174** | **2209** | **2273** | **2548** |
| ----- Pflegestufe I | 1233 | 1242 | 1196 | 1230 | 1330 | 1536 |
| ----- Pflegestufe II | 827 | 792 | 783 | 765 | 722 | 767 |
| ----- Pflegestufe III | 226 | 231 | 195 | 214 | 221 | 245 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **19** | **22** | **22** | **25** | **24** | **27** |
| - private Träger | 3 | 6 | 6 | 7 | 5 | 6 |
| - öffentliche Träger | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 8 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 10 | 10 | 11 | 13 | 13 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **15** | **13** | **11** | **15** | **15** | **15** |
| - private Träger | 1 | 2 | 0 | 4 | 3 | 4 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 13 | 10 | 9 | 9 | 9 | 10 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1593 | 1703 | 1682 | 1804 | 1830 | 1986 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 25 | 56 | 59 | 63 | 63 | 99 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 64 | 70 | 65 | 53 | 62 | 76 |
| **Personal insgesamt** | **1759** | **1897** | **1867** | **2011** | **2255** | **2516** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 338 | 395 | 426 | 471 | 544 | 586 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 88 | 43 | 47 | 62 | 85 | 121 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 202 | 263 | 234 | 262 | 229 | 297 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 17 | 14 | 12 | 22 | 25 | 18 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 142 | 112 | 83 | 89 | 87 | 118 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 66 | 66 | 76 | 130 | 107 | 132 |
| sonstiger Berufsabschluss | 422 | 436 | 373 | 579 | 458 | 660 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 484 | 568 | 616 | 396 | 720 | 584 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1349** | **1522** | **1529** | **1613** | **1768** | **1943** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 254 | 311 | 361 | 385 | 448 | 442 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 77 | 34 | 39 | 49 | 76 | 108 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 74 | 118 | 95 | 128 | 84 | 161 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 6 | 7 | 14 | 14 | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 106 | 98 | 74 | 77 | 71 | 110 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 46 | 53 | 60 | 107 | 83 | 109 |
| sonstiger Berufsabschluss | 348 | 386 | 326 | 499 | 330 | 467 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 438 | 516 | 567 | 354 | 662 | 538 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **410** | **375** | **338** | **398** | **487** | **573** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 84 | 84 | 65 | 86 | 96 | 144 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 11 | 9 | 8 | 13 | 9 | 13 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 128 | 145 | 139 | 134 | 145 | 136 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 8 | 5 | 8 | 11 | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 36 | 14 | 9 | 12 | 16 | 8 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 20 | 13 | 16 | 23 | 24 | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 74 | 50 | 47 | 80 | 128 | 193 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 46 | 52 | 49 | 42 | 58 | 46 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Waldshut (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2951** | **3389** | **3632** | **3935** | **3938** | **4515** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **845** | **1032** | **1195** | **1393** | **1403** | **1403** |
| ----- Pflegestufe I | 210 | 284 | 392 | 450 | 461 | 523 |
| ----- Pflegestufe II | 425 | 469 | 482 | 652 | 618 | 572 |
| ----- Pflegestufe III | 183 | 254 | 264 | 246 | 281 | 260 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 27 | 25 | 57 | 45 | 43 | 48 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **712** | **774** | **808** | **783** | **693** | **973** |
| ----- Pflegestufe I | 329 | 357 | 376 | 397 | 316 | 474 |
| ----- Pflegestufe II | 260 | 299 | 324 | 269 | 265 | 369 |
| ----- Pflegestufe III | 123 | 118 | 108 | 117 | 112 | 130 |
| Pflegegeldempfänger | **1394** | **1583** | **1629** | **1759** | **1842** | **2139** |
| ----- Pflegestufe I | 765 | 894 | 943 | 1041 | 1099 | 1243 |
| ----- Pflegestufe II | 491 | 507 | 521 | 547 | 585 | 703 |
| ----- Pflegestufe III | 138 | 182 | 165 | 171 | 158 | 193 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **17** | **25** | **27** | **30** | **33** | **33** |
| - private Träger | 9 | 15 | 16 | 15 | 18 | 19 |
| - öffentliche Träger | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 8 | 7 | 11 | 11 | 11 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **10** | **10** | **11** | **11** | **11** | **13** |
| - private Träger | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 6 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 957 | 1150 | 1264 | 1447 | 1602 | 1588 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 20 | 51 | 52 | 72 | 82 | 89 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 71 | 77 | 73 | 71 | 63 | 75 |
| **Personal insgesamt** | **1048** | **1294** | **1420** | **1565** | **1750** | **1833** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 203 | 279 | 317 | 368 | 369 | 394 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 35 | 64 | 63 | 54 | 51 | 109 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 167 | 160 | 228 | 258 | 271 | 258 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 20 | 15 | 16 | 18 | 20 | 18 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 82 | 104 | 82 | 72 | 127 | 113 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 31 | 40 | 38 | 87 | 56 | 42 |
| sonstiger Berufsabschluss | 273 | 314 | 392 | 378 | 484 | 512 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 237 | 318 | 284 | 330 | 372 | 387 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **782** | **965** | **1050** | **1162** | **1311** | **1349** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 126 | 188 | 225 | 276 | 278 | 284 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 29 | 53 | 56 | 45 | 44 | 86 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 81 | 74 | 104 | 131 | 143 | 138 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 9 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 70 | 94 | 74 | 62 | 116 | 104 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 26 | 31 | 31 | 84 | 47 | 39 |
| sonstiger Berufsabschluss | 224 | 222 | 294 | 263 | 337 | 339 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 216 | 294 | 260 | 295 | 339 | 352 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **266** | **329** | **370** | **403** | **439** | **484** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 77 | 91 | 92 | 92 | 91 | 110 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 6 | 11 | 7 | 9 | 7 | 23 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 86 | 86 | 124 | 127 | 128 | 120 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 6 | 10 | 12 | 13 | 11 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 12 | 10 | 8 | 10 | 11 | 9 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 5 | 9 | 7 | 3 | 9 | 3 |
| sonstiger Berufsabschluss | 49 | 92 | 98 | 115 | 147 | 173 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21 | 24 | 24 | 35 | 33 | 35 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Reutlingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4447** | **5313** | **5127** | **5487** | **5962** | **6628** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1578** | **1759** | **1840** | **2034** | **1931** | **2019** |
| ----- Pflegestufe I | 555 | 730 | 764 | 806 | 775 | 834 |
| ----- Pflegestufe II | 751 | 747 | 765 | 830 | 806 | 783 |
| ----- Pflegestufe III | 242 | 271 | 267 | 337 | 330 | 385 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 30 | 11 | 44 | 61 | 20 | 17 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **946** | **1357** | **1087** | **1008** | **1319** | **1285** |
| ----- Pflegestufe I | 510 | 705 | 507 | 499 | 653 | 652 |
| ----- Pflegestufe II | 331 | 525 | 465 | 401 | 512 | 461 |
| ----- Pflegestufe III | 105 | 127 | 115 | 108 | 154 | 172 |
| Pflegegeldempfänger | **1923** | **2197** | **2200** | **2445** | **2712** | **3324** |
| ----- Pflegestufe I | 1158 | 1334 | 1348 | 1531 | 1667 | 1995 |
| ----- Pflegestufe II | 610 | 689 | 673 | 716 | 824 | 1006 |
| ----- Pflegestufe III | 155 | 174 | 179 | 198 | 221 | 323 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **22** | **28** | **31** | **37** | **39** | **40** |
| - private Träger | 4 | 6 | 6 | 8 | 7 | 7 |
| - öffentliche Träger | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 17 | 20 | 23 | 28 | 31 | 32 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **16** | **21** | **20** | **20** | **23** | **23** |
| - private Träger | 1 | 8 | 8 | 6 | 9 | 9 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 15 | 13 | 12 | 14 | 14 | 14 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1541 | 1674 | 1830 | 2103 | 2232 | 2242 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 127 | 167 | 171 | 161 | 176 | 186 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 59 | 65 | 54 | 50 | 57 | 56 |
| **Personal insgesamt** | **2019** | **2281** | **2380** | **2438** | **2701** | **2631** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 394 | 476 | 532 | 576 | 651 | 718 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 42 | 37 | 47 | 82 | 61 | 84 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 343 | 431 | 411 | 410 | 514 | 446 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 16 | 23 | 41 | 28 | 33 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 125 | 182 | 157 | 176 | 222 | 242 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 121 | 115 | 106 | 183 | 145 | 112 |
| sonstiger Berufsabschluss | 370 | 420 | 536 | 422 | 534 | 462 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 615 | 604 | 568 | 548 | 546 | 534 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1539** | **1672** | **1753** | **1820** | **1983** | **1900** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 303 | 343 | 400 | 442 | 474 | 516 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 39 | 32 | . | 68 | 53 | 69 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 137 | 177 | 184 | 175 | 205 | 173 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 5 | 8 | . | 12 | 8 | 6 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 114 | 161 | 130 | 147 | 190 | 211 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 95 | 88 | 76 | 123 | 128 | 89 |
| sonstiger Berufsabschluss | 281 | 342 | 401 | 351 | 401 | 345 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 565 | 521 | 524 | 502 | 524 | 491 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **480** | **609** | **627** | **618** | **718** | **731** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 91 | 133 | 132 | 134 | 177 | 202 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 3 | 5 | . | 14 | 8 | 15 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 206 | 254 | 227 | 235 | 309 | 273 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 8 | . | 29 | 20 | 27 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 11 | 21 | 27 | 29 | 32 | 31 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 26 | 27 | 30 | 60 | 17 | 23 |
| sonstiger Berufsabschluss | 89 | 78 | 135 | 71 | 133 | 117 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 50 | 83 | 44 | 46 | 22 | 43 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Tübingen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2856** | **3294** | **3399** | **3965** | **3813** | **4434** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **915** | **1120** | **1311** | **1477** | **1147** | **1401** |
| ----- Pflegestufe I | 339 | 442 | 532 | 618 | 443 | 544 |
| ----- Pflegestufe II | 414 | 493 | 565 | 635 | 527 | 603 |
| ----- Pflegestufe III | 133 | 167 | 153 | 169 | 152 | 233 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 29 | 18 | 61 | 55 | 25 | 21 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **563** | **670** | **675** | **877** | **990** | **1059** |
| ----- Pflegestufe I | 268 | 309 | 322 | 483 | 526 | 596 |
| ----- Pflegestufe II | 217 | 262 | 251 | 281 | 339 | 357 |
| ----- Pflegestufe III | 78 | 99 | 102 | 113 | 125 | 106 |
| Pflegegeldempfänger | **1378** | **1504** | **1413** | **1611** | **1676** | **1974** |
| ----- Pflegestufe I | 753 | 811 | 762 | 895 | 951 | 1160 |
| ----- Pflegestufe II | 500 | 534 | 481 | 552 | 553 | 622 |
| ----- Pflegestufe III | 125 | 159 | 170 | 164 | 172 | 192 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **19** | **28** | **33** | **38** | **31** | **37** |
| - private Träger | 4 | 9 | 9 | 12 | 7 | 8 |
| - öffentliche Träger | 4 | 4 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 15 | 18 | 20 | 18 | 22 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **15** | **24** | **23** | **25** | **22** | **22** |
| - private Träger | 4 | 10 | 10 | 10 | 9 | 8 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 12 | 11 | 12 | 11 | 12 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 987 | 1183 | 1347 | 1651 | 1256 | 1519 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 61 | 91 | 113 | 131 | 102 | 146 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 38 | 28 | 29 | 35 | 45 | 48 |
| **Personal insgesamt** | **1342** | **1613** | **1767** | **1940** | **1819** | **2209** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 254 | 317 | 355 | 459 | 425 | 522 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 66 | 67 | 48 | 58 | 68 | 90 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 243 | 328 | 368 | 418 | 403 | 433 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 12 | 16 | 12 | 26 | 15 | 20 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 65 | 89 | 123 | 114 | 64 | 161 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 73 | 99 | 104 | 141 | 114 | 126 |
| sonstiger Berufsabschluss | 194 | 256 | 284 | 279 | 272 | 452 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 435 | 441 | 473 | 445 | 458 | 405 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **985** | **1203** | **1285** | **1356** | **1291** | **1583** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 192 | 242 | 269 | 340 | 302 | 373 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 64 | 41 | 52 | 59 | 77 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 84 | 123 | 130 | 149 | 146 | 145 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 5 | 7 | 9 | 4 | 8 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 56 | 71 | 103 | 86 | 58 | 128 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 55 | 73 | 70 | 117 | 79 | 99 |
| sonstiger Berufsabschluss | 130 | 211 | 237 | 216 | 233 | 384 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 397 | 414 | 428 | 387 | 410 | 369 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **357** | **410** | **482** | **584** | **528** | **626** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 62 | 75 | 86 | 119 | 123 | 149 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 3 | 7 | 6 | 9 | 13 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 159 | 205 | 238 | 269 | 257 | 288 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 11 | 5 | 17 | 11 | 12 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 9 | 18 | 20 | 28 | 6 | 33 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 18 | 26 | 34 | 24 | 35 | 27 |
| sonstiger Berufsabschluss | 64 | 45 | 47 | 63 | 39 | 68 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 38 | 27 | 45 | 58 | 48 | 36 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Zollernalbkreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4379** | **3861** | **4059** | **4270** | **4464** | **5289** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **761** | **1055** | **1107** | **1182** | **1183** | **1318** |
| ----- Pflegestufe I | 213 | 336 | 373 | 459 | 447 | 519 |
| ----- Pflegestufe II | 370 | 533 | 515 | 518 | 524 | 557 |
| ----- Pflegestufe III | 169 | 176 | 177 | 168 | 205 | 217 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 9 | 10 | 42 | 37 | 7 | 25 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **1603** | **720** | **903** | **978** | **997** | **1225** |
| ----- Pflegestufe I | 755 | 338 | 432 | 469 | 455 | 635 |
| ----- Pflegestufe II | 607 | 282 | 346 | 358 | 359 | 415 |
| ----- Pflegestufe III | 241 | 100 | 125 | 151 | 183 | 175 |
| Pflegegeldempfänger | **2015** | **2086** | **2049** | **2110** | **2284** | **2746** |
| ----- Pflegestufe I | 1126 | 1228 | 1184 | 1233 | 1324 | 1600 |
| ----- Pflegestufe II | 712 | 675 | 695 | 681 | 746 | 850 |
| ----- Pflegestufe III | 177 | 183 | 170 | 196 | 214 | 296 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **15** | **21** | **23** | **26** | **26** | **29** |
| - private Träger | 8 | 12 | 11 | 11 | 11 | 14 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 7 | 9 | 11 | 15 | 15 | 15 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **16** | **16** | **20** | **21** | **21** | **22** |
| - private Träger | 5 | 7 | 11 | 11 | 11 | 12 |
| - öffentliche Träger | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 808 | 1105 | 1136 | 1263 | 1272 | 1515 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 23 | 33 | 28 | 43 | 48 | 66 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 100 | 45 | 45 | 47 | 47 | 56 |
| **Personal insgesamt** | **1203** | **1351** | **1480** | **1643** | **1782** | **2011** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 265 | 302 | 358 | 399 | 452 | 510 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 39 | 34 | 59 | 61 | 65 | 85 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 196 | 216 | 246 | 270 | 285 | 303 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 11 | 27 | 45 | 51 | 16 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 38 | 68 | 66 | 67 | 90 | 88 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 63 | 66 | 77 | 99 | 72 | 131 |
| sonstiger Berufsabschluss | 221 | 212 | 277 | 324 | 331 | 409 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 371 | 442 | 370 | 378 | 436 | 469 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **766** | **1033** | **1043** | **1140** | **1236** | **1443** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 169 | 221 | 261 | 290 | 309 | 380 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 22 | 26 | 46 | 44 | 54 | 54 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 71 | 103 | 106 | 120 | 101 | 100 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 28 | 65 | 63 | 63 | 52 | 84 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 43 | 57 | 67 | 89 | 62 | 99 |
| sonstiger Berufsabschluss | 164 | 178 | 183 | 198 | 263 | 284 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 263 | 377 | 310 | 328 | 387 | 432 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **437** | **318** | **437** | **503** | **546** | **568** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 96 | 81 | 97 | 109 | 143 | 130 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 17 | 8 | 13 | 17 | 11 | 31 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 125 | 113 | 140 | 150 | 184 | 203 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | 5 | 20 | 37 | 43 | 6 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 10 | 3 | 3 | 4 | 38 | 4 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 20 | 9 | 10 | 10 | 10 | 32 |
| sonstiger Berufsabschluss | 57 | 34 | 94 | 126 | 68 | 125 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 108 | 65 | 60 | 50 | 49 | 37 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Ulm (SKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2489** | **2634** | **2690** | **2606** | **2851** | **3264** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **975** | **954** | **973** | **931** | **1029** | **1113** |
| ----- Pflegestufe I | 294 | 279 | 340 | 332 | 362 | 399 |
| ----- Pflegestufe II | 470 | 446 | 415 | 398 | 455 | 442 |
| ----- Pflegestufe III | 162 | 207 | 184 | 170 | 189 | 216 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 49 | 22 | 34 | 31 | 23 | 56 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **430** | **562** | **595** | **505** | **528** | **685** |
| ----- Pflegestufe I | 233 | 304 | 298 | 263 | 278 | 387 |
| ----- Pflegestufe II | 137 | 172 | 213 | 178 | 184 | 226 |
| ----- Pflegestufe III | 60 | 86 | 84 | 64 | 66 | 72 |
| Pflegegeldempfänger | **1084** | **1118** | **1122** | **1170** | **1294** | **1466** |
| ----- Pflegestufe I | 594 | 620 | 651 | 675 | 767 | 851 |
| ----- Pflegestufe II | 390 | 394 | 374 | 393 | 415 | 483 |
| ----- Pflegestufe III | 100 | 104 | 97 | 102 | 112 | 132 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **9** | **9** | **11** | **10** | **12** | **14** |
| - private Träger | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 4 | 5 | 7 | 7 | 6 | 8 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **8** | **12** | **13** | **12** | **11** | **18** |
| - private Träger | 2 | 4 | 6 | 5 | 5 | 10 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 8 | 7 | 7 | 6 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1086 | 1050 | 1019 | 1045 | 1322 | 1375 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 51 | 31 | 31 | 36 | 35 | 55 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 54 | 47 | 46 | 42 | 48 | 38 |
| **Personal insgesamt** | **1126** | **1053** | **1182** | **1059** | **1248** | **1459** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 180 | 198 | 231 | 226 | 276 | 339 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 28 | 21 | 20 | 50 | 61 | 51 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 145 | 151 | 177 | 214 | 207 | 330 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 12 | 34 | 17 | 15 | 18 | 27 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 87 | 105 | 137 | 88 | 141 | 115 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 58 | 39 | 34 | 48 | 72 | 48 |
| sonstiger Berufsabschluss | 202 | 207 | 157 | 251 | 242 | 307 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 414 | 298 | 409 | 167 | 231 | 242 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **675** | **679** | **749** | **773** | **1010** | **1013** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 145 | 150 | 181 | 162 | 217 | 249 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 14 | 14 | 40 | 44 | 35 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 61 | 76 | 76 | 113 | 110 | 112 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 6 | 5 | 8 | 10 | 10 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 62 | 91 | 100 | 74 | 126 | 107 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 26 | 21 | 20 | 32 | 62 | 34 |
| sonstiger Berufsabschluss | 137 | 98 | 113 | 200 | 215 | 248 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 210 | 223 | 240 | 144 | 226 | 218 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **451** | **374** | **433** | **286** | **238** | **446** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 35 | 48 | 50 | 64 | 59 | 90 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 7 | 6 | 10 | 17 | 16 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 84 | 75 | 101 | 101 | 97 | 218 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 28 | 12 | 7 | 8 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 25 | 14 | 37 | 14 | 15 | 8 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 32 | 18 | 14 | 16 | 10 | 14 |
| sonstiger Berufsabschluss | 65 | 109 | 44 | 51 | 27 | 59 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 204 | 75 | 169 | 23 | 5 | 24 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Alb-Donau-Kreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3213** | **3307** | **3592** | **3900** | **3931** | **4739** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1098** | **987** | **1089** | **1255** | **1130** | **1271** |
| ----- Pflegestufe I | 318 | 326 | 362 | 443 | 358 | 448 |
| ----- Pflegestufe II | 465 | 442 | 487 | 568 | 505 | 523 |
| ----- Pflegestufe III | 151 | 189 | 203 | 224 | 258 | 278 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 164 | 30 | 37 | 20 | 9 | 22 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **522** | **622** | **720** | **745** | **749** | **957** |
| ----- Pflegestufe I | 198 | 263 | 336 | 350 | 341 | 467 |
| ----- Pflegestufe II | 229 | 272 | 305 | 300 | 299 | 349 |
| ----- Pflegestufe III | 95 | 87 | 79 | 95 | 109 | 141 |
| Pflegegeldempfänger | **1593** | **1698** | **1783** | **1900** | **2052** | **2511** |
| ----- Pflegestufe I | 853 | 913 | 980 | 1038 | 1176 | 1415 |
| ----- Pflegestufe II | 629 | 647 | 650 | 683 | 673 | 827 |
| ----- Pflegestufe III | 111 | 138 | 153 | 179 | 203 | 269 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **14** | **14** | **17** | **19** | **18** | **22** |
| - private Träger | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| - öffentliche Träger | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 9 | 12 | 13 | 15 | 13 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **10** | **11** | **13** | **14** | **14** | **15** |
| - private Träger | 0 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| - öffentliche Träger | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 10 | 7 | 8 | 7 | 6 | 6 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1178 | 1097 | 1235 | 1439 | 1295 | 1461 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 0 | 5 | 15 | 55 | 39 | 80 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 52 | 57 | 55 | 53 | 54 | 64 |
| **Personal insgesamt** | **1120** | **1118** | **1215** | **1358** | **1423** | **1637** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 213 | 234 | 272 | 319 | 355 | 421 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 60 | 56 | 38 | 57 | 54 | 68 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 194 | 236 | 286 | 327 | 300 | 352 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 18 | 18 | 24 | 20 | 31 | 19 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 63 | 42 | 64 | 86 | 69 | 98 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 79 | 66 | 51 | 113 | 83 | 95 |
| sonstiger Berufsabschluss | 197 | 190 | 227 | 232 | 294 | 311 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 296 | 276 | 253 | 204 | 237 | 273 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **893** | **878** | **932** | **1048** | **1076** | **1241** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 169 | 191 | 224 | 262 | 274 | 327 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 56 | 51 | 34 | 54 | 49 | 57 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 94 | 106 | 131 | 153 | 127 | 151 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 7 | 3 | 6 | 4 | 8 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 57 | 32 | 49 | 74 | 54 | 88 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 62 | 51 | 40 | 92 | 71 | 79 |
| sonstiger Berufsabschluss | 174 | 173 | 203 | 209 | 266 | 272 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 274 | 271 | 245 | 200 | 227 | 262 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **227** | **240** | **283** | **310** | **347** | **396** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 44 | 43 | 48 | 57 | 81 | 94 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 11 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 100 | 130 | 155 | 174 | 173 | 201 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 15 | 18 | 16 | 23 | 14 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 6 | 10 | 15 | 12 | 15 | 10 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 17 | 15 | 11 | 21 | 12 | 16 |
| sonstiger Berufsabschluss | 23 | 17 | 24 | 23 | 28 | 39 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 22 | 5 | 8 | 4 | 10 | 11 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Biberach (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **3614** | **3889** | **3815** | **4154** | **4206** | **4854** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **952** | **1144** | **1265** | **1434** | **1357** | **1350** |
| ----- Pflegestufe I | 346 | 437 | 443 | 527 | 508 | 504 |
| ----- Pflegestufe II | 437 | 510 | 583 | 577 | 530 | 530 |
| ----- Pflegestufe III | 146 | 193 | 206 | 267 | 290 | 287 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 23 | 4 | 33 | 63 | 29 | 29 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **821** | **768** | **533** | **501** | **498** | **818** |
| ----- Pflegestufe I | 360 | 382 | 228 | 264 | 256 | 407 |
| ----- Pflegestufe II | 348 | 285 | 227 | 164 | 180 | 287 |
| ----- Pflegestufe III | 113 | 101 | 78 | 73 | 62 | 124 |
| Pflegegeldempfänger | **1841** | **1977** | **2017** | **2219** | **2351** | **2686** |
| ----- Pflegestufe I | 992 | 1137 | 1151 | 1259 | 1317 | 1500 |
| ----- Pflegestufe II | 685 | 657 | 673 | 758 | 791 | 914 |
| ----- Pflegestufe III | 164 | 183 | 193 | 202 | 243 | 272 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **15** | **21** | **23** | **26** | **27** | **28** |
| - private Träger | 1 | 8 | 6 | 7 | 7 | 6 |
| - öffentliche Träger | 9 | 7 | 10 | 9 | 7 | 5 |
| - freigemeinnützige Träger | 5 | 6 | 7 | 10 | 13 | 17 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **8** | **13** | **16** | **14** | **13** | **17** |
| - private Träger | 1 | 7 | 11 | 10 | 10 | 11 |
| - öffentliche Träger | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1065 | 1157 | 1234 | 1303 | 1509 | 1536 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 35 | 80 | 86 | 89 | 116 | 124 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 103 | 59 | 33 | 36 | 38 | 48 |
| **Personal insgesamt** | **1168** | **1401** | **1378** | **1543** | **1688** | **1911** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 173 | 216 | 233 | 257 | 328 | 412 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 44 | 61 | 61 | 56 | 78 | 79 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 347 | 431 | 415 | 437 | 393 | 417 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 9 | 16 | 26 | 37 | 13 | 24 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 118 | 92 | 75 | 78 | 95 | 130 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 58 | 63 | 73 | 82 | 75 | 100 |
| sonstiger Berufsabschluss | 172 | 163 | 139 | 228 | 321 | 404 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 247 | 359 | 356 | 368 | 385 | 345 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **943** | **1107** | **1106** | **1245** | **1451** | **1528** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 148 | 173 | 202 | 228 | 295 | 334 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 40 | 57 | 57 | 51 | 72 | 71 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 225 | 259 | 251 | 270 | 261 | 220 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 3 | 4 | 4 | 13 | . | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 112 | 82 | 67 | 71 | 88 | 120 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 44 | 45 | 61 | 67 | 65 | 84 |
| sonstiger Berufsabschluss | 138 | 144 | 114 | 209 | 281 | 360 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 233 | 343 | 350 | 336 | . | 332 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **225** | **294** | **272** | **298** | **237** | **383** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 25 | 43 | 31 | 29 | 33 | 78 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 122 | 172 | 164 | 167 | 132 | 197 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | 12 | 22 | 24 | . | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 6 | 10 | 8 | 7 | 7 | 10 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 14 | 18 | 12 | 15 | 10 | 16 |
| sonstiger Berufsabschluss | 34 | 19 | 25 | 19 | 40 | 44 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 14 | 16 | 6 | 32 | . | 13 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Bodenseekreis (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **4161** | **4387** | **4370** | **4770** | **4796** | **5254** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1223** | **1350** | **1398** | **1604** | **1453** | **1535** |
| ----- Pflegestufe I | 360 | 452 | 459 | 540 | 531 | 525 |
| ----- Pflegestufe II | 514 | 589 | 620 | 667 | 617 | 629 |
| ----- Pflegestufe III | 264 | 302 | 276 | 345 | 283 | 339 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 85 | 7 | 43 | 52 | 22 | 42 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **950** | **1112** | **1072** | **1072** | **1237** | **1283** |
| ----- Pflegestufe I | 445 | 517 | 520 | 520 | 615 | 605 |
| ----- Pflegestufe II | 375 | 447 | 404 | 429 | 439 | 476 |
| ----- Pflegestufe III | 130 | 148 | 148 | 123 | 183 | 202 |
| Pflegegeldempfänger | **1988** | **1925** | **1900** | **2094** | **2106** | **2436** |
| ----- Pflegestufe I | 1042 | 1014 | 1053 | 1188 | 1175 | 1395 |
| ----- Pflegestufe II | 756 | 714 | 641 | 697 | 702 | 784 |
| ----- Pflegestufe III | 190 | 197 | 206 | 209 | 229 | 257 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **22** | **32** | **32** | **34** | **34** | **34** |
| - private Träger | 5 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 |
| - öffentliche Träger | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 5 |
| - freigemeinnützige Träger | 11 | 10 | 12 | 14 | 13 | 16 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **14** | **22** | **23** | **23** | **24** | **24** |
| - private Träger | 2 | 8 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| - öffentliche Träger | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| - freigemeinnützige Träger | 12 | 14 | 14 | 14 | 14 | 13 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1328 | 1513 | 1511 | 1718 | 1623 | 1650 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 28 | 108 | 34 | 36 | 60 | 57 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 68 | 51 | 47 | 47 | 52 | 53 |
| **Personal insgesamt** | **1442** | **1670** | **1719** | **1921** | **1846** | **1992** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 282 | 337 | 364 | 409 | 439 | 472 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 57 | 89 | 90 | 95 | 106 | 123 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 268 | 328 | 345 | 388 | 344 | 350 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 8 | 22 | 27 | 18 | 21 | 16 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 94 | 135 | 152 | 185 | 133 | 177 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 56 | 72 | 90 | 97 | 90 | 93 |
| sonstiger Berufsabschluss | 306 | 341 | 361 | 336 | 374 | 482 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 371 | 346 | 290 | 393 | 339 | 279 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1122** | **1269** | **1294** | **1483** | **1375** | **1459** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 213 | 263 | 284 | 315 | 333 | 365 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 73 | 76 | 80 | 95 | 104 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 127 | 133 | 148 | 182 | 120 | 127 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 13 | 4 | 9 | 9 | 7 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 80 | 123 | 144 | 176 | 122 | 156 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 42 | 48 | 72 | 68 | 77 | 77 |
| sonstiger Berufsabschluss | 267 | 286 | 295 | 283 | 301 | 371 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 338 | 330 | 271 | 370 | 318 | 252 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **320** | **401** | **425** | **438** | **471** | **533** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 69 | 74 | 80 | 94 | 106 | 107 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 16 | 14 | 15 | 11 | 19 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 141 | 195 | 197 | 206 | 224 | 223 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | . | 9 | 23 | 9 | 12 | 9 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 14 | 12 | 8 | 9 | 11 | 21 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 14 | 24 | 18 | 29 | 13 | 16 |
| sonstiger Berufsabschluss | 39 | 55 | 66 | 53 | 73 | 111 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 33 | 16 | 19 | 23 | 21 | 27 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Ravensburg (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **5600** | **6135** | **6191** | **6707** | **6812** | **7480** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **1853** | **1954** | **2023** | **2087** | **2108** | **2237** |
| ----- Pflegestufe I | 688 | 650 | 718 | 766 | 844 | 867 |
| ----- Pflegestufe II | 752 | 828 | 830 | 893 | 813 | 859 |
| ----- Pflegestufe III | 356 | 405 | 411 | 398 | 405 | 455 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 57 | 71 | 64 | 30 | 46 | 56 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **898** | **1195** | **1278** | **1309** | **1358** | **1550** |
| ----- Pflegestufe I | 414 | 584 | 631 | 642 | 681 | 779 |
| ----- Pflegestufe II | 314 | 435 | 468 | 504 | 506 | 564 |
| ----- Pflegestufe III | 170 | 176 | 179 | 163 | 171 | 207 |
| Pflegegeldempfänger | **2849** | **2986** | **2890** | **3311** | **3346** | **3693** |
| ----- Pflegestufe I | 1552 | 1636 | 1579 | 1859 | 1927 | 2128 |
| ----- Pflegestufe II | 973 | 1024 | 998 | 1107 | 1083 | 1183 |
| ----- Pflegestufe III | 324 | 326 | 313 | 345 | 336 | 382 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **31** | **37** | **38** | **46** | **47** | **51** |
| - private Träger | 7 | 12 | 11 | 13 | 13 | 15 |
| - öffentliche Träger | 6 | 6 | 5 | 4 | 3 | 4 |
| - freigemeinnützige Träger | 18 | 19 | 22 | 29 | 31 | 32 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **18** | **28** | **26** | **27** | **29** | **31** |
| - private Träger | 5 | 15 | 14 | 13 | 15 | 17 |
| - öffentliche Träger | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 13 | 12 | 11 | 13 | 13 | 13 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 1967 | 2114 | 2146 | 2356 | 2395 | 2474 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 66 | 92 | 109 | 107 | 84 | 119 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 50 | 43 | 49 | 48 | 47 | 50 |
| **Personal insgesamt** | **2142** | **2430** | **2481** | **2557** | **2649** | **3087** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 430 | 551 | 562 | 626 | 700 | 868 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 97 | 104 | 127 | 127 | 129 | 148 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 387 | 470 | 478 | 471 | 455 | 498 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 21 | 40 | 29 | 31 | 17 | 22 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 235 | 215 | 177 | 208 | 165 | 206 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 101 | 106 | 119 | 214 | 172 | 201 |
| sonstiger Berufsabschluss | 338 | 387 | 456 | 421 | 614 | 711 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 533 | 557 | 533 | 459 | 397 | 433 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **1801** | **1911** | **1963** | **2031** | **2072** | **2320** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 341 | 414 | 424 | 479 | 518 | 609 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 94 | 99 | 121 | 120 | 119 | 137 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 237 | 239 | 246 | 255 | 216 | 232 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 16 | 11 | 8 | 4 | 5 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 223 | 198 | 160 | 192 | 144 | 178 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 91 | 93 | 103 | 187 | 148 | 153 |
| sonstiger Berufsabschluss | 297 | 331 | 394 | 360 | 539 | 610 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 508 | 521 | 504 | 430 | 384 | 396 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **341** | **519** | **518** | **526** | **577** | **767** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 89 | 137 | 138 | 147 | 182 | 259 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 3 | 5 | 6 | 7 | 10 | 11 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 150 | 231 | 232 | 216 | 239 | 266 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 11 | 24 | 18 | 23 | 13 | 17 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 12 | 17 | 17 | 16 | 21 | 28 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 10 | 13 | 16 | 27 | 24 | 48 |
| sonstiger Berufsabschluss | 41 | 56 | 62 | 61 | 75 | 101 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 25 | 36 | 29 | 29 | 13 | 37 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Pflegestatistik**

| Sigmaringen (LKR) | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pflegebedürftige insgesamt** | **2578** | **2958** | **2707** | **2949** | **2792** | **3295** |
| Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär") | **788** | **790** | **772** | **1030** | **841** | **884** |
| ----- Pflegestufe I | 242 | 223 | 307 | 390 | 278 | 303 |
| ----- Pflegestufe II | 374 | 378 | 307 | 444 | 391 | 368 |
| ----- Pflegestufe III | 148 | 169 | 146 | 180 | 168 | 192 |
| ----- bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet | 24 | 20 | 12 | 16 | 4 | 21 |
| Ambulant versorgte Pflegebedürftige | **452** | **630** | **549** | **458** | **460** | **595** |
| ----- Pflegestufe I | 225 | 323 | 278 | 223 | 226 | 307 |
| ----- Pflegestufe II | 166 | 228 | 219 | 181 | 180 | 193 |
| ----- Pflegestufe III | 61 | 79 | 52 | 54 | 54 | 95 |
| Pflegegeldempfänger | **1338** | **1538** | **1386** | **1461** | **1491** | **1816** |
| ----- Pflegestufe I | 757 | 889 | 829 | 892 | 893 | 1123 |
| ----- Pflegestufe II | 474 | 523 | 448 | 459 | 482 | 551 |
| ----- Pflegestufe III | 107 | 126 | 109 | 110 | 116 | 142 |
| **Anzahl stationäre Pflegeeinrichtungen** | **17** | **18** | **19** | **23** | **21** | **22** |
| - private Träger | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 |
| - öffentliche Träger | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| - freigemeinnützige Träger | 9 | 12 | 13 | 16 | 14 | 16 |
| **Anzahl ambulante Pflegeeinrichtungen** | **9** | **12** | **12** | **10** | **10** | **12** |
| - private Träger | 1 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 |
| - öffentliche Träger | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| - freigemeinnützige Träger | 8 | 8 | 9 | 7 | 6 | 8 |
| **Verfügbare Plätze** | | | | | | |
| Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege | 831 | 810 | 845 | 1055 | 934 | 1007 |
| Verfügbare Plätze für teilstationäre Pflege | 19 | 31 | 32 | 66 | 57 | 71 |
| **Durchschnittliche Patientenzahl pro Pflegedienst** | 50 | 53 | 46 | 46 | 46 | 50 |
| **Personal insgesamt** | **945** | **1051** | **977** | **1099** | **1047** | **1274** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 196 | 199 | 230 | 282 | 282 | 288 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 19 | 48 | 32 | 47 | 45 | 86 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 211 | 219 | 224 | 203 | 182 | 246 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 10 | 10 | 10 | 21 | 13 | 15 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 58 | 54 | 57 | 44 | 57 | 59 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | 32 | 34 | 36 | 74 | 43 | 58 |
| sonstiger Berufsabschluss | 161 | 212 | 175 | 247 | 232 | 292 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 258 | 275 | 213 | 181 | 193 | 230 |
| **Personal in stationären Einrichtungen** | **736** | **791** | **699** | **845** | **790** | **910** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 158 | 162 | 175 | 235 | 222 | 226 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 44 | 26 | . | 39 | 75 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 120 | 92 | 88 | 96 | 88 | 107 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 4 | . | 3 | . | . | 3 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 51 | 45 | 50 | 38 | 48 | 47 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | . | 30 | 67 | . | 48 |
| sonstiger Berufsabschluss | 108 | 145 | 124 | 176 | 164 | 222 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 248 | . | 203 | 176 | 183 | 182 |
| **Personal in ambulanten Einrichtungen** | **209** | **260** | **278** | **254** | **257** | **364** |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 38 | 37 | 55 | 47 | 60 | 62 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | . | 4 | 6 | . | 6 | 11 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in | 91 | 127 | 136 | 107 | 94 | 139 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 6 | . | 7 | . | . | 12 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in<br>Heilerziehungspflegehelfer/in<br>Heilpädagogin, Heilpädagoge<br>Ergotherapeut/in<br>Physiotherapeut/in<br>sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe<br>sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss<br>Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss<br>Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss<br>Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)<br>sonstiger pflegerischer Beruf | 7 | 9 | 7 | 6 | 9 | 12 |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen<br>sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | . | 6 | 7 | . | 10 |
| sonstiger Berufsabschluss | 53 | 67 | 51 | 71 | 68 | 70 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 10 | . | 10 | 5 | 10 | 48 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

**Anhang 4**

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG
IAF – INSTITUT FÜR ANGEWANDTE FORSCHUNG, ENTWICKLUNG UND WEITERBILDUNG

# Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten

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

**Autor(inn)enteam**

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorff
Prof. Dr. Ines Himmelsbach
Prof. Dr. Anne Kellner
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn
Prof. Dr. Burkhard Werner

**Wissenschaftliche Mitarbeiter(innen)**

Thomas Brijoux M.A.
Tobias Eckert M.A.
Maren Kailer B.A.
Jasmin Kiekert M.A.
Lucia Tonello M.A

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

**Karlstraße 63**
**79104 Freiburg**

WWW.KH-FREIBURG.DE

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

2

WWW.KH-FREIBURG.DE

## Inhaltsverzeichnis Seite


**Überblick: Aufbau, Vorgehen, Prämissen** 7

**Kapitel 1 des Gutachtens** 13

1.1 Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg – Entwicklungen und Prognosen 14

1.2 Pflegesettings und Versorgungspräferenzen 32

1.3 Pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen 37

1.4 Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund 42

1.5 Verweildauer in Pflegeeinrichtungen nach Diagnosen 45

1.6 Alternative Pflegewohnformen 48

1.7 Pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich 49

1.8 Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bzw. Pflegepersonen 50

**Kapitel 2 des Gutachtens** 55

2.1 Pflegende Personen in Baden-Württemberg – Rückblick und Ausblick 56

2.2 Pflegende Angehörige in Baden-Württemberg 61

2.3 Retro-und prospektive Personalentwicklungen in der Pflege 65

2.4 Prognosen und Entwicklungen - Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030 80

2.5 Personalmix – Betreuungskräfte im Verhältnis zu Pflegefachkräften 84

2.6 Verweildauer im Pflegeberuf 93

2.7 Die Ausbildungssituation in der Pflege 101

2.8 Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung 105

**Kapitel 3 des Gutachtens** 115

3.1 Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf 116

3.2 Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg 126

**Kapitel 4 des Gutachtens** 141

**Dankesworte** 148

**Verwendete Literatur** 149

**Anhang** 159

## Abbildungen


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

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


5

## Tabellen


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

## Überblick: Aufbau, Vorgehen, Prämissen

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

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

**Kapitel 1:** Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg

**Kapitel 2:** Pflegende in Baden-Württemberg

**Kapitel 3:** Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

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

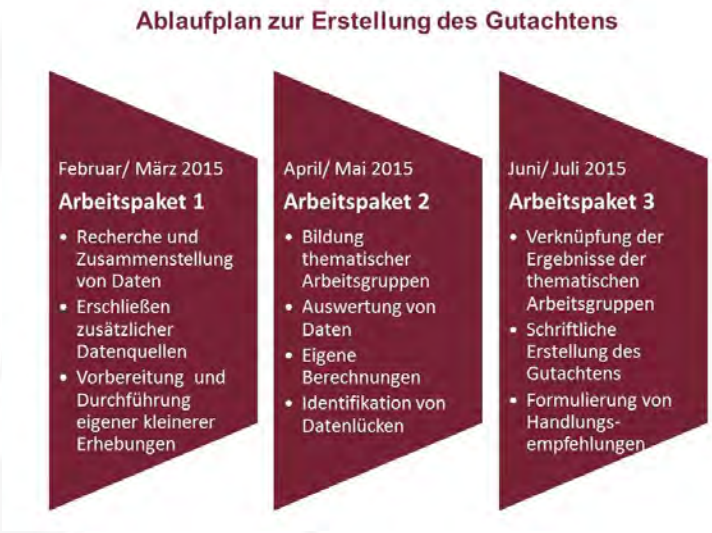



Abbildung 1: Inhaltliche Vorgehensweise zur Erstellung des Gutachtens

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

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

**Verwendete Datenquellen:**


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

- Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. http://www.fiwi1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf, [Stand: 27.06.15].
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Onlinebefragung von Expert(inn)en in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Onlinebefragung der Pflegeschulen in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Schriftliche und telefonische Expert(inn)enbefragung in den Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Online-Erhebung zur Entwicklung der Geriatrischen Rehabilitation aus Sicht der ärztlichen Leitungen.
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Befragung der Heimaufsichten in Baden-Württemberg
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de
- Kiekert, Jasmin/ Schirilla, Nausikaa (2013): Projekt: Pflege und Migration. Mittel-und Osteuropäische Haushaltshilfen 2011-2013 im Masterstudiengang Dienstleistungsentwicklung. Unveröffentlichtes Dokument. Katholische Hochschule: Freiburg
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Baden-Württemberg (2015): Anonymisierter Datensatz aus der Begutachtung von Versicherten in Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Stellungnahme an die Enquete-Kommission zur Situation in der Pflege in Baden-Württemberg.
- Neuhaus, A./ Isfort, M./ Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de.
- Next.uni-wuppertal.de; Eingesehen unter: http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php? [Stand:24.4.2015].
- Ostwald, Dennis A.; Ehrhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald und Friedl, Corinna (2010) (Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf [Stand: 21.04.2015]
- Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an der Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies - Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 35/2010

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




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

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

Wanderungsbewegungen. Es handelt sich um die aktuellste verfügbare und offizielle Prognose für das Bundesland Baden-Württemberg (vgl. Statistisches Landesamt BW, 2014).

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

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

12

WWW.KH-FREIBURG.DE

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

## Kapitel 1 des Gutachtens

13

# Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg

WWW.KH-FREIBURG.DE

## 1.1 Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg – Entwicklungen und Prognosen

**Frage 1.1 der Enquete-Kommission**
Wie hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?
Differenziert nach:

- Familienstand
- Anzahl der Kinder
- Herkunft
- Milieu

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



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

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

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

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

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

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

15

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

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

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

**Die unter 20jährigen**

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

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

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

**Die 20 bis 59jährigen**

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



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

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

**Die 60 bis 79jährigen**

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

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

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

**Die ab 80jährigen**

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

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



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

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

schrumpfender Gesamtbevölkerung stark ansteigende Quoten für höhere Altersgruppen aufweisen.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

20

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

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

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

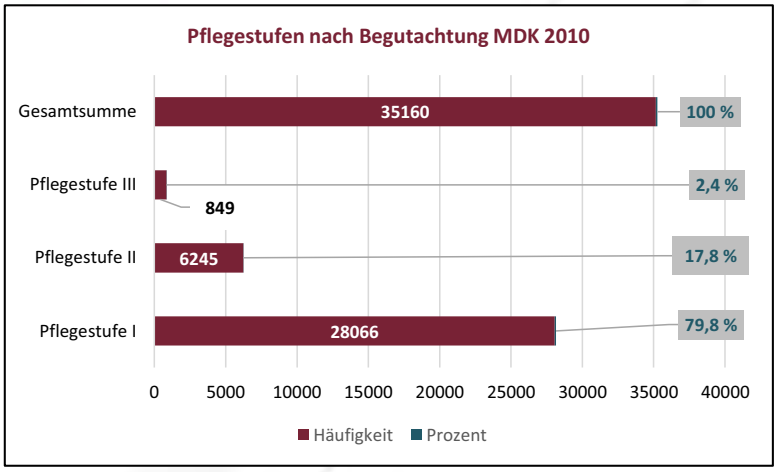



Abb.2: Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2010

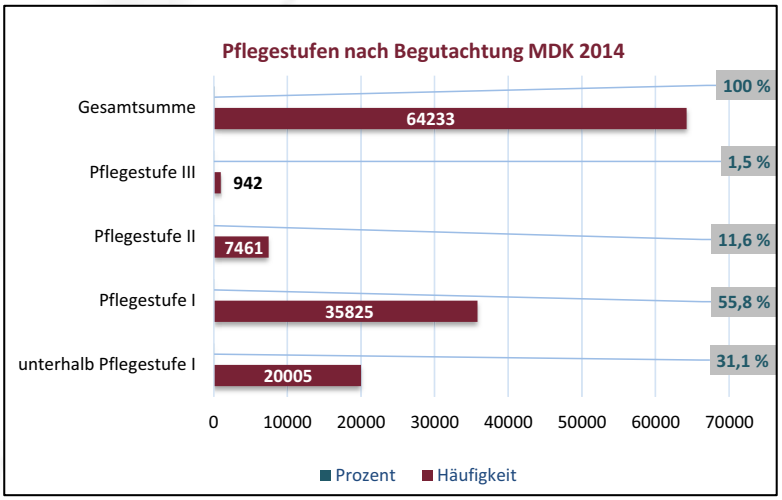



Abb. 3: Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2014

21

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

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

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

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

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



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

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

| | 2001* | 2003* | 2005* | 2007* | 2009* | 2011* | 2013* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Anzahl Pflegebedürftige** | 210724 | 224184 | 225367 | 236998 | 246038 | 278295 | 298769 |
| **Pflegequote** | 2,0% | 2,1% | 2,1% | 2,2% | 2,3% | 2,6% | 2,8% |
| | | | | | | | *Jeweils Stichtag 15.12 |

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

Sie lassen sich folgendermaßen skizzieren:

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

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

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

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

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

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

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

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

Die drei in dieses Szenario eingehenden Berechnungsvoraussetzungen sind:

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

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

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

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

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

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



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

**Vergleichende Diskussion der beiden dargestellten Prognosen**

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

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

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



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

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

**Zusammenfassung der Ergebnisse**

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

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

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



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

## 1.2 Pflegesettings und Versorgungspräferenzen

**Frage 1.2 der Enquete-Kommission**
Wie verteilt sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf die Bereiche der häuslichen Pflege, der Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Pflege in voll- und teilstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg seit 1995 und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:
- privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern
- städtische und ländliche Regionen

Wie sind die Versorgungspräferenzen nach Gemeindetypen und Settings zu prognostizieren?

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



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

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

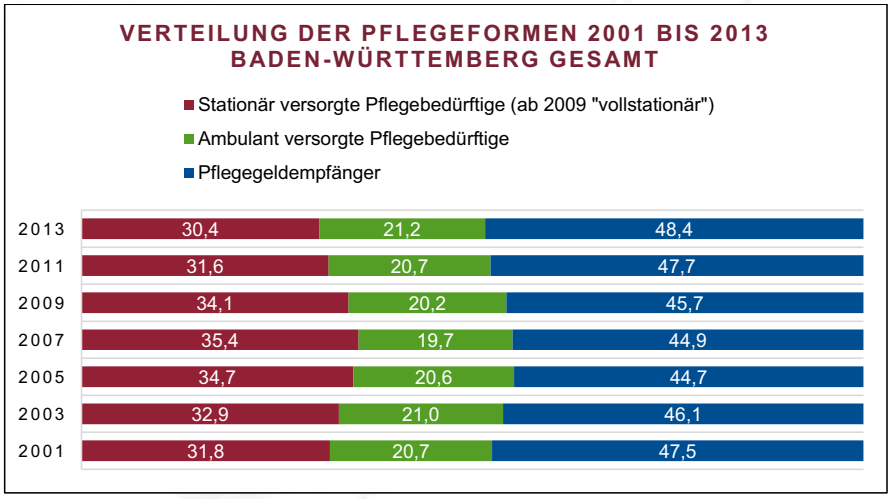



Abb. 4: Verteilung der Pflegeformen in Baden-Württemberg 2001-2013 – eigene Berechnungen

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

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



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

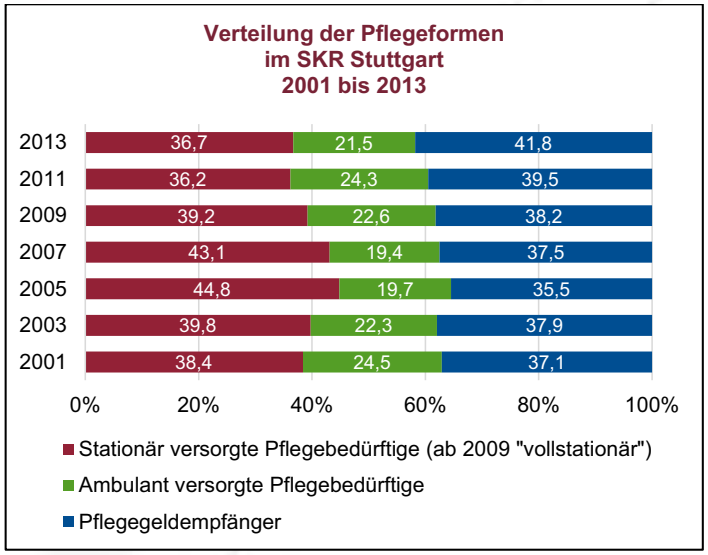



Abb. 5: Verteilung der Pflegeformen im SKR Stuttgart 2001-2013 – eigene Berechnungen

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

34

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

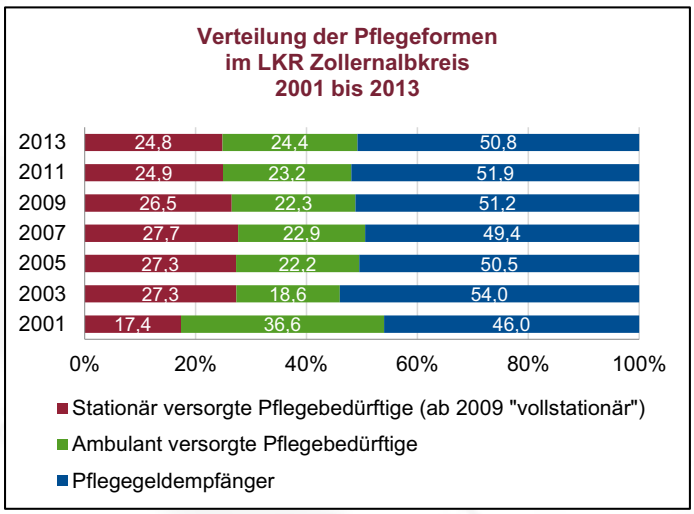



Abb. 6: Verteilung der Pflegeformen im LKR Zollernalbkreis 2001-2013 – eigene Berechnungen

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

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

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

**Baden-Württemberg gesamt**

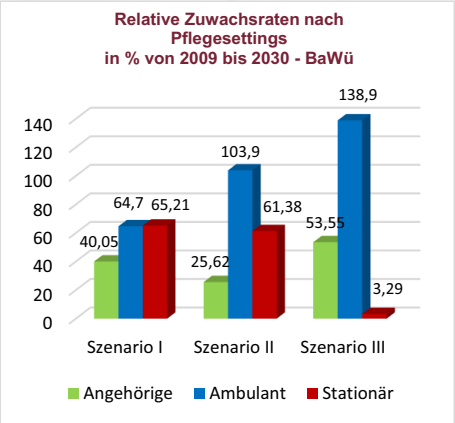



*Abbildung 7: Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 in Baden-Württemberg. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann Stiftung Pflegeprognose 2030*

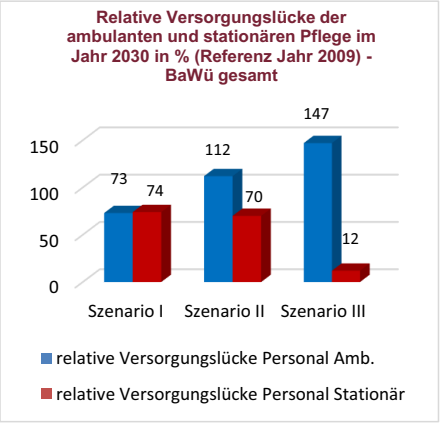



*Abbildung 8: Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenzjahr 2009) Baden-Württemberg gesamt. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann*

35

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

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

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

**Infrastrukturelle Bedingungen in der Pflege in Baden-Württemberg**

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

- **Einrichtungen der stationären Pflege**



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

- **Ambulante Pflegeeinrichtungen**

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

- **Tagespflege**

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

- **Kurzzeitpflege**

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

## 1.3 Pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen

**Frage 1.3 der Enquete-Kommission**
Wie hat sich die Zahl hochbetagter, chronisch kranker, multimorbider, dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger in Baden-Württemberg jeweils seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:
- Frauen- und Männeranteil

Jeweils unter Berücksichtigung der Regionalität

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

**Prävalenz der Demenz und Prognose der Entwicklung bis 2030**



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

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

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

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

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



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

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

| Altersgruppe | Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%) | | | Geschätzte Krankenzahl in Deutschland Ende des Jahres 2010 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männer | Frauen | Insgesamt | Männer | Frauen | Insgesamt |
| 65-69 | 1,8 | 1,4 | 1,6 | 38.000 | 32.000 | 70.000 |
| 70-74 | 3,2 | 3,7 | 3,5 | 73.000 | 97.500 | 170.500 |
| 75-79 | 7,0 | 7,7 | 7,4 | 98.000 | 141.500 | 239.500 |
| 80-84 | 14,5 | 16,4 | 15,7 | 129.000 | 240.500 | 369.500 |
| 85-89 | 20,9 | 28,5 | 26,4 | 78.500 | 279.000 | 357.500 |
| 90 und älter | 29,6 | 45,1 | 41,1 | 45.500 | 198.500 | 244.000 |
| 65 und älter | 6,4 | 10,3 | 8,6 | 462.000 | 989.000 | 1.451.000 |

Tabelle 5: Alters- und geschlechtsspezifische Demenz-Prävalenzraten der EuroCoDe (2009) und Hochrechnung auf eine geschätzte Krankenzahl in Deutschland
Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012), S. 1

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

- Wahrung der eigenen Identität,
- relativer Selbständigkeit,

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

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

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

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

## 1.4 Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund

**Frage 1.4 der Enquete-Kommission**
Wie hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?
Differenziert nach:

- Alter
- Geschlecht
- Kultur

Jeweils unter Berücksichtigung der Regionalität

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



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

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

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

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

43

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

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

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

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

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



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

## 1.5 Verweildauer in Pflegeeinrichtungen nach Diagnosen

**Fragen 1.5 der Enquete-Kommission**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

Abbildung 9: Sterbeorte in Deutschland, 1995, 2000, 2008
Quellen: Ochsmann et al. 1997: 3; Jaspers, Schindler 2004: 460; Gronemeyer 2008: 68 ff.; eigene Darstellung

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

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

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



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

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

## 1.6 Alternative Pflegewohnformen

**Frage 1.6 der Enquete-Kommission**

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

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



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

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

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

## 1.7 Pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich

**Frage 1.7 der Enquete-Kommission**
Wie hat sich die Zahl der Personen, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?
Differenziert nach:

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

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

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



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

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

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

## 1.8 Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bzw. Pflegepersonen

**Frage 1.8 der Enquete-Kommission**
Welche Beratungsangebote gibt es derzeit für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen?

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

**Beratung in Beratungsstellen für ältere Menschen:**

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

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



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

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

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

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

52

Tabelle 6: Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen

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

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

- **Beratung durch die Pflegestützpunkte**

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

- **Beratung durch die Pflegekassen**

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

- **Beratung durch ambulante Pflegedienste**

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

- **Beratung durch bundesweit aktive Organisationen**

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

- **Beratung durch die Wohlfahrtsverbände**

Die Wohlfahrtsverbände bieten Pflegebedürftigen und deren Pflegenden sowohl telefonisch als auch online Beratung an (vgl. z.B. AWO).

- **Beratung im Kontext von informellen Hilfeformen:**

Außerhalb von professionellen Kontexten findet auch im Rahmen informeller Hilfeformen wie z.B. der Hilfe unter Nachbarn Information im Umfeld von Beratung statt.

Weitere Links zur Beratung sind:

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.: Online-Pflege- und Seniorenberatung. https://www.awo-pflegeberatung-online.de/

BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen). http://www.bagso.de/pflege/pflegeberatung/pflegeberatung.html

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.. https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/alzheimer-gesellschaften-und-anlaufstellen.html

Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V.. http://www.bw-pflegestuetzpunkt.de/cms/index.php?article_id=1



***Beratung ist mittlerweile eher ein schillernder Begriff geworden und wird vielfältig gebraucht.***
***Zugehende Formen der Beratung, die im Pflegekontext vielfach notwendig sind, um allein und zurückgezogen lebende pflegebedürftige Menschen erreichen zu können, scheitern oft an den finanziellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten***

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

54

WWW.KH-FREIBURG.DE

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

## Kapitel 2 des Gutachtens

55

# Pflegende in Baden-Württemberg

WWW.KH-FREIBURG.DE

## 2.1 Pflegende Personen in Baden-Württemberg – Rückblick und Ausblick

**Frage 2.1 der Enquete-Kommission**
Wie hat sich die Zahl der pflegenden Menschen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?
Unterteilt nach:

- Familienangehörige
- Nachbarn
- ehrenamtlich tätige Personen
- hauptberuflich tätige Personen im ambulanten Bereich
- hauptberuflich tätige Personen im voll- und teilstationären Bereich

Weitere Differenzierungen nach:

- Alter
- Geschlecht
- Kultur
- Regionalität (Kreis-, Gemeindeebene)
- Voll- und Teilzeitbeschäftigung
- Praktikanten und Auszubildende
- Freiwilliges soziales Jahr
- (früherer) Zivildienst, Bundesfreiwilligendienst
- Tätigkeitsbereich (Leitung, Grundpflege, Hauswirtschaft, zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI))

Soweit sich dieser Fragekomplex auf die Beschäftigten in der Pflege bezieht, hat er deutliche Überschneidungen mit den Gliederungspunkten 2.3. und 2.4. Zur Bearbeitung dieser beiden Fragen der Enquete-Kommission wurde auf umfangreiches Quellen- und Datenmaterial zurückgegriffen, um daraus entsprechende Grafiken erstellen, die sehr klar die Entwicklung in der professionellen Pflege visualisieren, gegliedert nach Berufs- und Qualifikationsgruppen in den verschiedenen Pflegesetting (ambulant, stationär, Krankenhaus).

In der generellen Beantwortung der Frage, wer in Baden-Württemberg pflegt, zeigt sich inzwischen eine breite Ausdifferenzierung und es bilden sich deutliche Unterschiede in Bezug auf regionale Strukturen und auf die verschiedenen Einrichtungstypen und Settings ab. Unter Bezugnahme auf Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, die die Entwicklung von 2001 (erste systematische Datenerfassung im Land) und 2013 (aktuellste Daten) aufzeigen, kann für das Land Baden-Württemberg insgesamt konstatiert werden, dass der Beruf der/ des staatlich anerkannten Altenpfleger(in) die größte Gruppe der professionell Pflegenden stellt. Hier hat es im Zeitraum zwischen 2001 bis 2013 eine Verdoppelung gegeben, von 14.771 auf 29.464 examinierte Pflegekräfte. Die zweitgrößte Gruppe, mit einer Zahl von 27.266 Personen, sind diejenigen mit „anderen Berufs-abschlüssen“. Leider differenziert die Personalstatistik an dieser Stelle nicht weiter aus, obwohl es auch hier im genannten Zeitraum eine Zunahme von rund 74% gibt von 15.668 im

Jahr 2001 auf 27.266. Hier zeigt sich also eine deutliche Datenlücke, die einfach zu schließen wäre, auf die Situation der Pflege im Land aber wichtige Rückschlüsse erlauben würde. Damit verbunden besteht auch ein klares Forschungsdesiderat. Für die Sicherung der Pflege in der Zukunft sind die Motive und Hintergründe dieser Personen, die oft Quereinsteiger sind, nicht uninteressant, auch um sie über sinnvolle und ihnen angepasste Qualifizierungen längerfristig in der Pflege zu halten.

Mit 26.412 Personen ebenfalls sehr hoch ist die Anzahl der Auszubildenden und Schüler-(innen) in der Pflege. Wie viele von ihnen wie lange im Beruf bleiben werden, bestimmt die Zukunft der Pflege im Land ebenfalls entscheidend mit. Dazu enthält dieses Gutachten Ausführungen unter 2.7 und 2.8. Erst an vierter Stelle der Pflegepersonalstatistik stehen Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) mit einem Zuwachs von 36,7% im Jahr 2001 auf aktuell 19.019 Fach-kräfte. Wie bunt der Personalmix in der Pflege mittlerweile ist, zeigt die lange Liste der Berufe im sozial(-pflegerisch)en und therapeutischen Bereich, die aber ebenfalls nicht differenziert aufgeführt werden. Insgesamt sind über 8.000 Personen in dieser Facette des Personals ausgewiesen, mit einem Zuwachs von rund 38% in den letzten 13 Jahren. Vor allem auch auf der Qualifikationsstufe der Altenpflegehelfer(innen), die seit 1995 in Baden-Württemberg zunächst als Schulversuchsmodell lief und schon seit Ende der 90-er Jahre eine eigene Ausbildungsordnung und die staatliche Anerkennung hat, gab es erhebliche Zuwächse - von 2.179 im Jahr 2001 auf 5739 in 2013.

| Land Baden-Württemberg | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 | 15.12.2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Personal insgesamt | 77764 | 88603 | 92548 | 97789 | 105998 | 115530 | 122420 |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 14771 | 17910 | 19936 | 22625 | 24741 | 27440 | 29464 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 2179 | 2593 | 2665 | 3174 | 3802 | 4818 | 5739 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenp | 13907 | 16951 | 17878 | 18579 | 18209 | 18734 | 19019 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 826 | 1088 | 1122 | 1249 | 1145 | 1204 | 1224 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | 5849 | 5909 | 5653 | 5881 | 6162 | 8116 | 8079 |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | | | | | | | |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | | | | | | | |
| Ergotherapeut/in | | | | | | | |
| Physiotherapeut/in | | | | | | | |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlic | | | | | | | |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beru | | | | | | | |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausb | | | | | | | |
| sonstiger pflegerischer Beruf | | | | | | | |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 3074 | 3595 | 3657 | 5349 | 4549 | 4791 | 5217 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | | | | | | |
| sonstiger Berufsabschluss | 15668 | 17604 | 18673 | 20102 | 23549 | 26424 | 27266 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 21490 | 22953 | 22964 | 20830 | 23841 | 24003 | 26412 |

Tabelle 7: Pflegepersonal in Baden-Württemberg gesamt – nach Daten Statistisches Landesamt 2014

57

Auch vor dem Hintergrund neuer Konzepte im stationären Bereich der Altenpflege, neuer Wohngruppenmodelle und dem langen Verbleib pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Bereich, steigt die Zahl der Personen im hauswirtschaftlichen Bereich im genannten Zeitraum ebenfalls deutlich an, von 3. 074 auf 5.217 Personen ist das ein Zuwachs von knapp 70%.

| Land Baden-Württemberg | 15.12.2001 | 15.12.2003 | 15.12.2005 | 15.12.2007 | 15.12.2009 | 15.12.2011 | 15.12.2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Personal in stationären Einrichtungen | 57742 | 65411 | 69097 | 73418 | 80824 | 86635 | 90597 |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 11295 | 13672 | 15614 | 17621 | 19231 | 20539 | 21909 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 1863 | 2161 | 2274 | 2726 | 3308 | 4043 | 4813 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenp | 6621 | 7720 | 8254 | 8763 | 8290 | 8211 | 8419 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 288 | 379 | 356 | 426 | 396 | 398 | 410 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | | | | | | | |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | | | | | | | |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | | | | | | | |
| Ergotherapeut/in | | | | | | | |
| Physiotherapeut/in | | | | | | | |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlic | 5006 | 5053 | 4891 | 5117 | 5424 | 7104 | 6768 |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beru | | | | | | | |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausb | | | | | | | |
| sonstiger pflegerischer Beruf | | | | | | | |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 2342 | 2745 | 2870 | 4159 | 3745 | 3854 | 4234 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | | | | | | |
| sonstiger Berufsabschluss | 11673 | 13027 | 14146 | 15688 | 18669 | 20534 | 20720 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 18654 | 20654 | 20692 | 18918 | 21761 | 21952 | 23324 |
| Personal in ambulanten Einrichtungen | 20022 | 23192 | 23451 | 24371 | 25174 | 28895 | 31823 |
| staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in | 3476 | 4238 | 4322 | 5004 | 5510 | 6901 | 7555 |
| staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in | 316 | 432 | 391 | 448 | 494 | 775 | 926 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenp | 7286 | 9231 | 9624 | 9816 | 9919 | 10523 | 10600 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 538 | 709 | 766 | 823 | 749 | 806 | 814 |
| Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in | | | | | | | |
| Heilerziehungspflegehelfer/in | | | | | | | |
| Heilpädagogin, Heilpädagoge | | | | | | | |
| Ergotherapeut/in | | | | | | | |
| Physiotherapeut/in | | | | | | | |
| sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlic | 843 | 856 | 762 | 764 | 738 | 1012 | 1311 |
| sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beru | | | | | | | |
| Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss | | | | | | | |
| Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausb | | | | | | | |
| sonstiger pflegerischer Beruf | | | | | | | |
| Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen | 732 | 850 | 787 | 1190 | 804 | 937 | 983 |
| sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss | | | | | | | |
| sonstiger Berufsabschluss | 3995 | 4577 | 4527 | 4414 | 4880 | 5890 | 6546 |
| ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung | 2836 | 2299 | 2272 | 1912 | 2080 | 2051 | 3088 |

Tabelle 8: Pflegepersonal in stationären und ambulanten Einrichtungen

In der Gegenüberstellung der Personalzahlen für den stationären und den ambulanten Bereich der Pflege bilden sich die unterschiedlichen Bedarfe und Entwicklungen im gesetzlichen Bereich ganz offenkundig ab. Während die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpfleger(innen( im ambulanten Bereich deutlich höher ist, sind hauswirtschaftliche Abschlüsse, aber auch Personen in der Ausbildung bzw. ohne Berufsabschluss und mit anderen Abschlüssen in der stationären Pflege stärker vertreten.

Ein deutliches Forschungsdesiderat besteht im Hinblick auf die Frage, welche Tätigkeiten von welchen Personengruppen ausgeführt werden. Es gibt zwar gesetzliche Vorgaben, die in Verbindung mit der Fachkraftquote diesen bestimmte Tätigkeiten zuordnen, aber einen genauen Überblick über das Ausmaß der Tätigkeiten, die an Pflegehelfer(innen) und andere Personengruppen delegiert werden oder zu deren originärem Aufgabenfeld gehören, gibt es für Baden-Württemberg bisher nicht.

Zur Nachbarschaftspflege und zu informellen Unterstützungsnetzwerken sind ebenfalls keine Landesdaten verfügbar. Erste Ergebnisse, zum Beispiel aus der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005), weisen darauf hin, dass Nachbarschaftspflege und die Unterstützung im Sozialraum seit Mitte der 90-er Jahre zugenommen haben. Belastbare Zahlen gibt es dazu aber noch nicht. Auch hier besteht ein klares Forschungsdesiderat.

In Bezug auf den Bundesfreiwilligendienst, der ja in der Pflege an die Stelle der nicht mehr verfügbaren Zivildienstleistenden treten sollten, sieht es ähnlich aus.

| Bundesland | Jan. | Feb. | Mrz. | Apr. | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Dez. | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Baden-Württemberg | 5.669 | 5.697 | 5.436 | 5.180 | 5.027 | 4.861 | 4.633 | 4.128 | 4.577 | 4.607 | 4.711 | 4.750 | **4.940** |
| Bayern | 3.701 | 3.740 | 3.566 | 3.335 | 3.208 | 3.081 | 2.896 | 2.566 | 2.617 | 2.935 | 3.293 | 3.371 | **3.192** |
| Berlin | 1.768 | 1.754 | 1.684 | 1.581 | 1.531 | 1.499 | 1.419 | 1.255 | 1.253 | 1.295 | 1.383 | 1.379 | **1.483** |
| Brandenburg | 2.608 | 2.593 | 2.503 | 2.459 | 2.400 | 2.375 | 2.375 | 2.201 | 2.024 | 1.811 | 1.727 | 1.677 | **2.229** |
| Bremen | 363 | 356 | 343 | 322 | 314 | 300 | 299 | 218 | 301 | 313 | 312 | 319 | **313** |
| Hamburg | 974 | 960 | 930 | 872 | 839 | 814 | 767 | 639 | 769 | 769 | 797 | 801 | **828** |
| Hessen | 2.103 | 2.099 | 2.016 | 1.925 | 1.878 | 1.804 | 1.732 | 1.513 | 1.677 | 1.758 | 1.835 | 1.838 | **1.848** |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1.968 | 1.972 | 1.907 | 1.888 | 1.876 | 1.829 | 1.845 | 1.681 | 1.640 | 1.427 | 1.446 | 1.408 | **1.741** |
| Niedersachsen | 3.889 | 3.858 | 3.734 | 3.610 | 3.535 | 3.451 | 3.246 | 2.340 | 3.207 | 3.442 | 3.632 | 3.707 | **3.471** |
| NRW | 10.302 | 10.113 | 9.628 | 9.066 | 8.789 | 8.455 | 7.954 | 6.857 | 6.451 | 7.445 | 8.748 | 8.839 | **8.554** |
| Rheinland-Pfalz | 1.308 | 1.304 | 1.266 | 1.210 | 1.169 | 1.155 | 1.099 | 968 | 960 | 967 | 1.034 | 1.110 | **1.129** |
| Saarland | 420 | 420 | 401 | 379 | 365 | 351 | 331 | 267 | 394 | 392 | 410 | 423 | **379** |
| Sachsen | 6.117 | 6.102 | 5.781 | 5.585 | 5.479 | 5.424 | 5.382 | 5.043 | 4.587 | 4.197 | 4.073 | 3.884 | **5.138** |
| Sachsen-Anhalt | 3.277 | 3.261 | 3.130 | 3.124 | 3.085 | 3.119 | 3.130 | 2.907 | 2.543 | 2.345 | 2.370 | 2.302 | **2.883** |
| Schleswig-Holstein | 1.433 | 1.413 | 1.381 | 1.323 | 1.286 | 1.249 | 1.190 | 991 | 1.180 | 1.226 | 1.271 | 1.291 | **1.270** |
| Thüringen | 3.363 | 3.354 | 3.246 | 3.201 | 3.176 | 3.145 | 3.158 | 2.946 | 2.678 | 2.441 | 2.355 | 2.263 | **2.944** |

Tabelle 9: Bundesfreiwilligendienst-Zahlen 2014; - Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben

Zwar zeigt sich in der vorhergehenden Tabelle des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, dass Baden-Württemberg hinsichtlich der Beteiligungszahlen am Bundesfreiwilligendienst einen Spitzenplatz einnimmt, nach Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Aber Zahlen, die Auskünfte über die Tätigkeiten und Einsatzorte im Land geben könnten, sind ebenfalls nicht verfügbar.

Für eine Zukunftsvision, in der Pflege wieder stärker zur gemeinschaftlichen Aufgabe wird, eingebettet in Sozialraum und Kommune, wird es künftig darum gehen, diese Fragen eines gestalteten Hilfe- und Pflegemix stärker in den Blick zu nehmen. Dazu muss auch aussagekräftiges Zahlen- und Datenmaterial erstellt werden. Das muss die Aufgabe der Landesministerien und –behörden werden.

Es gibt im Land Baden-Württemberg zwar bislang schon eine Reihe modellhafter Ansätze wie die Landesprojekte BELA und BEST, die Bürgerengagement im Feld der Pflege gezielt fördern und es gibt Landesmodellprojekte wie „Pflegemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“, in deren Rahmen Modellkommunen begleitet werden, sich auf den Weg in die Zukunft zu machen (Kricheldorff et. al 2015). Solche Ansätze dürfen aber nicht auf der Modellebene stehen bleiben – sie müssen in der strukturellen Regelversorgung von Kommunen, Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg stärker verankert werden.

## 2.2 Pflegende Angehörige in Baden-Württemberg

**Fragen 2.2 der Enquete-Kommission**
Wie alt sind die Personen, die in Baden-Württemberg im häuslichen Bereich Angehörige pflegen, im Durchschnitt derzeit? wie hoch ist dabei der Anteil von Frauen bzw. Männern und über wie viele Monate bzw. Jahre pflegen diese Personen Angehörige durchschnittlich?

- Mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Die aktuelle Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2015) zeigt auf, dass von den 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die im Jahr 2013 Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, 71% (1,86 Millionen) zu Hause gepflegt wurden, ca. zwei Drittel davon (1,25 Millionen) nur durch Angehörige, ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 pflegebedürftigen Menschen auszugehen (vgl. 1.1 und 1.2). Hier liegt der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen mit 70% knapp niedriger als im Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken (vgl. Zahlen 2011) ergeben sich rechnerisch aktuell rund 218.000 pflegebedürftige Menschen, die in Baden-Württemberg nur durch Angehörige gepflegt werden. Ausgehend von den Zahlen des MDK Baden-Württemberg, nach denen, bezogen auf das Jahr 2014, im Durchschnitt des Landes die durchschnittliche Beteiligung von 1,33 informellen Pflegepersonen ausgewiesen wird, ergeben sich knapp 300.000 pflegende Angehörige, nur für den Bereich der Leistungsempfänger nach SGB XI. Wird das Spektrum aber erweitert auf alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK - und hier gehen Experteneinschätzungen von einer Verdoppelung aus, genaue Zahlen sind nicht verfügbar – ist für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.



Aus der Begutachtungspraxis des MDK ist bekannt, dass in die relevanten Statistiken aber keineswegs alle am häuslichen Pflegeprozess beteiligten Personen einfließen. Das informelle Pflegepotenzial ist also bei weitem höher einzuschätzen. Werden die Zahlen zugrunde gelegt, die in der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005) angegeben werden, nach denen im Schnitt 2,6 Personen im häuslichen Bereich an der Pflege beteiligt sind, könnten sich für Baden-Württemberg auch bis zu 1,5 Millionen pflegende Angehörige und nahe stehende Personen ergeben. Allerdings ist zu beachten, dass diese Zahlen bereits 10 Jahre alt sind und dass in die häuslichen Pflegesettings auch professionell pflegende Personen eingerechnet werden, wie zum Beispiel mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (vgl. 2.5) deren Zahl in Baden-Württemberg auf ca. 13.000 Personen hochgerechnet wurde. Wirklich verlässliche Angaben ergeben sich nur aus der offiziellen Pflegestatistik, also für die Leistungsempfänger nach SGB XI – für den Bereich im Vorfeld davon gibt es kein relevantes Zahlen- und Datenmaterial. Hier offenbart sich also eine wirkliche Datenlücke, die es schwer macht, sichere Prognosen zu erstellen.

Geburtenstarke Jahrgänge garantieren in den nächsten 10-12 Jahren noch immer ein relativ hohes Maß an Pflege und Unterstützung im familiären Bereich, spätestens ab 2025 werden

spürbare Veränderungen erwartet. Schon heute gibt es eine wachsende Zahl alleinlebender Menschen – die MDK-Daten (siehe Tabelle im Anhang) weisen für Baden-Württemberg, je nach Stadt und Landkreis sehr unterschiedlich, bis zu 51% allein lebend Leistungsbezieher nach SBG XI aus. Hier zeigt sich ein wachsendes neues Phänomen, auf das nur durch differenzierte Pflegesettings, im Sinne eines neuen Pflegemix, reagiert werden kann.

Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich nach wie vor von Frauen geleistet. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichtet ganz darauf. Die folgende Abbildung des Statistischen Bundesamts zeigt deutlich, dass trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (vgl. Pflegezeitgesetz 2008 und 2015) die Zahl der Personen, die die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch ist. Das aktuell von der Volkswagenstiftung geförderte Projekt „carers@work - zwischen Beruf und Pflege“ kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Gefordert werden noch bessere Formen der Unterstützung, wie Ausbau der Tagespflege, gesetzlich geregelte Flexibilisierungen der Arbeitszeit und familienentlastende Dienste, die bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

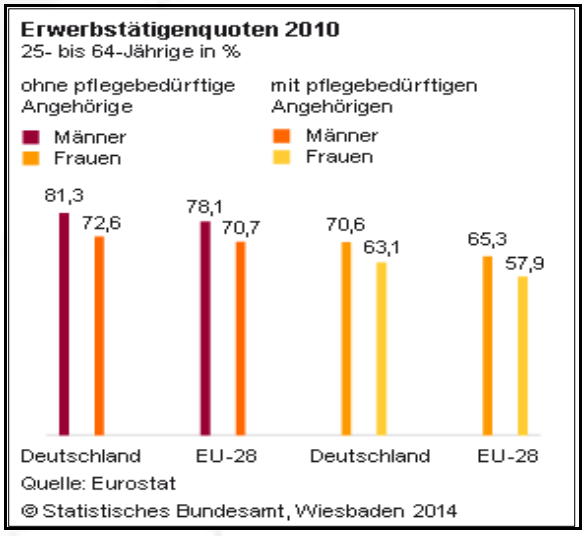



Abbildung 10: Erwerbstätigenquoten 2010 –
Männer und Frauen mit und ohne pflegebedürftige Angehörige

62

Im Jahr 2010 waren demzufolge in Deutschland rund 63% der weiblichen und rund 70% der männlichen pflegenden Angehörigen zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne pflegebedürftige Angehörige lag zwischen rund 9 und 11 Prozentpunkte höher.

Weitere Befunde zur Situation pflegender Angehöriger zeigen deutlich, dass die Pflegesituation, je länger sie andauert, Auswirkungen zeigt, die sowohl soziale Beziehungen, als auch die psychische und physische Gesundheit pflegender Angehöriger betreffen (Pinquart & Sörensen 2003). Sowohl die Symptome des Gepflegten (z.B. spezielle

Verhaltensauffälligkeiten), als auch das Ausmaß der zu leistenden Hilfe tragen zu einem Erleben starker Belastung bei, die sich nicht selten in eigener Erkrankung der pflegenden Angehörigen niederschlägt. Hauptdiagnosen sind dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Depression und auch Suchterkrankungen (vor allem durch den Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln). Nach einer Studie der Siemens Betriebskrankenkasse 2014 liegt die Zahl der entsprechenden Diagnosen bei pflegenden und ehemals pflegenden Angehörigen um bis zu 51 % höher, die gesamten Leistungsausgaben werden mit 18% über dem Durchschnitt angegeben.

Diese Zahlen sind umso besser vor dem Hintergrund zu verstehen, dass es vor allem alte und 2älter werdende Menschen sind, die die Verantwortung für alte und sehr alte Menschen tragen.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009, S. 194). Beschreibt man häusliche Hilfe- und Pflegearrangements nach der Art des jeweils gewählten Pflegemix aus privater, bürgerschaftlich getragener und professioneller Unterstützung, zeigt sich nach Ergebnissen der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005) folgendes Bild:

Insgesamt werden 91 % der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Menschen von eigenen Angehörigen und Mitgliedern des privaten Netzwerks versorgt. Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist in der Regel die Ehepartnerin bzw. der Ehepartner die Hauptpflege-person, bei verwitweten Personen sind es die eigenen Kinder und bei jüngeren Pflegebedürftigen ein Elternteil, das die Verantwortung für die Versorgung trägt. Hinzu kommen weitere 9 %, die neben der privat getragenen Hilfe und Pflege zusätzliches Unterstützungspotenzial in die häuslichen Pflegesettings einbringen. Das sind Nachbarn und freiwillige engagierte Menschen.



Angesichts der weiteren Ausführungen im Rahmen dieses Gutachtens (vgl. 1.1 und 1.2 sowie 2.4 und 2.5) wird auch an dieser Stelle ein dringender Handlungsbedarf offenkundig. Wenn nämlich die wachsenden Herausforderungen im Kontext von Pflegebedürftigkeit nicht zu einer dauerhaften Überforderung von Familien und damit in der näheren Zukunft zu deren weitgehendem Rückzug aus der Pflege führen sollen, muss ein größeres Augenmerk darauf gerichtet werden, wie Pflege auf mehrere Schultern verteilt werden kann und welche Rolle neue Pflegesettings dabei spielen können. Es geht in diesem Kontext vor allem um die Nutzung unterschiedlicher Ressourcen im familiären Umfeld sowie im Bereich der vielfältigen und sich immer mehr ausdifferenzierenden Unterstützungs- und Entlastungangebote im formellen und informellen Bereich. Diese müssen zu einem individuellen Pflegemix zusammengestellt werden, der die persönlichen Konstellationen berücksichtigt, auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist und so eine gelingende Pflege im familiären Umfeld auch weiterhin ermöglicht (Bubolz-Lutz & Kricheldorff 2006).

Dabei spielt auch das Engagement qualifizierter Freiwilliger eine wichtige Rolle (vgl. Bubolz-Lutz & Kricheldorff 2011 und Kricheldorff 2010 und 2009 sowie die Landesprojekte, aktuell das Programm BEST). Gerade in der Zusammenarbeit von Freiwilligen und Professionellen aus Pflege, Betreuung und auch aus dem hauswirtschaftlichen Bereich (vor allem in den

ambulanten Wohngruppen) liegen Herausforderungen und Chancen gleichermaßen. Diese gilt es künftig stärker zu thematisieren und in Bezug auf ihre Schnittstellen zu bearbeiten.

Zu den im privaten Bereich pflegenden Personen gibt es bislang keine regelmäßigen Erhebungen, außer den gesicherten Zahlen über die Einsätze ambulanter Pflegedienste. Ihre genaue Anzahl und ihre Entwicklung sind deshalb nur schwer abzuschätzen.

***Die Datenlage zur Situation pflegender Angehöriger muss dringend verbessert werden. Zur Stabilisierung und Sicherung des Pflegepotenzials im häuslichen Bereich - in Familien und in nachbarschaftlichen Kontexten - werden verbesserte Entlastungs- und Unterstützungsangebote dringend gebraucht***

## 2.3 Retro-und prospektive Personalentwicklungen in der Pflege

**Frage 2.3 der Enquete-Kommission**

Wie hat sich die Zahl, der in der Pflege beschäftigten Personen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist bis zum Jahr 2030 zu rechnen? Differenziert nach:

- Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Altenpflegehelfer
- Betreuungskräfte
- Weitere Berufsgruppen
- Beschäftigte mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung
- Herkunftsländer der beschäftigten Personen

Die Anzahl der im Land in der Pflege beschäftigten Personen wird erst seit 2001 regelmäßig durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg erfasst und veröffentlicht. In den Veröffentlichungen werden unter anderem die Berufsgruppen der Altenpflege, Altenpflegehilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe differenziert erfasst. Eine Erhebung der Anzahl von Betreuungskräften und Pflegenden mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung wird nicht vorgenommen. Genaue Zahlen sind weder bundes- noch landesweit verfügbar. Die Bundesländer treiben seit einigen Jahren die Entwicklung einer akademischen Pflegeausbildung voran. Im Jahr 2012 begannen bundesweit rund 1.800 Studienanfänger ein pflegewissenschaftliches Studium. Die ersten Absolvent(inn)en dieser Studiengänge kommen gegenwärtig in die Praxis. Derzeit mangelt es jedoch an passend zur akademischen Qualifikation zugeschnittenen Arbeitsplätzen. Der Wissenschaftsrat befürwortet ausdrücklich den Aufbau grundständiger Studiengänge der Pflege mit dem Ziel eines akademischen Abschlusses, der zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigt und propagiert für die Zukunft einen Anteil von 10 bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte (Wissenschaftsrat 2012; Bonin et al. 2015).



### Personalentwicklung in der stationären und in der ambulanten Pflege in BW

Die nachfolgende Grafik zeigt die bundesweite Entwicklung der Anzahl an Altenpflegefachkräften seit Beginn dieser Ausbildungsform in den 1970er Jahren. In 30 Jahren hat sich bundesweit die Zahl der Altenpflegefachkräfte von ca. 30.000 (1977) auf fast 330.000 (2007) erhöht.

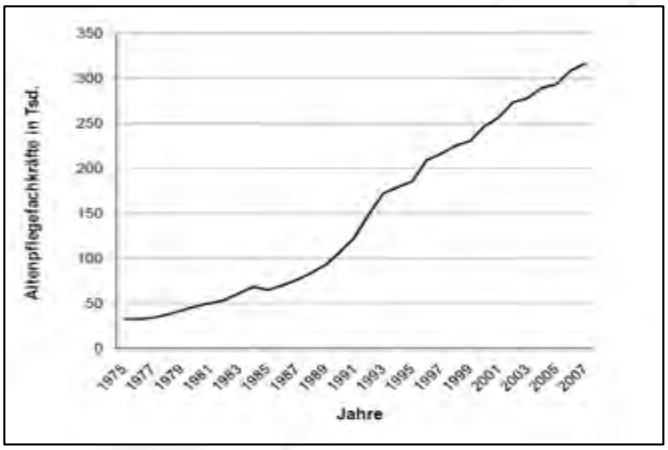



*Abbildung 11: Altenpflegefachkräfte im Zeitraum 1975 bis 2007 in Vollzeitäquivalenten*
*Quelle: Hackmann, T. 2009, S.5, basierend auf Stat. Bundesamt (1977-2008) und IABS 1975-2004*

**Betrachtung der Personalentwicklung über 2-Jahresintervalle**

Für das gesamte Landesgebiet können durchschnittliche relative Zuwächse zwischen 5 und 10% in den jeweiligen Intervallen von zwei Jahren beobachtet werden. Lediglich die Periode zwischen den Jahren 2001 und 2003 weicht von genanntem Trend mit einer Zuwachsrate von beinahe 14 Prozentpunkten ab. Eine mögliche Erklärung sind Entwicklungen in der Pflege nach dem Inkrafttreten des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes und der Einführung der DRGs in Krankenhäusern, was zu den so genannten „blutigen Entlassungen" ins System der ambulanten und stationären (Alten-)Pflege führte.



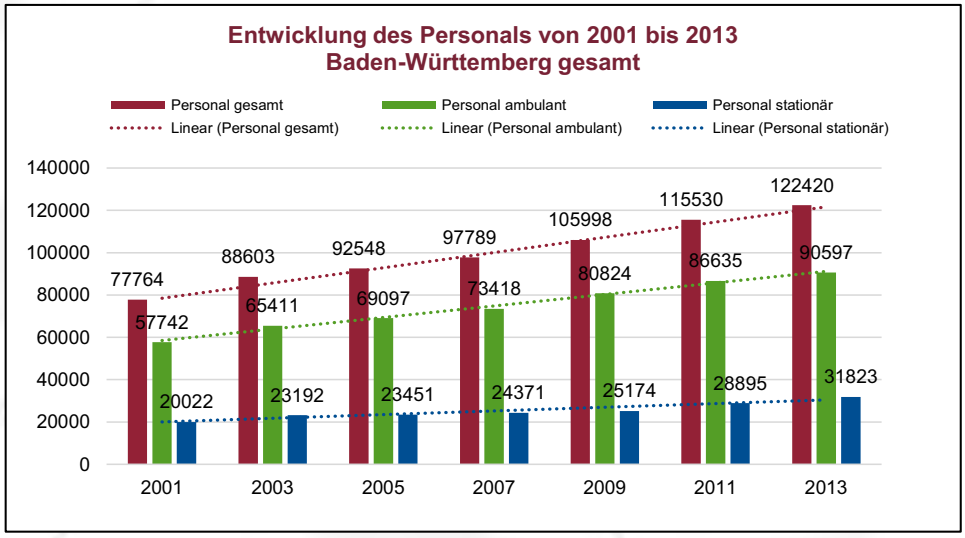



*Abbildung 12: Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

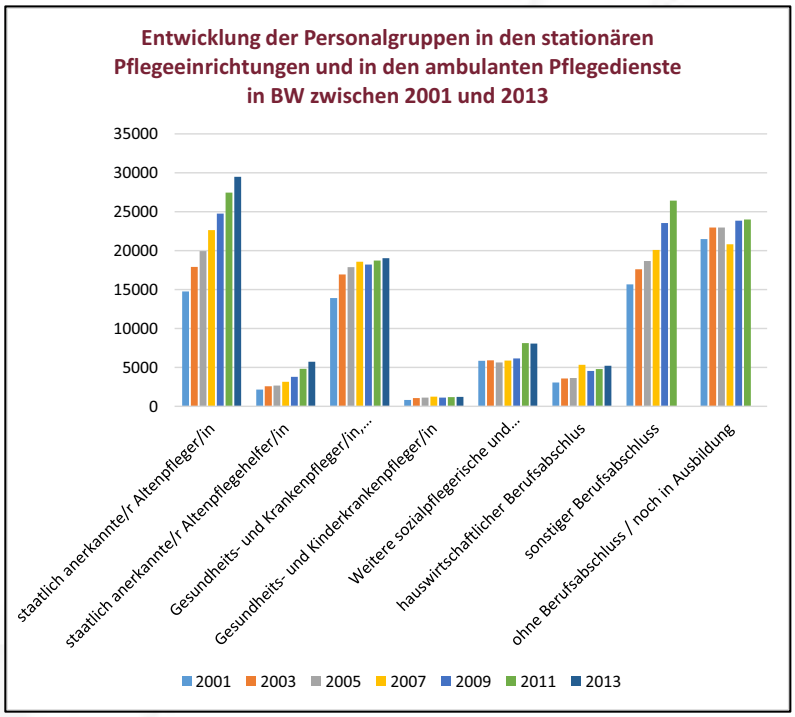



*Abbildung 13: Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*



Insgesamt finden sich für den stationären und ambulanten Bereich sehr ähnliche Zuwachsraten über die beobachtete Zeitspanne von 2001 bis 2013 von etwa 60% (57.4%). Zwischen 2003 und 2007 zeichnet sich eine vergleichsweise geringere Zunahme der Beschäftigungsquoten ab. In einigen Gebietskörperschaften, insbesondere in den Stadtkreisen, sind für diese Periode sogar schrumpfende Personalzahlen beobachtbar. Damit erfährt der überproportionale Anstieg zwischen 2001 und 2003 einen Gegentrend. Daraus lässt sich deutlich ableiten, wie stark gesetzliche Neuregelungen die Praxis zum Teil verunsichern und die Personalentwicklung beeinflussen. Im Anhang wird die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nach der Statistik des Landesamtes Baden-Württemberg für die einzelnen Landkreise gesondert dargestellt.

***Die Personalentwicklung in der Pflege betrifft Städte und Landkreise in sehr unterschiedlicher Ausprägung***

Zwischen den Städten und den Landkreisen in Baden-Württemberg können unterschiedliche Entwicklungen festgestellt werden: Landkreise weisen in der Regel eine deutlichere Zunahme des Personalvolumens auf, während diese in den Städten eher geringer ausfällt (mit Ausnahme von Heilbronn und Stuttgart). Folgende Städte und Landkreise weisen eine Entwicklung auf, die dem Trend einer Zunahme des Personalvolums von 57,4 % (Landesschnitt) nicht entspricht:

- Ulm und Freiburg zeigen hinsichtlich des Gesamtpersonals unterdurchschnittliche Zuwachsraten mit größeren Schwankungen. Für Ulm ist ein gesamter Zuwachs des Personals von 23,7% beobachtbar und für Freiburg von 24,1% Damit hat in beiden genannten Städten das Personalvolumen am geringsten in ganz Baden-Württemberg zugenommen.

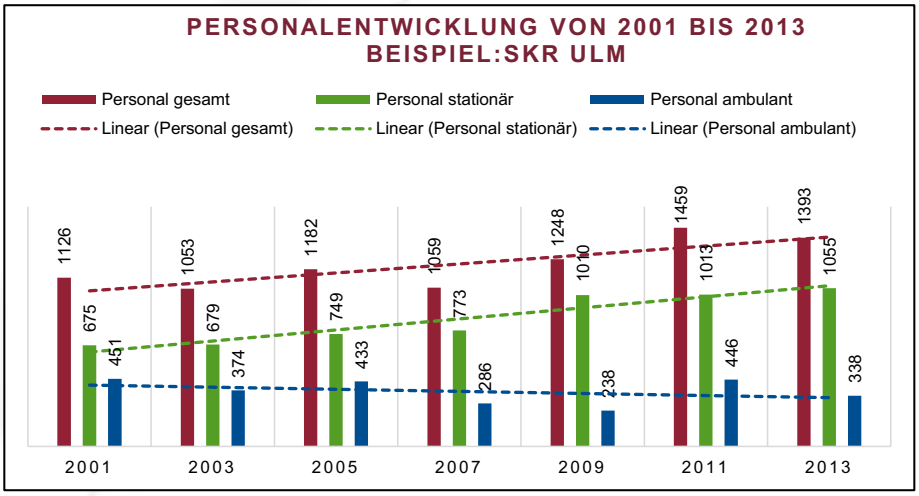



*Abbildung 14: Personalentwicklung im Stadtkreis Ulm von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

Übermäßig stark gestiegen ist die Zahl der Beschäftigten hingegen in den Gebietskörperschaften LKR Main-Tauber-Kreis (109,8%; Abbildung 4), LKR Karlsruhe (99,0%), LKR Zollernalbkreis (86,2%), LKR Ortenaukreis (94,8%). Hier liegen das Durchschnittsalter und die Pflegequote ebenfalls über dem Landesdurchschnitt.

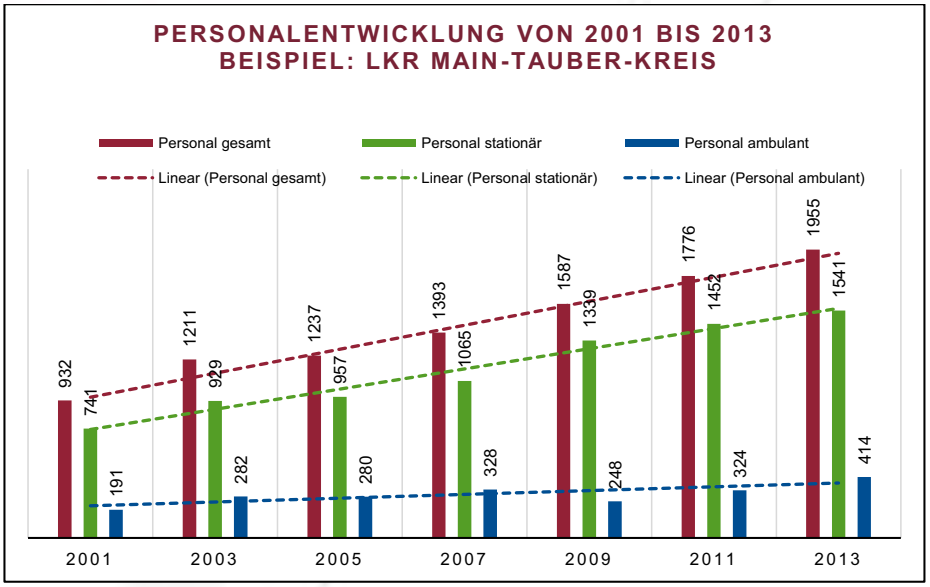
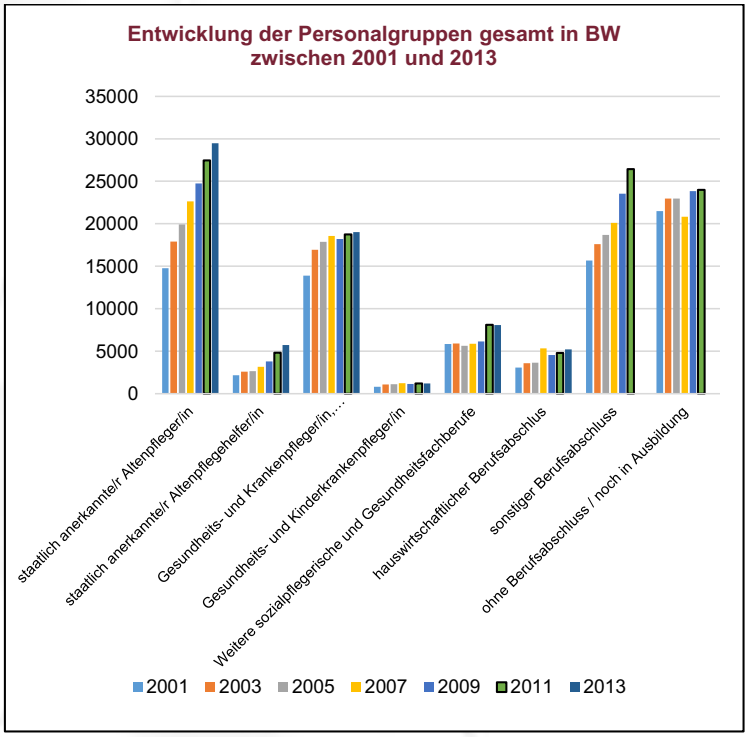



*Abbildung 15: Personalentwicklung im Main-Tauber-Kreis von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nach der Statistik des Landesamtes Baden-Württemberg sowie die Prognosen für die Zeit bis zum Jahr 2030 auf der Basis der Daten des Pflegereports 2030 der Bertelsmann-Stiftung wird für die einzelnen Landkreise im Anhang gesondert und im Detail dargestellt.

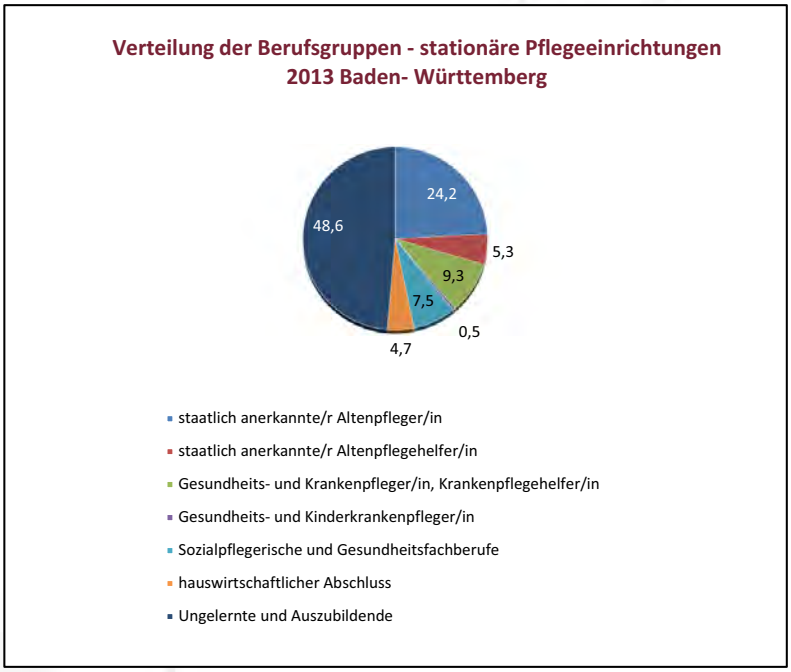
**Verteilung des Personals nach Berufsgruppen in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg**

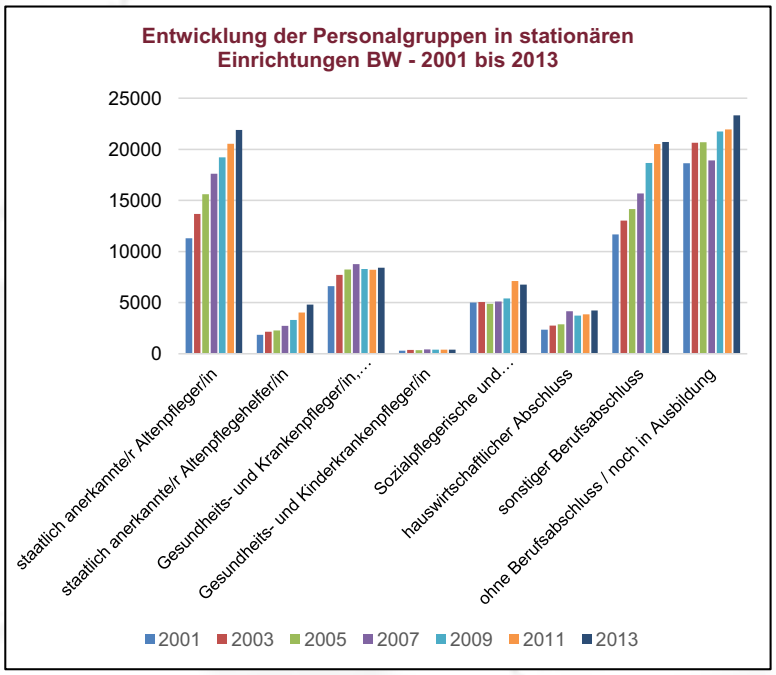
Die Verteilung der Berufsgruppen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen stellt sich 2013 wie folgt dar.




*Abbildungen 16 und 17: Berufsgruppen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen - BW 2013 - Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Sta-La BW*

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung in den stationären Einrichtungen:

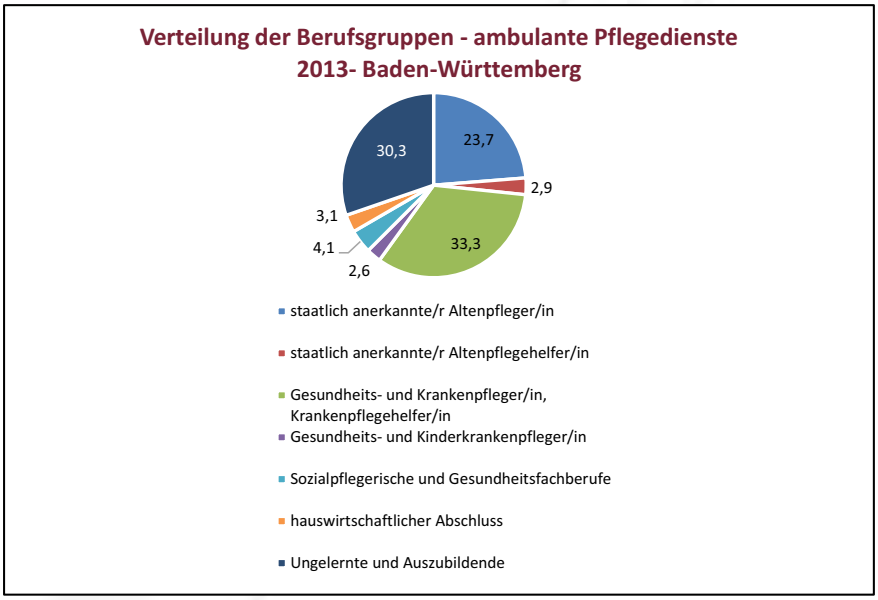


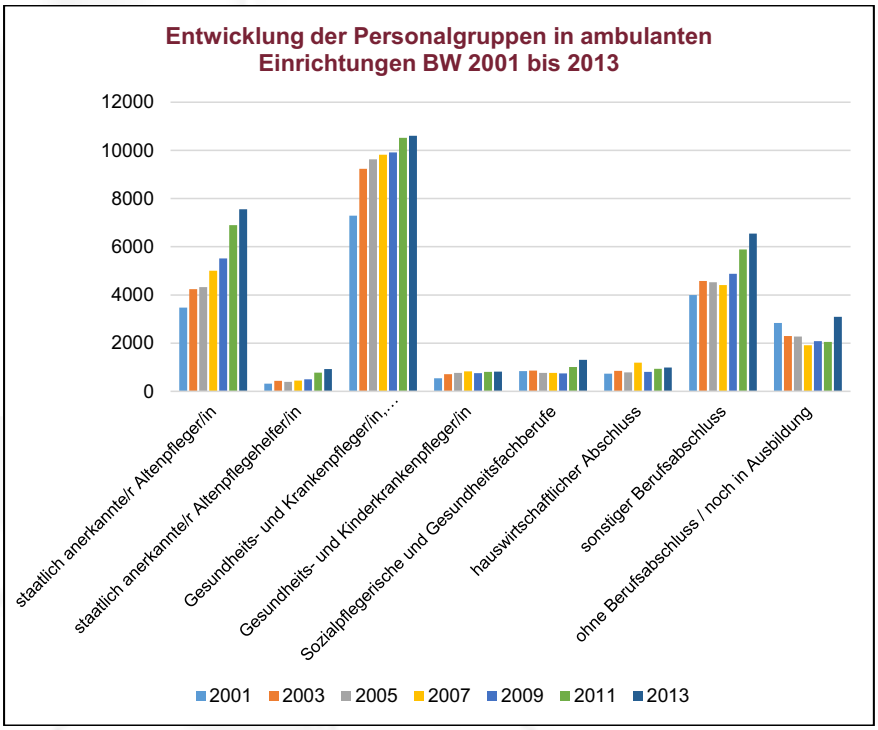




71

*Abbildungen 18 und 19: Berufsgruppen – Stationäre Einrichtungen – BW 2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

Im ambulanten Bereich stellt sich die Verteilung wie folgt dar:




*Abbildungen 20 und 21: Berufsgruppen – Ambulante Pflegedienste – BW 2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

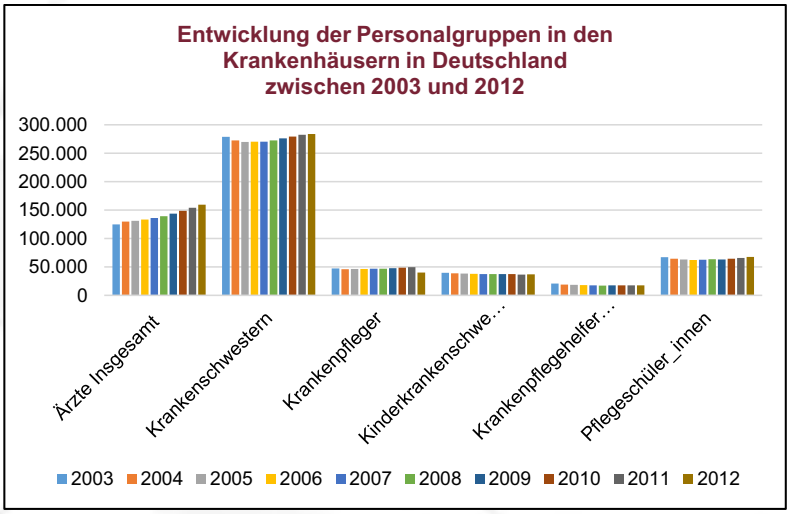
**Entwicklung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern**

Bundesweit zeigen die „Pflege-Thermometer“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Entwicklungstrends in der Krankenhauspflege auf, die ergänzend zu den amtlichen Statistiken gesehen werden (vgl. Isfort et al., 2010; S.12). Das Pflege-Thermometer 2009 wurde auf der Grundlage einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus erstellt. Diese Untersuchung zeigt, dass in den Jahren 1996 bis 2008 in der Krankenhauspflege ein Stellenabbau in der Größenordnung von 14,2% erfolgte, das heißt, jede siebte Stelle wurde abgebaut. Gleichzeitig ergibt sich eine Erhöhung des Arbeitsaufwandes für die Pflegekräfte, weil sich die durchschnittlichen Verweildauern verkürzen und gleichzeitig die Zahl der behandelten Patienten von 1995 bis 2008 kontinuierlich ansteigen. In den Jahren 2007 bis 2009 steigerte sich die Pflegekraft-Patienten-Relation von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft (vgl. Isfort et al. 2010; S.5ff.). Der Personalabbau bei gleichzeitiger Erhöhung der Pflegekraft-Patienten-Relation wurde laut Pflegethermometer 2009 unter anderem durch Überstunden und Erhöhung der Arbeitsbelastung kompensiert (vgl. Isfort et al., 2010; S.8-11).

| **Personalgruppen D** | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ärzte Insgesamt | 124.984 | 129.817 | 131115 | 133649 | 136267 | 139294 | 143967 | 148696 | 154244 | 159764 |
| Krankenschwestern | 278824 | 272528 | 270077 | 270328 | 270652 | 272918 | 276459 | 279524 | 282738 | 283927 |
| Krankenpfleger | 47378 | 46366 | 46615 | 46561 | 46967 | 47131 | 47878 | 48835 | 49725 | 40147 |
| Kinderkrankenschwestern/-pfleger | 39875 | 38949 | 38466 | 38078 | 37789 | 37615 | 37557 | 37471 | 36900 | 37304 |
| Krankenpflegehelfer(innen) | 21055 | 19322 | 18515 | 18160 | 17538 | 17508 | 17713 | 17806 | 17576 | 17647 |
| Pflegeschüler(innen) | 67186 | 64701 | 63374 | 62557 | 62939 | 63829 | 63416 | 64824 | 66056 | 67881 |

73

Tabelle 10: Personalgruppen in Krankenhäusern in Deutschland



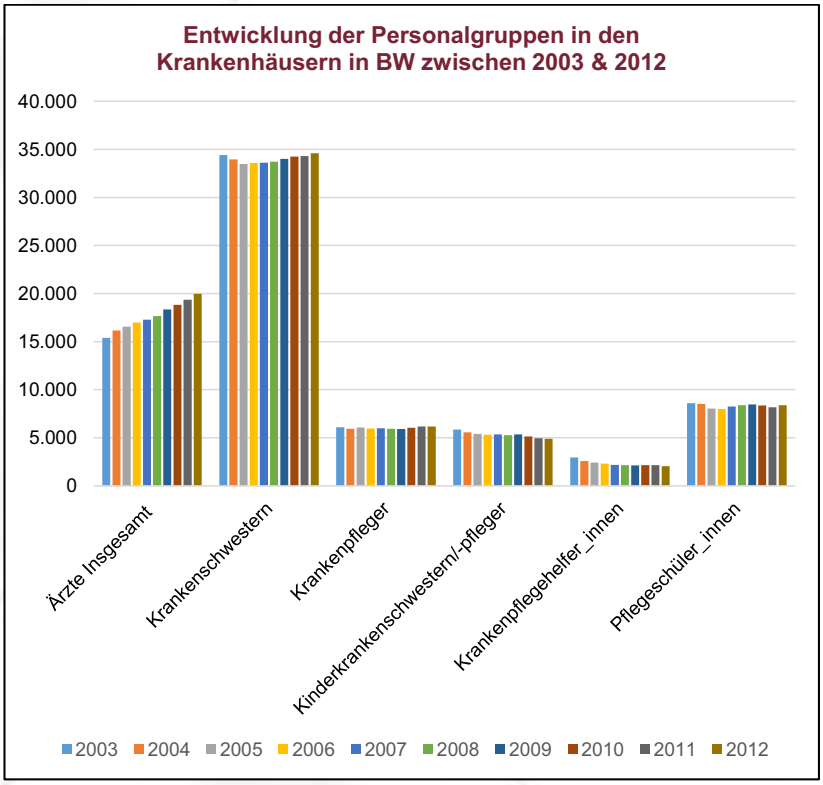

*Abbildungen 22 und 23: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Deutschland 2003 - 2012*

**Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg**

Gemäß den Daten der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (bwkg) kann für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg festgestellt werden, dass die Personalzahlen für die Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) leicht ansteigen, während die Zahlen der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen) und der Krankenpflegehelfer(innen) im Zeitraum von 2003-2012 zurückgehen (bwkg 2014).

| Personalgruppen BW | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ärzte Insgesamt | 15.381 | 16161 | 16556 | 16983 | 17275 | 17641 | 18355 | 18832 | 19363 | 19977 |
| Krankenschwestern | 34411 | 33968 | 33486 | 33574 | 33602 | 33723 | 34013 | 34258 | 34315 | 34597 |
| Krankenpfleger | 6080 | 5935 | 6070 | 5955 | 5985 | 5941 | 5901 | 6043 | 6164 | 6182 |
| Kinderkrankenschwestern/-pfleger | 5852 | 5552 | 5385 | 5319 | 5338 | 5255 | 5352 | 5134 | 4949 | 4879 |
| Krankenpflegehelfer_innen | 2936 | 2560 | 2414 | 2315 | 2172 | 2135 | 2120 | 2137 | 2137 | 2036 |
| Pflegeschüler_innen | 8604 | 8521 | 8030 | 7973 | 8259 | 8393 | 8451 | 8342 | 8161 | 8380 |

Tabelle 11: Personalgruppen in Krankenhäusern in BaWü




*Abbildungen 24 und 25: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg 2003 - 2012*

| Personalgruppen | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW | D | BW |
| Ärzte insgesamt (ohne AiP, Zahnärzte) | 124.984 | 15.381 | 129.817 | 16.161 | 131.115 | 16.556 | 133.649 | 16.983 | 136.267 | 17.275 | 139.294 | 17.641 | 143.967 | 18.355 | 148.696 | 18.832 | 154.244 | 19.363 | 159.764 | 19.977 |
| Gebietsärzte (hauptamtl. Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung) | 67.763 | 8.334 | 68.614 | 8.494 | 69.512 | 8.575 | 71.759 | 8.806 | 72.734 | 9.000 | 74.245 | 9.034 | 77.290 | 9.523 | 80.196 | 9.995 | 83.502 | 10.395 | 86.643 | 10.789 |
| Leitende Ärzte | 12.167 | 1.462 | 12.197 | 1.465 | 12.137 | 1.456 | 12.304 | 1.456 | 12.374 | 1.498 | 12.460 | 1.436 | 12.658 | 1.436 | 13.065 | 1.498 | 13.396 | 1.580 | 13.607 | 1.630 |
| Belegärzte | 6.498 | 806 | 6.598 | 834 | 6.442 | 804 | 6.334 | 776 | 6.435 | 782 | 6.234 | 762 | 6.168 | 814 | 6.010 | 727 | 6.072 | 810 | 5.879 | 756 |
| Krankenschwestern | 278.824 | 34.411 | 272.528 | 33.968 | 270.077 | 33.486 | 270.328 | 33.574 | 270.652 | 33.602 | 272.918 | 33.723 | 276.459 | 34.013 | 279.524 | 34.258 | 282.738 | 34.315 | 283.927 | 34.597 |
| Krankenpfleger | 47.378 | 6.080 | 46.366 | 5.935 | 46.615 | 6.070 | 46.561 | 5.955 | 46.967 | 5.985 | 47.131 | 5.941 | 47.878 | 5.901 | 48.835 | 6.043 | 49.725 | 6.164 | 40.147 | 6.182 |
| Kinderkrankenschwestern/-pfleger | 39.875 | 5.852 | 38.949 | 5.552 | 38.466 | 5.385 | 38.078 | 5.319 | 37.789 | 5.338 | 37.615 | 5.255 | 37.557 | 5.352 | 37.471 | 5.134 | 36.900 | 4.949 | 37.304 | 4.879 |
| Krankenpflegehelfer (innen) | 21.055 | 2.936 | 19.322 | 2.560 | 18.515 | 2.414 | 18.160 | 2.315 | 17.538 | 2.172 | 17.508 | 2.135 | 17.713 | 2.120 | 17.806 | 2.137 | 17.576 | 2.137 | 17.647 | 2.036 |
| Kinder-/Krankenpflege-schüler(innen) | 67.186 | 8.604 | 64.701 | 8.521 | 63.374 | 8.030 | 62.557 | 7.973 | 62.939 | 8.259 | 63.829 | 8.393 | 63.416 | 8.451 | 64.824 | 8.342 | 66.056 | 8.161 | 67.881 | 8.380 |
| Beschäftigte insgesamt *) | 1.097.865 | 146.964 | 1.073.204 | 143.693 | 1.064.419 | 142.347 | 1.065.863 | 142.840 | 1.068.820 | 142.049 | 1.079.574 | 144.766 | 1.097.913 | 147.076 | 1.112.959 | 148.984 | 1.130.555 | 149.049 | 1.147.956 | 150.334 |

*Tabelle 12: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in D und in BW im Vergleich. Quelle: http://www.bwkg.de (2014) am 02.07.15*

75

**Entwicklung der Fallzahlen pro Personalkategorie in Krankenhäusern in Baden-Württemberg**

Der leicht positive Trend im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege bleibt jedoch deutlich hinter dem Zuwachs der Personalzahlen im ärztlichen Bereich zurück. Darüber hinaus kann die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den Pflegeberufen die Anforderungen, die sich aus den Fallzahlenerhöhungen in den Krankenhäusern ergeben, nicht auffangen. Hier ergeben sich deutliche Zuwächse an Fallzahlen, die seit 2004 pro Pflegekraft versorgt werden müssen und die eindeutige Hinweise auf eine zunehmende Arbeitsverdichtung bzw. -belastung im Bereich der Krankenhauspflege geben: Erhöhung der Fallzahl pro Pflegefachperson um ca. 9% in 8 Jahren hin, wobei eine deutliche Erhöhung zwischen 2005 und 2006 (Einführung der DRG 2004) stattgefunden hat. In der gleichen Zeitspanne hat sich die Fallzahl bei den Ärzten um 10% reduziert.

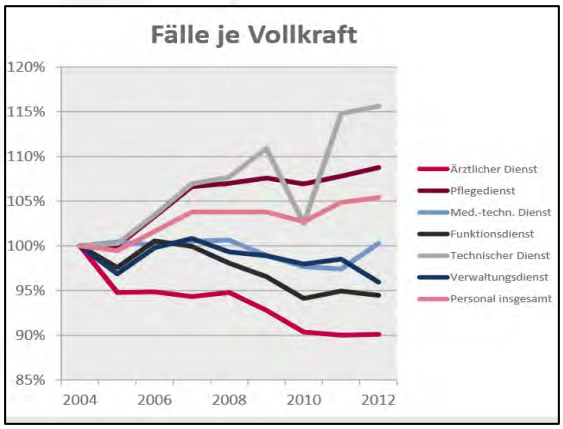



*Abbildung 26: Entwicklung der Fallzahlen pro Personalkategorie in Krankenhäusern in Baden-Württemberg*
*Quelle: http://www.bwkg.de (2014) am 2.07.15*

76

***Zunehmende Arbeitsverdichtung bzw. -belastung im Bereich der Krankenhauspflege - zusätzlich verstärkt durch den deutlich gestiegenen Altersdurchschnitt der Patienten mit meist erhöhtem Pflegebedarf***

**Entwicklung der Fälle in Krankenhäusern insgesamt nach Alter in Baden-Württemberg**

Die Situation der Pflegekräfte verschärft sich durch die Altersentwicklung der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern. Die Gruppe der über 75-jährigen Patient(innen) steigt besonders stark an, wobei gerade diese Patientenklientel meist einen erhöhten Pflegebedarf aufweist.

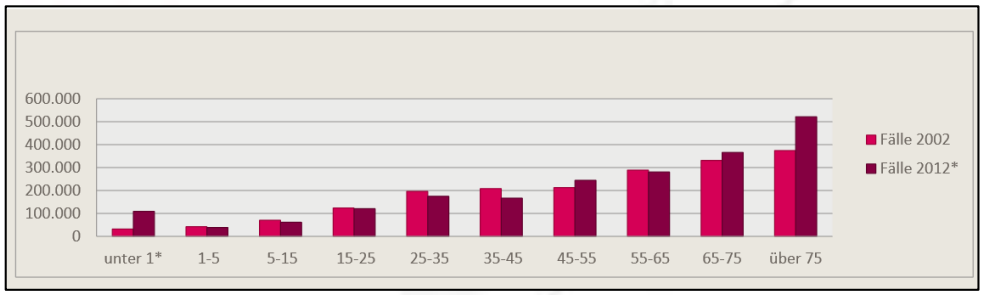



*Abbildung 27: Entwicklung der Fälle in Krankenhäusern insgesamt nach Alter in Baden-Württemberg*
*Quelle: http://www.bwkg.de (2014) am 2.07.15*

**Anteil an ausländischem Personal**

Angesichts der demografischen Entwicklung und des hohen Bedarfs an Pflegekräften greifen zahlreiche EU-Staaten auf ausländische Arbeitskräfte zurück, um den Personalmangel in der Pflege zu lindern. In Deutschland und Skandinavien geschieht dies durch die offizielle Rekrutierung von Migrant(innen). In einigen Mittelmeerstaaten (und teilweise auch in Österreich und Deutschland) werden Migrant(innen) auch von Familien auf informellem Weg als Haushaltshilfen bzw. Pflegepersonen für ältere Angehörige angeworben (siehe 2.5). In Deutschland wurden administrative Veränderungen vorgenommen, um Pflegepersonal auch aus Nicht-EU-Staaten ins Land zu bringen. Mit Bosnien, Tunesien, Serbien und den Philippinen wurden Arbeitsabkommen unterzeichnet, und Modellprogramme mit Tunesien, Vietnam und China für die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal aus diesen Staaten wurden initiiert (Europäische Kommission 2013).



Gemäß den Erhebungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Baden-Württemberg mit einem Anteil von 8,5% im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal (vgl. Braesecke et al., 2014, S.12/13).

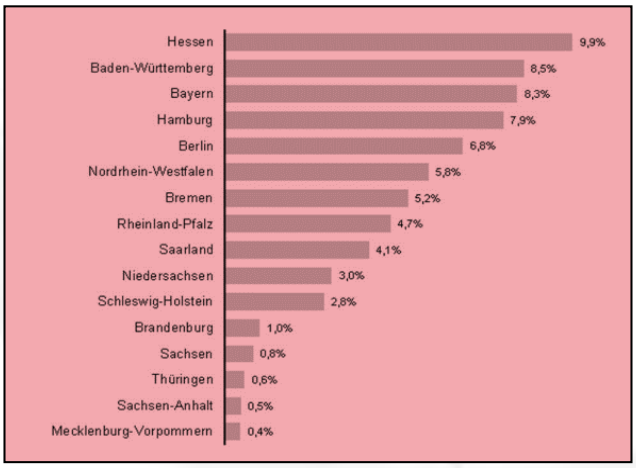



*Abbildung 28: Verteilung ausländischer Pflegekräften nach Bundesländer aus Braesecke et al., 2014, S. 12; nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (2013)*

Die Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte in Baden-Württemberg sind Kroatien, Türkei und Polen. Die meisten ausländischen Pflegekräfte werden in Einrichtungen der Altenpflege beschäftigt (vgl. Braesecke et al., 2014, S.12/13).

| Bundesland | Herkunftsland Top 1 | Herkunftsland Top 2 | Herkunftsland Top 3 |
|---|---|---|---|
| Hessen | Polen | Türkei | Kroatien |
| Baden-Württemberg | Kroatien | Türkei | Polen |
| Bayern | Kroatien | Polen | Bosnien-Herzegowina |
| Hamburg | Türkei | Polen | Russische Föderation |
| Berlin | Polen | Türkei | Russische Föderation |
| Nordrhein-Westfalen | Türkei | Polen | Italien |
| Bremen | Polen | Türkei | Russische Föderation |
| Rheinland-Pfalz | Polen | Türkei | Kroatien |
| Saarland | Frankreich | Italien | Polen |
| Niedersachsen | Polen | Türkei | Russische Föderation |
| Schleswig-Holstein | Polen | Türkei | Russische Föderation |
| Brandenburg | Polen | Ukraine | Russische Föderation |
| Sachsen | Russische Föderation | Ukraine | Polen |
| Thüringen | Polen | Russische Föderation | Lettland |
| Sachsen-Anhalt | Russische Föderation | Ukraine | Kasachstan |
| Mecklenburg-Vorpommern | Russische Föderation | Polen | Ukraine |
| Deutschland | Polen | Türkei | Kroatien |

*Abbildung 29: Hauptherkunftsländern ausländischer Pflegekräften in den Bundesländern aus Braesecke et al., 2014, S.12 nach Daten der Bundesagentur für Arbeit von 2013*



***Baden-Württemberg hat mit einem Anteil von 8,5% im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal, Tendenz steigend.***

Der hohe Anteil von ausländischen Pflegekräften im Ländervergleich verweist auf besondere Anforderungen an Pflegefachpersonen, die die Begleitung und Anleitung sowie Überprüfung von Beschäftigten mit geringen Sprachkenntnisse zu übernehmen haben. Es entstehen Risiken durch sprachliche Missverständnisse. Deshalb besteht die Forderung, ein Mindestsprachniveau festzulegen. Der bpa fordert vor diesem Hintergrund, am Sprachtest B2 festzuhalten und die Anforderungen keinesfalls auf ein niedrigeres Niveau festzulegen.

Hier entsteht ein neuer Bedarf an spezifische Qualifikationsmaßnahme. Es geht um praxisnahe Sprachkurse, aber auch um spezifische Qualifikationsmaßnahmen, die kulturelle Kompetenz vermitteln. Dies ist besonders bedeutsam im Kontext von Biografiearbeit und der Begleitung älterer Menschen bei der Lebensgestaltung.

Bedeutsam erscheint auch die Frage, wo das ausländische Pflegepersonal ausgebildet wurde bzw. welchem Niveau die Pflegeausbildung im Herkunftsland entspricht. In der EU sind Pflegeausbildungen in der Regel im EQR 6 verortet, d.h. Studium mit einem generalistischen Berufsprofil. Nachdem es (noch keine) Entsprechung in der BRD (BRD DQR 4 – berufliche

Ausbildung) gibt, entsteht unter Umständen ein divergierendes Berufsverständnis. In der Folge wird Deutschland für Pflegefachpersonen aus der EU (wie z.B. aus Spanien) eher unattraktiv. Es ist also keine tragfähige Option auf Pflegefachkräfte aus dem europäischen Ausland zu setzen, um den Mangel an gut ausgebildeten Pflegekräften in Deutschland auszugleichen.

## 2.4 Prognosen und Entwicklungen - Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030

**Frage 2.4 der Enquete-Kommission**

Wie wird sich der Bedarf an Pflegefachkräften und an allen sonstigen Beschäftigten im Bereich der Pflege, auch mit besonderem Blick auf die Langzeitpflege, hochgerechnet auf die Anzahl der Pflegebedürftigen auf Grundlage der bisherigen Personalschlüssel bis zum Jahr 2030 entwickeln?

Differenziert nach:

- Art der Fachkräfte
- Qualifikationsniveaus

Alle Studien und Hochrechnungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften weisen auf einen eklatanten Pflegefachkraftmangel in den nächsten Jahren hin (siehe u.a. Presseheft 1/2012 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Ostwald et al., 2010). Im Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung werden die entstehenden Versorgungslücken den drei Zukunftsszenarien zu möglichen Entwicklungen in der Pflege gegenübergestellt (Ausführliche Erläuterungen dazu siehe Kapitel1 des Gutachtens). Analog zu den drei Szenarien zeigen sich jeweils sehr unterschiedliche Versorgungslücken bei Pflegekräften in unterschiedlichen Bereichen, dies jeweils ausgehend von den Zahlen im Jahr 2009, hochgerechnet auf das Jahr 2030. Für das Land Baden-Württemberg zeigt sich ganz deutlich, dass die Ausrichtung der Pflegepolitik - also die Frage, ob künftig stark auf stationäre Versorgung gesetzt wird oder ob ambulante, eher familienorientierte und wohnortnahe Formen bevorzugt gefördert werden - die Versorgungslücken in der Pflege sehr maßgeblich beeinflussen können.



**Baden-Württemberg gesamt**

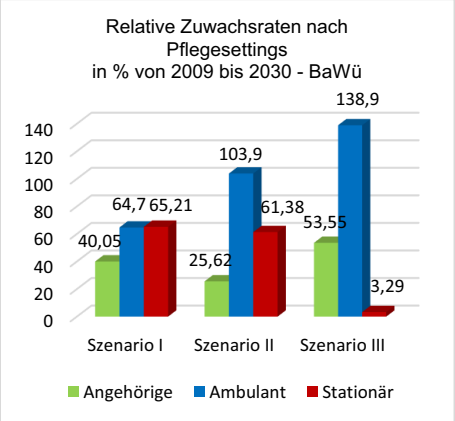



*Abbildung 30: Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 in Baden-Württemberg. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann Stiftung Pflegeprognose 2030*

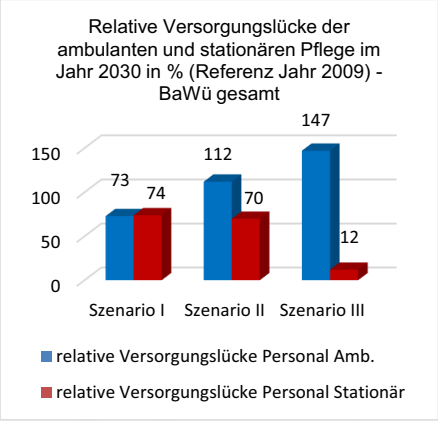



*Abbildung 31: Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenzjahr 2009) Baden-Württemberg gesamt. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann*

Die Weichenstellungen auf Landesebene, aber auch auf der Ebene der Gebietskörperschaften, die in diesem Kontext augenblicklich bzw. in naher Zukunft erfolgen müssen, sollten vor diesem Hintergrund stärker ins politische Bewusstsein gerückt werden. Es geht darum, die sozialpolitische Zielorientierung in der Pflegepolitik klar zu benennen und sich damit zu entsprechenden Zukunftsszenarien zu bekennen. Wenn zur Sicherung der Pflege vor allem auf eine wachsende Zahl von stationären Pflegeplätzen gesetzt wird (Szenario 2) muss parallel eine tragfähige Strategie entwickelt werden, wie Pflegefachkräfte die Fachkraftquote im stationären Bereich auch künftig sichern können. Hier zeigt sich die größte Lücke und hier sind viele Pflegeheime in Baden-Württemberg schon heute am Limit. Die Situation in den Krankenhäusern des Landes ist ähnlich prekär (vgl. 2.3).

Wird eher auf das Szenario 3 gesetzt, verschiebt sich die Versorgungslücke auf den ambulanten Bereich. Allerdings sind hier, im Sinne eines Pflegemix oder Hilfe-Mix, größere Spielräume gegeben, weil über Modelle der Kooperation vorhandene Fachkraftkompetenzen mit denen des bürgerschaftlich getragenen Engagements, des semiprofessionellen Bereichs und mit der Angehörigenpflege verknüpft werden können. Das Szenario 3 repräsentiert also ein kommunales Modell, das auf ein solidarisches Miteinander der Generationen und auf sozialräumlich verankerte Versorgungsstrukturen setzt, im Sinne einer *Lokalen Verantwortungsgemeinschaft* oder *Sorgenden Kommune*. (Kricheldorff et. al. 2015b und Kricheldorff 2013)

Das bedeutet aber auch, dass pflegende Angehörige und nachbarschaftlich bzw. sozialräumlich orientierte Pflegenetzwerke stärker gefördert und unterstützt werden müssen. Diese Ausrichtung muss als politischer Wille auch in entsprechenden Förder- und Finanzierungsrichtlinien erkennbar werden, um die Kommunen und Landkreise des Landes Baden-Württemberg mit auf diesen Weg zu nehmen. Im Rahmen des Landesmodellprojekts „Pflegemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“ wurden 4 Kommunen in Baden-Württemberg – die Stadt Freiburg, die Gemeinde Denzlingen (LKR Emmendingen), die Gemeinde Umkirch (LKR Breisgau-Hochschwarzwald) und die Gemeinde Gutach im Schwarzwald (Ortenaukreis) – dabei begleitet, erste Schritte auf diesem Weg zu gehen. Im Ergebnis entstand das Handbuch für Kommunen (Kricheldorff et. al 2015a), das als Download online unter

http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pflegemix_Handbuch_2015.pdf

und auch als Druckexemplar beim Sozialministerium Baden-Württemberg erhältlich ist.

Wie sich die jeweilige Versorgungslücke, auf der Basis der drei Szenarien, für alle Landkreise in Baden-Württemberg darstellt, wird über entsprechende Darstellungen im Anhang abgebildet. Dass es dabei doch auch erhebliche Unterschiede gibt, wird an der exemplarischen Darstellung von zwei Kreisen deutlich – dem Stadtkreis Stuttgart und dem Rems-Murr-Kreis – die sich deutlich unterscheidende Entwicklungsprognose aufweisen. Dies kann auch als typischer Unterschied zwischen den Städten Baden-Württembergs und den eher ländlich strukturierten Kreisen gesehen werden.

## SKR Stuttgart

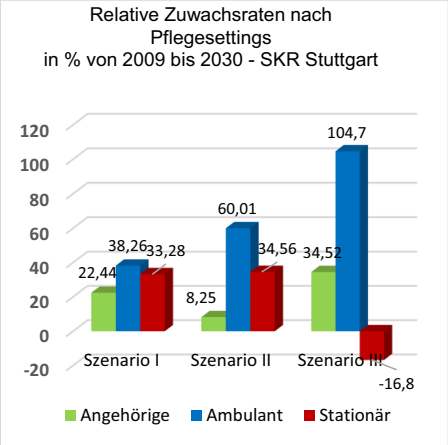



*Abbildung 32: Relative Zuwachsraten nach Pflegesetting in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart*

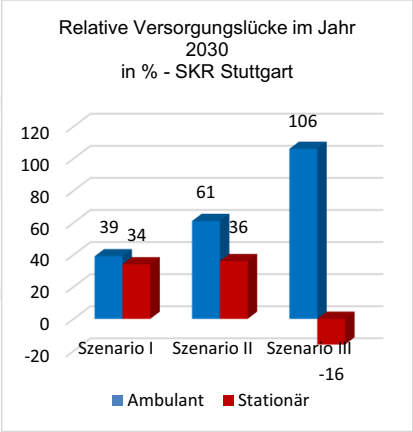



*Abbildung 33: Relative Zuwachsraten der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeformen in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart*

## Rems-Murr-Kreis

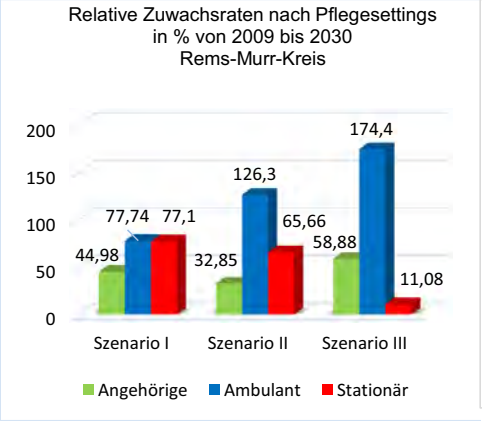



*Abbildung 34: Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - Rems-Murr-Kreis*

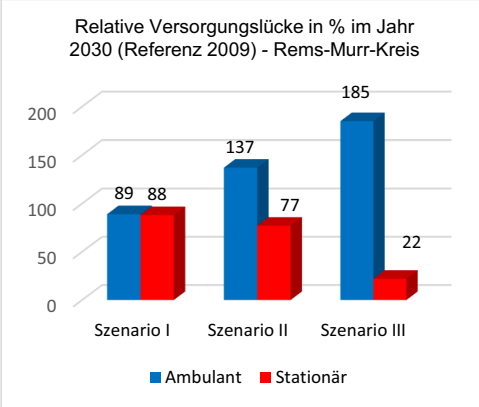



*Abbildung 35: Relative Versorgungslücke in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - Rems-Murr-Kreis*

82

Das Ausmaß der Versorgungslücke ist abhängig von folgenden Faktoren:

- der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und damit unter anderem auch von der demografischen Entwicklung auf Kreisebene,
- der in Anspruch genommenen Versorgungsart bzw. der Wahl des Versorgungssetting (ambulant bzw. stationär nach Szenarien),
- der Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials (d.h. erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren) (vgl. auch Rothgang et al., 2012,S. 51/52).

Wird das aktuelle Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beschäftigen in der Pflege zugrunde gelegt und einfach weiter hochgerechnet – das entspricht dem Szenario 1 - würde der Bedarf an Beschäftigten bis 2030 bundesweit um mehrere Hunderttausend Vollzeitäquivalente steigen (vgl. Rothgang et al., 2012, S.63). Für Baden-Württemberg würde die Personallücke bei Fortführung der bisherigen Verteilung der Versorgungsarten im Jahr 2030 insgesamt 28.700 Vollzeitkräfte betragen.

Zur Verringerung dieser Versorgungslücke werden verschiedene Lösungsstrategien vorgeschlagen (vgl. Ostwald et al., 2010, S.71/72; Rothgang et al., 2012, S.79; Kricheldorff et al. 2015):

- Ausbau der ambulanten Versorgung
- Reduktion des Anteils an stationärer Versorgung
- flächendeckende Versorgung, durch medizinische und pflegerische Versorgungszentren
- Kleinräumige, wohnortnahe Versorgungskonzepte im Sinne eines Pflegemix
- Stärkung und Stützung der Angehörigenpflege
- Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements
- Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs
- Innovative Gestaltung der Personalplanung im Pflegebereich
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden bis zum Rentenalter
- gezielte Zuwanderungspolitik

Auch in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes werden Lösungswege des absehbaren Pflegepersonalmangels thematisiert. Afentakis und Maier sehen die Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe als einen möglichen Weg und weisen besonders auf das Potential der weiblichen Arbeitskräfte hin, wenn es gelänge, die Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf zu stärken (vgl. Afentakis und Maier, 2010, S.1001).



***Eine Pflegepolitik, die sich an den skizzierten Zukunftsszenarien bewusst orientiert und ihre Förderpraxis danach ausrichtet, kann der sich deutlich abzeichnenden Versorgungslücke in der Pflege besser begegnen!***

## 2.5 Personalmix – Betreuungskräfte im Verhältnis zu Pflegefachkräften

**Frage 2.5 der Enquete-Kommission**

Wie hoch ist die Anzahl der Betreuungskräfte in Abgrenzung zu Pflegefachkräften in Baden-Württemberg?

Differenziert nach:

- Anstellung bei einem Haushalt
- Anstellung bei einem Unternehmen
- Selbständige Betreuungskraft

Wie hoch ist die Anzahl der Betreuungskräfte einzuschätzen, die in diesen Verhältnissen ohne Einhaltung der Arbeits- und Sozialversicherungsvorschriften oder ordnungsgemäße steuerliche Erfassung tätig sind?

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des abnehmenden Familienpflegepotenzials steigt der Bedarf an Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung und der Erledigung notwendiger Arbeiten in Privathaushalten. Dies führt auch zu einer erhöhten Nachfrage nach alternativen Versorgungsangeboten, die es den Betroffenen ermöglichen, auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf zu Hause bleiben zu können. Solche Leistungen werden auch in Form so genannter „haushaltsnaher Dienstleistungen“ bzw. als „Betreuungskräfte“ in Privathaushalten angeboten. Antworten auf strukturell bedingte Versorgungslücken bei der häuslichen Pflege und Betreuung sind meist individuelle Problemlösungen, bei denen Privathaushalte auf Versorgungsangebote auf einem - zu weiten Teilen prekären - Arbeitsmarkt zurückgreifen. Es wird vermutet, dass es sich im Bereich der nicht angemeldeten Beschäftigung vornehmlich um Frauen aus osteuropäischen Mitgliedsstaaten der EU handelt, die insbesondere im Bereich der zeitintensiven Versorgung pflegebedürftiger Menschen, vielfach auch ohne Arbeits- und ohne Aufenthaltserlaubnis tätig werden. Die Arbeits- und Lebensbedingungen sind in Folge dieser doppelten Illegalität häufig als besonders misslich zu bezeichnen. Der Beschäftigungssektor Privathaushalt wird auch aus Sicht der Bundesregierung aufgrund der hohen Zahl der nicht angemeldeten und dadurch ungeschützten Arbeitsverhältnisse als „schwarz-grau-melierter, deregulierter und prekärer Arbeitsmarkt“ (BMFSFJ 2006, S. 92) eingeschätzt (Böning/ Steffen 2014; Gottschall/Schwarzkopf 2010; Institut der Deutschen Wirtschaft Köln 2009).

Der Pflegesektor in Deutschland ist ein bislang in den volkswirtschaftlichen Daten nicht eindeutig abgegrenzter Wirtschaftszweig, sondern im wesentlichen Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens und umfasst alle Einrichtungen und Dienstleister, die überwiegend oder in größerem Umfang pflegerische Tätigkeiten anbieten bzw. ausführen. Trotz der zunehmenden Bedeutung von Einrichtungen der professionellen Pflege werden in Deutschland Pflege- und Betreuungsleistungen weiterhin zu einem großen Teil auch durch Familienangehörige und ehrenamtlich Tätige erbracht. Darüber hinaus spielen im Bereich Pflege und Betreuung Haushaltshilfen eine beachtliche Rolle. Ihre Zahl wird auf mindestens 100.000 Personen geschätzt (Neuhaus et al. 2009), während andere Quellen von bis zu

300.000 Personen ausgehen (Böning/ Steffen 2014). Werden alle Erbringer pflegerischer Leistungen zusammengenommen, sind in Deutschland somit mindestens sechs Millionen Menschen in die Pflege kranker und älterer Menschen involviert (Bonin et al. 2015).

| Stand 2011 | |
|---|---|
| Professionell Pflegende | 1.524.000 |
| Sonstige Pflegende: | |
| Familienangehörige | 4.090.000 |
| Haushalthilfen | > 100.000 |
| Ehrenamtlich Tätige | 450.000 |
| **Gesamtzahl** | **6.164.000** |

*Tabelle 13: Übersicht zur Zahl der Pflege leistenden Personen in Deutschland*
*Bonin et al. 2015, S. 14*

Das Arbeitsfeld und die Qualifikation von Betreuungskräften sind nicht eindeutig definiert. Hier ist davon auszugehen, dass die in den Statistiken erwähnten Haushaltshilfen ebenfalls in der Pflege und Betreuung eingesetzt werden und somit zu weiten Teilen den Betreuungskräften zugerechnet werden.



Neben der Beschäftigung in Privathaushalten werden Betreuungskräfte auch im Kontext der stationären Pflege eingesetzt. Im Bereich der Qualifikation von Betreuungskräften existieren eine Vielzahl von trägerspezifischen Angeboten mit unterschiedlichen Bezeichnungen wie Pflegeassistenz, Alltagsbegleitung, Pflegehelfer etc. In Baden-Württemberg gibt es zwei Möglichkeiten der Qualifizierung zur Betreuungskraft:

1. Eine Ausbildung zur „zusätzlichen Betreuungskraft“ nach §87b SGB XI. Diese Qualifizierung umfasst mindestens ein Orientierungspraktikum im Umfang von 40 Stunden vor Beginn der Bildungsmaßnahme, die aus mindestens 160 Unterrichtsstunden und einem zweiwöchigen Betreuungspraktikum besteht. (vgl. GKV-Spitzenverband 2015)
2. Eine zweijährige Ausbildung zum/ zur staatlich anerkannten AlltagsbetreuerIn, die 2009 an öffentlichen Pflegeschulen eingerichtet wurde.

Laut Statistischem Bundesamt waren bundesweit zum Ende des Jahres 2011 ca. **24.500 Personen als Betreuungskräfte nach §87b SGB XI** beschäftigt, das entspricht vier Prozent der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2015). In den Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg konnte zu den Betreuungskräften nach §87b SGB XI keine Beschäftigtenzahl gefunden werden.

**Überblick über die Anstellungsmöglichkeiten einer Betreuungskraft in Privathaushalten**

In der Literatur werden die Begriffe „Betreuungskräfte in Privathaushalten“ oder der Begriff der „Haushaltshilfe“ „mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen“ (moH), „Live-In“ weitgehend synonym verwendet. Die sogenannte Live-in-Situation ist durch eine Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung im Haushalt der Pflegebedürftigen und auch dadurch gekennzeichnet, dass sowohl die Arbeitszeiten als auch die Aufgaben ungeregelt sind. Auch eine klare Trennung zwischen Beschäftigung, Bereitschafts- und Freizeit ist nicht vorhanden, sondern eher verschwommen. Wird nicht nur die Arbeitszeit berechnet, in denen die Frauen Pflege- und Haushaltstätigkeit verrichten, sondern werden auch Bereitschaftszeiten einbezogen, beträgt der Stundenlohn zwischen 70 Cent und 2 Euro (Emunds/ Schacher 2012).

Drei Hauptvarianten von Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten lassen sich unterscheiden:

1. **Unmittelbare Einstellung im Haushalt**
   In diesem Fall tritt die pflegebedürftige Person selbst oder ein Angehöriger als Arbeitgeber in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis auf. Die Vermittlung kommt entweder über die Bundesagentur für Arbeit (ZAV) oder über alle anderen Wege der Arbeitssuche in Deutschland zustande. Das deutsche Arbeitsrecht findet auf dieses Arbeitsverhältnis unmittelbar Anwendung. (vgl. Böning/Steffen 2014, S.15, 22).
2. **Entsendung**
   Nach EU-Entsenderichtlinie 96/71/EG ist eine sogenannte Werkvertragsentsendung zum zeitlich begrenzten Einsatz von Arbeitnehmern durch ihre Arbeitgeber im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedsstaates möglich. Konkret heißt das, die Betreuung wird von einer in Deutschland ansässigen sogenannten Pflegevermittlungsagentur angeboten. Diese Agentur hat einen Kooperationspartner, vor allem in Osteuropa. Die Betreuungskraft ist angestellt bei einem Unternehmen ihres Herkunftslandes und wird von diesem zur Auftragserfüllung nach Deutschland gesendet. Damit sind sowohl Pflegebedürftige als auch Angehörige frei von Arbeitgeberrisiken. Im Falle einer Erkrankung oder sonstigen Ausfällen wird die Betreuungskraft auf Kosten des Vermittlers ersetzt. (vgl. Böning/Steffen, 2014, S.17 und 21)

   Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht die komplexen Sachverhalte.

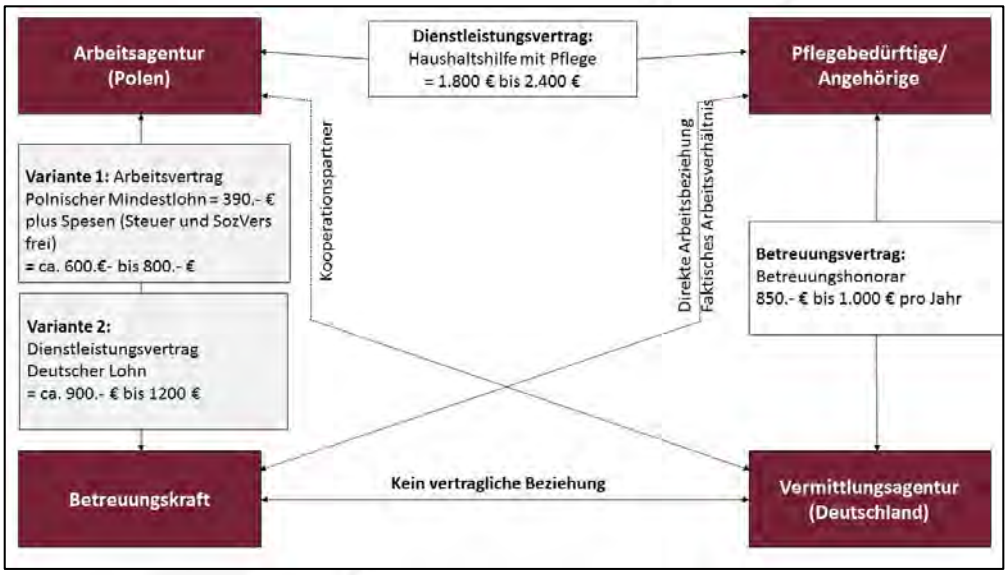



Abbildung 36: Vermittlungssystem in der häuslichen Pflege
Nach Böning/Steffen, 2014, S.22

3. **Grenzüberschreitend selbstständig Tätige in Privathaushalten**
   Bei dieser Variante können Betreuer(innen) in Privathaushalten ein Gewerbe sowohl in Deutschland als auch in ihrem Herkunftsland anmelden und arbeiten als Selbstständige (vgl. Böning/Steffen, 2014, S. 19).



**Problematisierung der Umsetzungspraxis**

Die Betreuung älterer Menschen in Privathaushalten, die sogenannte „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“, „24-Stunden-Pflege“ etc. gerät immer wieder, meist durch Presseberichte, ins Schlaglicht der Öffentlichkeit (vgl. z.B. Badische Zeitung vom 9.4.2015). Im Bereich der Haushalte älterer und alten Menschen hat sich in Deutschland ein grauer Arbeitsmarkt für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen entwickelt. Dieser Markt wird in Baden-Württemberg vor allem aus Arbeitskräften osteuropäischer EU-Mitgliedsstaaten gespeist und entwickelt sich unter anderem deswegen, weil der Bedarf vom regulären Markt der ambulanten Dienste nicht gedeckt werden kann (vgl. Böning/Steffen, 2014, S. 19f).

Da es sich aber auch, zumindest in Teilbereichen, um nicht angemeldete Beschäftigungsverhältnisse handelt, ist eine genaue Zahl der Betreuungskräfte in Privathaushalten in Deutschland nicht verfügbar. In einer Umfrage des Deutschen Institutes für Pflegeforschung wurde eine Anzahl von 100.000 mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen in Privathaushalten ermittelt (vgl. Neuhaus/Isfort/Weidner, 2009, S.9). 2014 schätzte die Gewerkschaft Ver.di im Rahmen einer Studie die Zahl bundesweit beschäftigter Migrant(inn)en in Privathaushalten auf 115.000 - 300.000 (vgl. Böning/Steffen, 2014, S.11).

Gesicherte Zahlen für Baden-Württemberg sind bisher nicht verfügbar. Vor allem im ländlichen Raum muss aber davon ausgegangen werden, dass die Zahlen noch über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Die Zahl von mindestens 100.000 Live-ins für Deutschland konnte im Rahmen des Projekts „Pflege und Migration. Mittel-und Osteuropäische Haushaltshilfen“[1] (2011-2013) der KH-Freiburg bestätigt werden (Projektleitung N. Schirilla). Aus dieser Studie, bei der 77 Pflegedienste in den Landkreisen Emmendingen und Breisgau-Hochschwarzwald und der Stadt Freiburg befragt wurden, konnten für Baden-Württemberg die Zahlen von ca.3.920 mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (moH) ermittelt werden. Diese Zahl wurde für Pflegebedürftige errechnet, die im Sinne von Kombileistungen, gleichzeitig auch von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Da mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen jedoch vor allem in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen tätig sind, die Geldleistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, kann etwa von zusätzlichen 9.000 moHs ausgegangen werden. Insgesamt wären nach dieser Modellrechnung knapp 13.000 moHs in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg tätig (vgl. Kiekert/Schirilla 2013).

| **Hochrechnung der Ergebnisse auf** | **Hochgerechnete Anzahl mittel- und osteuropäischer Haushaltshilfen (moHs) in Haushalten mit Pflegebedürftigen** | | |
|---|---|---|---|
| | moHs bei Pflegebedürftigen mit zusätzlicher Tätigkeit ambulanter Pflegedienst | moHs bei Pflegebedürftige ohne amb. Pflegedienst | moHs bei Pflegebedürftigen insgesamt |
| • Stadt Freiburg;<br>• Landkreis Breisgau/Hochschwarzwald<br>• Landkreis Emmendingen | 272 | 627 | 899 |
| • Baden-Württemberg | 3.918 | 9.024 | 12.942 |
| • Deutschland | 43.585 | 91.403 | 134.988 |

Tabelle 14: Mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (moHs) in Haushalten mit Pflegebedürftigen.
Quellen: eigene Erhebung, eigene Berechnung, unter Einbeziehung von Angaben des Stat. Landesamtes Baden-Württemberg (2013) und des Statistischen Bundesamtes Deutschland (2013)

88

Da es sich in diesem Bereich um ein großes Dunkelfeld handelt, sind nicht sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die als Betreuungs- und Haushaltshilfen tätig sind, nicht erfassbar. Eine realistische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs pflegebedürftiger Menschen und der Lage von Betreuungskräften in Privathaushalten wäre nach Aussagen des Deutschen Instituts für Pflegeforschung (dip) nur durch regelmäßige Untersuchungen im Rahmen einer Pflegeberichterstattung möglich. Diese müssten über die derzeit zur Verfügung stehenden Pflegestatistiken und Kennzahlen deutlich hinausgehen (vgl. Neuhaus/ Isfort/ Weidner 2009, S.16).

***Nach einer Modellrechnung sind in Baden-Württemberg rund 13.000 Haushaltshilfen aus Mittel- und Osteuropa in der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen tätig***

Um dennoch Aussagen zur Relevanz der Beschäftigung von Betreuungskräften in Privathaushalten treffen zu können, wurde im Rahmen dieses Gutachtens eine telefonische Befragung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg durchgeführt. Dabei wurde davon ausgegangen, dass diese einen besonders guten Einblick in die Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien haben, die sich aus Beratungsanfragen und –anliegen ableiten lassen.

**Ergebnisse einer ergänzenden Befragung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg**

Um im Rahmen dieses Gutachtens aktuelle Aussagen auch zur Tätigkeit von Betreuungskräften in Privathaushalten machen zu können, wurde eine Befragung von Pflegestützpunkten durchgeführt, die Art und Umfang des Beratungsbedarfs von Betroffenen zu diesem Thema in den Mittelpunkt stellte. Es handelte sich dabei um eine Vollerhebung unter allen Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg, die mittels eines Kurzfragebogens befragt wurden. Insgesamt wurden 44 Fragebögen verschickt (auf der Homepage der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg sind 48 Pflegestützpunkte aufgeführt, davon sind 4 Pflegestützpunkte regional unterteilt, aber mit gleichen Kontaktadressen und von daher auch mit denselben Ansprechpartnern: http://www.bw-pflegestuetzpunkt.de). Der Rücklauf betrug 22 Fragebögen (50%). Die Rücklaufquote, korrespondierend mit den Antworten aus den Pflegestützpunkten, verweist eindeutig darauf, dass es sich um ein hochrelevantes und aktuelles Thema bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen handelt.

**1.) Wieviel Prozent Ihrer Anfragen beziehen sich auf das Thema Betreuungskräfte in Privathaushalten?**



Insgesamt variiert die Prozentzahl der Anfragen bei den Pflegestützpunkten zum Thema Betreuungskräfte in Privathaushalten zwischen 4 % und „bei fast allen Anfragen“, durchschnittlich beziehen sich 19% der Anfragen darauf.

**2.) Welches sind die drei häufigsten Vermittlungsanliegen?**

Die häufigsten Vermittlungsanliegen (Auswahl: pflegerische Versorgung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, 24-Stunden-Betreuung, Tagesbetreuung, Nachtbetreuung, Verhinderungspflege,) in den Pflegestützpunkten beziehen sich auf die Bereiche:

- Pflegerische Versorgung
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- 24-Stunden-Betreuung

**3.) Werden Ihrer Erfahrung nach von Ihren Klienten deutsche oder ausländische Betreuungskräfte gewünscht oder besteht in dieser Hinsicht keinerlei Präferenz?**

In den überwiegenden Fällen, so ist die Erfahrung der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten, werden von den Anfragenden zunächst deutsche Pflegekräfte gewünscht. Allerdings wird auch beschrieben, dass die Herkunft der Betreuungskräfte unwichtig sei, entscheidend seien Sprachkenntnisse bzw. Kommunikationsfähigkeit der

Personen. Dem Wunsch der Pflegebedürftigen und / oder ihrer Angehörigen nach einem Einsatz deutscher Betreuungskräfte kann aufgrund von deren mangelnder Verfügbarkeit und vor allem aus Kostengründen meist nicht entsprochen werden. Mit dem Einsatz von deutschen Pflegekräften – so wird übereinstimmend berichtet – seien zu hohe Kosten verbunden, so dass ihr Einsatz für die meisten Betroffenen nicht erschwinglich sei. Fragen der Finanzierbarkeit von Betreuungsleistungen sind für den Einsatz ausländischer Pflegekräfte ausschlaggebend. Selbst die Anforderung an deutsche Sprachkenntnisse tritt letztlich hinter finanzielle Fragen zurück. Vorrangig ist, es übernimmt überhaupt jemand die (pflegerische) Betreuung. Durch Pflegebedürftige und / oder ihrer Angehörige wird, wenn es um ausländische Betreuungskräfte geht, gezielt nach Pflegekräften aus Osteuropa gefragt.

**4.) Wo sehen Sie die größten Herausforderungen im Bereich der Vermittlung und Begleitung von Betreuungskräften in Privathaushalten?**

Die Herausforderungen beim Einsatz von Betreuungskräften aus der Sicht der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten konzentrieren sich einerseits auf die Arbeitsbedingungen der (meist osteuropäischen) Betreuungskräfte und auf Fragen deren Qualifikation sowie auf die Situation der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, wenn es darum geht, geeignete Betreuungskräfte zu finden und zu beschäftigen. In diesen drei Bereichen werden folgende Aspekte genannt:

| **Pflegebedürftige / Angehörige** |
|---|
| • zu wenig bezahlbare Angebote<br>• wenig Akzeptanz legaler Varianten<br>• Arbeitgebermodelle für alte Menschen zu kompliziert und aufwändig<br>• unüberschaubare / intransparente Anbieter (Online-Agenturen)<br>• fragliche Seriosität der Anbieter<br>• Passgenauigkeit in der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen / Angehörigen und den Betreuungskräften<br>• kulturelle Differenzen<br>• hoher Beratungsbedarf (Arbeitsrecht/ Steuerrecht etc.)<br>• wer hilft / unterstützt bei Problemen? |

90

| **Arbeitsbedingungen der Betreuungskräfte** |
|---|
| • ausbeuterische Arbeitsbedingungen<br>• fehlende Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen<br>• geringe Bezahlung<br>• illegale Beschäftigung / Schwarzarbeit<br>• Scheinselbstständigkeit / rechtliche „Grauzonen“<br>• fehlende Qualitätssicherung / Kontrolle (insb. wenn keine Angehörigen vor Ort sind)<br>• keine professionelle Begleitung / Anleitung vor Ort |

| Qualifikation der Betreuungskräfte |
|---|
| • mangelhafte deutsche Sprachkenntnisse<br>• geringe bis gar keine fachliche Qualifikation insbesondere im Hinblick auf:<br>- Versorgung von Menschen mit Demenz<br>- grundpflegerische Tätigkeiten (z.B. Körperpflege)<br>- seniorengerechtes Kochen (z.B. Schonkost)<br>- deutsches Arbeitsrecht<br>- Maßnahmen, die der eigenen Gesundheit dienen (z.B. rückenschonendes Arbeiten, psychische Gesundheit, Grenzen der Belastbarkeit kennen) |

Die Herausforderungen, die von den Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte angeführt werden, verweisen auf hohen Beratungsbedarf insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsformen und Bedingungen der (meist ausländischen) Betreuungskräfte. Vielfach ist es weder ihnen noch den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen möglich, die Seriosität bzw. Legalität von Vermittlungsagenturen zu beurteilen. Auch Fragen der Qualifikation der Betreuungskräfte und von Qualitätskontrollen deren Einsatz bleiben im Dunkeln. Wer ist letztlich zuständig für Fragen der Qualitätssicherung in diesem Bereich? Der oft dringliche Bedarf an (pflegerischer) Betreuung verbunden mit der Erfordernis, diese Dienstleistung so kostengünstig wie möglich einzukaufen, führen zu herausfordernden und vielfach prekären Arbeitsbeziehungen sowohl auf Seiten der Betreuungskräfte als auch auf der Seite der Pflegebedürftigen. Dazwischen stehen häufig die Mitarbeitenden der Pflegstützpunkte, die in diesem Zusammenhang nur eingeschränkt (be-)raten und eingreifen können.

91

**5.) Was wäre für Sie als Mitarbeiter(in) im Pflegestützpunkt in diesem Themenbereich unterstützend bzw. hilfreich?**

Nach Einschätzung der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten ist, im Kontext des Einsatzes von Betreuungskräften, die Klärung von Fragen der Qualitätssicherung und -kontrolle vorrangig. Sie fordern einheitliche Qualitätskriterien und -standards (z.B. Prüfsiegel oder eine Form der verpflichtenden Zertifizierung) der Anbieter bzw. Vermittleragenturen. Dazu gehöre in erster Linie eine Transparenz über die Kosten und die tatsächlich mögliche Arbeitszeit der Betreuungskräfte vor dem Hintergrund der Arbeitszeitgesetzgebung. Entsprechend wird ein Werbeverbot von Agenturen, die 24-Stunden-Pflege durch eine Person propagieren, angemahnt. Für die Beurteilung der Qualifikation der Betreuungskräfte selbst sollten standardisierte Kompetenzprofile (Sprachverständnis, Pflegeerfahrung, Aus-/Fortbildung) erarbeitet und angewendet werden. Hilfreich wären für die Beratung in den Pflegestützpunkten sowie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine Übersicht über legale und qualitätsgeprüfte Anbieter sowie Checklisten, aus denen ersichtlich wird, was bei der Beschäftigung von Betreuungskräften von den Anfordernden alles bedacht werden muss. Dafür ist es aus ihrer Sicht auch erforderlich, dass von staatlicher Seite verständliches und eindeutiges Informationsmaterial (z.B. hinsichtlich der Arbeitgebermodelle) zur Verfügung gestellt wird und Hürden, die eine legale Beschäftigung behindern (umständliche, anspruchsvolle Verwaltungstätigkeiten, die für viele alte und hochbetagte Menschen nicht

bewältigbar sind) abgebaut werden. Dazu gehört aus der Sicht der Befragten auch das Schaffen von klaren Rechtslagen (z.B. Entsendemodell) bzw. rechtlichen Vorgaben, die Beschäftigungsverhältnisse im Sinne der Betroffenen legalisieren. Vorstellbar sei die Anerkennung dieser Versorgungsform nach Einzelfallprüfung (Angemessenheit) auch im Rahmen des SGB XI, damit der Wunsch und das Wahlrecht der Pflegebedürftigen anstelle von Sachleistungspflicht zum Tragen kämen. In diesem Zusammenhang wird ein Pflegebudget vorgeschlagen. Insgesamt seien in diesem Versorgungssektor mehr staatliche Kontrollen (es werden speziell die Zollämter genannt) erforderlich.

Für die Betroffenen wünschen sich die Befragten unabhängige Instanzen (z.B. Verbraucherschutzorganisationen), die den Markt beobachten, bewerten und verlässliche Empfehlungen ohne Verkaufsinteressen aussprechen können. Durch sie sollten beispielsweise kostenfreie Hausbesuche durchgeführt werden. Auch Beratungsstellen für Kunden, Anbieter und Beratende (analog zur Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen) seien geeignet, um die Auswahl der geeigneten Hilfen zu unterstützen. Darüber hinaus wären Erfahrungsberichte und Kontakte zu Familien, in der eine Haushaltshilfe lebt, hilfreich. Damit korrespondierend seien Anlaufstellen für ausländische Betreuungskräfte sowie Beratungsstellen im Bereich „Gewalt in der Pflege“ vonnöten. Eine gute Vernetzung ins Hilfenetz der Kommunen sei in diesem Zusammenhang unterstützend. Neben der Möglichkeit auf (osteuropäische) Betreuungskräfte zurückzugreifen, wünschen sich die Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten Unterstützung bei der Initiierung und Etablierung eigener ergänzender Versorgungskonzepte, um das Angebot an solchen Dienstleistungen zu vergrößern (z.B. ein Pool von Haushaltskräften, die regional eingesetzt werden können, spezielle Angebote für Nachtwachen durch ambulante Pflegedienste). Insgesamt – so wird aus den Ergebnissen dieser Befragung deutlich – sei der gesellschaftlicher Diskurs im Hinblick auf den Umgang mit Menschen, die „unsere alten Eltern pflegen und deren Menschenrechte (Freizeit, gerechte Bezahlung)“ dringend zu intensivieren.

## 2.6 Verweildauer im Pflegeberuf

**Frage 2.6 der Enquete-Kommission**

Wie viele Pflegekräfte in Baden-Württemberg brechen ihre Tätigkeit in Pflegeberufen ab und wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer von Pflegekräften in dieser Tätigkeit?

Differenziert nach:

- Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäusern
- Rehabilitationseinrichtungen
- Verschiedene Berufsfelder der Pflege

Zur Beschreibung der durchschnittlichen beruflichen Verweildauer von Pflegefachpersonen wurde auf verschiedene Studien zurückgegriffen. Dabei fällt auf, dass in diesem Zusammenhang auf Gesamtdeutschland bzw. auf Europa bezogene Daten vorliegen, jedoch keine gesonderten Daten für Baden-Württemberg existieren.

1. Die **NEXT-Studie** (2005) untersuchte Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa. Im Ergebnis zeigten sich folgende Beweggründe für das Verlassen des Pflegeberufs: Arbeitsbelastung (21,3%), private Gründe (21%), berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (15,7%), Unzufriedenheit mit der Führung der Einrichtung (12,7%) (vgl.next-uni-wuppertal.de, Zugriff am 24.4.15).



2. **Die Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg** (2009) in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), zeigt, dass Pflegekräfte in Deutschland durchschnittlich 8,4 Jahre in ihrem Beruf verbleiben. Sie verdeutlicht, dass besser ausgebildete Personen eine deutlich längere Berufsverweildauer aufweisen als Personen mit geringeren Ausbildungszeiten. So liegt die durchschnittliche Verweilzeit von examinierten Altenpfleger(innen), mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren, bei durchschnittlich 12,7 Jahren, während Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Durchschnitt nur 7,9 Jahre im Berufsfeld Pflege blieben. Diese Tendenz zeigt sich auch im Vergleich mit der Gesundheits- und Krankenpflege: Krankenpflegehelfer(innen), mit einer Ausbildungszeit von einem Jahr weisen eine durchschnittliche Verweilzeit von 7,5 Jahren auf, bei Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) beträgt die berufliche Verweildauer durchschnittlich 13,7 Jahre.

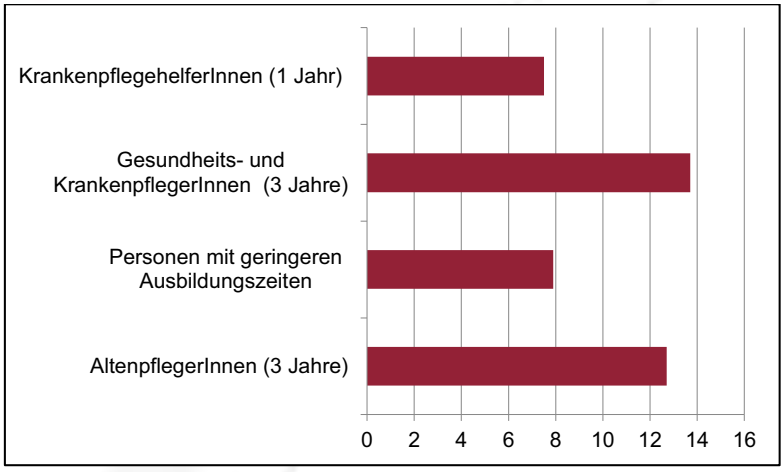



*Abbildung 37: Berufsverweildauer von Pflegekräften nach Ausbildungsstand (in Jahren)*
*Quelle: Hackmann, T.2009 Arbeitsmarkt Pflege; Eigene Darstellung*

Neben der Ausbildungsdauer und den damit in verbindungstehenden Qualifikationsniveaus, spielt das Alter der Pflegekräfte eine Rolle beim Berufsausstieg. Jüngere Berufseinsteiger(innen) zeigten eine kürzere Verweildauer im Pflegeberuf als ältere Mitarbeiter(innen).



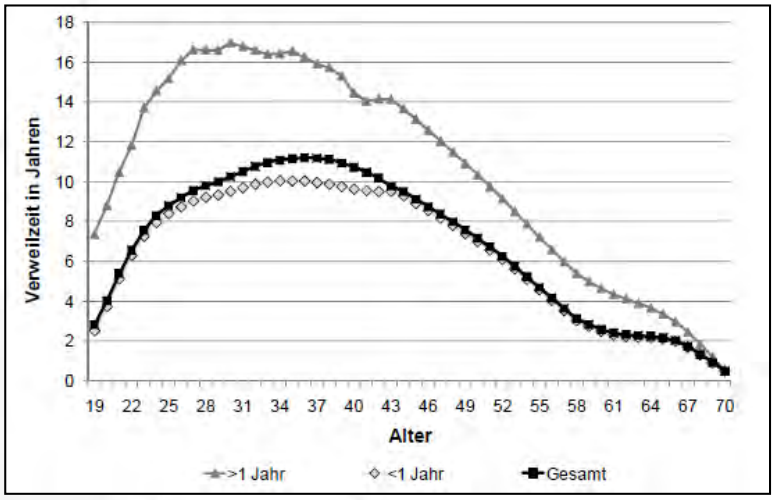



*Abbildung 38: Verweildauer weiblicher Altenpflegekräften nach Ausbildungszeit*
*Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege, S. 20*

Als weiterer Faktor beim Verbleib im Pflegeberuf kann der Tätigkeitsbereich genannt werden: Eine längere Berufsverweildauer der Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) wird häufig damit begründet, dass die Tätigkeit nicht allein auf körperlich belastende

pflegerische Tätigkeiten beschränkt sei, sondern auch inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben beinhalte.

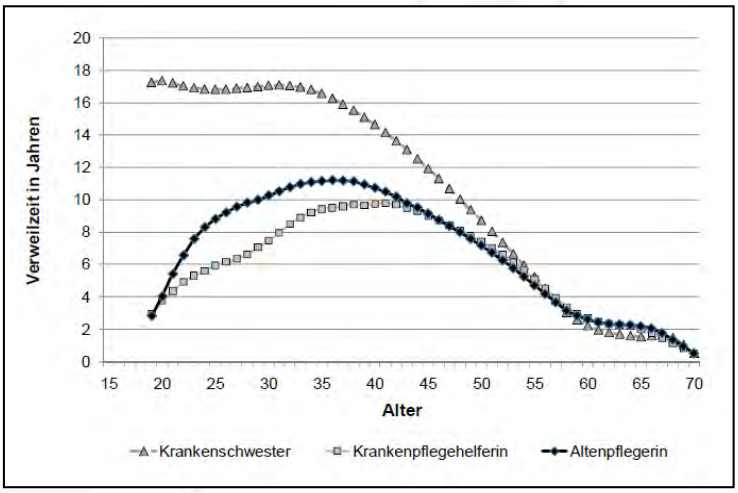



*Abbildung 39: Vergleich der Verweildauer*
*Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege mit Bezug auf IABS (1975-2004) S. 20*

Die Anzahl der Altenpfleger(innen) könnte durch eine Angleichung der Verweildauer der Altenpflegekräfte an die der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, je nach angenommenem Szenario, um weitere 80.000 bzw. 260.000 Personen steigen. Die Nachfrage an professionellen Pflegeleistungen ließe sich somit also nur zu 15 bzw. 48 Prozent befriedigen (vgl. Hackmann, 2009, S.22). Siehe nachfolgende Abbildung:

95

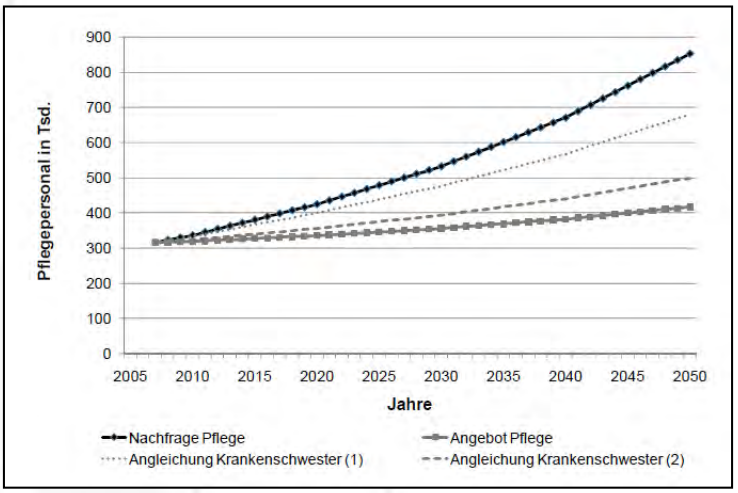



*Abbildung 40: Personalentwicklung Pflege mit unterschiedlicher Berufsverweildauer Szenarien 1 & 2*
*Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege mit Bezug auf IABS (1975-2004) S. 23*

Dieser hohe Wirkungsgrad verdeutlicht die Notwendigkeit einer genauen Analyse und Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung der Berufsverweildauer von Altenpflegekräften.

***Die Verweildauer im Pflegeberuf steigt mit Dauer und Qualität der Ausbildung - ein deutliches Plädoyer gegen eine Absenkung von Zugangsvoraussetzungen und Qualifikationsniveaus***

Das bedeutet, dass mit dem Ausbau von eher niederschwelligen Kurzqualifikationen, auf der Stufe von Pflegehelfer(inne)n, eine eher kürzere Verweildauer im Pflegeberuf und ein früher Berufsausstieg verbunden sind.

Neben der Verweildauer von Pflegekräften ließe sich das Pflegeangebot durch die Zunahme an Neueinsteiger im Pflegeberuf über eine Erhöhung der Anzahl an der Ausbildungsplätze, die jedoch an einer Attraktivitätssteigerung des Berufs gekoppelt werden müsste, sicherstellen.

Darüber hinaus sollten vorzeitige Berufsabbrecher(innen) durch gezielte Angebote in den Pflegeberuf zurückgeholt werden (vgl. Hackmann 2009, S.24).

3. **Pflege-Thermometer des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e.V. (dip) (2009)**



Die Studie des Deutschen Instituts für Pflegeforschung von 2009 weist auf bestimmte Aspekte hin, die für die Verweildauer der Pflegenden im Beruf und in Deutschland relevant sind.

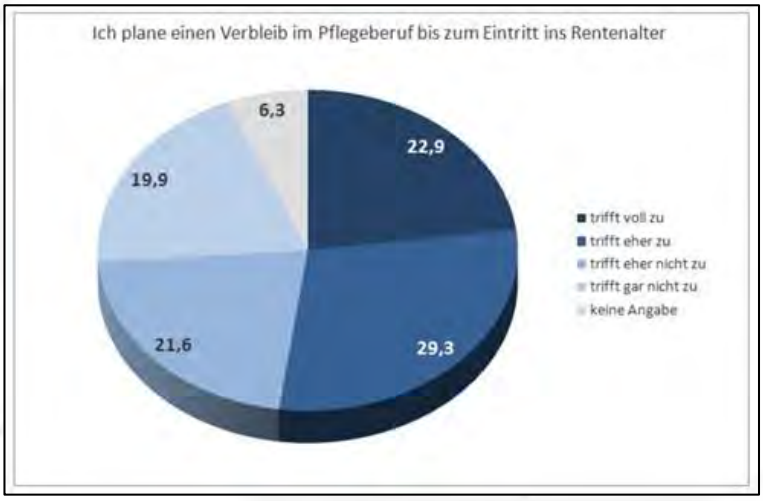



*Abbildung 41: Einschätzung zu Berufstätigkeit bis zum Rentenalter © dip 2010 aus Isfort et al.,2010, S.45*

Bedenklich erscheint die Tatsache, dass die Pflegenden selbst der Ansicht sind, ihren Beruf nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können (vgl. Isfort et al., 2010, S.44). Bereits 2004 stellte Heidi Höppner fest, dass Fragen nach der Gesundheit der Pflegekräfte nach wie vor so betrachtet werden, als würde Nicht-Gesundsein zum Pflegeberuf gehören. Die Thematisierung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen führe selbst seitens der Pflegenden regelmäßig zu Irritationen: In der Selbstbeschreibung der Pflegenden würden Gesundheitsrisiken substantiell zu den unausweichlichen Grundlagen des Berufes gehören (vgl. Höppner, H. 2004, S. 9) – was in der Folge eine Beschäftigung in der Pflege bis zum Rentenalter undenkbar macht.

Neben dem Ausstieg aus dem Beruf, stellt die Abwanderungen der Pflegenden in andere Länder, in Baden-Württemberg vor allem ins Zielland Schweiz, vor besondere Herausforderungen Jede fünfte im Rahmen des Pflege-Thermometers 2009 befragte Pflegekraft (22,8%) kann sich vorstellen, im Ausland in der Pflege zu arbeiten. Besonders ausgeprägt ist diese Bereitschaft bei den unter 25-jährigen Pflegenden (41,2%) (vgl. Isfort et al., 2010, S.48) - eine Tendenz, die durch die Studie der TU Berlin „Pflege wandert aus“ bestätigt wurde (vgl. www.pflege-wandert-aus.de, mit Bezug auf die RN4cast-Studie 2013– siehe nachfolgende Ausführungen).

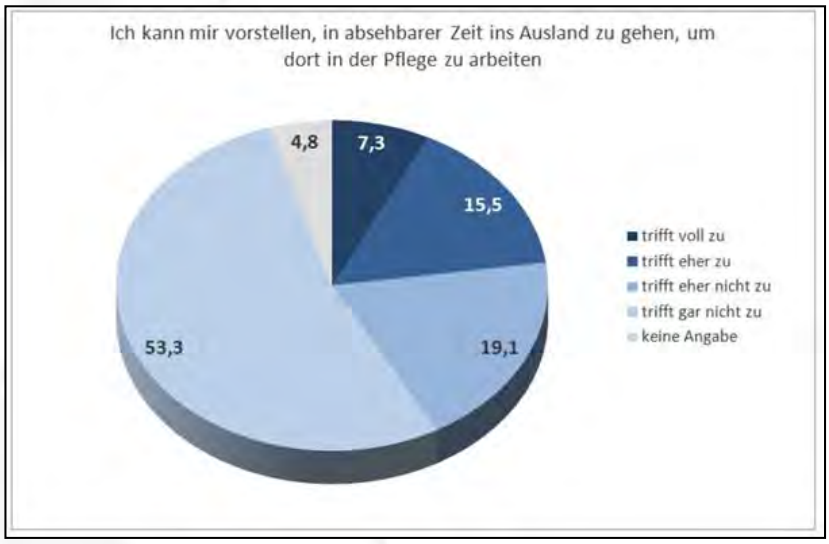



*Abbildung 42: Einschätzung zur Arbeit im Ausland © dip 2010*
*aus Isfort et al., 2010, S.46*

97

Die Abwanderung gut qualifizierter deutscher Pflegekräfte führe, so die Autoren des Pflegethermometers, zu einer weiteren Schwächung der Pflegekapazität in Deutschland und somit zu einer Verschärfung des Fachkräftemangels. Es müsse mit Nachdruck an den Arbeitsbedingungen gearbeitet werden, die es Pflegenden ermöglichen und attraktiv erscheinen lassen, ihren Beruf in der eigenen Heimat auszuüben (vgl. Isfort et al. 2010, S. 48)

4. **Die internationale Studie RN4Cast** (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) untersuchte u.a. die Gründe der Abwanderung aus dem Beruf und aus Deutschland. Folgende Faktoren, die als verantwortlich für Absicht zum Auswandern gelten und die sich auf die Arbeitssituation im Heimatland beziehen, konnten ausgemacht werden:

   - hohe Arbeitsbelastung
   - begrenzte Entscheidungsbefugnisse
   - niedriges Gehalt
   - fehlende Anerkennung
   - schlechte Zusammenarbeit und Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegepersonal,
   - schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten (vgl. RN4Cast, 2013).

   Bei dem Wunsch den Beruf zu verlassen bzw. auszuwandern, spielt die Arbeitsbelastung der Pflegenden eine zentrale Rolle. Diese steht in direktem Zusammenhang zur Anzahl der von ihnen zu betreuenden Patient(inn)en oder Bewohner(inn)en. Das Pflegekraft-Patient(inn)enverhältnis in Deutschland liegt mit 1:9,9 weit über dem EU-Durchschnitt von ca. 1:6,6 (schlechter schneiden nur noch Polen und Spanien ab). Dies deutet auf einen hohen Arbeitsdruck und eine daraus resultierende hohe Belastung der Pflegekräfte hin.

98

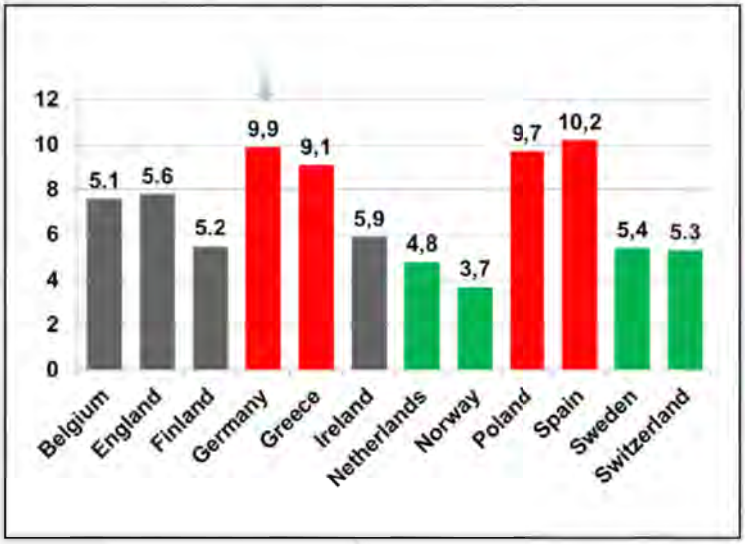



*Abbildung 43: Patienten-Pflegekraft Relation*
*Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum*

Auch im Bereich der Arbeitszufriedenheit weist Deutschland besorgniserregende Werte auf: Sind in den RN4Cast-Ländern über 25% der Pflegekräfte mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden, so beträgt diese Zahl bei deutschen Pflegekräften 37,3 %.

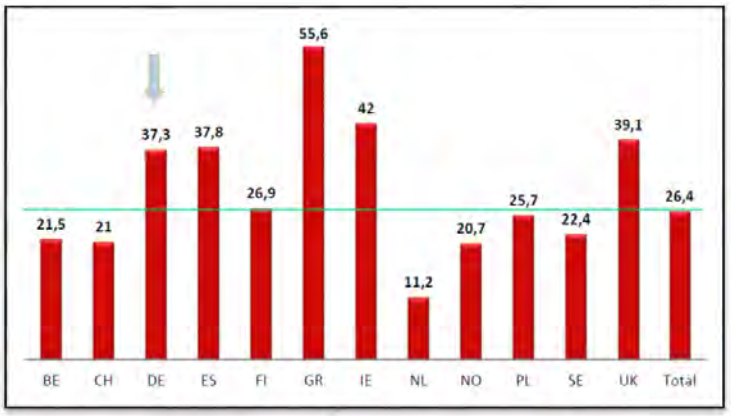



*Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation*
*Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum*

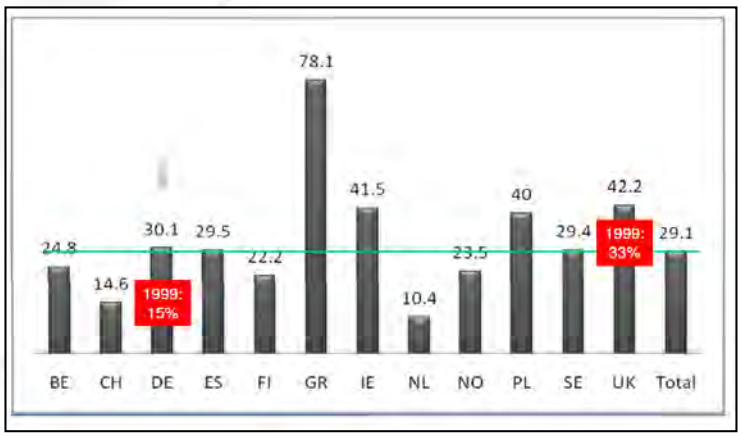



*Abbildung 45: Burnout & Emotionale Erschöpfung*
*Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum*

Die Zahl der an Burnout und emotionaler Erschöpfung leidenden Pflegenden ist mit fast 30% im Durchschnitt in den RN4Cast Ländern sehr hoch. Mit 30,1% liegt Deutschland zwar nur leicht über diesem Schnitt. Bedenklich ist jedoch, dass sich diese Zahl seit 1999 verdoppelt hat.

***Auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von Pflegekräften – psychisch und physisch - muss stärker geachtet werden, um ihre Berufsfähigkeit länger zu ermöglichen.***

Vor dem Hintergrund der Altersentwicklung in den Pflegeberufen und einem insgesamt höheren Bedarf an Pflegekräften in Deutschland sollte stärker darauf geachtet werden, wie die Gesundheit und damit die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte erhalten werden kann (vgl. Isfort et al. 2010, S.48).

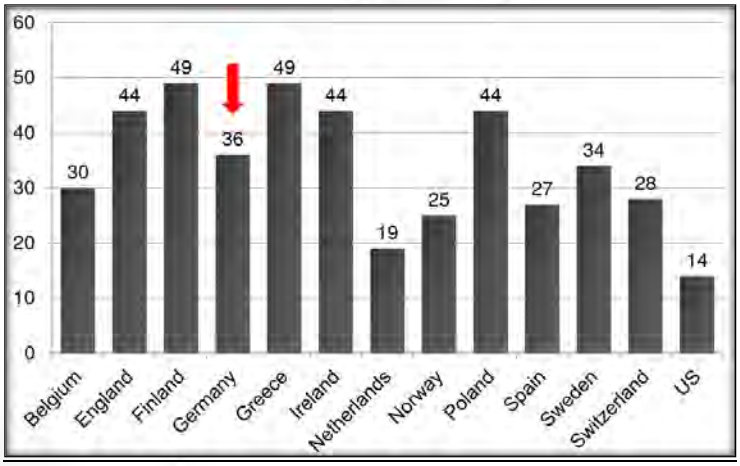



*Abbildung 46: "Intent to leave" innerhalb des nächsten Jahres, Quelle: RN4 Cast http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf , Zugriff am 02.07.15*

100

Die Tatsache, dass 36% der im Rahmen der RN4cast-Studie in Deutschland befragten Pflegenden einen Ausstieg aus dem Beruf innerhalb des nächsten Jahres erwägen, zeigt, wie ernst die Situation in Deutschland geworden und wie dringend der Handlungsbedarf ist.

Wenngleich valide Daten auf Landesebene bislang nicht vorliegen, gilt dieser Trend bezogen auf Baden-Württemberg gleichermaßen, Es zeigt sich aber auch, dass zu diesem hoch relevanten Thema eine deutliche Forschungslücke besteht.

Bezogen auf die Frage des Verbleibs bzw. der Fluktuation in der Pflegeausbildung gibt der nächste Abschnitt Auskunft – dazu wurde im Kontext der Erstellung dieses Gutachtens eine landesweite Studie an den Pflegeschulen durchgeführt.

## 2.7 Die Ausbildungssituation in der Pflege

**Frage 2.7 der Enquete-Kommission**

Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden der Berufe im Bereich der Langzeitversorgung in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Art der Fachkräfte (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Haus- und Familienpflege, Heilerziehungspflege, Hauswirtschaft, etc.)
- Art der Hilfskräfte (Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe, Alltagshilfe, etc.)
- Qualifikationsniveaus
- Prognose zur „Generalistischen/ Integrierten Ausbildung“

Jeweils unter Berücksichtigung der:

- Frauen- und Männeranteile
- Herkunftsländer

In den Pflegeberufen konnten für das Ausbildungsjahr 2013/14 insgesamt 26.740 neue Auszubildende verzeichnet werden – dies entspricht einem Plus von 13,9 Prozent innerhalb von drei Jahren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Bundesländer gleichermaßen systematische Schulstatistiken führen. Beispielsweise fehlen die Daten aus den Ländern Hessen, Bremen und Hamburg, während in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz nicht nur die begonnen Ausbildungen zur Altenpflegefachkraft, sondern auch Ausbildungen zum Altenpflegehelfer mitgezählt wurden (Bonin et al. 2015).



Die Zahlen der Auszubildenden im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung sind seit Beginn der Erfassung durch das Statistische Landesamt 1995 kontinuierlich gestiegen. Im Schuljahr 2013/14 absolvierten 8.961 Personen die Ausbildung zum/ zur Altenpfleger(in).

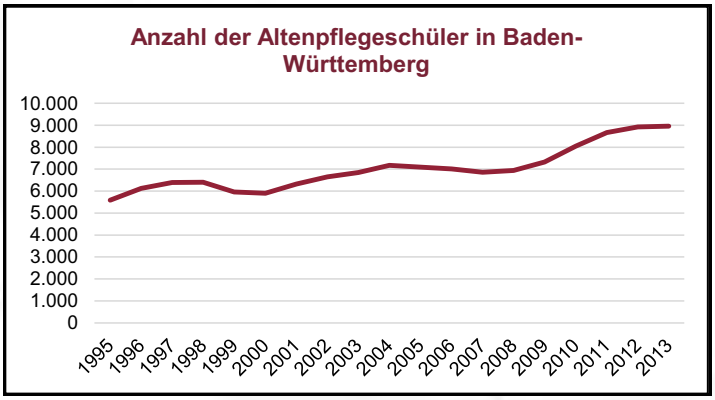



*Abbildung 47: Anzahl Auszubildende Altenpflege BW 1995-2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

Ausgehend vom Durchschnitt der letzten fünf Jahre und unter der Annahme, dass die Anzahl der Absolvent(innen) konstant bleibt, kann von 3.000 frisch examinierten Altenpfleger(innen) pro Jahr ausgegangen werden. Bis 2030 wären das 56 000 zusätzliche Altenpflegekräfte, womit der potenzielle Bedarf an Fachkräften durch Ausbildung gedeckt wäre. In dieser Rechnung ist allerdings die erhebliche Zahl an ausscheidenden Pflegekräften, die ersetzt werden müssen, nicht berücksichtigt. Weiterhin ist in diese Rechnung einzubeziehen, dass - auch im Hinblick auf den hohen Frauenanteil unter den Auszubildenden – etliche Berufsanfänger(innen) aus familiären Gründen eine Teilzeitstelle suchen. (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012).

Die Zahl der Auszubildenden als Altenpflegehelfer(innen) in Baden-Württemberg wird erst seit 2003 erfasst. Auch hier lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg verzeichnen, im Schuljahr 2013/14 absolvieren laut Statistischem Landesamt Baden-Württemberg 1.188 Personen die Ausbildung zur Altenpflegehilfe.

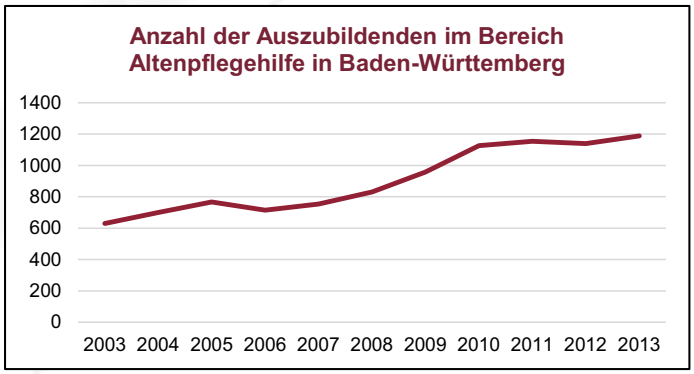



*Abbildung 48: Anzahl Auszubildende Altenpflegehilfe BW 1995-2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*



Ein anderes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege (für die Jahre 1999 und 2000 stehen Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg nicht zur Verfügung).

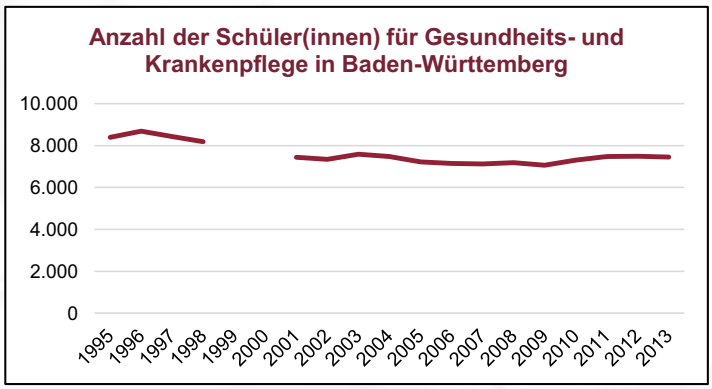
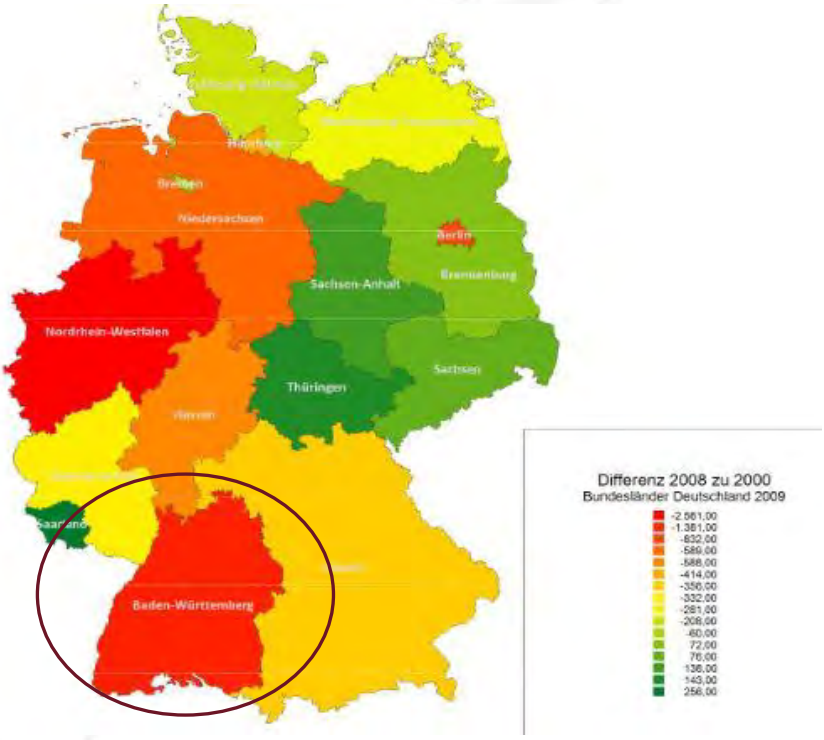



*Abbildung 49: Anzahl Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege BW 1995-2013*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wurden – laut einer Studie des Deutschen Institutes für Pflegeforschung (dip) – Zwischen 2000 und 2008 1.381 Ausbildungsplätze in Baden-Württemberg abgebaut.




103

*Abb. 50: Ausbildungsplatzentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern. Quelle: Isfort/Weidner et al., 2010, S.37*

Die Autoren der Studie merken an, dass der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege deutlicher zu bemerken sei als in der Altenpflege. Die sinkenden Ausbildungszahlen der vergangenen Jahre führten dazu, dass heute in der Gesundheits- und Krankenpflege weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen seien als im Jahr 2000. Gleichzeitig habe sich der Mitarbeiterbestand in der Gruppe der über 50-Jährigen verdoppelt (vgl. Isfort et al. 2010, S.37).

Auf der Grundlagen der Daten des Statistischen Landesamtes BW lassen sich für das Land Bade-Württemberg folgende Aussagen zur Geschlechterverteilung und zur Anzahl an ausländischen Auszubildenden in den jeweiligen Pflegeausbildungen formulieren.

Der Frauenanteil unter den Auszubildenden in der Pflege ist hoch, diesbezüglich zeigen sich zwischen den verschiedenen Ausbildungsgängen nur geringe Unterschiede.

***Der demografische Wandel zeigt sich deutlich in den berufsbiografischen Verläufen in der Pflege – der Anteil der über 50-jährigen Pflegekräfte hat sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt!***

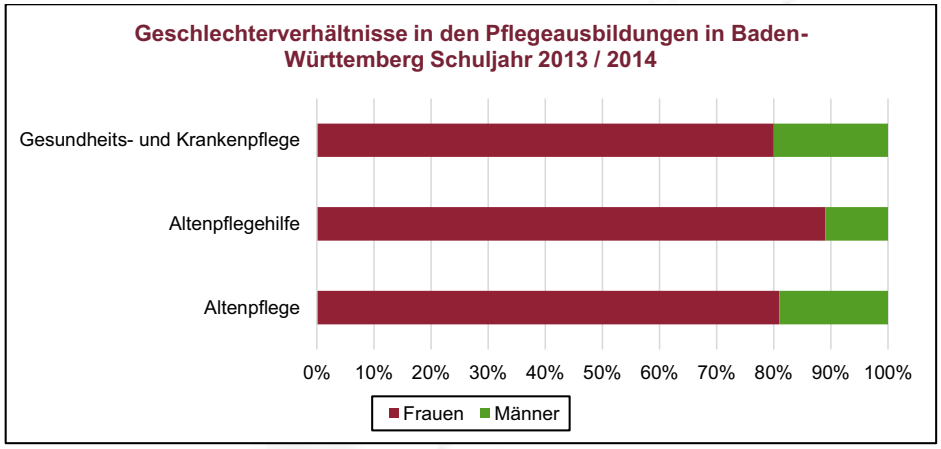



*Abbildung 51: Geschlechterverteilung in der Pflegeausbildung in BW, Schuljahr 2013/14*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

Die Nationalitäten der ausländischen Schüler(innen) werden in den statistischen Berichten zu den beruflichen Schulen in Baden-Württemberg nicht einzeln ausgewiesen, sondern nur als Gesamtwert angegeben. Für die einzelnen Ausbildungsgänge zeigen sich die nachfolgend dargestellte Anteile an ausländischen Auszubildenden. Den höchsten Anteil an ausländischen Auszubildenden hat in Baden-Württemberg die Ausbildung zur Altenpflegehilfe mit 40%.



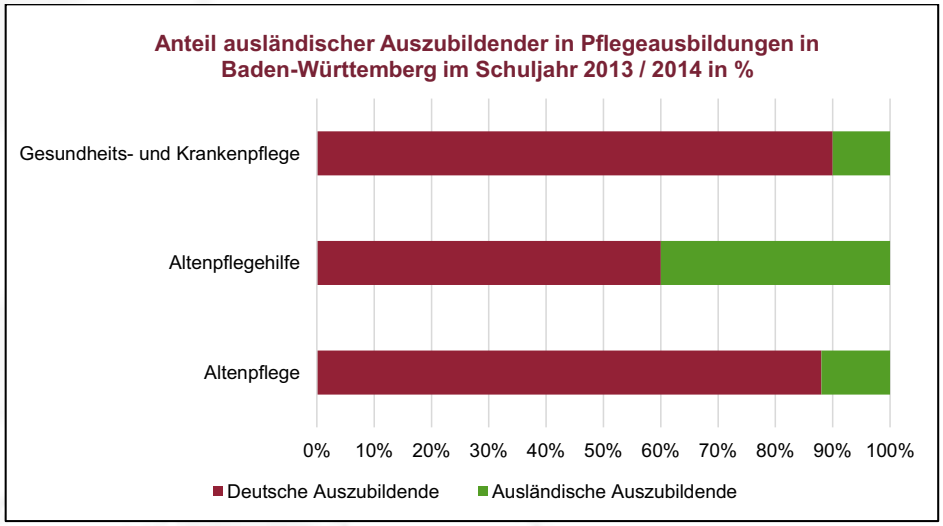



*Abbildung 52: Anteil ausländischer Auszubildende in den Pflegeausbildungen BW, Schuljahr 2013/14*
*Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW*

## 2.8 Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung

**Frage 2.8 der Enquete-Kommission**

Wie viele Auszubildende in Baden-Württemberg brechen ihre Ausbildung in Pflegeberufen ab?

Differenziert nach:

- Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen
- Verschiedene Berufsfelder in der Pflege

Der Abbruch von Pflegeausbildungen wird in Baden-Württemberg nicht über die Schulstatistiken erfasst. Dementsprechend ist es nicht möglich, dazu valide und aktuelle Daten zu präsentieren. Zurückgreifen lässt sich auf den Ausbildungsreport der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) aus dem Jahr 2012, in dem bundesweit die Auszubildenden in den Pflegeberufen befragt wurden. Bezogen auf die Abbrüche in der Pflegeausbildung gaben 53,5% der befragten Auszubildenden an, dass vier bis zehn Auszubildende in den jeweiligen Kursen die Ausbildung aus Leistungsgründen abbrachen. Betrachtet man die verschiedenen Ausbildungsgänge separat, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege: In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gaben 46,9% der befragten Auszubildenden an, dass vier bis zehn Auszubildende die Ausbildung aus Leistungsgründen abbrachen, in der Altenpflege war die Angabe mit 62,5% deutlich höher. Die Verdi-Studie kommt zum Ergebnis, dass die Quote der Abbrechenden aus Leistungsgründen in der Altenpflege höher ist als in der Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (vgl. ver.di 2012, S.48*)*.



Ob diese Tendenz auch in Baden-Württemberg sichtbar wird, ließ sich mit den vorliegenden Daten nicht aufzeigen. Aufgrund der Bedeutung des Themas für die Zukunftssicherung der Pflege und Versorgung hat die Katholische Hochschule Freiburg, im Kontext der Erstellung dieses Gutachtens, im Frühjahr 2015 eine Onlinebefragung aller Pflegeschulen Baden-Württembergs zum Thema Ausbildungsabbruch durchgeführt. Ziel war es, sowohl die Erfassung der Zahl der Ausbildungsabbrüche, als auch den Umfang der statistischen Erfassung derselben an den Schulen. Versendet wurden 164 Fragebogen, 77 der ausgefüllten Fragebogen waren so ausgefüllt, dass sie auswertbar waren. Das entspricht einer Beteiligungsquote von 46%.

Die Bögen wurden von Schulen mit unterschiedlichen Ausbildungsgängen beantwortet. Entsprechend der Tatsache, dass einige Schule mehrere Ausbildungsgänge anbieten, zeigt sich in der Übersicht folgendes Bild der Beteiligung an der Umfrage.

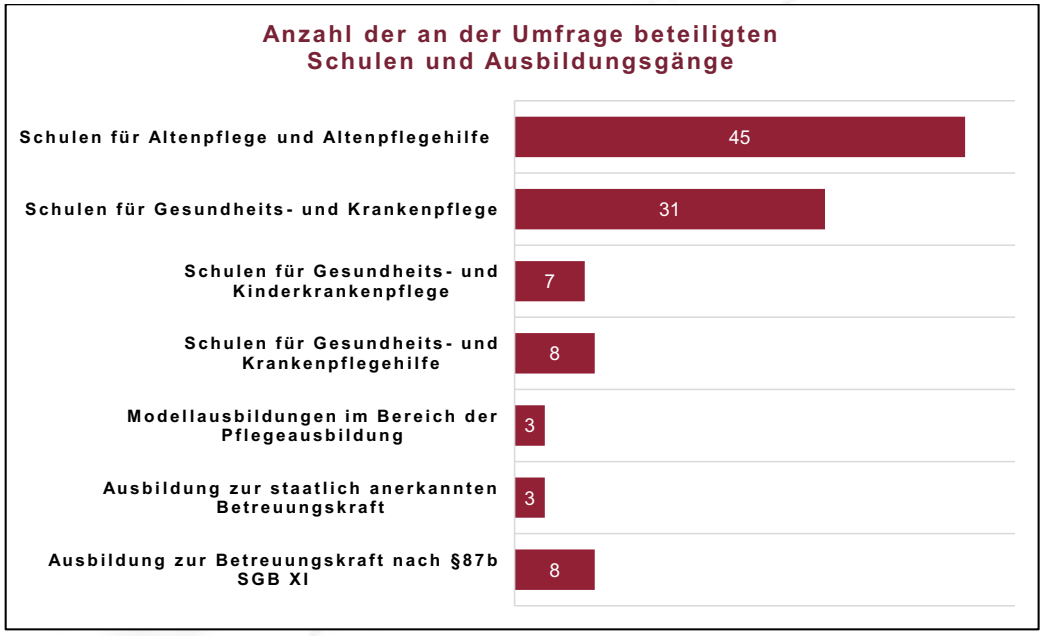



*Abbildung 53: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*



Die Größe der an der Umfrage teilnehmenden Schulen variiert stark, im Jahr 2014 boten die Schulen 18 bis 654 Ausbildungsplätze an. Im Mittelwert bieten die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege mit 49,27 Plätzen und die Schulen für Altenpflege mit 45,67 Plätzen (Bezugsjahr 2014) die meisten Plätze an. Die Schulen mit Ausbildungsgängen zur Betreuungskraft nach §87b SGB XI meldeten im Durchschnitt 37 Ausbildungsplätze.

Weniger Plätze stellten die Schulen für Altenpflegehilfe bereit (25,88 Plätze). Auch die Ausbildungen zur staatlich anerkannten Alltagsbetreuung (19 Plätze im Durchschnitt) und die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Mittelwert 18,29 Ausbildungs-plätze) lagen haben deutlich weniger Plätze. Tendenziell die kleinsten Einrichtungen sind die Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Mittelwert 15,21 Plätze).

Dementsprechend beläuft sich die **Anzahl der Absolvent(inn)en** im Jahr 2014 durchschnittlich auf folgende Zahlen:

- Gesundheits- und Krankenpflege: 40,07
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: 11,67
- Altenpflege: 32,15
- Gesundheits- und Krankenpflegehilfe: 12,25
- Altenpflegehilfe: 18,05
- Betreuungskraft nach §87b: 44,6
- Staatl. Anerkannte Alltagsbetreuung: 9,33.

Die Statistiken über Ausbildungsabbruch werden an den Pflegeschulen in unterschiedlicher Form geführt. Aus diesem Grund wurden die teilnehmenden Schulen in der Umfrage gebeten, bei nicht statistisch erfassten Daten in einem Teilbereich ihre empirische Erfahrung in Form einer Schätzung anzugeben. Durch diesen Zusatz konnte einerseits erfasst werden, welche Bereiche keiner regelmäßigen statistischen Erfassung unterliegen und andererseits war dies eine Form der Befragung, die dennoch den empirischen Erfahrung der Fachkräfte an den Schulen einen entsprechenden Raum gab. Bei relevanten Unterschieden zwischen geschätzten und erfassten Daten werden aus diesem Grund im Folgenden beide Ergebnisarten dargestellt.

**Auszubildende mit Migrationshintergrund**

Der Anteil der Auszubildenden mit Migrationshintergrund in allen Pflege- und Betreuungsausbildungen betrug laut Angaben der befragten Schulen im Jahr 2014 insgesamt 25,51%, also fast genau ein Viertel, mit geringen Schwankungen in den einzelnen Ausbildungsarten.

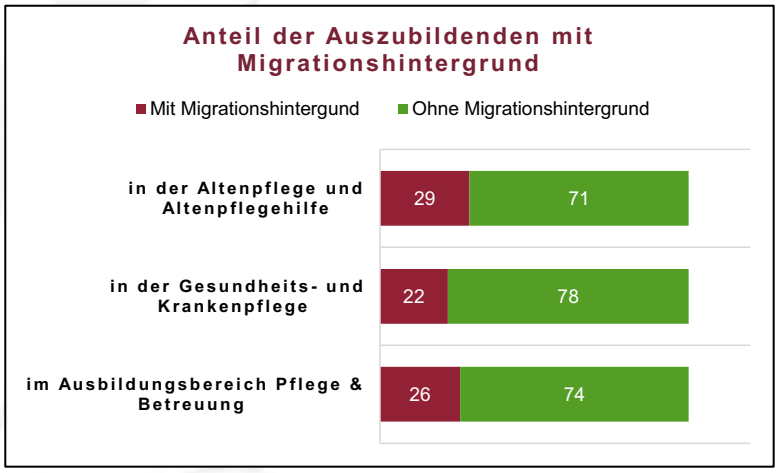



*Abbildung 54: Anteile der Auszubildende mit Migrationshintergrund in der Pflege in %, dif. nach GuK und AP; Quelle: IAF- Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung liegt der Anteil der Auszubildenden mit Migrationshintergrund mit 22,03% etwas unter dem Gesamtdurchschnitt. Dagegen liegt der Wert bei der Altenpflege und Altenpflegehilfeausbildung im Mittel bei 29,09 % Auszubildende mit Migrationshintergrund.

**Statistik über Ausbildungsabbruch**

Lediglich 64,1% der befragten Pflegeschulen gaben an, in ihrer Statistik Ausbildungsabbrüche zu erfassen. Die statistisch erfasste Abbrecherquote lag im Jahr 2014 bei 7,88%. Die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gaben mit 6,06% eine etwas

geringere Quote an als die Schulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe mit 9,43% Abbrüchen.

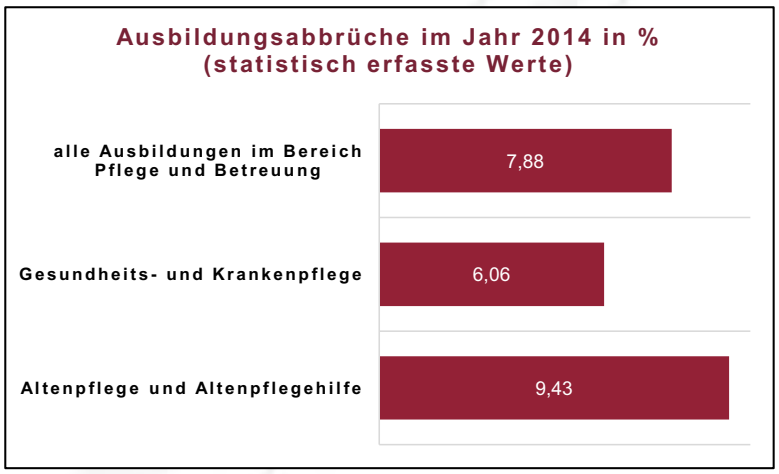



*Abbildung 55: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Die geschätzten Werte lagen insgesamt etwas unter den statistisch erfassten Werten, zeigen jedoch dieselbe Tendenz einer höheren Abbruchquote in der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung.



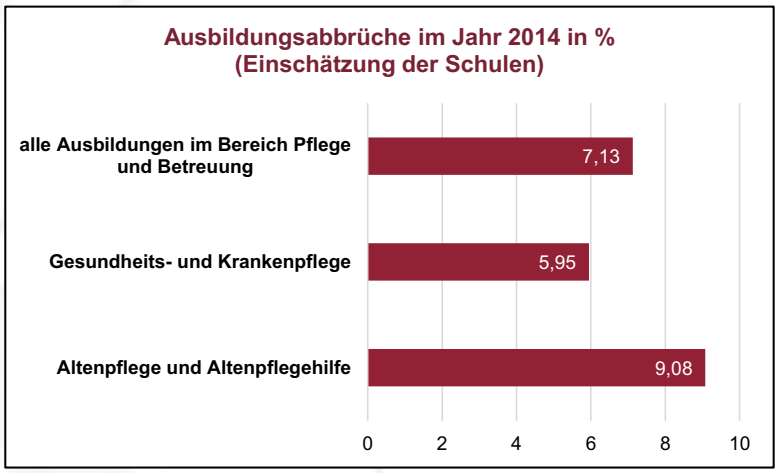



*Abbildung 56: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Damit zeigt sich die im Ver.di-Ausbildungsreport Pflegeberufe bundesweit erfasste Tendenz vermehrter Ausbildungsabbrüche in der Altenpflege auch in Baden-Württemberg.

**Ausbildungsabbrüche von Seiten der Ausbildungsstellen**

Ein Abbruch der Ausbildung kann von Arbeitgeber- oder von Arbeitnehmerseite aus unterschiedlichen Gründen erfolgen. Im Folgenden wird dargestellt, wieviel Prozent der Ausbildungsabbrüche nach Angaben der Pflegeschulen von Arbeitgeberseite aus erfolgten.

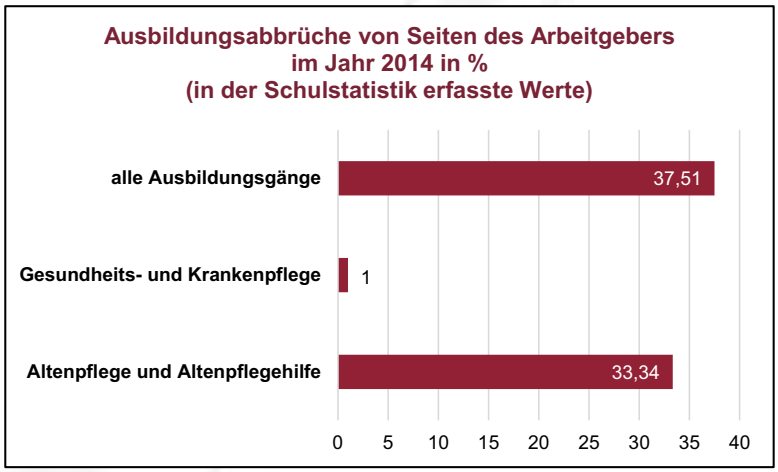



*Abbildung 57: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Insgesamt wurden 2014 mehr als ein Drittel der Ausbildungsabbrüche auf Initiative der Arbeitgeber oder der Schulen durchgeführt. Der geringe Anteil in der Gesundheits- und Krankenpflege (1%) lässt sich auf die Zahl der in diesem Bereich statistikführenden Schulen zurückführen. Lediglich eine Schule erfasst laut der Umfrage diesen Punkt gesondert in ihrer Statistik, die Mehrzahl der Schulen gab hier geschätzte Werte an. Der Wert wird von der Einschätzung der Schulen relativiert:



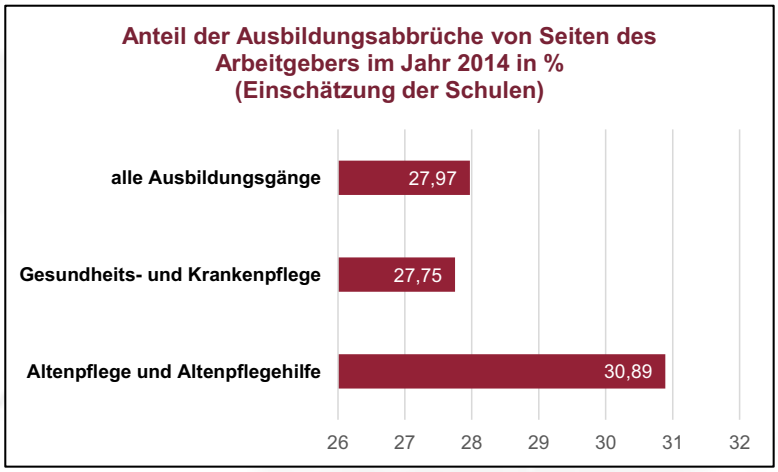



*Abbildung 58: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Festzuhalten bleibt, dass ungefähr ein Drittel der Ausbildungen nicht auf Initiative des Auszubildenden beendet werden. Die Einschätzung der Schulen liegt (abgesehen von der Gesundheits- und Krankenpflege) insgesamt unter den statistisch erfassten Werten. Hier bleibt offen, ob diese Tatsache einen Trend zur positiven Selbstbewertung zeigt oder ob Schulen, die bereits viel Erfahrung mit Ausbildungsabbrüchen haben, in der Folge diese auch statistisch erfassen. Eine Antwort darauf kann nur eine durchgängig geführte Statistik über Ausbildungsabbruch geben.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch ein Vergleich der Pflegeausbildung mit anderen Ausbildungen.

***Rund ein Drittel der Ausbildungsabbrüche in der Pflege erfolgt durch die Ausbildungsstellen, nicht auf Initiative der Auszubildenden!***

**Frauenanteil bei den Ausbildungsabbrüchen**

Der hohe Frauenanteil unter den Ausbildungsabbrechenden (siehe nachfolgende Gasrfik) muss natürlich, besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege, vor allem vor dem Hintergrund des hohen Frauenanteils in den Pflegeausbildungen (siehe auch Frage 2.7) gesehen werden.



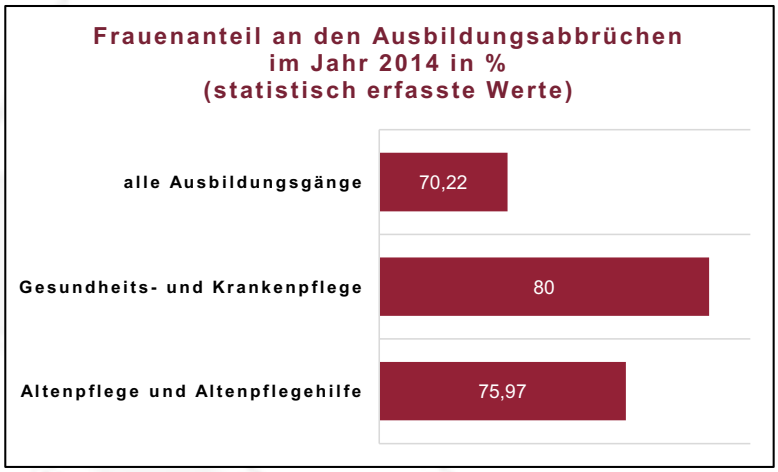



*Abbildung 59: IAF- Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

**Ausbildungsabbrüche nach Alter**

Gefragt nach dem Alter, in dem Ausbildungsabbrüche hauptsächlich stattfinden, konnten folgende Werte ermittelt werden:

Bezogen auf alle Pflegeausbildungen erfolgten, statistisch erfasst, 36,8% der Abbrüche bei den unter 20-jährigen Auszubildenden, 42,16% bei Auszubildenden im Alter von 20 bis 30 Jahren und 19,15% bei Auszubildenden über 30 Jahren.

Die angegebenen Erfahrungswerte der Schulen unterscheiden sich in diesem Bereich nur unwesentlich von den statistisch erfassten Werten.

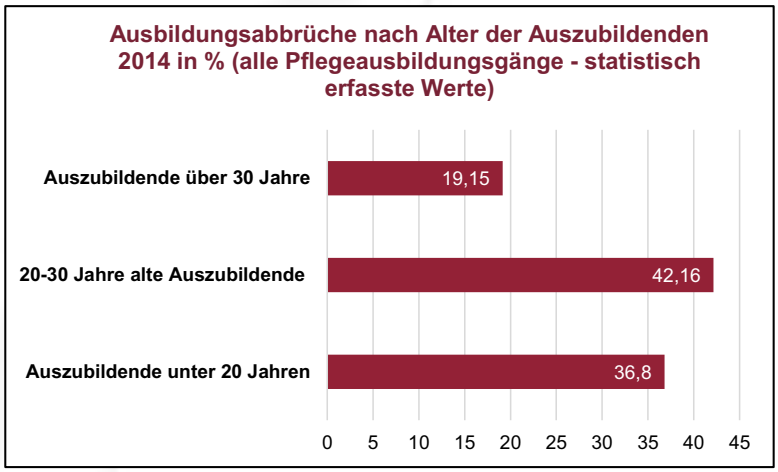



*Abbildung 60: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

111

Während bei allen Pflegeausbildungen der Hauptanteil der Ausbildungsabbrüche 2014 im Alter zwischen 20 und 30 Jahren erfolgte, bietet die Gesundheits- und Krankenpflege ein anderes Bild: Hier brachen 2014 hauptsächlich Auszubildende unter 20 Jahren die Ausbildung ab.

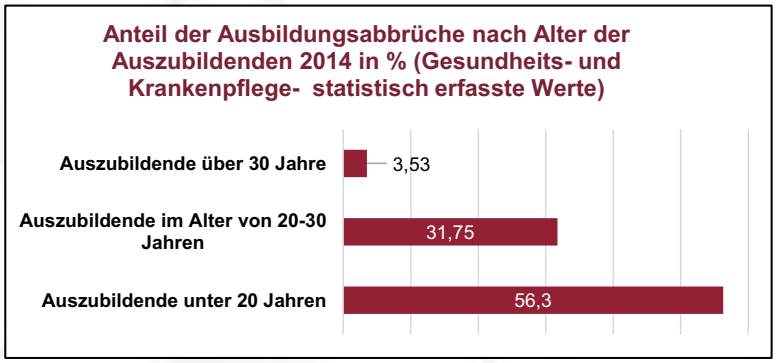



*Abbildung 61: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Die Spitze der Abbrüche bei den unter 20-jährigen Auszubildenden zeigt sich auch bei den hier nicht graphisch dargestellten Erfahrungswerten der Schulen.

Die Ergebnisse der Umfrage im Bereich der Ausbildung zur Altenpflege und Altenpflegehilfe stellen ein anderes Bild dar - hier waren es 2014 beide Altersgruppen unter 30 Jahren, die den Hauptanteil der Ausbildungsabbrüche bilden.

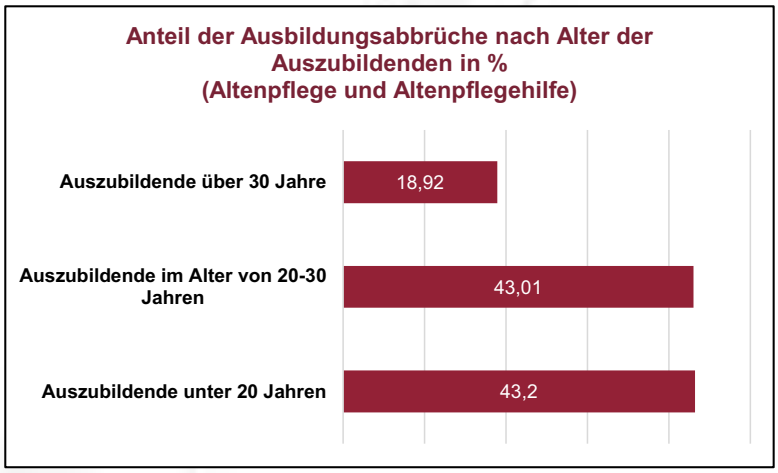



*Abbildung 62: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*



Bei allen Ergebnissen wird die Tendenz deutlich, dass die Ausbildungsabbrüche mit steigendem Ausbildungsalter deutlich sinken.

Die gesonderte Betrachtung einzelner Merkmale Auszubildender in der Pflege führt zwangsläufig zur Frage der individuellen Gründe für einen Ausbildungsabbruch.

Nach der Häufigkeit der Nennung wurden als Hauptgründe für Ausbildungsabbrüche in der Befragung angegeben:

- gesundheitliche und persönliche Gründe (Schwangerschaft, Erkrankungen und persönliche Probleme)
- mangelnde berufliche Eignung (geringe Ausbildungsreife bzw. Unfähigkeit der Bewältigung der Praxisanforderungen)
- Überforderung im theoretischen Bereich der Ausbildung
- falsche Vorstellung des Pflegeberufes
- berufliche Umorientierung, Studium, Umzug
- familiäre Gründe
- ungünstige Arbeitsbedingungen in den Praxiseinrichtungen
- fehlende Sprachkenntnisse
- Überschreiten der Fehlzeiten
- arbeitsrechtliche Gründe

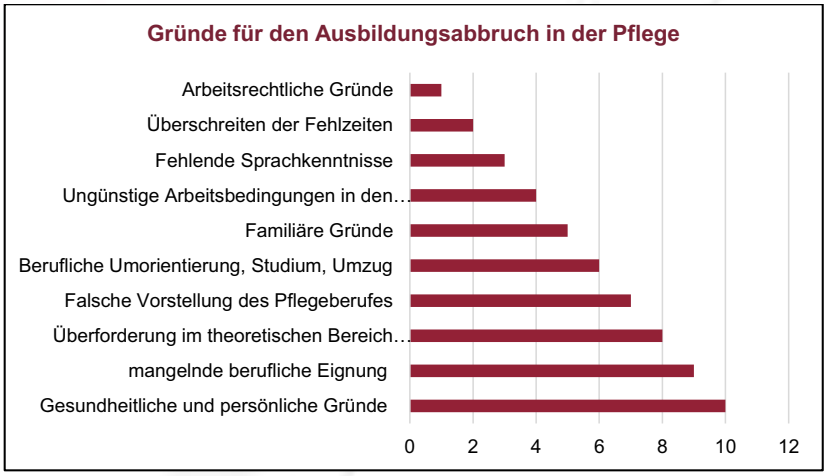



*Abbildung 63: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

**Lebenssituationen während Ausbildungsabbrüchen**

Auf die Frage, in welchen Lebenssituationen Ausbildungsabbrüche ihrer Einschätzung nach verstärkt vorkommen, nannten die Expert(inn)en an den Schulen mit Abstand am häufigsten die Situation der „ersten Ausbildung nach Schulabschluss". Erst danach wurde die Situation der „Ausbildung während der Familienphase" benannt, dicht gefolgt von der Lebenssituation „mit Migrationshintergrund". Eher selten kommt nach Einschätzung der Schulen ein Abbruch in der Situation der zweiten Ausbildung vor, noch seltener wird die Förderung durch die Agentur für Arbeit als Lebenssituation im Zusammenhang mit Ausbildungsabbruch genannt.



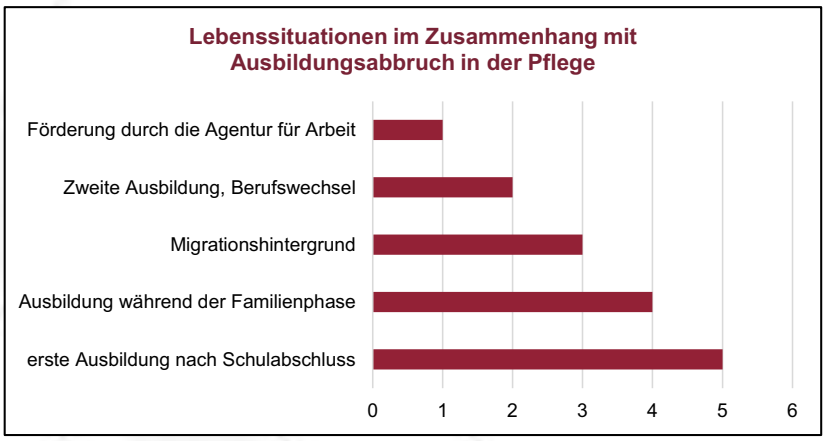



*Abbildung 64: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015*

Darüber hinaus wurden folgende Aspekte als Faktoren benannt, die den Ausbildungsabbruch eher fördern:

- schlechte Bezahlung und immense Überstundenkonten in den Praxiseinrichtungen.
- Heirat, vor allem bei Auszubildenden mit Migrationshintergrund
- Befreiung von familiärem Druck bei „Pflegedynastien“ - die Ausbildung wurde aufgrund von familiärem Druck begonnen.
- Ausbildung wurde begonnen, weil der Schüler/ die Schülerin keinen anderen Ausbildungsplatz bekommen hat.
- Wechsel zu anderen Ausbildungen.

***Pflegeausbildungen, denen eine reflektierte Entscheidung zu Grunde liegt, münden eher in langfristige Pflegekarrieren – die Pflegeausbildung als „Notlösung“ ist dagegen eher störanfällig***

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

## Kapitel 3 des Gutachtens

115

# Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

WWW.KH-FREIBURG.DE

## 3.1 Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

Im Kontext von Prävention und Rehabilitation ist die geriatrische Rehabilitation von wesentlicher Bedeutung - sie ist aber um die zunehmende Bedeutung von Prävention im Vorfeld von Pflegebedarf und um Rehabilitation bei bereits bestehendem Pflegedarf zu ergänzen. Jedoch sind empirische Studien zu Art und Umfang rehabilitativer Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit oder bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sehr rar.

Die Zahl der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg ist seit 2001 um 19 % zurückgegangen. Dies ging mit einer Reduzierung der Bettenkapazität um 17 % einher. Durch den demographischen Wandel ist eine Verschiebung der Häufigkeiten bestimmter Diagnosen als Rehabilitationsgrund zu erwarten - insbesondere bei Gelenkleiden und psychischen Störungen ist von einer Zunahme auszugehen. Besonderes Augenmerk gilt der Zukunft der geriatrischen Rehabilitation, in der zwei Themenbereiche von besonderem Interesse sind: Zum einen stellt sich die Frage, wie der wachsenden Zahl der Patienten mit Demenz begegnet werden kann, zum anderen geht es zentral um die Abrechnungsmöglichkeiten und –modalitäten, als um die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation. Um beide Themenbereiche für Baden-Württemberg zu beleuchten, wurde - weil entsprechende Daten nicht ausreichend zur Verfügung standen - im Rahmen der Erstellung dieses Gutachtens eine Online-Befragung durchgeführt. In diesem Rahmen wurden die Leitungen der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen befragt, die im Geriatriekonzept Baden-Württemberg aufgeführt sind. So konnte ein deutliches Bild über die zentralen Herausforderungen und Problemlagen im Land skizziert werden. Im Bereich der demenziellen Erkrankungen ist die Lage sehr different: manche Einrichtungen sehen sich in diesem Kontext bereits sehr gut vorbereitet, bei einer größeren Gruppe besteht jedoch noch Handlungsbedarf (vgl. 3.2). Die finanzielle Situation wird einheitlich als sehr schlecht bewertet. Die Einrichtungsleitungen sehen bei gleichbleibenden Vergütungssätzen der Krankenkassen keine Perspektive für den Erhalt ihrer Strukturen. Auch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner spürbaren Veränderung geführt.



### Vorbemerkungen zu Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

Bevor auf die Fragen zur Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote (siehe 3.1) und die Anzahl der Menschen mit Rehabilitationsleistungen (siehe 3.2) eingegangen wird, werden zur Ausleuchtung des Hintergrunds einige grundlegende fachliche Aspekte zu Prävention und Rehabilitation ausgeführt. Dabei geht es insbesondere darum, den Diskussionsrahmen zu entfalten, in den die Debatte zu Fragen von Prävention und Rehabilitation eingebettet ist, mit den Kernaspekten *Reha vor Pflege* und der Messbarkeit von Prävention im Kontext von Pflegebedarf.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert gesundes Alter(n) als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zum Erhalt der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern.

Die Diskussion um *Rehabilitation und Prävention* im Kontext von Pflegebedarf ist sowohl in einem breiten inhaltlichen wie auch in einem weiten Professionsverständnis zu verorten. Art

und das Ausmaß von Rehabilitationsangeboten können deshalb in diesem Themenfeld nur einen Teilbereich abdecken.

Im wechselseitig aufeinander bezogenen Verhältnis von Gesundheit und Krankheit müssen die Begriffe Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege, wenn auch mit gewissen Überlappungen, voneinander abgegrenzt werden. So gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention - auch jenseits des Kontextes von Pflege und vor allem weit im Vorfeld von Pflege - und somit jenseits der Finanzierungsoptionen von Rehabilitationsmaßnahmen, zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsförderung setzt im Vorfeld von Krankheit bzw. bestimmten Gesundheitsrisiken an und unterscheidet sich dadurch von (gesundheitlicher) Prävention. Sie orientiert sich an dem Konzept der ‚Salutogenese' (Antonovsky), das auf Schutzfaktoren für Gesundheit basiert. Eine allgemeingültige Definition für den Begriff *Prävention* fehlt, kennzeichnet sich aber durch folgende Kriterien: Den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen (so auch älterer Personen) zu erhalten oder zu verbessern. Prävention ist interdisziplinär angelegt und damit nicht nur eine Aufgabe der Medizin. Auch Psychologie, Pädagogik, Soziale Arbeit und Soziologie leisten hierzu ihren Beitrag. In der Umsetzung versucht Prävention verschiedene Ebenen anzusprechen (z.B. Vermittlung von Wissen, Veränderung von Einstellungen). Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf nachhaltige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, die nach Maßnahmen der Primärprävention (Verhütung von Krankheit), der Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten) und der Tertiärprävention (Verhinderung bzw. Beseitigung von Folgeschäden einer Erkrankung) unterschieden werden können. Alle drei Präventionsarten sind für die Prävention von Pflegebedarf von hoher Bedeutung. Dabei sind die Aufgaben geriatrischer Rehabilitation vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention anzusiedeln (Denkinger 2014). Es gilt aber zu betonen, dass insbesondere lokale Versorgungsnetze (Senioren-Sport, Beratung, etc.) wesentlich den Bereich der Primärprävention mitbestimmen und noch weiter an Bedeutung gewinnen werden und auch sollten. Schon der 5. Altenbericht (2005) fokussiert in einem seiner Leitbilder auf die Option *„der gezielten Nutzung von Potenzialen des Alters (*BMFSFJ 2005, S. 42)*"* und postuliert:

> *„In der Prävention liegt somit eine große Chance für ein langes Leben in guter Gesundheit, Selbstständigkeit und Mitverantwortung." Gegenüber früheren Geburtsjahrgängen verfügen die heute älteren Menschen im Durchschnitt auch über eine deutlich bessere Gesundheit. Dennoch sind die bis ins hohe Alter bestehenden Präventionspotenziale bei weitem noch nicht ausgeschöpft.*" (BMFSFJ 2005, S. 42)-

117

***Prävention ist interdisziplinär und langfristig angelegt.***
***Geriatrische Rehabilitation fokussiert vor allem auf Sekundär- und Tertiärprävention.***
***Primärprävention muss künftig, vor allem im Kontext der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, noch stärker in den Blick genommen werden, auch jenseits des medizinischen Systems.***

Medizinische Rehabilitation umschreibt die Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperliche, psychische und soziale Folgen einer Behinderung bzw. Störung der Teilhabe auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist daher nicht die Heilung (Kuration) von Erkrankungen. Es geht vielmehr darum, Aktivitäten zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* umfassen ein komplexes interdisziplinäres Leistungsangebot, das von der GKV nach § 40 SGB V zu erbringen ist.

Demgegenüber stehen Einzelleistungen (Heilmittel), die eine rehabilitative Zielsetzung haben können (MDS 2009). Auch in dieser Definition kommt der Geriatrischen Rehabilitation eine Schlüsselfunktion im Kontext von Pflege zu. So zielt sie auf die *Abwendung und Minderung der Pflegebedürftigkeit, die Wiederherstellung funktionaler Fähigkeiten* (Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhalt der sogenannten ‚activities of daily living') (vgl. Tesky 2014).

Nach Jamour, Marburger & Runge (2014) ist die geriatrische Rehabilitation, als spezialisierter Zweig der Rehabilitationsmedizin, mit dem Fokus auf Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, anderen Behandlungsansätzen überlegen. Bedeutsam ist dabei, dass insbesondere vulnerable (insbesondere Hochaltrige) und gebrechliche (‚frail') Gruppen davon profitieren. Empirische Studien zu Art und Umfang rehabilitativer Leistungen, die auf die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zielen oder solche bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, sind insgesamt jedoch sehr rar (z. B. Meinck et al 2014). Spezielle Studien im Kontext von Pflegebedürftigkeit, die den Umfang des Bedarfs an Rehabilitation im Vergleich zur Inanspruchnahme von Leistungen ermitteln, seien laut Rothgang und Kollegen (2014) mit Routinedaten nur bedingt zu analysieren. Allerdings gibt es Hinweise, dass das bestehende Bedarfspotential nicht ausgeschöpft wird, da sich unter Verwendung des neuen Assessments zur Begutachtung deutlich höhere Anteile festgestellter Rehabilitationsindikationen bei einer Pflegebegutachtung zeigen, als bei einer Begutachtung mittels des herkömmlichen Verfahrens (vgl. Wingenfeld et al. 2011).



In Anbetracht dieser drei Dimension von Prävention (weit) im Vorfeld von Pflege (1), Geriatrischer Rehabilitation (2), und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedürftigkeit (3) können aktuell folgende Punkte angeführt werden, die sowohl für die Bestimmung zukünftiger Inhalte, als auch professionsspezifisch bedeutsam sind:

- *Es fehlt weiterhin eine gesetzliche Erweiterung des Pflegebegriffs:* Trotz entsprechender Ankündigungen, steht eine gesetzliche Erweiterung des verengten Pflegebegriffs immer noch aus (Wingenfeld & Schaeffer 2011). Der Pflege obliegen hierzulande vorwiegend körpernahe Unterstützungsaufgaben bei manifest gewordener, langfristiger Pflegebedürftigkeit. Dies lässt kaum Spielraum für gesundheitsförderliche und präventive Aufgaben im Kontext von Pflege (vgl. Horn & Schaeffer 2013).
- Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben können seitens der Pflege daher bislang nur im Zusammenhang mit pflegerischen Leistungen *bei bestehender Pflegebedürftigkeit* aufgegriffen werden. Die deutschsprachige Diskussion konzentriert sich damit in Einklang vor allem auf das Thema *Prävention in der Pflege*. Erst allmählich geraten auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit und die Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege in den Blick (z.B. Brucker et al. 2004;

Schaeffer 2011; Walter 2008). Hervorzuheben sind dabei konzeptionelle Arbeiten und Modellversuche wie zum Präventiven Hausbesuch (Weidner 2008) oder zur „family health nurse“ (Eberl/Schnepp 2008), in denen Pflegende präventive Aufgaben wahrnehmen. Der Erwähnung bedarf das auf Bundesebene verabschiedete Gesundheitsziel *gesund älter werden* (BMG 2012), in dem Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege einen bedeutsamen Raum einnehmen (vgl. Horn & Schaeffer, 2013).

- *Programme im Rahmen von Prävention (im Vorfeld von Pflege) finanziert über die Altenhilfe (§71 SGB XII)* gewinnen noch zu wenig an Sichtbarkeit in der Debatte um Prävention von Pflegebedürftigkeit. Als Angebote in der Kommune sind sie weniger als Maßnahmen medizinischer Rehabilitation/ Prävention individuell messbar.

Entsprechend des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg (2014) entsteht Gesundheit dort, wo Menschen leben. Kommunale Akteure sind deshalb neben Hausärzten und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Städte und Gemeinden schaffen gesunde Umgebungen, integrieren Gesundheitsförderung in Lebenswelten und fördern Netzwerke. Vielfältige präventive Angebote von zahlreichen Initiativen der Selbsthilfe, (Sport-)Vereinen und Seniorengruppen existieren bereits. Als Beispiel sei die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ genannt, die Städte und Gemeinden bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen und generationenfreundlichen Gesamtkonzepts zur Förderung der Gesundheit unterstützt (vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014).

Um diese Themen anzugehen, sind die Initiativen, die im Geratriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014 beschrieben werden, wegweisend und hilfreich:



- Zugehende Angebote wie der präventive Hausbesuch sind ein Instrument, um Menschen in ihrem Wohnumfeld zu erreichen. Das Land plant ein Modellprojekt durchzuführen, das zum wesentlichen Inhalt hat, den präventiven Hausbesuch als ein differenziertes Instrument zur Identifikation von Problemlagen im Umfeld der kommunalen Daseinsvorsorge zu erproben.

- Die Einbindung von unterschiedlichen Engagementformen, im Sinne eines Pflege- oder Hilfe-Mix (vgl. Kapitel 2). *„Bürgerschaftliches Engagement wird auch von den Kommunen unterstützt und in Modellversuchen vom Land gefördert. Erfolgsversprechend sind Handlungsansätze, die professionelle Strukturen und Angebote in Städten und Gemeinden, möglichst im Quartier, für die älteren Menschen vernetzen und mit Bürgerschaftlichem Engagement zusammenführen“* (Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S.17).

Bedeutsam ist auch, dass dabei eine umfassende Perspektivnahme unterschiedlicher Akteure verfolgt und integriert wird und sich damit die Chance eröffnet, wichtige Weichenstellungen hinsichtlich der Einbindung unterschiedlicher Professionen, aber auch im Lichte des ehrenamtlichen Engagements, vorzunehmen:

> *„Wichtig ist die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der Eigenverantwortung jedes Einzelnen durch eine gemeinsame Vorgehensweise aller im*

*Bereich Gesundheit Aktiven und Verantwortlichen. Die Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg hat das Ziel, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern, die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, die Früherkennung von Krankheiten zu unterstützen und damit die Entstehung von chronischen Erkrankungen langfristig zu vermeiden bzw. ihr Auftreten in spätere Lebensphasen zu verschieben. Damit soll die Lebensphase mit einschränkender Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit verkürzt werden, um bei steigender Lebenserwartung möglichst viele beschwerdefreie Lebensjahre zu gewinnen. Hierbei sollen auch die Patientenrechte und Fähigkeiten des Einzelnen zum Selbstmanagement gestärkt und Selbsthilfe vermehrt mit eingezogen werden. Im Rahmen einer alle Lebensbereiche umfassenden Strategie soll eine umfassende Integrationsplattform für bestehende und neue Ansätze, Programme und Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden."* (Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S.17).

Um dieses Ziel umzusetzen, wird weiter die Rolle von Hausärzten betont, die Kommune in die Pflicht genommen, aber auch die Rolle der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements betont. Dieser multiperspektivische Ansatz setzt einen Kontrapunkt zu der beobachtbaren, überwiegenden Segmentierung in der Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege". Nach Meinck, Lübke und Polak (2014) erfolgt diese häufig „als rehabilitative Versorgung im Anschluss oder als Frührehabilitation im Rahmen von Krankenhausbehandlungen, jedoch nur selten sektorenübergreifend kombiniert oder ohne unmittelbar vorhergehende Krankenhausbehandlung" (Meinck, Lübke, Polak, 2014, S.74).

120 **Daten zu Rehabilitation im Kontext von Pflege**

Zu Forschungs- und Qualitätssicherungszwecken werden im Land Baden-Württemberg verschiedene Statistiken geführt. Neben der Krankenhausstatistik, die Diagnosedaten aus den Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten enthält und den Angaben des statistischen Landesamts, beteiligen sich 80 % der baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen an der KODAS-Datenbank, die medizinische Parameter zu Rehabilitationsbeginn und -ende enthält. Zuzüglich weist auch die Rentenversicherung ihre Leistungen in der Rehabilitation 2013 in einer Statistik aus.

Die Bedeutung der KODAS-Datenbank ist auch daran erkennbar, dass sie Zusammenhänge erkennbar macht, die über die reine Betrachtung von Routinedaten nicht möglich sind. Vielmehr kann die Beschränkung auf die Auswertung von Routinedaten auch zu verzerrten Aussagen über die Wirksamkeit von Rehabilitation führen. So wird beispielsweise im Barmer GEK Pflegereport 2013 (Rothgang, Müller, Unger, 2013) darauf verwiesen, dass unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Diagnosen die Wahrscheinlichkeit steigt, nach einer Rehabilitation pflegebedürftig zu werden. Als Einschränkung führen die Autoren jedoch selbst an, dass mit den zu Grunde liegenden Routinedaten nicht auf die Schwere der Erkrankungen hin kontrolliert werden kann. Aber gerade in der geriatrischen Versorgung, die die Herstellung einer Funktion und nicht die Heilung einer Diagnose in den Vordergrund rückt, ist die Krankheitsschwere der zentrale Outcome-Parameter. Unter Nutzung der KODAS-Datenbank

kann ein Nutzen der geriatrischen Rehabilitation in Prä-Post-Verglichen jedoch deutlich aufgezeigt werden (Jamour, Marburger, Runge et al., 2014). Die Datenbank liefert also differenziertere Ergebnisse und trägt dazu bei, falsche Rückschlüsse und Fehlinterpretationen zu vermeiden.

**Prognosen**

Detaillierte Zahlen zur prognostizierten Anzahl der Präventions- und Rehabilitationsangebote und –nutzer sind kaum zu extrapolieren. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass in der kommenden Dekade ca. 50 % mehr Menschen zur Gruppe der Hochaltrigen (vgl. 1.1) gehören werden (Jamour et al. 2014), sind diagnosespezifische Prognosen der zu erwartenden Fallzahlen aus zwei Gründen schwierig. Zum einen weisen diese Prognosen selbst eine hohe Spannweite auf - so prognostizieren beispielsweise Doblhammer, Reiter et al. (2012) für das Jahr 2050, gestützt auf verschiedene Szenarien, zwischen 1,5 und 3 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Zum anderen sind prognostizierte Entwicklungen nicht rein von demografischen Daten und Zahlen abzuleiten, sondern auch durch politische Maßnahmen gestalt- und beeinflussbar, die sich auf das Gesundheitsverhalten, wissenschaftliche Fortschritte oder die Zahl präventiver Angebote auswirken.

Zudem sind die Beschreibung und die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen zur Primärprävention im (weiteren) Vorfeld von Pflege, die oft im Rahmen der Altenhilfe angeboten werden, aufgrund der strukturellen Bedingungen dieser Angebote kaum nachhaltig zu messen. So vermögen beispielsweise Beratungsprogramme (z.B. zu spezifischen chronischen Erkrankung, wie beispielsweise einer altersbedingten Sehbeeinträchtigung) auch die Selbständigkeit im Alter zu erhöhen oder gar sicherzustellen, doch fehlt es hier an Leistungsträgern und damit auch an Routinedaten, die auswertbar wären. Dies macht deutlich, dass es im Kontext von Prävention und Rehabilitation allgemein noch viele Unschärfen gibt, die bei der Prävention im Vor- und Umfeld von Pflege noch stärker wirksam sind.

### 3.1 Rehabilitations- und Präventionsangebote in Baden-Württemberg

**Frage 3.1 der Enquete-Kommission**

Wie hat sich die Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote bei Pflegebedürftigkeit seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Angaben zur Entwicklung der Rehabilitations- und Präventionsangeboten in Baden-Württemberg zwischen 1990 und 2011 wurden 2013 veröffentlicht (vgl. Tabelle 1, Gössel, 2013). Zudem enthält das vom Bundesamt für Statistik (2014) herausgegebene Dossier „Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland“ Angaben zur Entwicklung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für die Jahre 2002 bis 2013.

Von 1990 bis 2001 blieb die Anzahl der Rehabilitationskliniken (Organ- /Indikationsspezifische Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation) in Baden-Württemberg bei leichten Schwankungen relativ konstant zwischen 239 (im Jahr 1991) und 251 (im Jahr 2001). Seitdem setzte ein kontinuierlicher Rückgang der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen ein, der bis heute anhält. Aktuell existieren in Baden-Württemberg 208 Einrichtungen zur Rehabilitation. Im Vergleich zur Bundesrepublik weist Gössel (2013) darauf hin, dass in der Bundesrepublik seit 1991 eine Zunahme der Zahl der Einrichtungen in Norddeutschland und den neuen Bundesländern stattgefunden hat und vermutet darin eine Ursache für den Rückgang der Einrichtungen in Baden-Württemberg:



> *„Es kann daher vermutet werden, dass durch das in diesen Regionen Deutschlands gestiegene Versorgungsangebot Patienten, die sonst Einrichtungen in Baden-Württemberg aufgesucht haben, durch das verbesserte Angebot auf wohnortnähere oder teilweise auf spezialisierte Einrichtungen umgestiegen sind und die Fallzahlen in Baden-Württemberg daher rückläufig sind.“ (Gössel, 2013, S. 30).*

Wird jedoch nicht das Jahr 1991 sondern, entsprechend der vom Bundesamt für Statistik im Dossier „Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland“ publizierten Daten (Statistisches Bundesamt, 2014), das Jahr 2002 als Bezugsrahmen genommen, ist auch eine andere Interpretation möglich. Auch wenn die Zahl der Rehabilitationsangebote, wie von Gössel (2013) dargestellt, im Jahr 2011 über denen von 1991 liegt, gibt es nach den Angaben des Statistischen Bundesamts (2014) seit 2002 einen Rückgang der Anzahl der Rehabilitationsangebote in ganz Deutschland. Dieser Rückgang ist jedoch andernorts nicht so stark ausgeprägt wie der in Baden-Württemberg. Der Bezugsrahmen „2002“ weist aber eher auf einen andauernden Rückgang in Deutschland und in Baden-Württemberg hin (vgl. Abbildung 51). In dieser Lesart ist der Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg keine Reaktion auf das wachsende Angebot der weiteren Bundesländer, sondern ein allgemeiner Trend.

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

| Jahr | Zahl d. Einrich-tungen | Betten | Pflege-tage | Patient (inn)en | Bettenaus-lastung in % | Verweil-dauer | Personal | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ärztlich | nicht ärztlich | Pflege |
| 1990 | 243 | 28491 | 9000566 | 283347 | 86,6 | 31,8 | Keine Angaben für das Jahr 1990 | | |
| 1991 | 239 | 28612 | 9337193 | 307304 | 89,4 | 30,4 | 1313 | 16449 | 2625 |
| 1992 | 243 | 29072 | 9622131 | 307500 | 90,4 | 31,3 | 1366 | 16970 | 2722 |
| 1993 | 243 | 29528 | 9717185 | 308482 | 90,2 | 31,5 | 1404 | 17345 | 2870 |
| 1994 | 248 | 30594 | 10033500 | 316900 | 89,9 | 31,7 | 1484 | 18560 | 3170 |
| 1995 | 248 | 30877 | 10282024 | 325899 | 91,2 | 31,5 | 1539 | 19103 | 3338 |
| 1996 | 250 | 32003 | 9865307 | 325208 | 84,2 | 30,3 | 1515 | 19010 | 3542 |
| 1997 | 241 | 31594 | 7208119 | 269701 | 62,5 | 26,7 | 1299 | 16537 | 3263 |
| 1998 | 243 | 32487 | 7804399 | 300512 | 65,8 | 26 | 1360 | 16562 | 3458 |
| 1999 | 241 | 31752 | 8435360 | 333004 | 72,8 | 25,3 | 1425 | 17363 | 3713 |
| 2000 | 243 | 32393 | 8982725 | 357719 | 75,8 | 25,1 | 1516 | 18053 | 3905 |
| 2001 | 251 | 32858 | 8993039 | 360358 | 75,0 | 25 | 1547 | 18741 | 4195 |
| 2002 | 246 | 31708 | 8672974 | 352021 | 74,9 | 24,6 | 1511 | 18713 | 4198 |
| 2003 | 237 | 29976 | 8029235 | 312483 | 73,4 | 25,7 | 1447 | 17689 | 4025 |
| 2004 | 228 | 28613 | 7598378 | 301326 | 72,6 | 25,2 | 1453 | 17165 | 3931 |
| 2005 | 221 | 27764 | 7247733 | 292084 | 71,5 | 24,8 | 1411 | 16738 | 3931 |
| 2006 | 222 | 27889 | 7196004 | 291681 | 70,7 | 24,7 | 1426 | 16939 | 3949 |
| 2007 | 214 | 26802 | 7492318 | 302392 | 76,6 | 24,8 | 1445 | 17119 | 3966 |
| 2008 | 218 | 26849 | 7833488 | 313275 | 79,7 | 25 | 1486 | 17999 | 4108 |
| 2009 | 216 | 26967 | 7863387 | 313357 | 79,9 | 25,1 | 1541 | 17882 | 4108 |
| 2010 | 213 | 26958 | 7632552 | 305689 | 77,6 | 25 | 1520 | 17835 | 4137 |
| 2011 | 208 | 26567 | 7450187 | 302055 | 76,8 | 24,7 | 1527 | 17578 | 4220 |

123

*Tabelle 15: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg, Angaben aus Gössel, 2013)*

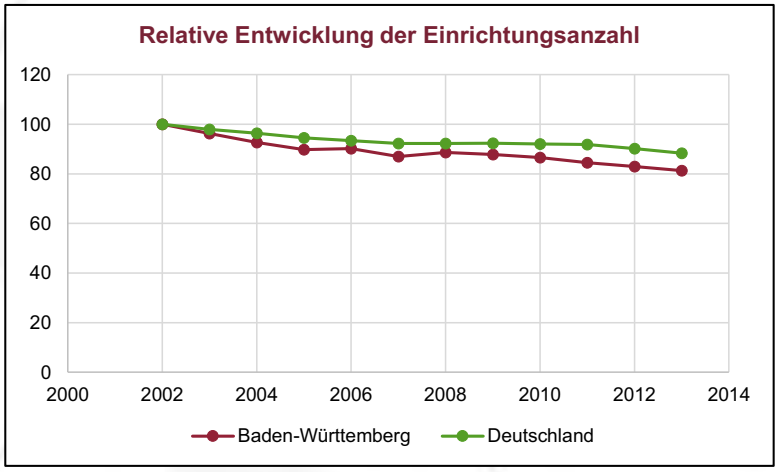



*Abbildung 65: Relative Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland von 2002 bis 2013 (zum Vergleich 2002 auf 100 gesetzt;) Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)*

WWW.KH-FREIBURG.DE

Bei den berichteten Daten handelt es sich um die Entwicklung der gesamten Einrichtungszahlen zu Prävention und Rehabilitation, die medizinische Rehabilitation anbieten und damit individuell nach Rehabilitationsleistungsrecht abrechnen. Spezifische Daten zur Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit liegen für Baden-Württemberg bislang nicht vor.

Die Entwicklung von Einrichtungszahlen im Vor- und Umfeld von Pflege in den nächsten 30 Jahren hängt maßgeblich auch von politischen Entscheidungen ab, vor allem im Hinblick auf die Definition von Leistungen und Zuständigkeiten von Prävention und Rehabilitation im Vor- und Umfeld von Pflege (vgl. 3.1).

Die folgenden Einflussfaktoren sind für die gegenwärtige Situation in Baden-Württemberg prägend:

- In enger Kooperation zwischen den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden sowie dem Landesseniorenrat, als Vertreter der Betroffenen, wurde das *Geriatriekonzept* in den letzten Jahren überarbeitet. Seine wesentlichen Ziele sind unter anderem, den pragmatischen Zugang zu den Rehabilitationsangeboten für alte Menschen, mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“, zu ermöglichen und die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen sicherzustellen (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014; BWKG 2013). Die Beteiligten verständigten sich auf ein Verfahren für eine sachgerechte und zugleich rechtzeitige Zuweisung zur geriatrischen Rehabilitation. So soll der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung unbürokratisch und pragmatisch gestaltet sein und das Ziel „Rehabilitation vor Pflege“ umgesetzt werden.



- Gleichzeitig befinden sich geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg in einer wirtschaftlich schwierigen Situation - einige von ihnen haben aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Unter anderem hat die Einführung des DRG-Systems in der akutstationären Krankenhausvergütung dazu beigetragen – dies führte in Baden-Württemberg zu einer Konkurrenzsituation zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik. Auch der Ausbau der Einrichtungen indikationsspezifischer Rehabilitation in Bezug auf die Behandlung älterer Menschen, besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie, hat hier Auswirkungen gezeigt (Ministerium f. Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014; BWKG 2014).
- Die Landesregierung hat mit dem grundlegend überarbeiteten *Geriatriekonzept* eine Grundlage für die Zukunft der geriatrischen Versorgung im Land geschaffen. Darin bekennen sich die gesetzlichen Krankenkassen zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung und sie sagen die Vereinbarung hierfür ausreichender medizinisch leistungsgerechter Vergütungssätze zu. (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014).
- Bei konsequenter Umsetzung dieser Einigungen kann die wirtschaftliche Grundlage von Einrichtungen bezüglich auskömmlicher Versorgung und Planungssicherheit (Belegungssicherheit) gesichert werden. Dies bietet die Basis, die geriatrische

Rehabilitation mit hoher fachlicher Qualität flächendeckend zu erhalten und bedarfsgerecht auszubauen. Politisch gilt es nun, die Umsetzung auch zu forcieren sowie Bedarfsorientierung und Qualität der Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.

125

## 3.2 Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg

**Frage 3.2 der Enquete-Kommission**

Wie viele Menschen erhalten aktuell Rehabilitationsleistungen und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Organ- / indikationsspezifische Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation

Es wird gebeten, Vergleichsdaten anderer Bundesländer einzubeziehen.

**Angaben zur Rehabilitation in Baden Württemberg**

Die häufigsten Diagnosen in den Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs können auf der Basis der 2014 vom statistischen Landesamt veröffentlichten Daten aus der Krankenhausstatistik gut aufgezeigt werden. Erwartbare Trends zur Entwicklung der Patientenzahlen im Bereich der häufigsten Diagnosegruppen ergeben sich auch durch die Verknüpfung mit den Zahlen aus der Bevölkerungsstrukturentwicklung, im Kontext des demografischen Wandels. Zurückgreifend auf Angaben des Sozialministeriums kann in einem nächsten Schritt die Entwicklung der Fallzahl in der geriatrischen Rehabilitation beschrieben werden. Entwicklungen zur Bettenzahl und der Zahl der Pflegetage werden in einem weiteren Schritt der Entwicklung in Deutschland kontrastierend gegenübergestellt. Speziell für Baden-Württemberg werden auch Angaben zur organ-/ indikationsspezifischen Rehabilitation mit der geriatrischen Rehabilitation verglichen. Auf der Basis weiterer Literaturrecherche werden für die Themenschwerpunkte *Demenz* und *finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation* auch Forschungsdesiderate aufgezeigt.



**Rehabilitation in Baden-Württemberg**

Im Jahr 2011 erhielten in Baden-Württemberg 302.055 Menschen Rehabilitationsleistungen. Angaben zur Häufigkeit von bestimmten Diagnosen veröffentlichte das statistische Landesamt für das Jahr 2013 für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2013). In diesen Einrichtungen gab es im Jahr 2013 gesamt 246.511 Patienten. Ein Großteil davon (62,5 %) verteilt sich auf drei Diagnosegruppen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (32,2 %), psychische und Verhaltensstörungen (16,0 %) und Krankheiten des Kreislaufsystems (15,3 %).

| Diagnosen (Pos.- Nr. der ICD 10) | 2013 in 105 Einrichtungen | | | 2012 in 106 Einrichtungen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | insgesamt[1)] | männlich | weiblich | insgesamt[1)] | männlich | weiblich |
| | Anzahl | | | | | |
| **Behandlungsfälle insgesamt** | **246 511** | **116 179** | **130 326** | **246 377** | **114 719** | **131 620** |
| darunter: Bösartige Neubildungen (C00 – C97) | 27 820 | 12 482 | 15 338 | 29 055 | 12 951 | 16 103 |
| Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90) | 8 343 | 5 431 | 3 812 | 8 029 | 4 335 | 3 693 |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99) | 39 320 | 14 111 | 25 208 | 38 639 | 13 798 | 24 831 |
| Krankheiten des Nervensystems (G00 - G99) | 7 323 | 3 487 | 3 836 | 7 302 | 3 484 | 3 818 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99) | 37 716 | 23 878 | 13 838 | 37 240 | 23 223 | 14 017 |
| Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99) | 8 564 | 4 125 | 4 438 | 7 273 | 3 564 | 3 708 |
| Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93) | 3 103 | 1 451 | 1 652 | 3 031 | 1 353 | 1 678 |
| Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (M00-M99) | 76 924 | 35 702 | 41 221 | 78 701 | 35 955 | 42 729 |
| Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 - R99) | 2 601 | 1 044 | 1 556 | 2 707 | 1 021 | 1 684 |
| Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98) | 14 707 | 6 076 | 8 631 | 14 197 | 5 836 | 8 360 |
| Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00- Z99) | 13 544 | 6 400 | 7 142 | 13 848 | 6 486 | 7 360 |

1) Einschließlich ohne Angabe zum Geschlecht.

127

*Tabelle 16: Häufigkeit von Diagnosen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten (Statistisches Landesamt Baden Württemberg, 2014)*

Auch wenn genaue Angaben zur Entwicklung in den nächsten 30 Jahren schwierig erscheinen (vgl. 3.1), können doch für die drei häufigsten Diagnosegruppen erwartbare Trends skizziert werden, die sich aus der Verknüpfung der Daten und Zahlen zur demographischen Entwicklung und den altersabhängigen Prävalenzzahlen ergeben.

Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen fallen 92,4 % der Diagnosen auf 2 Gruppen von Diagnoseschlüsseln: Gelenkleiden (43,2 %) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (49,2 %). Bei den Gelenkleiden ist für beide Geschlechter eine Zunahme der Prävalenz mit steigendem Alter zu beobachten. Daher ist, aufgrund des demographischen Wandels, in den nächsten Jahren mit einer deutlichen Zunahme des Rehabilitationsbedarfs mit dieser Diagnose zu rechnen. Im Bereich der Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens gehören die meisten Patienten (60,4 %) der Altersgruppe 45-65 Jahre an. Mit zunehmendem Alter sinkt hier die Prävalenzrate (vgl. GEK, 2009). In Zukunft ist zu erwarten, dass geburtenschwächere Jahrgänge in der Risikogruppe der 45-65 jährigen vertreten sind. Daher

erscheint ein Rückgang des Rehabilitationsbedarfes bei Erkrankungen des Wirbelsäule und des Rückens als wahrscheinlich.

In der zweithäufigsten Diagnosegruppe, den psychischen- und Verhaltensstörungen stellen neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen den häufigsten Rehabilitationsgrund dar (52,2 %). Dabei besteht ein großer Geschlechtsunterschied - ca. 73,6 % der Patienten sind weiblich. Aus zwei Gründen ist in Zukunft eine Steigerung des Rehabilitationsbedarfs wahrscheinlich. Zum einen gewinnt das Thema „Psychotherapie im Alter" gesamtgesellschaftlich an Bedeutung (Hirsch, Bronisch & Sulz, 2009), was eine Steigerung der Altersprävalenzzahlen erwarten lässt. Weiterhin kommen geburtenstarke Jahrgänge (Geburtsjahrgänge ca. 1960-1970), in den nächsten 30 Jahren in den Altersbereich 65+. Eine starke Erhöhung des Rehabilitationsbedarfs für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Alter ist daher anzunehmen. Gleichzeitig muss angemerkt werden, dass es im Land noch viel zu wenig Psychotherapeut(innen) gibt, die für ältere und alte Menschen zugänglich sind. Hier gibt es noch eine klare Versorgungslücke.

Die dritthäufigste Diagnosegruppe für Patienten in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg sind Erkrankungen des Kreislaufsystems. In diesem Bereich sind die Gruppen der ischämischen Herzkrankheiten mit 36,8 % der Diagnosen am häufigsten - davon 74,9 % bei Männern – sowie zerebrovaskuläre Krankheiten mit 33,3 %.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch den demographischen Wandel eine Verschiebung der Diagnosehäufigkeiten stattfinden wird, was zu einer Erhöhung der Gelenkleiden führen wird. Auch der Bedarf für Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Alter wird steigen – dafür sind vielerorts überhaupt erst die Voraussetzungen zu schaffen.



***Verschiebungen in den Diagnosehäufigkeiten führen zu Veränderungen in der zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen für einzelne Diagnosegruppen in der Rehabilitation und es ergeben sich wachsende Bedarfe für Psychotherapie im Alter***

**Geriatrische Rehabilitation in Baden Württemberg**

Ergänzend zur beschriebene organ- und indikationsspezifischen Rehabilitation stellt die geriatrische Rehabilitation einen wesentlichen Baustein in der Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dar (vgl. 3.1). Geriatrische Patienten zeichnen sich durch ein höheres Lebensalter (70 Jahre und älter) sowie Multimorbidität, d.h. dem Vorhandensein von mindestens zwei behandlungsbedürftigen Diagnosen, aus (Eckardt & Steinhagen-Thiessen, 2012). In der geriatrischen Rehabilitation stellt sich die Situation in Baden-Württemberg wie folgt dar: Im Jahr 2012 wurden insgesamt 17.943 Patienten versorgt. Die Fallzahl hat sich damit seit 2002 verdoppelt, was mit einer Erhöhung der Bettenkapazitäten und einer kontinuierlich verkürzten durchschnittlichen Verweildauer zusammenhängt. Die Pflegetage stiegen im gleichen Zeitraum um ca. 64% von 228.972 Patienten im Jahr 2002 auf 377.225

Patienten im Jahr 2012 (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 2014).

| Jahr | Einrichtungs-anzahl | Betten | Pflegetage | Fallzahl | Nutzungsgrad der Betten in % | Verweildauer in Tagen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2002 | 18 | 728 | 228.972 | 8.993 | 86,2 | 25,5 |
| 2003 | 19 | 926 | 277.161 | 11.155 | 82,0 | 24,8 |
| 2004 | 20 | 937 | 293.194 | 12.059 | 85,5 | 24,3 |
| 2005 | 21 | 974 | 286.267 | 12.254 | 80,5 | 23,4 |
| 2006 | 23 | 1.036 | 279.487 | 12.019 | 73,9 | 23,3 |
| 2007 | 24 | 1.120 | 322.920 | 14.400 | 79,0 | 22,4 |
| 2008 | 27 | 1.228 | 337.131 | 15.623 | 75,0 | 21,6 |
| 2009 | 30 | 1.361 | 380.209 | 17.581 | 76,5 | 21,6 |
| 2010 | 29 | 1.326 | 356.660 | 16.720 | 73,7 | 21,3 |
| 2011 | 28 | 1.312 | 372.252 | 17.641 | 77,7 | 21,1 |
| 2012 | 28 | 1.284 | 377.225 | 17.943 | 80,3 | 21,0 |

*Tabelle 17: Stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg seit 2002 (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 2014)*

Bei über 65-jährigen Patienten sind folgende Diagnosen für einen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung (organ- / indikationsspezifisch und geriatrische Rehabilitation) in Baden-Württemberg besonders häufig anzutreffen (ebd.):

- Bösartige Neubildungen (C00-C97), insbesondere
  - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)
  - Bösartige Neubildungen der Harn und Geschlechtsorgane (C51-C68)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99), insbesondere
  - Akuter Myokardinfarkt (I21)
  - Hirninfarkt (I63)
- Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M00-M99), insbesondere
  - Arthropathien (Gelenkleiden) (M00-M25)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98), insbesondere
  - Fraktur des Femurs (S72)
- Weitere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)



**Entwicklung der Patientenzahl**

Für die Zukunft lässt sich aus einer Betrachtung der Daten von 1990 bis ins Jahr 2012 kein einheitlicher Trend zur zukünftigen Entwicklung der Patientenzahl in Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs extrapolieren. Einem Anstieg von 1990 bis 1996 folgte ein deutlicher Einbruch im Jahr 1997 (nach Gössel, 2013 durch Wachstums- und Beschäftigungsgesetz – WFG und Beitragsentlastungsgesetz BeitrEntlG bedingt). Von dort

stiegen die Fallzahlen auf ihren Höchstwert im Jahr 2001. Nach einem deutlichen Rückgang bis ins Jahr 2005 sind die Fallzahlen seit dem relativ konstant.

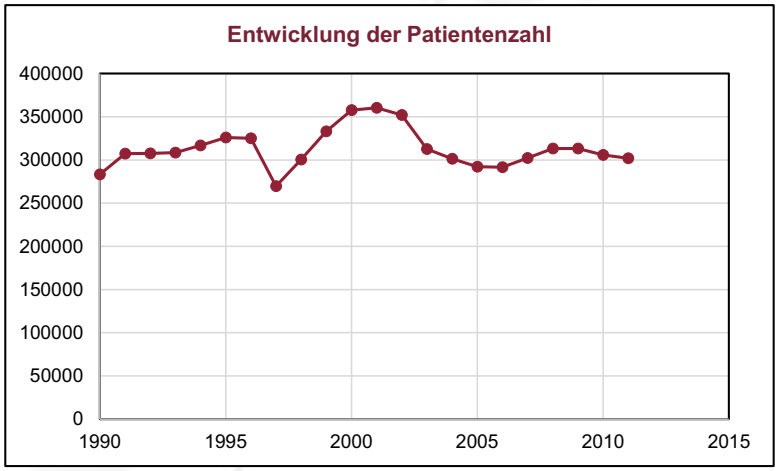



*Abbildung 66: Entwicklung der Patientenzahl in Baden Württemberg in Rehabilitationseinrichtungen seit 1990 (Angaben aus Gössel, 2013, eigene Darstellung)*



Nach Jamour et al. (2014) sind allerdings Patientenstruktur und Zugangswege zur geriatrischen Rehabilitation in Süddeutschland konvergent und durch einheitliche Rehabilitationsbegutachtungsrichtlinien des MDS bzw. MDK so gut standardisiert, dass sich die Verbesserungen der erfassten Outcomes (Barthel-Index, timed-up and go test) in allen Alterskohorten im gleichen Umfang abbilden. Dies spricht für eine flächendeckend gut etablierte Prüfung der Rehabilitationsvoraussetzungen und ist eine notwendige Grundbedingung für den Rehabilitationserfolg (vgl. Jamour et al. S. 396). Allerdings gestaltet sich das Antragsverfahren bislang noch für die Hausärzte zu bürokratisch, Ablehnungsgründe werden nicht transparent gemacht. Zum Zeitpunkt der Antragsstellung sind die Versicherten in schwierigen Lebensumständen, häufig können sie ihre Ansprüche nach einer Ablehnung daher nicht weiterverfolgen (BWKG 2014).

Entsprechend fordert die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft das komplizierte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV nach dem Vorbild der Rentenversicherung zu vereinfachen. Alle Ärzte seien grundsätzlich qualifiziert, Anträge zu stellen und kennen ihre Patienten (BWKG 2014). Damit soll einer nach ihren Angaben permanent sinkende Zahl an Zuweisungen vermieden werden.

Jamour und Kollegen (2014) leiten angesichts des prognostizierten Zuwachses der über 80-Jährigen um etwa 50% bis zum Jahr (vgl. 1.1 und 1.2), aus ihren Studien die Forderung ab, dass Reallokationen im Gesundheitssystem verstärkt zugunsten der Rehabilitation vorzunehmen sind, um der Zielsetzung Reha vor Pflege (verankert in SGB XI) auch in Zukunft gerecht zu werden (vgl. Jamour et al. 2014).

**Vergleich mit anderen Bundesländern**

Die Angaben zur Einrichtungsanzahl und zur Fallzahl von Patienten sind im Kontext von weiteren Angaben zu betrachten. Neben der Zahl der Pflegetage sind dies auch die Zahl der Betten in den Reha-Einrichtungen, die Auslastungsquote der Einrichtungen und Entwicklungen im ärztlichen wie nicht-ärztlichen Personal.

Auf Ebene der Bundesländer werden Vergleiche durch die Tatsache erschwert, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen den Bundesländern stark unterscheiden. So existieren zum Beispiel in Thüringen, Schleswig-Holstein, Bremen und Hamburg keine stationären geriatrischen Rehabilitationsangebote (vgl. Abbildung 56). Zum Vergleich werden daher Daten für die Bundesrepublik herangezogen. Dabei zeigt sich, dass die geriatrische Versorgungsquote, die als Anzahl der Versorgungsplätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahren errechnet wird, in Baden-Württemberg mit 8,7 deutlich niedriger liegt als im Bundesdurchschnitt, wo sie 14,5 beträgt.

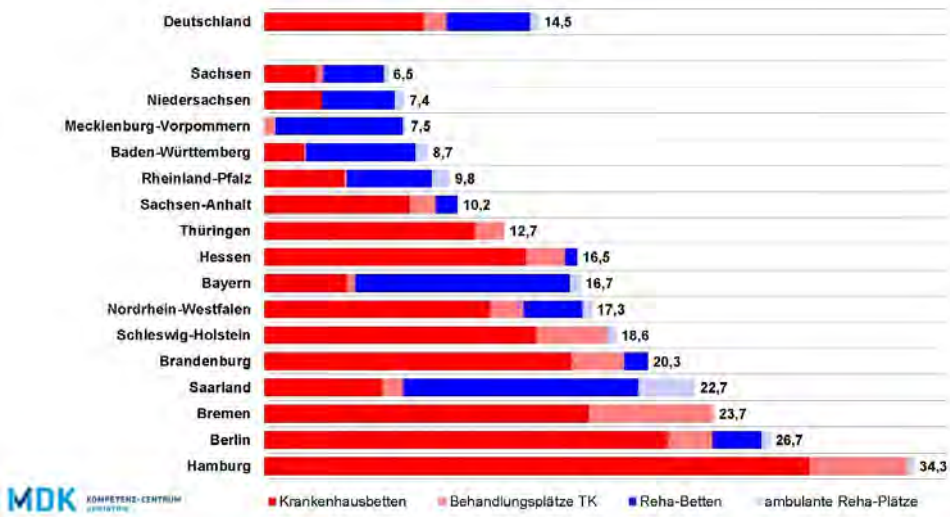



*Abbildung 67: Geriatrische Versorgungsquote: Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, pro 10.000 Einwohnern über 65 Jahren (http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm, letzter Seitenaufruf 30.06.2015)*

131

***Die geriatrische Versorgungsquote (Anzahl der Versorgungsplätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahren) liegt mit 8,7 in Baden-Württemberg deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt, der 14,5 beträgt.***

**Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Pflegetage**

Der beschriebene Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen zieht eine Reduzierung der Bettenzahl nach sich (vgl. Abbildung). Auch wenn es einen Trend zur Etablierung größerer Reha-Einrichtungen gibt und die Zahl der Betten pro Einrichtung gestiegen ist, sinkt die Zahl der Betten seit 2002 konstant. Dieser Trend gilt nicht nur für Baden-Württemberg sondern zeigt sich auch bundesweit. Er ist allerdings in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt. Eine ähnliche Entwicklung zeigt auch die Zahl der Pflegetage (vgl. Abbildung 58). Hier ist allerdings der plötzliche Rückgang im Jahr 1997 stärker und der folgende Anstieg bis ins Jahr 2002 geringer ausgeprägt, was auf kürzere Verweildauern und einen Rückgang der Auslastungsquote zurückgeführt werden kann. Auch die Kenngrößen „Bettenzahl“ und Pflegetage weisen auf einen rückläufigen Trend hin, der in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt ist als in der Bundesrepublik.

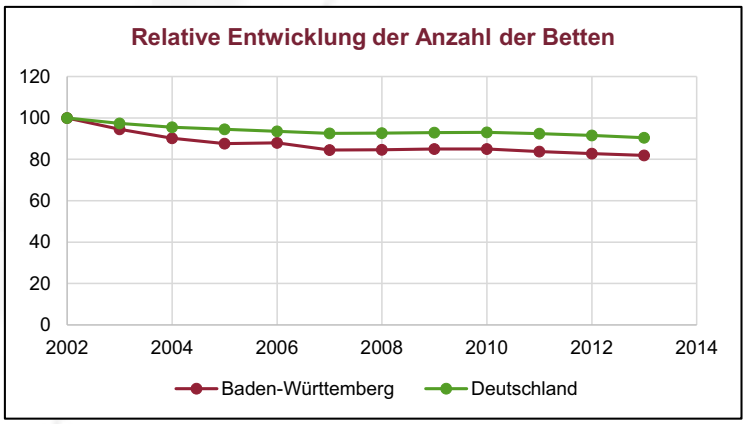





*Abbildung 68: Relative Entwicklung der Anzahl der Betten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland seit 2002 (Zum Vergleich wurde das Jahr 2002 auf 100 gesetzt) (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)*

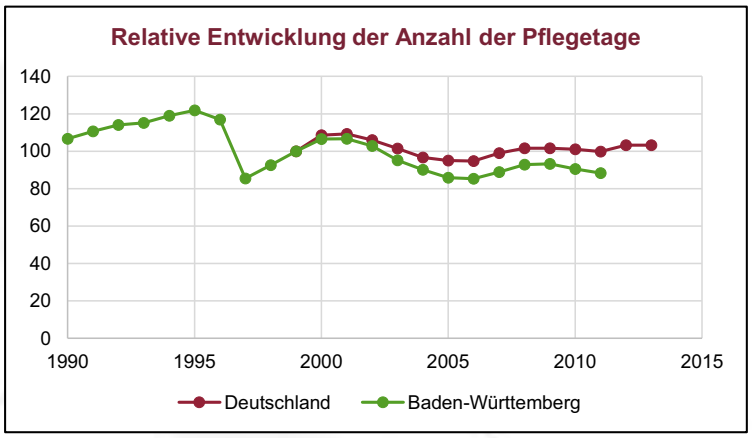



*Abbildung 69: Relative Entwicklung der Anzahl der Pflegetage in Baden-Württemberg (seit 1990) und in Deutschland (seit 1999) (zum Vergleich wurde 1999 auf 100 gesetzt) (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)*

**Auslastungsquoten und Verweildauern in Einrichtungen von Rehabilitation und geriatrischer Rehabilitation**

Nachfolgend werden Kennzahlen von Auslastungsquoten und Verweildauern zwischen allen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg und speziell geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen verglichen.

Während die Auslastungsquote nach einem deutlichen Rückgang von 91,2 % (1995) auf 62,5% (1997) langsam steigt und wieder 76,8% erreicht hat, verbleibt die mittlere Verweildauer nach einem Rückgang im Jahr 1997 relativ konstant bei ca. 25 Tagen (Gössel, 2013).

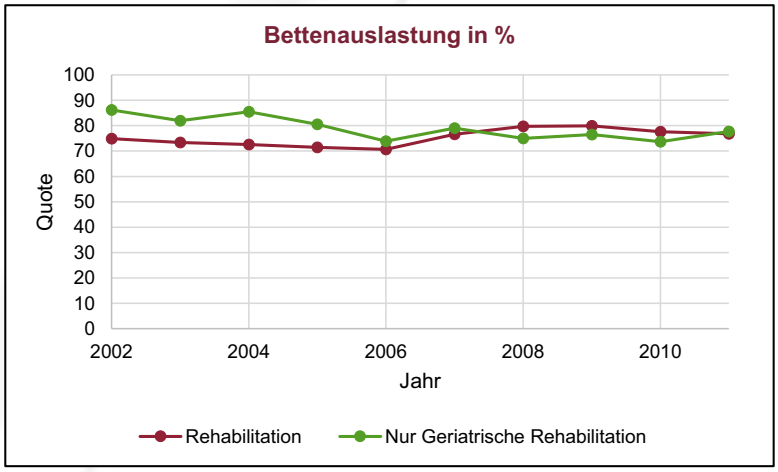



*Abbildung 70: Bettenauslastung in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)*

133

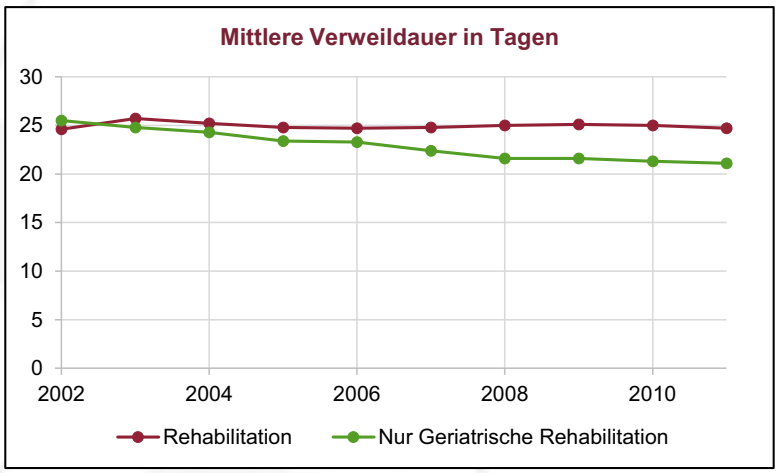



*Abbildung 71: Mittlere Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)*

In der Bettenauslastung unterscheidet sich die spezielle geriatrische Rehabilitation nur in geringem Maße von den Rehabilitationsangeboten gesamt. Dies gilt nicht für die mittleren Verweildauern. Diese sind in der geriatrischen Rehabilitation deutlich kürzer. Zudem vergrößert sich der Unterschied zwischen den Rehabilitationsformen kontinuierlich. Dieser Unterschied ist nicht diagnosebedingt. Vielmehr zeigen Daten des Statistischen Landesamts, dass ältere Patienten bei gleicher Diagnose deutlich verkürzte Verweildauern haben (Statistisches Landesamt, 2014). Da sich bei geriatrische Patienten in der Regel verlängerte Rekonvaleszenzzeiten ergeben (Eckardt & Steinhagen-Thiessen, 2012) stellt sich hier berechtigter Weise die Frage, ob im Land Baden-Württemberg für ältere und alte Menschen eine ausreichende Versorgungsqualität im Bereich Rehabilitation gewährleistet werden kann. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Vermeidung oder Minderung dauerhafter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein hoch relevanter Aspekt.

***Trotz längerer Zeiten der Rekonvaleszenz haben geriatrische Patient(inne)en in Baden-Württemberg, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, kürzere Verweildauern in der Rehabilitation.***

Auffällig ist auch, dass die Zahl der belegten Betten pro ärztlicher Vollkraft seit 1991 von 105,1 auf heute 79 gesunken ist - dabei schwankt sie seit 2003 relativ konstant zwischen 82,6 (im Jahr 2008) und 78,3 (im Jahr 2006) (Gössel, 2013). Ähnlich entwickelte sich die Zahl der Vollzeitstellen pro belegtem Bett bei den Pflegekräften. Von 57 belegten Betten pro Vollkraft im Jahr 1991 sank die Quote auf 33,7 belegte Betten im Jahr 2011 (ebd.). Auch wenn dies rechnerisch einer Entlastung entspricht, ist unklar, ob diese zum Beispiel durch gestiegene Verwaltungsaufwände wieder aufgebraucht wird. Gössel (2013) wirft zudem die Frage auf, ob für eine optimale Versorgung der Patienten nicht eine weitere Verringerung der Personalbelastung angestrebt werden sollte.



**Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebedürftigkeit**

Zahlen zu Personen, die Rehabilitationsleistungen bei Vorliegen von Pflegestufen erhalten, liegen für Baden-Württemberg noch nicht vor - generell ist die Studienlage in diesem Bereich dünn. Dennoch weisen Rothgang et al. (2013) auf wichtige Aspekte hin:

- Pflegebedürftige nehmen bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen etc.) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch wie Nicht-Pflegebedürftige. Allerdings erhalten Pflegebedürftige in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß Rehabilitation: So haben rund 15% der erstmalig Pflegebedürftigen im Jahr zuvor mindestens eine Rehabilitation erhalten. Nicht pflegebedürftige Personen haben in diesem Zeitraum zu 4% eine Rehabilitation erhalten. Rund 6% der Pflegebedürftigen haben sogar im Monat direkt vor Pflegeeintritt eine Rehabilitation erhalten. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit finden also verstärkt Rehabilitationsanstrengungen statt.

- Verschiedene Aspekte können für die geringere Rehabilitationsquote nach Pflegeeintritt verantwortlich sein: Die vorangegangenen Rehabilitationen vor der Pflegebedürftigkeit, eine geringe Quote der Reha-Empfehlungen bei der Begutachtung, aber auch Fehlanreize im Finanzierungssystem (Wettbewerb und Budgetierung GKV).
- Die Analysen zu den Reha-Häufigkeiten zeigen hohe Reha-Quoten insbesondere dann, wenn Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen, Multiple Sklerose und Herzinfarkt vorlagen. Bei Schlaganfall, Frakturen und Herzinfarkt handelt es sich um Akutereignisse. Rehabilitation wird somit verstärkt von Akutpatienten in Anspruch genommen und weniger durch geriatrische multimorbide Patienten ohne akutes Ereignis.
- Rehabilitative Leistungen für demenziell Erkrankte werden häufig kontrovers diskutiert und eher negativ beurteilt, wodurch eine Rehabilitationsempfehlung eher unwahrscheinlich wird. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass auch im Fall des Vorliegens einer Demenz sehr wohl die Rehabilitation bei anderen Erkrankungen erfolgversprechend sein kann (ausführlich in Korczak et al. 2012). Essentiell sei dabei aber das vertraute häusliche Umfeld, weshalb hier vor allem das ambulante oder gar mobile Setting zu empfehlen ist.

**Zukünftige Entwicklungen**

Für die Frage nach zukünftigen Entwicklungen von Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflege erscheinen zwei Themenfelder besonders relevant. Zum einen ist dies die **Finanzsituation in der geriatrischen Rehabilitation** zum andern das **Themenfeld Demenz** in Prävention und Rehabilitation. Eine Betrachtung der Finanzsituation erscheint wichtig, da es bereits zu Schließungen von Rehabilitationseinrichtungen kam. Diese Entwicklung wird auch von den Verantwortlichen des Landes „mit Sorge“ betrachtet (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014). Auch der Zusammenschluss der geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften bewertet die eigene Finanzsituation immer wieder kritisch (Jamour & Metz, 2014). Um auszuschließen, dass es sich hierbei nur um Einzelfälle handelt und um ein landesweites Meinungsbild zu diesem Thema zu generieren, wurden in einer vom IAF der Katholischen Hochschule Freiburg durchgeführten Online-Umfrage die Leitungen aller im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg aufgeführten Einrichtungen gebeten, Angaben zu ihrer Finanzsituation zu machen. Dabei wurde pro Einrichtung eine Person angeschrieben, in der Regel die ärztliche Leitung. Weiterhin wurden in dieser Online-Umfrage Fragen zum Themengebiet Demenz in der geriatrischen Rehabilitation gestellt. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist von einer deutlichen Zunahme der Anzahl von Menschen mit Demenz auszugehen. Dies stellt die Einrichtungen vor die Herausforderung, ihre Angebote speziell auf diese Menschen auszurichten. In einer Meta-Analyse weisen Korczak, Steinhauser & Kuczera (2012) darauf hin, dass Rehabilitation auch mit Nebendiagnose Demenz gut gelingt, wenn auf die besonderen Bedarfe dieser Gruppe eingegangen werden kann. Dies steht im Widerspruch zur

Praxis in der Menschen mit Demenz häufig als *„körperlich und kognitiv so stark eingeschränkt gesehen werden, dass sie keine spezifischen Rehabilitationsprogramme erhalten“* (ebd. S.1). Entsprechend wird auch in der aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Demenzerkrankungen gefordert Rehabilitationsprogramme auch Menschen mit Demenz nicht vorzuenthalten (DGN & DGPPN, 2009). Die Umfrage, erstellt im Kontext des vorliegenden Gutachtens, untersucht aus Sicht der Leitungen von Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg, ob diese für die wachsende Patientengruppe der Menschen mit Demenz vorbereitet sind.

**IAF Erhebung: Zukunft der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg**
**Vorgehen und Drop-Out Analyse**

Für die Online-Befragung wurden zunächst mittels einer Internetrecherche die Mailadressen der Leitungen von den im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg (2014) gelisteten 52 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ermittelt. Dabei fiel auf, dass zwei dieser Einrichtungen inzwischen geschlossen wurden. Sechs Einrichtungen sind im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014 doppelt gelistet, da sie ambulante und stationäre Rehabilitation anbieten. Da die Leitung dieser sechs Einrichtungen teilweise in Personalunion ausgeübt wird, wurden in diesen Fällen nicht beide Abteilungen angeschrieben, um Dopplungen zu vermeiden. Eine weitere Einrichtung wurde aus inhaltlichen Gründen nicht angeschrieben. Von den angeschriebenen 43 Einrichtungen, konnten 6 Mails nicht zugestellt werden. Die Umfrage wurde von 36 Teilnehmern geöffnet - 15 davon nahmen an der Umfrage teil. Dies entspricht einer Quote von 40,5 % der erreichten Einrichtungen und 28,8 % der im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg (2014) gelisteten Einrichtungen. Es kann daher von einer ausreichenden Felderreichung ausgegangen werden.



**Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation**

Den Einrichtungen wurden Fragen zu den Vergütungssätzen der Krankenkassen gestellt, zur Arbeit der Landesschiedsstelle Rehabilitation, zur Einschätzung der zukünftigen Finanzsituation und zur Konkurrenzsituation zwischen Rehabilitation und Akutbehandlung in Krankenhäusern. In diesen Fragen wurden entsprechende Aussagen getroffen, zu denen die Befragten in einer 5-stufigen Skala Zustimmung oder Ablehnung signalisieren konnten (vgl. *Abbildung 72: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württembe*rg. Zudem gab es in zwei Freitextantworten die Möglichkeit, zu den dauerhaften Betrieb erschwerenden Faktoren und zur finanziellen Ausstattung Stellung zu beziehen.

Die Mehrheit der Befragten stimmt der Aussage „Die Vergütungssätze der Krankenkassen decken die tatsächlichen Kosten“ nicht zu (Mittelwert 4,69; SD: 0,48), alle Teilnehmer stimmen der Aussage nicht oder eher nicht zu (Minimum: 4). Sie geben an, dass die „Finanzierung der Einrichtung bei gleichbleibenden Vergütungssätzen der Krankenkassen“ in Zukunft bedroht ist (Mittelwert 1,62; SD 1,04). Der Aussage „Durch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation verbessert sich die Finanzlage dieser Einrichtung.“ wird überwiegend nicht zugestimmt (Mittelwert 4,36; SD: 0,81). Kein Teilnehmer stimmt der Aussage zu oder „eher

zu“. Auf die Aussage „Mit den Ergebnissen der Landesschiedsstelle Rehabilitation bin ich zufrieden.“ reagieren die Befragten mit Ablehnung (Mittelwert 4,8; SD: 0,63). Der Aussage „Die Behandlung in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen steht in Konkurrenz zur Behandlung in Akutkrankenhäusern“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert 3,73; SD: 1,35). Dabei gibt es sowohl Antworten mit voller Zustimmung wie auch mit voller Ablehnung der Aussage (Minimum 1; Maximum 5). Zum Schluss stimmen die Befragten dem Item „Der dauerhafte Betrieb unserer Rehabilitationseinrichtung ist aufgrund anderer Faktoren erschwert.“ in Teilen zu (Mittelwert 2,69; SD: 1,6). Auch hier wird die volle Breite der Skala ausgenutzt (Minimum 1; Maximum 5).

In den Freitextantworten wird vor allem auf die gesetzlichen Grundlagen und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hingewiesen. Im Einzelnen sind dies „die mangelnde Vergütung durch die Krankenkassen (3 Nennungen), die Ablehnung von Anträgen und Verlängerungsanträgen (2 Nennungen), die 4-Jahres-Regelung, das komplizierte Antragsverfahren, dass die Prüfung von Ablehnungen im klinische Alltag erschwert ist und die Behandlungsdauer der ambulanten Reha verkürzt wurde. Ein zweiter Themenbereich betrifft die Konkurrenz zur Akutgeriatrie, diese sei „schon jetzt gegeben“ (2 Nennungen) und zu einer häufigen Umsteuerung in die orthopädische Rehabilitation. In weiteren Freitextantworten wird der Personalmangel thematisiert und die Transportkosten in der ambulanten Rehabilitation werden als sehr hoch angesehen.

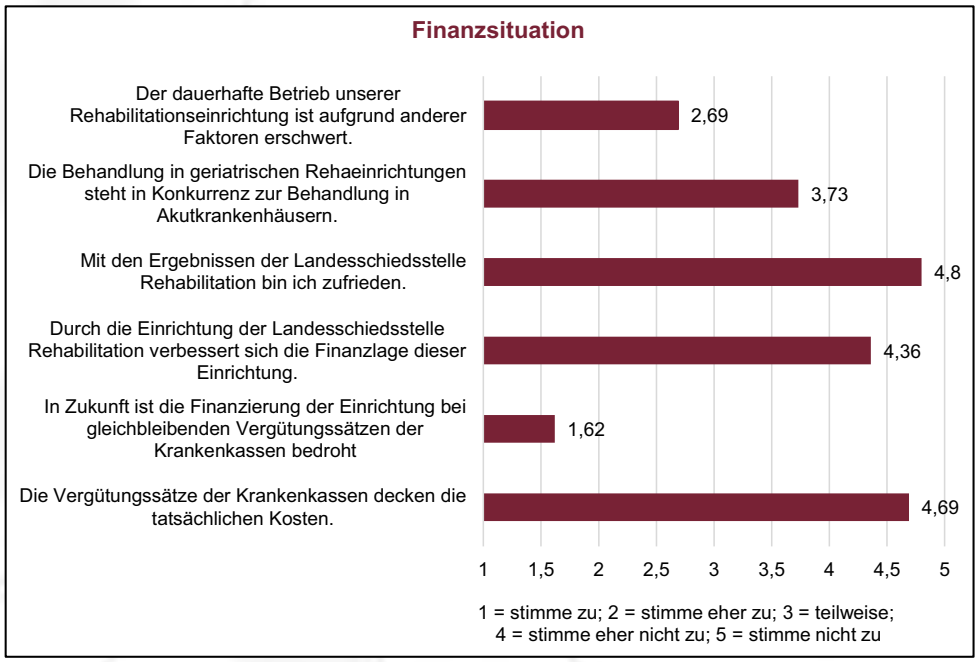



*Abbildung 72: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg. Darstellung der Mittelwerte*

137

In einer zweiten Freitextfrage wurde zudem darauf hingewiesen, dass Kosten wie Investitionskosten in den Pflegesätzen nicht in ausreichendem Maße abgebildet sind und besonders in Zukunft wachsende Mieten zu erwarten wären.

Zusammenfassend bewerten die ärztlichen Leitungen die finanzielle Situation als negativ. Sie gehen nicht davon aus, dass die Vergütungssätze der Krankenkassen die tatsächlichen Kosten decken und sehen die finanzielle Absicherung ihrer Einrichtungen in Zukunft gefährdet. Auch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation, hat aus Sicht der Ärzte nicht zu einer Entlastung beigetragen.

***Vergütungssätze der Krankenkassen werden als zu gering eingeschätzt - die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner Verbesserung geführt. Bei gleichbleibenden Vergütungssätzen sind Einrichtungen von Schließungen bedroht.***

**Demenz in der geriatrischen Rehabilitation**

Im zweiten Teil der Umfrage wurden elf Fragen zum Thema Menschen mit Demenz in der geriatrischen Rehabilitation gestellt. Neben einer Frage zur Häufigkeit von Demenz in der geriatrischen Reha wurden 10 Aussagen formuliert, zu denen die Befragten in fünf Stufen Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken konnten. Diese betrafen vier Fragen zum Bereich der medizinischen Versorgung in der Rehabilitation und sechs Fragen zu Umweltfaktoren, welche die Lebensqualität von Menschen mit Demenz beeinflussen können.



Im Mittel erfüllen 26,54% der Patienten der geriatrischen Rehabilitation die diagnostischen Kriterien für eine Nebendiagnose Demenz, die Spannweite in den Antworten reicht hier von 5% bis 50%. Der Aussage „Die Ernährung orientiert sich an speziellen Bedarfen der Menschen mit Demenz“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert: 2,87; SD 1,19). Auch der Aussage „Die baulichen Gegebenheiten in unserer Einrichtung entsprechen den speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (Rundgänge, Lichtverhältnisse, …)“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert: 3,33; SD 1,29). Dies gilt auch für die Frageitems „Dem erhöhten Betreuungsbedarf der Menschen mit Demenz kann entsprochen werden“ (Mittelwert: 3,2; SD 1,47) und „In der Einrichtung gibt es für Menschen mit Demenz spezielle geschützte Bereiche (Mittelwert: 3,8; SD: 1,47). In diesen vier Bereichen wird die volle Skala angekreuzt, das heißt es existieren sowohl Einrichtungen, die den Aussagen voll zustimmen, wie auch Einrichtungen die ihnen nicht zu stimmen. Zustimmung erhalten die Aussagen (Auf eigenen Wunsch hin können pflegende Angehörige den Menschen mit Demenz am Tagesablauf in der Reha unterstützen“ (Mittelwert: 1,87; SD: 1,06) und „Das Personal unserer Einrichtung ist fachlich für die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Demenz qualifiziert“ (Mittelwert: 2,13; SD: 0,83).

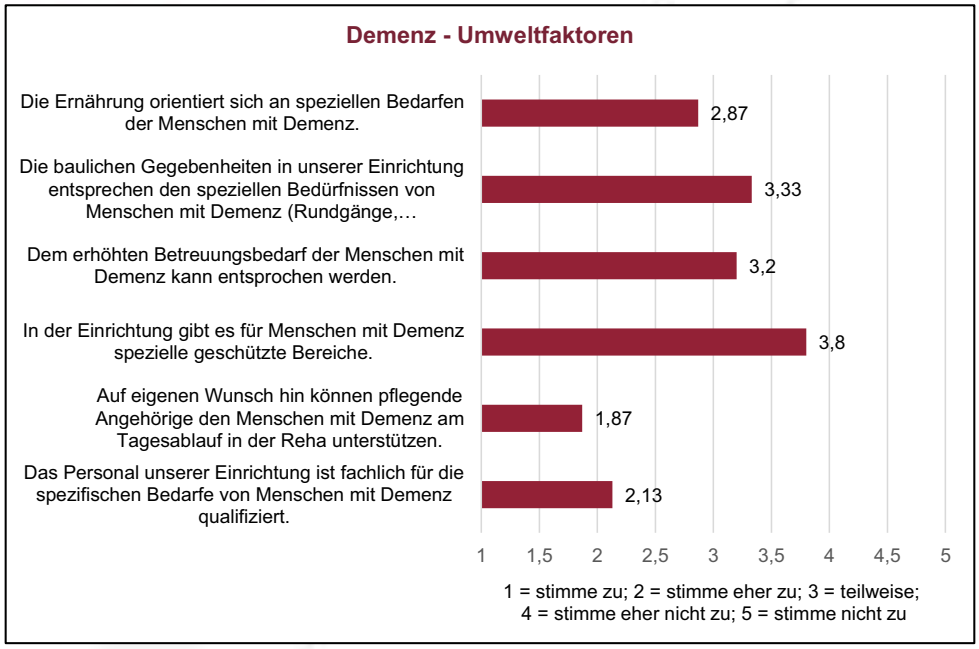



*Abbildung 73: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz. Umweltfaktoren. Darstellung der Mittelwerte*

Der zweite Fragenkomplex befasst sich mit primär medizinischen Aspekten der Rehabilitation. Dabei werden Menschen mit Demenz in Entscheidungen mit einbezogen, der Frage „Menschen mit Demenz werden in Entscheidungen mit einbezogen“ wird überwiegend zugestimmt (Mittelwert: 2,2; SD: 0,78). Die Diagnostik wird bei Menschen mit Demenz nicht als erschwert erlebt (Mittelwert 2,0; SD 2,2). Der Aussage „Intervention bei akuten Schmerzen gelingen bei Menschen mit und ohne Demenz in gleichem Maß“ wird teilweise zugestimmt (Mittelwert 2,79; SD 1,05). Ebenso wird die Nachhaltigkeit der Rehabilitation bei Menschen mit Demenz teilweise als erschwert angesehen (Mittelwert 3,33; SD 1,18).

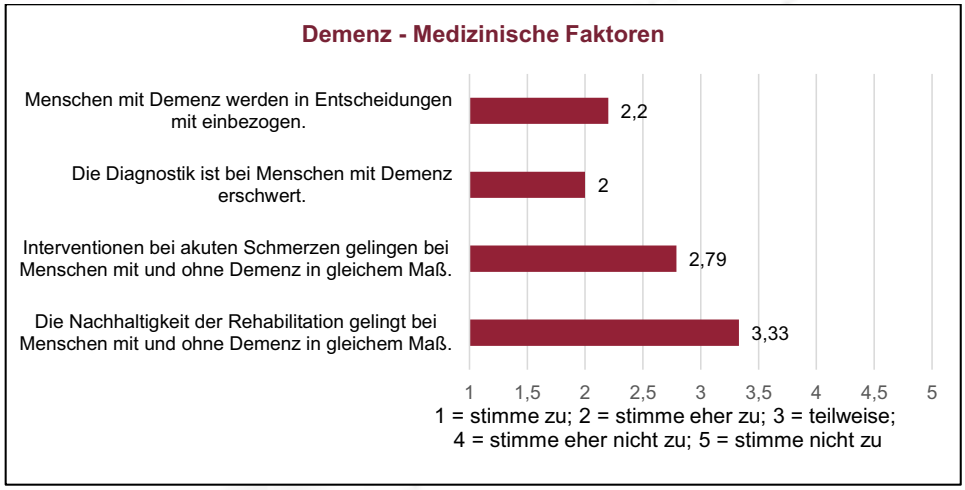



*Abbildung 74: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz. Medizinische Aspekte. Darstellung der Mittelwerte*

Wesentlich uneinheitlicher sind die Antworten im Themenfeld Demenz. Im Bereich der Umweltfaktoren werden die verschiedenen Items deutlich heterogener beantwortet. Hier wird in der Regel die komplette Skala ausgenutzt, was so interpretiert werden kann, dass manche Einrichtungen Menschen mit Demenz gut in ihren Ablauf integrieren können und in anderen Einrichtungen diesbezüglich Handlungsbedarf besteht. In der zweiten Fragengruppe zum Bereich Demenz, wurde deutlich homogener geantwortet. Demnach ist Rehabilitation bei Menschen mit Demenz erschwert, kann aber gelingen. Positiv hervorzuheben ist, dass der Zugang zu dieser Patientengruppe gegeben zu sein scheint, da ein Viertel der Patienten in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die diagnostischen Kriterien für eine Nebendiagnose Demenz erfüllt.



***Die Nebendiagnose Demenz stellt eine Realität in der geriatrischen Rehabilitation dar. Ausstattung, Struktur und fachliche Expertise im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Rehabilitation werden allerdings sehr heterogen bewertet.***

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

## Kapitel 4 des Gutachtens 141

# Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate

WWW.KH-FREIBURG.DE

**Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 1:**

- **Bevölkerungswachstum bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters in Baden-Württemberg**

Für das Land Baden-Württemberg ergibt sich für die Zukunft ein Bevölkerungswachstum bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters (vgl. 1.1). Der prognostizierte Rückgang der 20 bis 59jährigen und der überproportionale Zuwachs der ab 80jährigen führen insgesamt zu einem erwartbaren deutlichen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen, bei einem gleichzeitigen Rückgang des benötigten Pflege- und Unterstützungspotenzials. Eine Zukunftsaufgabe wird für das Land Baden-Württemberg also darin bestehen, trotz dieser Herausforderungen eine gute Pflege für eine wachsende Zahl von Menschen zu gewährleisten. Neben der Gewinnung von Nachwuchs in der Pflege und von unterschiedlichen Akteuren, die den Pflegeprozess im Sinne eines Pflegemix gestalten können, werden auch neue Konzepte gebraucht, die die bisherige Logik von ambulant versus stationär durchlässiger gestaltet. Die geschilderten Herausforderungen sind mit einem „einfachen Mehr vom immer Gleichen“ nicht zu bewältigen.

- **Entwicklungen im Stadt-Land-Vergleich**

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land in Baden-Württemberg nehmen zu - das gilt auch für die Bedarfe und Bedingungen in der Pflege. Die Tatsache, dass die Städte und städtischen Regionen weiter wachsen werden, während ländliche Kommunen schrumpfen, führt zu einem starken Handlungsdruck in einigen Regionen Baden-Württembergs. Im Bereich der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zeigen sich deutliche Muster, die für regionale Besonderheiten stehen. So ist beispielsweise die stationäre Pflegequote in den Stadtkreisen deutlich höher als in den Regionen mit ländlichen Siedlungsstrukturen. Dies spricht dafür, in der Pflegepolitik spezifische regionale Bedürfnisse stärker zu beachten und die Zuständigkeiten von Kommunen für die Sicherung der Pflege zu stärken.



- **Weichenstellungen in die Zukunft – Orientierung an Szenarien**

Die vorgestellten Szenarien für die Zukunft der Pflege machen deutlich, dass diese nicht nur einen prognostisch-beschreibenden Charakter haben, sondern auch Modelle für eine bewusste Orientierung in der Pflegepolitik sind. Die Entscheidung für ein Szenario II, wie es die Bertelsmann Stiftung skizziert, würde zu einer Ausweitung der Platzzahl in der stationären Pflege führen, damit aber andere Entwicklungen in Richtung Szenario III eher blockieren bzw. verhindern. Das bedeutet, dass hier augenblicklich Weichen für die Zukunft gestellt werden. Untrennbar damit verknüpft ist die zentrale Frage, wie die sich abzeichnenden Versorgungslücken geschlossen werden können und wie das, je nach Szenario unterschiedlich benötigte, zusätzliche Personal gewonnen werden soll,. Vor diesem Hintergrund muss heute entschieden werden, wohin sich Baden-Württemberg im Bereich der Pflege künftig entwickeln will, was also das Leitbild in der Pflegepolitik ist. Damit verknüpft sind die in diesem Kontext notwendigen politischen Rahmensetzung und die entsprechende Förderpolitik.

- **Menschen mit besonderem Pflegebedarf stärker berücksichtigen**

Menschen mit Demenz sind mittlerweile stärker im Blick - die Zahlen zur Prävalenz und den damit verbundenen Entwicklungen für die Zukunft können relativ gut skizziert und notwendige Handlungsbedarfe formuliert werden. Die Datenlage zur Situation anderer Personengruppen mit spezifischen Pflegebedarfen ist dagegen eher schlecht. Dies gilt unter anderem für ältere psychisch kranke sowie auch für schwerst- und mehrfachbehinderte ältere und alte Menschen. Die Debatte darüber ist zu führen, welche Modelle, auch unter dem Blickwinkel des Inklusionsgedankens, hier für die Zukunft zu entwickeln sind und wie sich die bislang parallel bestehenden und sehr unterschiedlichen Logiken von Behinderten- und Altenhilfe besser miteinander verknüpfen lassen.

- **Ältere Migrant(inn)en – Interkulturelle Öffnung der Pflege**

Baden-Württemberg ist bundesweit das Flächenland mit dem höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund; Die stark wachsende Bevölkerungsgruppe der älteren und alten Migrant(inn)en ist aber bisher im Bereich der Leistungen nach SGB XI unterrepräsentiert. Dies wird sich in der absehbaren Zukunft verändern. In diesem Kontext kann es nicht darum gehen, eigene Strukturen zu schaffen, sondern eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe einzufordern und zu unterstützen. Interkulturalität in der Pflege bedeutet insgesamt eine Öffnung für die Belange aller Menschen mit sehr verschiedenen biografischen Prägungen.

- **Leben und Wohnen im Alter im Wandel – veränderte Pflegebedarfe**

Pflegebedürftige Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Quartiersnahe Versorgungskonzepte, in ihrer klaren Verknüpfung mit dem Sozialraum, brauchen neue Berufsgruppenkonzepte, die dies möglich machen. Gleichzeitig muss über eine Neuausrichtung der stationären Pflege in zwei unterschiedliche Richtungen nachgedacht werden. Eine stärkere Verknüpfung der stationären mit der ambulanten Logik öffnet die Heime einerseits stärker in den Sozialraum und schafft die Voraussetzungen für alternative Wohn- und Versorgungskonzepte. Andererseits braucht es fachlich sinnvolle Antworten auf die Entwicklung in Richtung immer kürzerer Verweildauern in den stationären Einrichtungen, die damit stärker zu Orten des Sterbens werden, dafür bislang aber strukturell nicht geeignet und ausgestattet sind.



- **Häuslichen Pflegesettings mehr Beachtung schenken**

Die Datenlage zu häuslichen Pflegesettings beschränkt sich bisher auf die Ausweisung der Höhe der Leistungen nach SGB XI. Was aber in der Häuslichkeit genau passiert, auch unter der Beachtung von milieuspezifischen und regionalen Aspekten und vor dem Hintergrund einer verstärkten Entwicklung von Pflegearrangements im Sinne von Long-Distance-Caregiving, ist wenig beleuchtet. Hier bestehen ganz klar weitere Handlungsbedarfe und ein entsprechendes Forschungsdesiderat.

**Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 2:**

- **Fragen der Organisation und Aufgabenverteilung:**

Aufgrund des hohen Bedarfs an Pflegekräften wird die Ausbildung auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus erforderlich sein (bspw. hochschulische Ausbildung, traditionelle 3-jährige Berufsausbildung, 1- und 2-jährige Ausbildung zur Pflegeassistenz). Dieser Qualifikations-Mix in der Pflege erfordert neue Organisations- und Arbeitsformen bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Bislang weitgehend unklar und deshalb dringlich zu erarbeiten sind Aufgaben- bzw. Kompetenzbeschreibungen für die unterschiedlichen Qualifikationsprofile in den einzelnen Versorgungssettings. In diesem Zusammenhang ist die traditionelle Aufgabenverteilung von Health Professionals insgesamt zu betrachten und beispielsweise vor dem Hintergrund des § 63 SGB V bzw. der Heilkunde-Übertragungsrichtlinie Modellvorhaben zu initiieren, die eine Übertragung von bislang dem ärztlichen Bereich zugeordneten Aufgaben auf Pflegende prüfen.

- **Berufsverbleib in den Pflegeberufen erhöhen und Wiedereinstieg in den Beruf fördern**

Der Bedarf an Pflegekräften macht deutlich, dass es dringend erforderlich ist, es Pflegekräften zu ermöglichen, bis zum Renteneintritt im Beruf zu verbleiben. Damit dies gelingen kann, sind Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Einrichtungen zu verstärken oder zu etablieren. Dazu gehören beispielsweise Fragen der Belastungen am Arbeitsplatz und deren Minimierung (Schicht- bzw. Nachtdienste; Heben und Tragen, häufige Arbeitsunterbrechungen, psychische Belastungen). Ebenfalls zu diesem Bereich zu rechnen sind Aspekte des Personalmanagements wie Wertschätzung und Anerkennung, aber insbesondere Fragen der Personaleinsatzplanung und des Personalschlüssels. Darüber hinaus gilt es, Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, z.B. mit Qualifizierungsmaßnahmen oder besonderen Arbeitszeitmodellen wieder in den Beruf zurückzubringen.



Als bedeutender Faktor in diesem Zusammenhang ist die Qualifikation als Schutz bzw. Prophylaxe gegen vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu nennen. Wie dieses Gutachten zeigt, verbleiben besser qualifizierte Pflegende länger im Beruf bzw. sind zufriedener mit der Arbeit. Qualifikation bzw. Bildung ermöglichen z.B. einen professionellen Umgang mit den Herausforderungen des Pflegealltags und können letztlich als gesundheitsfördernd betrachtet werden. Inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben (Verantwortungsübernahme, Mitgestaltungsmöglichkeiten) sind Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die Verweildauer im Beruf haben.

- **Zuwanderungspolitik**

Der auch zukünftig hohe bzw. weiter steigende gesellschaftliche Bedarf an Pflege ist offensichtlich nicht alleine durch deutsche Pflegekräfte zu decken. Hier bedarf es einer

gezielten Zuwanderungspolitik und insbesondere rechtlicher Regelungen der Beschäftigungsmöglichkeiten sowie entsprechender Qualifizierung- und Einsatzstrategien für ausländische Pflegekräfte.

**Forschungsdesiderate und -lücken:**

- **Pflegeberichterstattung**

Wie aus der vorgelegten Darstellung hervorgeht, gibt es nicht durchgängig valide Erhebungen beispielsweise im Hinblick auf Anzahl und Qualifikationsniveaus von Auszubildenden in den Pflegeberufen und Pflegekräften mit unterschiedlichen Abschlüssen, aufgeschlüsselt für die verschiedenen (Versorgungs-)Settings. Hier erscheint die Unterstützung bei der Errichtung einer Landespflegekammer mit einer Registrierung von Pflegefachpersonen von zentraler Bedeutung zu sein. Um genaue Aussagen zum aktuellen und zukünftigen Bedarf an Pflegekräften treffen zu können ist darüber hinaus die Einrichtung einer Pflegeberichterstattung / eines Pflegeregisters im Hinblick auf pflegerelevante Diagnosen (pflegeepidemiologische Daten) zu prüfen.

- **Ausbildung in der Pflege: Umsetzung des neuen Gesetzes über den Pflegeberuf**

Angesichts des neuen Pflegeberufsgesetzes bzw. der damit verbundenen generalistischen Ausbildung erscheint es dringlich geboten, die Umsetzung (wissenschaftlich) zu begleiten und die Effekte dieser Reform zu beobachten.

- In welcher Weise führt die generalistische Ausbildung zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes und entsprechend zu Zuwachsraten in der Ausbildung?
- Wie sind die Ausbildungsinhalte insbesondere hinsichtlich der Pflege und Versorgung alter Menschen im Rahmen der generalistischen Ausbildung repräsentiert?
- In welcher Weise wirkt sich die, durch das Gesetz ermöglichte, hochschulische Ausbildung auf die Qualität der Pflege und die Attraktivität des Berufes aus?

145

- **Situation der Pflegeschüler(innen) in Zeiten des Pflegenotstands**

In einer Erhebung von Engelkamp (2001) konnte festgestellt werden, dass Schüler(innen) der Altenpflege bereits am Ende ihrer Ausbildung an Symptomen von Burn-out leiden würden. Da die Arbeitsbelastung in der Pflege seit dieser Zeit eher zugenommen hat, ist davon auszugehen, dass sich dieser Befund nicht gebessert hat. Jedoch gibt es keine Studien zur Situation von Pflegekräften nach/ bei Abschluss ihrer Ausbildung. Es gilt diese Situation zu erforschen, um festzustellen, welche Faktoren dazu beitragen, einen frühzeitigen Berufsausstieg von qualifizierten Pflegekräften zu verhindern.

## Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 3

- **Umsetzung des Konzeptes „Reha vor Pflege“**

Geriater und Pflegeverbände bemängeln die Umsetzung des Konzepts ‚Reha vor Pflege‘. Der Versuch der Wiederherstellung von Funktionen wird vermieden. Häufig werden im Vorfeld einer rehabilitationsbegründenden Erkrankung/ Einschränkung aufgrund einer ungünstigen Prognose oder bereits bestehender Multimorbidität rehabilitative Maßnahmen nicht eingeleitet. Einen anderen Hintergrund für die Tatsache, dass die rehabilitativen Versorgung in Baden-Württemberg noch deutlich optimierbar ist, stellen Entscheidung dar, die von Ressourcenallokation und nicht von medizinisch-rehabilitativen Erwägungen geleitet werden (vgl. auch Gogol 2014). Aufgrund interventionsgerontologischer und geriatrischer Erkenntnisse sollte die Ausschöpfung der Möglichkeiten eines Behandlungsversuchs deutlich optimiert werden.

- **Wohnortnähe in der Primärprävention**

Wohnortnahe und niederschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind notwendig, um die gesundheitlichen Ressourcen und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen zu stärken. Kommunale Akteure sind neben Hausarztpraxen und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Kommunalen Gesundheitskonferenzen als regionalen Informations- und Kommunikationsplattformen von Akteuren im Gesundheitsbereich kommt eine große Bedeutung zu. Es geht dabei um

146

- Förderung von Patientenbegleitprogrammen
- Schaffung von interventionsgerontologischen Maßnahmen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit (beispielsweise bei Sehbehinderung im Alter)
- Stärkung und Förderung von Gesundheitskompetenz
- Ausbau der Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote

- **Zielgruppenspezifische und niederschwellige Prävention**

Präventive Maßnahmen sind auch bei bereits eingetretener Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit einzubeziehen mit dem Ziel, Teilhabe und ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Für Menschen in besonderen, schwierigen und belastenden Lebenslagen, für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen und für demenziell erkrankte Menschen bedarf es zudem noch speziell ausgerichteter, nicht stigmatisierender Angebote. Hier sind Krankenkassen, Kommunen und medizinische Versorger gefordert, vielfältige niederschwellige Angebote im Sozialraum zu entwickeln. Die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg können dabei sinnvoll genutzt werden im Sinne von Kooperation und Koproduktion im Pflege- bzw. Hilfe-Mix (Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014).

- **Sicherung und Ausbau der geriatrischen Rehabilitation**

Ambulante, mobile und stationäre geriatrische Rehabilitation sind wesentliche Säulen in der Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen. Sie sollen regelhaft wohnortnah

erfolgen, um die Kontinuität der Verankerung in Familie und Wohnort zu ermöglichen und die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Geriatrische Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte haben bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. Der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung muss sowohl aus stationärer wie auch aus ambulanter Behandlung heraus unbürokratisch und pragmatisch gestaltet werden, mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege". Die geriatrische Rehabilitation, mit hoher fachlicher Qualität, soll in ihrer Struktur flächendeckend erhalten und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die ambulante und die ambulant-mobile geriatrische Rehabilitation stellen flexible und daher auch zukunftsorientierte Versorgungsformen dar. Ein zügiger Ausbau ist dringlich. In der geriatrischen Rehabilitation ist eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen bekennen sich zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung (Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014).

### Forschungsdesiderate und -lücken

- Annäherungen an die Messbarkeit von präventiven Maßnahmen: Definition und Erhebung von Präventionsangeboten (primär, sekundär, tertiär) im Land. Im ersten Schritt Beschreibung und Definition, schließlich könnten auch hier Wirksamkeitsanalysen angestrebt werden. Wohnortnahe und niederschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung müssen stärker in der Diskussion um Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Beachtung finden.
- Verbesserung der Datenlage für Baden-Württemberg zu Rehabilitationsempfehlungen und Rehabilitationsmaßnahmen bei vorliegender Pflegestufe. Es geht dabei um Verlaufsstudien, auch um die Wirksamkeit von geriatrischer Rehabilitation im Kontext der weiteren Pflegeverläufe (Stufen und Grade der Pflegebedürftigkeit) zu verfolgen. Hochrechnungen für Rehabilitation: Prognosen aus den bislang vorliegenden Daten erlauben noch keine genaueren Berechnungen - im Rahmen eines 2-3-jährigen Forschungsprojekts, verbunden mit einer systematischen Datenerhebung im Land, wäre das aber realisierbar.

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

## Dankesworte

Dieses Gutachten wurde von einem Expert(inn)enteam der Katholischen Hochschule erstellt, das die Fragen der Enquete-Kommission *„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“* aus multidisziplinärer Sicht beantwortet hat. Dabei kamen die Perspektiven von Pflege, Berufspädagogik, Gerontologie und Soziologie zum Tragen, die insgesamt die aufgeworfenen Fragen, zum Teil auch in einem breiteren Kontext, diskutiert und beantwortet haben. Leider gab es dabei Limitationen, weil für einige Fragestellungen das notwendige Zahlenmaterial gar nicht oder nur ungenügend verfügbar ist. In diesen Fällen wurden die Datenlücken benannt und Forschungsdesiderate formuliert.

Dass das Gutachten dennoch zu pointierten Aussagen und Prognosen kommt, ist auch der vertrauensvollen Kooperation mit anderen Instituten und Einrichtungen zu verdanken, für die wir an dieser Stelle unseren ausdrücklichen Dank aussprechen. Ohne die Datensätze der Bertelsmann Stiftung und des MDK Baden-Württemberg wären viele Analysen so nicht möglich gewesen – entsprechende Datennutzungsverträge haben dafür die Grundlage geliefert. Vielen Dank für diese Form der Zusammenarbeit und Unterstützung.

Auch die Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen **- FaWo** in Stuttgart hat uns mit ihren Rechercheergebnissen hilfreich unterstützt, ebenso wie das Statistische Landesamt Baden-Württemberg. Auch dafür danken wir.

Für einige Fragestellungen wurden eigene Erhebungen durchgeführt, die an alle Pflegeschulen, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, und an die Pflegestützpunkte gingen. Außerdem fanden Experteninterviews mit Mitarbeiter(inne)n der Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen statt. Allen, die sich daran beteiligt haben, sei ebenfalls gedankt.

Nicht zuletzt war auch die Unterstützung durch die Geschäftsstelle der Enquete-Kommission im Landtag von Baden-Württemberg sehr hilfreich – Thomas Mattes und Martin Holzke haben sich in allen Fragen und Belangen um eine gute und reibungslose Zusammenarbeit gekümmert.

Das Ergebnis dieser Kooperationen liegt nun vor – es soll die Diskussionen um die Zukunft der Pflege in Baden-Württemberg befruchten und zu guten Entwicklungen beitragen.

Freiburg, im Juli 2015

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorff

Prof. Dr. Ines Himmelsbach

Prof. Dr. Anne Kellner

Prof. Dr. Ulrike Thielhorn

Prof. Dr. Burkhard Werner

## Verwendete Literatur

### Teil 1

BMSFSJ – Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. [URL] http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html [Stand: 04.09.2012].

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006a): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005, Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), tns infratest München, Autor: Ulrich Schneekloth. [URL] http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [Stand: 07.07.2015].

BWKG – Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2005): Interner Bericht. Stuttgart: Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft.

City Population (2015): Internetportal Bevölkerung Deutschland, Baden-Württemberg. [URL] http://www.citypopulation.de/Deutschland-BadenWurttemberg_d.html [Stand: 13.3.2015].

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (2012): Das Wichtigste: 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt 2012 (09).

Gronemeyer, R. (2008): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt/ M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Land Baden – Württemberg (2015): www.service-bw.de. [URL] http://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/verwaltung/gemeinden-und-staedte [Stand: 02.03.15].

Jaspers, B.; Schindler, T. (2004): Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“. 01.05. bis 30.11.2004. [URL] http://www.lönsapo.de/~pag-nds/dokument/gutachten-palliativ-brd.pdf [Stand: 26.08.2010].

Jorm, A.; Korten, A. E.; Henderson, A. S. (1987): The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature. In: Actapsychiatricascandinavia 1987 (76): 465-479.

Kohls, M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS: Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo). [URL] http://www.kvjs.de/soziales/senioren/fawo.html

Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS - FaWo (Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen) Baden-Württemberg (2015): Anzahl Wohngemeinschaften in der Pflege, Stand 29.6.2015. Unveröffentlichtes Dokument als Ergebnis einer Umfrage der FaWo bei den Heimaufsichten Baden-Württembergs

Ochsmann, R.; Slangen; K.; Feith G.; Klein, T.; Seibert, A. (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz 1997. Zur Demographie des Todes. Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie. Beiträge zur Thanatologie Heft 8. [URL] http://www.psych.uni-mainz.de/abteil/soz/Literatur/heft08.pdf [Stand: 25.08.2010].

Opaschowski, H. W. (2009): Deutschland 2030. Wie wir in Zukunft leben. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Ruchalla, E. (2014): Demenz – Prävalenz doch geringer als vorhergesagt. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2014; 82 (03): 125.

Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Landespflegeplan 2000, Teil 3: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, Bearbeiter: Dr. Peter Messmer, Stuttgart.

150

Statistisches Bundesamt (1984): Modellrechnung für das Bundesgebiet 1985 bis 2030, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, zit. in: Statistisches Landesamt Nordrhein-Westfalen, Statistische Rundschau für das Land NRW, November 1985.

Statistisches Bundesamt (2010): Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland. 2010, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2012): Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland. 2012, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2014): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2015, Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2010): Die Lebenserwartung der baden-württembergischen Bevölkerung. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2010 (7).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung in Baden-Württemberg, Stand 31.12. 2012, CD-ROM, Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014a): Methode der Bevölkerungsvorausrechnung (Kurzfassung). [URL] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/BevProg/Methode.asp [Stand: 23.02.2015].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015a): Baden-Württemberg: drittjüngste Bevölkerung nach Hamburg und Berlin, Newsletter des Landesamtes für Statistik BW, Stuttgart, 19. Februar 2015 (42). [URL] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2015042.asp?BevoelkGebiet [Stand: 03.03.2015].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015b): Internetportal Kategorie Landesdaten „Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg seit 1950 nach Altersgruppen und Geschlecht". [URL] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/LRt0104.asp [Stand: 03.03.2015].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015c): Pflegeleistungen für rund 299 000 Menschen, Internetportal Gesundheit, Soziales Rechtspflege, Pressemitteilung 2015 (27) vom 3.2. 2015. [URL] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2015027.asp?GesundhSozRecht [Stand: 10.03.2015].

Statistisches Landesamt (2015d): Internetportal Kategorie Landesdaten „Bevölkerung mit Migrationshintergrund". [URL] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/MZMigration.asp [Stand: 11.03.2015].

Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002, ROSTOCKER ZENTRUM – DISKUSSIONSPAPIER, No. 24, Universität Rostock und Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels.

**Teil 2**



Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wirtschaft und Statistik 2010 (11): 990-1001. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

BWKG - Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (2014): Basisdaten des Gesundheitswesens. [URL] http://www.bwkg.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1435917081&hash=aa6fbe82c4908c9b11a5222986ee1b3875521cbd&file=fileadmin/Dateien/Statistik/23Basisdaten2014_Stand20140731_HP_Neu.pdf [Stand: 02.07.2015].

Bertelsmann Stiftung: Portal Wegweiser Kommune. Abrufbar unter: [URL] http://www.wegweiser-kommune.de [Stand: 07.07.2015].

Bonin, H.; Braeseke, G.; Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Böning, M.; Steffen, M. (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Berlin: ver.di-Bundesverwaltung.

Braeseke, G.; Kähler, B.; Merda, M. (2015): Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Bubolz-Lutz, E. & Kricheldorff, C.

(2011): Abschlussbericht Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 6. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Bubolz-Lutz, Elisabeth; Kricheldorff, Cornelia (2006): Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse. Freiburg

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2015): Gesamte Rechtsvorschrift für Hausbetreuungsgesetz. [URL] http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005362 [Stand: 26.06.2015].

BFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): 7. Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Berlin.

Europäische Kommission (2013): Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege. [URL] http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de&newsId=1889&furtherNews=yes [Stand: 02.07.2015].

GKV-Spitzenverband (2015): [URL] http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi [Stand: 19.05.2015].

GKV-Spitzenverband: Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014. [URL] http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/ [Stand: 18.05.15].

Gottschall, K.; Schwarzkopf, M. (2010): Irreguläre Arbeit in Privathaushalten. Rechtliche und institutionelle Anreize zu irregulärer Arbeit in Privathaushalten in Deutschland. Bestandsaufnahme und Lösungsansätze. Arbeitspapier 217. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. [URL] http://www.fiwi1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf [Stand: 27.05.2015].

Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Wissenschaft, Band 66. Frankfurt/ M.: Mabuse Verlag.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2009): Arbeitsplatz Privathaushalt. Ein Weg aus der Schwarzarbeit. Pressekonferenz, 24, Berlin. [URL] http://www.iwkoeln.de/ [Stand: 27.06.15].

Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. [URL] http://www.dip.de [Stand 07.07.2015].

Kiekert, J.; Schirilla, N. (2013): Projekt: Pflege und Migration. Mittel-und Osteuropäische Haushaltshilfen 2011-2013 im Masterstudiengang Dienstleistungsentwicklung. unveröffentlichtes Dokument. Freiburg: Katholische Hochschule.

Kricheldorff, C.(2010) Pflegebegleiter – Gesprächspartner mit Sachkompetenz. In : neue caritas, Ausgabe 13/2010 – online unter http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/gespraechspartner-mit-sachkompetenz

Kricheldorff, Cornelia (2009). Pflegebegleiter. Ein neuer Prototyp im freiwilligen Engagement. NOVAcura Schweiz, 40, (9), 28-30.

Kricheldorff, C. (2013): Vom Pflegemix zur Caring Community. Neue Antworten auf den Pflegebedarf der Zukunft. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59, 2013(2). Freiburg: Schwabenverlag.

Kricheldorff, C.; Mertens, A.;7 Tonello, L. (2015): *„Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“* Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden-Württembergs Kommunen. [URL] http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pflegemix_Handbuch_2015.pdf [Stand 07.07.2015].

Kricheldorff, C.; Klott, S; Tonello, L. (2015): Sorgende Kommunen und Lokale Verantwortungsgemeinschaften. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2015 (5).

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009): Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufsfachschule für Sozialpflege – Schwerpunkt Alltagsbetreuung vom 30. Juli 2009. [URL]: www.bagwfbm.de/file/448. [Stand: 18.05.15].

Neuhaus, A.; Isfort, M.; Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.. [URL] http://www.dip.de [Stand 07.07.2015].

Ostwald, D. A.; Ehrhard, T.; Bruntsch, F.; Schmidt, H.; Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG. [URL] http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf [Stand: 21.04.15].

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung. [URL] www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Stand: 21.04.15].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012): Presseheft 2012 (1).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Statistische Berichte Unterricht und Bildung. Artikel-Nr. 3233 13001.

Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [URL] http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf [Stand: 21.04.15].

Ver.di - Vereinte Dienstleistungsgesellschaft, Bundesverwaltung, Fachbereich 03 (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. [URL] https://www.verdi.de/++file.../download/pflegereport2012final.pdf [Stand: 21.04.15].

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411-12, Berlin.

Wolf, T. (2015): Ein Modell mit Schattenseiten. Badische Zeitung vom 9.04.2015. Freiburg: Badische Zeitung.

Zander, B. (2013): RN4Cast. Ergebnisse einer internationalen Pflegestudie Präsentation bei der CareDate 2013. Bochum.

Zander, B.; Busse, R. (2014a): Pflege auf Wanderschaft. Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft 17, 2014 (4): 32-37, Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft.

Zander, B.; Busse, R. (2014b): Wann stößt Pflege an ihre Grenzen? In: CNE Pflegemanagement 2014 (04): 18-1. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.



**Online-Quellen**

Next.uni-wuppertal.de; Eingesehen unter: http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?aktuelle-auswertung[Stand: 24.04.2015].

**Teil 3:**

Bauknecht, M.; Brauch, B.; Müller, R.(2009): GEK-Bandscheiben-Report. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 80 [URL:] http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200902/GEK-Bandscheiben-Report.pdf [Stand: 24.06.2015].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel 'Gesund älter werden'. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

BWKG (2013): Für faire Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation Positionen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages [URL:] http://www.bdh-klinik-elzach.de/wAssets-bdh-klinik-elzach/docs/downloads/PDF/BWKG_Positionspapier Reha_10072013.pdf [Stand: 06.07.2015]

Brucker, U.; Hutzler, D.; Hasseler, M. (2004): Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. Gesundheitswesen 67, Nr. 05, 311-318.

Denkinger, M. (2014): Prävention. In. Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 716-731.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009): S3-Leitlinie "Demenzen". [URL:] https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf [Stand: 18.10.2012].

Doblhammer-Reiter, G.; Schulz, A.; Steinberg, J.; Ziegler, U. (2012): Demografie der Demenz. Verlag Hans Huber. Bern.

Eberl, I.; Schnepp, W. (2008): Familiengesundheitspflege: neue Versorgungsstrukturen und Handlungsfelder in der primären Versorgung. In: Kirch, W./Badura, B./Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer Medizin, 549-554.

Enquete-Gutachten (2014): Antwort des Ministeriums für Arbeit Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu Antrag Nr.1 der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten.

Eckardt, R.; Steinhagen-Thiessen, E. (2012): Geriatrie und geriatrische Rehabilitation. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J.-P. (2012): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer S.388-395.

Gogol, M. (2014): Rehabilitation. In. Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., & Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 694-700.

Gössel, F. (2013). Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg. Die Entwicklung des stationären Versorgungsangebotes. Statistisches Monatsheft 1 / 2013.

Hirsch, R.D.; Bronisch, T.; Sulz, S.K.D. (2009): Psychotherapie im Alter. Psychotherapie. Bd. 14, 2.

Horn, A.; Schaeffer, D. (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit – eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. Pflege & Gesellschaft 18, Nr. 1, 34-49.

Jamour, M.; Marburger, C.; Runge, M.; Sieber, C. C.; Tümena, T.; Swoboda, W. (2014): Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei Hochbetagten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47(5), 389–396. doi:10.1007/s00391-014-0662-5.

Korczak, D.; Steinhauser, G.; Kuczera, C. (2012): Effektivität der ambulanten und stationären Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. [URL:] http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf [Stand: 24.06.2015].

Meinck, M.; Lübke, N.; Polak, U.(2014): Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. Die Rehabilitation 53 (2), S. 74-80.

Metz, B. R.; Jamour, M (2014): Umsetzung des Geriatriekonzeptes Baden-Württemberg und Zusammenschluss der geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften. Vortrag auf dem 23. Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.[MDS] (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS.[URL:] www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf. [Stand: 24.06.2015].

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014a): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Stuttgart.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014b): Stellungnahme zur geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg. Drucksache 15 / 4614.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013 Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23. Siegburg

156

Schaeffer, D. (2011): Gesundheitsförderung und Pflege. In: BZgA, B.f.g.A.-. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. 5. Neuausgabe. Köln: BZgA, S.263-266.

Statistisches Bundesamt (2014): Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Statista Dossier. [URL] http://de.statista.com/statistik/studie/id/23992/dokument/vorsorge-und-rehabilitation-in-deutschland-statista-dossier/ [Stand: 24.06.2015].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2013. [URL:] https://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3219_13001.pdf [Stand: 06.07.2015].

Tesky, V. (2014): Kuration, Palliation, Rehabilitation. In. Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., & Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 159-164.

Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 245-262.

Wingenfeld, K.; Schaeffer, D. (2011): Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. G + G Wissenschaft 11, Nr. 3, 7-13.

## Onlinequellen

Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg: Aktiv für Gesundheit in Baden-Württemberg. [URL:] http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx [Stand 06.07.2015]

Kompetenz-Zentrum Geriatrie: INFO – Service des KCG – geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. [URL] http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm [Stand: 30.06.2015].

KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

158

WWW.KH-FREIBURG.DE

## Anhang

1. Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen und Geschlecht in BW nach Regierungsbezirken/Gebietskörperschaften 2015 – 2030
2. Veränderung des Anteils verschiedener Altersgruppen gesamt in % 2015 – 2030
3. Anzahl Demenzkranker (hochgerechnet) in BW 2015 und 2030, absoluter und relativer Zuwachs
4. Pflegebedürftige in BW - Anzahl sowie Pflegequoten 2015 und 2030
5. Pflegebedürftige und Pflegequote BW, 2009 bis 2030 – Landkreise basierend auf Daten der Bertelsmann Stiftung
6. Pflegeformen nach Landkreisen
7. Grafische Darstellung der Pflegeformen nach Landkreisen
8. Leistungsempfänger nach Begutachtung 2010 und 2014 – MDK-Daten
9. Pflegeeinrichtungen und Platzzahlen in BW
10. Relative Zuwachsraten nach Pflegeformen 2009 – 2030 und entsprechende Versorgungslücken mit Pflegekräften – Daten Bertelsmann Stiftung
11. Anzahl Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg nach Regierungsbezirken

**zu Anhang 4**

**Anhang 1: Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen und Geschlecht in BW, nach Regierungsbezirken/Gebietskörperschaften, 2015-2030**

| Stadt-/ Landkreis (SKR/LKR) Regierungsbezirk Land | Geschlecht | 2015 | | | 2030 | | | Veränderung bis 2030 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0-59j. | 60j. + | gesamt | 0-59j. | 60j. + | gesamt | abs. Zu-/ Abn. 2015-2030 | rel. Zu-/ Abn. 2015-2030 |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | i | 477375 | 140787 | 618162 | 486006 | 158764 | 644770 | 26608 | **4,3** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | m | 245193 | 62147 | 307340 | 251381 | 73166 | 324547 | 17207 | **5,6** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | w | 232182 | 78640 | 310822 | 234625 | 85598 | 320223 | 9401 | **3,0** |
| Böblingen (LKR) | i | 275737 | 96351 | 372088 | 252140 | 123401 | 375541 | 3453 | 0,9 |
| Böblingen (LKR) | m | 140156 | 43625 | 183781 | 129293 | 56716 | 186009 | 2228 | 1,2 |
| Böblingen (LKR) | w | 135581 | 52726 | 188307 | 122847 | 66685 | 189532 | 1225 | 0,7 |
| Esslingen (LKR) | i | 380440 | 135651 | 516091 | 350877 | 170790 | 521667 | 5576 | 1,1 |
| Esslingen (LKR) | m | 193004 | 61155 | 254159 | 179498 | 78106 | 257604 | 3445 | 1,4 |
| Esslingen (LKR) | w | 187436 | 74496 | 261932 | 171379 | 92684 | 264063 | 2131 | 0,8 |
| Göppingen (LKR) | i | 179309 | 69140 | 248449 | 159511 | 84455 | 243966 | -4483 | **-1,8** |
| Göppingen (LKR) | m | 91451 | 31122 | 122573 | 82109 | 39075 | 121184 | -1389 | **-1,1** |
| Göppingen (LKR) | w | 87858 | 38018 | 125876 | 77402 | 45380 | 122782 | -3094 | **-2,5** |
| Ludwigsburg (LKR) | i | 391142 | 134983 | 526125 | 360655 | 173758 | 534413 | 8288 | 1,6 |
| Ludwigsburg (LKR) | m | 198474 | 61127 | 259601 | 184452 | 79995 | 264447 | 4846 | 1,9 |
| Ludwigsburg (LKR) | w | 192668 | 73856 | 266524 | 176203 | 93763 | 269966 | 3442 | 1,3 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | i | 301315 | 111387 | 412702 | 271168 | 140867 | 412035 | -667 | **-0,2** |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | m | 153255 | 49720 | 202975 | 139136 | 64698 | 203834 | 859 | **0,4** |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | w | 148060 | 61667 | 209727 | 132032 | 76169 | 208201 | -1526 | **-0,7** |
| Heilbronn (SKR) | i | 88672 | 31214 | 119886 | 84576 | 37540 | 122116 | 2230 | **1,9** |
| Heilbronn (SKR) | m | 45752 | 13762 | 59514 | 43851 | 17244 | 61095 | 1581 | **2,7** |
| Heilbronn (SKR) | w | 42920 | 17452 | 60372 | 40725 | 20296 | 61021 | 649 | **1,1** |
| Heilbronn (LKR) | i | 244831 | 83549 | 328380 | 215386 | 113391 | 328777 | 397 | 0,1 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Heilbronn (LKR) | m | 125321 | 37812 | 163133 | 111038 | 52934 | 163972 | 839 | 0,5 |
| Heilbronn (LKR) | w | 119510 | 45737 | 165247 | 104348 | 60457 | 164805 | -442 | -0,3 |
| Hohenlohekreis (LKR) | i | 80908 | 27485 | 108393 | 71900 | 36997 | 108897 | 504 | 0,5 |
| Hohenlohekreis (LKR) | m | 41701 | 12555 | 54256 | 37190 | 17318 | 54508 | 252 | 0,5 |
| Hohenlohekreis (LKR) | w | 39207 | 14930 | 54137 | 34710 | 19679 | 54389 | 252 | 0,5 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | i | 141222 | 47883 | 189105 | 126956 | 64283 | 191239 | 2134 | 1,1 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | m | 72770 | 21555 | 94325 | 65685 | 30090 | 95775 | 1450 | 1,5 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | w | 68452 | 26328 | 94780 | 61271 | 34193 | 95464 | 684 | 0,7 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | i | 92480 | 37271 | 129751 | 82204 | 46039 | 128243 | -1508 | **-1,2** |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | m | 47082 | 17038 | 64120 | 42349 | 21500 | 63849 | -271 | **-0,4** |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | w | 45398 | 20233 | 65631 | 39855 | 24539 | 64394 | -1237 | **-1,9** |
| Heidenheim (LKR) | i | 91193 | 36188 | 127381 | 80993 | 42996 | 123989 | -3392 | **-2,7** |
| Heidenheim (LKR) | m | 46842 | 16173 | 63015 | 41977 | 19867 | 61844 | -1171 | **-1,9** |
| Heidenheim (LKR) | w | 44351 | 20015 | 64366 | 39016 | 23129 | 62145 | -2221 | **-3,5** |
| Ostalbkreis (LKR) | i | 226317 | 80959 | 307276 | 199626 | 102617 | 302243 | -5033 | **-1,6** |
| Ostalbkreis (LKR) | m | 115971 | 36424 | 152395 | 103261 | 47781 | 151042 | -1353 | **-0,9** |
| Ostalbkreis (LKR) | w | 110346 | 44535 | 154881 | 96365 | 54836 | 151201 | -3680 | **-2,4** |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **i** | 2970941 | 1032848 | 4003789 | 2741998 | 1295898 | 4037896 | 34107 | 0,9 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **m** | 1516972 | 464215 | 1981187 | 1411220 | 598490 | 2009710 | 28523 | 1,4 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **w** | 1453969 | 568633 | 2022602 | 1330778 | 697408 | 2028186 | 5584 | 0,3 |
| Baden-Baden (SKR) | i | 35504 | 17375 | 52879 | 34882 | 18429 | 53311 | 432 | 0,8 |
| Baden-Baden (SKR) | m | 17767 | 7435 | 25202 | 17744 | 8035 | 25779 | 577 | 2,3 |
| Baden-Baden (SKR) | w | 18105 | 9940 | 28045 | 17138 | 10394 | 27532 | -513 | -1,8 |
| Karlsruhe (SKR) | i | 234750 | 71738 | 306488 | 231670 | 86887 | 318557 | 12069 | **3,9** |
| Karlsruhe (SKR) | m | 124256 | 31504 | 155760 | 123621 | 40200 | 163821 | 8061 | **5,2** |
| Karlsruhe (SKR) | w | 110494 | 40234 | 150728 | 108049 | 46687 | 154736 | 4008 | **2,7** |
| Karlsruhe (LKR) | i | 316140 | 117710 | 433850 | 285009 | 152576 | 437585 | 3735 | 0,9 |
| Karlsruhe (LKR) | m | 160927 | 53199 | 214126 | 146405 | 70605 | 217010 | 2884 | 1,3 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Karlsruhe (LKR) | w | 155213 | 64511 | 219724 | 138604 | 81971 | 220575 | 851 | 0,4 |
| Rastatt (LKR) | i | 162442 | 62136 | 224578 | 146975 | 77610 | 224585 | 7 | 0,0 |
| Rastatt (LKR) | m | 82504 | 28105 | 110609 | 75305 | 35824 | 111129 | 520 | 0,5 |
| Rastatt (LKR) | w | 79938 | 34031 | 113969 | 71670 | 41786 | 113456 | -513 | -0,5 |
| Heidelberg (SKR) | i | 122324 | 32754 | 155078 | 117505 | 41207 | 158712 | 3634 | **2,3** |
| Heidelberg (SKR) | m | 60181 | 14206 | 74387 | 58319 | 18582 | 76901 | 2514 | **3,4** |
| Heidelberg (SKR) | w | 62143 | 18548 | 80691 | 59186 | 22625 | 81811 | 1120 | **1,4** |
| Mannheim (SKR) | i | 231708 | 73664 | 305372 | 229242 | 87224 | 316466 | 11094 | **3,6** |
| Mannheim (SKR) | m | 118941 | 32943 | 151884 | 118162 | 40886 | 159048 | 7164 | **4,7** |
| Mannheim (SKR) | w | 112767 | 40721 | 153488 | 111080 | 46338 | 157418 | 3930 | **2,6** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | i | 102314 | 39430 | 141744 | 89079 | 50631 | 139710 | -2034 | **-1,4** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | m | 52502 | 18092 | 70594 | 46011 | 23870 | 69881 | -713 | **-1,0** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | w | 49812 | 21338 | 71150 | 43068 | 26761 | 69829 | -1321 | **-1,9** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | i | 389137 | 146270 | 535407 | 352139 | 186888 | 539027 | 3620 | 0,7 |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | m | 195978 | 65735 | 261713 | 179957 | 85594 | 265551 | 3838 | 1,5 |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | w | 193159 | 80535 | 273694 | 172182 | 101294 | 273476 | -218 | -0,1 |
| Pforzheim (SKR) | i | 87006 | 31689 | 118695 | 83019 | 37783 | 120802 | 2107 | **1,8** |
| Pforzheim (SKR) | m | 44775 | 13446 | 58221 | 43137 | 17152 | 60289 | 2068 | **3,6** |
| Pforzheim (SKR) | w | 42231 | 18243 | 60474 | 39882 | 20631 | 60513 | 39 | **0,1** |
| Calw (LKR) | i | 109555 | 41138 | 150693 | 96612 | 52369 | 148981 | -1712 | **-1,1** |
| Calw (LKR) | m | 55822 | 18790 | 74612 | 49717 | 24406 | 74123 | -489 | **-0,7** |
| Calw (LKR) | w | 53733 | 22348 | 76081 | 46895 | 27963 | 74858 | -1223 | **-1,6** |
| Enzkreis (LKR) | i | 140598 | 52607 | 193205 | 123518 | 67752 | 191270 | -1935 | **-1,0** |
| Enzkreis (LKR) | m | 71515 | 23777 | 95292 | 63589 | 31268 | 94857 | -435 | **-0,5** |
| Enzkreis (LKR) | w | 69083 | 28830 | 97913 | 59929 | 36484 | 96413 | -1500 | **-1,5** |
| Freudenstadt (LKR) | i | 84135 | 30706 | 114841 | 73707 | 39769 | 113476 | -1365 | **-1,2** |
| Freudenstadt (LKR) | m | 42935 | 13900 | 56835 | 38005 | 18646 | 56651 | -184 | **-0,3** |
| Freudenstadt (LKR) | w | 41200 | 16806 | 58006 | 35702 | 21123 | 56825 | -1181 | **-2,0** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **i** | 2015981 | 717217 | 2733198 | 1863357 | 899125 | 2762482 | 29284 | 1,1 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **m** | 1028103 | 321132 | 1349235 | 959972 | 415068 | 1375040 | 25805 | 1,9 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **w** | 987878 | 396085 | 1383963 | 903385 | 484057 | 1387442 | 3479 | 0,3 |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | i | 178880 | 47198 | 226078 | 176200 | 61027 | 237227 | 11149 | **4,9** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | m | 87592 | 19990 | 107582 | 87322 | 27367 | 114689 | 7107 | **6,6** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | w | 91288 | 27208 | 118496 | 88878 | 33660 | 122538 | 4042 | **3,4** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | i | 181717 | 69176 | 250893 | 163486 | 88073 | 251559 | 666 | 0,3 |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | m | 91700 | 31371 | 123071 | 83874 | 40449 | 124323 | 1252 | 1,0 |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | w | 90017 | 37805 | 127822 | 79612 | 47624 | 127236 | -586 | -0,5 |
| Emmendingen (LKR) | i | 116938 | 42780 | 159718 | 103686 | 56454 | 160140 | 422 | 0,3 |
| Emmendingen (LKR) | m | 59196 | 19357 | 78553 | 53151 | 26126 | 79277 | 724 | 0,9 |
| Emmendingen (LKR) | w | 57742 | 23423 | 81165 | 50535 | 30328 | 80863 | -302 | -0,4 |
| Ortenaukreis (LKR) | i | 304791 | 111590 | 416381 | 274782 | 143209 | 417991 | 1610 | 0,4 |
| Ortenaukreis (LKR) | m | 155614 | 50319 | 205933 | 141196 | 66503 | 207699 | 1766 | 0,9 |
| Ortenaukreis (LKR) | w | 149177 | 61271 | 210448 | 133586 | 76706 | 210292 | -156 | -0,1 |
| Rottweil (LKR) | i | 98382 | 37104 | 135486 | 86981 | 47019 | 134000 | -1486 | **-1,1** |
| Rottweil (LKR) | m | 50350 | 16832 | 67182 | 44834 | 22120 | 66954 | -228 | **-0,3** |
| Rottweil (LKR) | w | 48032 | 20272 | 68304 | 42147 | 24899 | 67046 | -1258 | **-1,8** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | i | 146758 | 58327 | 205085 | 131988 | 69502 | 201490 | -3595 | **-1,8** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | m | 74690 | 26246 | 100936 | 67963 | 32085 | 100048 | -888 | **-0,9** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | w | 72068 | 32081 | 104149 | 64025 | 37417 | 101442 | -2707 | **-2,6** |
| Tuttlingen (LKR) | i | 98525 | 34683 | 133208 | 88490 | 43808 | 132298 | -910 | -0,7 |
| Tuttlingen (LKR) | m | 50497 | 15824 | 66321 | 45615 | 20483 | 66098 | -223 | -0,3 |
| Tuttlingen (LKR) | w | 48028 | 18859 | 66887 | 42875 | 23325 | 66200 | -687 | -1,0 |
| Konstanz (LKR) | i | 202881 | 73249 | 276130 | 187579 | 91565 | 279144 | 3014 | 1,1 |
| Konstanz (LKR) | m | 101296 | 32626 | 133922 | 95092 | 41610 | 136702 | 2780 | 2,1 |
| Konstanz (LKR) | w | 101585 | 40623 | 142208 | 92487 | 49955 | 142442 | 234 | 0,2 |
| Lörrach (LKR) | i | 164999 | 58848 | 223847 | 149193 | 76989 | 226182 | 2335 | 1,0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lörrach (LKR) | m | 82799 | 26587 | 109386 | 76013 | 35365 | 111378 | 1992 | 1,8 |
| Lörrach (LKR) | w | 82200 | 32261 | 114461 | 73180 | 41624 | 114804 | 343 | 0,3 |
| Waldshut (LKR) | i | 120163 | 45050 | 165213 | 107874 | 57224 | 165098 | -115 | -0,1 |
| Waldshut (LKR) | m | 60967 | 20495 | 81462 | 55337 | 26619 | 81956 | 494 | 0,6 |
| Waldshut (LKR) | w | 59196 | 24555 | 83751 | 52537 | 30605 | 83142 | -609 | -0,7 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **i** | 1614034 | 578005 | 2192039 | 1470259 | 734870 | 2205129 | 13090 | 0,6 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **m** | 814701 | 259647 | 1074348 | 750397 | 338727 | 1089124 | 14776 | 1,4 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **w** | 799333 | 318358 | 1117691 | 719862 | 396143 | 1116005 | -1686 | -0,2 |
| Reutlingen (LKR) | i | 203501 | 73296 | 276797 | 182674 | 92877 | 275551 | -1246 | -0,5 |
| Reutlingen (LKR) | m | 103389 | 32893 | 136282 | 94006 | 42814 | 136820 | 538 | 0,4 |
| Reutlingen (LKR) | w | 100112 | 40403 | 140515 | 88668 | 50063 | 138731 | -1784 | -1,3 |
| Tübingen (LKR) | i | 170456 | 48768 | 219224 | 154907 | 67511 | 222418 | 3194 | 1,5 |
| Tübingen (LKR) | m | 85112 | 22049 | 107161 | 78413 | 31147 | 109560 | 2399 | 2,2 |
| Tübingen (LKR) | w | 85344 | 26719 | 112063 | 76494 | 36364 | 112858 | 795 | 0,7 |
| Zollernalbkreis (LKR) | i | 132440 | 51749 | 184189 | 115443 | 62878 | 178321 | -5868 | **-3,2** |
| Zollernalbkreis (LKR) | m | 67778 | 23248 | 91026 | 59715 | 29352 | 89067 | -1959 | **-2,2** |
| Zollernalbkreis (LKR) | w | 64662 | 28501 | 93163 | 55728 | 33526 | 89254 | -3909 | **-4,2** |
| Ulm (SKR) | i | 93274 | 28817 | 122091 | 93684 | 33882 | 127566 | 5475 | **4,5** |
| Ulm (SKR) | m | 47548 | 12792 | 60340 | 48502 | 15470 | 63972 | 3632 | **6,0** |
| Ulm (SKR) | w | 45726 | 16025 | 61751 | 45182 | 18412 | 63594 | 1843 | **3,0** |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | i | 141162 | 47556 | 188718 | 124165 | 64049 | 188214 | -504 | -0,3 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | m | 72442 | 21900 | 94342 | 64175 | 30253 | 94428 | 86 | 0,1 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | w | 68720 | 25656 | 94376 | 59990 | 33796 | 93786 | -590 | -0,6 |
| Biberach (LKR) | i | 142679 | 46830 | 189509 | 125963 | 63582 | 189545 | 36 | 0,0 |
| Biberach (LKR) | m | 72940 | 21682 | 94622 | 65010 | 30090 | 95100 | 478 | 0,5 |
| Biberach (LKR) | w | 69739 | 25148 | 94887 | 60953 | 33492 | 94445 | -442 | -0,5 |
| Bodenseekreis (LKR) | i | 150858 | 58410 | 209268 | 139016 | 71674 | 210690 | 1422 | 0,7 |
| Bodenseekreis (LKR) | m | 76304 | 26530 | 102834 | 71176 | 32716 | 103892 | 1058 | 1,0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bodenseekreis (LKR) | w | 74554 | 31880 | 106434 | 67840 | 38958 | 106798 | 364 | 0,3 |
| Ravensburg (LKR) | i | 206247 | 69910 | 276157 | 185296 | 92268 | 277564 | 1407 | 0,5 |
| Ravensburg (LKR) | m | 104730 | 31741 | 136471 | 94993 | 42810 | 137803 | 1332 | 1,0 |
| Ravensburg (LKR) | w | 101517 | 38169 | 139686 | 90303 | 49458 | 139761 | 75 | 0,1 |
| Sigmaringen (LKR) | i | 94080 | 33164 | 127244 | 82512 | 43287 | 125799 | -1445 | **-1,1** |
| Sigmaringen (LKR) | m | 48169 | 15045 | 63214 | 42664 | 20382 | 63046 | -168 | **-0,3** |
| Sigmaringen (LKR) | w | 45911 | 18119 | 64030 | 39848 | 22905 | 62753 | -1277 | **-2,0** |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **i** | 1334697 | 458500 | 1793197 | 1203660 | 592008 | 1795668 | 2471 | 0,1 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **m** | 678412 | 207880 | 886292 | 618654 | 275034 | 893688 | 7396 | 0,8 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **w** | 656285 | 250620 | 906905 | 585006 | 316974 | 901980 | -4925 | -0,5 |
| **Baden-Württemberg** | **i** | 7935653 | 2786570 | 10722223 | 7279274 | 3521901 | 10801175 | 78952 | 0,7 |
| **Baden-Württemberg** | **m** | 4038188 | 1252874 | 5291062 | 3740243 | 1627319 | 5367562 | 76500 | 1,4 |
| **Baden-Württemberg** | **w** | 3897465 | 1533696 | 5431161 | 3539031 | 1894582 | 5433613 | 2452 | 0,0 |

**Anhang 2: Veränderung des Anteils versch. Altersgruppen gesamt in Prozentpunkten 2015-2030**

| Stadt-/ Landkreis (SKR/LKR) Regierungsbezirk Land | Geschlecht | Veränderung 2015-2030 in Prozentpunkten | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Anteil 0-19j. | Anteil 20-59j. | Anteil 60-79j. | Anteil 80j. u.ä. |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | i | **0,6** | **-2,4** | **1,1** | **0,8** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | m | **0,4** | **-2,7** | **1,5** | **0,8** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | w | **0,7** | **-2,2** | **0,7** | **0,7** |
| Böblingen (LKR) | i | -1,5 | -5,5 | 4,9 | **2,1** |
| Böblingen (LKR) | m | -1,8 | -5,0 | 5,0 | **1,8** |
| Böblingen (LKR) | w | -1,2 | -6,0 | 4,8 | **2,4** |
| Esslingen (LKR) | i | -1,1 | -5,4 | 4,4 | 2,0 |
| Esslingen (LKR) | m | -1,2 | -5,1 | 4,5 | 1,7 |
| Esslingen (LKR) | w | -0,9 | -5,8 | 4,3 | 2,3 |
| Göppingen (LKR) | i | -1,4 | -5,4 | 4,9 | 1,9 |
| Göppingen (LKR) | m | -1,5 | -5,4 | 5,1 | 1,8 |
| Göppingen (LKR) | w | -1,3 | -5,5 | 4,7 | 2,1 |
| Ludwigsburg (LKR) | i | -1,2 | -5,6 | 4,8 | 2,0 |
| Ludwigsburg (LKR) | m | -1,4 | -5,3 | 4,9 | 1,8 |
| Ludwigsburg (LKR) | w | -1,1 | -5,9 | 4,7 | 2,3 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | i | -1,3 | -5,9 | 5,2 | 2,0 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | m | -1,5 | -5,8 | 5,5 | 1,7 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | w | -1,2 | -6,0 | 4,9 | 2,2 |
| Heilbronn (SKR) | i | -0,9 | **-3,8** | **3,4** | 1,4 |
| Heilbronn (SKR) | m | -1,3 | **-3,8** | **3,8** | 1,4 |
| Heilbronn (SKR) | w | -0,5 | **-3,9** | **3,0** | 1,4 |
| Heilbronn (LKR) | i | -1,9 | **-7,2** | **6,8** | **2,3** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Heilbronn (LKR) | m | -1,9 | **-7,2** | **7,1** | **2,1** |
| Heilbronn (LKR) | w | -1,9 | **-7,2** | **6,5** | **2,5** |
| Hohenlohekreis (LKR) | i | -1,8 | -6,8 | **6,9** | 1,7 |
| Hohenlohekreis (LKR) | m | -2,0 | -6,6 | **6,9** | 1,7 |
| Hohenlohekreis (LKR) | w | -1,6 | -7,1 | **6,9** | 1,7 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | i | -1,7 | -6,6 | 6,6 | 1,7 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | m | -1,8 | -6,7 | 6,7 | 1,8 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | w | -1,6 | -6,5 | 6,5 | 1,6 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | i | -0,9 | -6,3 | 5,4 | 1,7 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | m | -0,9 | -6,2 | 5,2 | 1,9 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | w | -0,9 | -6,4 | 5,7 | 1,6 |
| Heidenheim (LKR) | i | -1,4 | -4,9 | 4,9 | 1,3 |
| Heidenheim (LKR) | m | -1,8 | -4,6 | 5,1 | 1,4 |
| Heidenheim (LKR) | w | -1,0 | -5,1 | 4,8 | 1,3 |
| Ostalbkreis (LKR) | i | **-2,0** | -5,6 | 5,9 | 1,7 |
| Ostalbkreis (LKR) | m | **-2,2** | -5,6 | 6,0 | 1,7 |
| Ostalbkreis (LKR) | w | **-1,9** | -5,6 | 5,9 | 1,7 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **i** | **-1,1** | **-5,2** | **4,6** | **1,7** |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **m** | **-1,3** | **-5,1** | **4,7** | **1,6** |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **w** | **-1,0** | **-5,3** | **4,4** | **1,9** |
| Baden-Baden (SKR) | i | **1,4** | **-3,3** | **0,7** | **1,2** |
| Baden-Baden (SKR) | m | **0,8** | **-2,5** | **0,5** | **1,2** |
| Baden-Baden (SKR) | w | **1,8** | **-4,1** | **1,1** | **1,3** |
| Karlsruhe (SKR) | i | 0,1 | **-3,9** | **3,0** | **0,8** |
| Karlsruhe (SKR) | m | -0,3 | **-4,0** | **3,3** | **1,0** |
| Karlsruhe (SKR) | w | 0,4 | **-3,9** | **2,8** | **1,5** |
| Karlsruhe (LKR) | i | -1,0 | -6,8 | 5,6 | **2,2** |
| Karlsruhe (LKR) | m | -1,2 | -6,5 | 5,7 | **2,0** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Karlsruhe (LKR) | w | -0,7 | -7,1 | 5,5 | **2,3** |
| Rastatt (LKR) | i | -0,7 | -6,2 | 5,3 | 1,6 |
| Rastatt (LKR) | m | -0,9 | -6,0 | 5,2 | 1,6 |
| Rastatt (LKR) | w | -0,6 | -6,4 | 5,4 | 1,6 |
| Heidelberg (SKR) | i | **0,7** | -5,5 | **3,5** | 1,4 |
| Heidelberg (SKR) | m | **0,8** | -5,8 | **3,6** | 1,5 |
| Heidelberg (SKR) | w | **0,6** | -5,3 | **3,4** | 1,3 |
| Mannheim (SKR) | i | 0,0 | **-3,4** | **2,4** | **1,1** |
| Mannheim (SKR) | m | -0,6 | **-3,4** | **2,9** | **1,1** |
| Mannheim (SKR) | w | 0,6 | **-3,5** | **1,8** | **1,1** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | i | -1,1 | **-7,3** | 6,4 | **2,1** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | m | -1,4 | **-7,1** | 6,4 | **2,2** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | w | -0,8 | **-7,5** | 6,4 | **2,0** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | i | -0,9 | -6,4 | 5,1 | **2,3** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | m | -1,1 | -6,0 | 5,1 | **2,1** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | w | -0,7 | -6,9 | 5,1 | **2,5** |
| Pforzheim (SKR) | i | -0,5 | -4,1 | 3,5 | **1,1** |
| Pforzheim (SKR) | m | -0,9 | -4,5 | 4,3 | **1,1** |
| Pforzheim (SKR) | w | -0,1 | -3,9 | 2,8 | **1,2** |
| Calw (LKR) | i | -1,9 | -6,0 | 6,0 | 1,9 |
| Calw (LKR) | m | -2,0 | -5,8 | 5,9 | 1,8 |
| Calw (LKR) | w | -1,8 | -6,2 | 6,1 | 1,9 |
| Enzkreis (LKR) | i | -1,6 | -6,7 | 6,1 | **2,1** |
| Enzkreis (LKR) | m | -1,8 | -6,2 | 6,0 | **2,1** |
| Enzkreis (LKR) | w | -1,3 | -7,1 | 6,2 | **2,2** |
| Freudenstadt (LKR) | i | -1,8 | -6,5 | 6,7 | 1,6 |
| Freudenstadt (LKR) | m | -2,1 | -6,3 | 6,6 | 1,9 |
| Freudenstadt (LKR) | w | -1,5 | -6,7 | 6,8 | 1,4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **i** | **-0,7** | **-5,6** | **4,6** | **1,7** |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **m** | **-1,0** | **-5,4** | **4,7** | **1,7** |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **w** | **-0,4** | **-5,9** | **4,5** | **1,8** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | i | 0,0 | -4,8 | **3,9** | **1,0** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | m | -0,1 | -5,2 | **4,2** | **1,1** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | w | 0,0 | -4,5 | **3,6** | **0,9** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | i | -1,6 | -5,8 | 5,2 | **2,2** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | m | -2,0 | -5,1 | 5,1 | **2,0** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | w | -1,3 | -6,6 | 5,4 | **2,4** |
| Emmendingen (LKR) | i | -1,8 | -6,7 | 6,4 | **2,1** |
| Emmendingen (LKR) | m | -2,1 | -6,3 | 6,4 | **2,0** |
| Emmendingen (LKR) | w | -1,5 | -7,2 | 6,4 | **2,3** |
| Ortenaukreis (LKR) | i | -1,5 | -6,0 | 5,9 | 1,6 |
| Ortenaukreis (LKR) | m | -1,7 | -5,9 | 6,0 | 1,6 |
| Ortenaukreis (LKR) | w | -1,2 | -6,1 | 5,9 | 1,5 |
| Rottweil (LKR) | i | -1,8 | -5,9 | 5,7 | 2,0 |
| Rottweil (LKR) | m | -2,0 | -6,0 | 6,0 | 2,0 |
| Rottweil (LKR) | w | -1,7 | -5,8 | 5,5 | 2,0 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | i | -1,0 | -5,1 | 4,6 | 1,5 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | m | -1,2 | -4,9 | 4,6 | 1,5 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | w | -0,9 | -5,2 | 4,5 | 1,6 |
| Tuttlingen (LKR) | i | **-2,1** | -5,0 | 5,7 | 1,4 |
| Tuttlingen (LKR) | m | **-2,3** | -4,8 | 5,8 | 1,3 |
| Tuttlingen (LKR) | w | **-2,0** | -5,1 | 5,6 | 1,4 |
| Konstanz (LKR) | i | -0,8 | -5,5 | 4,5 | 1,8 |
| Konstanz (LKR) | m | -0,8 | -5,3 | 4,4 | 1,7 |
| Konstanz (LKR) | w | -0,8 | -5,7 | 4,6 | 1,9 |
| Lörrach (LKR) | i | -1,5 | -6,2 | 6,1 | 1,7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lörrach (LKR) | m | -1,6 | -5,9 | 6,0 | 1,5 |
| Lörrach (LKR) | w | -1,5 | -6,6 | 6,2 | 1,9 |
| Waldshut (LKR) | i | **-2,0** | -5,4 | 5,7 | 1,7 |
| Waldshut (LKR) | m | **-2,4** | -4,9 | 5,7 | 1,7 |
| Waldshut (LKR) | w | **-1,7** | -5,8 | 5,8 | 1,7 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **i** | **-1,4** | **-5,6** | **5,3** | **1,7** |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **m** | **-1,5** | **-5,4** | **5,3** | **1,6** |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **w** | **-1,2** | **-5,8** | **5,3** | **1,7** |
| Reutlingen (LKR) | i | -1,8 | -5,4 | 5,6 | 1,6 |
| Reutlingen (LKR) | m | -2,0 | -5,1 | 5,6 | 1,6 |
| Reutlingen (LKR) | w | -1,6 | -5,7 | 5,6 | 1,7 |
| Tübingen (LKR) | i | -1,2 | -6,9 | 6,4 | 1,7 |
| Tübingen (LKR) | m | -1,5 | -6,4 | 6,1 | 1,8 |
| Tübingen (LKR) | w | -1,0 | -7,3 | 6,8 | 1,6 |
| Zollernalbkreis (LKR) | i | -0,8 | -6,4 | 5,8 | 1,4 |
| Zollernalbkreis (LKR) | m | -1,0 | -6,4 | 6,0 | 1,5 |
| Zollernalbkreis (LKR) | w | -0,6 | -6,4 | 5,7 | 1,3 |
| Ulm (SKR) | i | -0,5 | **-2,5** | **1,8** | 1,2 |
| Ulm (SKR) | m | -1,0 | **-2,0** | **1,7** | 1,3 |
| Ulm (SKR) | w | 0,0 | **-3,0** | **2,0** | 1,0 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | i | **-2,4** | -6,4 | **7,0** | 1,8 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | m | **-2,7** | -6,2 | **6,9** | 1,9 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | w | **-2,2** | -6,7 | **7,1** | 1,7 |
| Biberach (LKR) | i | **-2,4** | -6,5 | **7,1** | 1,8 |
| Biberach (LKR) | m | **-2,4** | -6,3 | **6,8** | 1,9 |
| Biberach (LKR) | w | **-2,3** | -6,6 | **7,3** | 1,7 |
| Bodenseekreis (LKR) | i | -0,8 | -5,3 | 3,5 | **2,6** |
| Bodenseekreis (LKR) | m | -0,9 | -4,8 | 3,4 | **2,3** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bodenseekreis (LKR) | w | -0,7 | -5,8 | 3,6 | **3,0** |
| Ravensburg (LKR) | i | **-2,0** | -6,0 | 5,8 | **2,1** |
| Ravensburg (LKR) | m | **-2,1** | -5,7 | 5,8 | **2,0** |
| Ravensburg (LKR) | w | **-1,8** | -6,3 | 5,9 | **2,1** |
| Sigmaringen (LKR) | i | -1,8 | -6,5 | **6,7** | 1,6 |
| Sigmaringen (LKR) | m | -2,0 | -6,5 | **6,8** | 1,7 |
| Sigmaringen (LKR) | w | -1,6 | -6,6 | **6,7** | 1,5 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **i** | **-1,6** | **-5,8** | **5,6** | **1,8** |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **m** | **-1,8** | **-5,5** | **5,5** | **1,8** |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **w** | **-1,4** | **-6,1** | **5,7** | **1,8** |
| **Baden-Württemberg** | **i** | **-1,1** | **-5,5** | **4,9** | **1,7** |
| **Baden-Württemberg** | **m** | **-1,3** | **-5,3** | **5,0** | **1,7** |
| **Baden-Württemberg** | **w** | **-0,9** | **-5,7** | **4,8** | **1,8** |

**Anhang 3: Anzahl Demenzkranker (hochgerechnet) in Baden-Württemberg, 2015 und 2030, abs. und rel. Zuwachs**

| Stadt-/ Landkreis (SKR/LKR) Regierungsbezirk Land | Geschlecht | 2015 | 2030 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 65j. iu ä. | 65j. iu ä. | abs. Differrenz 2015-2030 | rel. Zuwachs 2015-2030 in % |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | m | 3426 | 4150 | 724 | **21,1** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | w | 6864 | 7704 | 840 | **12,2** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | i | 10290 | 11854 | 1564 | **15,2** |
| Böblingen (LKR) | m | 2352 | 3220 | 868 | **36,9** |
| Böblingen (LKR) | w | 4264 | 5842 | 1578 | **37,0** |
| Böblingen (LKR) | i | 6616 | 9062 | 2446 | **37,0** |
| Esslingen (LKR) | m | 3362 | 4528 | 1166 | 34,7 |
| Esslingen (LKR) | w | 6162 | 8329 | 2167 | 35,2 |
| Esslingen (LKR) | i | 9524 | 12857 | 3333 | 35,0 |
| Göppingen (LKR) | m | 1705 | 2256 | 551 | 32,3 |
| Göppingen (LKR) | w | 3260 | 4069 | 809 | 24,8 |
| Göppingen (LKR) | i | 4965 | 6325 | 1360 | 27,4 |
| Ludwigsburg (LKR) | m | 3301 | 4570 | 1269 | **38,4** |
| Ludwigsburg (LKR) | w | 6077 | 8327 | 2250 | **37,0** |
| Ludwigsburg (LKR) | i | 9378 | 12897 | 3519 | **37,5** |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | m | 2710 | 3663 | 953 | 35,2 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | w | 5163 | 6770 | 1607 | 31,1 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | i | 7873 | 10433 | 2560 | 32,5 |
| Heilbronn (SKR) | m | 774 | 1003 | 229 | **29,6** |
| Heilbronn (SKR) | w | 1540 | 1874 | 334 | **21,7** |
| Heilbronn (SKR) | i | 2314 | 2877 | 563 | **24,3** |
| Heilbronn (LKR) | m | 1968 | 2937 | 969 | **49,2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Heilbronn (LKR) | w | 3802 | 5303 | 1501 | **39,5** |
| Heilbronn (LKR) | i | 5770 | 8240 | 2470 | **42,8** |
| Hohenlohekreis (LKR) | m | 679 | 971 | 292 | **43,0** |
| Hohenlohekreis (LKR) | w | 1309 | 1722 | 413 | **31,6** |
| Hohenlohekreis (LKR) | i | 1988 | 2693 | 705 | **35,5** |
| Schwäbisch Hall (LKR) | m | 1112 | 1660 | 548 | **49,3** |
| Schwäbisch Hall (LKR) | w | 2258 | 2921 | 663 | **29,4** |
| Schwäbisch Hall (LKR) | i | 3370 | 4581 | 1211 | **35,9** |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | m | 932 | 1265 | 333 | 35,7 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | w | 1828 | 2213 | 385 | 21,1 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | i | 2760 | 3478 | 718 | 26,0 |
| Heidenheim (LKR) | m | 920 | 1155 | 235 | **25,5** |
| Heidenheim (LKR) | w | 1812 | 2117 | 305 | **16,8** |
| Heidenheim (LKR) | i | 2732 | 3272 | 540 | **19,8** |
| Ostalbkreis (LKR) | m | 1953 | 2683 | 730 | **37,4** |
| Ostalbkreis (LKR) | w | 3841 | 4785 | 944 | **24,6** |
| Ostalbkreis (LKR) | i | 5794 | 7468 | 1674 | **28,9** |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **m** | 25193 | 34060 | 8867 | 35,2 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **w** | 48179 | 61974 | 13795 | 28,6 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **i** | 73372 | 96034 | 22662 | 30,9 |
| Baden-Baden (SKR) | m | 448 | 506 | 58 | **12,9** |
| Baden-Baden (SKR) | w | 921 | 989 | 68 | **7,4** |
| Baden-Baden (SKR) | i | 1369 | 1495 | 126 | **9,2** |
| Karlsruhe (SKR) | m | 1737 | 2245 | 508 | **29,2** |
| Karlsruhe (SKR) | w | 3589 | 4059 | 470 | **13,1** |
| Karlsruhe (SKR) | i | 5326 | 6304 | 978 | **18,4** |
| Karlsruhe (LKR) | m | 2822 | 4057 | 1235 | **43,8** |
| Karlsruhe (LKR) | w | 5428 | 7333 | 1905 | **35,1** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Karlsruhe (LKR) | i | 8250 | 11390 | 3140 | **38,1** |
| Rastatt (LKR) | m | 1490 | 2032 | 542 | 36,4 |
| Rastatt (LKR) | w | 2881 | 3597 | 716 | 24,9 |
| Rastatt (LKR) | i | 4371 | 5629 | 1258 | 28,8 |
| Heidelberg (SKR) | m | 759 | 1071 | 312 | 41,1 |
| Heidelberg (SKR) | w | 1628 | 2007 | 379 | 23,3 |
| Heidelberg (SKR) | i | 2387 | 3078 | 691 | 28,9 |
| Mannheim (SKR) | m | 1791 | 2280 | 489 | **27,3** |
| Mannheim (SKR) | w | 3432 | 4048 | 616 | **17,9** |
| Mannheim (SKR) | i | 5223 | 6328 | 1105 | **21,2** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | m | 945 | 1366 | 421 | 44,6 |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | w | 1866 | 2373 | 507 | 27,2 |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | i | 2811 | 3739 | 928 | 33,0 |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | m | 3510 | 4928 | 1418 | **40,4** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | w | 6631 | 8962 | 2331 | **35,2** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | i | 10141 | 13890 | 3749 | **37,0** |
| Pforzheim (SKR) | m | 759 | 982 | 223 | **29,4** |
| Pforzheim (SKR) | w | 1652 | 1918 | 266 | **16,1** |
| Pforzheim (SKR) | i | 2411 | 2900 | 489 | **20,3** |
| Calw (LKR) | m | 992 | 1381 | 389 | 39,2 |
| Calw (LKR) | w | 1872 | 2402 | 530 | 28,3 |
| Calw (LKR) | i | 2864 | 3783 | 919 | 32,1 |
| Enzkreis (LKR) | m | 1259 | 1775 | 516 | 41,0 |
| Enzkreis (LKR) | w | 2423 | 3188 | 765 | 31,6 |
| Enzkreis (LKR) | i | 3682 | 4963 | 1281 | 34,8 |
| Freudenstadt (LKR) | m | 729 | 1038 | 309 | 42,4 |
| Freudenstadt (LKR) | w | 1470 | 1805 | 335 | 22,8 |
| Freudenstadt (LKR) | i | 2199 | 2843 | 644 | 29,3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **m** | 17241 | 23662 | 6421 | 37,2 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **w** | 33793 | 42681 | 8888 | 26,3 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **i** | 51034 | 66343 | 15309 | 30,0 |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | m | 1083 | 1518 | 435 | 40,2 |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | w | 2417 | 2936 | 519 | 21,5 |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | i | 3500 | 4454 | 954 | 27,3 |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | m | 1684 | 2335 | 651 | 38,7 |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | w | 3125 | 4179 | 1054 | 33,7 |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | i | 4809 | 6514 | 1705 | 35,5 |
| Emmendingen (LKR) | m | 1012 | 1466 | 454 | **44,9** |
| Emmendingen (LKR) | w | 1944 | 2629 | 685 | **35,2** |
| Emmendingen (LKR) | i | 2956 | 4095 | 1139 | **38,5** |
| Ortenaukreis (LKR) | m | 2706 | 3752 | 1046 | 38,7 |
| Ortenaukreis (LKR) | w | 5417 | 6747 | 1330 | 24,6 |
| Ortenaukreis (LKR) | i | 8123 | 10499 | 2376 | 29,3 |
| Rottweil (LKR) | m | 908 | 1267 | 359 | 39,5 |
| Rottweil (LKR) | w | 1773 | 2249 | 476 | 26,8 |
| Rottweil (LKR) | i | 2681 | 3516 | 835 | 31,1 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | m | 1478 | 1878 | 400 | **27,1** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | w | 2793 | 3356 | 563 | **20,2** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | i | 4271 | 5234 | 963 | **22,5** |
| Tuttlingen (LKR) | m | 868 | 1147 | 279 | 32,1 |
| Tuttlingen (LKR) | w | 1616 | 2016 | 400 | 24,8 |
| Tuttlingen (LKR) | i | 2484 | 3163 | 679 | 27,3 |
| Konstanz (LKR) | m | 1825 | 2442 | 617 | 33,8 |
| Konstanz (LKR) | w | 3541 | 4532 | 991 | 28,0 |
| Konstanz (LKR) | i | 5366 | 6974 | 1608 | 30,0 |
| Lörrach (LKR) | m | 1466 | 2000 | 534 | 36,4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lörrach (LKR) | w | 2770 | 3642 | 872 | 31,5 |
| Lörrach (LKR) | i | 4236 | 5642 | 1406 | 33,2 |
| Waldshut (LKR) | m | 1112 | 1512 | 400 | 36,0 |
| Waldshut (LKR) | w | 2122 | 2665 | 543 | 25,6 |
| Waldshut (LKR) | i | 3234 | 4177 | 943 | 29,2 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **m** | 14142 | 19318 | 5176 | 36,6 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **w** | 27519 | 34951 | 7432 | 27,0 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **i** | 41661 | 54269 | 12608 | 30,3 |
| Reutlingen (LKR) | m | 1809 | 2422 | 613 | 33,9 |
| Reutlingen (LKR) | w | 3457 | 4382 | 925 | 26,8 |
| Reutlingen (LKR) | i | 5266 | 6804 | 1538 | 29,2 |
| Tübingen (LKR) | m | 1111 | 1689 | 578 | **52,0** |
| Tübingen (LKR) | w | 2183 | 2956 | 773 | **35,4** |
| Tübingen (LKR) | i | 3294 | 4645 | 1351 | **41,0** |
| Zollernalbkreis (LKR) | m | 1278 | 1650 | 372 | **29,1** |
| Zollernalbkreis (LKR) | w | 2485 | 2903 | 418 | **16,8** |
| Zollernalbkreis (LKR) | i | 3763 | 4553 | 790 | **21,0** |
| Ulm (SKR) | m | 685 | 888 | 203 | **29,6** |
| Ulm (SKR) | w | 1365 | 1597 | 232 | **17,0** |
| Ulm (SKR) | i | 2050 | 2485 | 435 | **21,2** |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | m | 1143 | 1664 | 521 | **45,6** |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | w | 2215 | 2876 | 661 | **29,8** |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | i | 3358 | 4540 | 1182 | **35,2** |
| Biberach (LKR) | m | 1126 | 1654 | 528 | **46,9** |
| Biberach (LKR) | w | 2175 | 2825 | 650 | **29,9** |
| Biberach (LKR) | i | 3301 | 4479 | 1178 | **35,7** |
| Bodenseekreis (LKR) | m | 1429 | 1952 | 523 | **36,6** |
| Bodenseekreis (LKR) | w | 2585 | 3543 | 958 | **37,1** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bodenseekreis (LKR) | i | 4014 | 5495 | 1481 | **36,9** |
| Ravensburg (LKR) | m | 1676 | 2423 | 747 | **44,6** |
| Ravensburg (LKR) | w | 3274 | 4344 | 1070 | **32,7** |
| Ravensburg (LKR) | i | 4950 | 6767 | 1817 | **36,7** |
| Sigmaringen (LKR) | m | 801 | 1119 | 318 | 39,7 |
| Sigmaringen (LKR) | w | 1551 | 1940 | 389 | 25,1 |
| Sigmaringen (LKR) | i | 2352 | 3059 | 707 | 30,1 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **m** | 11058 | 15460 | 4402 | 39,8 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **w** | 21290 | 27365 | 6075 | 28,5 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **i** | 32348 | 42825 | 10477 | 32,4 |
| **Baden-Württemberg** | **m** | 67634 | 92500 | 24866 | 36,8 |
| **Baden-Württemberg** | **w** | 130781 | 166972 | 36191 | 27,7 |
| **Baden-Württemberg** | **i** | 198415 | 259472 | 61057 | 30,8 |

**Anhang 4: Pflegebedürftige in BW, Anzahl sowie Pflegequoten 2015 und 2030 *)**

| Stadt-/ Landkreis (SKR/LKR) Regierungsbezirk Land | Ge-schlecht | 2015 | | 2030 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Anzahl PB | Pflege-quote | An-zahl PB | Pflege -quote | Zu-wachs PB abs. 2015-2030 | Zuwachs Pflegequote |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | m | 5 893 | 1,92 | 7 193 | 2,22 | 1300 | **0,30** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | w | 10 477 | 3,37 | 11 809 | 3,69 | 1332 | **0,32** |
| Stuttgart, Landeshauptstadt (SKR) | i | 16 370 | 2,65 | 19 002 | 2,95 | 2632 | **0,30** |
| Böblingen (LKR) | m | 3 939 | 2,14 | 5 263 | 2,83 | 1324 | 0,69 |
| Böblingen (LKR) | w | 6 494 | 3,45 | 8 749 | 4,62 | 2255 | 1,17 |
| Böblingen (LKR) | i | 10 433 | 2,80 | 14 012 | 3,73 | 3579 | 0,93 |
| Esslingen (LKR) | m | 5 582 | 2,20 | 7 383 | 2,87 | 1801 | 0,67 |
| Esslingen (LKR) | w | 9 341 | 3,57 | 12 462 | 4,72 | 3121 | 1,15 |
| Esslingen (LKR) | i | 14 923 | 2,89 | 19 845 | 3,80 | 4922 | 0,91 |
| Göppingen (LKR) | m | 2 806 | 2,29 | 3 618 | 2,99 | 812 | 0,70 |
| Göppingen (LKR) | w | 4 906 | 3,90 | 6 044 | 4,92 | 1138 | 1,02 |
| Göppingen (LKR) | i | 7 712 | 3,10 | 9 662 | 3,96 | 1950 | 0,86 |
| Ludwigsburg (LKR) | m | 5 544 | 2,14 | 7 474 | 2,83 | 1930 | 0,69 |
| Ludwigsburg (LKR) | w | 9 259 | 3,47 | 12 485 | 4,62 | 3226 | 1,15 |
| Ludwigsburg (LKR) | i | 14 803 | 2,81 | 19 959 | 3,73 | 5156 | 0,92 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | m | 4 500 | 2,22 | 5 938 | 2,91 | 1438 | 0,69 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | w | 7 800 | 3,72 | 10 091 | 4,85 | 2291 | 1,13 |
| Rems-Murr-Kreis (LKR) | i | 12 300 | 2,98 | 16 029 | 3,89 | 3729 | 0,91 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Heilbronn (SKR) | m | 1 291 | 2,17 | 1 655 | 2,71 | 364 | 0,54 |
| Heilbronn (SKR) | w | 2 316 | 3,84 | 2 808 | 4,60 | 492 | 0,76 |
| Heilbronn (SKR) | i | 3 607 | 3,01 | 4 463 | 3,65 | 856 | 0,64 |
| Heilbronn (LKR) | m | 3 375 | 2,07 | 4 760 | 2,90 | 1385 | **0,83** |
| Heilbronn (LKR) | w | 5 827 | 3,53 | 7 914 | 4,80 | 2087 | **1,27** |
| Heilbronn (LKR) | i | 9 202 | 2,80 | 12 674 | 3,85 | 3472 | **1,05** |
| Hohenlohekreis (LKR) | m | 1 160 | 2,14 | 1 572 | 2,88 | 412 | 0,74 |
| Hohenlohekreis (LKR) | w | 2 000 | 3,69 | 2 572 | 4,73 | 572 | 1,04 |
| Hohenlohekreis (LKR) | i | 3 160 | 2,92 | 4 144 | 3,81 | 984 | 0,89 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | m | 1 936 | 2,05 | 2 690 | 2,81 | 754 | 0,76 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | w | 3 461 | 3,65 | 4 362 | 4,57 | 901 | 0,92 |
| Schwäbisch Hall (LKR) | i | 5 397 | 2,85 | 7 052 | 3,69 | 1655 | 0,84 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | m | 1 536 | 2,40 | 2 000 | 3,13 | 464 | 0,73 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | w | 2 751 | 4,19 | 3 277 | 5,09 | 526 | 0,90 |
| Main-Tauber-Kreis (LKR) | i | 4 287 | 3,30 | 5 277 | 4,11 | 990 | 0,81 |
| Heidenheim (LKR) | m | 1 503 | 2,39 | 1 850 | 2,99 | 347 | 0,60 |
| Heidenheim (LKR) | w | 2 703 | 4,20 | 3 142 | 5,06 | 439 | 0,86 |
| Heidenheim (LKR) | i | 4 206 | 3,30 | 4 992 | 4,03 | 786 | 0,73 |
| Ostalbkreis (LKR) | m | 3 297 | 2,16 | 4 327 | 2,86 | 1030 | 0,70 |
| Ostalbkreis (LKR) | w | 5 823 | 3,76 | 7 134 | 4,72 | 1311 | 0,96 |
| Ostalbkreis (LKR) | i | 9 120 | 2,97 | 11 461 | 3,79 | 2341 | 0,82 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **m** | **42 364** | **2,14** | **55 723** | **2,77** | 13359 | 0,63 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **w** | **73 159** | **3,62** | **92 847** | **4,58** | 19688 | 0,96 |
| **Regierungsbezirk Stuttgart** | **i** | **115 523** | **2,89** | **148 570** | **3,68** | 33047 | 0,79 |
| Baden-Baden (SKR) | m | 701 | 2,78 | 804 | 3,12 | 103 | **0,34** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Baden-Baden (SKR) | w | 1 358 | 4,84 | 1 458 | 5,29 | 100 | **0,45** |
| Baden-Baden (SKR) | i | 2 059 | 3,87 | 2 262 | 4,24 | 203 | **0,37** |
| Karlsruhe (SKR) | m | 3 001 | 1,93 | 3 796 | 2,32 | 795 | **0,39** |
| Karlsruhe (SKR) | w | 5 451 | 3,62 | 6 154 | 3,98 | 703 | **0,36** |
| Karlsruhe (SKR) | i | 8 452 | 2,76 | 9 950 | 3,12 | 1498 | **0,36** |
| Karlsruhe (LKR) | m | 4 727 | 2,21 | 6 514 | 3,00 | 1787 | **0,79** |
| Karlsruhe (LKR) | w | 8 234 | 3,75 | 10 901 | 4,94 | 2667 | **1,19** |
| Karlsruhe (LKR) | i | 12 961 | 2,99 | 17 415 | 3,98 | 4454 | **0,99** |
| Rastatt (LKR) | m | 2 477 | 2,24 | 3 256 | 2,93 | 779 | 0,69 |
| Rastatt (LKR) | w | 4 353 | 3,82 | 5 354 | 4,72 | 1001 | 0,90 |
| Rastatt (LKR) | i | 6 830 | 3,04 | 8 610 | 3,83 | 1780 | 0,79 |
| Heidelberg (SKR) | m | 1 351 | 1,82 | 1 811 | 2,36 | 460 | 0,54 |
| Heidelberg (SKR) | w | 2 525 | 3,13 | 3 062 | 3,74 | 537 | 0,61 |
| Heidelberg (SKR) | i | 3 876 | 2,50 | 4 873 | 3,07 | 997 | 0,57 |
| Mannheim (SKR) | m | 3 051 | 2,01 | 3 846 | 2,42 | 795 | 0,41 |
| Mannheim (SKR) | w | 5 239 | 3,41 | 6 130 | 3,89 | 891 | 0,48 |
| Mannheim (SKR) | i | 8 290 | 2,71 | 9 976 | 3,15 | 1686 | 0,44 |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | m | 1 583 | 2,24 | 2 170 | 3,10 | 587 | **0,86** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | w | 2 824 | 3,97 | 3 515 | 5,03 | 691 | **1,06** |
| Neckar-Odenwald-Kreis (LKR) | i | 4 407 | 3,11 | 5 685 | 4,07 | 1278 | **0,96** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | m | 5 836 | 2,23 | 7 922 | 2,98 | 2086 | **0,75** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | w | 10 063 | 3,72 | 13 322 | 4,87 | 3259 | **1,15** |
| Rhein-Neckar-Kreis (LKR) | i | 15 899 | 2,97 | 21 244 | 3,94 | 5345 | **0,97** |
| Pforzheim (SKR) | m | 1 271 | 2,18 | 1 620 | 2,69 | 349 | 0,51 |
| Pforzheim (SKR) | w | 2 473 | 4,09 | 2 857 | 4,72 | 384 | 0,63 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pforzheim (SKR) | i | 3 744 | 3,15 | 4 477 | 3,71 | 733 | 0,56 |
| Calw (LKR) | m | 1 657 | 2,22 | 2 206 | 2,98 | 549 | 0,76 |
| Calw (LKR) | w | 2 840 | 3,73 | 3 573 | 4,77 | 733 | 1,04 |
| Calw (LKR) | i | 4 497 | 2,98 | 5 779 | 3,88 | 1282 | 0,90 |
| Enzkreis (LKR) | m | 2 106 | 2,21 | 2 848 | 3,00 | 742 | **0,79** |
| Enzkreis (LKR) | w | 3 669 | 3,75 | 4 739 | 4,92 | 1070 | **1,17** |
| Enzkreis (LKR) | i | 5 775 | 2,99 | 7 587 | 3,97 | 1812 | **0,98** |
| Freudenstadt (LKR) | m | 1 231 | 2,17 | 1 668 | 2,94 | 437 | 0,77 |
| Freudenstadt (LKR) | w | 2 224 | 3,83 | 2 693 | 4,74 | 469 | 0,91 |
| Freudenstadt (LKR) | i | 3 455 | 3,01 | 4 361 | 3,84 | 906 | 0,83 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **m** | **28 991** | **2,15** | **38 460** | **2,80** | 9469 | 0,65 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **w** | **51 253** | **3,70** | **63 758** | **4,60** | 12505 | 0,90 |
| **Regierungsbezirk Karlsruhe** | **i** | **80 244** | **2,94** | **102 218** | **3,70** | 21974 | 0,76 |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | m | 1 952 | 1,81 | 2 597 | 2,26 | 645 | **0,45** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | w | 3 754 | 3,17 | 4 490 | 3,66 | 736 | **0,49** |
| Freiburg im Breisgau (SKR) | i | 5 706 | 2,52 | 7 087 | 2,99 | 1381 | **0,47** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | m | 2 803 | 2,28 | 3 736 | 3,01 | 933 | **0,73** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | w | 4 753 | 3,72 | 6 205 | 4,88 | 1452 | **1,16** |
| Breisgau-Hochschwarzwald (LKR) | i | 7 556 | 3,01 | 9 941 | 3,95 | 2385 | **0,94** |
| Emmendingen (LKR) | m | 1 709 | 2,18 | 2 352 | 2,97 | 643 | **0,79** |
| Emmendingen (LKR) | w | 2 964 | 3,65 | 3 910 | 4,84 | 946 | **1,19** |
| Emmendingen (LKR) | i | 4 673 | 2,93 | 6 262 | 3,91 | 1589 | **0,98** |
| Ortenaukreis (LKR) | m | 4 548 | 2,21 | 6 053 | 2,91 | 1505 | 0,70 |
| Ortenaukreis (LKR) | w | 8 206 | 3,90 | 10 055 | 4,78 | 1849 | 0,88 |
| Ortenaukreis (LKR) | i | 12 754 | 3,06 | 16 108 | 3,85 | 3354 | 0,79 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rottweil (LKR) | m | 1 509 | 2,25 | 2 032 | 3,04 | 523 | **0,79** |
| Rottweil (LKR) | w | 2 666 | 3,90 | 3 351 | 5,00 | 685 | **1,10** |
| Rottweil (LKR) | i | 4 175 | 3,08 | 5 383 | 4,02 | 1208 | **0,94** |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | m | 2 404 | 2,38 | 2 999 | 3,00 | 595 | 0,62 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | w | 4 185 | 4,02 | 4 978 | 4,91 | 793 | 0,89 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis (LKR) | i | 6 589 | 3,21 | 7 977 | 3,96 | 1388 | 0,75 |
| Tuttlingen (LKR) | m | 1 455 | 2,19 | 1 866 | 2,82 | 411 | 0,63 |
| Tuttlingen (LKR) | w | 2 452 | 3,67 | 3 018 | 4,56 | 566 | 0,89 |
| Tuttlingen (LKR) | i | 3 907 | 2,93 | 4 884 | 3,69 | 977 | 0,76 |
| Konstanz (LKR) | m | 3 016 | 2,25 | 3 963 | 2,90 | 947 | 0,65 |
| Konstanz (LKR) | w | 5 358 | 3,77 | 6 766 | 4,75 | 1408 | 0,98 |
| Konstanz (LKR) | i | 8 374 | 3,03 | 10 729 | 3,84 | 2355 | 0,81 |
| Lörrach (LKR) | m | 2 440 | 2,23 | 3 242 | 2,91 | 802 | 0,68 |
| Lörrach (LKR) | w | 4 206 | 3,67 | 5 443 | 4,74 | 1237 | 1,07 |
| Lörrach (LKR) | i | 6 646 | 2,97 | 8 685 | 3,84 | 2039 | 0,87 |
| Waldshut (LKR) | m | 1 849 | 2,27 | 2 424 | 2,96 | 575 | 0,69 |
| Waldshut (LKR) | w | 3 215 | 3,84 | 3 967 | 4,77 | 752 | 0,93 |
| Waldshut (LKR) | i | 5 064 | 3,07 | 6 391 | 3,87 | 1327 | 0,80 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **m** | **23 684** | **2,20** | **31 262** | **2,87** | 7578 | 0,67 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **w** | **41 760** | **3,74** | **52 182** | **4,68** | 10422 | 0,94 |
| **Regierungsbezirk Freiburg** | **i** | **65 444** | **2,99** | **83 444** | **3,78** | 18000 | 0,79 |
| Reutlingen (LKR) | m | 3 006 | 2,21 | 3 930 | 2,87 | 924 | 0,66 |
| Reutlingen (LKR) | w | 5 230 | 3,72 | 6 542 | 4,72 | 1312 | 1,00 |
| Reutlingen (LKR) | i | 8 236 | 2,98 | 10 472 | 3,80 | 2236 | 0,82 |
| Tübingen (LKR) | m | 1 986 | 1,85 | 2 794 | 2,55 | 808 | 0,70 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tübingen (LKR) | w | 3 420 | 3,05 | 4 474 | 3,96 | 1054 | 0,91 |
| Tübingen (LKR) | i | 5 406 | 2,47 | 7 268 | 3,27 | 1862 | 0,80 |
| Zollernalbkreis (LKR) | m | 2 097 | 2,30 | 2 643 | 2,97 | 546 | 0,67 |
| Zollernalbkreis (LKR) | w | 3 729 | 4,00 | 4 312 | 4,83 | 583 | 0,83 |
| Zollernalbkreis (LKR) | i | 5 826 | 3,16 | 6 955 | 3,90 | 1129 | 0,74 |
| Ulm (SKR) | m | 1 182 | 1,96 | 1 507 | 2,36 | 325 | **0,40** |
| Ulm (SKR) | w | 2 095 | 3,39 | 2 423 | 3,81 | 328 | **0,42** |
| Ulm (SKR) | i | 3 277 | 2,68 | 3 930 | 3,08 | 653 | **0,40** |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | m | 1 966 | 2,08 | 2 697 | 2,86 | 731 | 0,78 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | w | 3 386 | 3,59 | 4 311 | 4,60 | 925 | 1,01 |
| Alb-Donau-Kreis (LKR) | i | 5 352 | 2,84 | 7 008 | 3,72 | 1656 | 0,88 |
| Biberach (LKR) | m | 1 941 | 2,05 | 2 690 | 2,83 | 749 | 0,78 |
| Biberach (LKR) | w | 3 343 | 3,52 | 4 243 | 4,49 | 900 | 0,97 |
| Biberach (LKR) | i | 5 284 | 2,79 | 6 933 | 3,66 | 1649 | 0,87 |
| Bodenseekreis (LKR) | m | 2 345 | 2,28 | 3 138 | 3,02 | 793 | **0,74** |
| Bodenseekreis (LKR) | w | 3 920 | 3,68 | 5 261 | 4,93 | 1341 | **1,25** |
| Bodenseekreis (LKR) | i | 6 265 | 2,99 | 8 399 | 3,99 | 2134 | **1,00** |
| Ravensburg (LKR) | m | 2 866 | 2,10 | 3 939 | 2,86 | 1073 | 0,76 |
| Ravensburg (LKR) | w | 5 010 | 3,59 | 6 503 | 4,65 | 1493 | 1,06 |
| Ravensburg (LKR) | i | 7 876 | 2,85 | 10 442 | 3,76 | 2566 | 0,91 |
| Sigmaringen (LKR) | m | 1 357 | 2,15 | 1 806 | 2,86 | 449 | 0,71 |
| Sigmaringen (LKR) | w | 2 357 | 3,68 | 2 899 | 4,62 | 542 | 0,94 |
| Sigmaringen (LKR) | i | 3 714 | 2,92 | 4 705 | 3,74 | 991 | 0,82 |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **m** | **18 746** | **2,12** | **25 145** | **2,81** | **6399** | **0,69** |
| **Regierungsbezirk Tübingen** | **w** | **32 491** | **3,58** | **40 968** | **4,54** | **8477** | **0,96** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regierungsbezirk Tübingen | i | 51 237 | 2,86 | 66 113 | 3,68 | 14876 | 0,82 |
| Baden-Württemberg | m | 113 785 | 2,15 | 150 591 | 2,81 | 36806 | 0,66 |
| Baden-Württemberg | w | 198 664 | 3,66 | 249 756 | 4,60 | 51092 | 0,94 |
| Baden-Württemberg | i | 312 449 | 2,91 | 400 347 | 3,71 | 87898 | 0,80 |
| | | | | | | | |
| *) Hochrechnung auf Basis der geschlechts-/altersgruppenspez. Pflegequoten (5j-Gr.) 2013 und der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung StaLA BW 2012 | | | | | | | |

**Anhang 5: Pflegebedürftige und Pflegequote Baden-Württemberg, 2009-2030 Landkreisen basierend auf Daten der Bertelsmann Stiftung**

| Stadt-/ Landkreis (SKR/LKR) Regierungsbezirk Land | 2009 | | 2030 | | 2009-2030 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl PB | Pflege-quote | Anzahl PB | Pflege-quote | Zuwachs PB abs. | Zuwachs Pflegequote |
| Stuttgart, kreisfreie Stadt | 11387 | 1,89 | 14833 | 2,4 | 3446 | 0,51 |
| Böblingen, Landkreis | 7008 | 1,89 | 12120 | 3,34 | 5112 | 1,45 |
| Esslingen, Landkreis | 10743 | 2,09 | 17196 | 3,41 | 6453 | 1,32 |
| Göppingen, Landkreis | 5895 | 2,33 | 8742 | 3,7 | 2847 | 1,37 |
| Ludwigsburg, Landkreis | 9405 | 1,82 | 16127 | 3,1 | 6722 | 1,28 |
| Rems-Murr-Kreis, Landkreis | 9140 | 2,2 | 14943 | 3,72 | 5803 | 1,52 |
| Heilbronn, kreisfreie Stadt | 2698 | 2,21 | 3822 | 3,05 | 1124 | 0,84 |
| Heilbronn, Landkreis | 7144 | 2,17 | 12419 | 3,77 | 5275 | 1,6 |
| Hohenlohekreis, Landkreis | 2588 | 2,38 | 4078 | 3,79 | 1490 | 1,41 |
| Schwäbisch Hall, Landkreis | 4905 | 2,6 | 7646 | 4,04 | 2741 | 1,44 |
| Main-Tauber-Kreis, Landkreis | 4011 | 2,99 | 5801 | 4,67 | 1790 | 1,68 |
| Heidenheim, Landkreis | 3883 | 2,95 | 5334 | 4,48 | 1451 | 1,53 |
| Ostalbkreis, Landkreis | 7285 | 2,34 | 11160 | 3,78 | 3875 | 1,44 |
| RB Stuttgart | 86092 | 2,15 | 134221 | 3,41 | 48129 | 1,26 |
| Baden-Baden, kreisfreie Stadt | 1676 | 3,08 | 2226 | 4,04 | 550 | 0,96 |
| Karlsruhe, kreisfreie Stadt | 7329 | 2,51 | 9408 | 3,13 | 2079 | 0,62 |
| Karlsruhe, Landkreis | 10896 | 2,53 | 18385 | 4,21 | 7489 | 1,68 |
| Rastatt, Landkreis | 5484 | 2,42 | 8163 | 3,69 | 2679 | 1,27 |
| Heidelberg, kreisfreie Stadt | 2886 | 1,97 | 3862 | 2,56 | 976 | 0,59 |
| Mannheim, kreisfreie Stadt | 7389 | 2,37 | 9622 | 3,01 | 2233 | 0,64 |
| Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis | 4879 | 3,3 | 7368 | 5,29 | 2489 | 1,99 |
| Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis | 13007 | 2,43 | 20645 | 3,8 | 7638 | 1,37 |
| Pforzheim, kreisfreie Stadt | 3982 | 3,33 | 5449 | 4,46 | 1467 | 1,13 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Calw, Landkreis | 3826 | 2,42 | 5319 | 3,6 | 1493 | 1,18 |
| Enzkreis, Landkreis | 5132 | 2,64 | 7909 | 4,27 | 2777 | 1,63 |
| Freudenstadt, Landkreis | 2830 | 2,35 | 4012 | 3,54 | 1182 | 1,19 |
| RB Karlsruhe | 69316 | 2,53 | 102368 | 3,74 | 33052 | 1,21 |
| Freiburg im Breisgau, kreisfreie Stadt | 4531 | 2,04 | 6810 | 2,87 | 2279 | 0,83 |
| Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis | 5380 | 2,15 | 8887 | 3,51 | 3507 | 1,36 |
| Emmendingen, Landkreis | 4060 | 2,58 | 7099 | 4,38 | 3039 | 1,8 |
| Ortenaukreis, Landkreis | 10577 | 2,54 | 16417 | 3,93 | 5840 | 1,39 |
| Rottweil, Landkreis | 3308 | 2,36 | 4934 | 3,71 | 1626 | 1,35 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis | 5127 | 2,48 | 7374 | 3,83 | 2247 | 1,35 |
| Tuttlingen, Landkreis | 2947 | 2,19 | 4464 | 3,38 | 1517 | 1,19 |
| Konstanz, Landkreis | 6191 | 2,23 | 9604 | 3,4 | 3413 | 1,17 |
| Lörrach, Landkreis | 4888 | 2,2 | 7561 | 3,37 | 2673 | 1,17 |
| Waldshut, Landkreis | 3935 | 2,37 | 5770 | 3,54 | 1835 | 1,17 |
| RB Freiburg | 50944 | 2,32 | 78920 | 3,59 | 27976 | 1,27 |
| Reutlingen, Landkreis | 5945 | 2,12 | 9400 | 3,43 | 3455 | 1,31 |
| Tübingen, Landkreis | 3813 | 1,73 | 6379 | 2,84 | 2566 | 1,11 |
| Zollernalbkreis, Landkreis | 4464 | 2,36 | 6746 | 3,82 | 2282 | 1,46 |
| Ulm, kreisfreie Stadt | 2831 | 2,32 | 3940 | 3,1 | 1109 | 0,78 |
| Alb-Donau-Kreis, Landkreis | 3930 | 2,07 | 6307 | 3,32 | 2377 | 1,25 |
| Biberach, Landkreis | 4206 | 2,22 | 6606 | 3,42 | 2400 | 1,2 |
| Bodenseekreis, Landkreis | 4795 | 2,31 | 8057 | 3,74 | 3262 | 1,43 |
| Ravensburg, Landkreis | 6811 | 2,47 | 10686 | 3,83 | 3875 | 1,36 |
| Sigmaringen, Landkreis | 2790 | 2,13 | 4158 | 3,36 | 1368 | 1,23 |
| RB Tübingen | 39585 | 2,19 | 62279 | 3,45 | 22694 | 1,26 |
| Baden-Württemberg | 245936 | 2,29 | 377788 | 3,54 | 131852 | 1,25 |
| Deutschland | 2329759 | 2,85 | 3434998 | 4,37 | 1105239 | 1,52 |
| * Durchschnittsquotierung nicht möglich, da detaillierte Gewichtung nicht möglich | | | | | | |

## Anhang 6: Pflegeformen nach Landkreisen

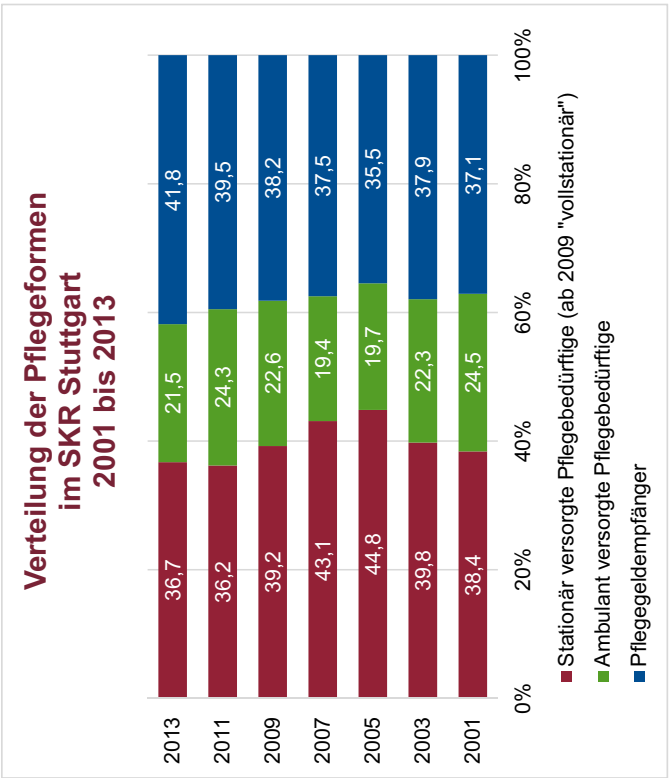
| Kreis | Pflegeform | 2001 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2001) | 2003 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2003) | 2005 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2005) | 2007 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2007) | 2009 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2009) | 2011 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2011) | 2013 (absolut) | Verteilung nach Pflegeformen in % (2013) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SKR Stuttgart | stationär versorgt | 4164 | 38,4 | 4139 | 39,8 | 4807 | 44,8 | 4548 | 43,1 | 4467 | 39,2 | 4698 | 36,2 | 4996 | 36,7 |
| | ambulant versorgt | 2657 | 24,5 | 2319 | 22,3 | 2111 | 19,7 | 2047 | 19,4 | 2574 | 22,6 | 3156 | 24,3 | 2922 | 21,5 |
| | Pflegegeldempfänger | 4023 | 37,1 | 3949 | 37,9 | 3802 | 35,5 | 3954 | 37,5 | 4347 | 38,2 | 5124 | 39,5 | 5691 | 41,8 |
| LKR Böblingen | stationär versorgt | 1404 | 29,0 | 1460 | 27,5 | 2106 | 35,3 | 2395 | 38,5 | 2306 | 32,9 | 2548 | 31,6 | 2641 | 29,9 |
| | ambulant versorgt | 940 | 19,4 | 1060 | 20,0 | 1112 | 18,7 | 924 | 14,9 | 1480 | 21,1 | 1543 | 19,1 | 1697 | 19,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 2503 | 51,6 | 2783 | 52,5 | 2740 | 46,0 | 2899 | 46,6 | 3222 | 46,0 | 3980 | 49,3 | 4501 | 50,9 |
| LKR Esslingen | stationär versorgt | 2536 | 30,3 | 2965 | 31,5 | 3345 | 35,0 | 3486 | 34,8 | 3741 | 34,8 | 3651 | 30,0 | 3774 | 29,1 |
| | ambulant versorgt | 1862 | 22,3 | 2359 | 25,1 | 2149 | 22,5 | 2169 | 21,7 | 2379 | 22,1 | 2799 | 23,0 | 3093 | 23,9 |
| | Pflegegeldempfänger | 3959 | 47,4 | 4091 | 43,5 | 4056 | 42,5 | 4348 | 43,5 | 4624 | 43,0 | 5732 | 47,1 | 6080 | 47,0 |
| LKR Göppingen | stationär versorgt | 1686 | 30,7 | 1742 | 29,9 | 1739 | 30,0 | 1883 | 32,4 | 1874 | 31,8 | 1973 | 28,9 | 2049 | 28,2 |
| | ambulant versorgt | 1429 | 26,0 | 1487 | 25,5 | 1634 | 28,2 | 1414 | 24,3 | 1429 | 24,2 | 1632 | 23,9 | 1912 | 26,4 |
| | Pflegegeldempfänger | 2378 | 43,3 | 2598 | 44,6 | 2421 | 41,8 | 2510 | 43,2 | 2592 | 44,0 | 3226 | 47,2 | 3293 | 45,4 |
| LKR Ludwigsburg | stationär versorgt | 2489 | 31,9 | 2734 | 33,4 | 2895 | 35,5 | 3339 | 37,5 | 3360 | 35,7 | 3690 | 33,7 | 3783 | 31,1 |
| | ambulant versorgt | 1792 | 23,0 | 1876 | 22,9 | 1862 | 22,8 | 1860 | 20,9 | 1884 | 20,0 | 2234 | 20,4 | 2757 | 22,7 |
| | Pflegegeldempfänger | 3513 | 45,1 | 3573 | 43,7 | 3407 | 41,7 | 3703 | 41,6 | 4163 | 44,3 | 5033 | 45,9 | 5605 | 46,2 |
| LKR Rems-Murr | stationär versorgt | 2300 | 30,5 | 2674 | 33,5 | 2897 | 34,5 | 3237 | 37,8 | 3441 | 37,6 | 3561 | 33,9 | 3617 | 31,5 |
| | ambulant versorgt | 1730 | 22,9 | 1730 | 21,7 | 1811 | 21,6 | 1674 | 19,5 | 1789 | 19,6 | 2258 | 21,5 | 2602 | 22,7 |
| | Pflegegeldempfänger | 3521 | 46,6 | 3575 | 44,8 | 3681 | 43,9 | 3655 | 42,7 | 3910 | 42,8 | 4676 | 44,6 | 5255 | 45,8 |
| SKR Heilbronn | stationär versorgt | 999 | 42,7 | 1056 | 43,3 | 1056 | 43,2 | 1147 | 44,6 | 1137 | 42,1 | 1182 | 35,8 | 1335 | 34,9 |
| | ambulant versorgt | 379 | 16,2 | 420 | 17,2 | 307 | 12,6 | 310 | 12,1 | 317 | 11,7 | 575 | 17,4 | 680 | 17,8 |
| | Pflegegeldempfänger | 963 | 41,1 | 962 | 39,5 | 1080 | 44,2 | 1112 | 43,3 | 1246 | 46,1 | 1548 | 46,8 | 1814 | 47,4 |
| LKR Heilbronn | stationär versorgt | 1905 | 35,5 | 1932 | 35,3 | 2130 | 36,9 | 2547 | 37,7 | 2563 | 35,9 | 2778 | 33,6 | 2655 | 29,5 |
| | ambulant versorgt | 1020 | 19,0 | 1187 | 21,7 | 1234 | 21,4 | 1472 | 21,8 | 1403 | 19,6 | 1577 | 19,1 | 1983 | 22,1 |
| | Pflegegeldempfänger | 2446 | 45,5 | 2350 | 43,0 | 2401 | 41,6 | 2735 | 40,5 | 3178 | 44,5 | 3903 | 47,3 | 4355 | 48,4 |
| LKR Hohenlohe-kreis | stationär versorgt | 679 | 32,9 | 777 | 34,9 | 942 | 39,6 | 1032 | 40,7 | 1003 | 38,7 | 1049 | 35,2 | 1133 | 35,2 |
| | ambulant versorgt | 425 | 20,6 | 448 | 20,1 | 412 | 17,3 | 479 | 18,9 | 539 | 20,8 | 563 | 18,9 | 535 | 16,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 959 | 46,5 | 1000 | 44,9 | 1027 | 43,1 | 1026 | 40,4 | 1047 | 40,4 | 1367 | 45,9 | 1555 | 48,2 |
| LKR Schwäbisch Hall | stationär versorgt | 1217 | 29,2 | 1328 | 31,2 | 1510 | 33,3 | 1519 | 33,8 | 1502 | 30,6 | 1558 | 29,7 | 1678 | 29,9 |
| | ambulant versorgt | 873 | 21,0 | 828 | 19,4 | 983 | 21,7 | 931 | 20,7 | 1205 | 24,6 | 1150 | 21,9 | 1315 | 23,4 |
| | Pflegegeldempfänger | 2077 | 49,8 | 2106 | 49,4 | 2044 | 45,1 | 2046 | 45,5 | 2201 | 44,8 | 2533 | 48,3 | 2616 | 46,6 |
| Main-Tauber-Kreis | stationär versorgt | 835 | 29,8 | 1048 | 31,2 | 1089 | 32,2 | 1186 | 34,2 | 1357 | 33,8 | 1433 | 31,3 | 1397 | 28,9 |
| | ambulant versorgt | 491 | 17,5 | 704 | 21,0 | 719 | 21,3 | 599 | 17,3 | 713 | 17,8 | 842 | 18,4 | 1059 | 21,9 |
| | Pflegegeldempfänger | 1480 | 52,7 | 1605 | 47,8 | 1570 | 46,5 | 1687 | 48,6 | 1942 | 48,4 | 2310 | 50,4 | 2381 | 49,2 |
| LKR Heidenheim | stationär versorgt | 724 | 27,7 | 796 | 28,4 | 982 | 30,3 | 1117 | 31,7 | 1185 | 30,5 | 1249 | 30,8 | 1299 | 31,9 |
| | ambulant versorgt | 491 | 18,8 | 492 | 17,5 | 662 | 20,4 | 622 | 17,7 | 615 | 15,8 | 779 | 19,2 | 815 | 20,0 |
| | Pflegegeldempfänger | 1398 | 53,5 | 1517 | 54,1 | 1599 | 49,3 | 1783 | 50,6 | 2084 | 53,7 | 2032 | 50,0 | 1961 | 48,1 |

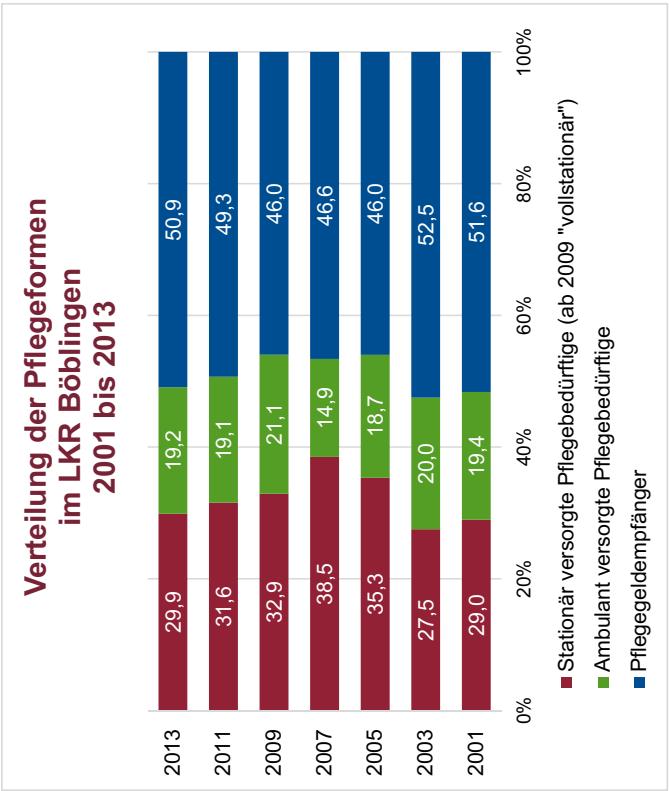
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LKR Ostalbkreis | stationär versorgt | 2149 | 32,0 | 2412 | 35,7 | 2430 | 36,9 | 2470 | 34,8 | 2616 | 35,9 | 2737 | 33,3 | 2748 | 33,1 |
| | ambulant versorgt | 1417 | 21,1 | 1158 | 17,2 | 1090 | 16,6 | 1279 | 18,0 | 1196 | 16,4 | 1470 | 17,9 | 1454 | 17,5 |
| | Pflegegeldempfänger | 3140 | 46,8 | 3180 | 47,1 | 3058 | 46,5 | 3356 | 47,2 | 3474 | 47,7 | 4002 | 48,8 | 4100 | 49,4 |
| RB Stuttgart | **gesamt** | **70953** | | **74420** | | **76900** | | **80500** | | **86105** | | **98151** | | **105136** | |
| | **stationär versorgt** | **20938** | **29,5** | **25063** | **33,7** | **27928** | **36,3** | **29906** | **37,2** | **30552** | **35,5** | **32107** | **32,7** | **29302** | **27,9** |
| | **ambulant versorgt** | **14089** | **19,9** | **16068** | **21,6** | **16086** | **20,9** | **15780** | **19,6** | **17523** | **20,4** | **20578** | **21,0** | **22824** | **21,7** |
| | **Pflegegeldempfänger** | **35926** | **50,6** | **33289** | **44,7** | **32886** | **42,8** | **34814** | **43,2** | **38030** | **44,2** | **45466** | **46,3** | **53010** | **50,4** |
| Baden-Baden | stationär versorgt | 791 | 50,7 | 777 | 49,9 | 870 | 52,2 | 867 | 51,8 | 805 | 48,0 | 847 | 47,7 | 789 | 42,0 |
| | ambulant versorgt | 254 | 16,3 | 292 | 18,8 | 247 | 14,8 | 235 | 14,0 | 254 | 15,1 | 218 | 12,3 | 293 | 15,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 514 | 33,0 | 487 | 31,3 | 550 | 33,0 | 573 | 34,2 | 618 | 36,9 | 711 | 40,0 | 796 | 42,4 |
| SKR Karlsruhe | stationär versorgt | 2924 | 41,3 | 3039 | 41,2 | 2890 | 40,9 | 2950 | 41,1 | 3019 | 41,2 | 3023 | 38,2 | 3128 | 37,3 |
| | ambulant versorgt | 1002 | 14,2 | 1354 | 18,4 | 1320 | 18,7 | 1251 | 17,4 | 1292 | 17,6 | 1403 | 17,7 | 1530 | 18,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 3148 | 44,5 | 2985 | 40,5 | 2863 | 40,5 | 2977 | 41,5 | 3018 | 41,2 | 3485 | 44,1 | 3733 | 44,5 |
| LKR Karlsruhe | stationär versorgt | 2615 | 27,8 | 2897 | 29,6 | 2980 | 30,9 | 3528 | 33,3 | 3614 | 33,2 | 3655 | 29,6 | 3876 | 28,6 |
| | ambulant versorgt | 1897 | 20,1 | 1834 | 18,8 | 1663 | 17,2 | 1641 | 15,5 | 1835 | 16,8 | 2254 | 18,3 | 2924 | 21,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 4911 | 52,1 | 5046 | 51,6 | 5003 | 51,9 | 5415 | 51,2 | 5447 | 50,0 | 6422 | 52,1 | 6759 | 49,8 |
| LKR Rastatt | stationär versorgt | 1276 | 29,1 | 1521 | 30,7 | 1624 | 31,8 | 1723 | 32,3 | 1664 | 30,3 | 1546 | 25,8 | 1549 | 23,8 |
| | ambulant versorgt | 805 | 18,4 | 976 | 19,7 | 964 | 18,9 | 772 | 14,5 | 905 | 16,5 | 903 | 15,1 | 1084 | 16,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 2303 | 52,5 | 2456 | 49,6 | 2526 | 49,4 | 2837 | 53,2 | 2920 | 53,2 | 3534 | 59,1 | 3880 | 59,6 |
| SKR Heidelberg | stationär versorgt | 1033 | 34,9 | 1038 | 34,9 | 960 | 33,3 | 943 | 33,3 | 1005 | 34,8 | 982 | 30,5 | 984 | 28,7 |
| | ambulant versorgt | 702 | 23,7 | 708 | 23,8 | 760 | 26,3 | 696 | 24,5 | 651 | 22,5 | 839 | 26,1 | 867 | 25,3 |
| | Pflegegeldempfänger | 1222 | 41,3 | 1224 | 41,2 | 1166 | 40,4 | 1197 | 42,2 | 1231 | 42,6 | 1395 | 43,4 | 1577 | 46,0 |
| SKR Mannheim | stationär versorgt | 2375 | 34,6 | 2434 | 36,0 | 2517 | 36,9 | 2452 | 35,3 | 2485 | 33,6 | 2693 | 32,0 | 2699 | 29,3 |
| | ambulant versorgt | 1265 | 18,4 | 1189 | 17,6 | 1215 | 17,8 | 1314 | 18,9 | 1235 | 16,7 | 1449 | 17,2 | 1674 | 18,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 3230 | 47,0 | 3132 | 46,4 | 3097 | 45,4 | 3189 | 45,9 | 3670 | 49,7 | 4285 | 50,8 | 4839 | 52,5 |
| LKR Neckar-Odenwald | stationär versorgt | 1097 | 29,0 | 1490 | 32,8 | 1502 | 31,0 | 1539 | 30,5 | 1548 | 31,7 | 1682 | 30,0 | 1701 | 27,6 |
| | ambulant versorgt | 835 | 22,1 | 1027 | 22,6 | 1325 | 27,3 | 1320 | 26,1 | 1046 | 21,4 | 1145 | 20,4 | 1360 | 22,1 |
| | Pflegegeldempfänger | 1849 | 48,9 | 2019 | 44,5 | 2024 | 41,7 | 2191 | 43,4 | 2285 | 46,8 | 2778 | 49,6 | 3094 | 50,3 |
| Rhein-Neckar-Kreis LKR | stationär versorgt | 3009 | 27,1 | 3487 | 29,3 | 3591 | 31,2 | 3870 | 31,2 | 4059 | 31,2 | 4209 | 27,5 | 4345 | 26,2 |
| | ambulant versorgt | 1882 | 17,0 | 2216 | 18,6 | 2066 | 17,9 | 2408 | 19,4 | 2388 | 18,4 | 3152 | 20,6 | 3365 | 20,3 |
| | Pflegegeldempfänger | 6211 | 55,9 | 6186 | 52,0 | 5860 | 50,9 | 6109 | 49,3 | 6560 | 50,4 | 7921 | 51,8 | 8860 | 53,5 |
| SKR Pforzheim | stationär versorgt | 1118 | 33,8 | 1239 | 34,7 | 1178 | 31,6 | 1279 | 34,5 | 1419 | 35,6 | 1529 | 35,5 | 1528 | 33,3 |
| | ambulant versorgt | 543 | 16,4 | 526 | 14,8 | 713 | 19,1 | 666 | 18,0 | 763 | 19,2 | 763 | 17,7 | 782 | 17,1 |
| | Pflegegeldempfänger | 1644 | 49,7 | 1801 | 50,5 | 1838 | 49,3 | 1759 | 47,5 | 1800 | 45,2 | 2015 | 46,8 | 2275 | 49,6 |
| LKR Calw | stationär versorgt | 1317 | 36,2 | 1436 | 38,6 | 1467 | 41,2 | 1435 | 37,6 | 1390 | 36,3 | 1438 | 33,3 | 1544 | 32,2 |
| | ambulant versorgt | 783 | 21,5 | 789 | 21,2 | 610 | 17,1 | 760 | 19,9 | 760 | 19,9 | 979 | 22,7 | 1025 | 21,4 |
| | Pflegegeldempfänger | 1536 | 42,2 | 1496 | 40,2 | 1482 | 41,6 | 1620 | 42,5 | 1676 | 43,8 | 1898 | 44,0 | 2226 | 46,4 |
| LKR Enzkreis | stationär versorgt | 1128 | 26,4 | 1447 | 28,5 | 1442 | 29,2 | 1597 | 30,6 | 1505 | 29,3 | 1547 | 27,6 | 1623 | 25,7 |
| | ambulant versorgt | 930 | 21,7 | 1188 | 23,4 | 1140 | 23,1 | 1215 | 23,3 | 1292 | 25,2 | 1405 | 25,0 | 1712 | 27,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 2220 | 51,9 | 2443 | 48,1 | 2349 | 47,6 | 2404 | 46,1 | 2335 | 45,5 | 2660 | 47,4 | 2968 | 47,1 |

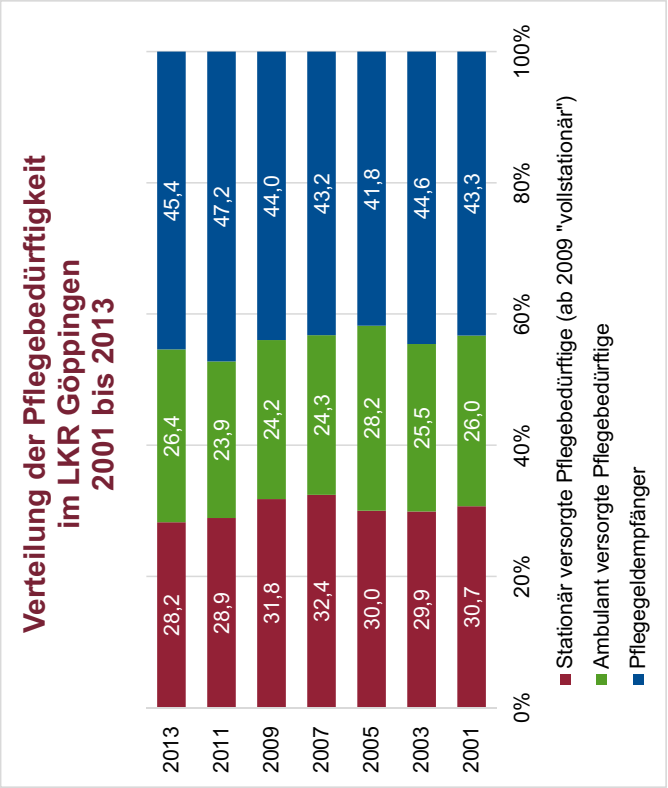
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LKR Freudenstadt | stationär versorgt | 1023 | 40,2 | 1106 | 42,6 | 1185 | 44,1 | 1206 | 42,8 | 1178 | 41,6 | 1274 | 39,6 | 1308 | 37,2 |
| | ambulant versorgt | 461 | 18,1 | 434 | 16,7 | 483 | 18,0 | 479 | 17,0 | 525 | 18,6 | 522 | 16,2 | 634 | 18,0 |
| | Pflegegeldempfänger | 1061 | 41,7 | 1059 | 40,7 | 1022 | 38,0 | 1136 | 40,3 | 1127 | 39,8 | 1422 | 44,2 | 1571 | 44,7 |
| RB Karlsruhe | **Gesamt** | **60914** | | **64778** | | **64492** | | **67553** | | **69324** | | **77983** | | **84902** | |
| | **stationär versorgt** | **18679** | **30,7** | **21911** | **33,8** | **22206** | **34,4** | **23389** | **34,6** | **23691** | **34,2** | **24425** | **31,3** | **25074** | **29,5** |
| | **ambulant versorgt** | **10722** | **17,6** | **12533** | **19,3** | **12506** | **19,4** | **12757** | **18,9** | **12946** | **18,7** | **15032** | **19,3** | **17250** | **20,3** |
| | **Pflegegeldempfänger** | **31513** | **51,7** | **30334** | **46,8** | **29780** | **46,2** | **31407** | **46,5** | **32687** | **47,2** | **38526** | **49,4** | **42578** | **50,1** |
| SKR Freiburg | stationär versorgt | 1683 | 38,7 | 1775 | 38,2 | 1809 | 41,6 | 1802 | 39,1 | 1759 | 38,8 | 1882 | 36,6 | 1901 | 35,6 |
| | ambulant versorgt | 855 | 19,7 | 1093 | 23,5 | 903 | 20,8 | 1136 | 24,6 | 1005 | 22,2 | 1264 | 24,6 | 1206 | 22,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 1808 | 41,6 | 1783 | 38,3 | 1638 | 37,7 | 1672 | 36,3 | 1773 | 39,1 | 1997 | 38,8 | 2232 | 41,8 |
| LKR Breisgau-Hochschwarzwald | stationär versorgt | 1470 | 29,4 | 1564 | 29,0 | 1525 | 30,4 | 1781 | 32,2 | 1787 | 33,2 | 1995 | 33,0 | 1871 | 28,8 |
| | ambulant versorgt | 1122 | 22,4 | 1294 | 24,0 | 1147 | 22,9 | 1263 | 22,8 | 1035 | 19,2 | 1120 | 18,5 | 1360 | 20,9 |
| | Pflegegeldempfänger | 2410 | 48,2 | 2534 | 47,0 | 2337 | 46,7 | 2495 | 45,0 | 2558 | 47,5 | 2926 | 48,4 | 3266 | 50,3 |
| LKR Emmendingen | stationär versorgt | 896 | 27,2 | 945 | 26,2 | 953 | 26,6 | 1121 | 28,8 | 1128 | 27,7 | 1181 | 28,2 | 1181 | 25,1 |
| | ambulant versorgt | 703 | 21,3 | 899 | 24,9 | 1060 | 29,6 | 1155 | 29,7 | 1302 | 32,0 | 1017 | 24,3 | 1251 | 26,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 1697 | 51,5 | 1769 | 49,0 | 1566 | 43,8 | 1612 | 41,5 | 1635 | 40,2 | 1989 | 47,5 | 2279 | 48,4 |
| Ortenaukreis | stationär versorgt | 2598 | 26,5 | 2973 | 29,4 | 3253 | 34,3 | 3477 | 35,1 | 3555 | 33,6 | 3680 | 31,5 | 4004 | 32,3 |
| | ambulant versorgt | 2209 | 22,6 | 2233 | 22,1 | 2067 | 21,8 | 2062 | 20,8 | 2455 | 23,2 | 2677 | 22,9 | 2627 | 21,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 4984 | 50,9 | 4918 | 48,6 | 4176 | 44,0 | 4380 | 44,2 | 4577 | 43,2 | 5331 | 45,6 | 5763 | 46,5 |
| LKR Rottweil | stationär versorgt | 872 | 30,1 | 1067 | 31,8 | 1089 | 34,1 | 1203 | 35,3 | 1154 | 34,8 | 1092 | 29,5 | 1138 | 28,8 |
| | ambulant versorgt | 556 | 19,2 | 702 | 20,9 | 564 | 17,7 | 551 | 16,2 | 472 | 14,2 | 720 | 19,5 | 719 | 18,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 1470 | 50,7 | 1585 | 47,3 | 1538 | 48,2 | 1654 | 48,5 | 1688 | 50,9 | 1885 | 51,0 | 2089 | 52,9 |
| LKR Schwarzwald-Baar-Kreis | stationär versorgt | 1572 | 34,4 | 1758 | 34,1 | 1909 | 37,2 | 1851 | 36,5 | 1906 | 37,2 | 1950 | 34,7 | 2077 | 34,5 |
| | ambulant versorgt | 941 | 20,6 | 1086 | 21,1 | 989 | 19,3 | 1042 | 20,5 | 1149 | 22,4 | 1256 | 22,4 | 1260 | 21,0 |
| | Pflegegeldempfänger | 2058 | 45,0 | 2306 | 44,8 | 2236 | 43,6 | 2179 | 43,0 | 2073 | 40,4 | 2409 | 42,9 | 2675 | 44,5 |
| LKR Tuttlingen | stationär versorgt | 739 | 31,0 | 759 | 29,6 | 784 | 29,6 | 922 | 31,9 | 916 | 31,1 | 901 | 26,0 | 1033 | 28,4 |
| | ambulant versorgt | 455 | 19,1 | 571 | 22,3 | 581 | 22,0 | 576 | 20,0 | 655 | 22,2 | 795 | 22,9 | 711 | 19,5 |
| | Pflegegeldempfänger | 1187 | 49,9 | 1234 | 48,1 | 1281 | 48,4 | 1388 | 48,1 | 1376 | 46,7 | 1769 | 51,1 | 1898 | 52,1 |
| LKR Konstanz | stationär versorgt | 1825 | 33,2 | 2199 | 35,5 | 2289 | 35,1 | 2378 | 38,5 | 2301 | 37,1 | 2472 | 34,7 | 2545 | 33,3 |
| | ambulant versorgt | 1093 | 19,9 | 1290 | 20,8 | 1554 | 23,9 | 1330 | 21,5 | 1348 | 21,8 | 1589 | 22,3 | 1663 | 21,8 |
| | Pflegegeldempfänger | 2580 | 46,9 | 2710 | 43,7 | 2671 | 41,0 | 2473 | 40,0 | 2545 | 41,1 | 3071 | 43,1 | 3434 | 44,9 |
| LKR Lörrach | stationär versorgt | 1539 | 32,2 | 1603 | 33,6 | 1587 | 35,5 | 1694 | 36,1 | 1688 | 34,5 | 1754 | 32,2 | 1818 | 30,1 |
| | ambulant versorgt | 961 | 20,1 | 904 | 18,9 | 713 | 15,9 | 796 | 16,9 | 931 | 19,0 | 1139 | 20,9 | 1277 | 21,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 2286 | 47,8 | 2265 | 47,5 | 2174 | 48,6 | 2209 | 47,0 | 2273 | 46,5 | 2548 | 46,8 | 2936 | 48,7 |
| LKR Waldshut | stationär versorgt | 845 | 28,6 | 1032 | 30,5 | 1195 | 32,9 | 1393 | 35,4 | 1403 | 35,6 | 1403 | 31,1 | 1449 | 31,7 |
| | ambulant versorgt | 712 | 24,1 | 774 | 22,8 | 808 | 22,2 | 783 | 19,9 | 693 | 17,6 | 973 | 21,6 | 922 | 20,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 1394 | 47,2 | 1583 | 46,7 | 1629 | 44,9 | 1759 | 44,7 | 1842 | 46,8 | 2139 | 47,4 | 2202 | 48,2 |
| RB Freiburg | **Gesamt** | **45520** | | **49208** | | **48025** | | **50137** | | **50982** | | **56924** | | **60787** | |
| | **stationär versorgt** | **14039** | **30,8** | **15675** | **31,9** | **16393** | **34,1** | **17622** | **35,1** | **17597** | **34,5** | **18310** | **32,2** | **19017** | **31,3** |
| | **ambulant versorgt** | **9607** | **21,1** | **10846** | **22,0** | **10386** | **21,6** | **10694** | **21,3** | **11045** | **21,7** | **12550** | **22,0** | **12996** | **21,4** |
| | **Pflegegeldempfänger** | **21874** | **48,1** | **22687** | **46,1** | **21246** | **44,2** | **21821** | **43,5** | **22340** | **43,8** | **26064** | **45,8** | **28774** | **47,3** |

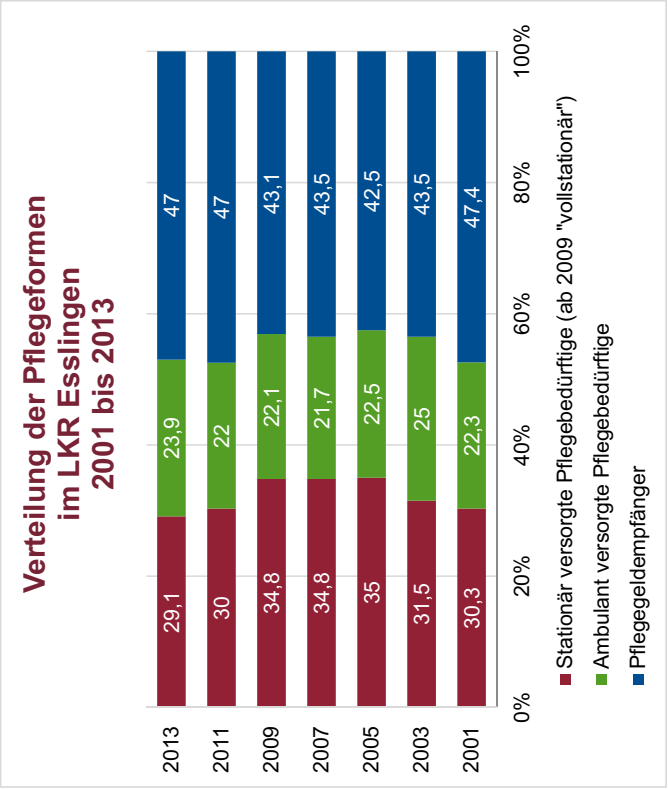
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LKR Reutlingen** | stationär versorgt | 1578 | 35,5 | 1759 | 33,1 | 1840 | 35,9 | 2034 | 37,1 | 1931 | 32,4 | 2019 | 30,5 | 2027 | 28,2 |
| | ambulant versorgt | 946 | 21,3 | 1357 | 25,5 | 1087 | 21,2 | 1008 | 18,4 | 1319 | 22,1 | 1285 | 19,4 | 1480 | 20,6 |
| | Pflegegeldempfänger | 1923 | 43,2 | 2197 | 41,4 | 2200 | 42,9 | 2445 | 44,6 | 2712 | 45,5 | 3324 | 50,2 | 3683 | 51,2 |
| **LKR Tübingen** | stationär versorgt | 915 | 32,0 | 1120 | 34,0 | 1311 | 38,6 | 1477 | 37,3 | 1147 | 30,1 | 1401 | 31,6 | 1370 | 30,8 |
| | ambulant versorgt | 563 | 19,7 | 670 | 20,3 | 675 | 19,9 | 877 | 22,1 | 990 | 26,0 | 1059 | 23,9 | 857 | 19,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 1378 | 48,2 | 1504 | 45,7 | 1413 | 41,6 | 1611 | 40,6 | 1676 | 44,0 | 1974 | 44,5 | 2228 | 50,0 |
| **LKR Zollernalbkreis** | stationär versorgt | 761 | 17,4 | 1055 | 27,3 | 1107 | 27,3 | 1182 | 27,7 | 1183 | 26,5 | 1318 | 24,9 | 1446 | 24,8 |
| | ambulant versorgt | 1603 | 36,6 | 720 | 18,6 | 903 | 22,2 | 978 | 22,9 | 997 | 22,3 | 1225 | 23,2 | 1420 | 24,4 |
| | Pflegegeldempfänger | 2015 | 46,0 | 2086 | 54,0 | 2049 | 50,5 | 2110 | 49,4 | 2284 | 51,2 | 2746 | 51,9 | 2960 | 50,8 |
| **SKR Ulm** | stationär versorgt | 975 | 39,2 | 954 | 36,2 | 973 | 36,2 | 931 | 35,7 | 1029 | 36,1 | 1113 | 34,1 | 1141 | 34,1 |
| | ambulant versorgt | 430 | 17,3 | 562 | 21,3 | 595 | 22,1 | 505 | 19,4 | 528 | 18,5 | 685 | 21,0 | 643 | 19,2 |
| | Pflegegeldempfänger | 1084 | 43,6 | 1118 | 42,4 | 1122 | 41,7 | 1170 | 44,9 | 1294 | 45,4 | 1466 | 44,9 | 1566 | 46,7 |
| **LKR Alb-Donau-Kreis** | stationär versorgt | 1098 | 34,2 | 987 | 29,8 | 1089 | 30,3 | 1255 | 32,2 | 1130 | 28,7 | 1271 | 26,8 | 1360 | 26,4 |
| | ambulant versorgt | 522 | 16,2 | 622 | 18,8 | 720 | 20,0 | 745 | 19,1 | 749 | 19,1 | 957 | 20,2 | 1168 | 22,7 |
| | Pflegegeldempfänger | 1593 | 49,6 | 1698 | 51,3 | 1783 | 49,6 | 1900 | 48,7 | 2052 | 52,2 | 2511 | 53,0 | 2618 | 50,9 |
| **LKR Biberach** | stationär versorgt | 952 | 26,3 | 1144 | 29,4 | 1265 | 33,2 | 1434 | 34,5 | 1357 | 32,3 | 1350 | 27,8 | 1462 | 28,3 |
| | ambulant versorgt | 821 | 22,7 | 768 | 19,7 | 533 | 14,0 | 501 | 12,1 | 498 | 11,8 | 818 | 16,9 | 812 | 15,7 |
| | Pflegegeldempfänger | 1841 | 50,9 | 1977 | 50,8 | 2017 | 52,9 | 2219 | 53,4 | 2351 | 55,9 | 2686 | 55,3 | 2893 | 56,0 |
| **LKR Bodenseekreis** | stationär versorgt | 1223 | 29,4 | 1350 | 30,8 | 1398 | 32,0 | 1604 | 33,6 | 1453 | 30,3 | 1535 | 29,2 | 1541 | 28,2 |
| | ambulant versorgt | 950 | 22,8 | 1112 | 25,3 | 1072 | 24,5 | 1072 | 22,5 | 1237 | 25,8 | 1283 | 24,4 | 1428 | 26,1 |
| | Pflegegeldempfänger | 1988 | 47,8 | 1925 | 43,9 | 1900 | 43,5 | 2094 | 43,9 | 2106 | 43,9 | 2436 | 46,4 | 2498 | 45,7 |
| **LKR Ravensburg** | stationär versorgt | 1853 | 33,1 | 1954 | 31,9 | 2023 | 32,7 | 2087 | 31,1 | 2108 | 30,9 | 2237 | 29,9 | 2390 | 30,3 |
| | ambulant versorgt | 898 | 16,0 | 1195 | 19,5 | 1278 | 20,6 | 1309 | 19,5 | 1358 | 19,9 | 1550 | 20,7 | 1757 | 22,3 |
| | Pflegegeldempfänger | 2849 | 50,9 | 2986 | 48,7 | 2890 | 46,7 | 3311 | 49,4 | 3346 | 49,1 | 3693 | 49,4 | 3730 | 47,4 |
| **LKR Sigmaringen** | stationär versorgt | 788 | 30,6 | 790 | 26,7 | 772 | 28,5 | 1030 | 34,9 | 841 | 30,1 | 884 | 26,8 | 912 | 26,3 |
| | ambulant versorgt | 452 | 17,5 | 630 | 21,3 | 549 | 20,3 | 458 | 15,5 | 460 | 16,5 | 595 | 18,1 | 696 | 20,1 |
| | Pflegegeldempfänger | 1338 | 51,9 | 1538 | 52,0 | 1386 | 51,2 | 1461 | 49,5 | 1491 | 53,4 | 1816 | 55,1 | 1858 | 53,6 |
| **RB Tübingen** | **Gesamt** | **33337** | | **35778** | | **35950** | | **38808** | | **39627** | | **45237** | | **47944** | |
| | **stationär versorgt** | **10143** | **30,4** | **11113** | **31,1** | **11778** | **32,8** | **13034** | **33,6** | **12179** | **30,7** | **13128** | **29,0** | **13649** | **28,5** |
| | **ambulant versorgt** | **7185** | **21,6** | **7636** | **21,3** | **7412** | **20,6** | **7453** | **19,2** | **8136** | **20,5** | **9457** | **20,9** | **10261** | **21,4** |
| | **Pflegegeldempfänger** | **16009** | **48,0** | **17029** | **47,6** | **16760** | **46,6** | **18321** | **47,2** | **19312** | **48,7** | **22652** | **50,1** | **24034** | **50,1** |

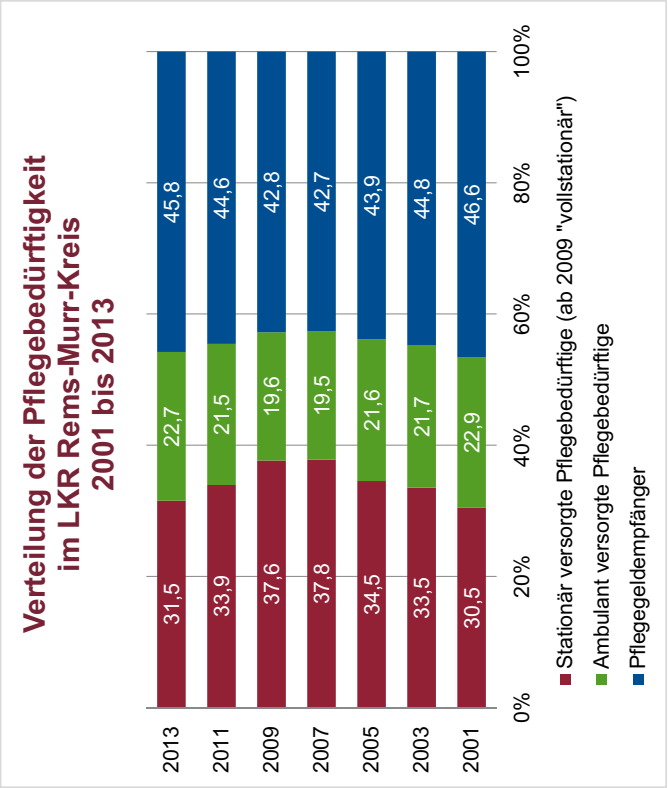
**Anhang 7: Grafische Darstelung der Pflegeformen nach Landkreisen**

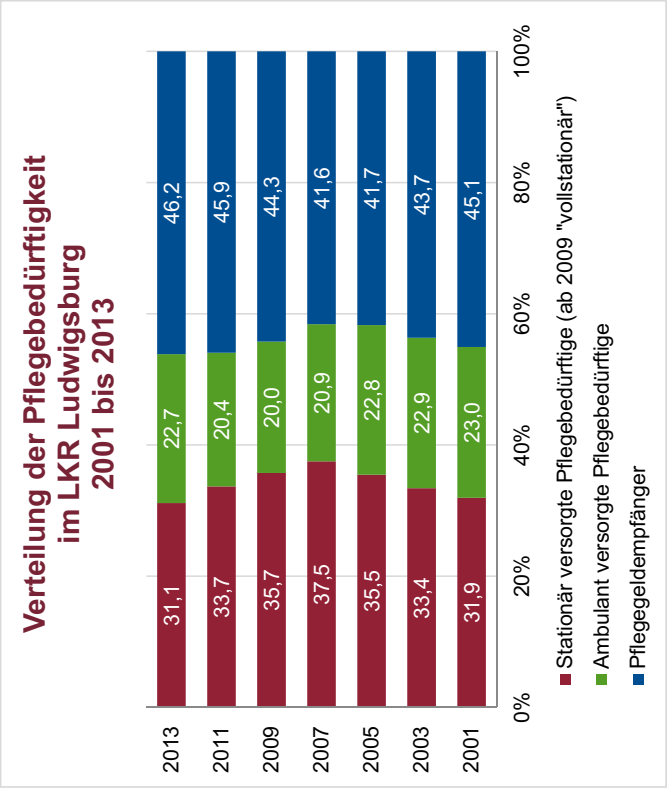


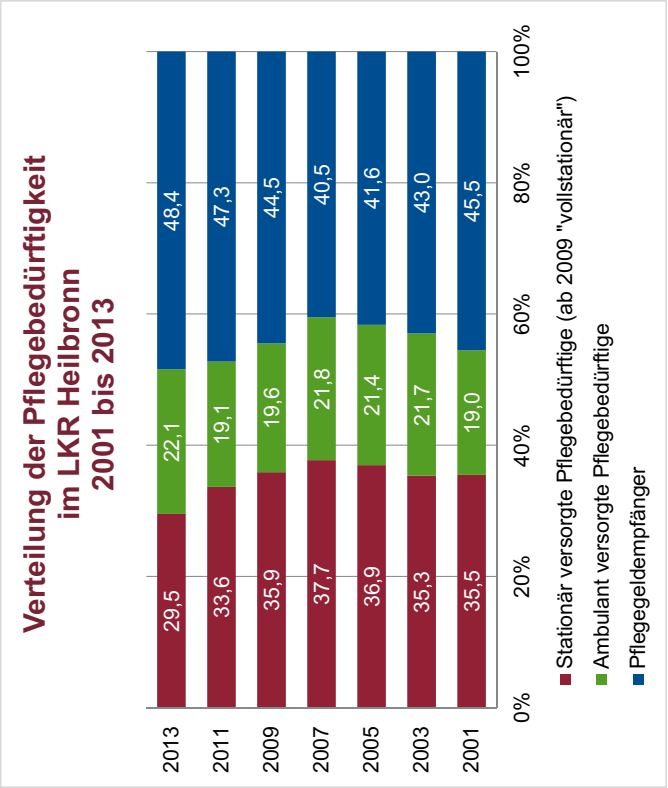



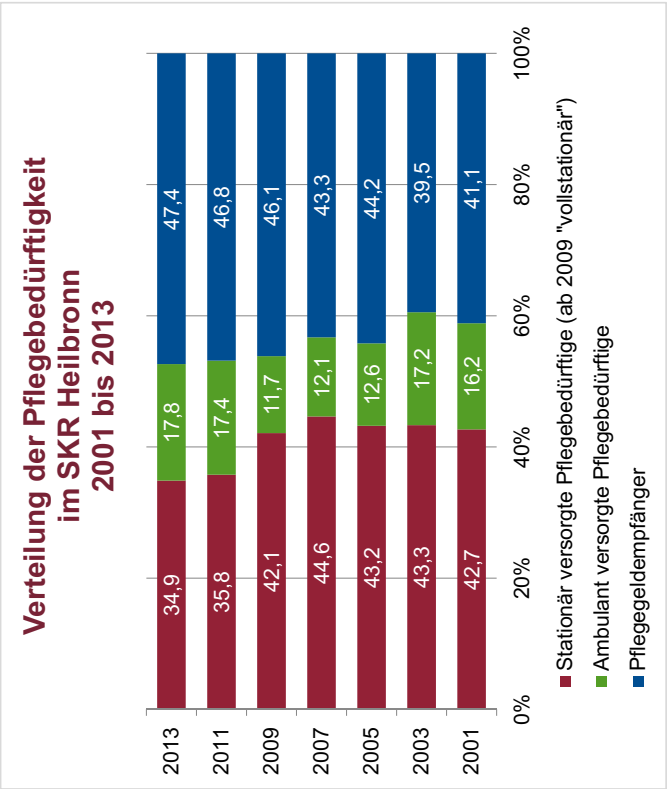

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Göppingen
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,2
26,4
45,4
28,9
23,9
47,2
31,8
24,2
44,0
32,4
24,3
43,2
30,0
28,2
41,8
29,9
25,5
44,6
30,7
26,0
43,3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

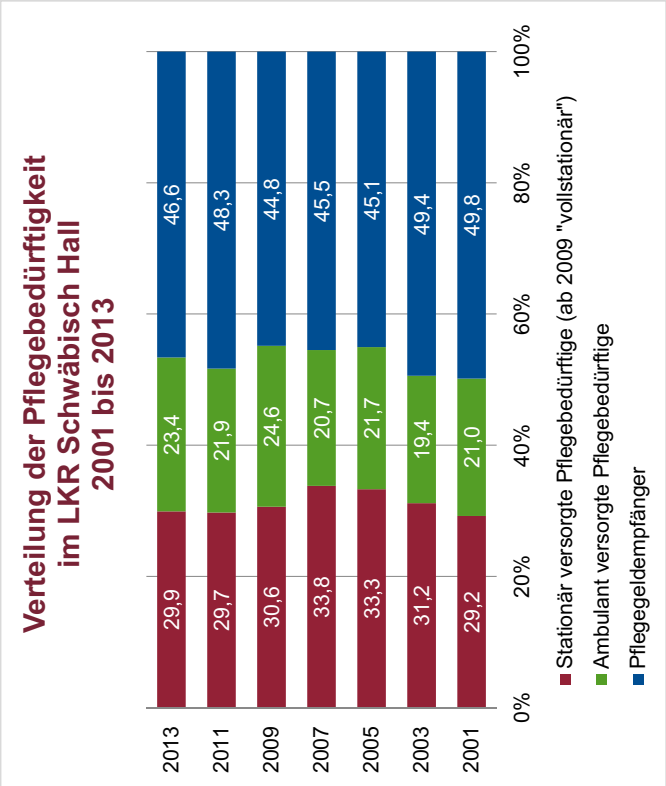

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Esslingen
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
29,1
23,9
47
30
22
47
34,8
22,1
43,1
34,8
21,7
43,5
35
22,5
42,5
31,5
25
43,5
30,3
22,3
47,4
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

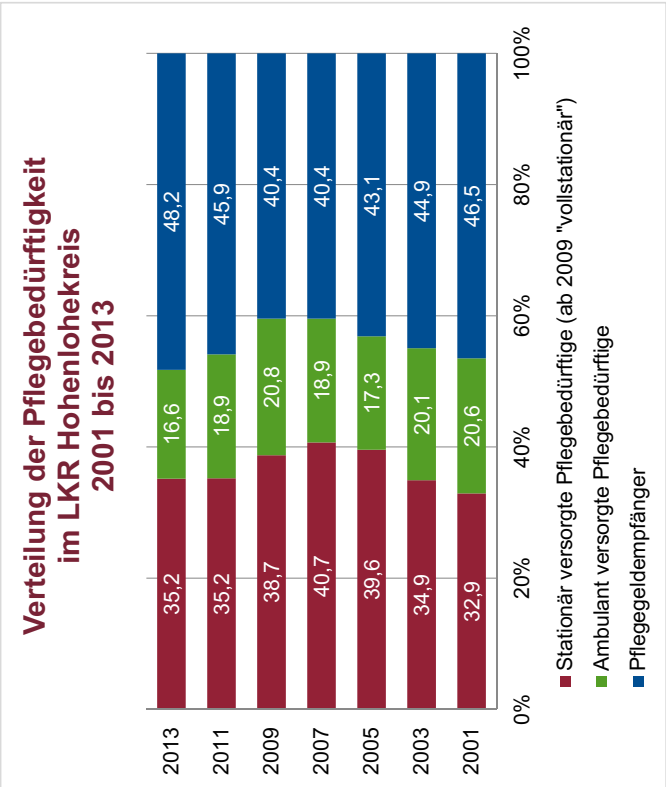

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Rems-Murr-Kreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
31,5
33,9
37,6
37,8
34,5
33,5
30,5
22,7
21,5
19,6
19,5
21,6
21,7
22,9
45,8
44,6
42,8
42,7
43,9
44,8
46,6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

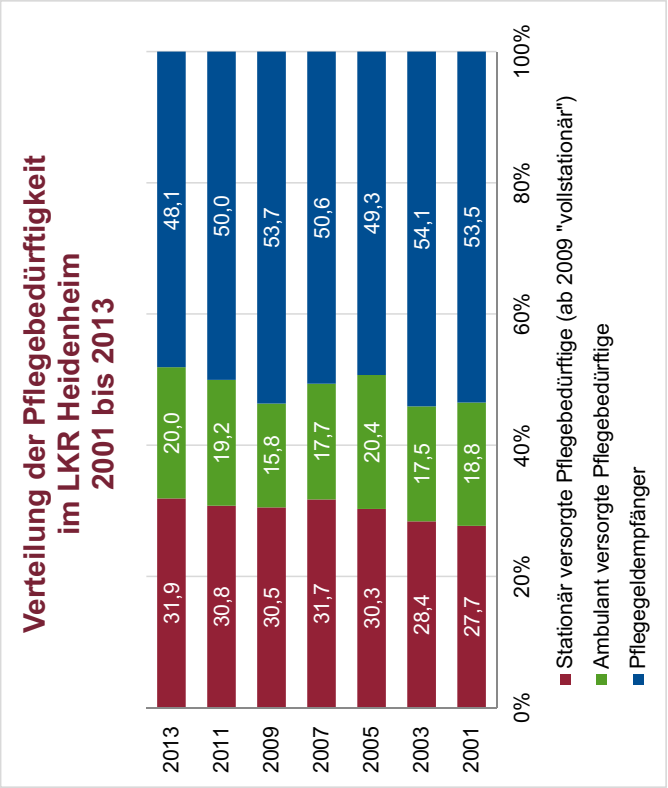

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Ludwigsburg
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
31,1
33,7
35,7
37,5
35,5
33,4
31,9
22,7
20,4
20,0
20,9
22,8
22,9
23,0
46,2
45,9
44,3
41,6
41,7
43,7
45,1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

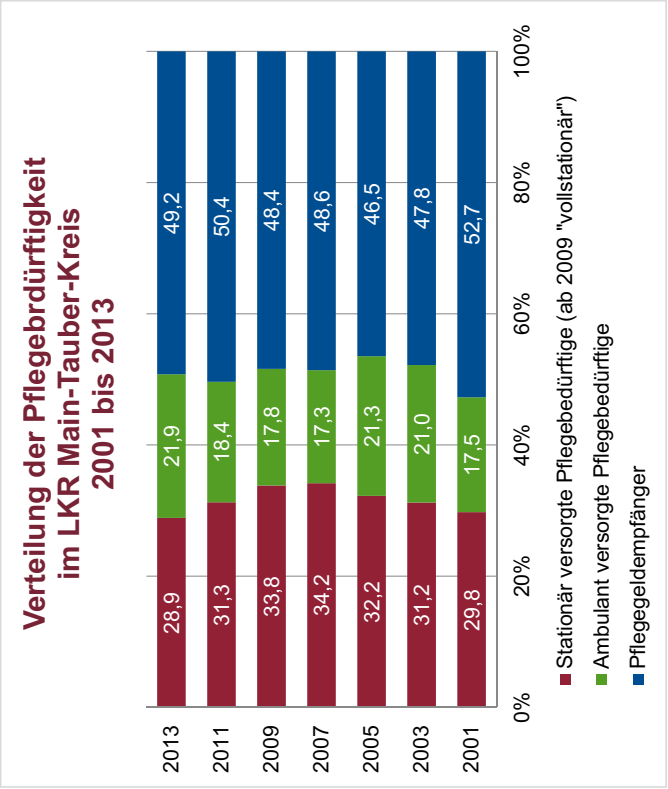

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Heilbronn
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
29,5
22,1
48,4
33,6
19,1
47,3
35,9
19,6
44,5
37,7
21,8
40,5
36,9
21,4
41,6
35,3
21,7
43,0
35,5
19,0
45,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

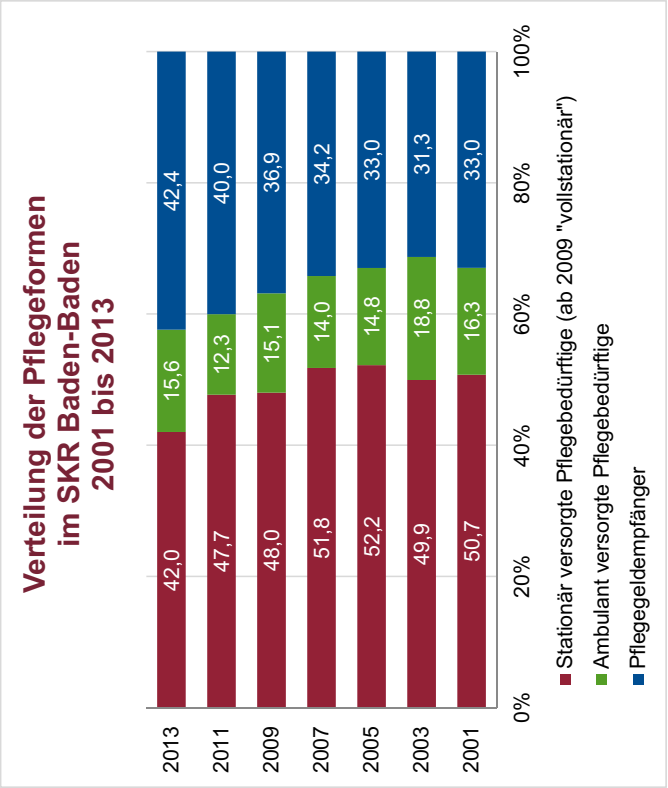

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im SKR Heilbronn
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
34,9
17,8
47,4
35,8
17,4
46,8
42,1
11,7
46,1
44,6
12,1
43,3
43,2
12,6
44,2
43,3
17,2
39,5
42,7
16,2
41,1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

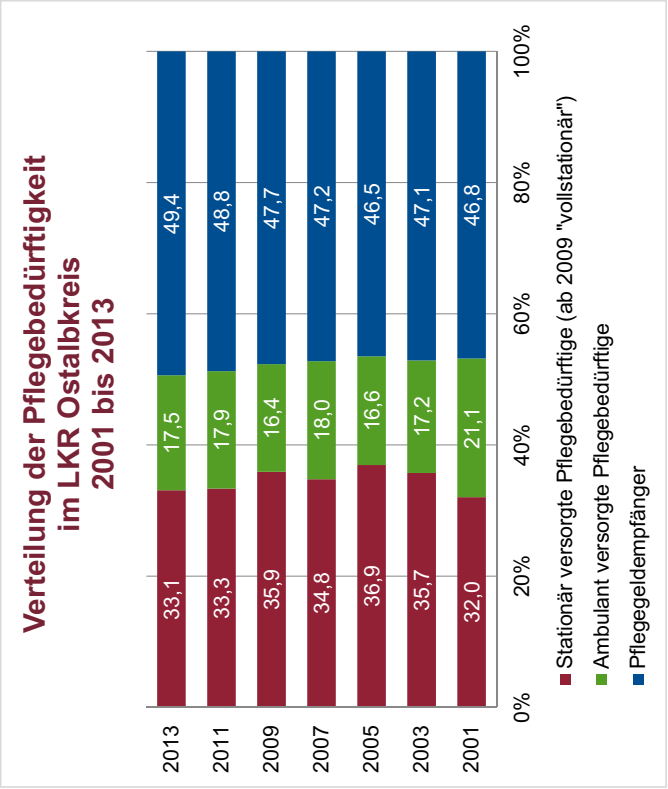

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Schwäbisch Hall
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
29,9
29,7
30,6
33,8
33,3
31,2
29,2
23,4
21,9
24,6
20,7
21,7
19,4
21,0
46,6
48,3
44,8
45,5
45,1
49,4
49,8
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

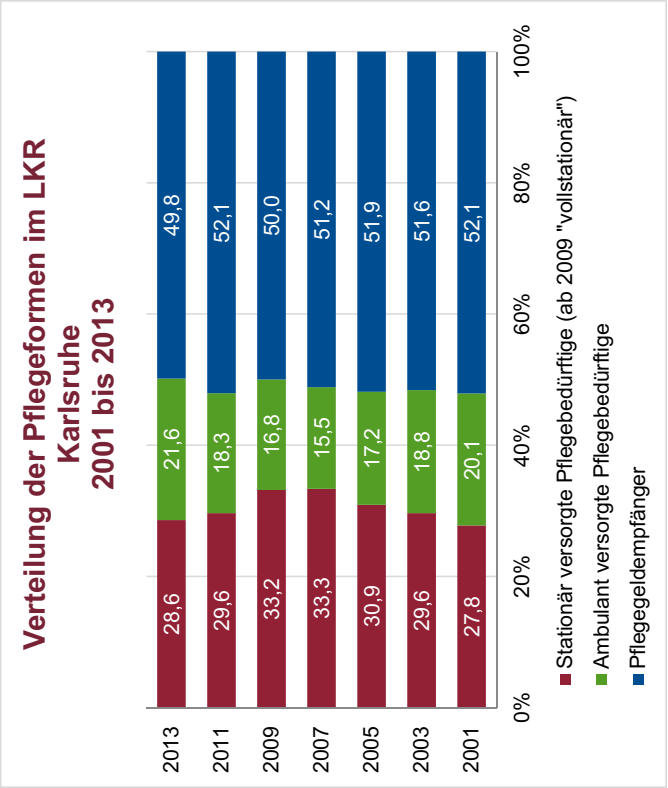

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Hohenlohekreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
35,2
35,2
38,7
40,7
39,6
34,9
32,9
16,6
18,9
20,8
18,9
17,3
20,1
20,6
48,2
45,9
40,4
40,4
43,1
44,9
46,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

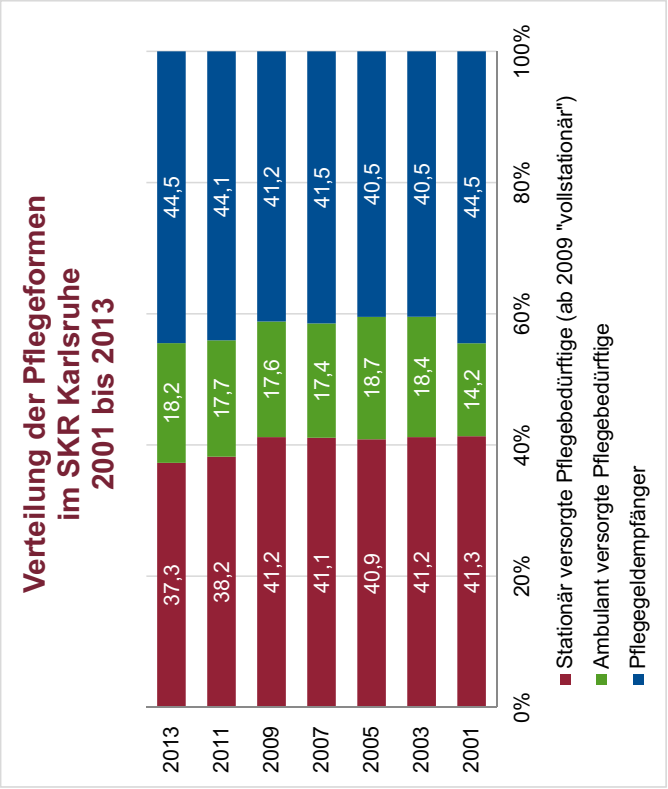

Verteilung der Pflegebedürftigkeit im LKR Heidenheim 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
31,9
30,8
30,5
31,7
30,3
28,4
27,7
20,0
19,2
15,8
17,7
20,4
17,5
18,8
48,1
50,0
53,7
50,6
49,3
54,1
53,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

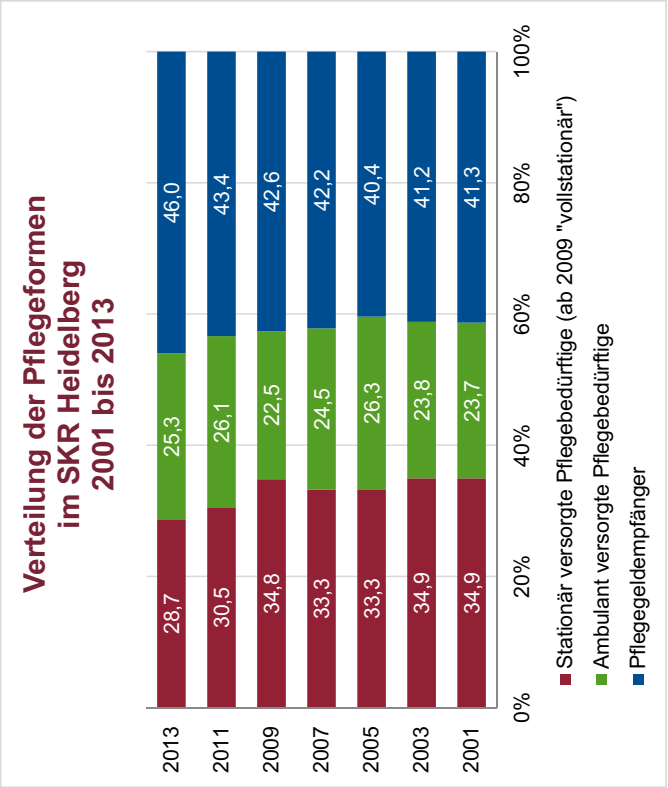

Verteilung der Pflegebrdürftigkeit im LKR Main-Tauber-Kreis 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,9
31,3
33,8
34,2
32,2
31,2
29,8
21,9
18,4
17,8
17,3
21,3
21,0
17,5
49,2
50,4
48,4
48,6
46,5
47,8
52,7
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

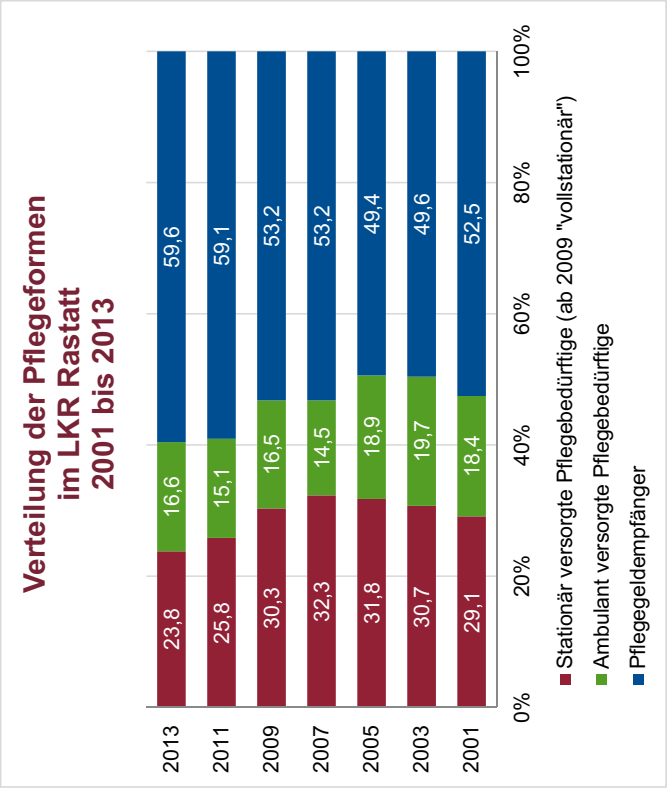

Verteilung der Pflegeformen
im SKR Baden-Baden
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
42,0
15,6
42,4
47,7
12,3
40,0
48,0
15,1
36,9
51,8
14,0
34,2
52,2
14,8
33,0
49,9
18,8
31,3
50,7
16,3
33,0
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

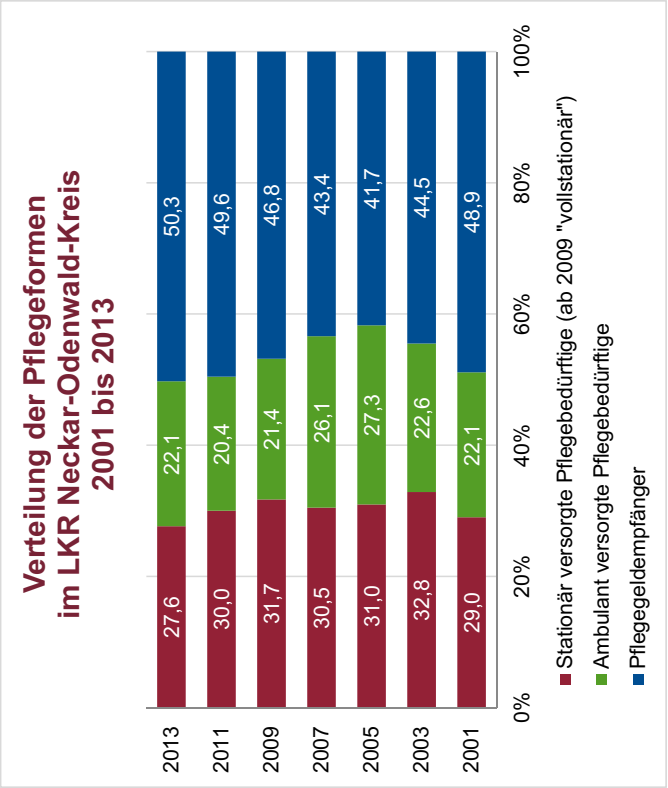

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im LKR Ostalbkreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
33,1
17,5
49,4
33,3
17,9
48,8
35,9
16,4
47,7
34,8
18,0
47,2
36,9
16,6
46,5
35,7
17,2
47,1
32,0
21,1
46,8
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

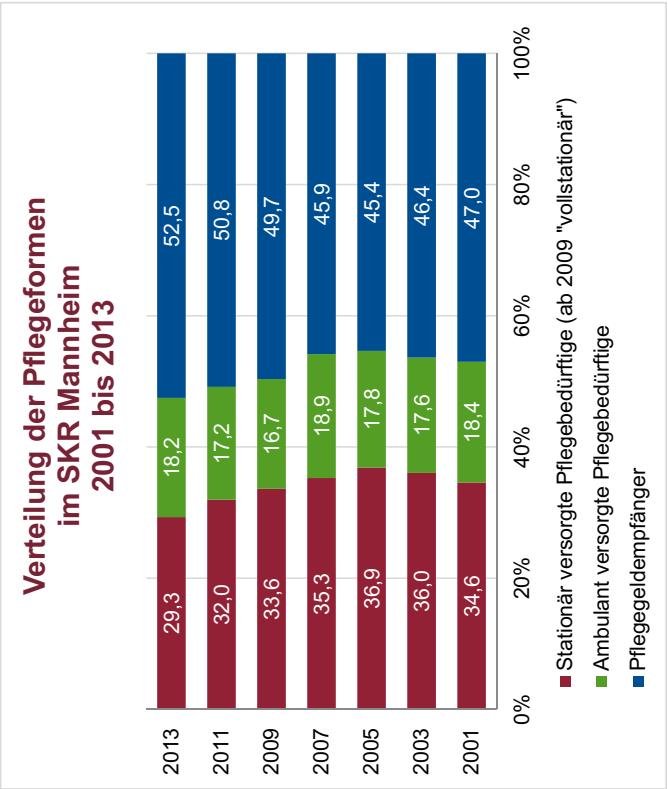

Verteilung der Pflegeformen im LKR Karlsruhe 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,6
29,6
33,2
33,3
30,9
29,6
27,8
21,6
18,3
16,8
15,5
17,2
18,8
20,1
49,8
52,1
50,0
51,2
51,9
51,6
52,1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

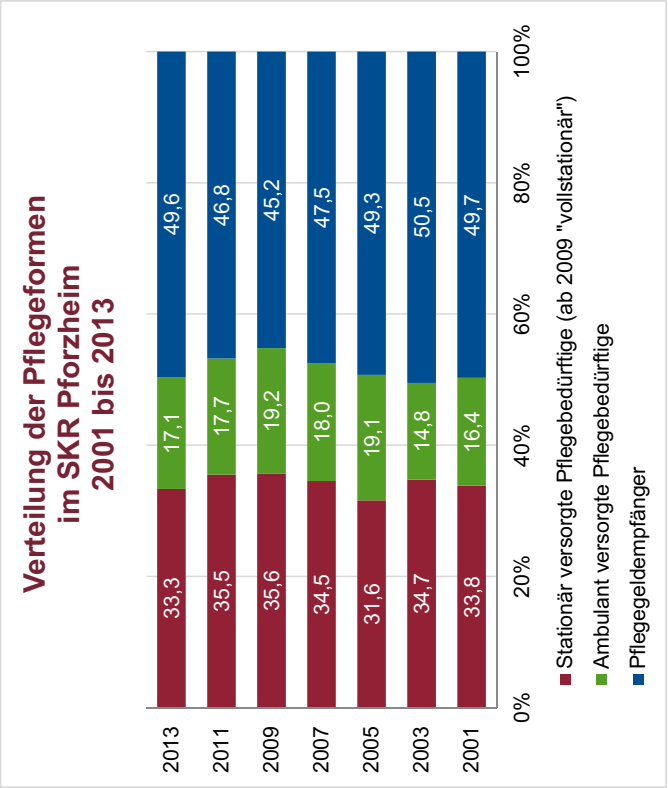

Verteilung der Pflegeformen im SKR Karlsruhe 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
37,3
38,2
41,2
41,1
40,9
41,2
41,3
18,2
17,7
17,6
17,4
18,7
18,4
14,2
44,5
44,1
41,2
41,5
40,5
40,5
44,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

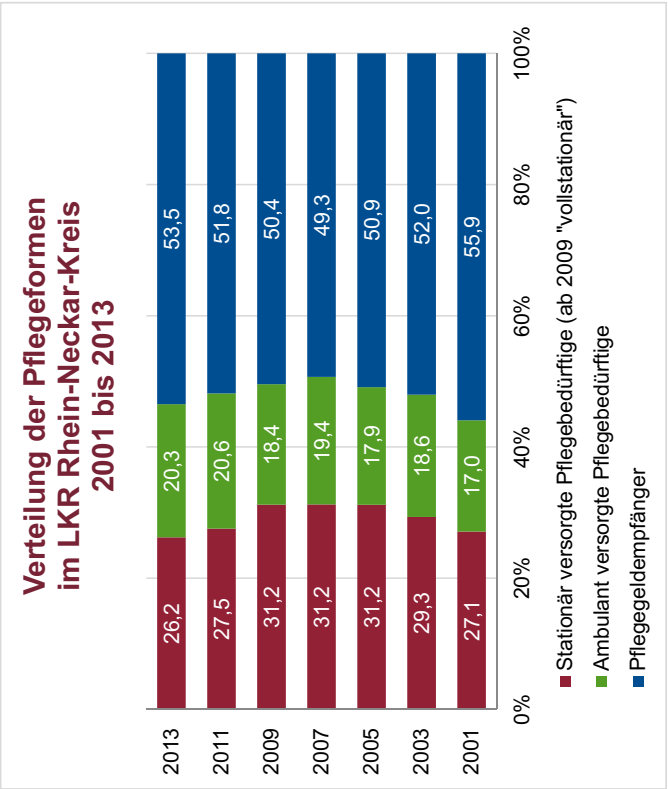

Verteilung der Pflegeformen
im SKR Heidelberg
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,7
25,3
46,0
30,5
26,1
43,4
34,8
22,5
42,6
33,3
24,5
42,2
33,3
26,3
40,4
34,9
23,8
41,2
34,9
23,7
41,3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

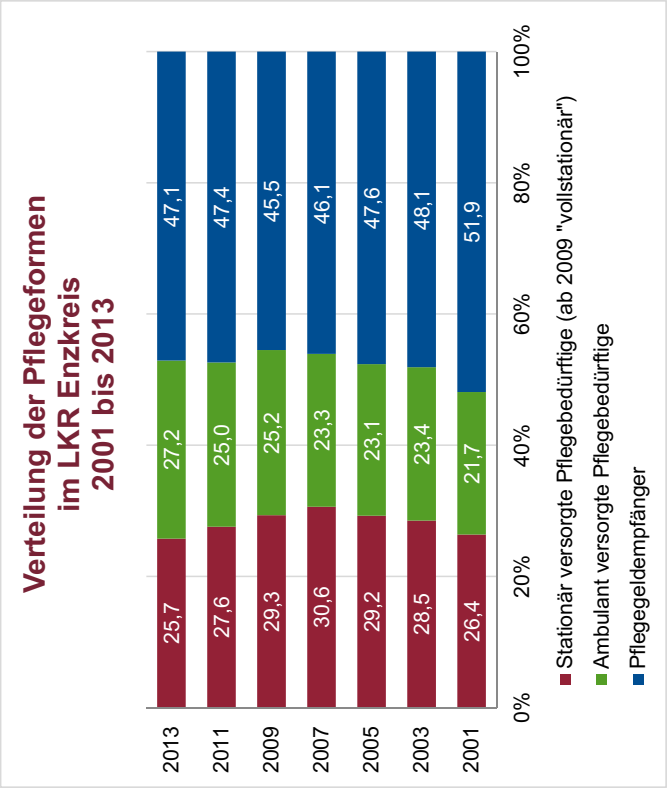

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Rastatt
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
23,8
16,6
59,6
25,8
15,1
59,1
30,3
16,5
53,2
32,3
14,5
53,2
31,8
18,9
49,4
30,7
19,7
49,6
29,1
18,4
52,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

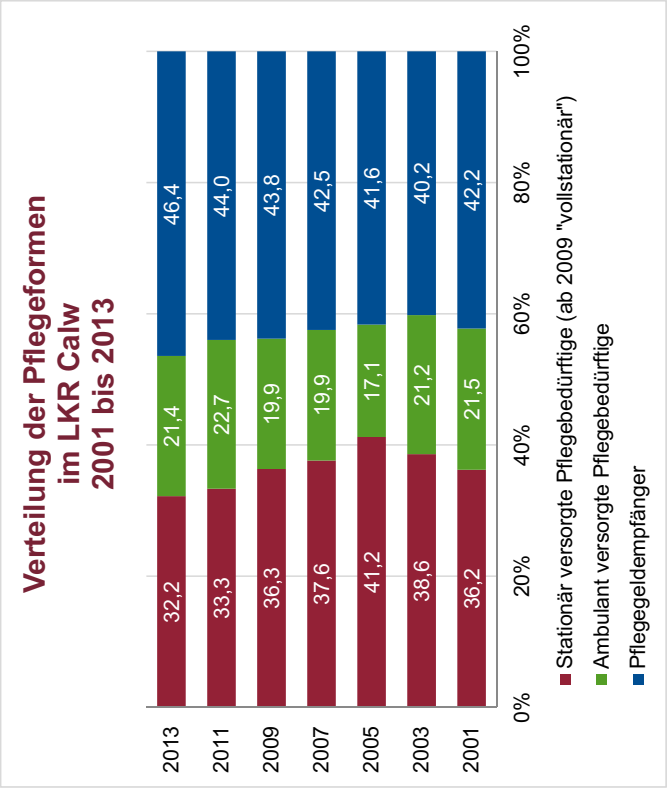

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Neckar-Odenwald-Kreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
27,6
22,1
50,3
30,0
20,4
49,6
31,7
21,4
46,8
30,5
26,1
43,4
31,0
27,3
41,7
32,8
22,6
44,5
29,0
22,1
48,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

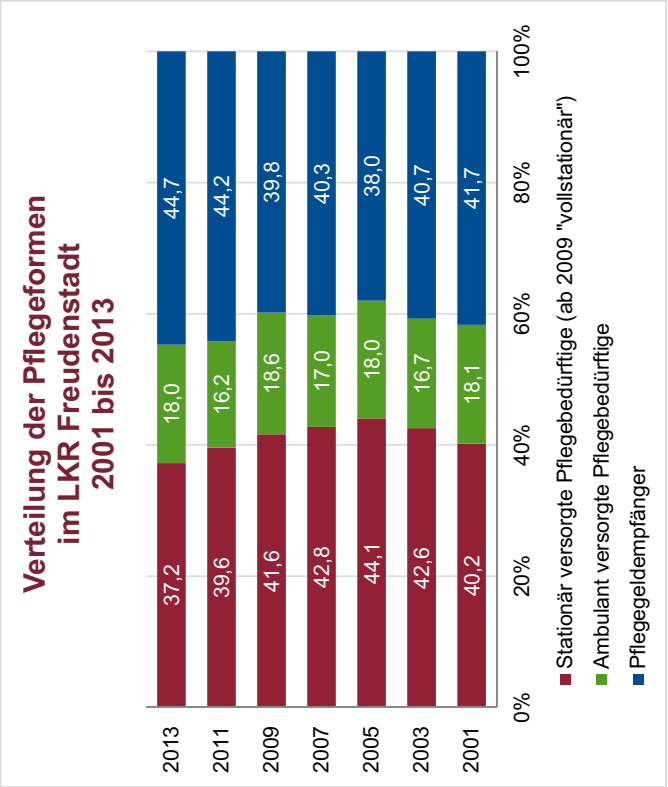

Verteilung der Pflegeformen
im SKR Mannheim
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
29,3
18,2
52,5
32,0
17,2
50,8
33,6
16,7
49,7
35,3
18,9
45,9
36,9
17,8
45,4
36,0
17,6
46,4
34,6
18,4
47,0
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

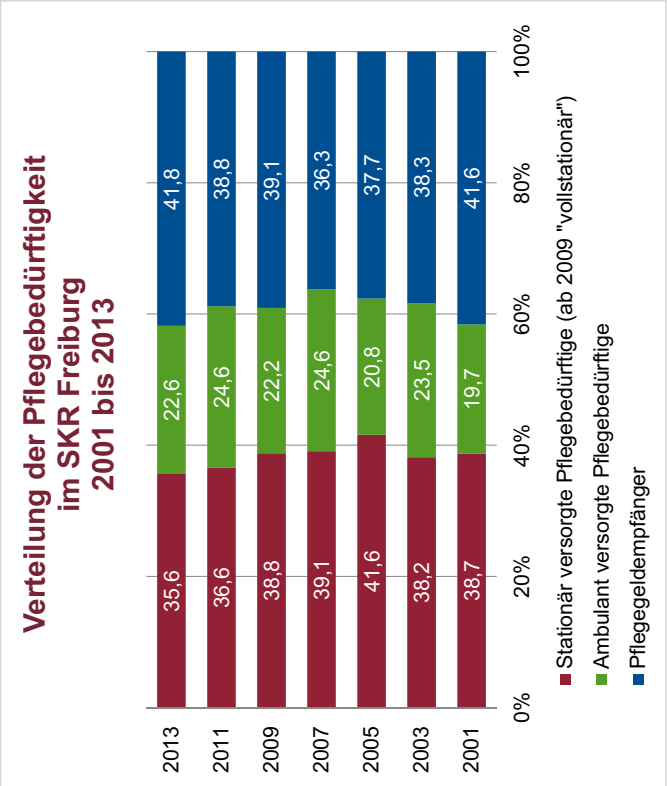

Verteilung der Pflegeformen
im SKR Pforzheim
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
33,3
35,5
35,6
34,5
31,6
34,7
33,8
17,1
17,7
19,2
18,0
19,1
14,8
16,4
49,6
46,8
45,2
47,5
49,3
50,5
49,7
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

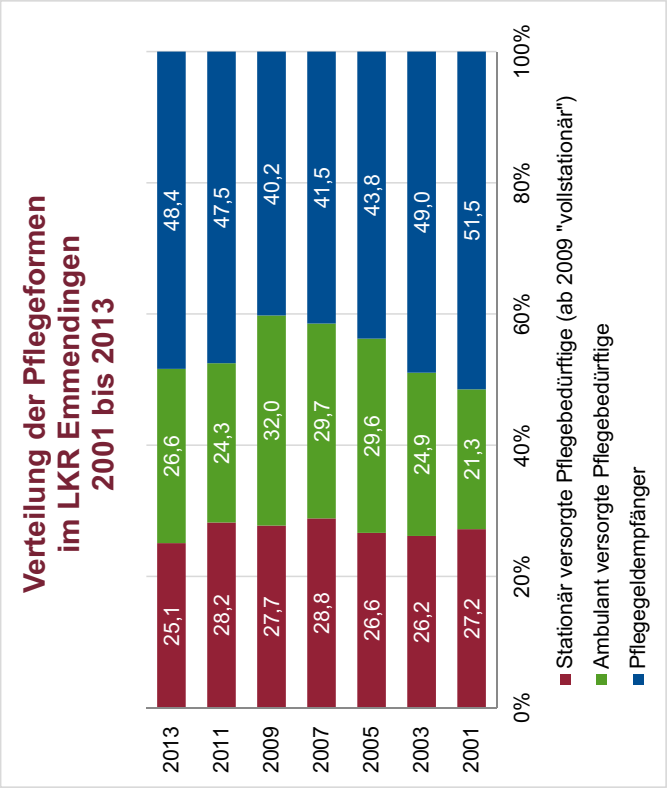

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Rhein-Neckar-Kreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
26,2
27,5
31,2
31,2
31,2
29,3
27,1
20,3
20,6
18,4
19,4
17,9
18,6
17,0
53,5
51,8
50,4
49,3
50,9
52,0
55,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

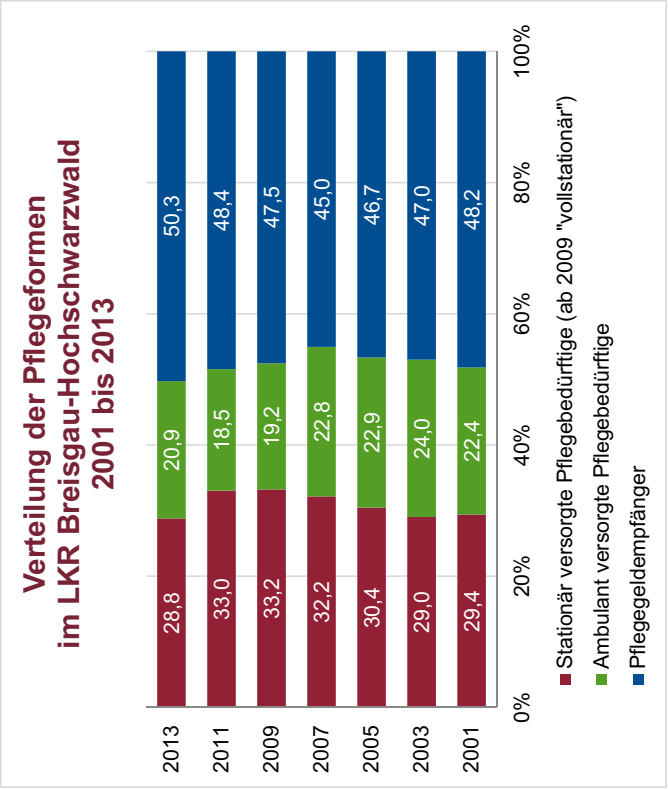

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Enzkreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
25,7
27,2
47,1
27,6
25,0
47,4
29,3
25,2
45,5
30,6
23,3
46,1
29,2
23,1
47,6
28,5
23,4
48,1
26,4
21,7
51,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

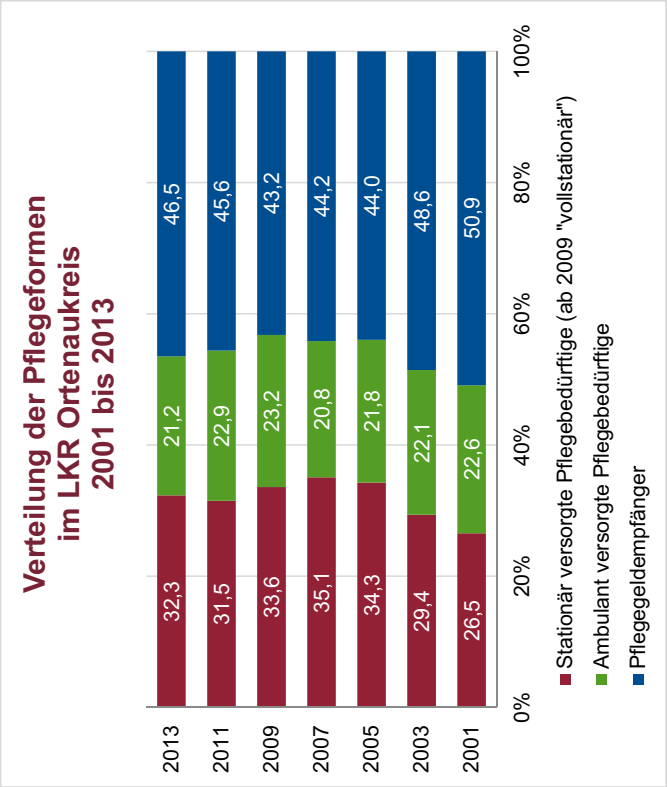

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Calw
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
32,2
21,4
46,4
33,3
22,7
44,0
36,3
19,9
43,8
37,6
19,9
42,5
41,2
17,1
41,6
38,6
21,2
40,2
36,2
21,5
42,2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

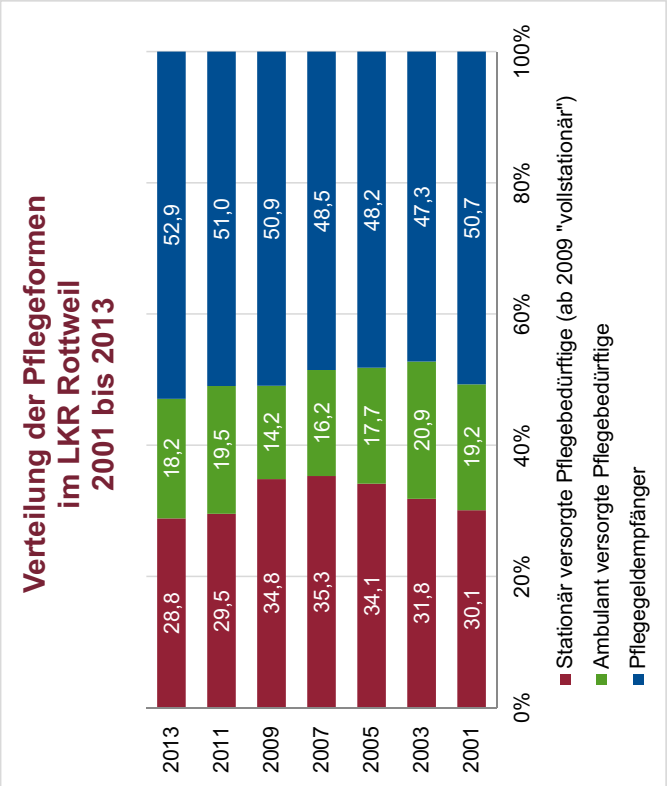

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Freudenstadt
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
37,2
39,6
41,6
42,8
44,1
42,6
40,2
18,0
16,2
18,6
17,0
18,0
16,7
18,1
44,7
44,2
39,8
40,3
38,0
40,7
41,7
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

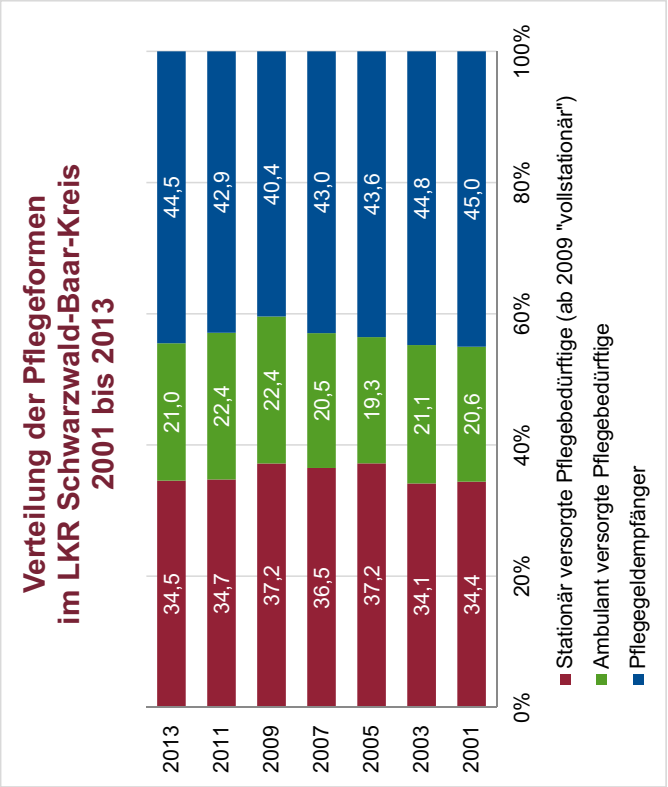

Verteilung der Pflegebedürftigkeit
im SKR Freiburg
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
35,6
36,6
38,8
39,1
41,6
38,2
38,7
22,6
24,6
22,2
24,6
20,8
23,5
19,7
41,8
38,8
39,1
36,3
37,7
38,3
41,6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

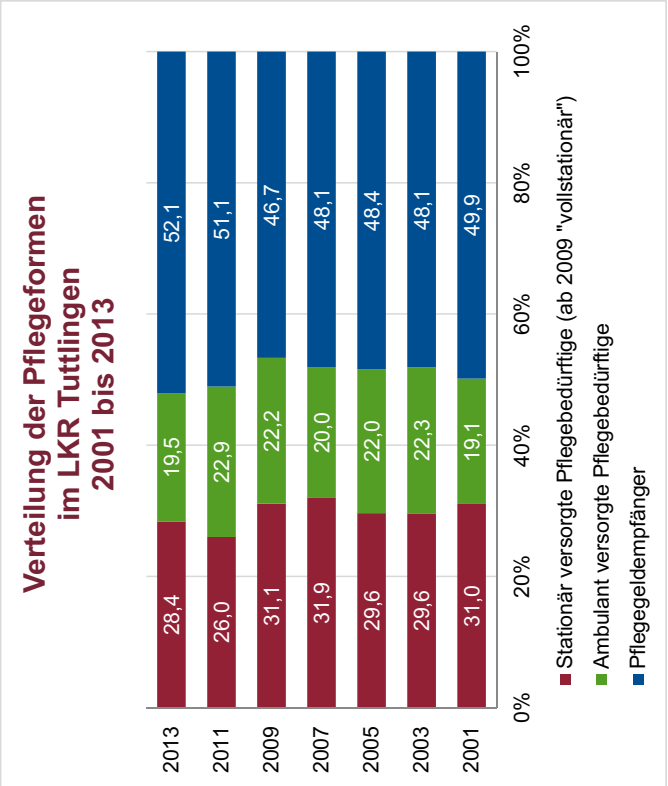

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Emmendingen
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
25,1
26,6
48,4
28,2
24,3
47,5
27,7
32,0
40,2
28,8
29,7
41,5
26,6
29,6
43,8
26,2
24,9
49,0
27,2
21,3
51,5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

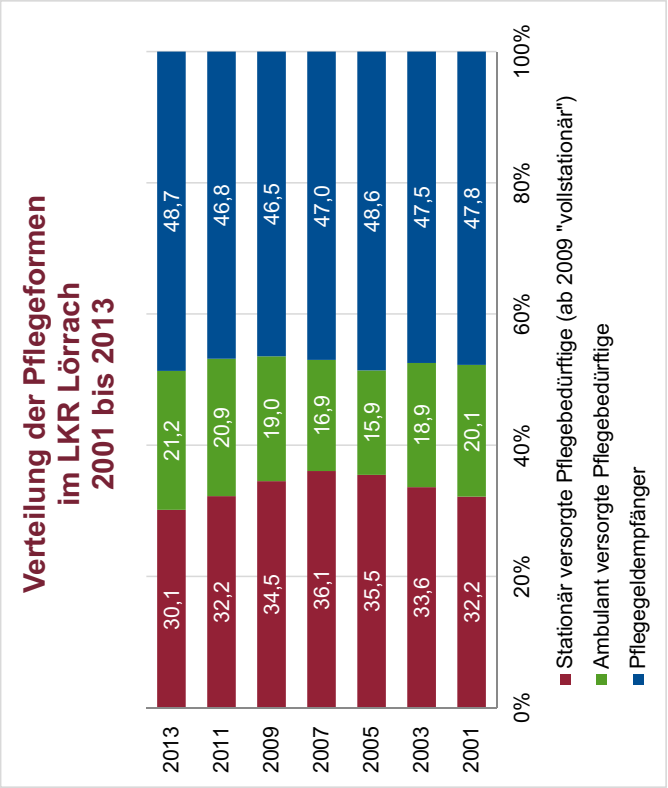

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Breisgau-Hochschwarzwald
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,8
20,9
50,3
33,0
18,5
48,4
33,2
19,2
47,5
32,2
22,8
45,0
30,4
22,9
46,7
29,0
24,0
47,0
29,4
22,4
48,2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

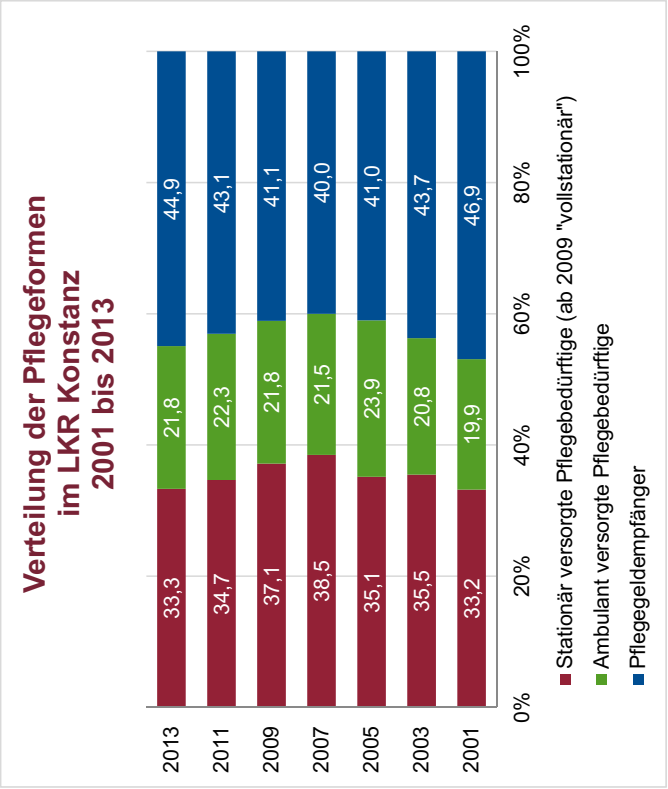

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Ortenaukreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
32,3
21,2
46,5
31,5
22,9
45,6
33,6
23,2
43,2
35,1
20,8
44,2
34,3
21,8
44,0
29,4
22,1
48,6
26,5
22,6
50,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

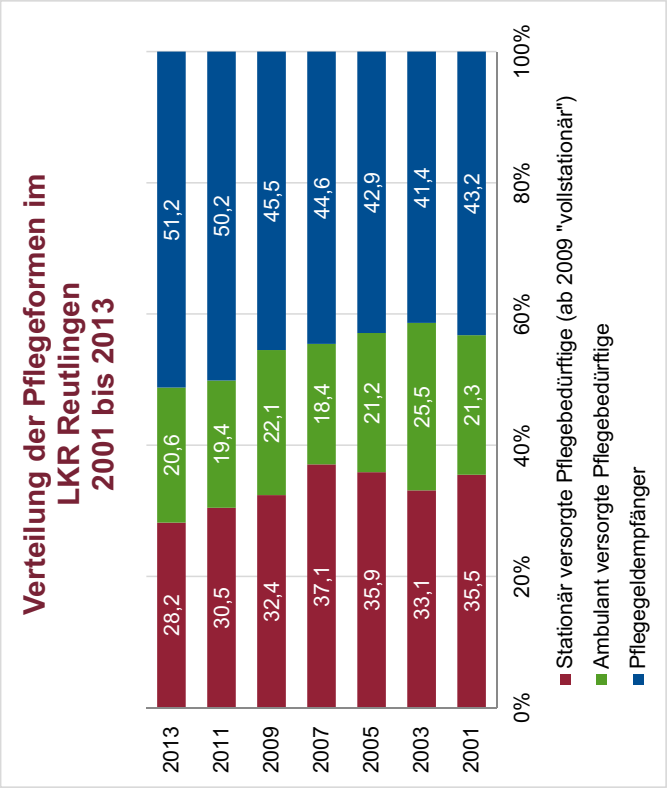

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Rottweil
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,8
18,2
52,9
29,5
19,5
51,0
34,8
14,2
50,9
35,3
16,2
48,5
34,1
17,7
48,2
31,8
20,9
47,3
30,1
19,2
50,7
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

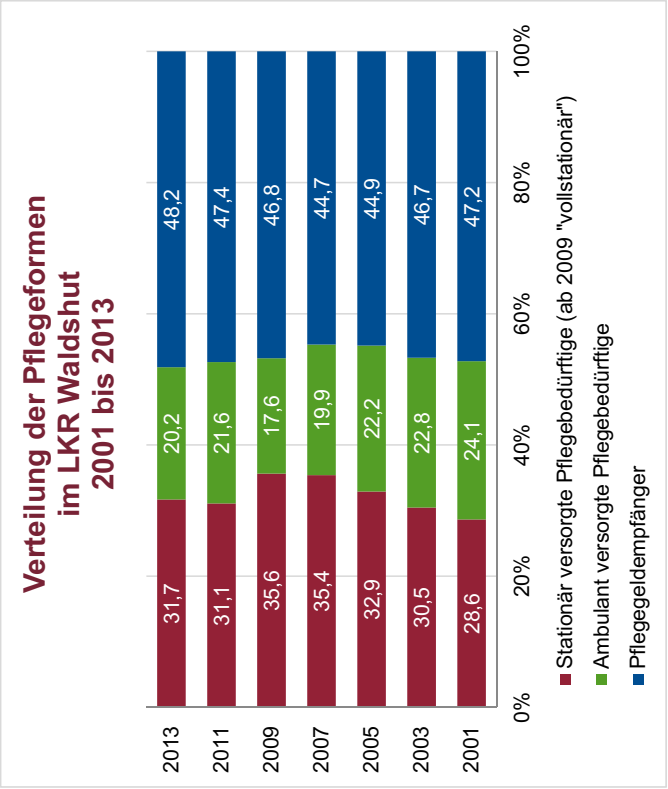

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Schwarzwald-Baar-Kreis
2001 bis 2013
2013 34,5 21,0 44,5
2011 34,7 22,4 42,9
2009 37,2 22,4 40,4
2007 36,5 20,5 43,0
2005 37,2 19,3 43,6
2003 34,1 21,1 44,8
2001 34,4 20,6 45,0
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

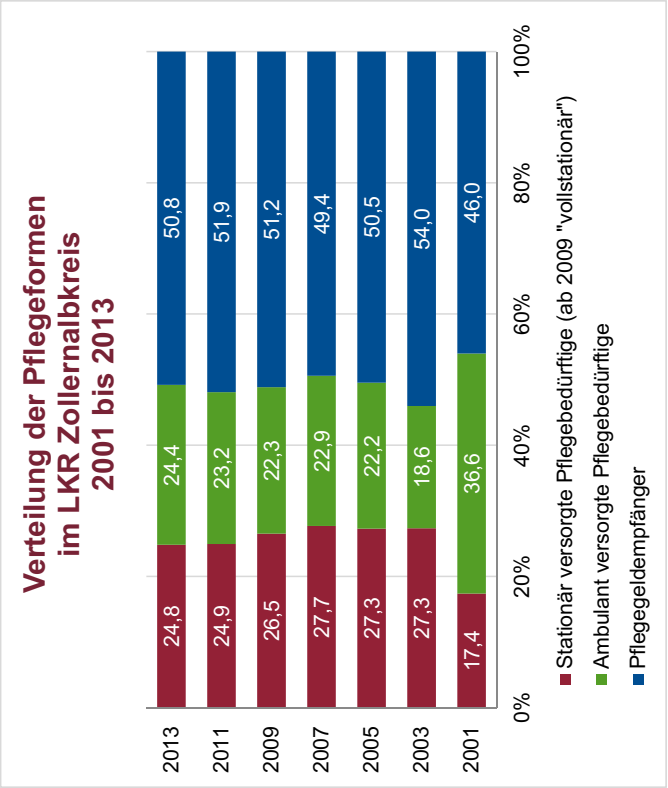

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Tuttlingen
2001 bis 2013
2013 28,4 19,5 52,1
2011 26,0 22,9 51,1
2009 31,1 22,2 46,7
2007 31,9 20,0 48,1
2005 29,6 22,0 48,4
2003 29,6 22,3 48,1
2001 31,0 19,1 49,9
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

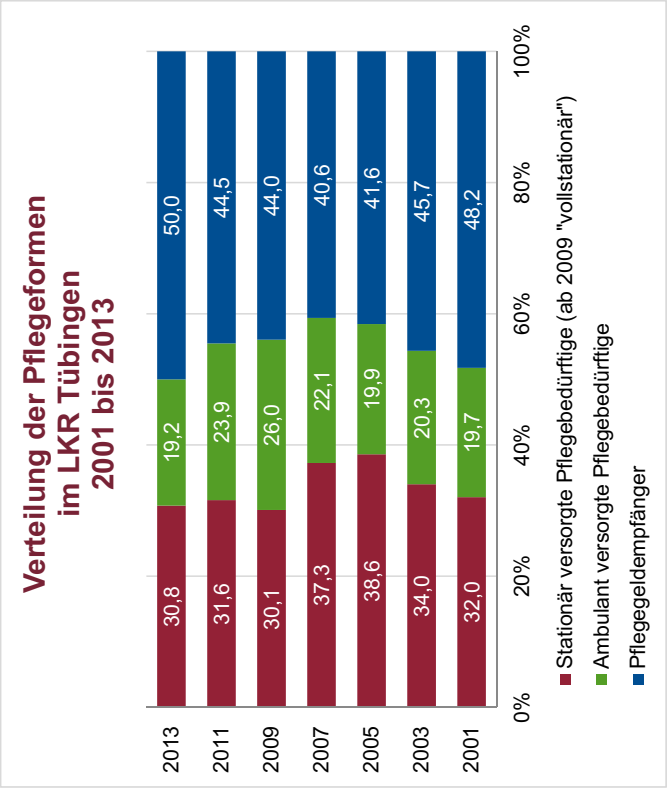

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Lörrach
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
30,1
21,2
48,7
32,2
20,9
46,8
34,5
19,0
46,5
36,1
16,9
47,0
35,5
15,9
48,6
33,6
18,9
47,5
32,2
20,1
47,8
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

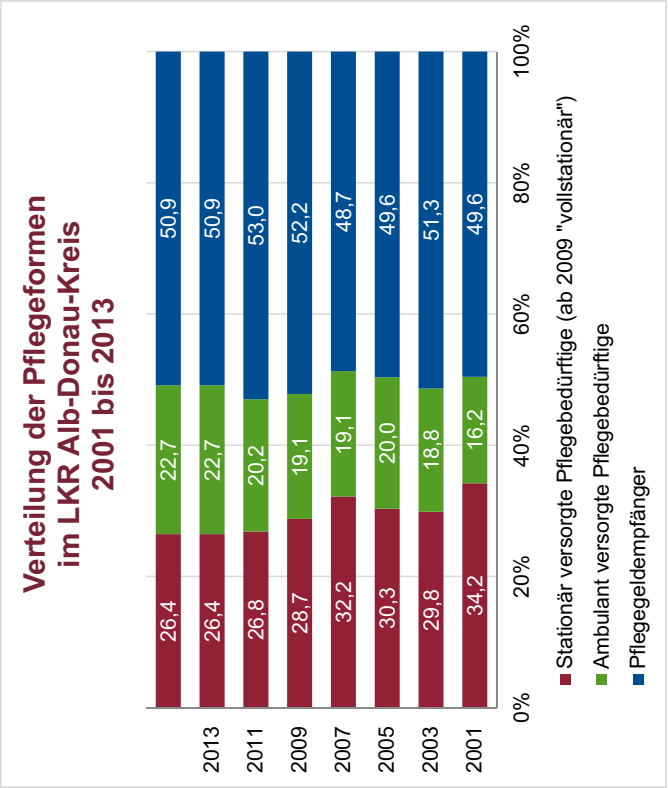

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Konstanz
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
33,3
21,8
44,9
34,7
22,3
43,1
37,1
21,8
41,1
38,5
21,5
40,0
35,1
23,9
41,0
35,5
20,8
43,7
33,2
19,9
46,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

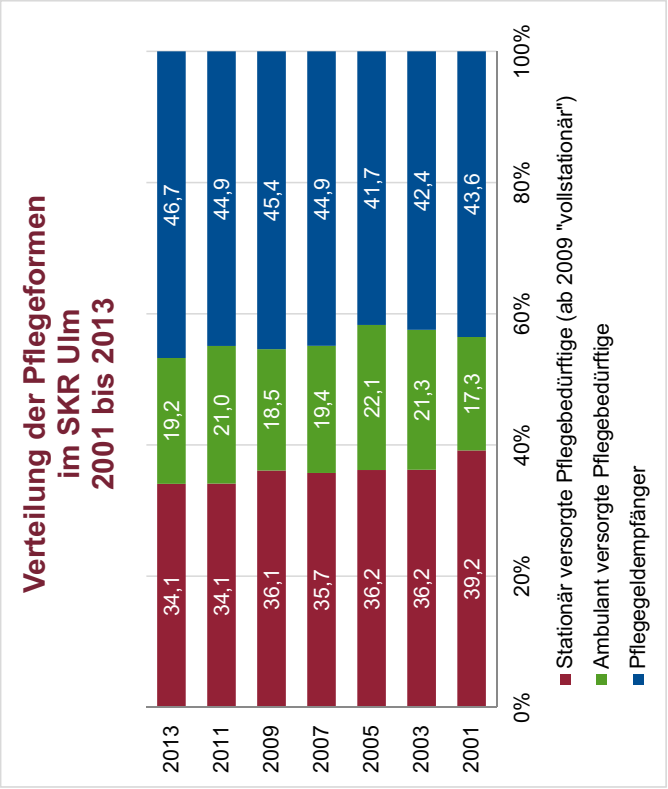

Verteilung der Pflegeformen im LKR Reutlingen 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,2
20,6
51,2
30,5
19,4
50,2
32,4
22,1
45,5
37,1
18,4
44,6
35,9
21,2
42,9
33,1
25,5
41,4
35,5
21,3
43,2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

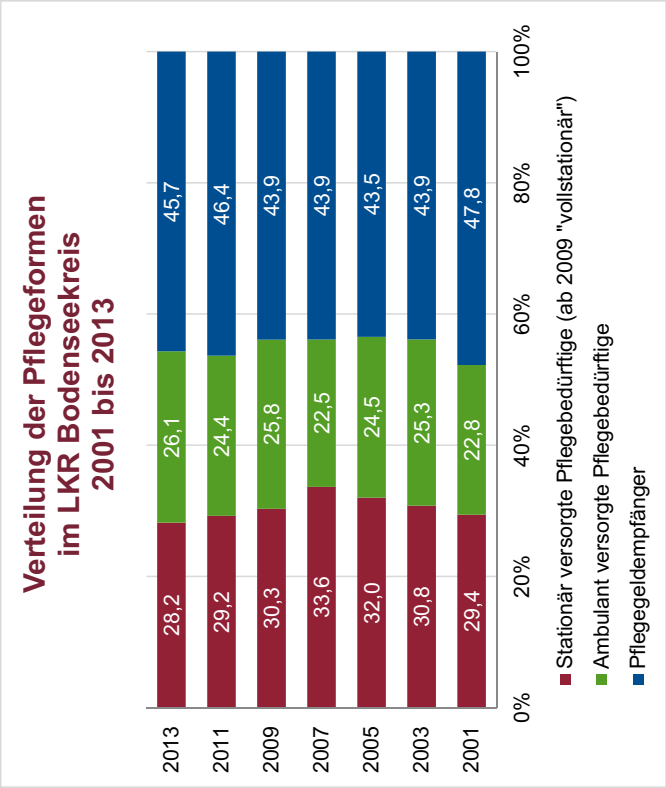

Verteilung der Pflegeformen im LKR Waldshut 2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
31,7
20,2
48,2
31,1
21,6
47,4
35,6
17,6
46,8
35,4
19,9
44,7
32,9
22,2
44,9
30,5
22,8
46,7
28,6
24,1
47,2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

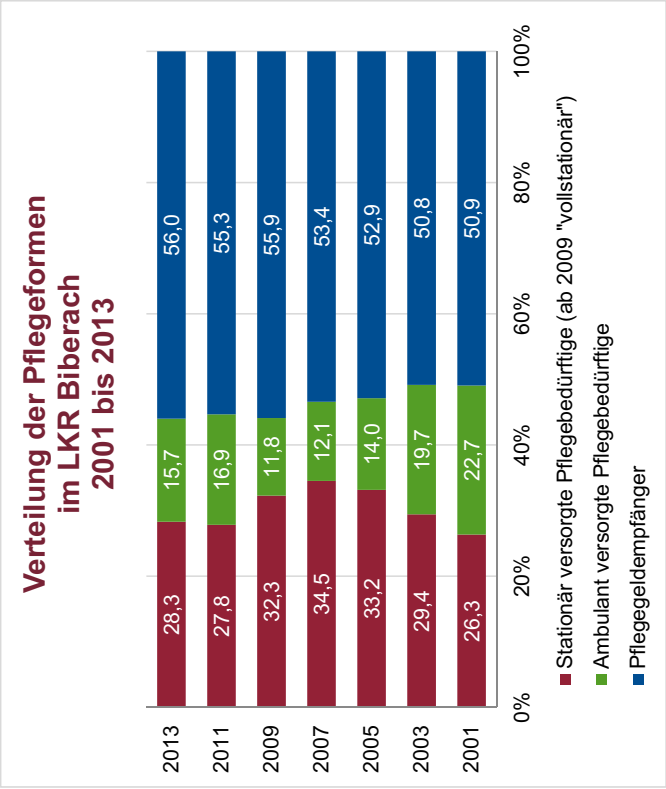

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Zollernalbkreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
24,8
24,4
50,8
24,9
23,2
51,9
26,5
22,3
51,2
27,7
22,9
49,4
27,3
22,2
50,5
27,3
18,6
54,0
17,4
36,6
46,0
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

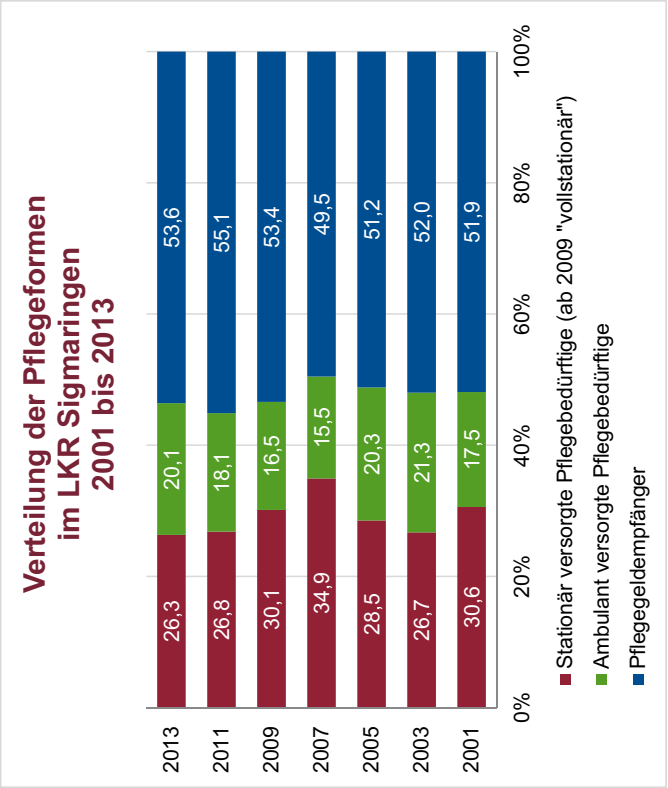

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Tübingen
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
30,8
19,2
50,0
31,6
23,9
44,5
30,1
26,0
44,0
37,3
22,1
40,6
38,6
19,9
41,6
34,0
20,3
45,7
32,0
19,7
48,2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

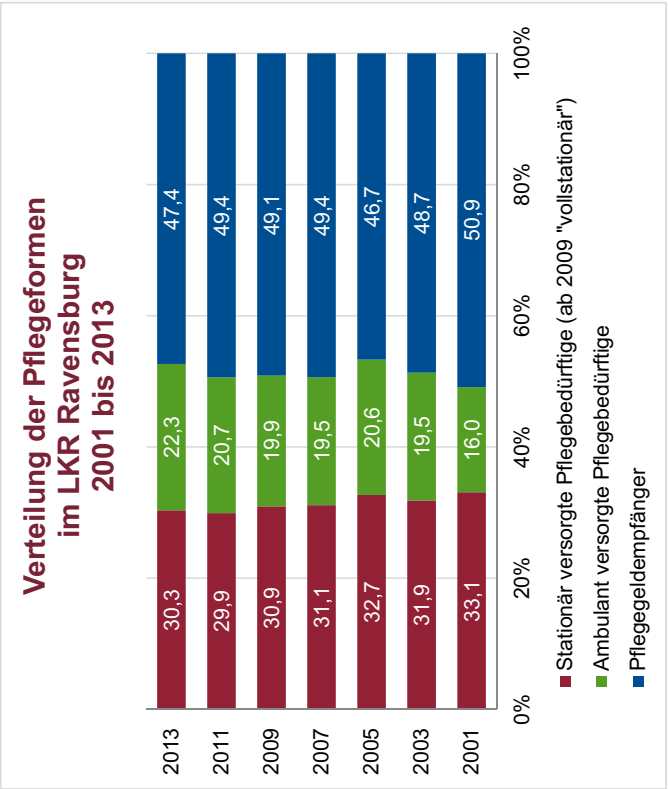

Verteilung der Pflegeformen
im LKR Alb-Donau-Kreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
26,4
22,7
50,9
26,4
22,7
50,9
26,8
20,2
53,0
28,7
19,1
52,2
32,2
19,1
48,7
30,3
20,0
49,6
29,8
18,8
51,3
34,2
16,2
49,6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger


Verteilung der Pflegeformen
im SKR Ulm
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
34,1
19,2
46,7
34,1
21,0
44,9
36,1
18,5
45,4
35,7
19,4
44,9
36,2
22,1
41,7
36,2
21,3
42,4
39,2
17,3
43,6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger


Verteilung der Pflegeformen
im LKR Bodenseekreis
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,2
26,1
45,7
29,2
24,4
46,4
30,3
25,8
43,9
33,6
22,5
43,9
32,0
24,5
43,5
30,8
25,3
43,9
29,4
22,8
47,8
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger


Verteilung der Pflegeformen
im LKR Biberach
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
28,3
15,7
56,0
27,8
16,9
55,3
32,3
11,8
55,9
34,5
12,1
53,4
33,2
14,0
52,9
29,4
19,7
50,8
26,3
22,7
50,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger


Verteilung der Pflegeformen
im LKR Sigmaringen
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
26,3
20,1
53,6
26,8
18,1
55,1
30,1
16,5
53,4
34,9
15,5
49,5
28,5
20,3
51,2
26,7
21,3
52,0
30,6
17,5
51,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger


Verteilung der Pflegeformen
im LKR Ravensburg
2001 bis 2013
2013
2011
2009
2007
2005
2003
2001
30,3
22,3
47,4
29,9
20,7
49,4
30,9
19,9
49,1
31,1
19,5
49,4
32,7
20,6
46,7
31,9
19,5
48,7
33,1
16,0
50,9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Stationär versorgte Pflegebedürftige (ab 2009 "vollstationär")
Ambulant versorgte Pflegebedürftige
Pflegegeldempfänger

## Anhang 8: Leistungsempfänger nach SGB XI ambulant nach persönlichen Merkmalen – MDK-Daten 2010 und 2014

| Leistungsempfänger* nach Begutachtung 2010 und 2014 | Anzahl Leistungempfänger | | | Durchschnittsalte | | Geschlecht (Anteil Männer in %) | | Haushaltsform (Anteil allein lebend) | | Pflegestufe nach Begutachtung | | | | | | | Art der Pflegeleistung | | | | | | Anzahl informeller Pflegepersonen | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2014 | Anstieg in % | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | | | 2014 | | | | 2010 | | | 2014 | | | 2010 | 2014 |
| | | | | | | | | | | I | II | III | 0+ | I | II | III | 611 Sachl. | 612 Geldl. | 613 Kombi | 611 Sachl. | 612 Geldl. | 613 Kombi | | |
| Stuttgart, kreisfreie Stadt | 1674 | 2963 | 0,77 | 78,23 | 75,83 | 37,16 | 37,50 | 46,18 | 51,33 | 85,48 | 13,08 | 1,43 | 35,67 | 53,97 | 9,21 | 1,15 | 47,91 | 23,53 | 28,55 | 49,71 | 14,82 | 35,47 | 1,60 | 1,10 |
| Böblingen, Landkreis | 1234 | 2077 | 0,68 | 77,82 | 76,48 | 38,98 | 40,59 | 38,74 | 43,62 | 76,58 | 20,34 | 3,08 | 28,94 | 56,43 | 12,90 | 1,73 | 57,05 | 14,10 | 28,85 | 58,74 | 9,15 | 32,11 | 1,75 | 1,31 |
| Esslingen, Landkreis | 1573 | 2832 | 0,80 | 77,20 | 77,17 | 42,34 | 40,47 | 39,73 | 44,88 | 75,02 | 22,57 | 2,42 | 31,92 | 53,99 | 12,99 | 1,09 | 52,51 | 17,80 | 29,69 | 62,25 | 8,05 | 29,70 | 1,76 | 1,29 |
| Göppingen, Landkreis | 916 | 1642 | 0,79 | 77,53 | 76,86 | 40,72 | 40,62 | 34,83 | 43,36 | 77,62 | 19,43 | 2,95 | 36,54 | 51,22 | 10,84 | 1,40 | 53,17 | 16,27 | 30,57 | 59,44 | 10,90 | 29,66 | 1,65 | 1,29 |
| Ludwigsburg, Landkreis | 1272 | 2778 | 1,18 | 77,63 | 76,41 | 38,52 | 39,49 | 38,92 | 43,59 | 81,68 | 16,90 | 1,42 | 31,28 | 56,26 | 10,91 | 1,55 | 52,12 | 14,47 | 33,41 | 62,31 | 10,44 | 27,25 | 1,60 | 1,37 |
| Rems-Murr-Kreis, Landkreis | 1356 | 2185 | 0,61 | 78,35 | 76,72 | 40,04 | 40,64 | 40,86 | 42,93 | 79,94 | 18,07 | 1,99 | 28,74 | 59,41 | 10,94 | 0,92 | 53,98 | 16,00 | 30,01 | 59,22 | 8,10 | 32,68 | 1,63 | 1,33 |
| Heilbronn, kreisfreie Stadt | 1526 | 2422 | 0,59 | 75,39 | 74,57 | 41,09 | 40,42 | 32,96 | 39,76 | 86,17 | 12,39 | 1,44 | 28,32 | 59,99 | 10,73 | 0,95 | 62,52 | 13,63 | 23,85 | 65,77 | 9,58 | 24,65 | 1,66 | 1,44 |
| Hohenlohekreis, Landkreis | 439 | 634 | 0,44 | 77,81 | 75,62 | 39,41 | 39,91 | 35,08 | 37,22 | 86,33 | 12,07 | 1,59 | 27,60 | 58,68 | 11,83 | 1,89 | 64,01 | 10,02 | 25,97 | 63,56 | 4,73 | 31,70 | 1,74 | 1,50 |
| Schwäbisch Hall, Landkreis | 714 | 1137 | 0,59 | 77,44 | 75,98 | 42,16 | 39,31 | 33,75 | 41,51 | 81,23 | 16,53 | 2,24 | 40,63 | 50,48 | 8,00 | 0,88 | 57,00 | 9,10 | 33,89 | 65,35 | 6,16 | 28,50 | 1,68 | 1,39 |
| Main-Tauber-Kreis, Landkreis | 587 | 903 | 0,54 | 77,35 | 78,38 | 41,23 | 39,87 | 30,15 | 38,10 | 78,71 | 17,04 | 4,26 | 23,26 | 60,91 | 14,40 | 1,44 | 66,61 | 9,88 | 23,51 | 58,58 | 6,42 | 34,99 | 1,87 | 1,50 |
| Heidenheim, Landkreis | 602 | 882 | 0,47 | 78,64 | 76,31 | 37,38 | 36,39 | 43,19 | 42,63 | 82,39 | 15,61 | 1,99 | 35,26 | 55,10 | 8,73 | 0,91 | 60,47 | 10,30 | 29,24 | 65,08 | 8,05 | 26,87 | 1,81 | 1,54 |
| Ostalbkreis, Landkreis | 1190 | 1871 | 0,57 | 78,85 | 76,18 | 37,14 | 39,71 | 38,40 | 41,37 | 79,41 | 17,82 | 2,77 | 35,38 | 53,77 | 9,67 | 1,18 | 57,39 | 10,17 | 32,44 | 65,85 | 6,84 | 27,31 | 1,73 | 1,43 |
| Baden-Baden, kreisfreie Stadt | 202 | 375 | 0,86 | 79,76 | 78,32 | 42,08 | 36,53 | 49,01 | 52,80 | 83,66 | 14,85 | 1,49 | 32,80 | 55,20 | 12,00 | 0,00 | 74,26 | 11,39 | 14,36 | 64,27 | 14,13 | 21,60 | 1,13 | 1,11 |
| Karlsruhe, kreisfreie Stadt | 2165 | 4215 | 0,95 | 76,72 | 76,02 | 39,17 | 38,55 | 40,74 | 44,34 | 83,51 | 14,36 | 2,12 | 31,22 | 56,65 | 10,72 | 1,40 | 71,50 | 12,89 | 15,61 | 72,57 | 8,59 | 18,84 | 1,51 | 1,38 |
| Rastatt, Landkreis | 794 | 1486 | 0,87 | 76,26 | 76,07 | 39,04 | 38,63 | 38,92 | 42,53 | 79,85 | 17,76 | 2,39 | 34,19 | 55,11 | 9,42 | 1,28 | 75,06 | 10,08 | 14,86 | 75,30 | 6,46 | 18,24 | 1,46 | 1,42 |
| Heidelberg, kreisfreie Stadt | 369 | 685 | 0,86 | 78,18 | 75,55 | 33,33 | 38,25 | 50,14 | 52,41 | 83,20 | 13,28 | 3,52 | 32,99 | 51,82 | 13,14 | 2,04 | 58,54 | 23,31 | 18,16 | 57,37 | 10,95 | 31,68 | 1,38 | 1,24 |
| Mannheim, kreisfreie Stadt | 1238 | 2129 | 0,72 | 75,48 | 73,75 | 37,64 | 39,46 | 46,53 | 46,36 | 77,38 | 19,39 | 3,23 | 30,06 | 58,34 | 10,29 | 1,32 | 59,21 | 20,27 | 20,52 | 60,87 | 10,66 | 28,46 | 1,51 | 1,24 |
| Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis | 754 | 1113 | 0,48 | 77,82 | 75,60 | 40,85 | 39,62 | 36,60 | 37,38 | 84,75 | 13,66 | 1,59 | 31,09 | 57,41 | 10,69 | 0,81 | 65,12 | 11,67 | 23,21 | 66,49 | 9,16 | 24,35 | 1,83 | 1,51 |
| Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis | 1968 | 3696 | 0,88 | 77,47 | 76,23 | 38,72 | 39,39 | 43,60 | 42,83 | 78,51 | 18,60 | 2,90 | 24,40 | 60,47 | 13,56 | 1,57 | 61,69 | 16,41 | 21,90 | 59,33 | 8,25 | 32,41 | 1,57 | 1,42 |
| Pforzheim, kreisfreie Stadt | 427 | 950 | 1,22 | 75,14 | 73,79 | 41,45 | 39,05 | 41,45 | 44,95 | 84,31 | 14,75 | 0,94 | 26,95 | 59,58 | 11,89 | 1,58 | 61,36 | 14,29 | 24,36 | 70,84 | 14,63 | 14,53 | 1,59 | 1,23 |
| Calw, Landkreis | 539 | 1089 | 1,02 | 75,38 | 76,69 | 41,19 | 37,65 | 39,52 | 44,08 | 76,44 | 21,34 | 2,23 | 23,23 | 62,90 | 12,03 | 1,84 | 60,85 | 10,76 | 28,39 | 66,67 | 8,63 | 24,70 | 1,59 | 1,36 |
| Enzkreis, Landkreis | 625 | 1254 | 1,01 | 77,77 | 76,22 | 35,36 | 39,79 | 40,00 | 39,95 | 79,04 | 18,56 | 2,40 | 22,41 | 59,49 | 16,67 | 1,44 | 56,96 | 14,40 | 28,64 | 61,80 | 14,99 | 23,21 | 1,65 | 1,38 |
| Freudenstadt, Landkreis | 362 | 823 | 1,27 | 76,91 | 76,41 | 37,85 | 39,49 | 39,50 | 40,95 | 77,90 | 19,61 | 2,49 | 32,93 | 54,07 | 11,91 | 1,09 | 67,68 | 6,63 | 25,69 | 67,68 | 5,71 | 26,61 | 1,74 | 1,30 |
| Freiburg im Breisgau, kreisfreie Stadt | 479 | 1033 | 1,16 | 74,66 | 75,42 | 35,62 | 35,62 | 45,30 | 54,21 | 80,79 | 16,08 | 3,13 | 35,04 | 52,76 | 10,94 | 1,26 | 47,18 | 26,30 | 26,51 | 56,15 | 15,68 | 28,17 | 1,42 | 1,16 |
| Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis | 615 | 1484 | 1,41 | 76,43 | 76,51 | 41,14 | 38,27 | 38,37 | 44,20 | 79,51 | 18,21 | 2,28 | 37,94 | 52,09 | 9,23 | 0,74 | 51,54 | 17,56 | 30,89 | 60,44 | 8,76 | 30,80 | 1,64 | 1,29 |
| Emmendingen, Landkreis | 465 | 1031 | 1,22 | 77,10 | 77,65 | 38,28 | 37,34 | 35,70 | 44,81 | 80,00 | 17,85 | 2,15 | 33,17 | 52,38 | 11,54 | 2,91 | 48,82 | 19,57 | 31,61 | 56,94 | 7,86 | 35,21 | 1,48 | 1,37 |
| Ortenaukreis, Landkreis | 1540 | 2748 | 0,78 | 76,76 | 76,25 | 38,18 | 38,65 | 38,44 | 41,05 | 82,66 | 15,45 | 1,88 | 32,57 | 54,48 | 11,39 | 1,56 | 60,84 | 9,42 | 29,74 | 60,52 | 7,21 | 32,28 | 1,63 | 1,45 |
| Rottweil, Landkreis | 497 | 900 | 0,81 | 76,85 | 75,65 | 37,42 | 42,33 | 38,43 | 41,33 | 79,28 | 18,91 | 1,81 | 28,78 | 55,22 | 14,11 | 1,89 | 63,58 | 9,26 | 27,16 | 63,56 | 9,67 | 26,78 | 1,72 | 1,34 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis | 687 | 1563 | 1,28 | 76,44 | 77,62 | 40,90 | 38,45 | 39,30 | 43,83 | 81,66 | 16,45 | 1,89 | 37,30 | 48,24 | 12,16 | 2,30 | 55,46 | 18,49 | 26,06 | 56,24 | 13,82 | 29,94 | 1,41 | 1,29 |
| Tuttlingen, Landkreis | 498 | 945 | 0,90 | 78,01 | 75,77 | 37,75 | 38,62 | 36,55 | 43,60 | 82,93 | 15,66 | 1,41 | 31,01 | 53,44 | 13,02 | 2,54 | 65,46 | 5,62 | 28,92 | 61,59 | 7,62 | 30,79 | 1,62 | 1,48 |
| Konstanz, Landkreis | 1007 | 1633 | 0,62 | 77,69 | 76,13 | 36,64 | 40,48 | 43,20 | 44,89 | 82,03 | 16,09 | 1,89 | 27,68 | 59,09 | 11,57 | 1,65 | 57,00 | 18,77 | 24,23 | 61,30 | 12,12 | 26,58 | 1,67 | 1,29 |
| Lörrach, Landkreis | 586 | 1357 | 1,32 | 75,84 | 76,35 | 38,57 | 41,93 | 37,54 | 43,40 | 76,96 | 20,14 | 2,90 | 31,76 | 54,31 | 12,01 | 1,92 | 60,92 | 15,53 | 23,55 | 61,16 | 10,54 | 28,30 | 1,65 | 1,38 |
| Waldshut, Landkreis | 582 | 1035 | 0,78 | 76,20 | 77,67 | 35,74 | 40,87 | 42,27 | 43,00 | 82,47 | 14,95 | 2,58 | 36,04 | 50,34 | 11,98 | 1,64 | 55,50 | 12,89 | 31,62 | 61,93 | 10,05 | 28,02 | 1,22 | 1,23 |
| Reutlingen, Landkreis | 820 | 1726 | 1,10 | 76,53 | 75,90 | 37,80 | 41,02 | 34,88 | 39,34 | 74,27 | 22,44 | 3,29 | 30,36 | 56,60 | 11,82 | 1,22 | 57,56 | 10,00 | 32,44 | 66,57 | 5,85 | 27,58 | 1,80 | 1,47 |
| Tübingen, Landkreis | 522 | 1023 | 0,96 | 76,88 | 74,38 | 33,91 | 38,03 | 40,23 | 40,96 | 77,78 | 19,73 | 2,49 | 29,13 | 57,18 | 12,12 | 1,56 | 58,24 | 13,79 | 27,97 | 67,84 | 4,59 | 27,57 | 1,81 | 1,54 |
| Zollernalbkreis, Landkreis | 748 | 1416 | 0,89 | 77,30 | 76,10 | 36,50 | 39,83 | 35,29 | 40,25 | 73,80 | 21,79 | 4,41 | 32,34 | 53,95 | 11,94 | 1,77 | 67,11 | 8,29 | 24,60 | 70,90 | 3,46 | 25,64 | 1,68 | 1,50 |
| Ulm, kreisfreie Stadt | 359 | 670 | 0,87 | 75,86 | 75,11 | 35,10 | 38,51 | 47,08 | 43,88 | 75,21 | 23,96 | 0,84 | 30,30 | 53,88 | 14,93 | 0,90 | 59,61 | 21,73 | 18,66 | 59,70 | 15,07 | 25,22 | 1,57 | 1,46 |
| Alb-Donau-Kreis, Landkreis | 693 | 1194 | 0,72 | 77,11 | 75,52 | 41,85 | 39,53 | 34,78 | 42,29 | 73,30 | 23,67 | 3,03 | 27,55 | 53,85 | 16,67 | 1,93 | 60,17 | 12,41 | 27,42 | 65,08 | 7,62 | 27,30 | 1,84 | 1,61 |
| Biberach, Landkreis | 694 | 1076 | 0,55 | 76,59 | 76,51 | 39,34 | 40,06 | 37,90 | 41,17 | 75,36 | 21,33 | 3,31 | 29,65 | 55,86 | 13,10 | 1,39 | 65,27 | 12,39 | 22,33 | 64,31 | 9,39 | 26,30 | 1,82 | 1,53 |
| Bodenseekreis, Landkreis | 624 | 1143 | 0,83 | 77,33 | 77,09 | 33,97 | 39,02 | 43,11 | 41,12 | 70,03 | 25,64 | 4,33 | 25,37 | 56,87 | 14,61 | 3,15 | 49,84 | 22,60 | 27,56 | 54,33 | 11,11 | 34,56 | 1,52 | 1,32 |
| Ravensburg, Landkreis | 829 | 1414 | 0,71 | 77,09 | 75,67 | 39,08 | 39,67 | 40,89 | 42,43 | 77,32 | 19,66 | 3,02 | 34,23 | 53,82 | 10,04 | 1,91 | 56,21 | 15,68 | 28,11 | 61,17 | 8,49 | 30,34 | 1,78 | 1,48 |
| Sigmaringen, Landkreis | 389 | 701 | 0,80 | 78,40 | 74,09 | 40,62 | 41,51 | 26,74 | 35,66 | 76,86 | 20,05 | 3,08 | 37,09 | 54,07 | 8,13 | 0,71 | 59,13 | 7,46 | 33,42 | 66,05 | 5,14 | 28,82 | 1,71 | 1,49 |
| Baden-Württemberg | 35160 | 64233 | 0,83 | 77,12 | 76,10 | 38,78 | 39,38 | 39,40 | 43,30 | 79,82 | 17,76 | 2,41 | 31,14 | 55,77 | 11,62 | 1,47 | 59,12 | 14,54 | 26,35 | 62,58 | 9,25 | 28,16 | 1,55** | 1,31** |

* In dieser Tabelle sind die tatsächlichen Leistungsempfänger aufgeführt, nicht die Zahl der Antragsteller - Personen mit Pflegestufe 0 bleiben unberücksichtigt

**im Durchschnitt 1,55 informelle Pflegepersonen in 2010 und 1,31 informelle Pflegepersonen in 2014

## Anhang 9: Pflegeeinrichtungen und Platzzahlen in Baden-Württemberg

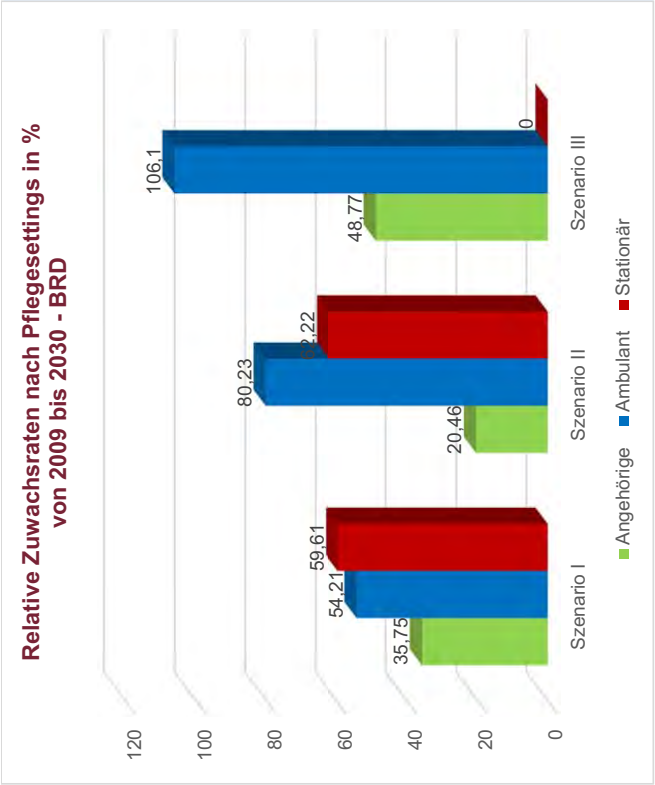
| LKR | Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen in BW |
|---|---|
| **AA** | **31** |
| BAD | 12 |
| BB | 41 |
| BC | 19 |
| BL | 27 |
| CW | 21 |
| EM | 18 |
| ES | 52 |
| FDS | 18 |
| FN | 23 |
| FR | 59 |
| GP | 37 |
| HD | 86 |
| HDH | 15 |
| HN | 57 |
| KA | 98 |
| KN | 40 |
| KÜN | 12 |
| LB | 49 |
| LÖ | 19 |
| MA | 52 |
| MOS | 16 |
| OG | 51 |
| PF | 55 |
| RA | 22 |
| RT | 31 |
| RV | 33 |
| RW | 17 |
| S | 103 |
| SHA | 15 |
| SIG | 12 |
| TBB | 16 |
| TÜ | 32 |
| TUT | 14 |
| UL | 33 |
| VS | 26 |
| WN | 37 |
| WT | 12 |
| **Gesamt** | **1.311** |

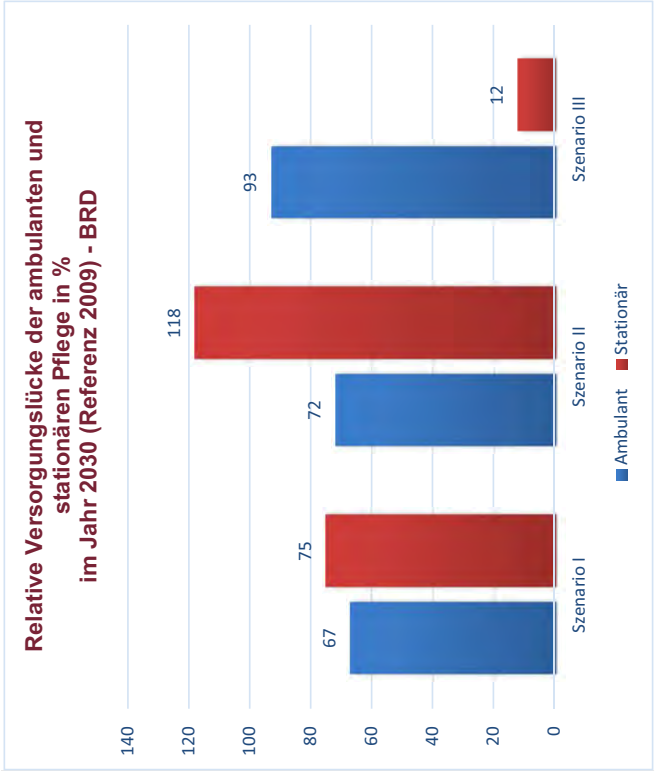
| LKR | Anzahl stationäre Einrichtungen in BW | Vorgehaltene Plätze |
|---|---|---|
| AA | 53 | 3.073 |
| ADK | 14 | 1.631 |
| BAD | 13 | 849 |
| BB | 45 | 2.945 |
| BC | 26 | 1.654 |
| BL | 30 | 1.678 |
| CW | 29 | 1.804 |
| EM | 19 | 1.346 |
| ES | 70 | 4.301 |
| FDS | 30 | 1.485 |
| FN | 34 | 1.530 |
| FR | 59 | 4.303 |
| GP | 33 | 2.276 |
| HD | 82 | 6.272 |
| HDH | 20 | 1.333 |
| HN | 66 | 4.973 |
| KA | 101 | 7.803 |
| KN | 43 | 2.888 |
| KÜN | 25 | 1.319 |
| LB | 71 | 4.345 |
| LÖ | 29 | 2.010 |
| MA | 30 | 3.186 |
| MOS | 29 | 1.919 |
| OG | 71 | 4.280 |
| PF | 40 | 3.334 |
| RA | 21 | 1.604 |
| RT | 45 | 2.085 |
| RV | 54 | 2.546 |
| RW | 21 | 1.282 |
| S | 68 | 5.316 |
| SHA | 36 | 1.800 |
| SIG | 23 | 1.058 |
| TBB | 26 | 1.684 |
| TÜ | 32 | 1.510 |
| TUT | 13 | 1.084 |
| UL | 12 | 1.238 |
| VS | 29 | 2.335 |
| WN | 68 | 4.299 |
| WT | 29 | 1.642 |
| **Gesamt** | **1.539** | **102.020** |

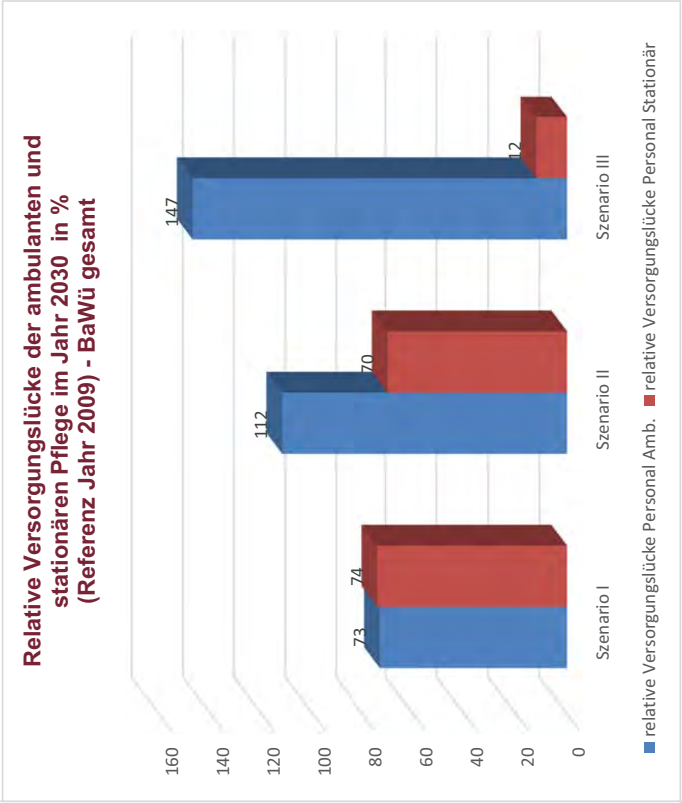
| LKR | Anzahl Einrichtungen der Tagespflege in BW | Vorgehaltene Plätze |
|---|---|---|
| AA | 22 | 197 |
| ADK | 17 | 196 |
| BAD | 6 | 65 |
| BB | 31 | 228 |
| BC | 16 | 129 |
| BL | 8 | 111 |
| CW | 9 | 40 |
| EM | 10 | 78 |
| ES | 28 | 228 |
| FDS | 15 | 140 |
| FN | 12 | 74 |
| FR | 13 | 137 |
| GP | 16 | 157 |
| HD | 18 | 246 |
| HDH | 11 | 109 |
| HN | 28 | 326 |
| KA | 37 | 508 |
| KN | 18 | 184 |
| KÜN | 11 | 42 |
| LB | 11 | 124 |
| LÖ | 9 | 113 |
| MA | 8 | 111 |
| MOS | 7 | 153 |
| OG | 37 | 503 |
| PF | 25 | 371 |
| RA | 8 | 98 |
| RT | 20 | 227 |
| RV | 23 | 152 |
| RW | 15 | 110 |
| S | 23 | 288 |
| SHA | 8 | 68 |
| SIG | 9 | 75 |
| TBB | 7 | 79 |
| TÜ | 11 | 134 |
| TUT | 10 | 75 |
| UL | 10 | 123 |
| VS | 15 | 189 |
| WN | 18 | 137 |
| WT | 9 | 135 |
| **Gesamt** | **609** | **6.460** |

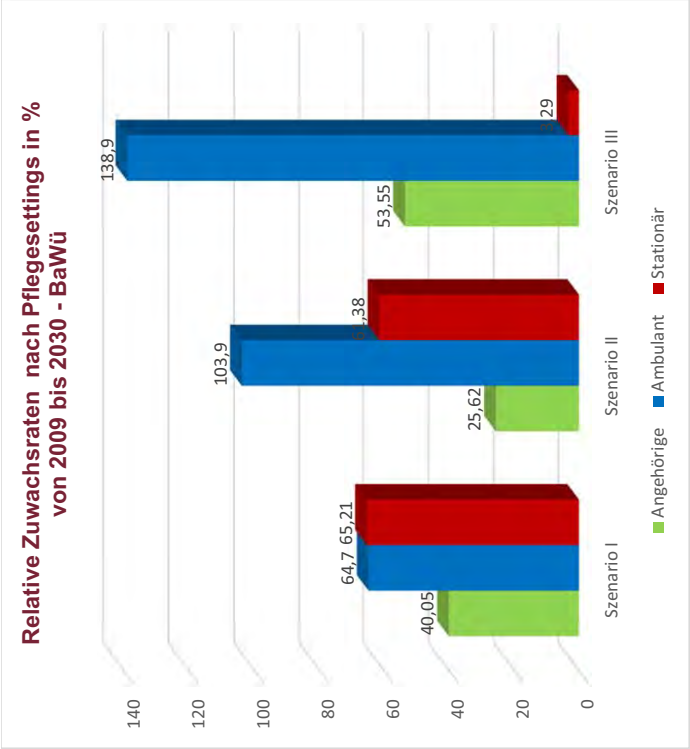
| LKR | Anzahl Einrichtungen für Kurzzeitpflege in BW | Vorgehaltene Plätze |
|---|---|---|
| AA | 3 | 11 |
| ADK | 1 | n.b. |
| BAD | 1 | 20 |
| BB | 1 | n.b. |
| BC | 2 | 8 |
| BL | 1 | n.b. |
| CW | 2 | 6 |
| EM | 1 | n.b. |
| ES | 1 | n.b. |
| FR | 1 | n.b. |
| GP | 3 | 10 |
| HD | 3 | n.b. |
| HN | 3 | 12 |
| KA | 5 | 18 |
| KN | 2 | 10 |
| KÜN | 1 | 4 |
| LB | 4 | 10 |
| LÖ | 5 | 9 |
| OG | 3 | 16 |
| PF | 1 | n.b. |
| RA | 2 | 28 |
| RT | 2 | 20 |
| RV | 1 | 1 |
| RW | 1 | 12 |
| S | 6 | 32 |
| SHA | 1 | n.b. |
| TBB | 3 | 5 |
| TÜ | 3 | n.b. |
| TUT | 3 | 16 |
| VS | 1 | n.b. |
| WN | 1 | 14 |
| WT | 1 | n.b. |
| **Gesamt** | **69** | **262** |

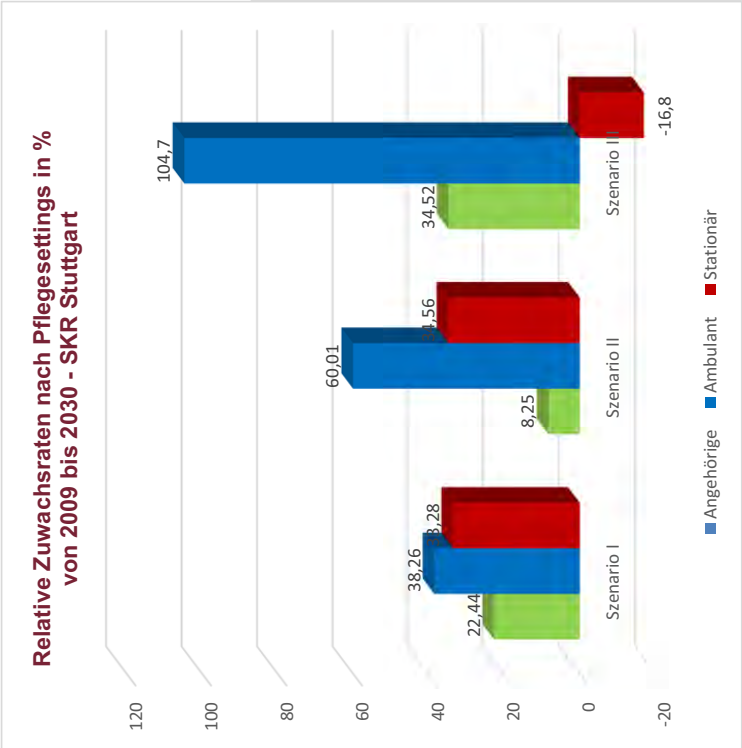
**Anhang: 10 Relative Zuwachsrateen nach Pflegeformen 2009 – 30203 und entsprechende Versorgungslücken mit Pflegekräften**

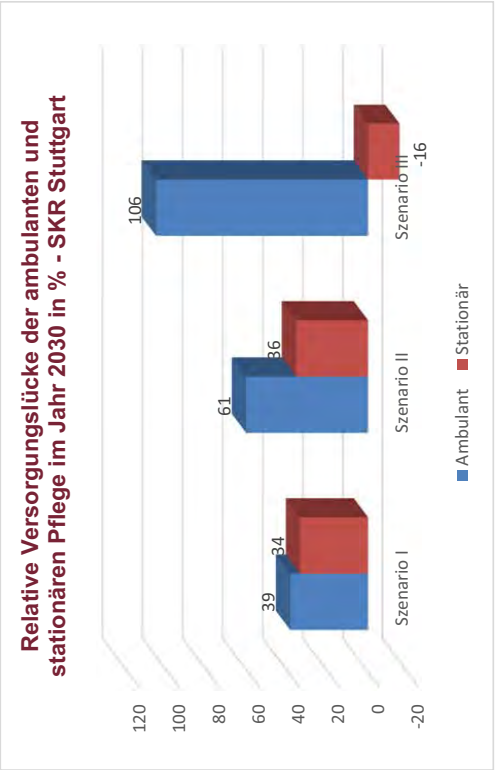


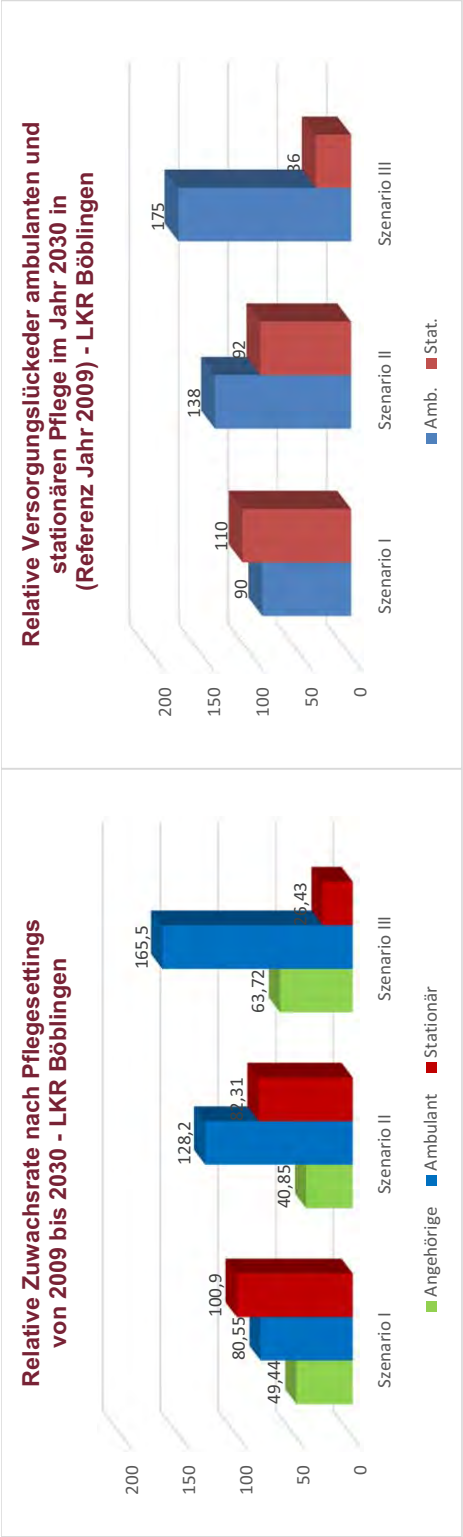



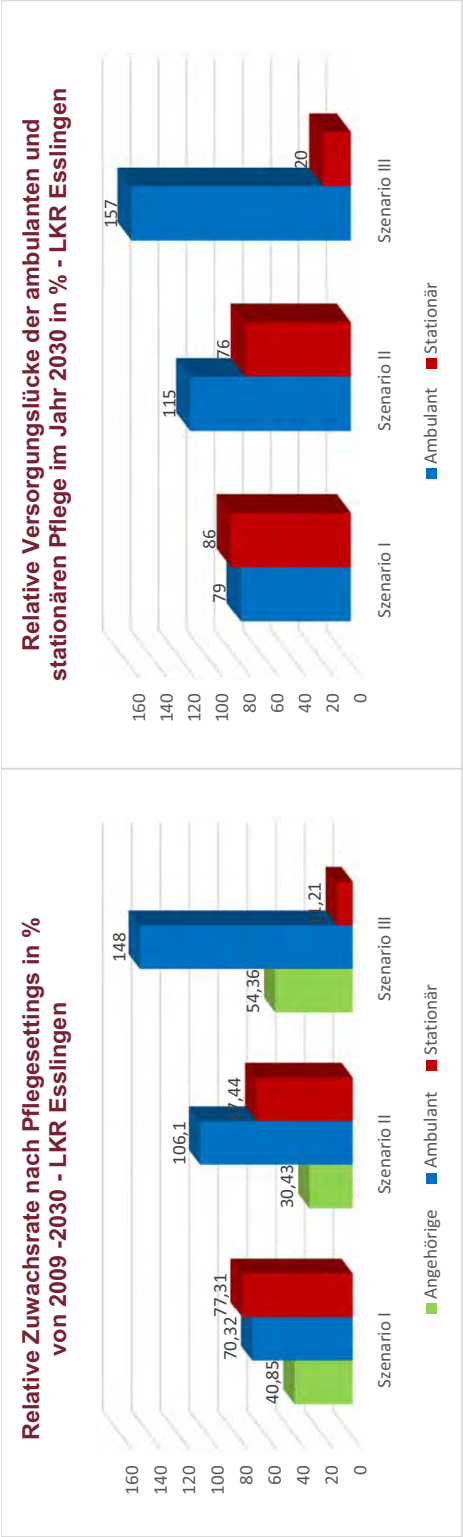

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz Jahr 2009) - BaWü gesamt
160
140
120
100
80
60
40
20
0
73
74
112
70
147
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
relative Versorgungslücke Personal Amb.
relative Versorgungslücke Personal Stationär

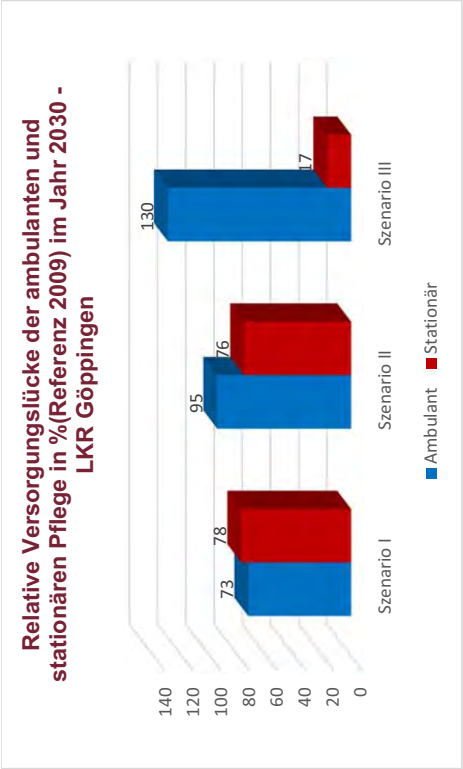

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - BaWü
140
120
100
80
60
40
20
0
64,7
65,21
40,05
103,9
25,62
138,9
53,55
29
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

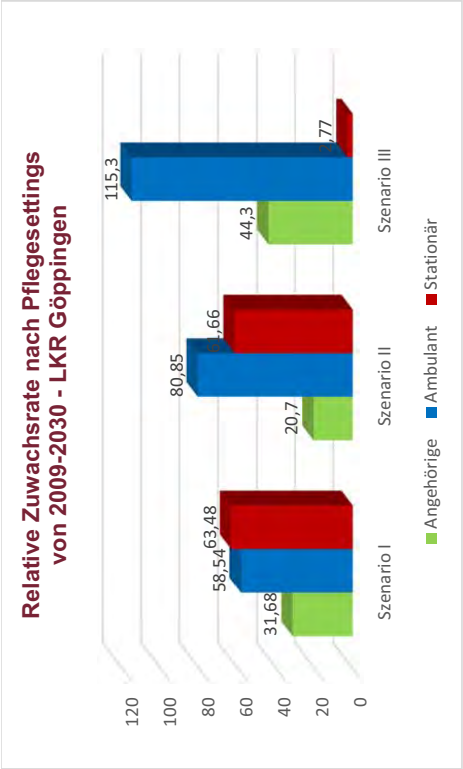

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart
120
100
80
60
40
20
0
-20
104,7
34,52
60,01
8,25
38,26
22,44
Szenario I
Szenario II
-16,8
Angehörige
Ambulant
Stationär

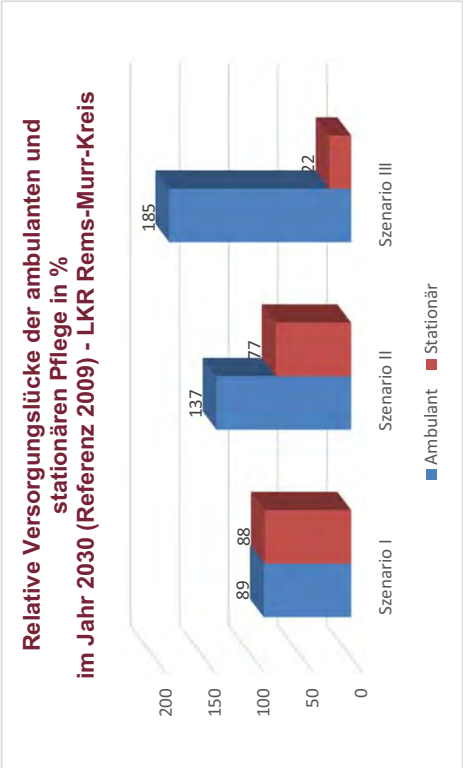

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % - SKR Stuttgart
120
100
80
60
40
20
0
-20
106
61
36
39
34
-16
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

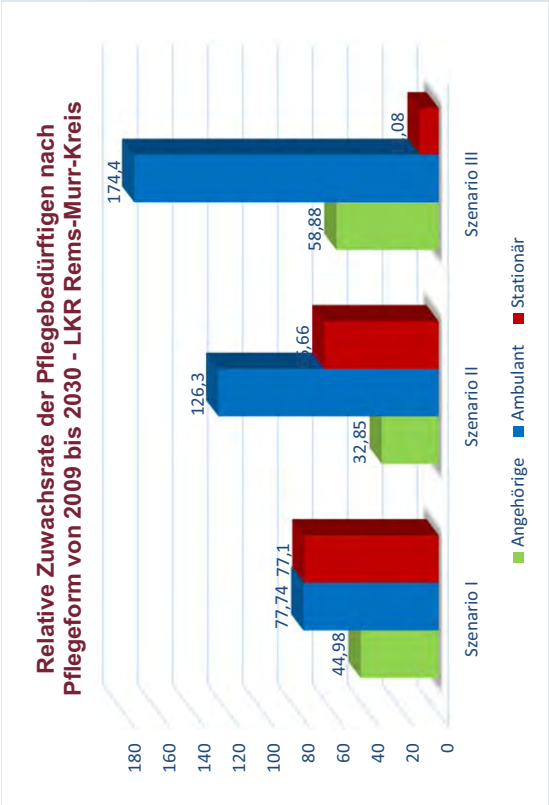

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Böblingen
200
150
100
50
0
49,44
80,55
100,9
40,85
128,2
63,72
165,5
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär
Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in (Referenz Jahr 2009) - LKR Böblingen
200
150
100
50
0
90
110
138
175
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Amb.
Stat.

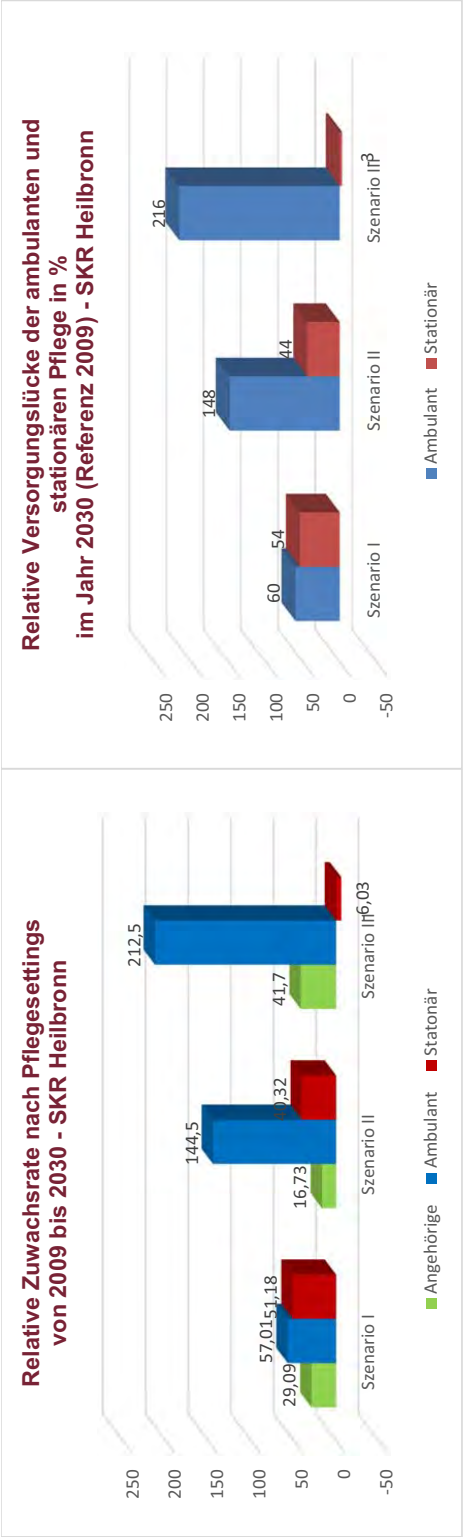

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % - LKR Esslingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
79
86
115
76
157
20
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär
Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 -2030 - LKR Esslingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
40,85
70,32
77,31
30,43
106,1
7,44
54,36
148
1,21
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

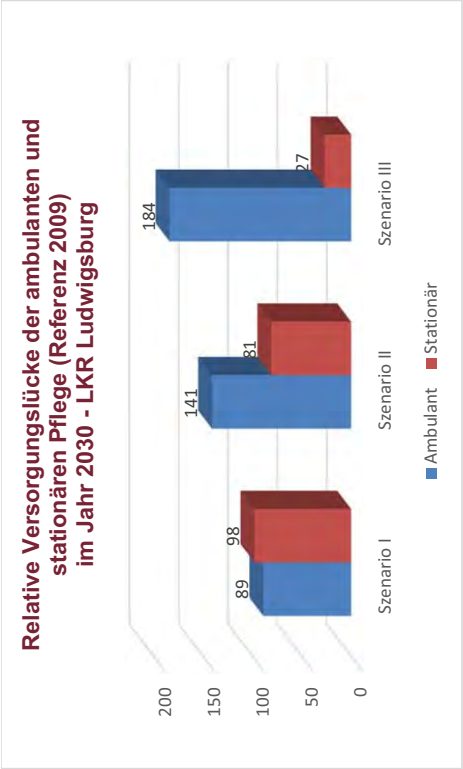

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege in %(Referenz 2009) im Jahr 2030 - LKR Göppingen
140
120
100
80
60
40
20
0
73
78
95
76
130
17
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

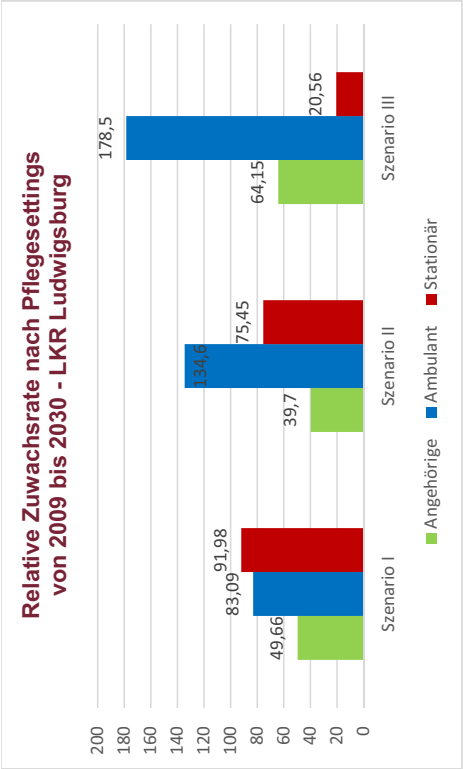

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009-2030 - LKR Göppingen
120
100
80
60
40
20
0
31,68
58,54
63,48
20,7
80,85
44,3
115,3
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

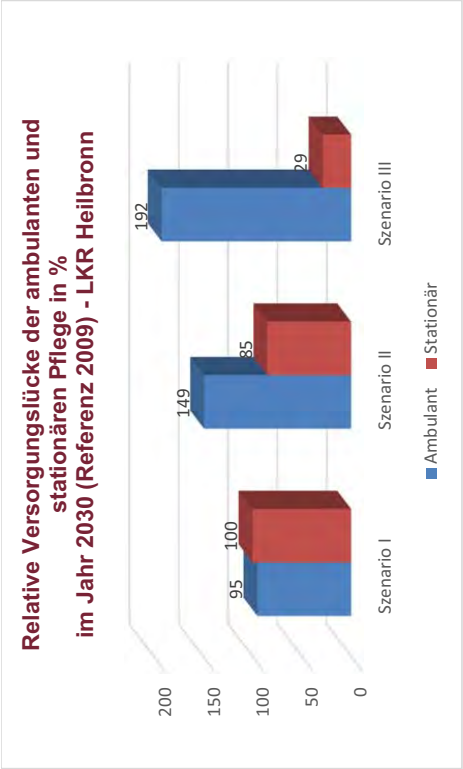

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - LKR Rems-Murr-Kreis
200
150
100
50
0
89
88
137
77
185
22
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

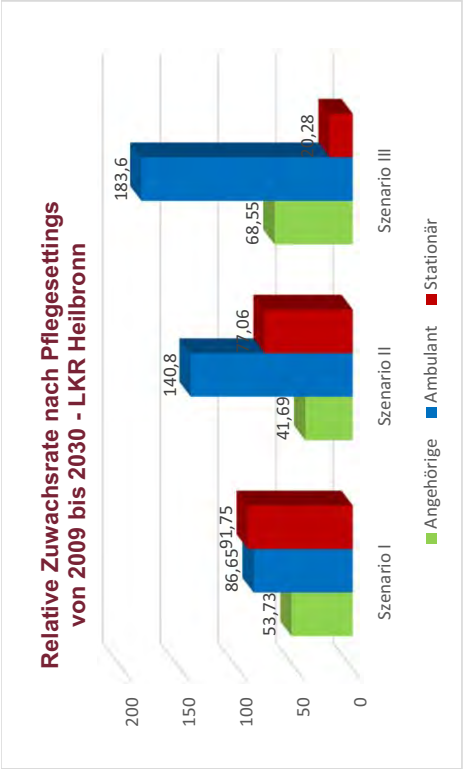

Relative Zuwachsrate der Pflegebedürftigen nach Pflegeform von 2009 bis 2030 - LKR Rems-Murr-Kreis
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
44,98
77,74
77,1
32,85
126,3
58,88
174,4
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

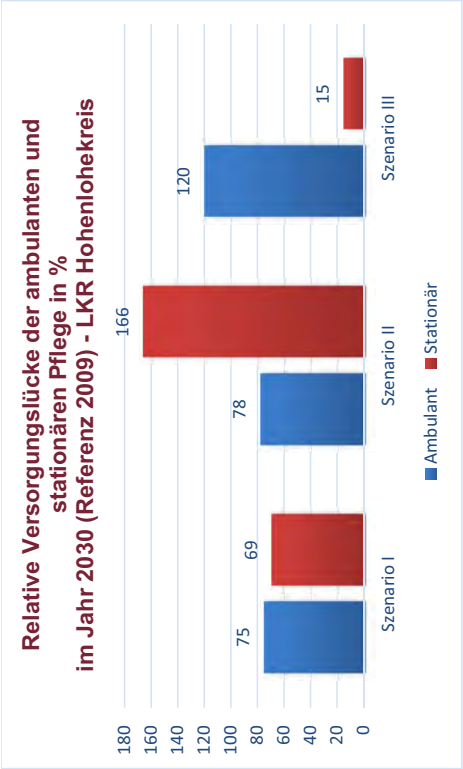

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - SKR Heilbronn
250
200
150
100
50
0
-50
60
54
148
44
216
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär
Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - SKR Heilbronn
250
200
150
100
50
0
-50
29,09
57,01
51,18
16,73
144,5
41,7
212,5
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Statonär

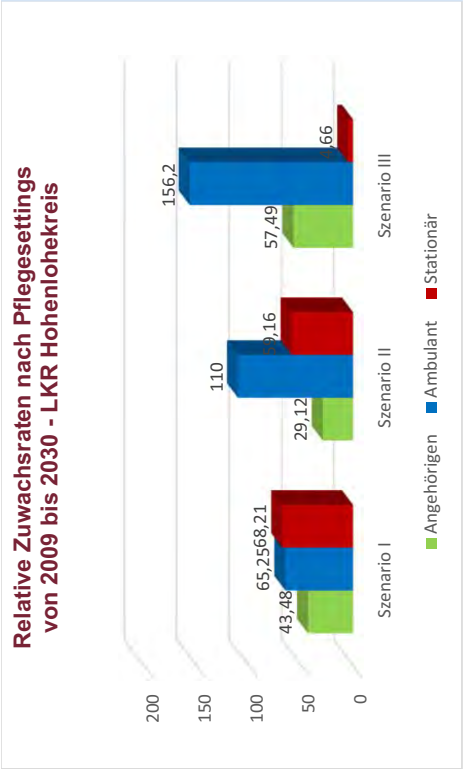

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege (Referenz 2009) im Jahr 2030 - LKR Ludwigsburg
200
150
100
50
0
89
98
141
81
184
27
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

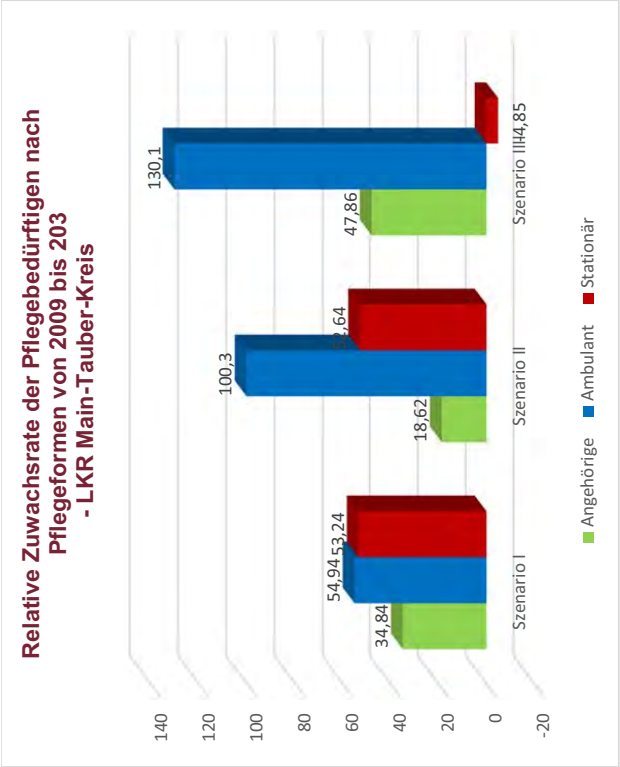

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Ludwigsburg
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
49,66
83,09
91,98
39,7
134,6
75,45
64,15
178,5
20,56
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

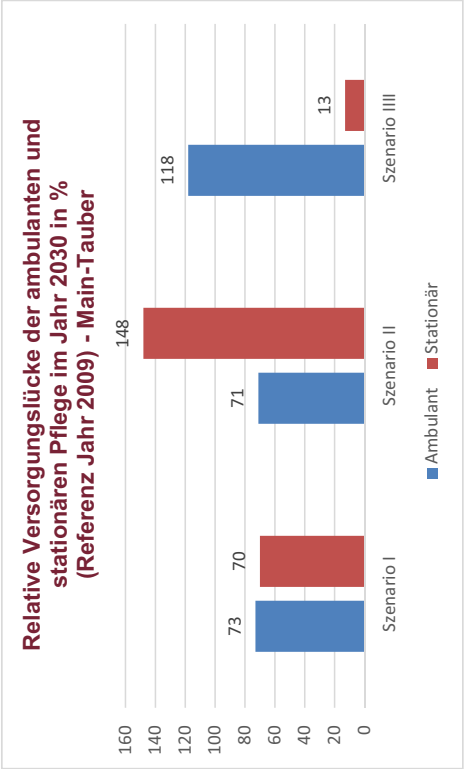

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - LKR Heilbronn
200
150
100
50
0
95
100
149
85
192
29
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

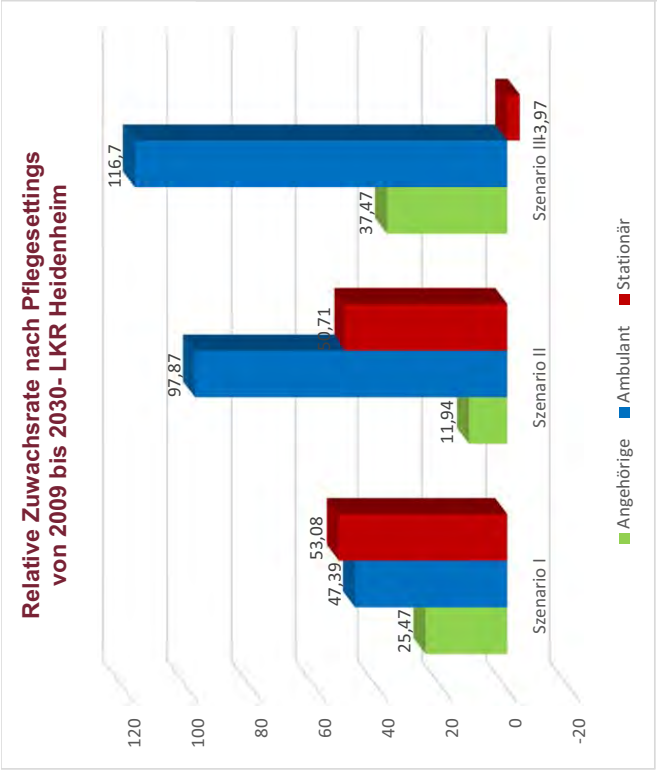

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Heilbronn
200
150
100
50
0
53,73
86,65
91,75
41,69
140,8
68,55
183,6
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

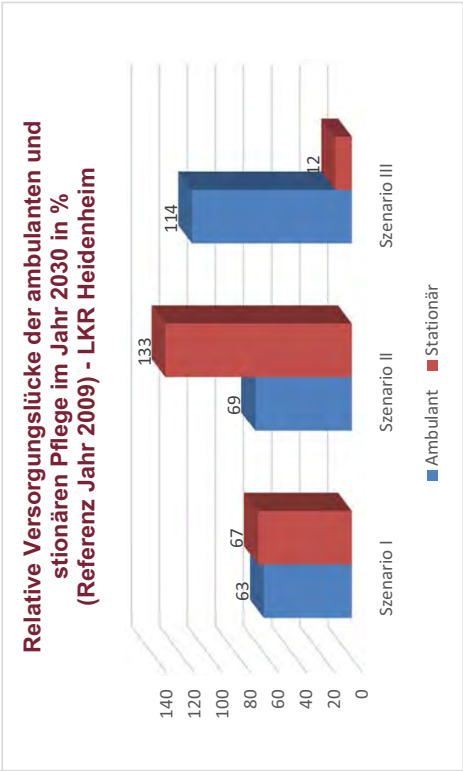

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - LKR Hohenlohekreis
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
75
69
78
166
120
15
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

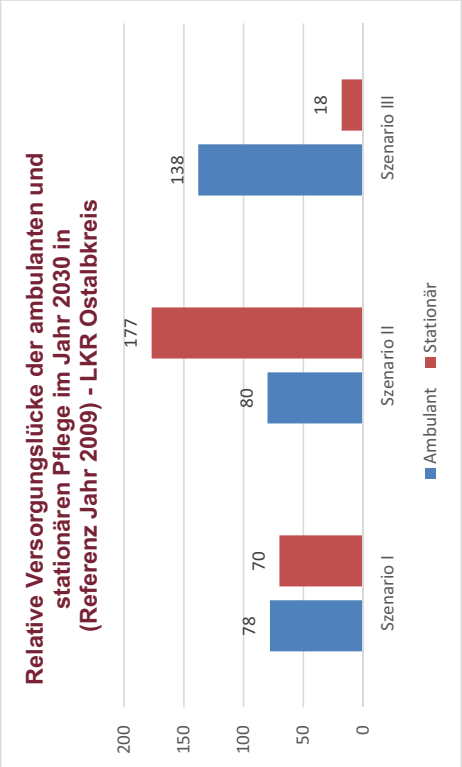

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Hohenlohekreis
200
150
100
50
0
43,48
65,2568,21
29,12
110
57,49
156,2
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörigen
Ambulant
Stationär

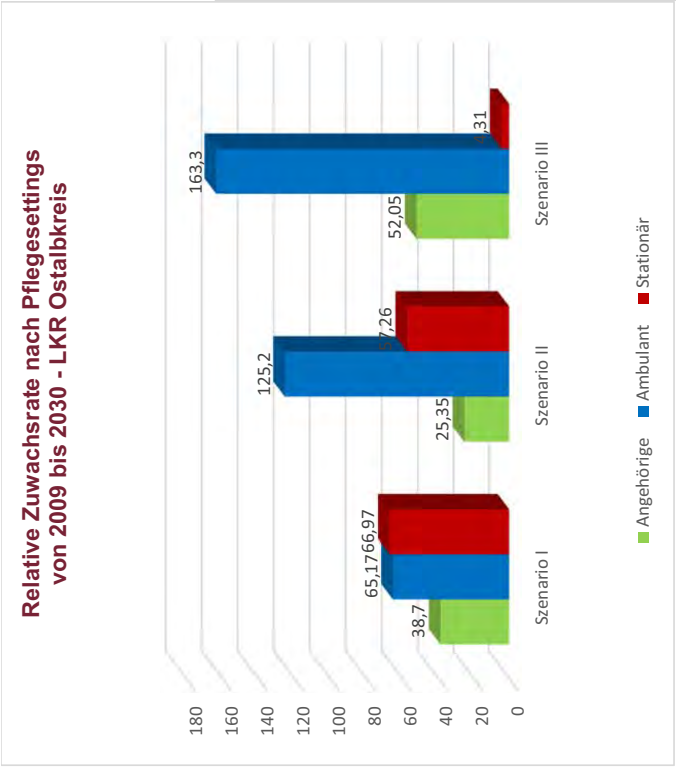

Relative Zuwachsrate der Pflegebedürftigen nach Pflegeformen von 2009 bis 203
- LKR Main-Tauber-Kreis
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
130,1
100,3
47,86
54,94
53,24
34,84
18,62
Szenario I
Szenario II
Szenario IIII
Angehörige
Ambulant
Stationär

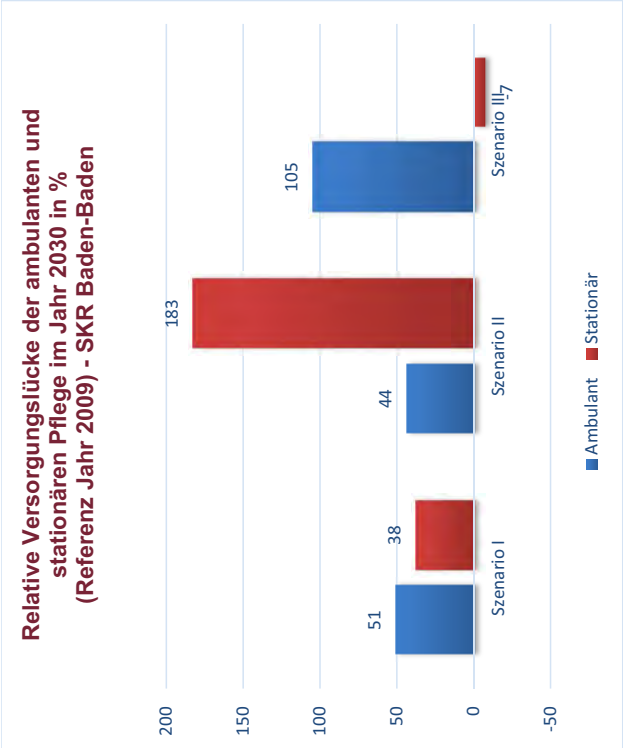

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in %
(Referenz Jahr 2009) - Main-Tauber
160
140
120
100
80
60
40
20
0
73
70
71
148
118
13
Szenario I
Szenario II
Szenario IIII
Ambulant
Stationär

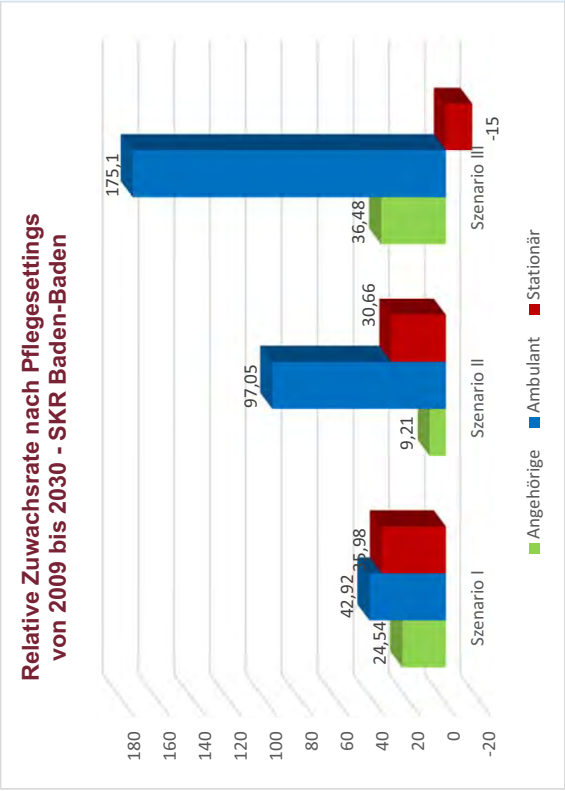

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030- LKR Heidenheim
120
100
80
60
40
20
0
-20
25,47
47,39
53,08
97,87
11,94
37,47
116,7
3,97
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

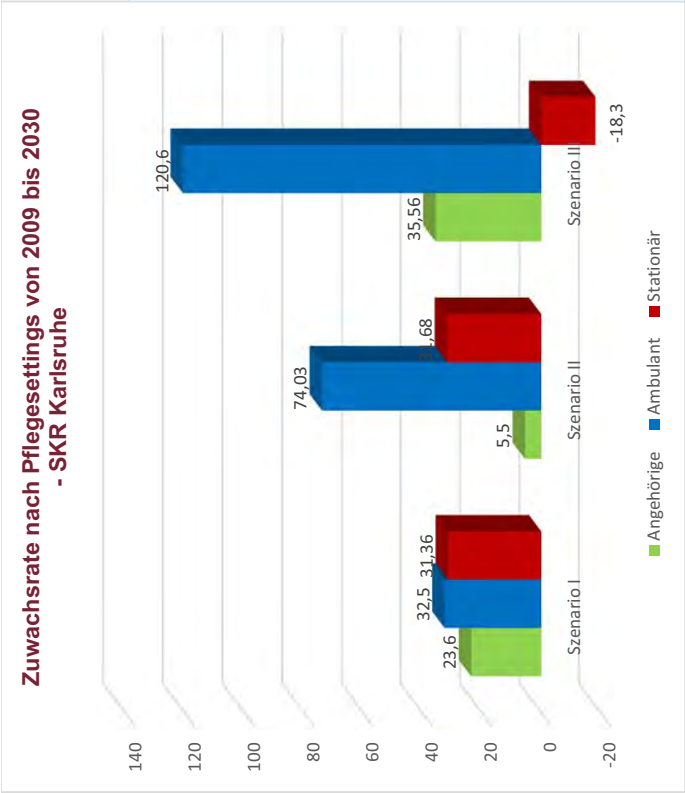

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stionären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz Jahr 2009) - LKR Heidenheim
140
120
100
80
60
40
20
0
63
67
69
133
114
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

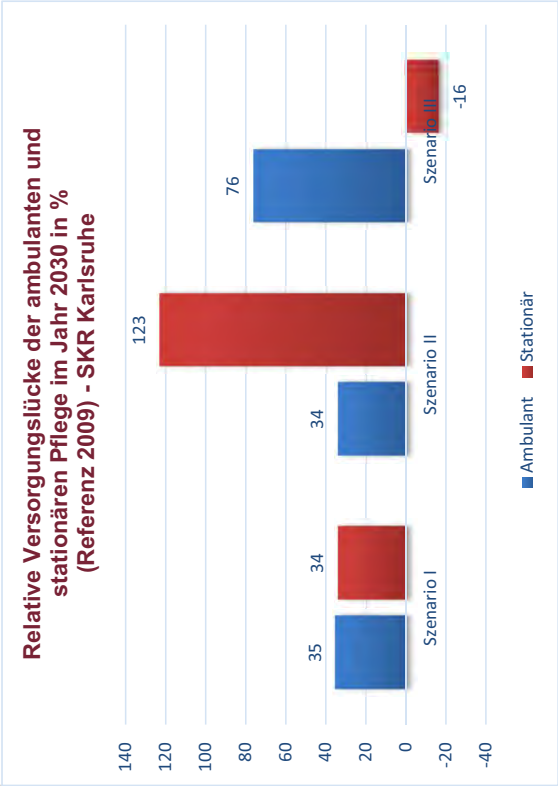

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in (Referenz Jahr 2009) - LKR Ostalbkreis
200
150
100
50
0
78
70
80
177
138
18
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

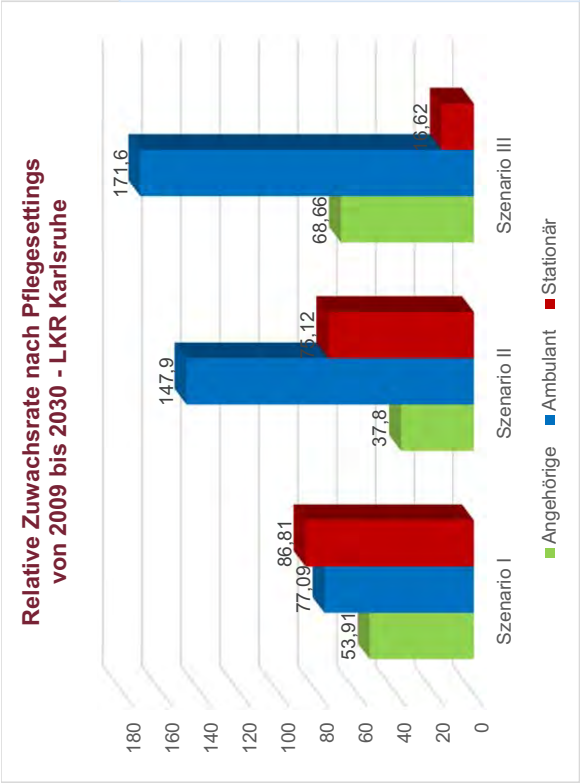

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Ostalbkreis
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
38,7
65,17
66,97
25,35
125,2
57,26
52,05
163,3
31
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

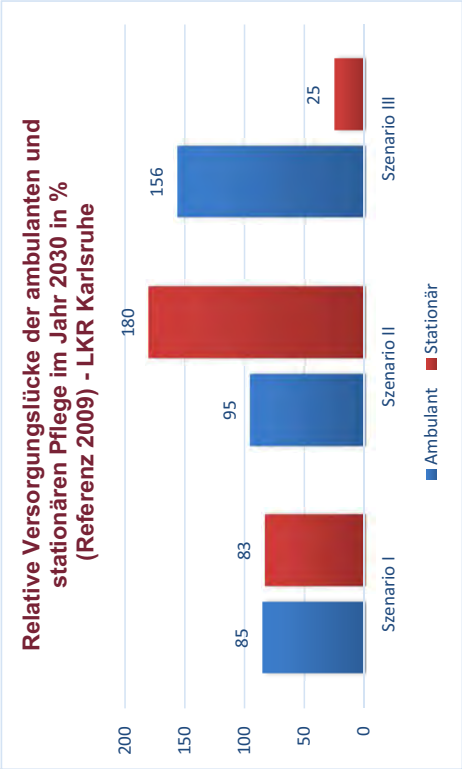

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz Jahr 2009) - SKR Baden-Baden
200
150
100
50
0
-50
51
38
44
183
105
-7
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

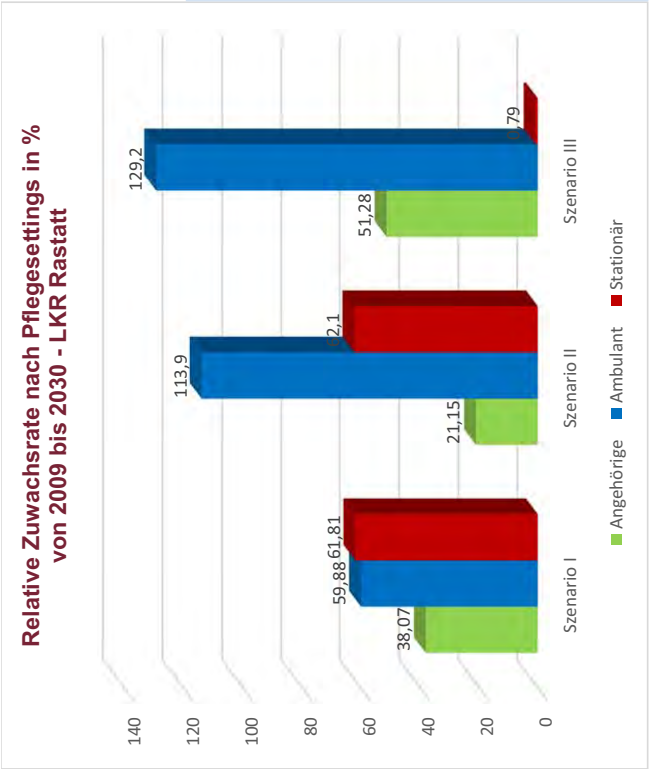

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - SKR Baden-Baden
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
24,54
42,92
35,98
9,21
97,05
30,66
36,48
175,1
-15
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

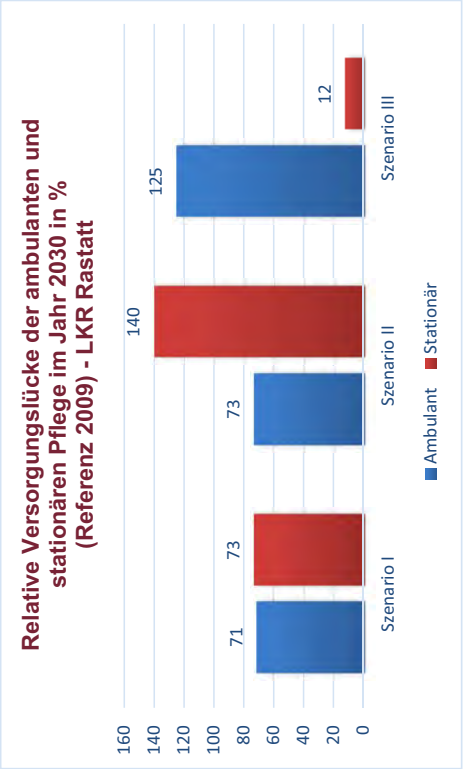

Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030
- SKR Karlsruhe
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
23,6
32,5
31,36
5,5
74,03
35,56
120,6
-18,3
Szenario I
Szenario II
Szenario II
Angehörige
Ambulant
Stationär

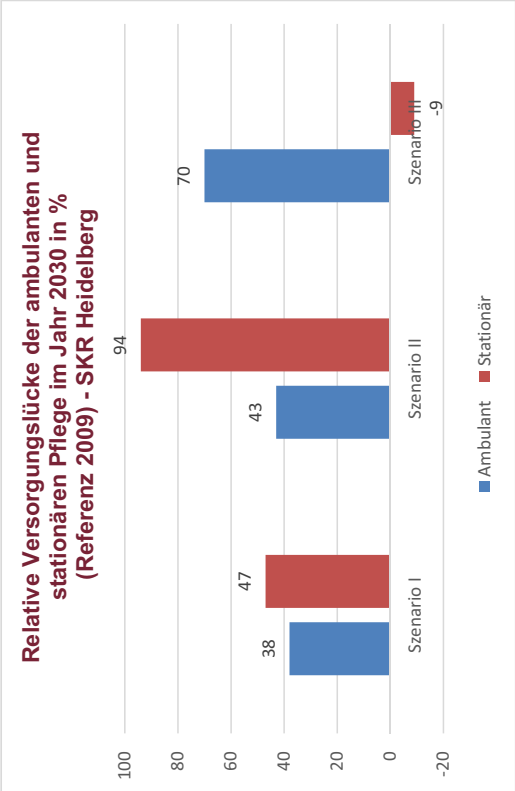

Relative Versorgungslücke der ambulanten und
stationären Pflege im Jahr 2030 in %
(Referenz 2009) - SKR Karlsruhe
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
-40
35
34
34
123
76
-16
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

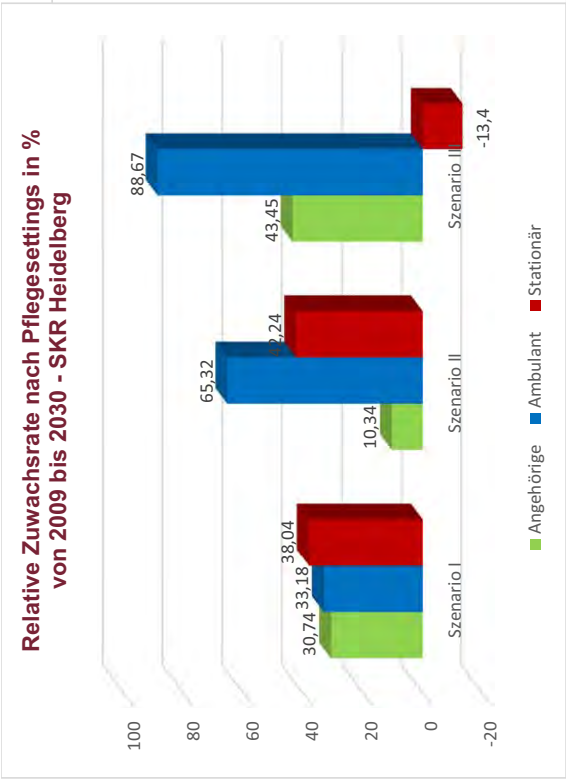

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Karlsruhe
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
53,91
77,09
86,81
37,8
147,9
75,12
68,66
171,6
16,62
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

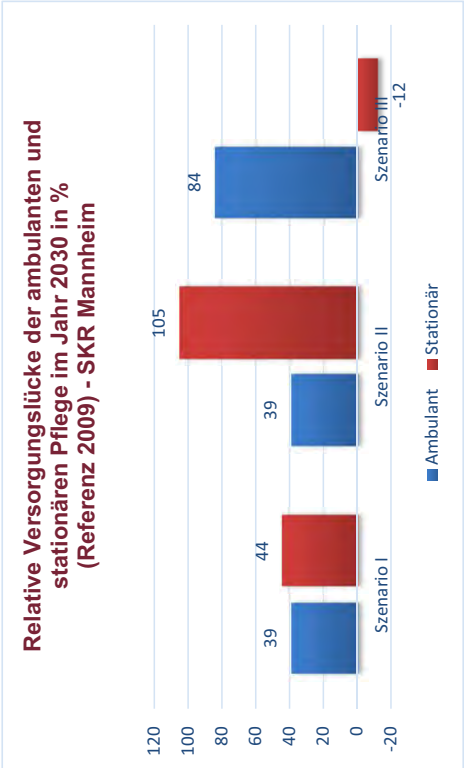

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Karlsruhe
200
150
100
50
0
85
83
95
180
156
25
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

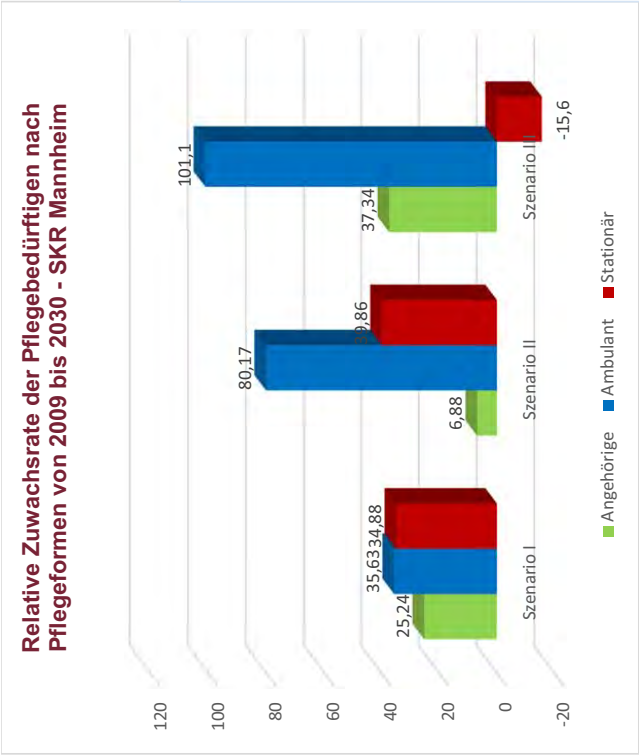

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Rastatt
140
120
100
80
60
40
20
0
38,07
59,88
61,81
21,15
113,9
62,1
51,28
129,2
79
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

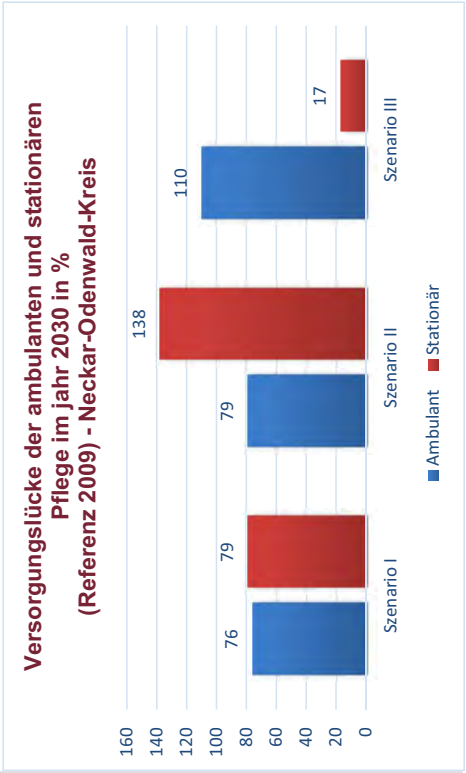

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Rastatt
160
140
120
100
80
60
40
20
0
71
73
73
140
125
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

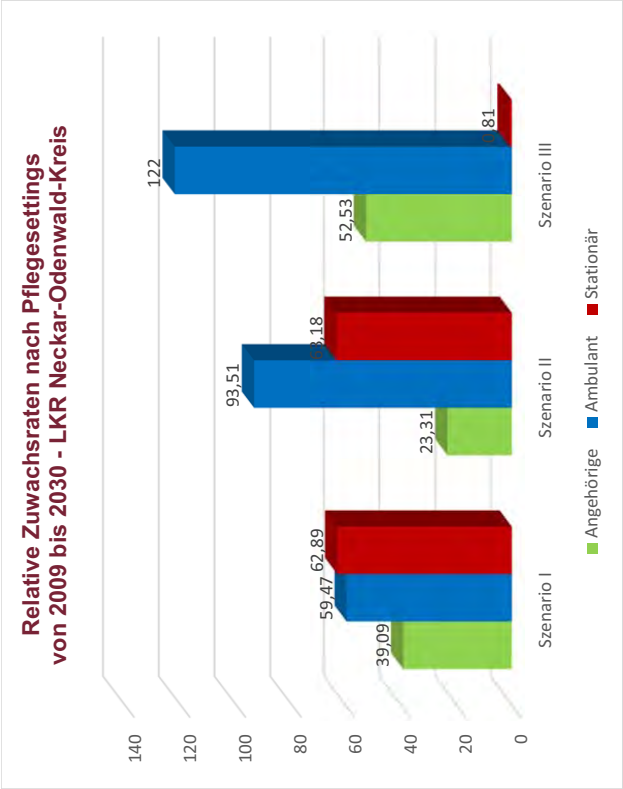

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - SKR Heidelberg
100
80
60
40
20
0
-20
38
47
43
94
70
-9
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

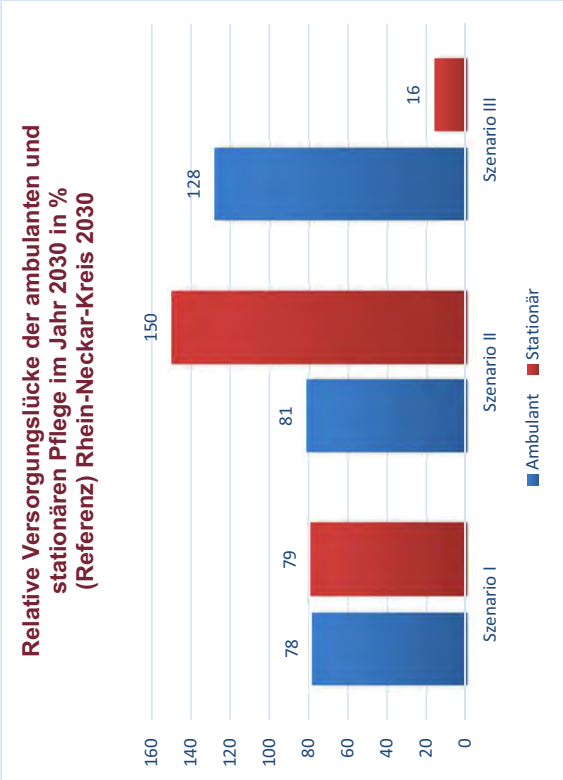

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - SKR Heidelberg
100
80
60
40
20
0
-20
30,74
33,18
38,04
10,34
65,32
43,45
88,67
-13,4
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

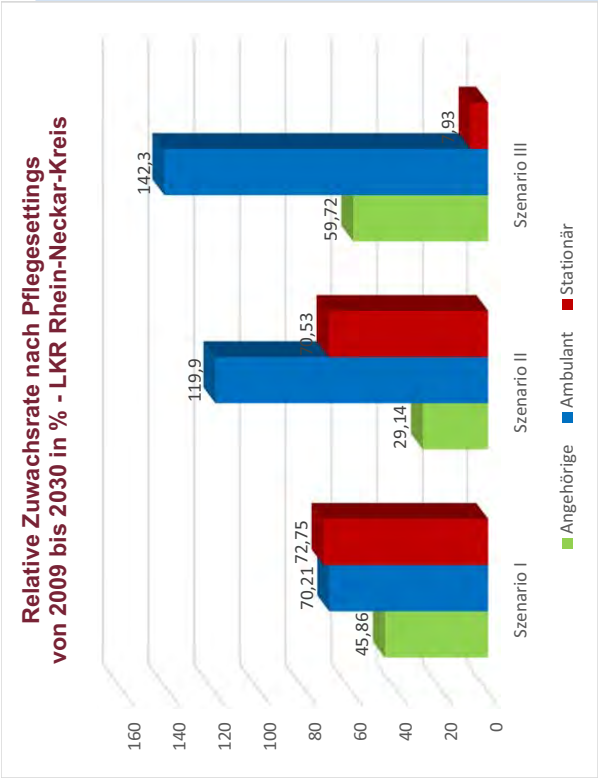

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - SKR Mannheim
120
100
80
60
40
20
0
-20
39
44
39
105
84
-12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

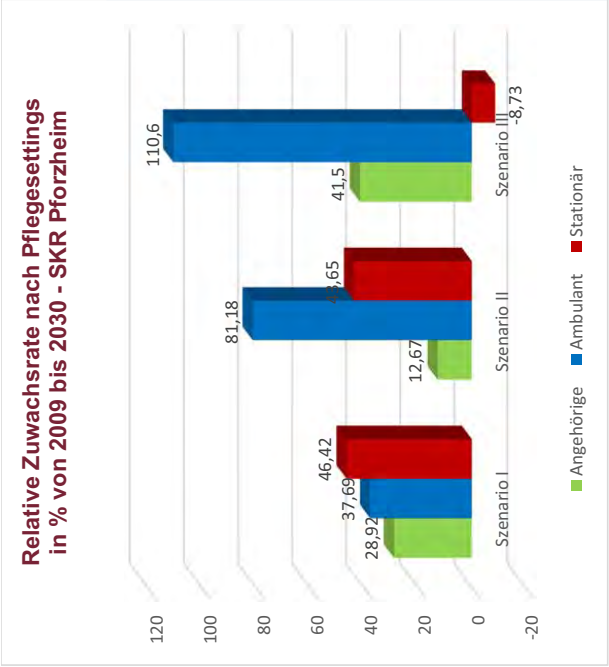

Relative Zuwachsrate der Pflegebedürftigen nach Pflegeformen von 2009 bis 2030 - SKR Mannheim
120
100
80
60
40
20
0
-20
25,24
35,63
34,88
6,88
80,17
42,86
37,34
101,1
-15,6
Szenario I
Szenario II
Szenario II
Angehörige
Ambulant
Stationär

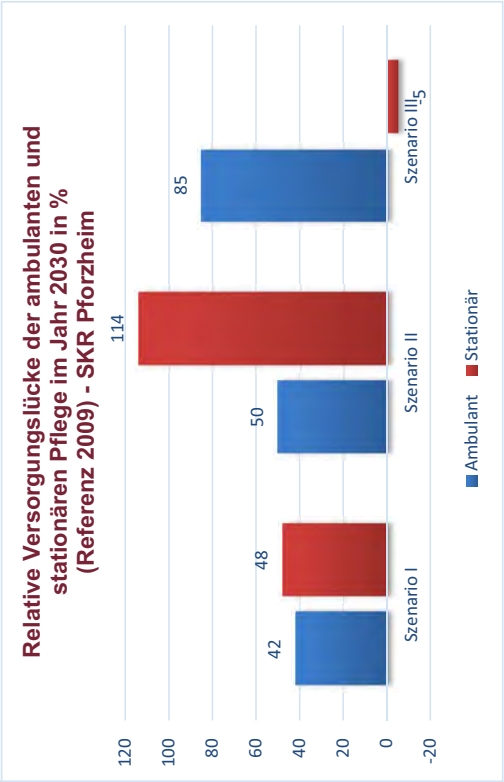

Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im jahr 2030 in % (Referenz 2009) - Neckar-Odenwald-Kreis
160
140
120
100
80
60
40
20
0
76
79
79
138
110
17
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

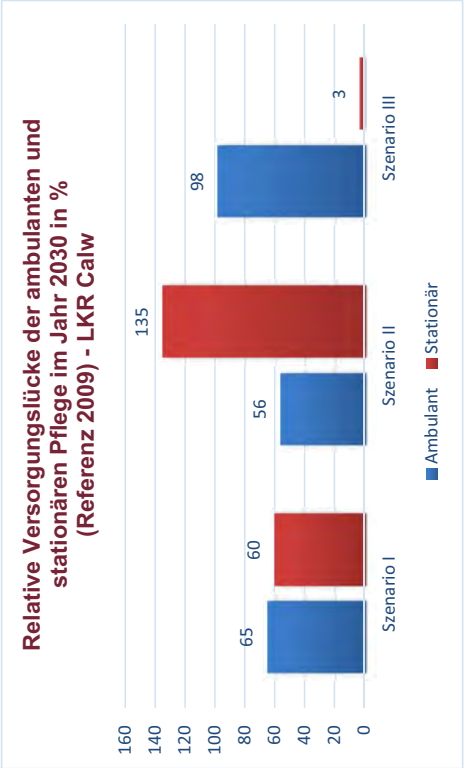

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Neckar-Odenwald-Kreis
140
120
100
80
60
40
20
0
39,09
59,47
62,89
23,31
93,51
52,53
122
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

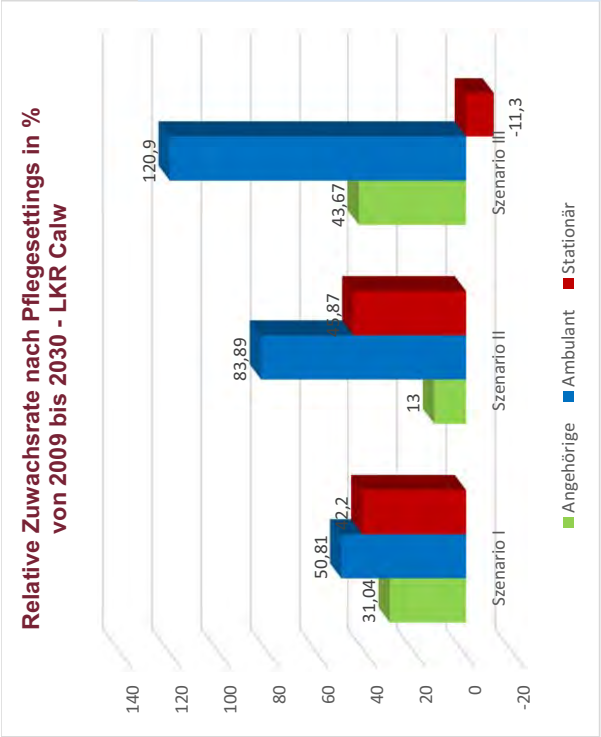

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz) Rhein-Neckar-Kreis 2030
160
140
120
100
80
60
40
20
0
78
79
81
150
128
16
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

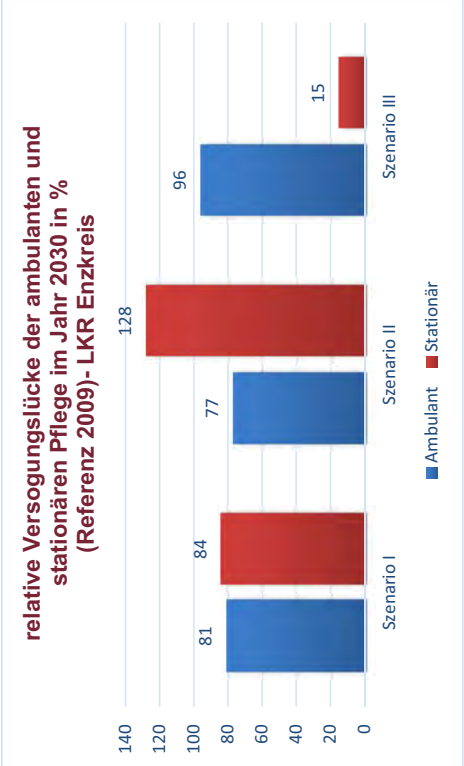

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 in % - LKR Rhein-Neckar-Kreis
160
140
120
100
80
60
40
20
0
45,86
70,21
72,75
29,14
119,9
59,72
142,3
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

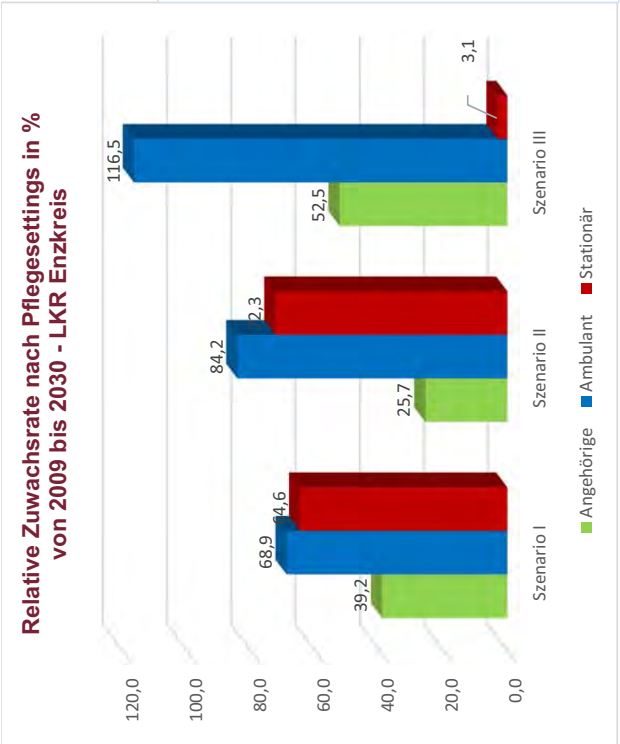

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - SKR Pforzheim
120
100
80
60
40
20
0
-20
110,6
81,18
46,42
37,69
28,92
41,5
12,67
-8,73
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

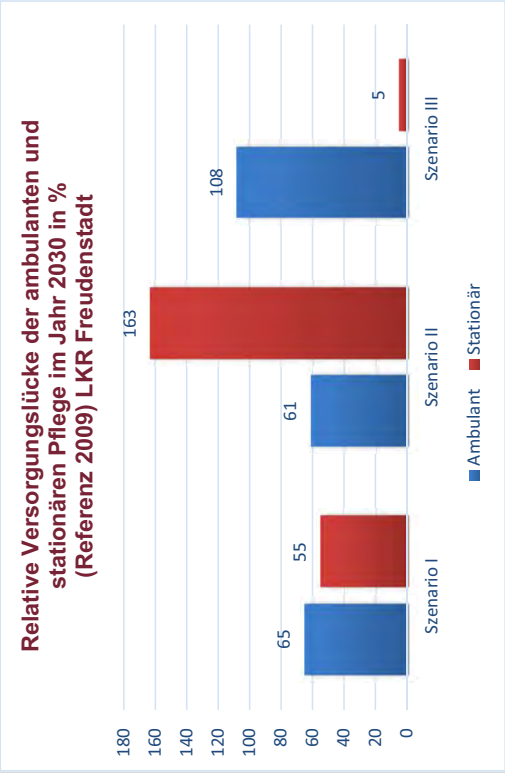

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - SKR Pforzheim
120
100
80
60
40
20
0
-20
42
48
50
114
85
5
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

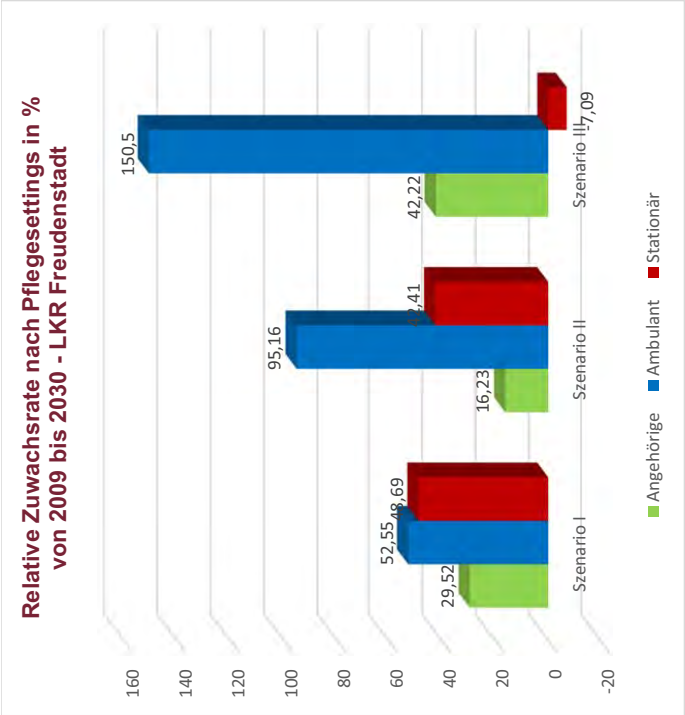

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Calw
160
140
120
100
80
60
40
20
0
65
60
56
135
98
3
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

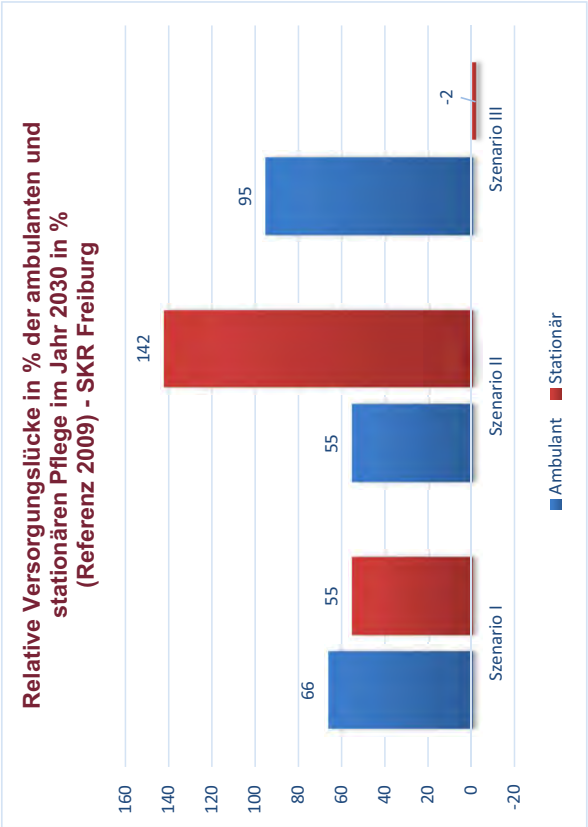

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Calw
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
31,04
50,81
2,2
13
83,89
43,67
120,9
-11,3
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

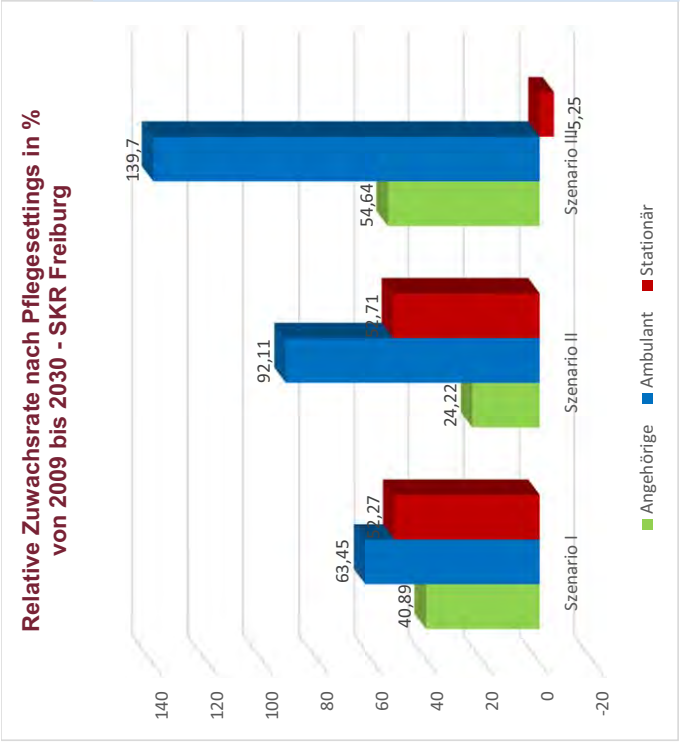

relative Versogungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009)- LKR Enzkreis
140
120
100
80
60
40
20
0
81
84
77
128
96
15
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

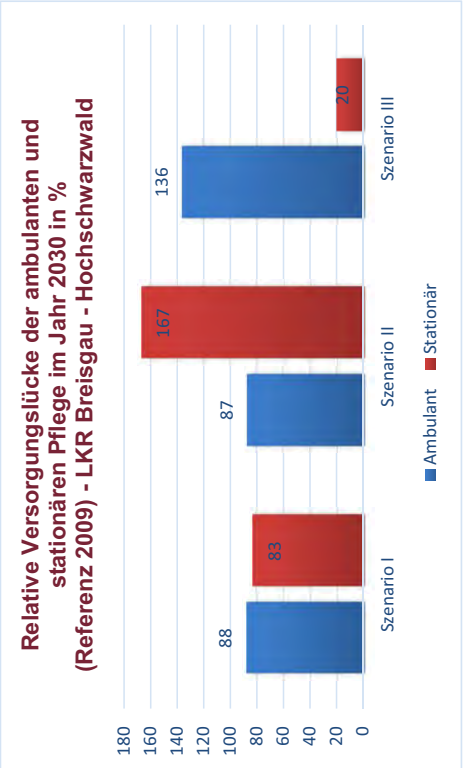

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Enzkreis
120,0
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
68,9
74,6
39,2
84,2
92,3
25,7
116,5
52,5
3,1
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

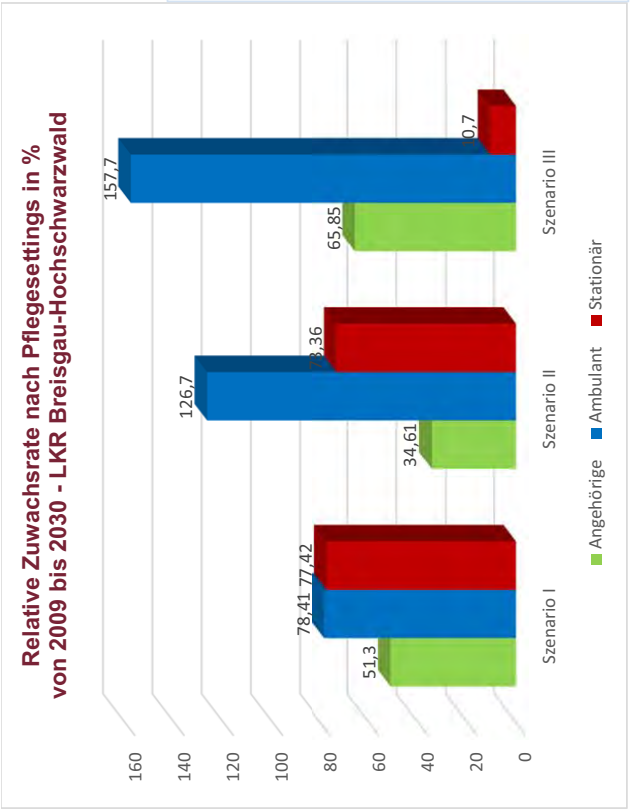

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) LKR Freudenstadt
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
65
55
61
163
108
5
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

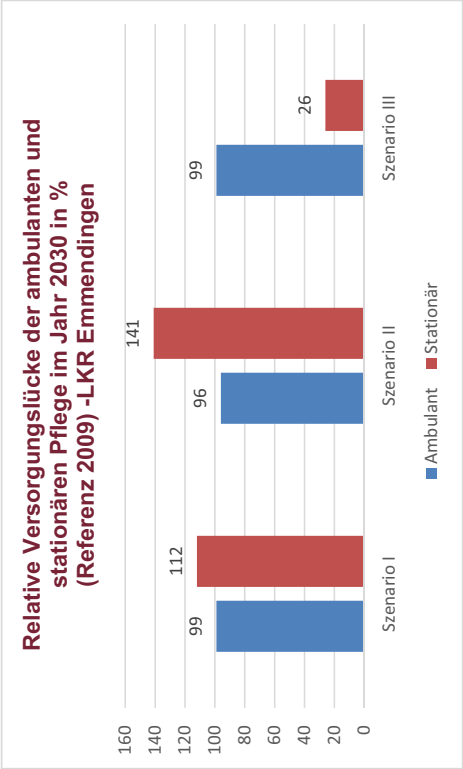

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Freudenstadt
160
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
29,52
52,55
48,69
16,23
95,16
42,41
42,22
150,5
-7,09
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

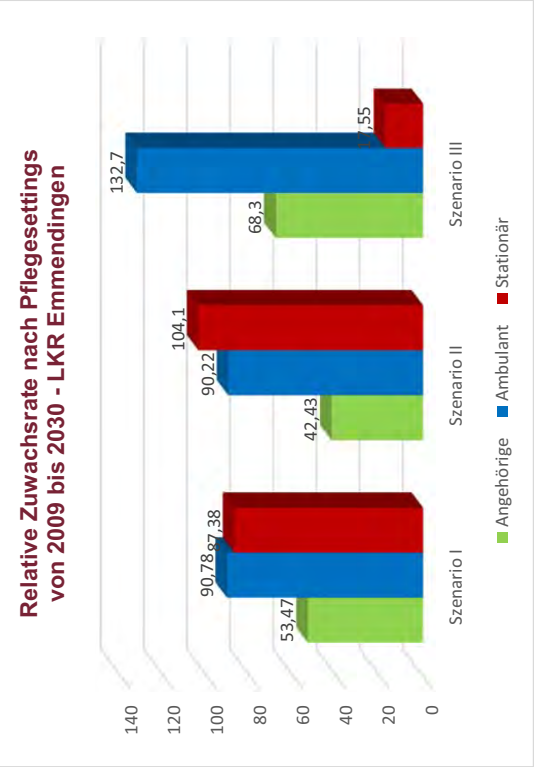

Relative Versorgungslücke in % der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - SKR Freiburg
160
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
66
55
55
142
95
-2
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

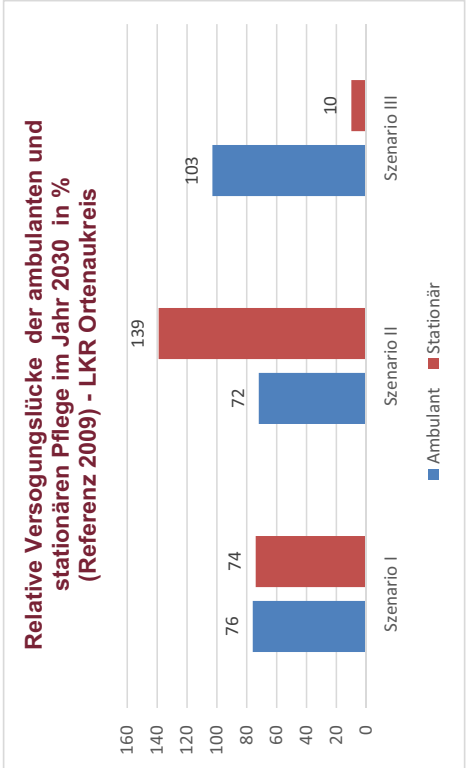

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - SKR Freiburg
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
40,89
63,45
24,22
92,11
54,64
139,7
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

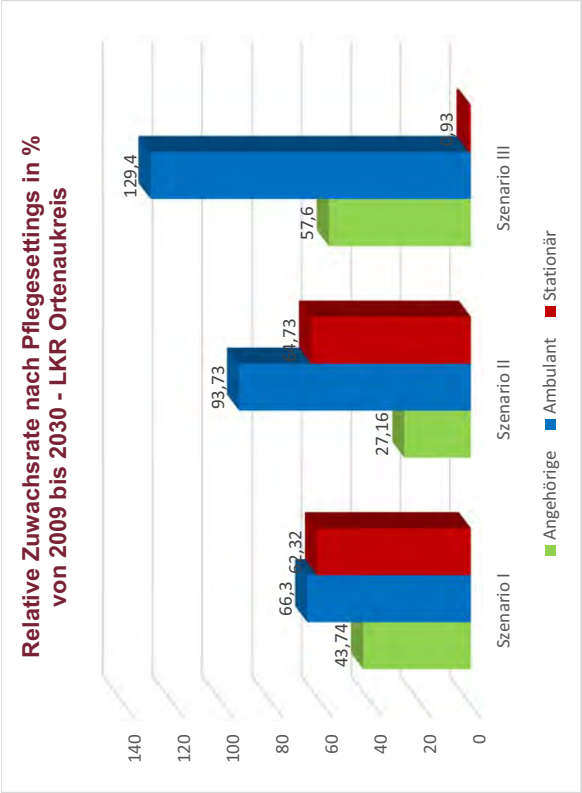

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Breisgau - Hochschwarzwald
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
88
83
87
167
136
20
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

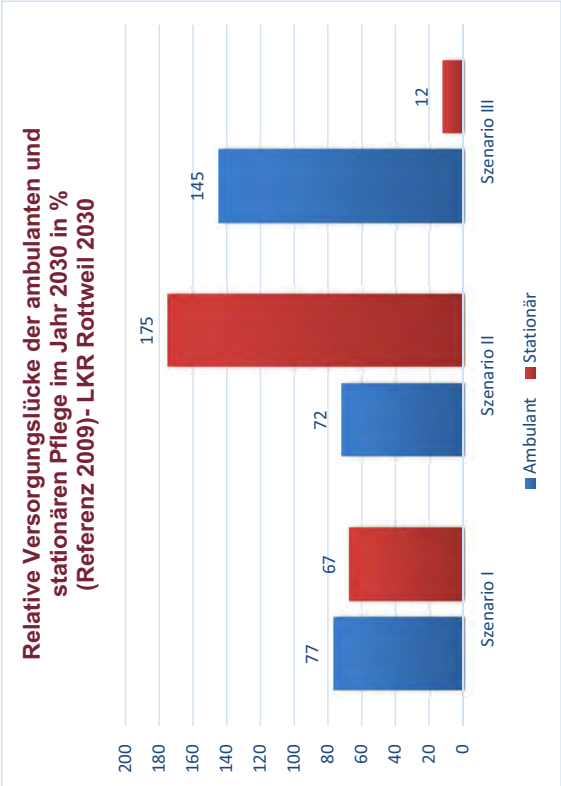

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Breisgau-Hochschwarzwald
160
140
120
100
80
60
40
20
0
51,3
78,41
77,42
126,7
73,36
34,61
157,7
65,85
10,7
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

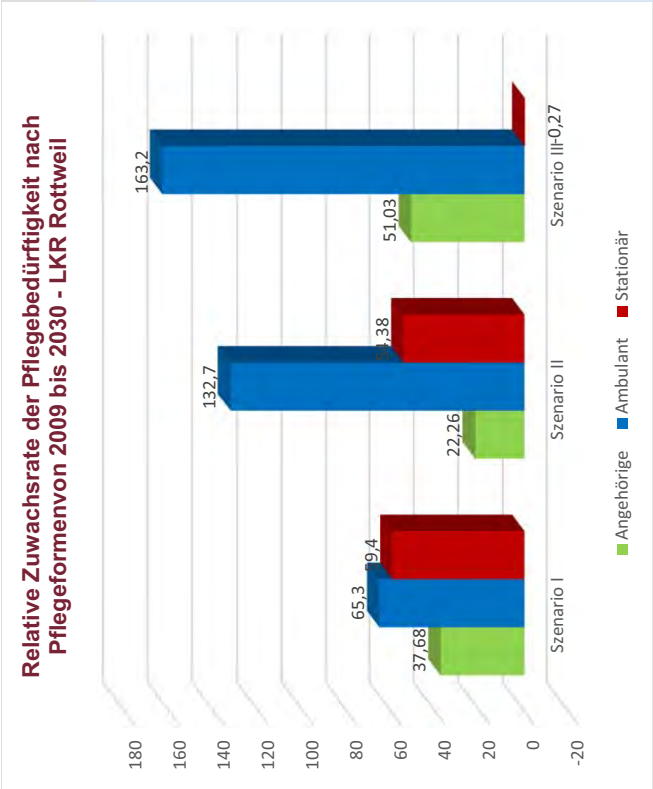

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) -LKR Emmendingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
99
112
96
141
99
26
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

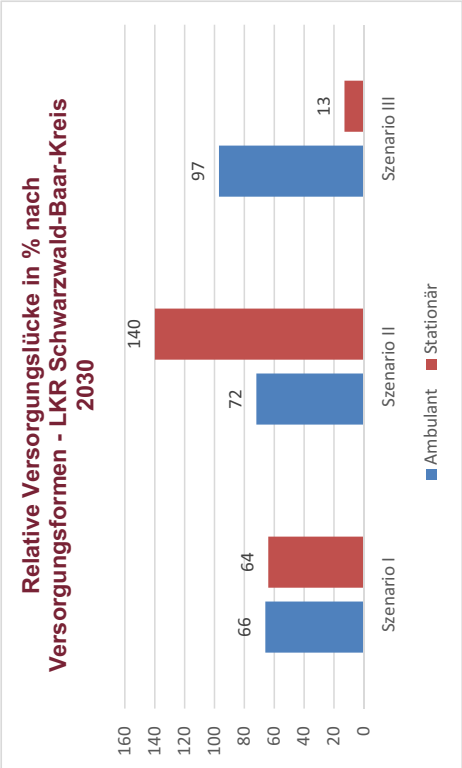

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - LKR Emmendingen
140
120
100
80
60
40
20
0
53,47
90,78
97,38
42,43
90,22
104,1
68,3
132,7
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

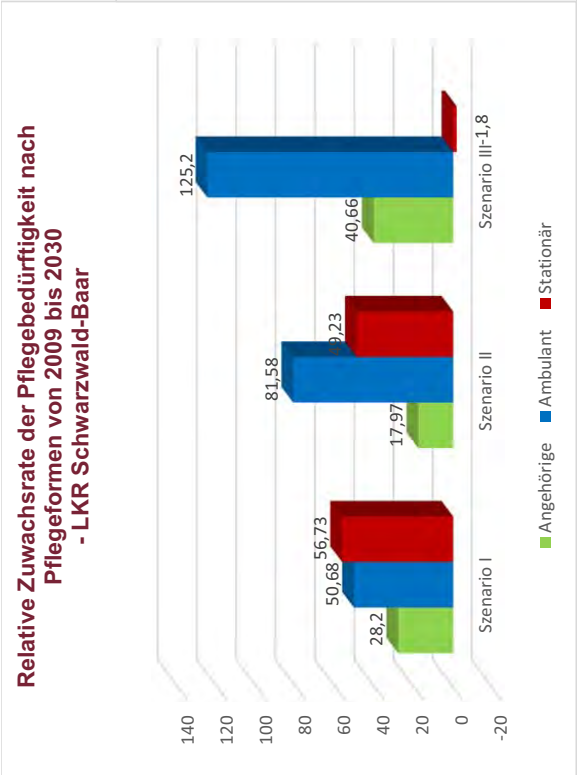

Relative Versogungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Ortenaukreis
160
140
120
100
80
60
40
20
0
76
74
72
139
103
10
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

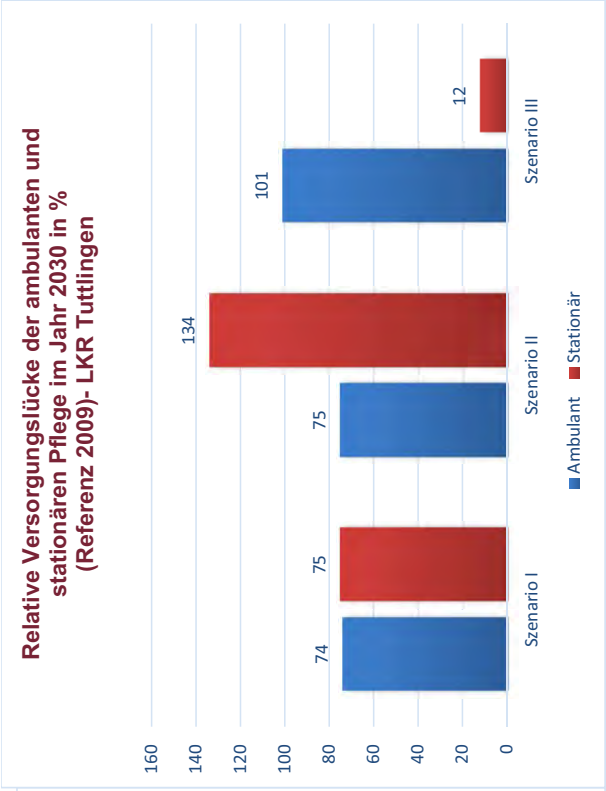

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Ortenaukreis
140
120
100
80
60
40
20
0
43,74
66,3
62,32
27,16
93,73
57,6
129,4
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

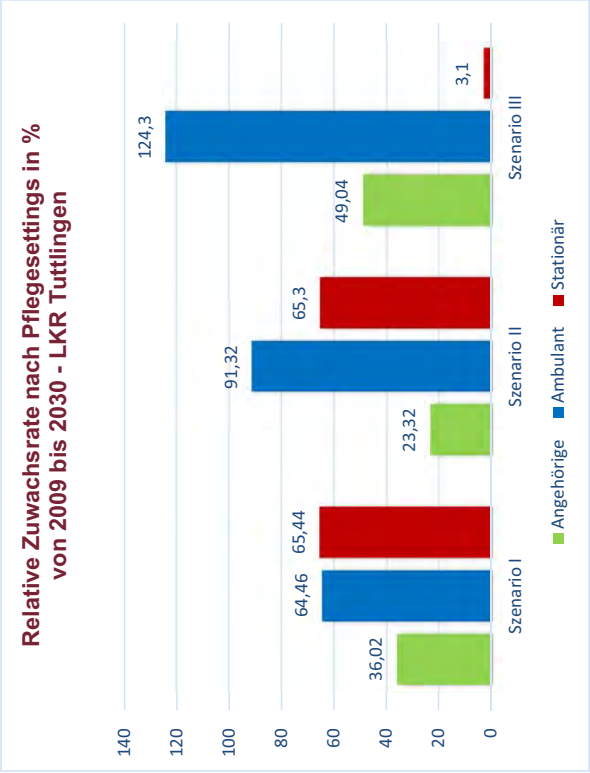

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009)- LKR Rottweil 2030
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
77
67
72
175
145
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

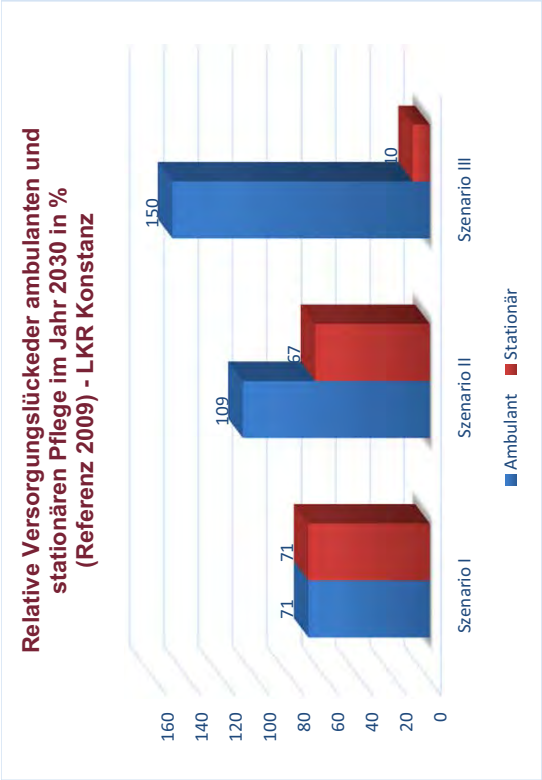

Relative Zuwachsrate der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeformenvon 2009 bis 2030 - LKR Rottweil
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
37,68
65,3
9,4
22,26
132,7
51,03
163,2
-0,27
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

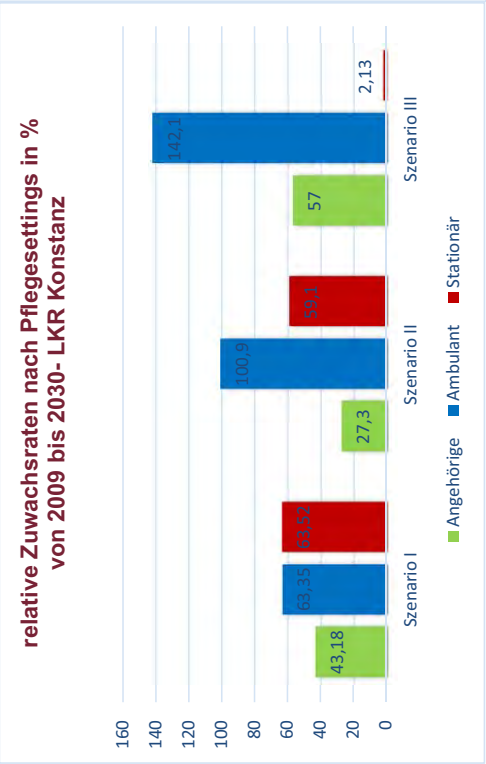

Relative Versorgungslücke in % nach Versorgungsformen - LKR Schwarzwald-Baar-Kreis 2030
160
140
120
100
80
60
40
20
0
66
64
72
140
97
13
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

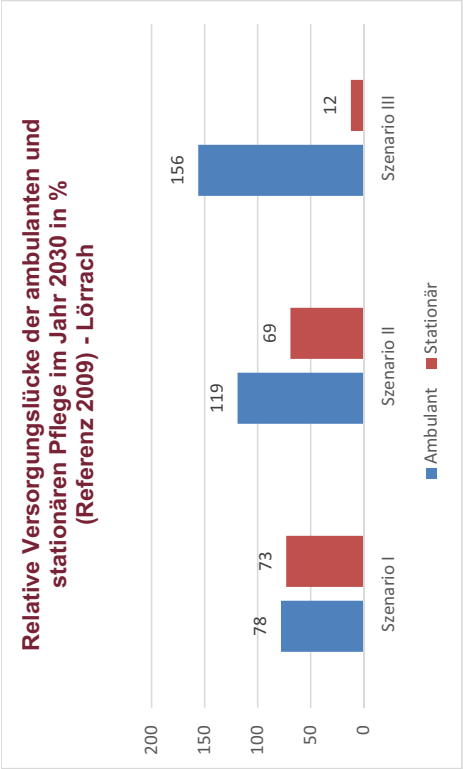

Relative Zuwachsrate der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeformen von 2009 bis 2030 - LKR Schwarzwald-Baar
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
28,2
50,68
56,73
17,97
81,58
9,23
40,66
125,2
-1,8
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

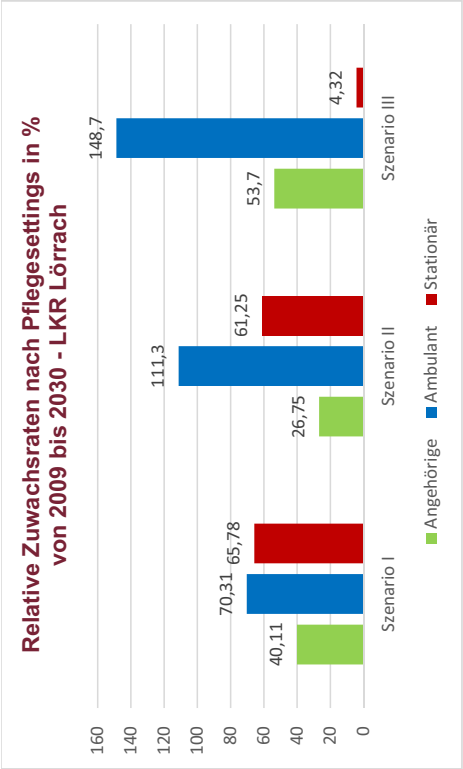

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009)- LKR Tuttlingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
74
75
75
134
101
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

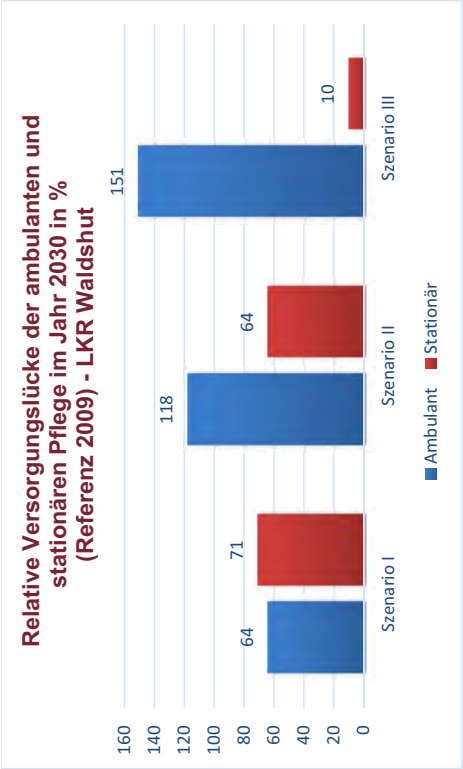

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Tuttlingen
140
120
100
80
60
40
20
0
36,02
64,46
65,44
23,32
91,32
65,3
49,04
124,3
3,1
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

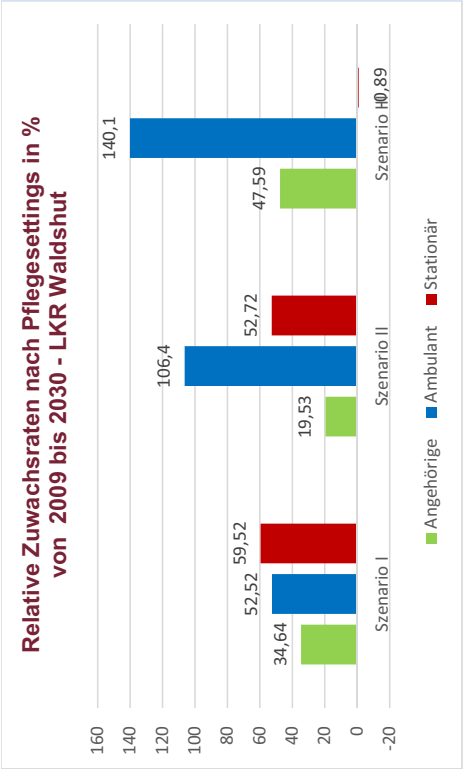

Relative Versorgungslückeder ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Konstanz
160
140
120
100
80
60
40
20
0
71
71
109
67
150
10
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

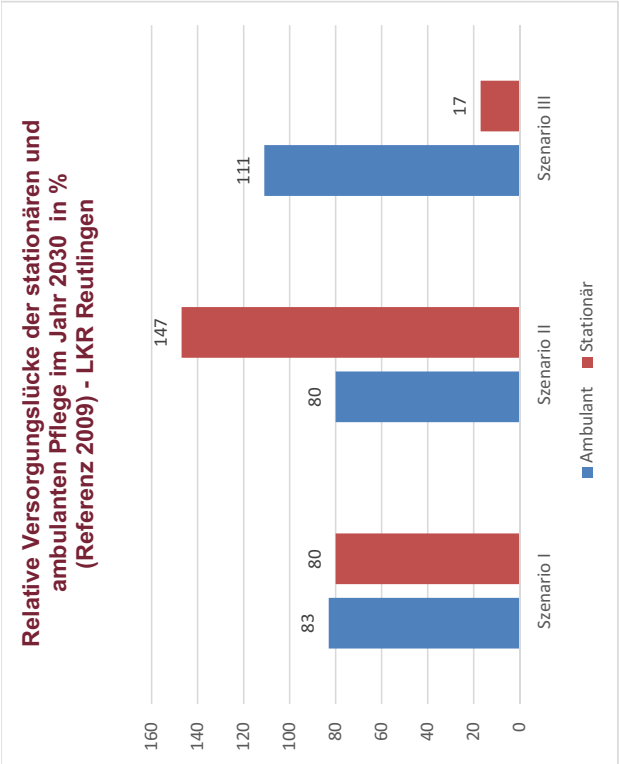

relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030- LKR Konstanz
160
140
120
100
80
60
40
20
0
43,18
63,35
63,51
27,3
100,9
89,1
57
142,1
2,13
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

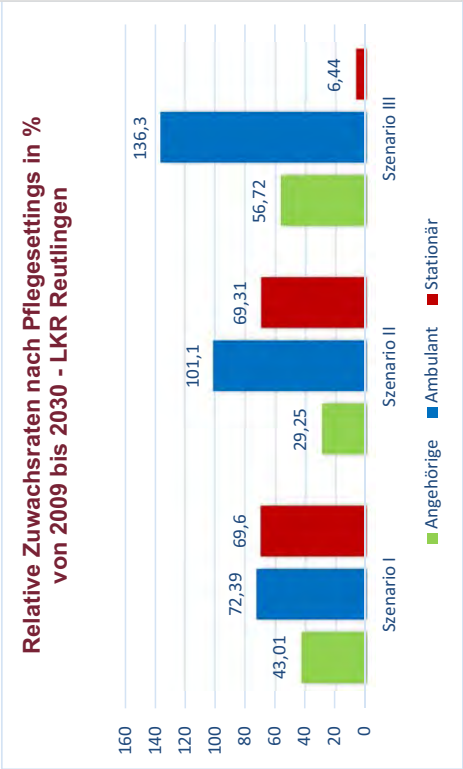

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - Lörrach
200
150
100
50
0
78
73
119
69
156
12
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

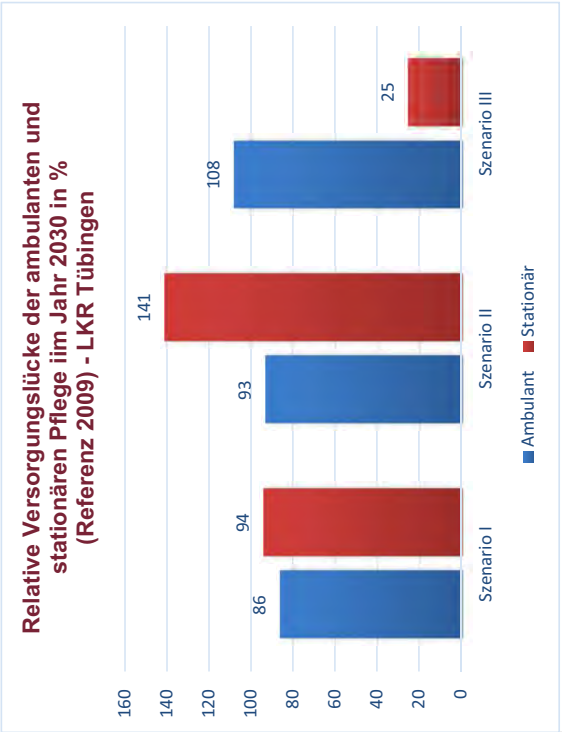

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Lörrach
160
140
120
100
80
60
40
20
0
40,11
70,31
65,78
26,75
111,3
61,25
53,7
148,7
4,32
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

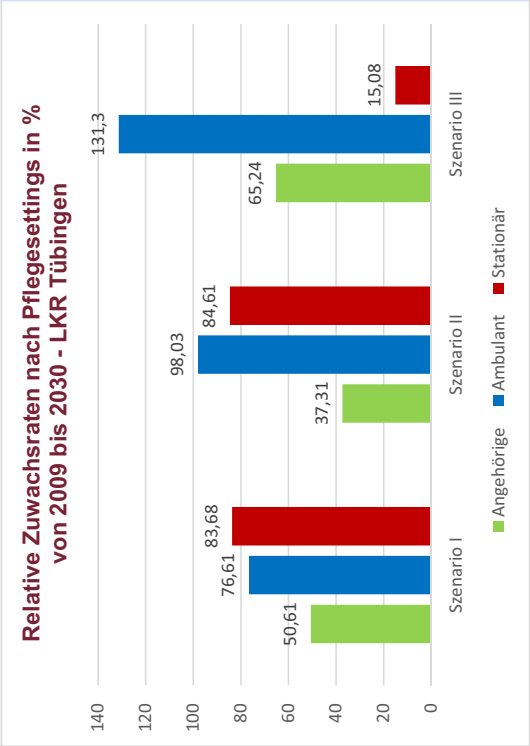

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Waldshut
160
140
120
100
80
60
40
20
0
64
71
118
64
151
10
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

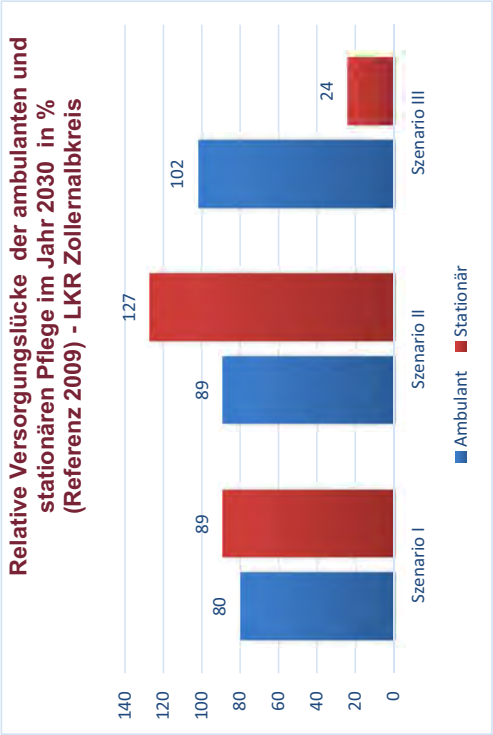

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Waldshut
160
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
34,64
52,52
59,52
19,53
106,4
52,72
47,59
140,1
0,89
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

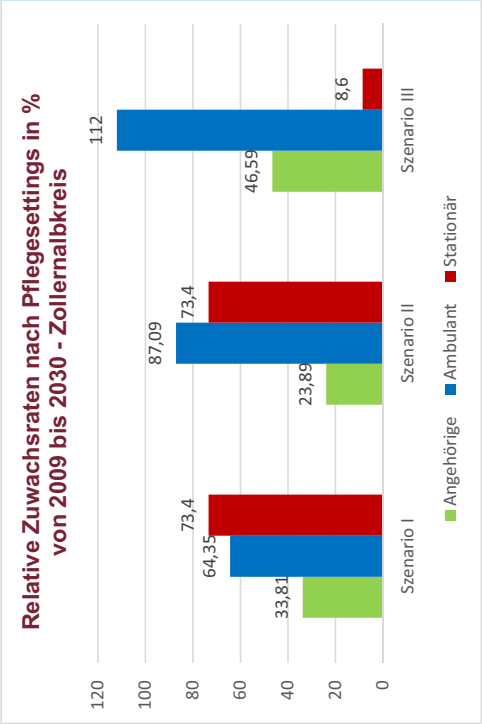

Relative Versorgungslücke der stationären und ambulanten Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Reutlingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
83
80
80
147
111
17
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

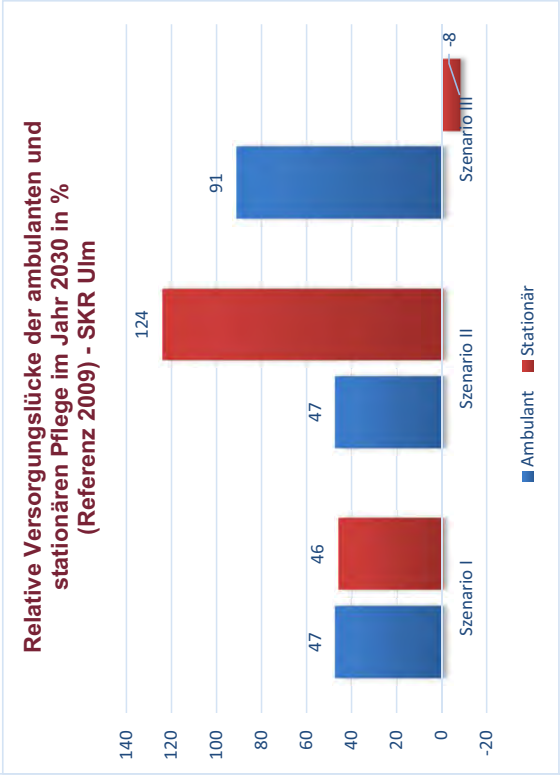

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Reutlingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
43,01
72,39
69,6
29,25
101,1
69,31
56,72
136,3
6,44
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

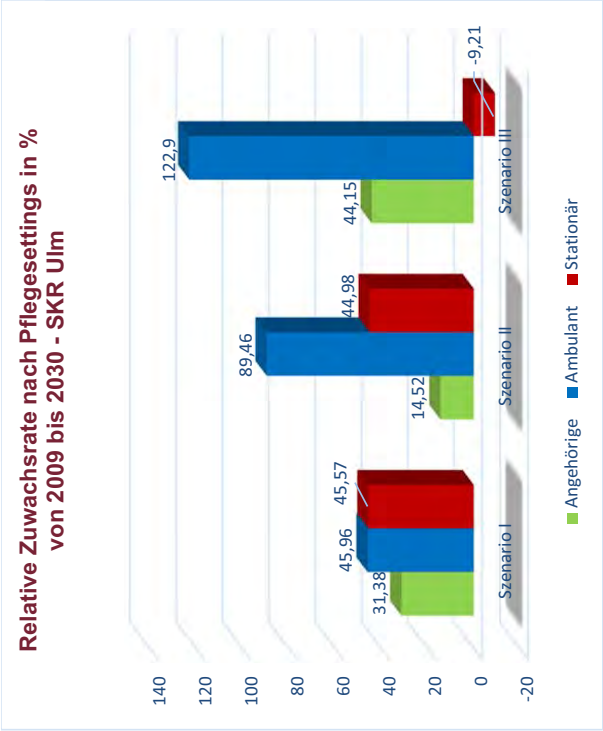

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege iim Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Tübingen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
86
94
93
141
108
25
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

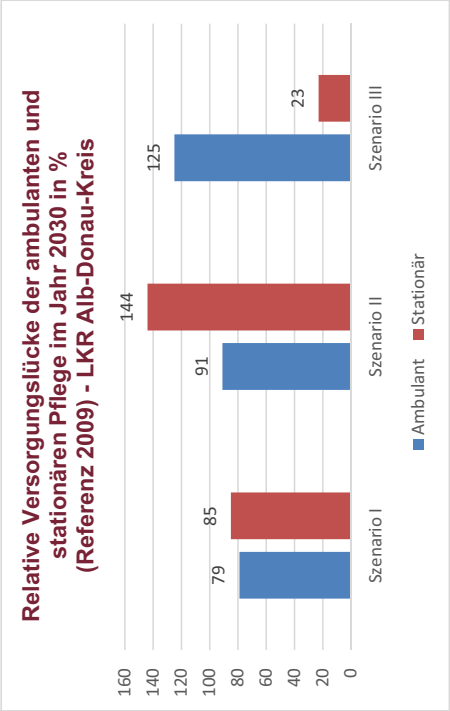

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Tübingen
140
120
100
80
60
40
20
0
50,61
76,61
83,68
37,31
98,03
84,61
65,24
131,3
15,08
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

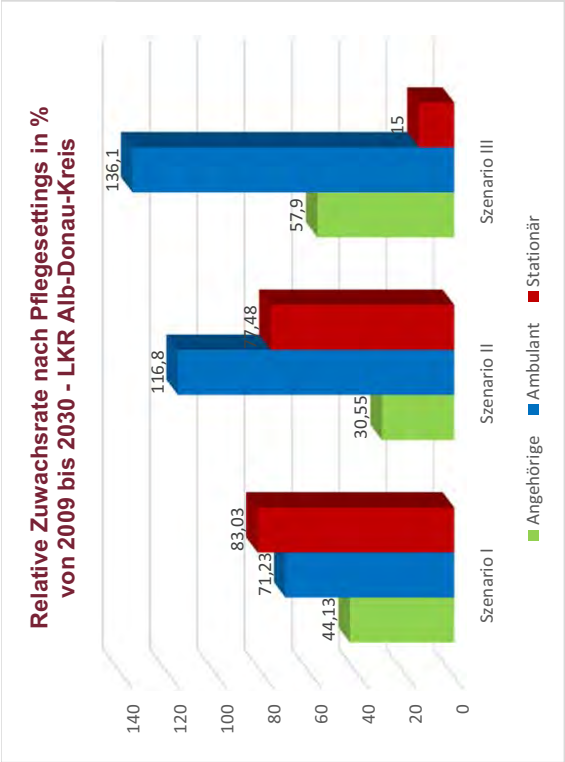

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Zollernalbkreis
140
120
100
80
60
40
20
0
80
89
127
89
102
24
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

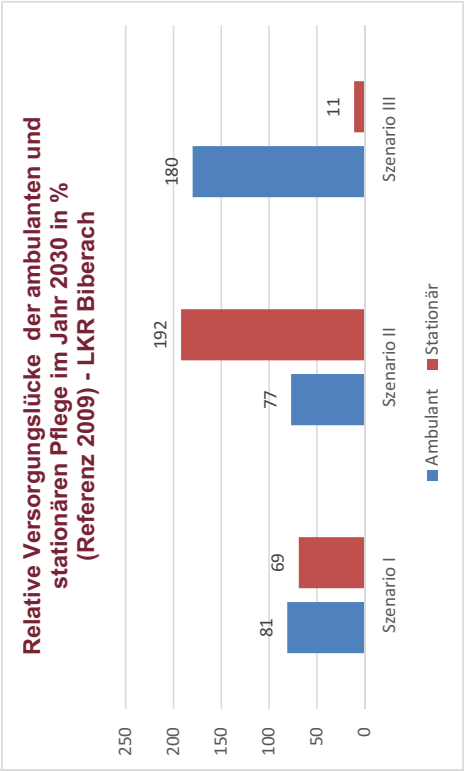

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - Zollernalbkreis
120
100
80
60
40
20
0
33,81
64,35
73,4
23,89
87,09
73,4
46,59
112
8,6
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

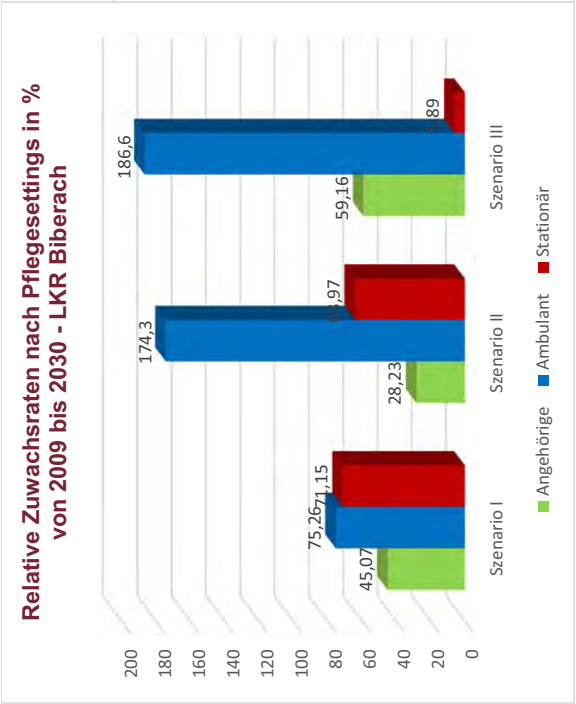

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - SKR Ulm
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
47
46
124
47
91
-8
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

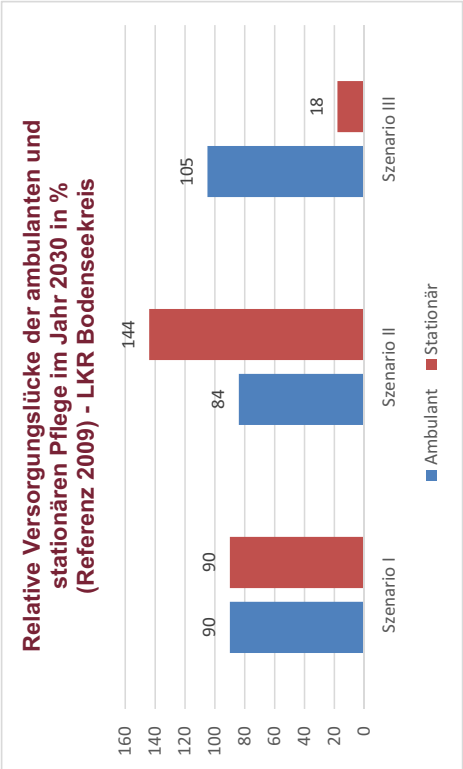

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - SKR Ulm
140
120
100
80
60
40
20
0
-20
45,96
45,57
31,38
89,46
44,98
14,52
122,9
44,15
-9,21
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

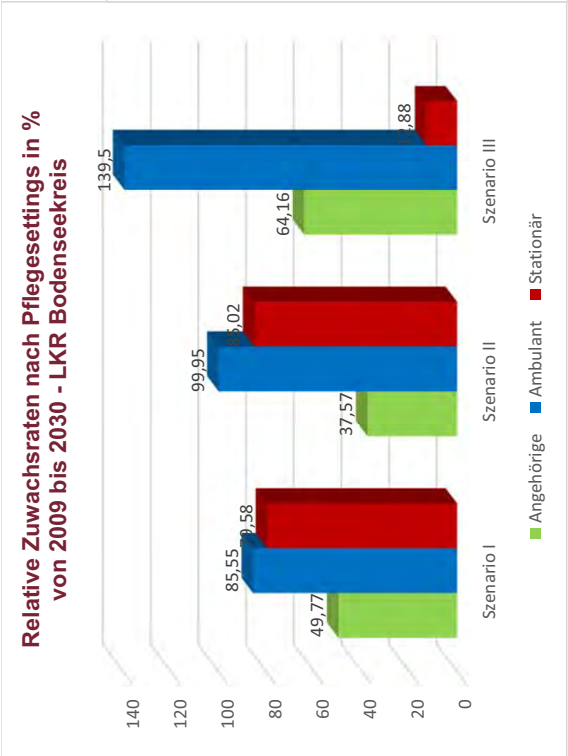

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Alb-Donau-Kreis
160
140
120
100
80
60
40
20
0
79
85
91
144
125
23
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

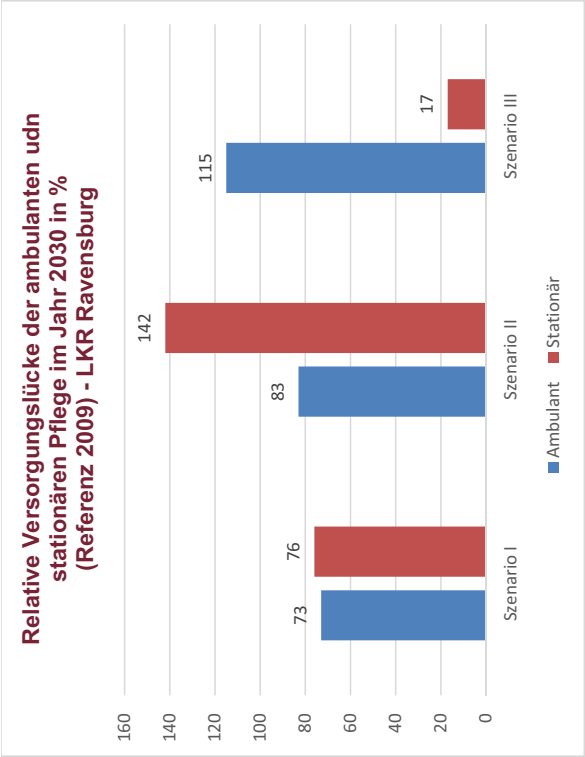

Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Alb-Donau-Kreis
140
120
100
80
60
40
20
0
44,13
71,23
83,03
116,8
30,55
57,9
136,1
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

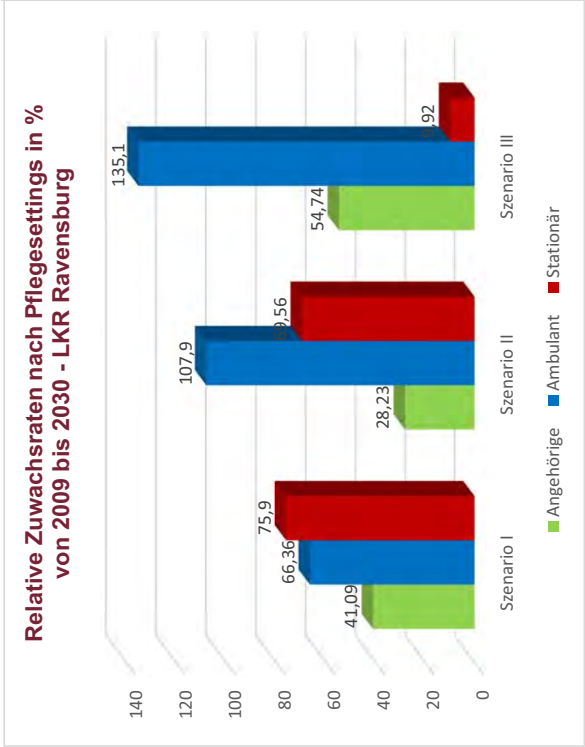

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Biberach
250
200
150
100
50
0
81
69
77
192
180
11
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär

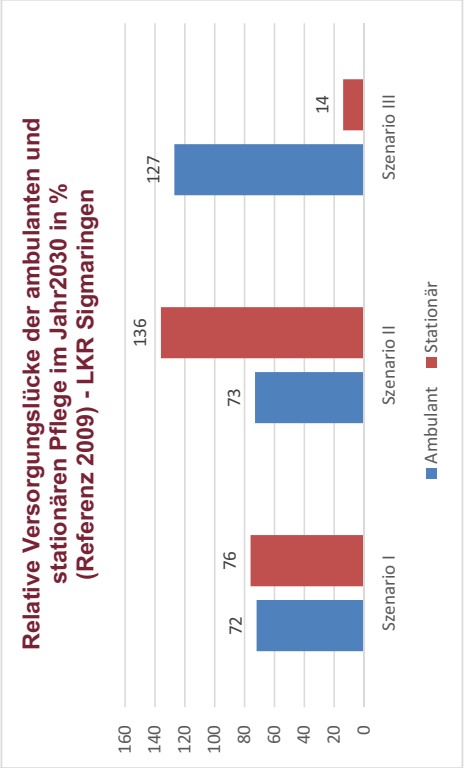

Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Biberach
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
45,07
75,26
71,15
174,3
28,23
59,16
186,6
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

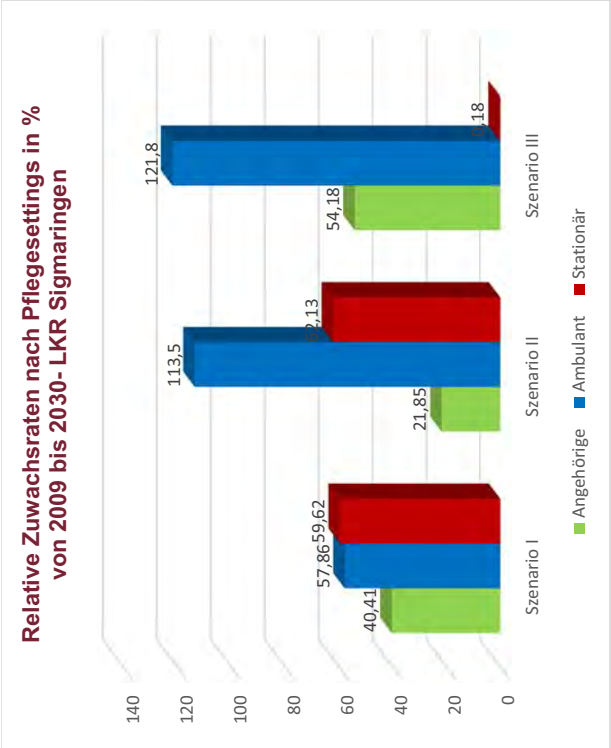

Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Bodenseekreis
160
140
120
100
80
60
40
20
0
90
90
84
144
105
18
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär


Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Bodenseekreis
140
120
100
80
60
40
20
0
49,77
85,55
37,57
99,95
64,16
139,5
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär


Relative Versorgungslücke der ambulanten udn stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenz 2009) - LKR Ravensburg
160
140
120
100
80
60
40
20
0
73
76
83
142
115
17
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär


Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 - LKR Ravensburg
140
120
100
80
60
40
20
0
41,09
66,36
75,9
28,23
107,9
54,74
135,1
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär


Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr2030 in % (Referenz 2009) - LKR Sigmaringen
160
140
120
100
80
60
40
20
0
72
76
73
136
127
14
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Ambulant
Stationär


Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030- LKR Sigmaringen
140
120
100
80
60
40
20
0
40,41
57,86
59,62
113,5
21,85
54,18
121,8
Szenario I
Szenario II
Szenario III
Angehörige
Ambulant
Stationär

**Anhang 11: Anzahl Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg nach Regierungsbezirken**

## Anzahl WGs Stand 09.06.2015

- **Regierungsbezirk Freiburg**

| Kreis | Anzahl WGs Pflege | Anzahl WGs Behinderte | Anzahl gesamt |
|---|---|---|---|
| Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald | --- | --- | --- |
| Landkreis Emmendingen | 3, alle vs | --- | 3 |
| Stadtkreis Freiburg | 4, davon 3 vs | 2 | 6 |
| Landkreis Konstanz | 5, alle vs | --- | 5 |
| Landkreis Lörrach | 2 | 9 | 11 |
| **Ortenaukreis** | | | |
| **Landkreis Rottweil** | | | |
| Schwarzwald-Baar-Kreis | 2, alle vs | | 2 |
| Landkreis Tuttlingen | 1 vs | | 1 |
| Landkreis Waldshut | --- | --- | --- |
| **gesamt** | **17** | **11** | **28** |

- **Regierungsbezirk Karlsruhe**

| Kreis | Anzahl WGs Pflege | Anzahl WGs Behinderte | Anzahl gesamt |
|---|---|---|---|
| Stadtkreis Baden-Baden | 1 | 1 | 2 |
| **Landkreis Calw** | | | |
| Enzkreis | 1 | --- | 1 |
| Landkreis Freudenstadt | wird nachgeliefert | | |
| Rhein-Neckar-Kreis | in Prüfung aktuell 1 vs | in Prüfung | 1+? |
| Stadtkreis Heidelberg | --- | 12 | 12 |
| Landkreis Karlsruhe | 2 | 11 | 13 |
| Stadtkreis Karlsruhe | --- | --- | |
| Stadtkreis Mannheim | in Prüfung | 1 | 1+? |
| Neckar-Odenwald-Kreis | --- | 1 | 1 |
| Stadtkreis Pforzheim | 2 | --- | 2 |
| **Landkreis Rastatt** | | | |
| **gesamt** | **7** | **26** | **33** |

- **Regierungsbezirk Stuttgart**

| **Kreis** | **Anzahl WGs Pflege** | **Anzahl WGs Behinderte** | **Anzahl gesamt** |
|---|---|---|---|
| Landkreis Böblingen | 2, davon 1vs | 18 | 20 |
| Landkreis Esslingen | 3, davon 2vs | --- | 3 |
| **Landkreis Göppingen** | | | |
| **Landkreis Heidenheim** | | | |
| Landkreis Heilbronn | in Prüfung | ? | ? |
| Stadtkreis Heilbronn | --- | 1 | 1 |
| Hohenlohekreis | 1 vs | --- | 1 |
| **Landkreis Ludwigsburg** | | | |
| Main-Tauber-Kreis | 3 | --- | 3 |
| **Ostalbkreis** | | | |
| Rems-Murr-Kreis | 2, alle vs | --- | 2 |
| **Landkreis Schwäbisch Hall** | | | |
| Stadtkreis Stuttgart | 2<br>(1 weitere in Kürze<br>2 weitere ab 1.9.) | 5 | 7 |
| **gesamt** | **10** | **24** | **37** |

- **Regierungsbezirk Tübingen**

| **Landkreis** | **Anzahl WGs Pflege** | **Anzahl WGs Behinderte** | **Anzahl gesamt** |
|---|---|---|---|
| **Alb-Donau-Kreis** | | | |
| Bodenseekreis | wird nachgeliefert | | |
| **Landkreis Biberach** | | | |
| Landkreis Ravensburg | --- | --- | --- |
| Landkreis Reutlingen | 1 | --- | 1 |
| Landkreis Sigmaringen | --- | --- | |
| Landkreis Tübingen | 4, alle vs | 2 | 6 |
| Stadtkreis Ulm | --- | --- | --- |
| Zollernalbkreis | --- | --- | --- |
| **gesamt** | **5** | **2** | **7** |

**Anmerkungen:**

- vs = vollständig selbstverantwortet
- **fett gedruckt** = bisher keine Rückmeldung

**Präsentationen der Sachverständigenanhörungen** **Anhang 5**

**5.1 Präsentationen der 1. Sachverständigenanhörung (Fachgespräch)**

**Präsentation Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie**

# Gute Arbeit in der Pflege

Prof. Dr. jur. habil. Thomas Klie

Enquetekommission
„Pflege in Baden Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentliche Anhörung am 24.10.2014



## Arbeitsbedingungen

Schlüsselfaktoren

- Verlässlichkeit
- Attraktive, lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle
- Work-Life-Balance
- Qualifizierungsoptionen
- Übereinstimmung von Wissen, Berufsethik und Praxis
- Kooperativer Führungsstil
- Reduzierung von Bürokratie
- Attraktive Vergütungsbedingungen
- Gesundheitsförderung

Was folgt daraus auf Landesebene

- Personalausstattung qualifizieren
  - Personalbemessung
  - Personaleinsatz
- Benchmark für Arbeitsbedingungen in der Pflege (statt Pflegenoten)
- Qualifizierungsgerechter Einsatz von Pflegefachkräften
- Kontrolle der Mittelverwendung für Personal
- Qualifizierungsoffensive Pflege mit differenziertem Berufskonzept
- Bürokratieabbau
  - U.a. Beteiligung an SIS
- Branchenspezifische Qualifizierung der Personalarbeit

## Beruf & Profession

AGP Sozialforschung Social Research

- Klares Berufs- und Kompetenzprofil
  - Ganzheitlichkeitssyndrom
    - Im Verstehen und Gestalten wichtig und unverzichtbar
    - Im Alltagshandeln: in Kooperation
  - Steuerung, Interaktion, Handwerk als Kern professionellen Handelns
  - Differenzierung und Spezialisierung
    - Im Handwerk: avanced nurses
    - In der Steuerung: verantwortliche PK, Case Management,
    - In Funktionen: Management, PDL
- Selbstverantwortung und Autonomie
  - Voraussetzung für professionelle Pflege
  - Berufsrechtlich: einheitliche Ausbildungsvorgaben, Vorbehaltsaufgaben
  - Sozialrechtlich: Verordnungsrecht, Übertragung von „advanced" Aufgaben
  - In der Organisation: eigenverantwortliche Aufgabenfelder, klare Kooperationsregelungen
  - Wissenschaftlich: Standardbildung im Rahmen des IQWiG
  - Berufsständisch: Register/ Kammer?

Was folgt daraus auf Landesebene ?

- Register- und Kammerdiskussion führen
- Leistungserbringungssrechtliche Rahmenbedingungen qualifizieren
  - Im Klinischen Bereich
  - In ambulanter Pflege
  - In Langzeitversorgung
    - Etwa Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI
- Heimrechtlich:
  - entmythologisieren und „qualifizieren"
  - Administrative Bevormundungen und Bürokratieschäden vermeiden
- Träger: konzertierte Zurückweisung sozialadministrativer Vorgaben, die Professionalität behindern

www.agp-sozialforschung.de 24.10.2014 3

## Arbeitsfeld

AGP Sozialforschung Social Research

Fachkräftemangel und Öffnung des Berufsfeldes

- Pflege ist mehr als berufliche Pflege
- Rückgang informeller Pflege provoziert den größten (zusätzlichen) Arbeitskräftebedarf
- Offenes Berufsgruppenkonzept ürerhöht Attraktivität des Arbeitsfeldes
- Durchlässigkeit vertikal und horizontal fördert berufliche Mobilität
- Motivation für das Arbeitsfeld wird früh grundgelegt
- „Berufe für Menschen" statt Verengung auf Pflege

Was folgt daraus auf Landesebene ?

- Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care landesrechtlich flankieren und qualifizieren
- Abkehr von hierarchisierender Semantik: Pflegehilfskräfte, zusätzliche Betreuungskräfte, niederschwellige Hilfen in Förderstimmungen , im Leistungs- und Ordnungsrecht
- Strategische Kooperation mit AfA und Bildungssektor
- Deutschen Qualifizierungsrahmen konsequent nutzen
- Öffnung des Fachkräftekonzeptes im Heimrecht

www.agp-sozialforschung.de 24.10.2014 4

# Neues Berufsgruppenkonzept

AGP Sozialforschung Social Research

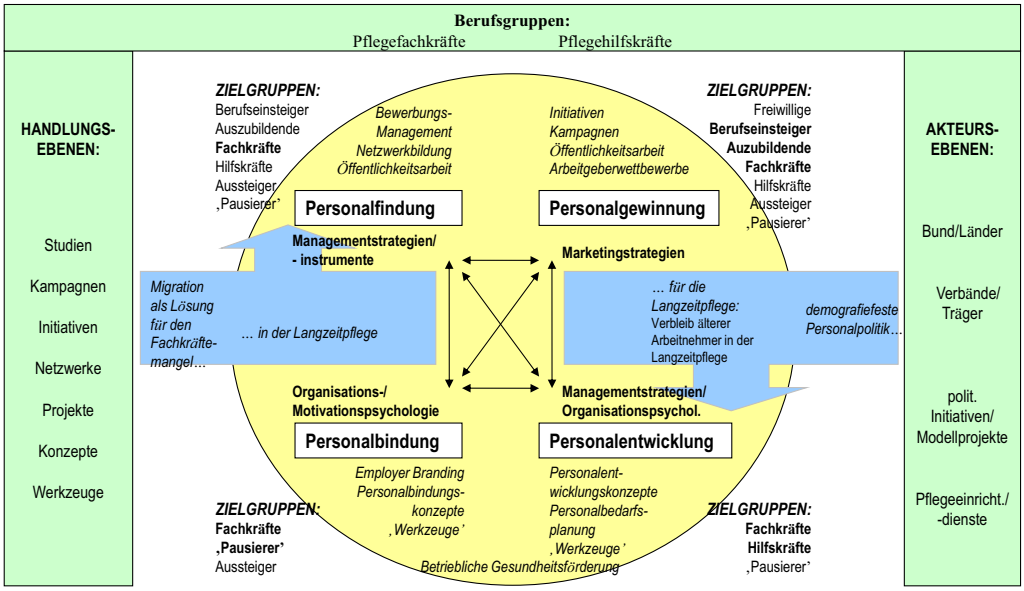
| | CURE | CARE | |
|---|---|---|---|
| | Pflege / Gesundheit | Hauswirtschaft | Soziale Arbeit |
| Promotion | | | |
| Studium (BA/MA) | Pflegewissenschaft (Nursing) Geriatrie Medizin Ergotherapie Physiotherapie Sozialmanagement Gerontologie Soziale Arbeit Ökotrophologie | | |
| Weiterbildung (Funktions- und Aufgabenbezogen) | VERAH Intensivpflege Wohnraumanpassung Wundmanagement Manuelle Therapie Case Management AGnES Kinästhetik Pflegedienstleitung Gerontopsychologische Pflege/Betreuung Palliative Care AAL Fachhauswirtschaft | | |
| Fachausbildung | Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege Medizinische Fachangestellte/r Ergotherapie Physiotherapie | Altenpflege | Hauswirtschaftsfachkraft Dorfhelfer/innen Heilerziehungspflege |
| Ausbildung | Pflegeassistenz Kranken- / Altenpflegehelfer/innen Hauswirtschaftliche Assistenz Betreuungsassistenz Sozialassistenz | | |
| Training / Fortbildung (Schulung) für | Ersthelfer Hospizmitarbeitende Servicehelfer Jugendgruppenleitung Assistenz für Schwerbehinderte | | |

Beispielhafte Aufzählungen und Nennungen



# Langzeitpflege / Cure - Gesamtstrategie

AGP Sozialforschung Social Research



**Präsentation Herr Ernst Olbricht**

Enquentekommission
Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert
und generationsgerecht gestalten

## Gute Arbeit in der Pflege

Ernst Olbricht
Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg
24.10.2014

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

A:
Altersstruktur der Pflegenden
B:
Betreuungspersonen
Bürokratie
Bildung
- Gemeinsame Ausbildung
- Fort- und Weiterbildung
- Akademisierung

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

D:
Dienstplan
Dienstzeiten
E:
Ehrenamt
F:
Familienfreundlichkeit?

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

G:
Gewinnmaximierung
I:
Image
K:
Körperliche Arbeit
Karriere
Kassen

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

L:
Löhne
M:
Multimorbide Menschen
Minijobs
N:
Notstand der Arbeitsbedingungen

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

P:
Psychische Belastungen
Patientendurchlauf
Pflegefachpersonen aus dem Ausland
Pflegekammer
Pflegefremde Tätigkeiten
Personalanhaltszahlen

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

S:
Selbständige Pflegefachpersonen
T:
Team
Teilzeitarbeit versus Vollzeitarbeit
U:
Überstunden

Katholischer Pflegeverband e.V.

## Gute Arbeit in der Pflege

V:
Verdichtung der täglichen Arbeit
W:
Wertschätzung

Katholischer Pflegeverband e.V.

# Gute Arbeit in der Pflege

Z wie Zukunft:
Änderungen der Arbeitsbedingungen
Gute Ausbildung
Gute Löhne
Gutes Personal
Karriere
Pflegekammer

Katholischer Pflegeverband e.V.

**Präsentation Herr Prof. Dr. med. habil. Volker Köllner**

# „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlichen Anhörung der Enquetekommission des 15. Landtags von Baden-Württemberg am Freitag, 24. Oktober 2014,

Prof. Dr. med. habil. Volker Köllner
Fachklinik für Psychosomatische Medizin,
Mediclin Bliestal Kliniken und
Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes,
Am Spitzenberg
D-66440 Blieskastel
koellner@psychosoma.de

## Fragen

- Welche Aspekte der Arbeit in der Pflege sind für die Beschäftigten psychisch belastend?
- Haben Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer und körperlicher Belastungen in den letzten Jahren zugenommen?
- Welche Maßnahmen können zur Minimierung ergriffen werden?

## 1. Psychische Belastungen für Beschäftigte in der Pflege

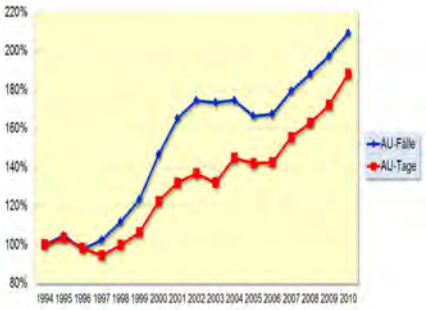
- Schichtarbeit
- Häufige Überstunden und Einspringen an freien Tagen
- Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen
- Psychische Belastung und Traumatisierung
- Schlechte Aufstiegschancen und materielle Rahmenbedingungen

## 2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf aus psychischen Gründen

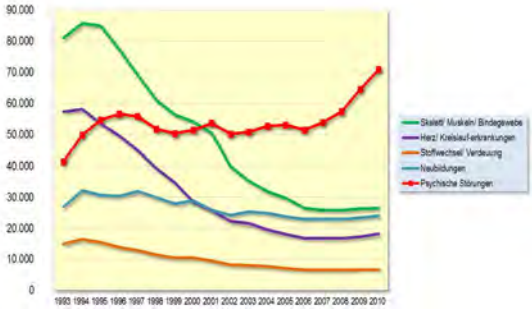
- In den letzen 20 Jahren Verdopplung der AU-Tage wegen psychischer und psychosomatischer Krankheiten bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand.
- Psychische und psychosomatische Krankheitsbilder sind seit 2000 die häufigste Ursache für vorzeitige Erwerbsminderung.

## 2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf aus psychischen Gründen

**AU-Fälle wegen psychischer Störungen von 1994-2010**




**Frühberentungen von 1994 - 2010**




## 2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten...

- Noch zu wenig aussagekräftige Daten zu AU-Zeiten in der Pflege, aber deutliche Hinweise auf überdurchschnittliche AU-Zeiten, z. B. TK Gesundheitsreport 2011:
  - Alle Berufe: 12,3 AU-Tage/Jahr
  - Krankenpflege: 17,5 AU-Tage/Jahr
  - Altenpflege: 22,6 AU-Tage/Jahr
- Deutlich überdurchschnittlich vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf: ca. 20% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Berufseinstieg und weniger als 60% nach einer beruflichen Wiedereingliederung sind nach 5 Jahren noch im Beruf.
- Daten sprechen für stärkere Belastung in der Altenpflege

## 3. Welche Maßnahmen können zur Minimierung ergriffen werden?

- Prophylaxe von Burnout und Depression schon in der Ausbildung
- Monitoring von beruflichen Problemlagen und betriebliche Gesundheitsförderung
- Therapeutische Angebote vernetzen und konsequent und möglichst frühzeitig nutzen
- Forschungsbedarf

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen:
koellner@psychosoma.de

## 5.2 Präsentationen der 2. Sachverständigenanhörung

### Präsentation Frau Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs

hsg Hochschule für Gesundheit

# Hochschulische Ausbildung in der Pflege

Anhörung im Landtag Baden-Württemberg
Enquetekommission Pflege – 03. Dezember 2014

hsg Hochschule für Gesundheit

## Warum brauchen wir hochschulische Qualifikation in der Pflege ?

Hochschulische / akademische in der Pflege ist notwendig auf Grund

- der demographischen und
- der epidemiologischen Veränderungen (Chronische Erkrankungen und Multimorbidität)
- der Entwicklung in Wissenschaft und Forschung
- des fehlenden Theorie – Praxis Transfers
- der zunehmenden Bedeutung von sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgung an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgungssysteme
- des zunehmenden Bedarfs an übergreifender (interprofessioneller) Qualifikation

Quantitativer Bedarf an akademisch qualifiziertem Personal ist unklar – Schätzung WR 2012 : 10-20%

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 2/10

## Die Modellklauseln

„Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten“ vom 25. September 2009 / „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)“ vom 16. Juli 2003 (§4 Abs. 6)

### Merkmale und Zielsetzungen der Modellstudiengänge

Zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen

- Strukturelle und inhaltliche Integration der Ausbildungen in Studiengänge
- nur theoretischer und praktischer Unterricht dürfen von APrüV abweichen
- Staatliche Prüfung und Umfang der praktischen Ausbildung bleiben erhalten

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 3/10

## Übergeordnete Ziele der Modellstudiengänge

- **Inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe**
  (u.a. durch Ausrichtung auf erweiterte oder neue Handlungs- bzw. Berufsfelder / Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen, Heilkundeübertragung)
- **Strukturelle Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe**
  (u.a. durch alleinige Ausbildung an einer Hochschule oder Ausbildung in Kooperation mit bestehenden Fachschulen)
- Generierung von Erkenntnissen zur **Novellierung der Berufsgesetze** und zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Gesundheitsfachberufe

**BMG-Richtlinie zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (vom 27. November 2009)**

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 4/10

## Modell der hsg

- Zwei Lernorte: Hochschule und Praxisstelle (keine Fachschulen beteiligt)
- Akademische Lehr- und Lernmethoden
- Theorie – Praxistransfer
- Pflege – Studium ist generalistisch ( Berufsabschluss – GKP/GKKP und Alten-P)
- Interprofessionelles Studium
  - Verankerung in den Curricula – gemeinsame Veranstaltungen und Fallbearbeitung
  - Studium für 5 Gesundheitsfachberufe (+ weitere Studiengänge)
  - Kooperation mit TUDO und Med. Fak. der RUB (Projekt Robert Bosch Stiftung)
- Einbindung in den Gesundheitscampus NRW (Kooperation mit LZG/Sportwissenschaften/ Patientenbeautragter des Landes etc.)

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 5/10

## Modelle interprofessioneller Vernetzung

Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Köln 2012

**Kooperatives Modell (Gesundheitscampus WR):**

Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften und enge Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen Universität mit Medizinischer Fakultät

**Integratives Modell (WR):**

Einrichtung von Studiengängen an Universitäten unter dem Dach eines der Medizinischen Fakultät angegliederten Departments für Gesundheitswissenschaften

**Vorschläge zur konkreten Umsetzung interprofessioneller Vernetzung:**

Interprofessionelle trainings wards

Von allen Disziplinen gemeinsam genutzte skills labs

Gemeinsam besuchte Lehrveranstaltungen

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 6/10

## Evaluation nach Richtlinie des BMG

hsg Hochschule für Gesundheit

**Themen**

- Merkmale Ausbildungsstätten
- Struktur und Organisation der Ausbildung
- Staatliche Prüfungen
- Ausbildungskosten
- Bewertung (Machbarkeit / Kosten / Bedarf / Vor-, Nachteile / Bewährung)

**Jährliche Berichte an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) und Ministerium für Wissenschaft und Forschung (MIWF) NRW**

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 7/10

## Zentrale Evaluationsergebnisse

hsg Hochschule für Gesundheit

- Studierende streben eine konkrete Tätigkeit mit Patienten an
- Ausbildungsinhalte lassen sich grundsätzlich auf hochschulischem Niveau umsetzen und wissenschaftlich ausrichten
- Akademisches Kompetenzprofil ist im Rahmen der Staatlichen Prüfungen deutlich zu erkennen
- Praktiker/-innen in den Gesundheitseinrichtungen machen Unterschiede zwischen berufsfachschulisch und hochschulisch Auszubildenden deutlich
- An der Hochschule erworbene berufliche Handlungskompetenz beinhaltet hohe praktische Kompetenz
- Interprofessionelle Kompetenz wird als wichtige Kompetenz definiert

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 8/10

## Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen

- **Berufsgesetze** sind nicht hochschulkompatibel und bedürfen einer Novellierung und Anpassung an hochschulische Strukturen
- Inhalte der **Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen**, die gesetzlich umgesetzt werden müssen, sind zum Teil nicht aktuell und bedürfen einer inhaltlichen Reform
- Durchführung der **Staatlichen Prüfungen** sollte grundsätzlich bestehen bleiben, aber die Struktur bedarf einer bolognakonformen und hochschulischen Vorgehensweise

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 9/10

## Folgerungen für eine akademische Pflegeausbildung

- Verankerung der akademischen Pflegeausbildung in einem **eigenen Beruferecht** oder als zweiter Teil eines gemeinsamen Beruferechts
- Akademische Ausbildung sollte **generalistisch** sein
- **Ausbildungsverträge** in der Pflege erschweren die Entwicklung einer Identität als Studierende und führen zu einer Steuerung des Studiums durch die Arbeitgeber und nicht durch die wissenschaftlichen Anforderungen
- Akademische Ausbildung als Teil eines **durchlässigen Systems**

A. Friedrichs, 03.12.2014 | Folie 10/10

**Präsentation Frau Dr. rer. cur. Sabine Proksch**

Kompetenz in Medizin und Pflege

KLINIKUM AM STEINENBERG REUTLINGEN | ERMSTALKLINIK BAD URACH | ALBKLINIK MÜNSINGEN

Öffentliche Anhörung durch die Enquetekommission „Pflege in Baden Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
„Aus- und Weiterbildung in der Pflege“
03. Dezember 2014

Dr. rer.cur. Sabine Proksch
Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Kompetenz in Medizin und Pflege

KLINIKUM AM STEINENBERG REUTLINGEN | ERMSTALKLINIK BAD URACH | ALBKLINIK MÜNSINGEN

## Ausbildung

- Ausbildungsqualität
  - Beratung, Schulung und Begleitung von Angehörigen muss mehr in den Focus
  - Pflegediagnostische Prozess
    - weg von der Tätigkeitsorientierung
    - hin zur Prioritätensetzung und zum Versorgungsprozess
- Bewerber
  - deutlicher Anstieg der Bewerber mit Abitur, deutlicher Anstieg der Bewerber wenn Studium angeboten wird.

2

## Ausbildung

- Generalistische Ausbildung
  - Ja, zu einer gemeinsamen Basis der Pflege
  - Nein, zur Negierung der hohen spezifischen fachpraktischen Anforderungen in den verschiedenen Pflegesettings (frühe Spezialisierung)
  - Generalisierung von Altenpflegehelfer und Krankenpflegehelfer ist sinnvoll, da Inhalte jeweils die allgemeine Pflege (Grundpflege) im Focus haben sollten.

3

## Weiterbildung

- Unübersichtlich (Quantität)
  - Intensivpflege und Anästhesie, Neurologie, Onkologie, Geriatrie, Diabetes, Palliative Care, …
  - Stationsleitung, Praxisanleitung
  - Wunde, Stoma, Kontinenz, …
- Unübersichtlich (Qualität)
  - Staatliche Anerkennung, Vorgaben durch Fachgesellschaften, Curriculare Entwicklung durch Weiterbildungsinstitute
- Lösung
  - Einheitliche Curricula
  - Angebot als Kontaktstudiengänge oder Masterstudiengänge

4

## Rahmenbedingungen in der Praxis

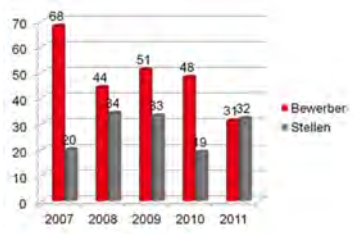
- immer mehr ältere, multimorbide, dementiell erkrankte Menschen in allen Pflegesettings
- Hochkomplexe Pflegesituationen
  - Anspruch der Pflegeempfänger steigt
  - Chronische Erkrankungen nehmen zu
- Versorgung der Menschen Setting übergreifend
  - Versorgungsbrüche zwischen den einzelnen Settings durch fehlendes Fallmanagement

5

KREISKLINIKEN REUTLINGEN
KLINIKUM AM STEINENBERG REUTLINGEN
ERMSTALKLINIK BAD URACH
ALBKLINIK MÜNSINGEN
Kompetenz in Medizin und Pflege

## Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Gemeinsamer Einsatz von Krankenpflegern und Altenpflegern in den Pflegeteams aller Versorgungssettings (Mix dem Setting angepasst)
- Kooperation mit Hochschulen
  - zu ausbildungsintegrierten Studiengängen,
  - zu Weiterbildungen als Kontaktstudium mit ETCS-Erwerb




6

## Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Einsatz von studierten Pflegekräften
  - Keine Frage des ob, sondern des wie
    - Angebot einer Fachkarriere
    - Integration pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis
    - Übernahme der Fallsteuerung, Kontinuität in der Versorgung
  - Einsatz von mind. 20-50% in der direkten Pflege als Notwendigkeit erachtet (Umfrage des Berufsverbandes Pflegemanagement in Baden Württemberg 2014)

7

## Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Qualifikationsmix innerhalb der Pflegeteams wird angestrebt
  - 10% HWS
  - 10 % Pflegeassistenz
  - 60% Gesundheits- und Krankenpfleger / Altenpfleger
  - 20% studierte Pflegekräfte

8

**Präsentation Herr Prof. Dr. Stefan Görres**

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres
Geschäftsführender Direktor

# Eckpunkte Pflegeausbildung

**anlässlich der öffentlichen Ausschussanhörung der Enquetekommission des 15. Landtags von Baden-Württemberg „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“**

**3. Dezember 2014**

**Prof. Dr. Stefan Görres**
**Universität Bremen**

Universität Bremen

ipp bremen

Abteilung 3: | Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung
Leitung: Prof. Dr. Stefan Görres
Geschäftsführender Direktor IPP

## Übersicht

1. Ausgangssituation: Attraktivität muss steigen
2. Care-Mix bestimmt die Zukunft
3. Horizontale und vertikale Durchlässigkeit nötig
4. Akademisierung überfällig
5. Berufliche Bildung bleibt wichtig
6. Ausbau von Forschung und Wissenschaft stärken
7. Neue Einsatz- und Arbeitsfelder entstehen
8. Generalistische Ausbildung bringt internationalen Anschluß
9. Nationaler Gesundheitsberuferat in Gründung

ipp bremen

Abteilung 3: | Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung
Leitung: Prof. Dr. Stefan Görres
Geschäftsführender Direktor IPP

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Prof. Dr. Stefan Görres**

**Geschäftsführender Direktor**

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)**
**Universität Bremen**

**sgoerres@uni-bremen.de**
**www.public-health.uni-bremen.de**

3

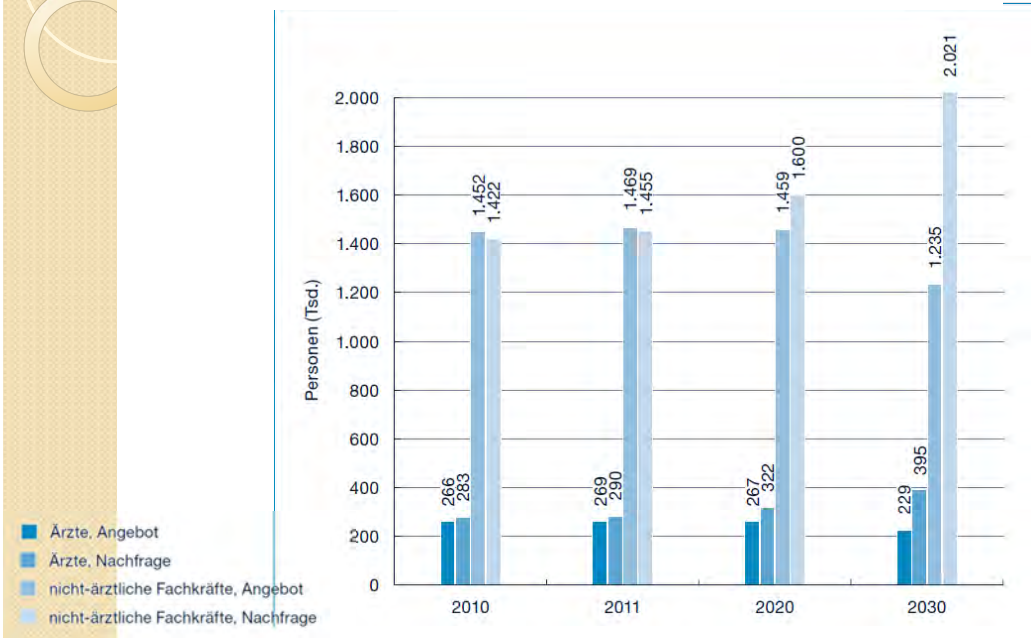
**Präsentation Herr Tilman Kommerell**

# Enquete Kommission „Pflege“

Öffentliche Anhörung
am 3. Dezember 2014

Tilman Kommerell
Leiter der Krankenpflegeschule Überlingen

## 1: Ein Pflegenotstand droht, oder ist er schon da?



## 2: Qualität *und* Quantität

- „mehr ausbilden“ ist wenig zielführend
- Wie kann durch die inhaltliche Ausgestaltung die Ausbildung attraktiv gehalten oder attraktiver gestaltet werden?
- Stichwort Qualifikationsmix
- Pflegefachkräfte von morgen werden weniger selbst pflegen; mehr schulen, beraten und beaufsichtigen
- Übernahme ärztlicher Tätigkeiten steigert Attraktivität nicht!

## 3: Ausbildungsbedingungen sind Arbeitsbedingungen und umgekehrt

- die Arbeitsbelastung der ausgebildeten Pflegefachkräfte kann zu einer Vernachlässigung ihrer Ausbildungsaufgaben führen
- das subjektive Erleben der Arbeits-bedingungen während der Ausbildung kann dazu führen, dass die Absolventen nach der Ausbildung nicht im erlernten Beruf arbeiten

## 3: Ausstieg schon während der Ausbildung

## 4: Mangel an Pflegefachkräften führt zu Mangel an Bewerbern

- Pflegenotstand in den Medien, in aller Munde
- Es droht ein regelrechter Einbruch der Bewerberzahlen
- Wie wird sich die Bewerberqualität und -quantität weiter entwickeln?
- Empfehlung:
  gemeinsame, generalistische Ausbildung mit **Vertiefungsschwerpunkt**

## 5: Mehr Ausbildungskapazitäten durch Finanzierung der Ausbildung

- Wer heute bereits ausbildet, darf auch in Zukunft nicht – auf keinen Fall aus finanziellen Gründen davon abgeschreckt werden, Pflegefachkräfte auszubilden.
- Forschungsprojekt: Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!? Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis .

## 6: Neue, inhaltliche Ausrichtung der Ausbildung in den Pflegeberufen

- künftige Ausbildung der Pflegefachkräfte muss fokussieren:
  - Organisations- und Managementkompetenzen
  - Beratungs- und Schulungskompetenzen
  - Umsetzung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis
- Berufliche Belastungen bewältigen als Themenschwerpunkt
  (vgl. auch: Pflege wandert aus)

## 7: Gute Ausbildung = Attraktive Ausbildung

- Kompromiss zwischen Ausbildung und Arbeit für den Patienten / Bewohner
- Empfehlung: Praxiscurriculum verbindlich festlegen

## 8: Vielfalt in der Ausbildung erfordert Bündelung der Kompetenzen

- Diffuse Zuständigkeiten erschweren Weiterentwicklung
- Ausbildung in „zwei Welten“
- Empfehlung: Zuständigkeiten z.B. in einem Pflegereferat bündeln
- Geschäftsstelle nach § 20 (6) Landespflegegesetz endlich einrichten.
- Verortung der künftigen Pflegeschulen im Sozial- oder Kultusministerium?
- Lehrerbildung?

**5.3 Präsentationen der 5. Sachverständigenanhörung**
**Präsentation Herr Matthias Einwag**

BWKG
Krankenhaus
Reha
Pflege

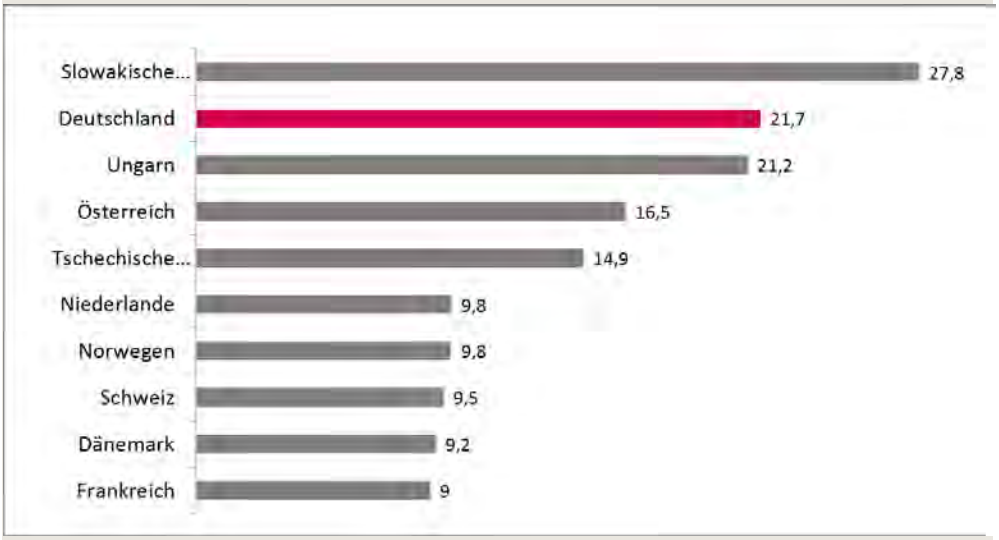
# Akutpflege/- versorgung

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ am 27.02.2015, Stuttgart

© BWKG

## Patientenentlassungen je Krankenhausmitarbeiter 2010 auf Basis Vollzeitkräfte

BWKG
Krankenhaus
Reha
Pflege




Quelle: OECD Health Data 2012

© BWKG

## Personalbelastungskennzahl je Vollkraft

BWKG Krankenhaus Reha Pflege

- Im Berichtsjahr zu versorgende Fälle

| Jahr | ärztlicher Dienst | | Pflegedienst | |
|---|---|---|---|---|
| | Deutschland | Bad.-Württ. | Deutschland | Bad.-Württ. |
| **2004** | 143 | 130 | 54 | 51 |
| **2005** | 139 | 127 | 56 | 53 |
| **2006** | 136 | 124 | 56 | 53 |
| **2007** | 136 | 123 | 58 | 55 |
| **2008** | 137 | 123 | 58 | 55 |
| **2009** | 136 | 121 | 59 | 55 |
| **2010** | 134 | 118 | 59 | 55 |
| **2011** | 132 | 117 | 59 | 55 |
| **2012** | 130 | 117 | 59 | 56 |
| **2013** | 128 | 114 | 59 | 56 |

**(ab 2009 Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt**

© BWKG

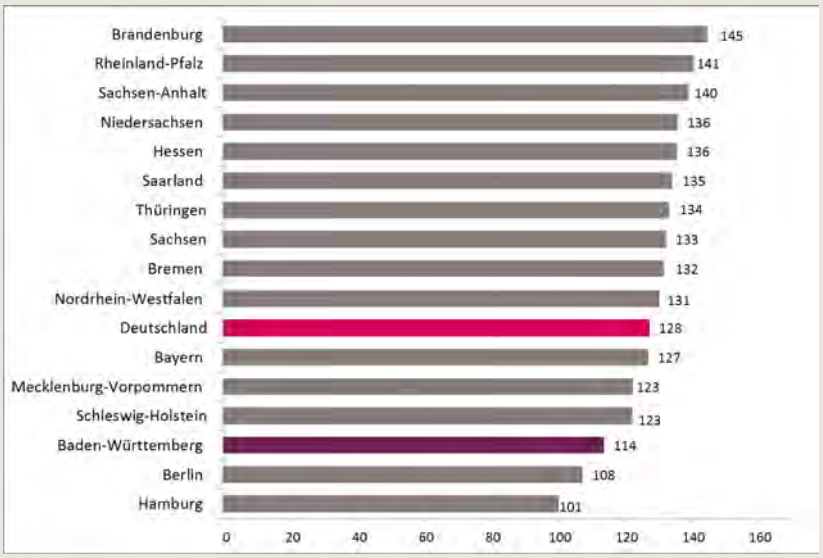
## Personalbelastungskennzahl in der Pflege Fälle je Vollkraft im Pflegedienst (2013)

BWKG Krankenhaus Reha Pflege

**(Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt**

© BWKG

## Personalbelastungskennzahl im ärztlichen Dienst
## Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst (2013)




**(Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt**

© BWKG

**Präsentation Frau Prof. Dr. Renate Stemmer**

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

**Thema: Akutpflege/ -versorgung**

Prof. Dr. Renate Stemmer
Katholische Hochschule Mainz

27. Februar 2015

## Zur Person

- Professur für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Kath. Hochschule Mainz
- Dekanin im Fachbereich Gesundheit und Pflege (ca. 700 Studierende)
- Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Forschungsprojekte zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz
- Forschungsprojekte zu Versorgungsstrukturen im Krankenhaus
- Gutachten zur Qualitätsmessung in der Pflege

2

## Übersicht

- Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich
- Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung
- Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt
- Rahmenbedingungen der Krankenhäuser

## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (1)

- Massiver Stellenabbau im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern
  - 1996 – 2007 (ca. 47.600)
- Zunahme von PatientInnen mit hohem Pflegebedarf
- Reduktion der Verweildauer
- = steigende Arbeitsbelastung der Pflegenden
- Der Altersdurchschnitt der Pflegenden steigt
- Über 50% Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse der Pflegenden (Simon, 2014)

## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (2)

- Zusammenhang Personalausstattung : Versorgungsqualität ist international gut belegt
- Aktueller Quotient Pflege : Patient = 1 : 10
  - erschwert die fachgerechte körpernahe Pflege von Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf
  - erschwert die fachgerechte psychosoziale Betreuung
  - erschwert Schulung und Beratung

## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (3)

- Pflegestellenförderprogramm
  - Stärkung der allgemeinen Pflege – zu begrüßen
  - Umfang kaum auszureichend
  - Herausforderung: Nachhaltigkeit
- Beispiel: Pflegeförderprogramm 2009-2011
  - Abbau der Pflegepersonalstellen mit Abschluss des Förderprogramms

## Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung (1)

**Mehr Selbstständigkeit und Verantwortung**

- Verselbstständigung und Eigenverantwortung des professionellen Handelns in den Pflegeberufen in Indikationsstellung/ Diagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation
- Erbringung von Gesundheitsleistungen in interberuflichen und gleichrangigen Teams (SVR, 2007)

## Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung (2)

- **Neue Aufgabenverteilung** kann Prozessorientierung verbessern
  - z.B. Übertragung von Wundmanagement, Schmerzmanagement, Symptommanagement auf Pflegende
- Budget muss der Aufgabenverteilung folgen

## Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung (3)

- Bedarfsgerechte Angebote
  - z.B. für ältere Patienten (ca. 50% aller Pat > 60 J.)
  - z.B. für Menschen mit Demenz (ca. 23 %)
- Bedarfsgerechte Qualifikationen
  - Skill Mix (Bachelor-/MasterabsolventInnen, 3jährig examinierte Pflegende; PflegeassistentInnen)

## Kompetenzen von BA-Absolvent/innen

Erweitertes und vertieftes Verständnis

- für die Planung, Durchführung und Evaluation evidenzbasierter, qualitätssichernder Interventionen
- für ethische Entscheidungsfindung
- für die Übernahme von Verantwortung für professionelles Handeln
- dafür, was es heißt, initiativ, eigenständig und im Team zu arbeiten
- für die Reflexion der eigenen Möglichkeiten und Grenzen

## Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt (1)

- Vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt:
  - Begleitung durch Community Health Nurses
- Während des Krankenhausaufenthaltes:
  - Bedarfsgerechte Versorgungsangebote
  - Schulung und Beratung der Patientin/des Patienten und seiner Angehörigen
  - Vorbereitung und Planung der Entlassung mit Beginn des Krankenhausaufenthaltes
- Nach dem Krankenhausaufenthalt abgestufte Weiterbetreuung
  - Telefonkontakte
  - Befristete auch stationäre Pflege mit Training für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit

## Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt (2)

- Prävention und Gesundheitsförderung
  - in jedem Lebensalter und allen Lebensbereichen (Entwurf Präventionsgesetz 2014)
- Ausbau geriatrischer stationärer Rehabilitation
- Ausbau geriatrischer ambulanter Rehabilitation

## Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (1)

- Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung
  - Gesundheitszentren
    - Verlaufskontrolle, Therapieanpassung und Beratung zur Integration von krankheitsbedingten Einschränkungen und Therapieauswirkungen durch qualifizierte Pflegende
  - Tandem-Praxen
    - kooperative Zusammenarbeit von Medizin und Pflege
  - Walk-In-Kliniken
- Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System
  - Anforderungen an die Strukturqualität als Voraussetzung für die Kodierung einzelner OPS-Kodes (Simon, 2014) prüfen

## Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (2)

- Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen
  - Durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen (u.a. Arbeitslast senken; Wertschätzung vermitteln)
  - Durch lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle
  - Durch strukturelle Stärkung des Pflegeberufes (z.B. Pflegekammer)
  - Durch Akademisierung der Pflegebildung

## Zur Akademisierung der Gesundheitsberufe

*„Die Gesundheitswelt der Zukunft denken heißt, die Bildungsstrategien für Gesundheitsfachleute überdenken.“*

*„Hochqualifiziertes Personal ist die Schlüsselressource des Gesundheitssektors.“*

Beatt Sottas, Ilona Kickbusch 2011

**Vielen Dank !**

**5.4 Präsentationen der 6. Sachverständigenanhörung**
**Präsentation Monsignore Bernhard Appel**

caritas

*Enquetekommission*
*„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“*

Öffentliche Anhörung am 20.03.2015

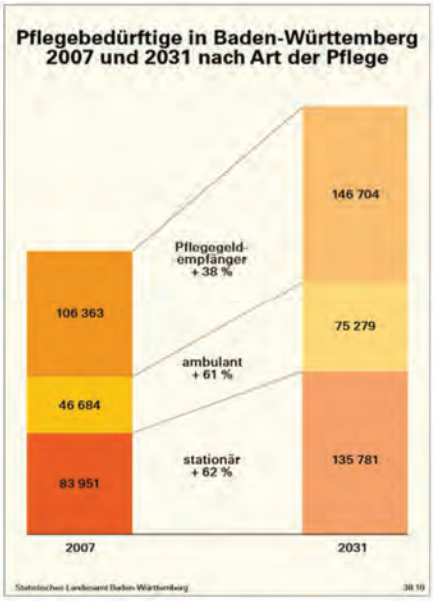
# Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)

Monsignore Bernhard Appel
Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.

Not sehen und handeln
Caritas

caritas

## Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (1)

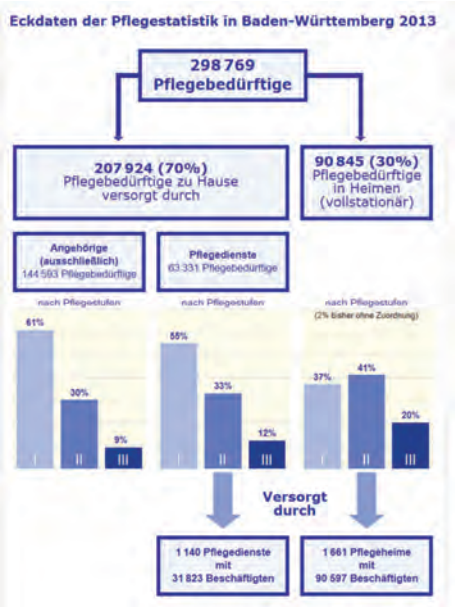



Ausbau der ambulanten Pflege ist wichtig!

Not sehen und handeln
Caritas

## Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (2)

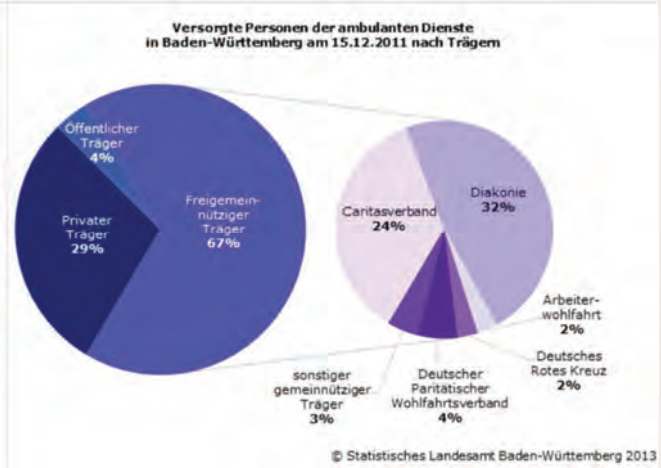
caritas




Not sehen und handeln
Caritas

## Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (3)

caritas




Mehr als die Hälfte (56%) der Menschen, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, wählen eine kirchliche Sozialstation.

Not sehen und handeln
Caritas

## Sozialstationen heute – wirtschaftliche Aspekte

caritas

- Um ein Überleben der Sozialstationen zu sichern, bedarf es veränderter Rahmenbedingungen, insbesondere einer verlässlichen Finanzierung: Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden.
- Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich der Krankenkassen als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.
- In Baden-Württemberg setzen sich ver.di, Diakonie und Caritas für eine vollständige Refinanzierung der Tariflöhne in der Sozialwirtschaft ein. Dieses gemeinsame Ziel verfolgt das am 08.12.2014 in Stuttgart gegründete „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“.

Not sehen und handeln
Caritas

## Beratung

caritas

- Der Bedarf an Unterstützung und Beratung für die Menschen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, steigt.
- Es braucht aufsuchende Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat – in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte.

Not sehen und handeln
Caritas

## Palliativversorgung (AAPV und SAPV)

caritas

- Die AAPV (Allgemeine (Ambulante) Palliativversorgung) wird derzeit in Baden-Württemberg von ambulanten Pflegediensten geleistet.
- Für die AAPV mit ihrem hohen Zeitaufwand im pflegerischen und kommunikativen Bereich gibt es keine gesonderte Finanzierung.
- Der pflegerische Teil der AAPV soll keine eigenständige Leistungsform begründen, sondern Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege (HKP) sein.

Not sehen und handeln
Caritas

## Familienpflege/Haushaltshilfe

caritas

- Die Refinanzierungssituation der Haushaltshilfe (Familienpflege) ist seit Jahren durch eine massive finanzielle Unterdeckung gekennzeichnet.
- Die Bereitstellung von Fachkräften kann derzeit nur durch den Einsatz von massiven Eigenmitteln aufrechterhalten werden.
- Die Familienpflege als notwendiges familienunterstützendes System darf nicht gefährdet werden

Not sehen und handeln
Caritas

# Ausblick

caritas

- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind im Gesundheitssystem unverzichtbarer Partner und systemrelevant für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen.

- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind erfahrene Partner, die in Vergangenheit und in Zukunft bereit sind, auch in Modellen Neues zu erproben.

- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind Garant für eine flächendeckende Versorgung und unterstützen die Politik in ihrem Auftrag der Daseinsfürsorge.

Not sehen und handeln
Caritas

**Präsentation Frau Waltraud Kannen**

## PFLEGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG
## ENQUETE KOMMISSION

Öffentliche Anhörung 20.3.2015

Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)

Waltraud Kannen

Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

Ambulantes Beratungs- und Pflegezentrum

*Wohlfühlen zuhause – mit uns*

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

## STELLENWERT DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE (HKP)

1. Hohe, weiter steigende Bedeutung auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit;
2. Flächendeckende Sicherung medizinischer Behandlung mit großer Flexibilität und hoher Fachlichkeit;
3. HKP ermöglicht chronisch erkrankten Menschen ein Leben zu Hause mit höherer Lebensqualität und Teilhabe; spart hohe Folgekosten;
4. HKP bewahrt vor Krankenhausaufenthalt bzw. verkürzt diesen nachweislich;
5. HKP ermöglicht Angehörigen Vereinbarkeit von Beruf und Pflege;
6. HKP stärkt Pflegefähigkeit der Angehörigen, gibt Sicherheit durch professionelle Beratung und Begleitung;
7. HKP hat derzeit bei den Sozialstationen einen Umsatzanteil von 40 – 50%;
   (Betriebsvergleich DiCV Freiburg 2013);

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

## DER ANTEIL DER HKP AN GESAMTAUSGABEN DER KRANKENKASSEN

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

## HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (HKP) IM ALLTAG DER SST (I)

1. HKP untersteht dem Diktat der Krankenkassen;
2. Die Rahmenbedingungen der Krankenkassen belasten mit ihrer Bürokratie die Zusammenarbeit von Arzt und Pflegedienst;
3. Folgen: Gefährdung gewachsener gutausgebauter Strukturen durch kurzsichtige Weichenstellung (z.B. *Verah*);
4. HKP wird aufgrund restriktiver Praxis oft zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen;
5. Wir haben Versorgungslücken: Einmal durch Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus (Regelungen des § 37.1. SGB V laufen faktisch ins Leere) und durch Verlagerung der Krankenhaus-behandlungen nach Hause;

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

## HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (HKP) IM ALLTAG DER SST (II)

1. Fehlende Refinanzierung der Leistungserbringung;
2. Keine finanzielle Berücksichtigung der eingesetzten Zusatzqualifikationen;
3. Pflegefachkräfte stehen im Spagat zwischen pflegerischer Notwendigkeit, Dokumentationsanforderungen und Wirtschaftlichkeit;
4. Hohe Taktung der Hausbesuche bei komplexer fachlicher Anforderung für Mitarbeitende;
5. Kirchliche Häusliche Pflege in Ba-Wü ist seit 2013 in der Kampagne;

*Nächste Aktion: am 23. 3.*
*„Anerkennung Tariflohn bei HKP“*
*Petitionsausschuss in Berlin*

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de

## Sicherstellung des Entlassmanagements

1. Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die flächendeckende und ergebnisorientierte Überleitung sicherzustellen ( § 39 SGB V);
2. Das Versorgungsstrukturgesetz (VSG) verpflichtet die Krankenhäuser zur Kooperation und zu einem verbindlichen Entlassmanagement;
3. Keine Refinanzierung unserer Kosten beim professionellen Überleitungsmanagement in das Krankenhaus und bei der Übernahme aus dem Krankenhaus;

Wir brauchen Ihre politische Unterstützung im Rahmen der geplanten Neuregelung im VSG. Wir fordern eine gleichberechtigte Gestaltung der vertraglichen Bedingungen und eine finanzielle Übernahme der Kosten der Pflegedienste.

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de

## NOTWENDIGE WEICHENSTELLUNGEN

- Wir brauchen dringend **eine Stimme** (5. 3. Übergabe von 16.500 Stimmen **pro** Pflegekammer);
- Gleichberechtigte Aufgabenverteilung zwischen Gesundheits - Akteuren mit Einbindung akademisierter Pflege, generalisierter Ausbildung und multiprofessioneller Versorgungsmodelle;
- Politische Beteiligungsstrukturen und Anreize für Entwicklung der ambulanten Pflege mit Blick auf ländlichen Raum, sektorenübergreifenden Blick und komplexen Versorgungssettings;
- Langfristig könnte eine Steuerung auf kommunaler Ebene sinnvoll sein mit Sozialraumorientierung zur Bürgergesellschaft;
- **Unser Ziel:** hochqualifizierte Pflegefachkräfte weiterhin „am Bett";

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

## WIR BIETEN AN

- Wir verfügen über 40 jährige Erfahrung und Übung in der Zusammenarbeit mit Kirchen, Gemeinden, Ärzten und anderen Akteuren;
- Wir leben aus Tradition das zukunftsweisende Prinzip einer "geteilten Verantwortung" durch einen partnerschaftlichen Mix von Engagierten aus der Bürgerschaft, An- und Zugehörigen und Pflegeprofis;
- Einige von uns gestalten seit Jahren bedarfsgerechte, zeitgemäße Infrastruktur zum Beispiel für Menschen mit Demenz mit;
- Wir stehen in Stadt und Land bereit für Modellprojekte, die nachhaltig eine gute pflegerische Versorgung und soziale Teilhabe für unsere BürgerInnen sichern, sowie gesunde Arbeitsbedingungen und Entwicklung für unsere Mitarbeitenden ermöglichen;

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

**Präsentation Frau Susanne Pletowski**

# „Ambulante häusliche Pflege und häusliche Krankenpflege (HKP)“

Öffentliche Anhörung am Freitag, 20. März 2015

15. Landtag von Baden-Württemberg
**Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“**



## „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

Kurze Vorstellung des Unternehmens:

- 1. Dezember 1994
- 4 ambulante Dienste, 1 ambulanter Intensivdienst, Service GmbH mit eigenem Seminarwesen
- 220 Mitarbeiter davon 8 Auszubildende in der Altenpflege und 4 Auszubildende im Bereich Kaufleute im Gesundheitswesen

- Auszeichnungen der DIHK für die Ausbildung Kaufleute im Gesundheitswesen (1 Bundes-, 1 Landes- und 1Reginalbester)
- 2007 Innovationspreis des Vincentzverlages

- Seit 2011 Vizepräsidentin des Bundesverbandes Privater Anbieter und Sozialer Dienste (bpa)

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

In Baden-Württemberg werden über **60.000 Pflegebedürftige** in der eigenen Häuslichkeit von zugelassenen ambulanten Pflegediensten versorgt.

Ambulante Pflegedienste übernehmen

- Grundpflege
- Behandlungspflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Betreuung
- Beratung
- Familienpflege
- Häusliche Intensivpflege

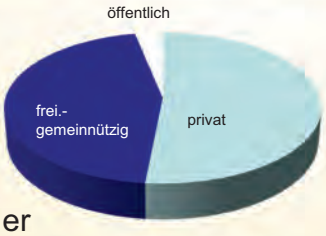
Die Arbeit der ambulanten Dienste sicher den Verbleib in der Häuslichkeit und vermeidet bzw. verkürzt Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte.

**Ambulante Pflegedienste sind Eckpfeiler des Gesundheitswesens!**

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 3

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Versorgungssituation in Baden-Württemberg***




In Baden-Württemberg gibt es 1.140 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 31.823 Beschäftigten.

Die meisten Einrichtungen sind in privater (51,5 %) oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft (45,2 %).

**Derzeit gibt es eine flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg mit häuslicher Pflege / häuslicher Krankenpflege und keine „weißen Flecken“.**

**ABER:** Die (ambulante) Pflege steht vor großen Herausforderungen (demographische Entwicklung / Fachkräftemangel) und muss für die Zukunft gestärkt werden.

* Zahlen der Pflegestatistik 2011 & 2013

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 4

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Versorgungssituation in Baden-Württemberg**

Pflegedienste arbeiten täglich eng mit den Hausärzten zusammen und sind kompetenter Partner in der Versorgung.

Ist ein weiterer Ausbau der Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (Verah) notwendig?

**Nein!**

Ambulante Pflegedienste gewährleisten eine umfassende Versorgung aus einer Hand, die neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und die Hauswirtschaft mit berücksichtigt.

Ambulante Pflegedienste sind rund um die Uhr erreichbar und verfügen über speziell ausgebildete Mitarbeiter.



„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Finanzierung der ambulanten Dienste**

Ambulante Pflegedienste benötigen eine leistungsgerechte Vergütung für ihre erbrachten Leistungen. Die Schere zwischen steigenden Personal- und Sachkosten und Vergütungen ist in den letzten Jahren immer weiter auseinandergegangen.

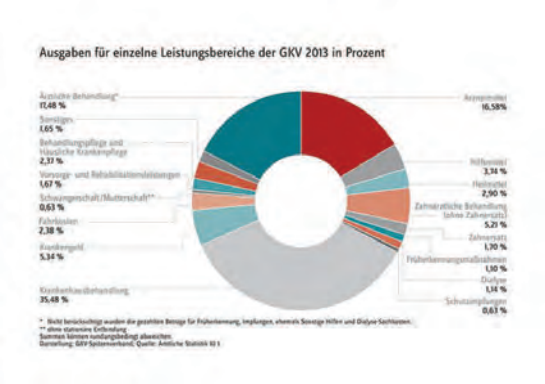
Probleme:

- „Grundlohnsummensteigerung“
- Kostenträger akzeptieren nachgewiesene Kostensteigerungen nicht (bei Verhandlungen auf Landesebene und in der Intensivpflege)
- Krankenkassen beklagen Schiedssprüche „reflexartig“ und ziehen Verhandlungen jahrelange in die Länge

**Kranken- und Pflegekassen müssen sich in den Vergütungsverhandlungen ihrer Verantwortung um die pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg stellen!**

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

## Finanzierung der ambulanten Dienste




**Die Investitionen in die häusliche Krankenpflege sind gering (2013: 2,37 % der Ausgaben der GKV) – die Rendite („Verbleib in der Häuslichkeit“) ist groß!**



„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

## Genehmigungsverhalten in der häuslichen Krankenpflege

Es gibt Krankenkassen, die Verordnungen pauschal ablehnen und abwarten, ob sich Versicherte oder Pflegedienste wehren. Die Gründe für die Ablehnungen sind z.T. abenteuerlich:

- Menschen mit Parkinson sollen Ehepartnern Augentropfen geben
- Angehörige komplizierte Wundversorgungen übernehmen
- Berufstätige Kinder 5x täglich Medikamentengabe übernehmen

Pflegedienste unterstützen und beraten ihre Kunden bei solchen Fragestellungen. Der zeitliche Aufwand ist für die Einrichtungen immens.

**Die Kosten für das Prüf- und Genehmigungsverfahren sind riesig. Wir brauchen mehr Vertrauen in die Arbeit der Ärzte und Pflegedienste vor Ort. Der Genehmigungsvorbehalt in der häuslichen Krankenpflege muss in Frage gestellt werden.**

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

## Bürokratische Anforderungen

Ambulante Pflegedienste müssen sich auf ihr „Kerngeschäft“ konzentrieren können und von bürokratischen Anforderungen befreit werden.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

**Entbürokratisierung der Pflegedokumentation startet im Januar 2015**

**Das Projekt wird durch große Eigeninitiative der Trägerverbände (bpa / LIGA) getragen. Auch alle anderen Partner müssen zu ihren Zusagen stehen und für eine flächendeckende Umsetzung in Baden-Württemberg sorgen!**



„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

## Umsetzung des Datenträgeraustausches (DTA)

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen per DTA stellt eine Entlastung und eine Entbürokratisierung für die Pflegeeinrichtungen dar. Die Verpflichtung zur Abrechnung per DTA **und** zur Entgegennahme der Daten besteht bereits seit 1992.

Mit der AOK Baden-Württemberg gibt es eine – vorbildliche – Vereinbarung zur papierlosen Abrechnung von Pflegeleistungen.

Die anderen Kranken- und Pflegekassen setzen die Vorgaben nicht um oder erschweren das Verfahren durch die Anforderungen von zusätzlichen Papiernachweisen.

**Der DTA muss – endlich – flächendeckend und papierlos umgesetzt werden!**

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Pflegeberatung**

Der Bedarf an Pflegeberatung ist unbestritten groß und steigt weiter.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit 48 Pflegestützpunkte.

- pro Vollzeitstelle werden 4,4 Anfragen gestellt
- das KDA fordert (als ursprünglicher Initiator wenig überraschend) den weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte

**Ist das die Pflegeberatung, die die Menschen brauchen?**

**NEIN !**



„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Pflegeberatung**

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI eingeführt.

Die Pflegekassen kommen ihren Beratungsaufgaben aber nur unzureichend nach – zahlreiche Ansprüche (Verhinderungspflege, zusätzliche Betreuungsleistungen, Hilfsmittel,…) werden nicht genutzt, weil die Menschen nicht darüber Bescheid wissen.

**Ist das die Pflegeberatung, die die Menschen brauchen?**

**NEIN !**

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Pflegeberatung**

Pflegeberatung muss umfassend sein und sämtliche Aspekte beinhalten:

Ambulante Pflegedienste beschäftigen tausende von qualifizierten Pflegeberatern. Ihre Beratungsleistungen sind auf den Einzelfall zugeschnitten!

- Situation in der häuslichen Umgebung / Wohnumfeld
- Pflegepersonen / Angehörige
- Zusammenarbeit mit Ärzten / anderen Leistungserbringern
- Hilfsmittel
- Prophylaxen u.v.m.

**Vorhandene Mittel müssen in die Vergütungen der Beratungsleistungen der Pflegedienste investiert werden. Der geplante weitere Ausbau der Pflegestützpunkte ist nicht zielführend.**

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 13

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Beruf „Altenpfleger“ / Ausbildung**

- in Baden-Württemberg arbeiten fast 30.000 staatlich ausgebildete Altenpfleger in der ambulanten und stationären Pflege*
- derzeit über 10.000 Auszubildende in der Altenpflege / Altenpflegehilfe
- steigende Ausbildungszahlen in BW und bundesweit

**Altenpfleger sind Leistungsträger der häuslichen Pflege !**

**Vorsicht vor der Abschaffung der Altenpflege:**

**„Nein! Zur Generalistik!“**

* Zahlen der Pflegestatistik 2011

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 14

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Beruf „Altenpfleger“ / Ausbildung**

2012 wurde die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ gestartet.

Partner der Offensive sind die beteiligten Bundesministerin, die Ländern, die Bundesagentur für Arbeit, Kostenträger, bpa, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften und die Berufsgenossenschaft.

Seither wurden bereits große Anstrengungen unternommen:

- Kampagne „Vom Fach für Menschen“
- Azubi – Award des bpa

**Wir müssen alle gemeinsam für den Beruf werben!**



„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Macht eine Pflegekammer den Beruf attraktiver?**

Die Pflege muss gehört werden!

Wir benötigen aber **KEINE** Kammer in Baden-Württemberg, die bei den wesentlichen Punkten nicht mitreden darf.

PFLEGE

Sozialministerin Katrin Altpeter nimmt Unterschriften des Landespflegerats zur Errichtung einer Pflegekammer entgegen

**„Ich möchte nicht, dass meine Mitarbeiter in eine weitestgehend wirkungslose Kammer gezwungen werden und diese auch noch bezahlen müssen!“**

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Betreuung in der eigenen Häuslichkeit**

Pflegestärkungsgesetz: 40 % der Sachleistung dürfen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden.

→ Erstmalige Öffnung der Sachleistung für Anbieter ohne die verbindlichen Qualitätsanforderungen aus dem SGB XI

**Die Länder sind ermächtigt, Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Hierzu wird derzeit die sog. „Betreuungsangebote-Verordnung“ überarbeitet.**

**Die gesetzliche Neuregelung darf kein Einfallstor für Billiganbieter sein, die gewachsene, qualitätsgesicherte Strukturen in BW gefährden.**

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 17

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

**Betreuung in der eigenen Häuslichkeit**

Auch häusliche Betreuung gehört in professionelle Hände und muss zumindest an einen zugelassenen Pflegedienst angebunden sein!

Die bisherige „Betreuungsangebote-Verordnung“ sieht als Voraussetzung für die Anerkennung die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement vor.

**Bei der Überarbeitung der „Betreuungsangebote-Verordnung“ müssen zugelassene ambulante Pflegedienste berücksichtigt werden!**

**Private Träger – meist ohne ehrenamtliche Mitarbeiter – sind für ein flächendeckendes Angebot an (qualitätsgesicherten) niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsdiensten unverzichtbar und müssen berücksichtigt werden.**

20 Jahre SPPS Unternehmensgruppe - Das Plus an Leistung für den Menschen - 18

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

Ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeiter leisten täglich einen bemerkenswerten Beitrag zur Versorgung der kranken und pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg.

Der MDK vergibt auch im Bundesvergleich Bestnoten für die Einrichtungen in Baden-Württemberg.

**Wir können stolz sein, auf das hohe Versorgungsniveau in Baden-Württemberg!**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

## 5.5 Präsentationen der 7. Sachverständigenanhörung

**Präsentation Herr Frank Wößner**

# QUARTIERSENTWICKLUNG IN DER SAMARITERSTIFTUNG

***Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg“, öffentliche Anhörung am 20. März 2015***

***„Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“***

***Pfarrer Frank Wößner, Vorstandsvorsitzender der Samariterstiftung***

SAMARITER STIFTUNG

## WAS BEWEGT DIE SAMARITERSTIFTUNG INS QUARTIER?

***Gesellschaft im Wandel***

- Menschen wollen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen (Teilhabe)
- Gesetzliche Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention: Teilhabe von Menschen (Inklusion)
- Menschen wollen sich in ihrem direkten Umfeld einbringen, selbst über die Ausgestaltung ihres Sozialraums bestimmen (Selbstverantwortung)
- Menschen wollen auch bei Hilfebedarf im gewohnten Umfeld verbleiben
- Das Familienpflegepotential nimmt ab
- Der Fachkräftemangel verschärft sich
- Deutliche Zunahme der Zahl älterer Menschen

Leitfrage 6

SAMARITER STIFTUNG

## RICHTUNGSENTSCHEIDUNGEN – GRUNDLAGE FÜR DAS KONZEPT

*Die Gedanken der Samariterstiftung zur Quartiersentwicklung*

- **Gesellschaftliche Teilhabe** ermöglichen für Menschen mit Zugangsschwierigkeiten
- Lösungen für den **demographischen Wandel** finden
- Menschen für **ehrenamtliches Engagement** gewinnen und begleiten
- **Selbstsorgefähigkeiten der kleinen Lebenskreise** wie Familie, Nachbarschaft, Vereine etc. stärken, zivilgesellschaftliche Zukunftsvisionen entwickeln
- **Nachbarschaftsgedanken** anregen/wiederbeleben
- **Barrieren zwischen Fachbereichen abbauen**, Akteure vor Ort wirken besser zusammen (Sozialversicherungszweige, kommunale Ämter, ambulant/stationär etc.)
- Heime und Dienste zu **Kompetenzzentren für Fragen des Alters und bei Behinderung** entwickeln

**-> integrierte Quartiersstrategie in Baden-Württemberg notwendig**

**Leitfragen 1 und 3**

SAMARITER STIFTUNG

## RICHTUNGSENTSCHEIDUNGEN – GRUNDLAGE FÜR DAS KONZEPT

*Was lässt sich mit Quartiersentwicklung bewegen?*

**Die Arbeit im Quartier …**

- … ergänzt die professionellen Angebote (Pflegeheim und ambulante Dienste)
- … verbindet professionelle und ehrenamtliche Hilfen (Hilfe-Mix)

- … unterstützt den Wunsch des Einzelnen nach Selbstbestimmung und Teilhabe (Beratung/Case-Management)
- … bündelt Kompetenzen und Kapazitäten Sozialer Arbeit (quartiersorientierte Weiterentwicklung sozialer Dienstleistungen, Leistungskette)
- … schlägt die Brücke zwischen Politik, Unternehmen, sozialen Dienstleistern und Bürgern

**Leitfrage 3**

SAMARITER STIFTUNG

## RICHTUNGSENTSCHEIDUNGEN – GRUNDLAGE FÜR DAS KONZEPT

*Wichtige Säulen im Quartier*

- **Quartierskoordination**
  Ansprechpartner/in für die Quartiersentwicklung (Moderator/in, Case-Manager/in: Beratung und Koordination, Vernetzung der Angebote), in der Regel hauptamtlich (Kontinuität)
- Einfach zugängliche **Räumlichkeiten** als Treffpunkte für Aktivitäten im Quartier (quartiersbezogene Gemeinbedarfsangebote)
- **Barriere-armes Wohnumfeld**
  im öffentlichen Raum
- **Barrierefreier individueller Wohnraum**
- **Abgestimmte soziale Dienstleistungen**
- **Örtliche Infrastruktur**
  (Einkauf, Ärzte, …)

Leitfrage 1

SAMARITER STIFTUNG

## HERAUSFORDERUNGEN

*Akteure im Sozialraum einbinden*

- **Bürgerinnen und Bürger**
- **Wohnungswesen**
- **Kommunen**
- **Freie Wohlfahrtspflege**
- **Kirchen**
- **Gewerbetreibende, Handel, Unternehmen**
- **Vereine, Schulen, Volkshochschulen, Gruppen, Initiativen**

Leitfrage 5

SAMARITER STIFTUNG

## Mit Erfolg im Quartier - Projekte der Samariterstiftung

### Nachbarschaft entwickeln - „Rund um den Feuerbacher Balkon“, Stuttgart (Quartiersgedanken umsetzen)

**Anlass:** gemeinsames Projekt mit dem Siedlungswerk – Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten, neue Form von Nachbarschaft
**Start**: November 2011
**Stand**: Aufbau Talent- und Zeitbörse, Quartiersbüro
**Erfahrungen**: große Offenheit bei Anwohnern, Stadt und Institutionen; Frage nach Organisation und Finanzierung steht an

### Dienstleistungsstruktur entwickeln - Beispiel Leonberg

**Anlass:** stärkere Einbindung ins Gemeinwesen gewünscht, Dienstleistungen weiter entwickeln
**Start**: Mai 2013
**Stand**: Konzepterstellung/Kontaktgespräche
**Erfahrungen**: große Offenheit bei Bürgern, Stadt und Institutionen

### Beratung bieten - Beispiel PAULA in Pfullingen

**Anlass:** Auf- und Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützung, Koordinierung von freiwilligem Engagement und professioneller Unterstützung, damit Menschen im gewohnten Umfeld bleiben können (Case-Management)
**Start**: Januar 2013
**Stand**: Aufbau gemeinsame Anlaufstelle, Öffentlichkeitsarbeit, Stadtteiltreffen
**Erfahrungen**: BesT-Modellprojekt mit fachlicher Begleitung, große Offenheit bei Stadt und Institutionen

**Leitfragen 4,10,11,12**

SAMARITER STIFTUNG

## Nachbarschaft entwickeln - „Rund um den Feuerbacher Balkon“, Stuttgart

**Ziel: Menschen können trotz Unterstützungsbedarf im Quartier wohnen und dort am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.**

**Größe Quartier: 2.200 Menschen**

Ideen-werkstatt

Spricht alle Bewohner/innen des Quartiersgebietes an

**Quartiersbüro**
**Initiativgruppe/ Koordination**
**4-7 Personen**

Ideen:
- Besuchsdienst
- Kulturcafé
- Schwätz/ Treff am Nachmittag
- Kochevent
- Elternfrühstück
- Ombudsmann/-frau
- ....

Aufgaben: nachbarschaftliches Engagement und gegenseitige Hilfe fördern

Aufbau der Talent- und Zeitbörse

**Samariterstift Feuerbach – Service- und Quartiershaus**

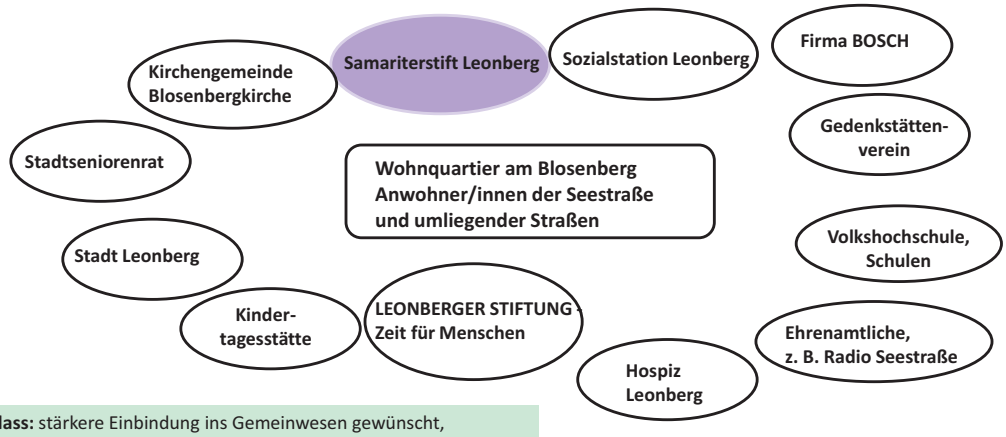
**Leitfragen 11,12**

**Anlass:** gemeinsames Projekt mit dem Siedlungswerk – Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten, neue Form von Nachbarschaft
**Start**: November 2011
**Stand**: Aufbau Talent- und Zeitbörse, Quartiersbüro
**Erfahrungen**: große Offenheit bei Anwohnern, Stadt und Institutionen; Frage nach Organisation und Finanzierung steht an

SAMARITER STIFTUNG

## Dienstleistungsstruktur entwickeln - Beispiel Leonberg

### Wohnquartier am Blosenberg – Samariterstift als Teil des Gemeinwesens




**Anlass:** stärkere Einbindung ins Gemeinwesen gewünscht, Dienstleistungen weiter entwickeln
**Start**: Mai 2013
**Stand**: Konzepterstellung/Kontaktgespräche
**Erfahrungen**: große Offenheit bei Bürgern, Stadt und Institutionen

Leitfragen 4,10

SAMARITER STIFTUNG

## Beratung und Begleitung bieten - Beispiel PAULA in Pfullingen

**Angebote**
- Häusl. Pflegedienst SAMobil
- Servicewohnen
- Ambulante WG
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Samariterstift

**Samariterstiftung**
Samariterstift Pfullingen, Haus am Stadtgarten

SAMARITER STIFTUNG

**Diakonie-Sozialstation Pfullingen-Eningen u. A. e. V.**

Diakonie Sozialstation Pfullingen-Eningen u.A.e.V.

**Einwohnerzahl Pfullingen: 18.500 Menschen**

**PAULA Anlaufstelle für:**
Menschen mit Unterstützungsbedarf und ihre Angehörigen

**Unterstützt durch:**
**PFULLINGER STIFTUNG – Zeit für Menschen**
und dem
**Krankenpflegeförderverein in Pfullingen**

**Verknüpfung mit:**

**Vereine**

**Stadt Pfullingen**

**Kirchengemeinden**

**Bürgertreff**

**Schulen, Volkshochschule**

**Anlass:** Auf- und Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützung, Koordinierung von freiwilligem Engagement und professioneller Unterstützung, damit Menschen im gewohnten Umfeld bleiben können (Case-Management)
**Start**: Januar 2013
**Stand**: Aufbau gemeinsame Anlaufstelle, Öffentlichkeitsarbeit, Stadtteiltreffen
**Erfahrungen**: BesT-Modellprojekt mit fachlicher Begleitung, große Offenheit bei Stadt und Institutionen

Leitfragen 4,11,12

SAMARITER STIFTUNG

## KONSEQUENZEN

*Für die Gestaltung durch Politik - Bundesebene*

**1) Leistungen flexibler gestalten**

- Individuelle Leistungsarrangements durch Sachleistungsbudget

**2) Kommunale Ebene stärken - lokale Verantwortungsgemeinschaften schaffen**

- Stärkung der kommunalen Finanzkraft
- Stärkung der Planungshoheit für die Steuerung der lokalen (Pflege-)Infrastruktur
- Gewährleistungsverpflichtung für Quartiersmanagement in Kooperation mit der Freien Wohlfahrtspflege
- Schaffung regionaler Pflege-Budgets (Steuerung durch Kommunen)
- Anreize schaffen für ambulante Versorgung und bürgerschaftlich-professionelle Pflegearrangements

Leitfrage 17

SAMARITER STIFTUNG

## KONSEQUENZEN

*Für die Gestaltung durch Politik – auf Landesebene*

**1) Verlässliche Finanzierungsgrundlage für lokales Netzwerkmanagement bieten**

**2) Gesamtstrategie Quartier entwickeln**

- Von projektorientierten Maßnahmen zur Gesamtstrategie finden:
  Schaffung wohnortnaher und kleinräumiger Versorgungsangebote und –strukturen
- Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften;
  neue, innovative Wohn- und Betreuungsformen zulassen und unterstützen
- Entwicklung Heimrecht: Öffnung stationärer Einrichtungen zur Förderung der Quartiersentwicklung
- Quartierskonzepte als fester Bestandteil der Städtebauförderung

**3) Weiterentwicklung der Ausführungsbestimmungen zu § 45 SGB XI**

- Förderung sozialer Nachbarschaftsnetze und bürgerschaftlichen Engagements;
  Betreuungs- und Entlastungsangebote (Verordnung und Verwaltungsvorschrift)

Leitfrage 17

SAMARITER STIFTUNG

Weitere Informationen:

**Soziale Zukunft Wohnquartier**
Impulse und Positionen für eine Quartierstrategie in Baden-Württemberg

www.samariterstiftung.de

SAMARITER STIFTUNG
Diakonie WEFA
Stiftung Liebenau
caritas AG katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in der Diözese Rottenburg-Stuttgart

# Vielen Dank.

SAMARITER STIFTUNG

**Präsentation Frau Ursula Kremer-Preiß**

Kuratorium Deutsche Altershilfe

## Öffentliche Anhörung durch die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg“

## Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum

**20. März 2015, Stuttgart**

**Ursula Kremer**
**Kuratorium Deutsche Altershilfe**

Viele reden vom Quartier……

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

## Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Quartiersansätze können eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen sein…**

- wachsende Zahl an Menschen Hilfe- und Pflegebedarf
- Zunahme alleinstehender Menschen
- Verringerung des Potenzials helfender Angehöriger
- Ökonomische Belastungen beim Ausbau pflegerischer Unterstützungsstrukturen
- Pflege(fach)kräftemangel
- den Wandel der Wohnwünsche

M3-12 2

## Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Ziele von Quartiersansätzen

**Erhaltung des (selbstständigen) Wohnens im vertrauten Wohnumfeld**

**Stärkung von Eigeninitiative und gegenseitiger Hilfe**

M3-12 3

## Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Mögliche Wirkungen von Quartiersansätzen nach Modellrechnungen….

- Reduzierung der Anzahl stationär versorgter Pflegebedürfte von 735.000 (2012) auf aktuell 473.000 bei Verbesserung der ambulanten Strukturen durch flächendeckende Bereitstellung altersgerechter Wohnungen für alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen. (*Quelle: BIBSR 2014: Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, Berlin)*
- Minderausgabe für Kommunen von ca. 500 Mio. pro Jahr bei der „Hilfe zur Pflege“, wenn es gelingt, nur 10 % der Pflegebedürftigen statt in stationären Einrichtungen in niederschwelligen Angeboten zu versorgen. (*Quelle: Bertelsmann Stiftung 2014: Regionales Pflegebudget, Gütersloh)*
- Reduzierung der Fachkräftelücke um die Hälfte, wenn es gelingt die stationär Versorgten Pflegebedürftigen in Stufe I sowie 10 % der Pflegebedürftigen anderer Pflegestufen in nicht stationären bedarfsgerechten Versorgungsformen zu versorgen.
  *Quelle: Bertelsmann Stiftung* 2014: Regionales Pflegebudget, Gütersloh)

M3-12 4

## Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Praktische Erfahrungen bei der Umsetzung von Quartiersansätzen

„Unser Ziel ist es, Heimunterbringungen zu vermeiden und es Menschen zu ermöglichen, lange in ihren Wohnungen zu bleiben. [….]
In den letzten beiden Jahren ergaben sich für den Kreis **Netto-Einsparungen von geschätzt 2,4 Mio. €** durch verhinderte Heimunterbringungen, die sich auf die Leistungen der Wohnberatungsstellen [ein wesentlicher Baustein von Quartierskonzepten] zurückführen lassen.“

*Pressemeldung Landkreis Unna, 2008*

Wohnberatungsstelle Kreis Unna

**SROI-Analyse 2011**

**Quartiersbewohner im Vergleich zu einer Kontrollgruppe…**
…haben **bessere Gesundheitsentwicklung** und geringeren Hilfebedarf und reduzieren so die Kosten für Unterstützungs- und Pflegebedarf,

…**engagieren sich mehr** für Nachbarn vor allem in Bezug auf Alltagshilfen und sind aktiver und **mehr sozial integriert**,

…beurteilen ihre Wohn- und **Lebenssituation besser**.

*Quelle: www.song.de*

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Generationengerechte räumliche Infrastruktur**

**Bedarfsgerechtes Wohnangebot**

**Wohnort-nahe Beratung und Begleitung**

**Bedarfs-gerechte Dienstleis-tungen und Angebote**

**Wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld**

**Tragende soziale Infrastruktur**

M3-12 6

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Schaffung Altersgerechte Wohnungen im Quartier**

**Barrierefreier Neubau**

**Strukturelle Bestandsanpassung** Goslaer Wohnstättengesellschaft

**Individuelle Wohnungsanpassung**
Wohnberatung Kreis Unna

M3-12 7

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Schaffung eines altersgerechten Wohnumfeldes**

**Barrierearme Wohnumfeldgestaltung**

Genossenschaftsladen, Bodensee

**Infrastruktursicherung**

Multifunktionshaus, Schwerin

**Mobilitätssicherung**

BürgerBus Westerstede e.V.

M3-12

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Sicherung sozialer Teilhabe im Quartier**

**Sicherung von Begegnungsmöglichkeiten**

Nachbarschaftstreffe, Halle

Mehrgenerationenpark, Hoyerswerda

**Stärkung von Netzwerken**

Seniorennetzwerk, Viersen

**Erhalt lebendiger Nachbarschaften**

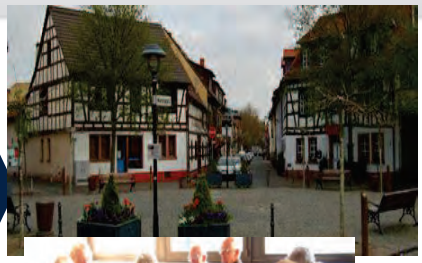
Nachbarschaftsstifter, Gelsenkirchen

M3-12 9

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Sicherung von ortsnaher Beratung**



**Dezentrale örtliche Beratungsstellen**
**Stadtteilberatungsstelle, Neu Isenburg**

**Zugehende Beratung**
„Betreutes Wohnen zu Hause, Germering

**Mobile Beratung**
Geronto-psychiatrisches Beratungsmobil, Rhein-Erft-Kreis

M3-12 10

10

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN

**Maßnahmenschritte zum Ausbau von Alltagshilfen im Quartier**

**Ehrenamtliche Alltagshilfen**

Nachbarschafts- und Bürgervereine,

Seniorengenossenschaft,

**Kostengünstige professionelle Alltagshilfen**

Wohnen für Hilfe, Köln

„Haushaltsassistenz für die Pflege“ in Rheinland-Pfalz (pauschalierte Festbetragsförderung von 200 Euro pro Monat zum Brutto-Arbeitsentgelt bei einer nach tariflichen Bestimmungen neu geschaffen vollzeitbeschäftigten Assistenzkraft)

M3-12 11

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Sicherung Betreuung und Pflege im Quartier**

**Mobile zugehende Angebote**

**Mobile Tagespflege** im Main-Kinzig-Kreis

**Mobile Zahnärzte**, Bayern

**Multifunktionshäuser**
Region Stettiner Haff

M3-12 12

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte zur Sicherung Betreuung und Pflege im Quartier**

**Dezentrale, kleinteilige Rund-um-die-Uhr-Betreuung**

Pflegewohngemeinschaften

Bielefelder-Modell

**Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger**

Gastfamilien-Modelle

M3-12 13

## Was gehört in altersgerechte Quartier?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Heime zu „Quartiershäuser“ weiterentwickeln

- **Öffnung in das Quartier:** Bürgerinnen und Bürger kommen ins Heim

**„Museum für Lebens-geschichten“** im Alters-Wohn- und Pflege-zentrum „Hof Speicher“

- **Öffnung für das Quartier:** Das Heim bringt Angebote in das Quartier

Das Altenzentrum „Am Bachgraben“, Allschwil, Schweiz, öffnet eine Vielzahl von Angeboten für das Quartier (Friseursalon, Fitnessraum, Bankomat, Restaurant, Bäckerei)

Fitnesscenter

hauseigene Bäckerei

Quelle: Age Dossier 2011

M3-12

14

## Wie Quartierskonzepte umsetzten?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Schritt für Schritt einzelne Quartiersentwicklungsmaßnahmen umsetzen

**Praxisbeispiel**: Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V. (ca. 3.500 Einw.)

16 Betreute Wohnungen im Schwanenhof (1998)

Begegnungsräume für das ganze Dorf (1998)

Bürgerbüro im Schwanenhof (1999))

Tagesbetreuung für alte und behinderte Menschen im Schwanenhof (2006)

Pflegewohngruppe „Adlergarten“ (2008)

Qualifizierung von Alltagsbegleitern (2010)

Integratives Café „Miteinander“ (2012)

M3-12

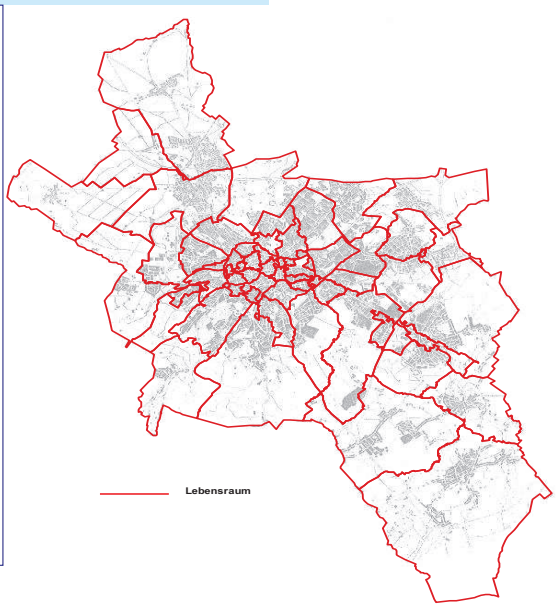
## Wie Quartierskonzepte umsetzen?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Quartiere identifizieren und analysieren

**Praxisbeispiel Aachen: Repräsentative Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in zur Bestimmung der Lebensräume**

- Anzahl: 1.500 Personen
- Inhalte:
  „Wo kaufe ich was ein?“
  „Wo leben meine Freunde, die ich besuche/die mich besuchen?“
  „Wo verbringe ich meine Freizeit?“
- Ergebnis: Identifizierung von 52 Lebensräumen in Aachen




M3-12

## Wie Quartierskonzepte umsetzten?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

**Vernetzung**

„Masterplan Wohnen“, Bielefeld

**Partizipation**

Quartiersbegehung, Goch

M3-12 17

## Wie Quartierskonzepte umsetzten?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Vernetzung

**zu Lokale Entwicklungs-/Verantwortungsgemeinschaften**

Stadtbezirksarbeitsgruppen „Zentren plus“, Düsseldorf

Dorfentwicklungsgemeinschaft „Unser Dorf hat Zukunft“, Eschwege

Lenniger Netz

Freiwillige Zusammenschlüsse örtlicher Akteure – Kommune, soziale Dientleister, Wohnungsanbieter, Bürgervereine, Einzelhändler, Kirchenvertreter, Kassenvertreter, Ärzte usw. -, die als gemeinsames Netzwerk die Quartiersentwicklung voran treiben.

M3-12

## Wie Quartierskonzepte umsetzten?

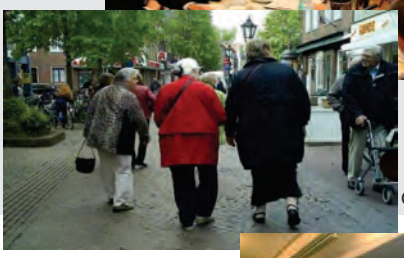
Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Partizipation

**Leitbildentwicklung**

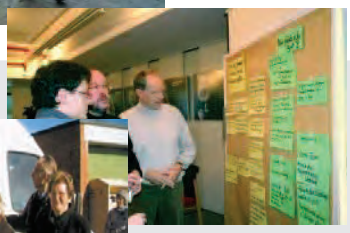
Weltcafé-Methode, Köln

**Quartiersanalysen**



Quartiersbegehung in Goch

**Maßnahmenplanung**



Planungskonferenz Bielefeld

**Maßnahmenumsetzung**

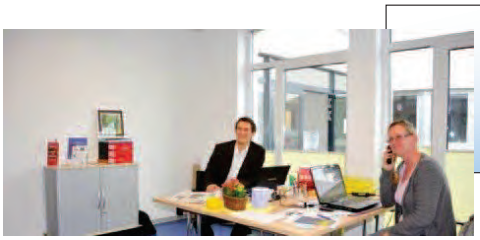
Ehrenamtliche Hilfe, Steinen

M3-12 19

## Wie Quartiersentwicklung verstetigen?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Sicherung des Quartiersmanagements



Quartiersmanager, Lindlar

» Ein Quartiersprojekt braucht vor allem in der ersten Zeit einen „Kümmerer“, der es am Leben erhält und der auch Frustrationstoleranz hat «

Praktiker eines Quartierprojektes

### Aufgabenbereiche

Sicherung von

- Transparenz
- Koordination
- Projektbezogenem Arbeiten
- Beteiligung

M3-12 20

## Wie Quartierskonzepte finanzieren?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Fördermöglichkeiten:

**DHW Förderbaustein 3.1.1. Quartiersentwicklung**

- **Zuschuss zu den Personalkosten für das Quartiersmanagement von aktuell ca. 80.000,-- Euro für drei Jahre seit 2011**
- **Nur Wohlfahrtspflege förderfähig, Eigenleistung i. d. R. 20 % erforderlich**

**KDA Förderbaustein 5600 Konzeptentwicklung**

- **Zuschuss von bis zu 8.000 für die Sozialraumanalyse**
- **Nur Wohlfahrtspflege förderfähig, Eigenleistung i. d. R. 20 % erforderlich**

**Förderung Land NRW**

- **Förderung eines Quartiers je Kreis/kreisfreie Stadt seit 2015**
- **jährlich 40.000,-- Euro (30.000,-- Euro fürs Quartiersmanagement, 4.500,-- Euro Sachkosten, 5.500,-- Euro Teilhabemaßnahmen)**
- **Förderzeitraum max. 3 Jahre**

M3-2 21

## Wie Quartierskonzepte finanzieren?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Finanzierungsformen des Quartiersmanagements

**Betreuungspauschale**

**Mietnebenkosten**

**Sozialleistungen**

Bielefelder-Modell, Bielefeld

**Kommunale Daseinsvorsorge**

Alten Service Zentrum, Eching

Sozialfond

Stiftung Liebenau, Amtzell

M3-12 22

## Wie kann das Land Quartiersentwicklung fördern?

Kuratorium Deutsche Altershilfe
LÖSUNGEN ENTWICKELN STRUKTUREN VERÄNDERN

### Sensibilisierung und Information

- Datenbank mit Infobroschüren, Methodensammlung und Praxisbeispielen
- Beratungsangeboten für Initiativen und Kommunen
- Informations-veranstaltungen
- Erfahrungsaustausch für Kümmerer

### Unterstützung bei der Umsetzung

- Qualifizierungsmaßnahmen für Kümmerer
- Finanzielle Förderung des Quartiersmanagement
- Erleichterung bei der Umsetzung dezentraler Einzelmaßnahmen im Quartier (rechtlich, finanziell)

23

**Aufbau einer Koordinierungsstelle „Quartiersentwicklung in Baden Württemberg“**

Kuratorium Deutsche Altershilfe

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Ursula Kremer-Preiß

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Telefon 0221 / 93 18 47-0
Fax 0221 / 93 18 47-6
E-Mail info@kda.de
Internet www.kda.de

### 5.6 Präsentationen der 8. Sachverständigenanhörung
### Präsentation Frau Elisabeth Beikirch

## Gliederung

1. Dokumentation und Entbürokratisierung
2. Schlanke Pflegedokumentation in der Langzeitpflege
3. Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Gestaltung einer Pflegedokumentation und rechtliche Einordnung
4. Ziele der Implementierungsstrategie 2015, Chancen und Benefit für den pflegerischen Alltag

Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung 24.04.2015 Seite 2

# 1. Dokumentation und Entbürokratisierung



## Die sechs Handlungsfelder zur Entbürokratisierung in der Pflege (Ombudsfrau 2012)

1. **Pflegedokumentation im Zusammenhang mit externer Qualitätssicherung gemäß SGB XI und landesrechtlicher Regelungen (Heimaufsicht)**
2. **Parallele Prüfverfahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen/ Prüfdienst der PKV und den Heimaufsichten**
3. Verordnungs-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren in der Häuslichen Krankenpflege
4. Vertragsgestaltung und Verfahren im Kontext Hilfsmittel gemäß SGB V
5. **Aufwand durch weitere ordnungsrechtliche Prüfinstanzen in den Ländern**
6. Schnittstellenproblematik zu Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern SGB V, SGB XI und SGB XII

## Berichtsergebnisse ‚Erfüllungsaufwand' (Statistisches BA 2013) und Eingaben aus der Praxis

| Ergebnisse aus dem Bericht | Eingaben aus der Praxis |
|---|---|
| **2,7 Mrd. Euro** jährliche **Kosten** für die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste<br><br>**ca. 13 % der Arbeitszeit der PFK** pro Schicht (ambulant/stationär) | Aufwand für (Pflege) Dokumentation liegt bei **20-30% der täglichen Arbeitszeit***<br><br>*Bezugsgrößen sehr unterschiedlich, keine validen Daten |
| 1,9 Mrd. für ‚**Ausfüllen von Leistungs-nachweisen'**<br>(70,4% stationär, 28,7% ambulant*, 0,9% Tagespflege)<br>* Nur Häusliche Pflege mit Inanspruchnahme von Pflegediensten, auch Empfänger von Kombinationsleistungen | **Stationär**: Einzelleistungsnachweise bei Pauschalvergütung sinnvoll?<br>**Ambulant**: Einzelleistungsnachweise obligat für Abrechnung |



## Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

**„Reset" Pflegedokumentation** steht für einen Paradigmenwechsel in der Pflegedokumentations-struktur, der **ohne Schulung und Übung nicht umsetzbar ist.**

- Aufhebung des Eindrucks, für Prüfinstanzen zu dokumentieren
- Beendigung der Situation einer „angstgetriebenen" Pflegedokumentation
- Vermittlung von Rationalität im Umgang mit der Risikoeinschätzung
- Stärkung der fachlichen Kompetenz von Pflegefachkräften (Rückbesinnung)
- Rückgewinnung des Stellenwertes der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag („Reset")

# 2. Schlanke Pflegedokumentation in der Langzeitpflege



## Entstehungsgeschichte

### Historie

- Überbordendes Ausmaß der Pflegedokumentation
- Auftrag BMG Juli 2012- Juni 2013 Erarbeitung Lösungsvorschlag
- Julie 2013: Vorschlag der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung für ein Strukturmodell zur Pflegedokumentation in der Langzeitpflege
- Entwicklung in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus der Praxis, der Pflegewissenschaft; Hinzuziehung juristischer Expertise

### Praxistest „Praktische Anwendung des Strukturmodells"

- September 2013 – Februar 2014
- Gemeinsame Erklärung der Vertragspartner nach § 113 SBG XI (04.07.2014) zur bundesweiten Implementierungsstrategie (IMPS)

### Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

- Initiative des Pflegebevollmächtigten
- Einrichtung Projektbüro zur Koordination und Steuerung des IMPS

## Neuausrichtung der Pflegedokumentation auf der Grundlage von Expertenberatungen

EinSTEP

- Fachliche Verständigung zu einer **wissenschaftsbasierten Grundstruktur** unter Einordnung juristischer Aspekte (Strukturmodell)
- **Keine Musterdokumentation** aber Verständigung auf Grundprinzipien einer Pflegedokumentation (Vier Elemente)
- Rückgewinnung **zeitlicher Ressourcen** für die direkte Pflege
- Herstellung von **Anschlussfähigkeit** zu anderen Verfahren (Neues Begutachtungsassessment/Ergebnisqualität)

Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung 24.04.2015 9 Seite 9

## Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells basierend auf vier Elementen

EinSTEP

| Element 1 | Element 2 | Element 3 | Element 4 |
|---|---|---|---|
| **Strukturierte Informationssammlung (SIS)**:<br>• Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person<br>• Sechs Themenfelder zur fachlichen Einschätzung<br>• Risikomatrix | Individuelle **Maßnahmenplanung** auf Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS | **Berichteblatt** mit Fokussierung auf:<br>• Abweichungen von der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung<br>• aktuelle Ereignisse<br>• Beobachtung durch weitere Beteiligte | **Evaluation:**<br>Festlegung von Evaluationsdaten oder Zeiträumen aus Erkenntnissen<br>• der SIS<br>• der Maßnahmenplanung<br>• des Berichteblatts |

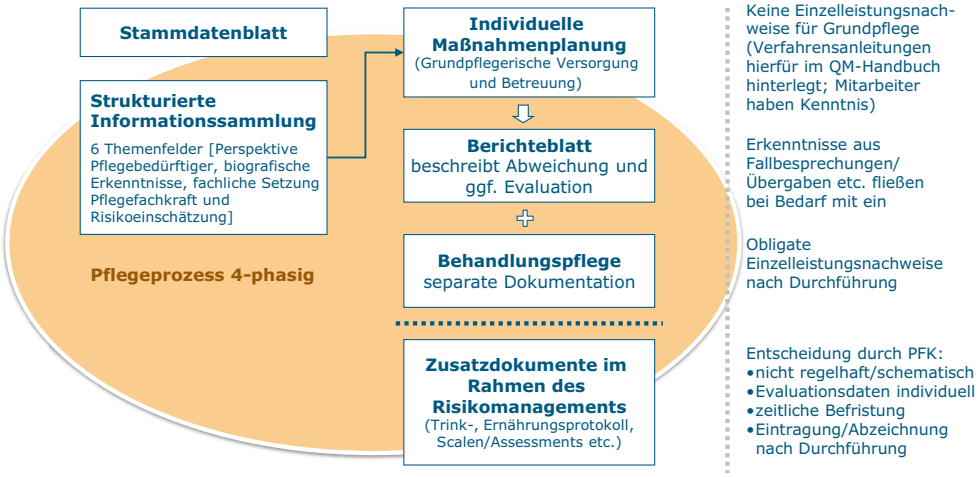
Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung 24.04.2015 Seite 10

## Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells Personenzentrierter Ansatz und Übersichtlichkeit

- Die pflegebedürftige Person nimmt im Strukturmodell bewusst eine **aktive Rolle** wahr (Selbstbestimmung, Individualität, Lebensqualität SGB XI), soweit es ihr aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen möglich ist.
- Bisherige Dokumentationspraxis:
  - (Eigen)Wahrnehmung der Klienten ist oft in der Vielfalt sonstiger interner und externer Anforderungen untergegangen
  - Überblick ging verloren, zu wenig Orientierung für individuelle Prozesssteuerung
- Dokumentation nach dem Strukturmodell:
  - Sichtweise der Pflegebedürftigen wird übersichtlich abgebildet
  - Verständigung über den Pflegeprozess wird stimuliert



## Grundstruktur zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation



# 3. Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Gestaltung einer Pflegedokumentation und rechtliche Einordnung



## ‚Step by Step' - Konzertierte Aktion im Rahmen der Implementierungsstrategie

- Es geht nicht nur um **‚weniger'** in der neuen Dokumentationspraxis, sondern um **effektiver und effizienter.**
- Es geht um eine **zukunftsfähige Gestaltung** der Pflegedokumentation und die Herstellung von **Anschlussfähigkeit** an das Konzept **des neuen Begutachtungsinstruments** (NBA).
- Es geht um eine **Weiterentwicklung** der Pflegedokumentation, die **fachlichen Kriterien** stand hält, gleichzeitig **zeitschonend** ist und mit der sich die **Pflegenden** wieder **identifizieren.**

## Sozialrechtlicher Rahmen und Beschlussfassung Vertragsparteien gem. SGB XI

- **In den Maßstäben und Grundsätzen (MuG)** sind
  - „Anforderungen zu regeln an 1. eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinaus gehen dürfen." (§113 Abs. 1 SGB XI)

- **Durchführung der Qualitätsprüfunge**n:
  - „Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten (…) sowie der Pflegebedürftigen (…) angemessen zu berücksichtigen." (§ 114a Abs.3 SGB XI)

- **Pressemitteilung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (04.07.2014 Beschlussfassung):**
  - Die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells, ist mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen sowie der QPR vereinbar.



## Rechtliche Einordnung zum Strukturmodell und Pflegedokumentation

Die Quintessenz der juristischen Beratung wurde 2014 in der sogenannten **„Kasseler Erklärung"** formuliert. Sie schafft Klarheit zu haftungs- und sozialrechtlichen Aspekten für die Pflegedokumentation bei der Umsetzung des Strukturmodells.

Mit den Empfehlungen bestätigen die juristischen Experten **erneut** den eigentlichen **Zweck der Pflegedokumentation:**

- Erfüllung von fachlichen Anforderungen,
- Instrument zur Kommunikation und Steuerung
- Dokument für interne und externe Anforderungen zur Qualitätsdarlegung

# 4. Ziele der Implementierungsstrategie 2015, Chancen und Benefit für den pflegerischen Alltag

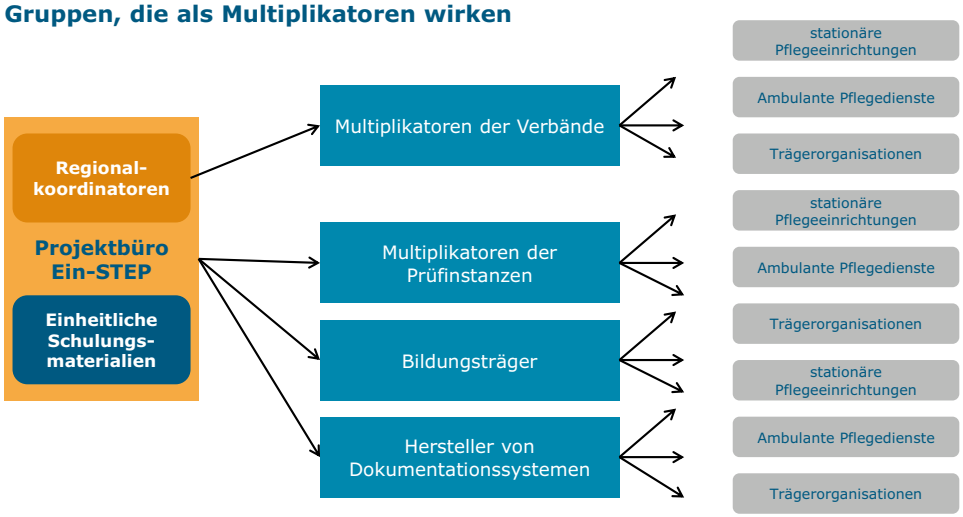


## ‚Step by Step' - Konzertierte Aktion im Rahmen der Implementierungsstrategie

- Die Umsetzung einer (interdisziplinär) fachlich ausgestalteten Neuausrichtung der Pflegedokumentation erfordert ein **Umdenken bei allen zentralen Akteuren** (Paradigmenwechsel).
- Notwendige **strategische Partnerschaften**:
  - Zusammenarbeit mit den **Prüfinstanzen** (Medizinischen Dienste, Heimaufsichten, Pflegedienst der Privaten) und Kostenträgern (Aufbau Vertrauenskultur)
  - Dialog mit den Anbietern der **Dokumentationsbranche**

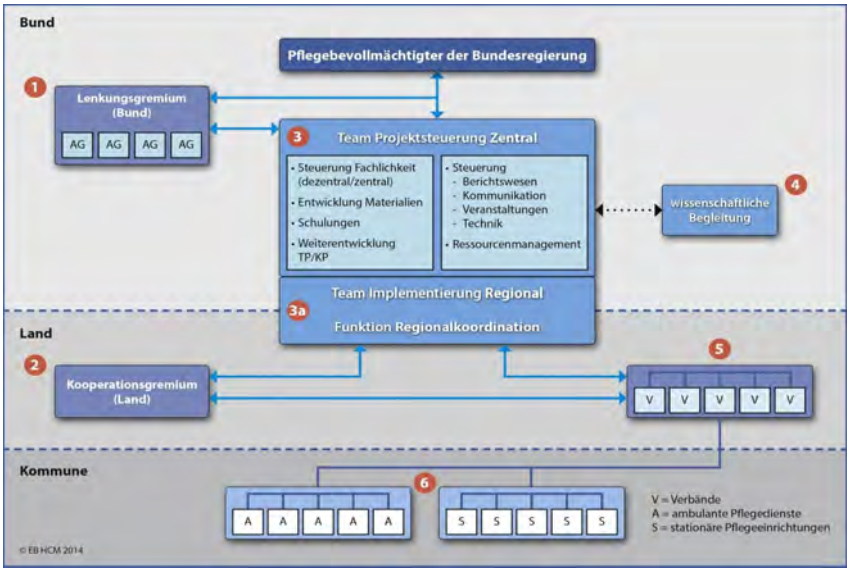
## Implementierungsstrategie 2015

### Aufbau von Expertise in der Fläche durch Schulung der relevanten Gruppen, die als Multiplikatoren wirken






## Implementierungsstrategie – Organisations- und Kommunikationsstruktur



## Benefit für Pflegeeinrichtungen

Die Erprobung des Strukturmodells hat gezeigt, dass die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu wichtigen **betrieblichen Zielen** einen Beitrag leisten kann:

- **Entlastung** und **Motivation** der Mitarbeiter durch die Umstellung auf eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien stand hält und gleichzeitig **übersichtlich**, **praxistauglich** und **zeitschonend** ist.
- **Mehr Zeit für die direkte Pflege** und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- Beitrag zur betrieblichen **Gesundheitsförderung**:
  - die Pflegedokumentation stellt **keinen zusätzlichen Belastungsfaktor** im beruflichen Alltag mehr dar

    und
  - die **fachliche Kompetenz** der Pflegefachkräfte wird **gestärkt.**

**Präsentation Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann**

Prof. Dr. Ulrike Höhmann
Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen
universität Witten/Herdecke

Anhörung der Enquetekomission „Pflege“
24.4.2015, Landtag Stuttgart

## Thesen zu
## Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 1

# Agenda

1. Qualität??? Inhaltliche Kernelemente
2. Bürokratisierung
3. Q- Kontrolle: Beispiel Pflegedokumentation (PTV)
4. Elemente einer Lösungsstrategie

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 2

## 1. Qualität??? : Kernelemente

multidimensional, unterschiedliche Stakeholder, Perspektivabgleich

Bedeutung für Individual- + Populationsebene, valide + reliabel messbar

- Gesundheit + Lebensweltbezüge (z.B. Ausgangspunkt: Gewohnheiten + Kompetenzen: Alltag, Krankheit, Biographie, Selbstmanagement, Koordination von Hilfen: NBA erfasst ähnliches)
- Präventions-, Verlaufsperspektive
- Dienstleistung: Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene

**Voraussetzung: Überwindung des aktuellen Theoriemangels**

Fachlich relevanter, konsentierter, theoriegeleiteter Bezugsrahmen

- Systematischer Zusammenhang: Ziel - Maßnahme - Wirkung

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 3

## Konzentration auf Indikatoren zur Ergebnisqualität ?

Attraktivität: Theoriedefizit → Legitimationsproblem von Inhalten (alte PTV)

↓

Annahme: Ergebnisebene ist zentral aber unterrepräsentiert

↓

- Ausweg = „Ergebnisindikatoren“ ??? messen, was messbar ist
- geben graduell (%) Erfüllungsgrad eines Kriteriums für **Aggregat** an
- Wertentscheidung nötig: ab wann Q?
- Dienstleistungsprozess und individuelle Situation außer Acht

- Indikatoren möglich für Struktur-/ Prozess-/ Ergebnisebene

↓

**Einsatz von (Ergebnis-) Indikatoren = abhängig von Erkenntnisinteresse zur Versorgungsqualität!**

Höhmann, Stuttgart 24.4. 2015 4

## 2. Bürokratisierung

- Nicht per se schlecht: Schutz vor Willkürherrschaft
- Problem: Verselbständigung von Zielen, fachliche Definitionsmacht fehlt
- Aktuell: oft verstanden als fachentfremdete Kontrolle
- „Kontroll-Idee“ ersetzt fehlende Debatte um inhaltliche Ziele, sinnhafte Zweck-Mittel-Relationen

↓

**Probleme**

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 5

## 3. Q- Kontrolle: Beispiel Pflegedokumentation (PTV)

**PD muss widersprüchliche Ziele + Handlungslogiken koppeln: formale Nachweisziele dominieren pflegefachliche und -praktische Ziele**

- Einführung der PD meist unter Modernisierungszwang – ohne „matching“ und „restructuring“ (Rogers)
- „Kolonialisierung“ der Pflege, mißverstandene „Professionalisierung“ (z.B. Mythos: “was nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht)
- ökonomisch vorstrukturierte Logiken zentral
- pflegefachlicher Druck auf Form, Inhalte der PD-Praxis gering: professionelle Unsicherheit!
- Ethos / Sinn und Erfolge der Arbeit finden keine Abbildung: analytische Zergliederung, kaum Synthese und Alltagsbezug, keine Verläufe
- Akzeptanzprobleme der Praxis mit dysfunktionalen Effekten verschobener Relevanzen (Ausfüllpraxis im Team / Doppler und Lücken bei Prüfungen, lästige Arbeit…, etc.)

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 6

- PD = formale Legitimation, schlechte Aufwand-Nutzen Relation
- PD und realer Arbeitsprozess klaffen systematisch auseinander
- fragmentierter und selektierender Charakter der PD-Vorgaben prägen rückwärtig Pflegepraxis und Pflegeinhalte

↓

**PD erzeugt Paradoxie:**

a. „Bemühen“ der Pflege um Legitimitätssicherung in der „rationalen Erwartungssphäre“ misslingt mit aktueller PD
b. Inhalte der PD unterminieren gleichzeitig die Legitimation der Pflegearbeit in der fachlichen „Wertsphäre“

↓

Notwendig: konzeptionelles Entkoppeln der Anforderungen!
Zweckbestimmung klären!

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 7

## Ausgewählte Prinzipien zur Q- Kontrolle

**Voraussetzung: Inhaltlicher Konsens**

Validität, Reliabilität, Transparenz des Vorgehens (gesellschaftliche / politische Öffentlichkeit, Nutzer, geprüfte Einrichtungen, Prüfer, Kostenträger…)

Akzeptanz der Kontrolle bei allen Stakeholdern… **WER kontrolliert WAS???**

**Umsetzung:**

- Q- Kontrolle „schlank“, kein Selbstzweck
- QM als systematisches Lernen aus Rückkopplungsschleifen (soziale Innovation)
- Fehlerreduktion bei Phänomenidentifikation, Erhebung, Auswertung
  **(Gegenstand: Struktur-, Dienstleistungsprozess-, Ergebnisqualität)**
- mixed methods mit explizitem Bezug zu Theorie / Erkenntnisinteresse

8

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

## Veröffentlichung von Prüfergebnissen

- Funktion oft idealisiert (Harrington 2003): „Transparenz ist gut“ ??
- (veröffentlichte) Daten: oft Gütemängel, Fehler, „quasi Objektivität“
- Frage klären: welche Information / für wen / wozu / von wem?
- Forschungslücke: zur Nutzen / Bedeutung der Information
  (Nachfrageverhalten der Verbraucher? Leistung der Träger: Optimierung vs. Mediokrisierung?)
  (Bedeutung externer Rahmenbedingungen / Anreizsysteme? Berichtsfehler? z.B. Noten /Ampeln: Bedeutung der Aggregationen und Korrelation der Bereiche?)

- Nutzer unter Druck: unsicher, kaum Maßstab
- Auswahl von Humandienstleitungen: selten rationale Kriterien
- rationale Entscheidungen schwer, wenn (zuviele) Kriterien unbekannter Bedeutung: Paradoxe Sicherheiten

↓

- „Transparenz“ nichts „Allumfassendes“,
- Spezifizieren: inhaltliche Teilbereiche, Zielgruppen + Zwecke
- bei differenzierten Humandienstleistungen: Verzicht auf Summenaussagen
- Deskription zentraler Einzelleistungen, nutzungsrelevante Bewertung
- für Nutzer anregen: persönliches Urteil / Anschauung: Besuch von Einrichtungen, Gespräche, etc.

Höhmann, Stuttgart 24.4. 2015 9

## 4. Elemente einer Lösungsstrategie

Entwicklung einer **langfristigen** Gesamtstrategie!!!
gegen **langfristige** Versäumnisse

1. **Qualifikation: Akademisierung der Pflege**
   Differenzierung von Qualifikationsniveaus bei Durchlässigkeit
   Aufgabenfestschreibung für Qualifikationsniveaus
2. **Differenzierte Ressourcenaufstockung:**
   nicht mehr vom selben! (Kompetenzentwicklung der Führung, Umstrukturierung von Organisationen, Anreizsystemen, Innovationsunterstützung)
3. **Rückgewinnen: gesellschaftliches Klima des Vertrauens**
4. **Ideengeber: Prinzipien von „Spitzenunternehmen“**

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 10

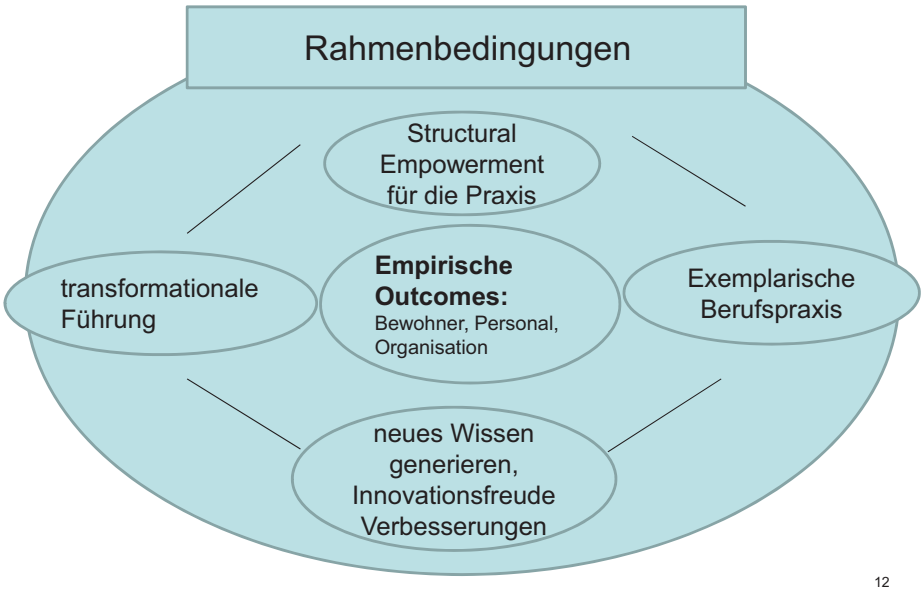
## 8 zentrale Merkmale von Spitzenunternehmen

1. Aktive, innovationsfreudige Arbeitskultur
2. Nähe zum Kunden: Prozesse im Bewußtsein der ratio essendi
3. Selbstständigkeit und Verantwortung aller Mitarbeitenden
4. Leitidee: Produktivität wird durch Menschen erzeugt
5. Sichtbar gelebtes Wertsystem, konkret und exemplarsich
6. Konzentration auf das was man kann
7. Einfacher, flexibler Aufbau, Rssourcensicherung für Mitarbeitende
8. Straff-lockere Führung

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 11

## Systematisierung: Magnet Model

(Magnet Hospitals, ANCC 2010)




12

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

## 14 Kräfte des Magnetismus

1. Qualität der pflegerischen Führung systematisch fördern
2. Flache, effiziente Organisationsstrukturen, Ressourcensicherung
3. Management Stil: fach- und werteorientiert, kreativitätsfördernd
4. Personalentwicklung: Strategien und Programme
5. Explizite Professionelle Pflegestrategien
6. Qualität der Pflegepraxis
7. Aktive inhaltliche Qualitätsentwicklung
8. Offenheit, Beratung, Neugierde, intensive Kommunikation, Lernen
9. Autonomie und Verantwortung in der Arbeit
10. Einrichtung als eingebettet in Kommune erleben
11. Pflegende: Rollenvielfalt, bes. Anleitende (Kollegen, Bewohner, Angehörige)
12. Positives Bild der Pflege in die Öffentlichkeit tragen
13. Interdisziplinäre Beziehungen aufbauen und pflegen
14. Berufliche Entwicklungen der Mitarbeitenden fördern

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015 13

**Präsentation Herr Michael Wipp**

# Enquetekommission Pflege
# Landtag von Baden-Württemberg

## Anhörung 24. April 2015

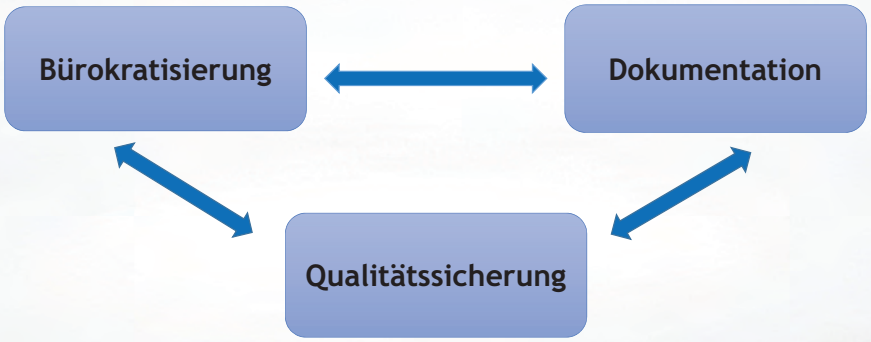
„Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung“

10.00 bis 12.45 Uhr

Michael Wipp
Mitglied im Landesvorstand des bpa;
Geschäftsführer Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft f. Senioren mbH

© M.Wipp 04/ 2015 1

## Enquetekommission Pflege
Landtag von Baden-Württemberg, Anhörung 24. April 2015
Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung




© M.Wipp 04/ 2015 2

## Eingangsinformationen

Im Vergleich

Administration ⟷ direkte Bewohnerpflegezeit

besteht keine Verhältnismäßigkeit mehr!

Vor dem Hintergrund eines gleichbleibenden Zeitkontingents ist die Administration völlig aus dem Ruder gelaufen.

Anteil Administration 25 - 30 Prozent der Arbeitszeit +

20 Prozent für Urlaub, Krankheit und Fortbildung

Verbleiben ca. 50 Prozent für den Pflegebedürftigen direkt



## Bürokratie - zwei Beispiele

### Erstes Beispiel

Heimbegehungen der Heimaufsichtsbehörden und

Qualitätsprüfungen durch den MDK

## Heimbegehungen und Qualitätsprüfungen

68 bis 90 Prozent identische Prüfinhalte

(Klie u. Wipp; Parität/Erhebungen; Pflegewissenschaftliche Analyse von Begehungsberichten der unteren Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg; Hochschule Esslingen)

| | | |
|---|---|---|
| 4.000 € bis | 8.000 € | Kosten pro Prüfung* |
| | 65.000.000 € | Jährliche Kosten bundesweit* |

Beiden Institutionen – Heimaufsichtsbehörden und dem MDK – geht es um die „Teilhabe“ am Geschehen

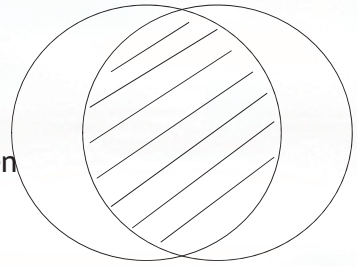
* Zahlen EHS

© M.Wipp 04/ 2015 5

## Schnittmenge MDK-Qualitätsprüfungen und Prüfleitfaden der Heimaufsichtsbehörden Baden-Württemberg

**68 - 90 Prozent der Inhalte sind deckungsgleich!!!**

MDK-Anleitung
zur Prüfung der Qualität;
Heute:
Qualitätsprüfungs-Richtlinien



Prüfleitfaden der
Heimaufsichtsbehörden
Baden-Württemberg 05/2010;
ergänzt 08/2012

| | |
|---|---|
| Überschneidungen gem. den Erhebungen des DPWV: | 68 Prozent |
| Eigene Auswertung auf Grundlage einer detaillierten Gegenüberstellung: | 70 Prozent |

© M.Wipp 04/ 2015 6

## Beispiel am Prüfleitfaden Baden-Württemberg vs. der MDK-Anleitung 2009/QPR 2014.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. | Unterkunft/Wohnen | | |
| 388 | Können die Bewohner ihre Zimmer persönlich gestalten? | 2.2 | Wir bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen? |
| 4. | Pflege | | |
| 528 | Können die Bewohner ihre Zimmer persönlich einrichten? | 2.2 | Wir bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen? |
| 627 | Welche Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe werden durchgeführt? | 13.12 | Werden die erforderlichen Kontrakturenprophylaxen durchgeführt? |
| 882 | Werden die Instrumente sach- und fachgerecht aufbereitet? | 8.2.a | Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut. |
| 902 | Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor? | 7.1 | Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor? |
| 994 | Ist durch den Einsatz von Bezugspflegekräften eine Kontinuität in der pflege gegeben (Konzeption)? | 4.1 | Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? |
| 1278 | Haben Sie den Wunsch und die Möglichkeit die Einrichtung zu verlassen? | 2.4 | Ist für die Bewohner das jederzeitige Verlassen dun Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet? |

© M.Wipp 04/ 2015 7

## Heimbegehungen und Qualitätsprüfungen

- Keiner will etablierte Positionen räumen
  (Existenzsicherung/Arbeitsplatzsicherung)
- Jeder belegt die Notwendigkeit seiner Arbeit
- Völlig unterschiedliche Vorgehensweisen und Berichte der Heimaufsichtsbehörden – Null Transparenz durch Veröffentlichung (Qualität der Berichte/Einbezug externer Fachleute)
- Gigantischer Nachbereitungsaufwand
  (Umfrage DW durchschnittlich 4 Tage für beide Prüfungen; 2 bis 4 Mitarbeiter/Prüfung)

* Zahlen EHS

© M.Wipp 04/ 2015 8

## Keine Alternativen:

1. Gemeinsame Besuche (sog. Probeläufe) dienen der Vorsorge, dass die öffentliche Diskussion um Doppelprüfungen die Politik letztlich zum Handeln zwingt.

2. Politik gaukelt der Öffentlichkeit ein Tätigwerden in Bezug auf die Diskussion um die Doppelprüfungen vor.

© M.Wipp 04/ 2015


## Alternativen:

- Klare Aufgabenabgrenzung oder
- Jährlich im Wechsel ein „Besuch“, außer bei Anlass
- Argumentation der Doppelprüfungen wäre vom Tisch Heimaufsichten gewinnen Zeit für neue Aufgaben
  (z.B. LHeimBauVo)
- Vorgehen andere Bundesländer z.B. Rheinland Pfalz

(Diese Thematik war bereits Empfehlungen des „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 1.1)

© M.Wipp 04/ 2015

## Bürokratie - zwei Beispiele

### Zweites Beispiel:

**Am Beispiel der Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote**

© M.Wipp 04/ 2015


## Aufhebung starrer Sektorengrenzen Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

Wenn es um Angebote für pflegebedürftige Menschen geht, liebt es die Politik von Vernetzung zu sprechen.

In den Jahren vor 1995, wurden mit der Entwicklung der Pflegeversicherung Grenzpfeiler zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eingezogen, die eine wirkliche Vernetzung völlig konterkarieren und dieser auf vielfältigste Weise im Wege stehen.

© M.Wipp 04/ 2015

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen
## Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

Das Problem ist längst erkannt; konkret getan hat sich nichts.

Jeder Dienstleister vor Ort, der ambulante mit stationären Angeboten vernetzten will – Stichwort: Wohnortnahes Servicezentrum – wird gleich die Realität in Form von Gesetzen und Verträgen, die dem im Wege stehen, spüren.

Beispiel: Stationäre Einrichtung darf nicht unter einem Dach eine oder mehrere ambulant betreute WGs betreiben (§ 4 Abs 2. Nr.1)



## Aufhebung starrer Sektorengrenzen
## Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

- Die Länder sehen die Zuständigkeit beim Bund oder den Kostenträgern;
- der Bund bei den Regelungen auf Landesebene z.B. § 75 SGB XI;

und der Versicherte, der die Leistungen benötigt, welche für ihn passen, steht an dieser Grenze und wartet (vergeblich) auf Vernetzung.

→ Flexibilisierung des Personaleinsatzes zwischen den Angebotsformen - sowohl im Ordnungs- als auch im Leistungsrecht
(Diese Thematik war bereits eine Empfehlungen „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 4.4)

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen
## Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

„Wenn wir uns nicht von der unsäglichen **Trennung**

⇨ stationär, teilstationär und ambulant,

⇨ sowohl im Personaleinsatz als auch in der Vergütung

**verabschieden,**

werden wir keine wirkliche Leistungsvernetzung hinbekommen,

die diese Begrifflichkeit wirklich verdient.“



## 2. Dokumentation

**Am Beispiel der Pflegedokumentation**

## Pflegedokumentation

Jährlicher Kostenaufwand – 2,7 Milliarden Euro* entspricht
14 Prozent der Ausgaben für die Pflegeversicherung =
67.500 Vollzeitstellen bundesweit oder umgerechnet
5,6 Vollzeitstellen/ Einrichtung.

2004: 37 Mill. für Leistungsnachweise (Wipp/Bayerisches Sozialministerium)
2012: 1,9 Mrd. für Leistungsnachweise

Aufwand für Einrichtung der Pflegedokumentation bei neuen Bewohnern/ Patienten:

⇨ Stationär: 386 Minuten
⇨ Ambulant: 196 Minuten

© M.Wipp 04/ 2015


## Auslöser:

- Verdoppelung der Prüffrequenzen der Behörden und deren individuelle Anforderungen, Erwartungen und Auslegungen an die Dokumentation
- Unabgestimmte Auslegung zur Funktion von Expertenstandards (DNQP) seitens der Prüfbehörden
- Sozialrechtliche und vertragliche Vorgaben (Bundes- und Landesebene)
- Massive Veränderungen in der Bewohnerstruktur
  (Arbeitsverdichtung durch Veränderungen in der Verweildauer und deutliche Zunahme an Kurzzeitpflege)

© M.Wipp 04/ 2015

## Pflegedokumentation

- Psychische Belastung der Mitarbeiter (Studie der bgw)
- Frustrierte und eingeschüchterte Mitarbeiter
- Wechselnde Anforderungen von Prüfer zu Prüfer, von Region zu Region
- Fragwürdiger Einsatz nicht weniger externer „Leiharbeiter/Fachleute“ bei Heimaufsichtsbehörden
  (Qualifikation/Auswahl/Theoretiker)
- Prüfereignisse stehen im Fokus, Bewohner rückt in den Hintergrund

© M.Wipp 04/ 2015


## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

| SGB XI-Anforderungen |
|---|
| • Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 113 SGB XI |
| • PTVS und diverse Anlagen |
| • Qualitäts-Prüfrichtlinie QPR und diverse Anlagen |
| |
| **Heimrechtliche Anforderungen** |
| • Prüfkatalog der Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg |
| • Orientierungshilfe der Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg |

© M.Wipp 04/ 2015

## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

### Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- Förderung und Erhalt der Mobilität in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

© M.Wipp 04/ 2015


## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

### MDS - Grundsatzstellungnahmen

- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Essen und Trinken im Alter (Stand Mai 2014)
- Pflegeprozess- und Pflegedokumentation
- Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

© M.Wipp 04/ 2015

## 3. Qualitätssicherung

Am Beispiel der Fachkraftquote



## Qualitätssicherung am Beispiel der Fachkraftquote

1993 Heimpersonalverordnung tritt in Kraft

- Entstehungshintergründe der 50 Prozent Regelung sind bekannt
- Vergleich damaliger Anforderungen mit der heutigen Angebotsvielfalt

Anstatt diese Verordnung den heutigen Anforderungen anzupassen, wird lediglich darauf verwiesen, dass an dieser Verordnung „nicht gerüttelt“ wird. = Politischer Weitblick!

(Diese Thematik war bereits Empfehlungen des „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 4.6)

## Qualitätssicherung am Beispiel der Fachkraftquote

Das zeugt nicht vom politischen Weitblick, sondern eher von Hilflosigkeit in Bezug auf die erforderliche Adaption an zeitgemäßen Strukturen.

Diese Notwendigkeit wird stattdessen der Einfachheit halber auf die zwei Pole

⇨ Abschaffung oder

⇨ unveränderten Beibehalt

reduziert.



## Engpassanalyse der BA

- Laut BA-Engpassanalyse liegt bei Altenpflegefachkräfte in Baden-Württemberg ein Fachkraftmangel vor.
- Durchschnittliche Vakanzzeit beträgt 124 Tage, d.h. 53 % mehr als der Durchschnitt aller Berufe.
- Der Fachkraftmangel in diesem Beruf ist in Baden-Württemberg noch ausgeprägter als in Westdeutschland.

## Rückblick/ Historie

### Antrag des Landes Baden-Württemberg

(Bundesrat Drucksache 709/04; 16.09.2004)

Senkung der Fachkraftquote auf 33 Prozent

© M.Wipp 04/ 2015


## Alternativen

Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes

- an dem zu betreuenden Klientel,
- nicht an Gebäuden, Etagen oder Wohnbereichen !!!

© M.Wipp 04/ 2015

## Praktische Folgen der gegenwärtigen Fachkraftquotenregelung

Weniger Mitarbeiter bei geringerem Korridorwert =
nach gegenwärtigen Regelungen der Fachkraftquote von Vorteil in Bezug auf:

- Fachkraftgewinnung
- Wettbewerb (unter Kostenaspekt)
- Interessenten/Bewohner fragen nie nach Personalschlüssel



## Ergebnisqualität

Einstellung von „Fachkräften“ zur Quotenerfüllung für die Behörden

= Ergebnisqualität?

## Entwicklung Bedarf und Nachfrage nach Pflegefachkräften in Baden-Württemberg und dem Bund

Egal, welche Studie betrachtet wird, alle sind sich in der qualitativen Entwicklung einig, quantitativ bestehen unterschiedliche Szenarien

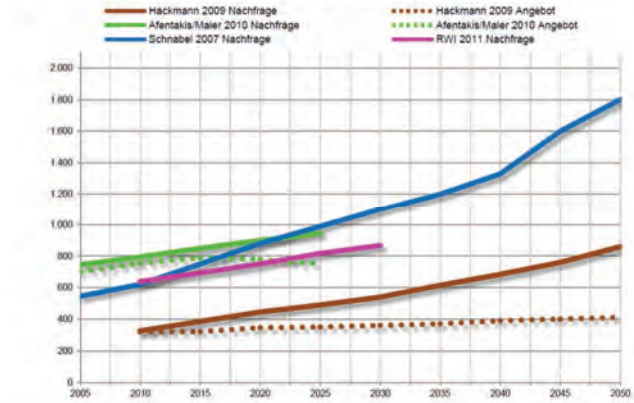
⇨ ein gravierendes Missverhältnis zwischen Fachkraftbedarf und Verfügbarkeit mit steigender Tendenz.

⇨ Alle Ausbildungsbemühungen werden nicht annähernd die zunehmende Fachkraftlücke kompensieren.

© M.Wipp 04/ 2015 31

## Fachkräftemangel in der Pflege

**Schaubild 5: Grafische Gegenüberstellung der verschiedenen Angebots- bzw. Nachfragefunktionen von ausgewählten Studien zum Fachkräftemangel in der Pflege (VZÄ in Tausend)**




*Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis der Ergebnisse von Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2011, Hackmann 2009, Schnabel 2007, Afentakis und Maier 2010; fehlende Datenpunkte der Zwischenräume wurden ggf. geschätzt, um die Funktionen grafisch darstellen zu können.*

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie; Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft; Juli 2012

© M.Wipp 04/ 2015 32

## Fachkräftemangel in der Pflege

**Tabelle 2: Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften 2010 bis 2025, Ergebnisse verschiedener Prognosen**

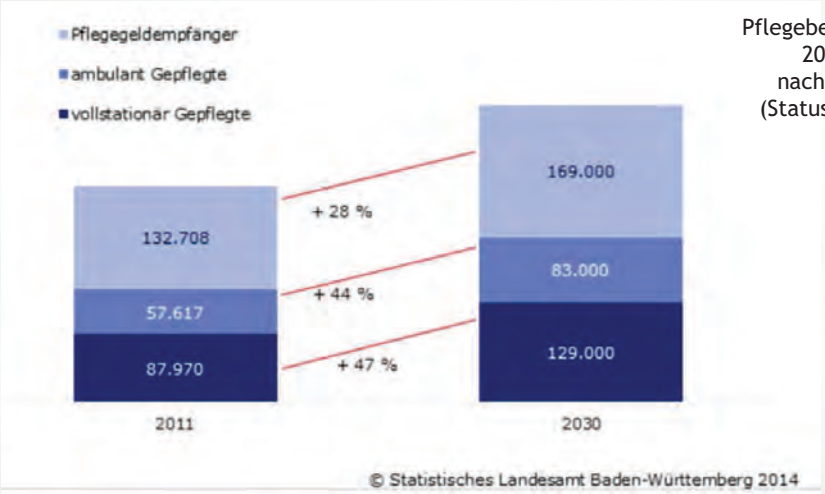
| Studie | VZÄ 2010 | VZÄ 2025 | Zuwachs |
|---|---|---|---|
| Afentakis/Maier (2010) | 795.000 | 945.000 | + 150.000 (+ 19 %) |
| Schnabel (2007) | 620.000 | 990.000 | + 370.000 (+ 60 %) |
| RWI (2011) | 638.000 | 818.000 | + 180.000 (+ 28 %) |
| Hackmann (2009) | 325.000 | 490.000 | + 165.000 (+ 51 %) |
| *Zahl der Erwerbstätigen (20 - 64 J., V1-W1)* | *49,7 Mio.* | *45,3 Mio.* | *- 4,3 Mio. (- 9 %)* |

*Quelle: Eigene Darstellung*

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie;
Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft; Juli 2012



## Pflegebedürftige in Baden-Württemberg




Pflegebedürftige in Ba-Wü
2011 und 2030
nach Art der Pflege
(Status-Quo-Rechnung)

## Pflegebedürftige in Baden-Württemberg

**Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 2011 und 2030 nach Art der Pflege**

| Pflegebedürftige | 2011 | 2030 | Veränderung 2013 zu 2011 |
|---|---|---|---|
| | Anzahl | | % |
| vollstationär Gepflegte | 87.970 | 128.972 | 46,6 |
| ambulant Gepflegte | 57.617 | 82.685 | 43,5 |
| Pflegegeldempfänger | 132.708 | 169.375 | 27,6 |
| **Zusammen** | **278.295** | **381.032** | **36,9** |

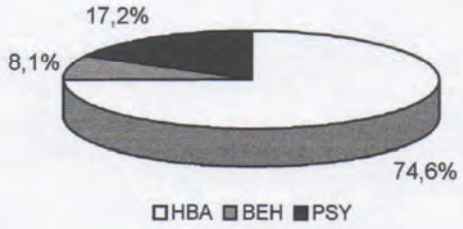
Das bedeutet – gemessen am heutigen Stand der Personalvorgaben – weitere ca. 50 Prozent mehr an Fachkräften – woher?

Die geplante Landesheimpersonalverordnung lässt schlimmsten Unsinn ahnen!

© M.Wipp 04/ 2015 35

## Bewohnerbezogene Leistungen

**Profil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen**
(durchschnittlicher Anteil je Bewohner und Tag, N = 719)




HBA = Hilfen bei Alltagsverrichtungen; BEH = Behandlungspflege;
PSY = Psychosoziale Maßnahmen

Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen;
Wingenfeld/Schnabel 2002

© M.Wipp 04/ 2015 36

## Bewohnerbezogene Leistungen

**Profil des Maßnahmebereichs "Hilfen bei Alltagsverrichtungen"**

| *Hilfe bei Verrichtungen im Bereich ...* | *Minuten* | *Prozent* |
|---|---|---|
| Körperhygiene, Körperpflege | 13,4 | 21,7 |
| Ausscheidungen/Toilettengang | 12,1 | 19,6 |
| Nahrungsaufnahme | 11,5 | 18,7 |
| Aufstehen/Zubettgehen, Lagern/Betten | 10,4 | 16,8 |
| Kleiden | 7,5 | 12,2 |
| Fortbewegung, Stehen | 6,7 | 10,9 |
| Insgesamt | 61,7 | 100,0 |

**Profil des Maßnahmebereichs "Behandlungspflege"**

| | *Minuten* | *Prozent* |
|---|---|---|
| Medikamente verabreichen (ohne Injektionen und äußerliche Anwendungen) | 3,7 | 55,5 |
| Spezielle Körperpflege unter Einsatz von Arzneimitteln, Bronchialtoilette etc. | 1,2 | 18,4 |
| Wundversorgung (incl. Dekubitusversorgung), Verbände, Wickel | 0,9 | 13,5 |
| Krankenbeobachtung (incl. Blut- und Urinzuckerkontrollen) | 0,4 | 6,4 |
| Injektionen | 0,3 | 5,1 |
| Sonstige | 0,1 | 1,1 |
| Insgesamt | 6,7 | 100,0 |

Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen
im Schnitt 83 Minuten/Tag

© M.Wipp 04/ 2015 37

## Gegenwärtige Fachkraftquote und Alternativen

| Gegenwärtige – **quantitative** - Fachkraftquote | Mögliche – **qualitative**- Fachkraftquote |
|---|---|

„Pflegestufen“ 0, 1, 2, 3, H

| Verteilung nach Gießkannenprinzip (Hoffnung auf richtigen Einsatz) kein Qualitätsmerkmal bezogen auf die heutigen Anforderungen | Gezielter, tätigkeitsbezogener Einsatz (Zielgerichteter Einsatz) |
|---|---|

Und vor diesem Hintergrund erlauben wir uns ein Gießkannenprinzip - Grotesk!

© M.Wipp 04/ 2015 38

## Alternativen: Qualitative Fachkraftquote = Basisfachkraftquote + Qualitätsanforderungen

Basisfachkraftquote (Beispielsweise analog zu 132 a SGB V)
aus Pflegefachkräften mit Alten- oder Krankenpflegeausbildung

Qualitätsanforderungen

Fachkraftvorbehaltene Tätigkeiten
+ Zusatzqualifikationen
+ verpflichtende Fortbildungen



## Alternativen: Qualitative Fachkraftquote = Basisfachkraftquote + Qualitätsanforderungen

Bereits bestehende Qualifikationsanforderungen:

Anforderungen an Pflegedienstleitungen = Regelungen aus dem SGB XI

Mögliche Zusatzqualifikationen/ Fortbildungsnachweise:

z.B. Ernährungsmanagement/Wundmanagement/FEM etc.

Fortbildungsverpflichtungen
(analog amb. Verträge bzw. Anforderungen/HeimPersVO

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

Die Definition dessen, was unter „Fachkräften“ zu verstehen ist, wird von Bundesland zu Bundesland anders beurteilt.

Die quantitative Auslegung ist völlig unterschiedlich, weil extrem voneinander abweichende Personalschlüssel zwischen den Bundesländern bestehen.

Die Methodik, nach denen Fachkraftquoten berechnet werden, wird nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Bundesländer unterschiedlich gehandhabt.



## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

- Hoher Pflegeschlüsselkorridorwert = Nachteil für Träger, denn höherer Schlüssel bedeutet höherer Fachkraftanteil;

  Folge:
  Gefahr höher der Nichteinhaltung = Repressalien Heimaufsicht

- Schlüssel abgesenkt = weniger Fachkraftbedarf,
  schneller Quote erfüllt

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

Enquete Pflege; Anhörung 20.03.2015

„… Reduzierung der Fachkraftlücke um die Hälfte, wenn es gelingt die stationär versorgten Pflegebedürftigen der Stufe 1 sowie 10% der Pflegebedürftigen anderer Stufen in nicht stationären Versorgungsformen zu versorgen“.



## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

„Pflegestärkung“sgesetz 1; § 45 b Abs. 3 SGB XI

„… Umwidmung von 40 Prozent der Sachleistungen in niedrigschwellige Betreuungsangebote, welche letztlich die identischen Leistungen umfassen.“

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

In beiden Fällen stellt sich die gleiche Frage:

Durch Wechsel des Angebots bzw. der Leistungsinanspruchnahme ist umgehend keine Fachkraft mehr erforderlich?

Gegenfrage: warum dann zuvor bei identischem Hilfebedarf?

© M.Wipp 04/ 2015


## Zitate

Prof. Dr. Thomas Klie:

*„Auch eine starre Verteidigung der 20 Jahre alten „Ersatzlösung“ - …. - ist nicht gerade Ausweis einer wissensbasierten und zukunftsfesten Pflegepolitik“.*
(Altenheim 04/2013)

Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung; Februar 2015

*„Die Fachkraftquote ist nicht in Stein gemeißelt“;*

© M.Wipp 04/ 2015

## Zitate

Aussagen Ministerin Altpeter, Sozialministerin Baden-Württemberg:

*„… Die Gewinnung von geeignetem und gut qualifizierten Pflegefachkräften werde aber aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend schwieriger.“*

Und was unternimmt die Landesregierung?
legt eine Studie für 8 beteiligte Einrichtungen auf 3 Jahre an

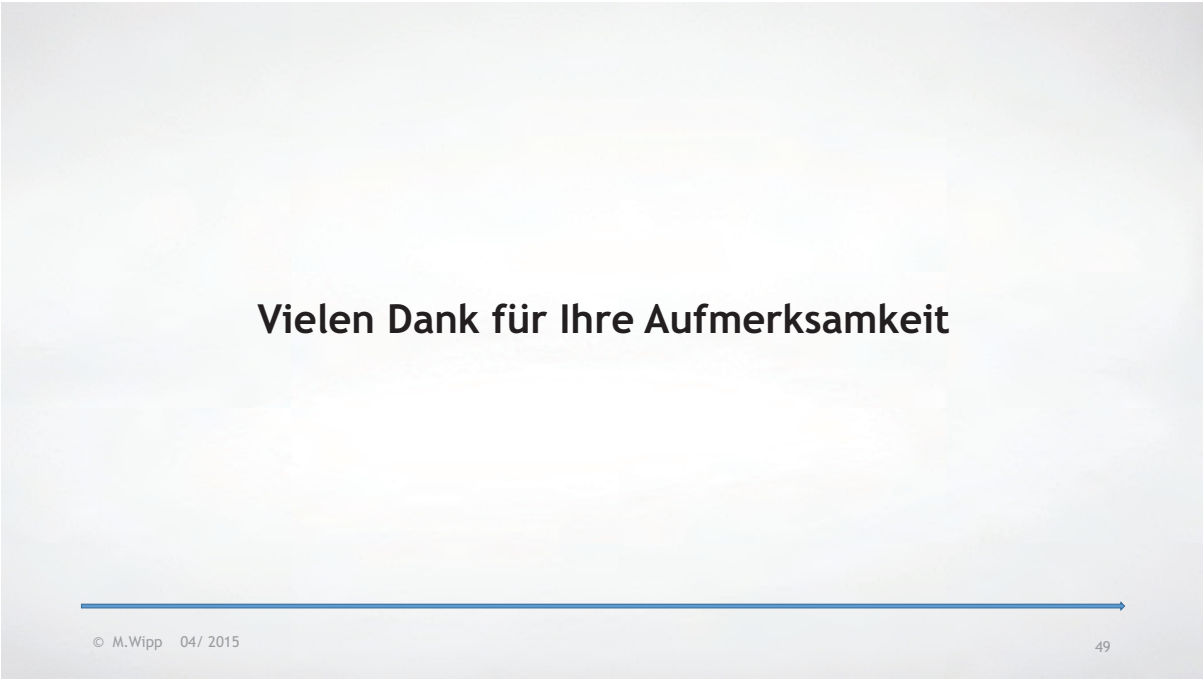
© M.Wipp 04/ 2015 47

## Zusammenfassung

| | |
|---|---|
| Bürokratie reduzieren | • Mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der Menschen |
| Doppelprüfungen reduzieren | • Mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der Menschen<br>• Keine Qualitätsverluste<br>• Erhebliche Einsparung finanzieller Ressourcen |
| Fachkraftquote neu definieren | • Kein Qualitätsverlust |
| Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote Überwindung von Sektorengrenzen | • Mehr Leistungsvielfalt und weniger bürokratische Hemmnisse zur Leistungserbringung und zur Leistungsinanspruchnahme |

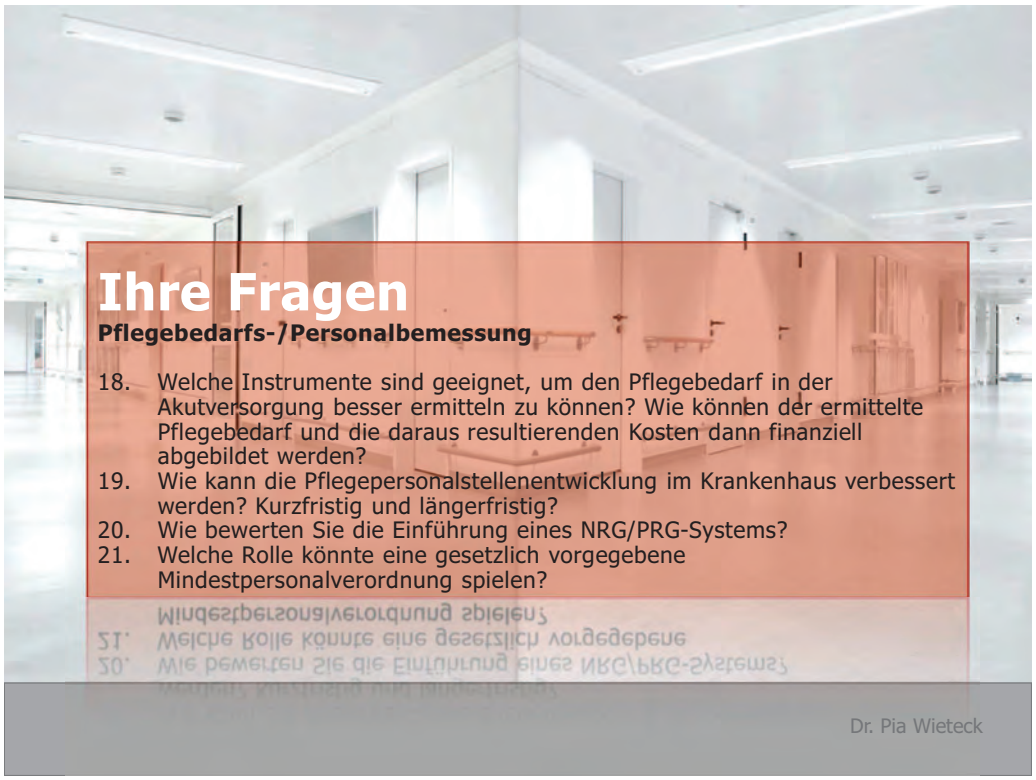
Übrigens … (fast) alles nachzulesen aus den Aufzeichnungen des Runden Tisch Pflege (Entbürokratisierung 09/2005)

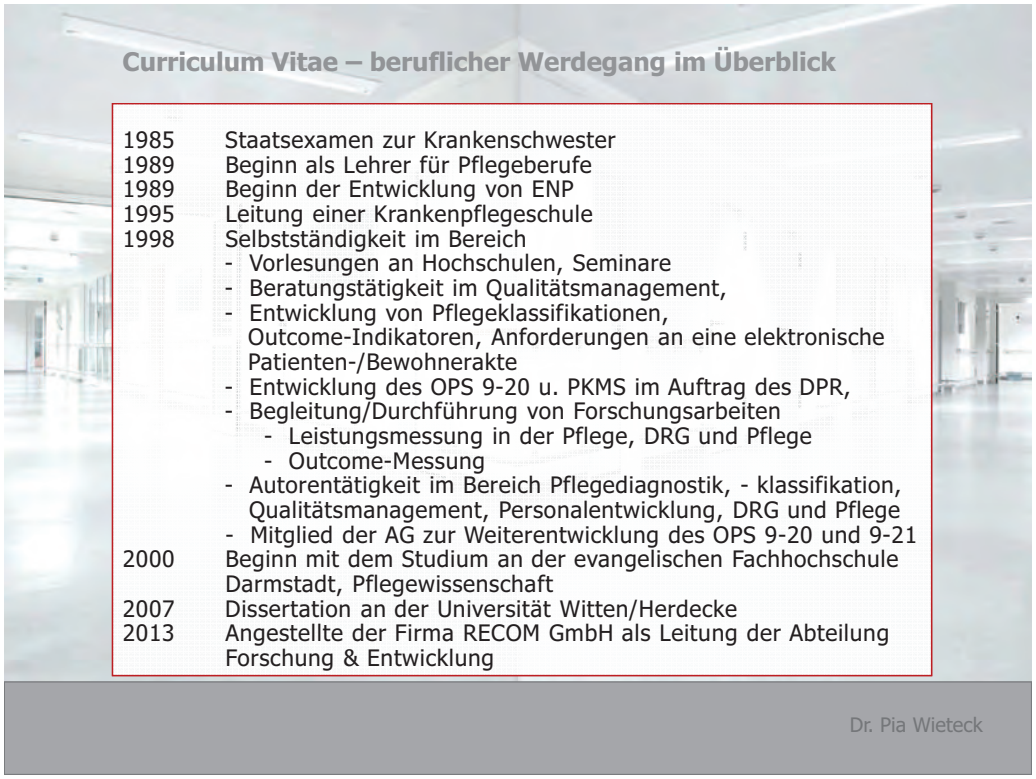
© M.Wipp 04/ 2015 48

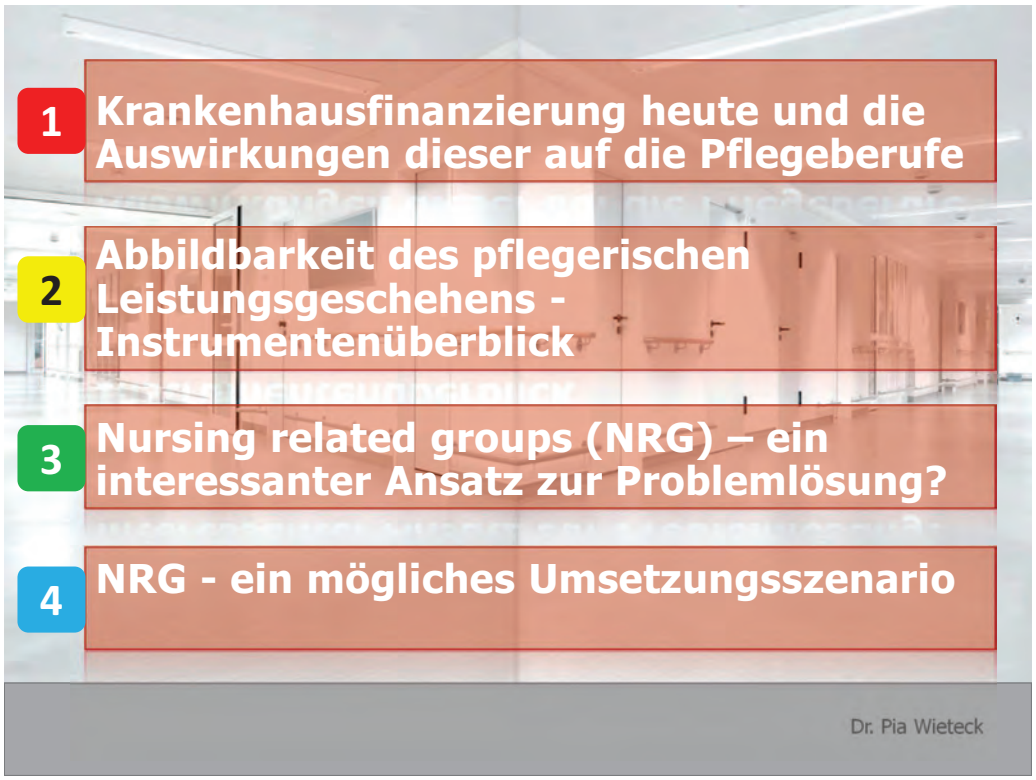

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
© M.Wipp 04/ 2015
49

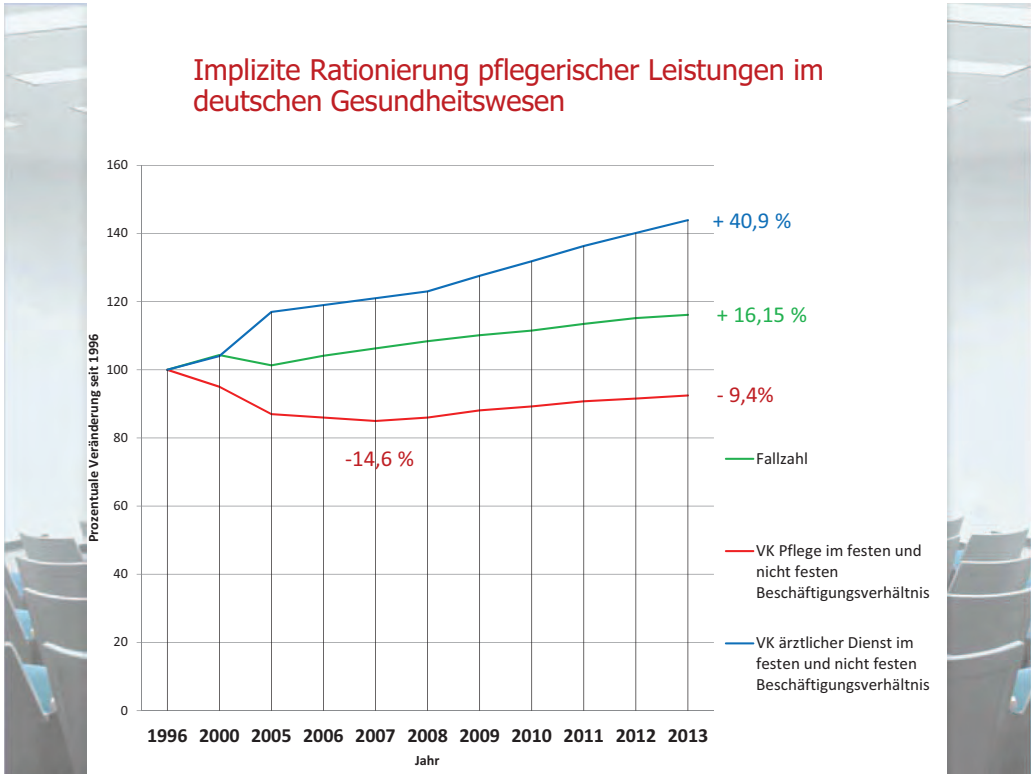
## 5.7 Präsentationen der 9. Sachverständigenanhörung

**Präsentation Frau Dr. Pia Wieteck**




1
Krankenhausfinanzierung heute und die Auswirkungen dieser auf die Pflegeberufe
2
Abbildbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehens - Instrumentenüberblick
3
Nursing related groups (NRG) – ein interessanter Ansatz zur Problemlösung?
4
NRG - ein mögliches Umsetzungsszenario
Dr. Pia Wieteck


Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen
Prozentuale Veränderung seit 1996
160
140
120
100
80
60
40
20
0
1996 2000 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013
Jahr
+ 40,9 %
+ 16,15 %
- 9,4%
-14,6 %
Fallzahl
VK Pflege im festen und nicht festen Beschäftigungsverhältnis
VK ärztlicher Dienst im festen und nicht festen Beschäftigungsverhältnis

1

Eine qualitativ gute Pflege liegt im gesellschaftlichen Interesse! Eine angemessene Personalausstattung ist Voraussetzung für qualitativ gute Pflege und zumutbare Arbeitsbedingungen.

Therapeutische Pflege findet kaum statt!
Viel mehr als „satt und sauber" ist nicht möglich!
Patientenedukation und Prävention sind Fremdwörter!

Implizite Rationierung!
Täglich entscheide ich darüber, welche Pflegemaßnahme ich bei welchem Patienten unterlasse!

1

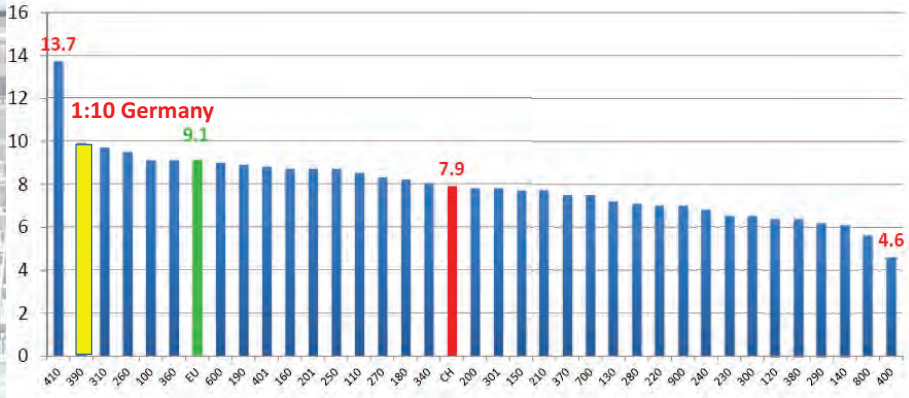
## Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen

Befragungsergebnisse einer internationalen Studie (RN4Cast): Im Durchschnitt wurden 4,7 Tätigkeiten von den 13 zur Auswahl gestandenen Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan" bleiben (Zander et al., 2014).

1

RN4Cast

## Patienten-Pflegepersonalrelation




„Die von den Pflegekräften deutlich wahrgenommene Personalknappheit korreliert mit der objektiv gemessenen Patientenrelation von zehn zu eins“.

Quelle: Zander, B. et al. 2012 Pflegepersonaleinsatz: Studie zeigt alarmierende Entwicklung S. 549

1

RN4Cast

## Patienten-Pflegepersonalrelation

| Land | Patienten zu Pflegefachkräfte | Patienten zu Pflegegesamtpersonal* | Anzahl Krankenhäuser |
|---|---|---|---|
| Belgien | 10,7 (2,2) | 7,9 (1,7) | 67 |
| England | 8,6 (1,5) | 4,8 (0,6) | 46 |
| Finnland | 8,3 (2,2) | 5,3 (0,8) | 32 |
| Deutschland | 13,0 (2,3) | 10,5 (1,6) | 49 |
| Griechenland | 10,2 (2,8) | 6,2 (2,1) | 24 |
| Irland | 6,9 (1,0) | 5,0 (0,8) | 30 |
| Niederlande | 7,0 (0,8) | 5,0 (0,7) | 28 |
| Norwegen | 5,4 (1,0) | 3,3 (0,5) | 35 |
| Polen | 10,5 (1,9) | 6,8 (1,0) | 33 |
| Spanien | 12,6 (1,9) | 6,8 (1,0) | 33 |
| Schweden | 7,7 (1,1) | 4,2 (0,6) | 79 |
| Schweiz | 7,9 (1,5) | 5,0 (1,0) | 35 |
| USA | 5,3 (1,4) | 3,6 (2,0) | 617 |

Tabelle 3: Pflegepersonal in 12 europäischen Ländern und den USA. Bei den Daten handelt es sich um Mittelwerte (Standardabweichung),
falls nicht explizit anders angegeben. Quelle: Aiken et al. (2012), S. 9.

1

## Ergebnis:

Aus 13 Tätigkeitsbereichen wählten die examinierten Pflegepersonen (n=1511 aus 49 Kliniken) die Maßnahmen aus, welche in ihrer Schicht nicht erledigt werden konnten, obwohl diese erforderlich gewesen wären.

### Häufigkeit der impliziten Rationierung

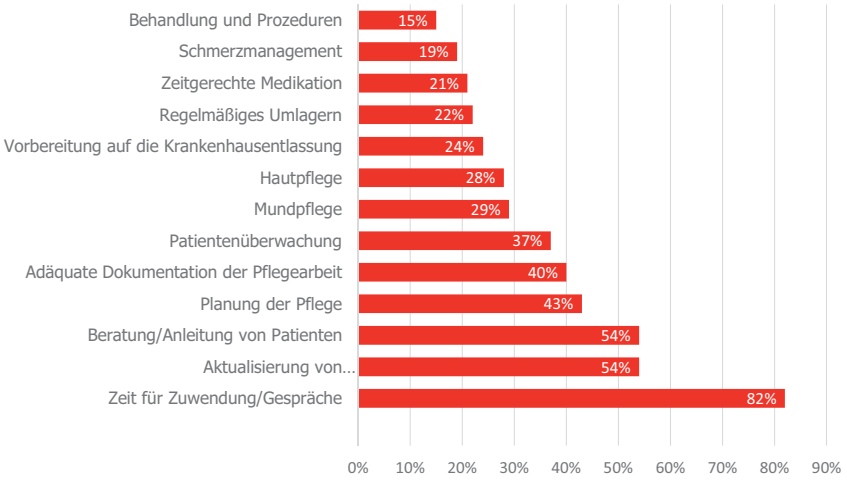



*Abbildung 1: Quelle: Zander B et a. Gesundheitswesen 2014, Seite 731*

1

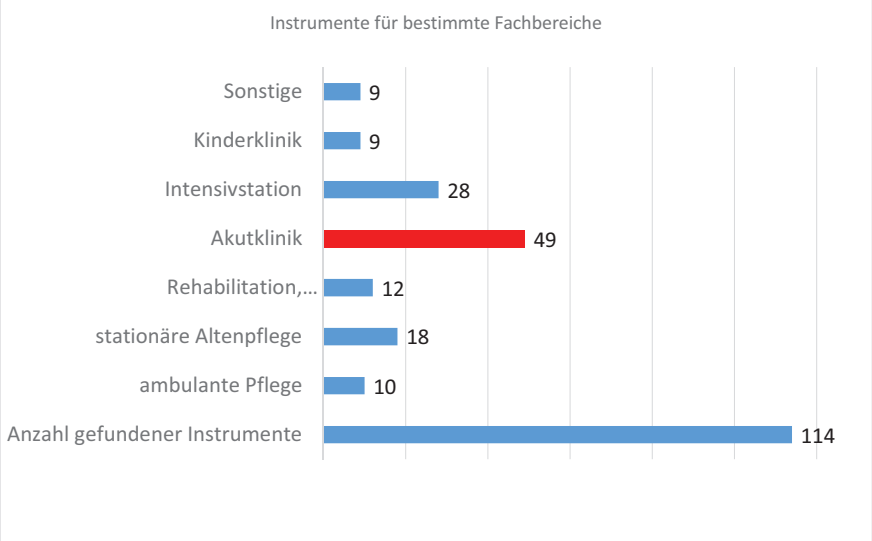
## Folgen der verdeckten Rationierung für die Patienten/Bewohner sind unbekannt?

Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitus, Pneumonie, Fixierung, Tod…

Studien belegen, dass bei einem Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnis und erfülltem Pflegebedarf negative Auswirkungen auf das Outcome zu erwarten sind (Schubert et al., 2012, Aiken et al., 2011, Aiken et al., 2014, McGahan et al., 2012, Ball et al., 2014, Staggs and Dunton, 2014, Patry et al., 2014, Assadian et al., 2007, Rogowski et al., 2013, Isfort, 2008b, Lang et al., 2004).

2

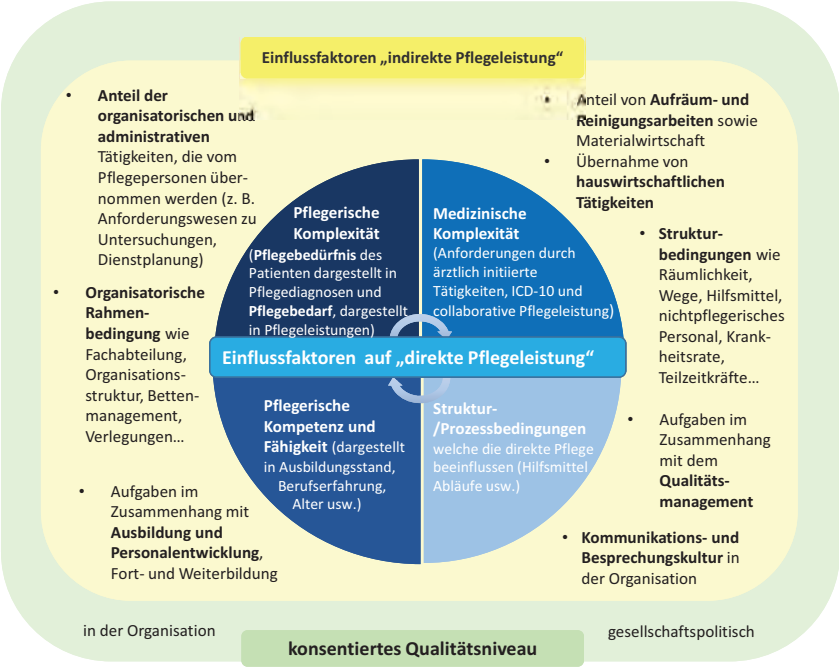
## Instrumente zur Pflegepersonalbemessung




Quelle: Wieteck und Kraus (2015) **"Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein exploratives Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten"** (RECOM Verlag, in Vorbereitung)

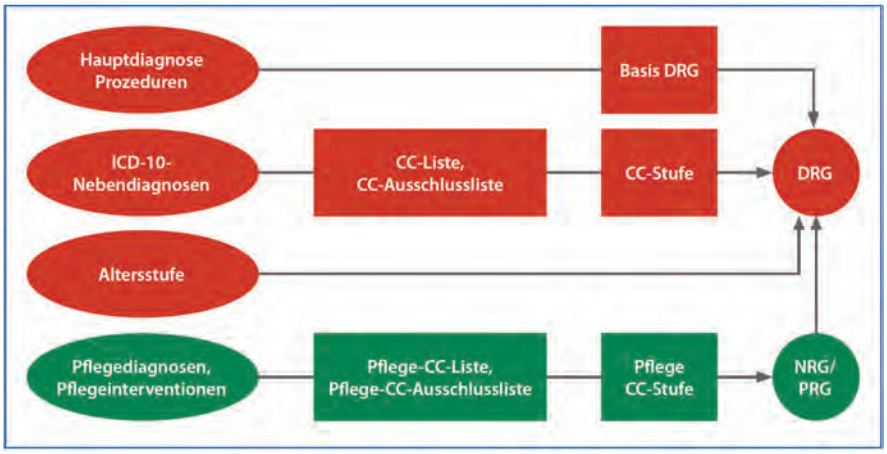
2

## Modell der Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalbedarf



3

## Nursing Related Groups (NRG)



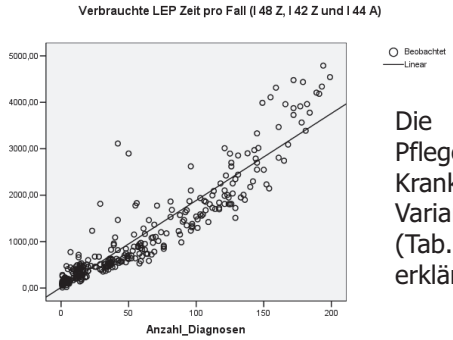

(Fischer 2002)

3

## Studienlage

Erste Studienergebnisse zeigen, dass Pflegediagnosen zur Varianzaufklärung von Pflegeaufwand geeignet sind
(Halloran 1985; O'Brien-Pallas et al. 1997, Baumberger D. 2001, Wieteck 2007 in Wieteck und Kraus 2015)

Fallkomplexitäts-Index: Anzahl der Pflegediagnosen pro Fall




Die Anzahl der kodierten Pflegediagnosen während des Krankenaufenthaltes kann eine Varianz von 87 % ($r^2$ = 0,87) (Tab. 3) in dieser Stichprobe erklären.

3

## Voraussetzung für NRG

- Einsatz einer **elektronischen Patienten-/Bewohnerakte**

- **Pflegeprozessdokumentation mit standardisierten Pflegediagnosen und -interventionen**
  Vergleichbar mit ICD-10 und OPS

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➡ DRG-konformer Lösungsansatz ✚

| Positiver Einfluss: | Durch: |
|---|---|
| Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen | Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege |

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

DRG-konformer Lösungsansatz

| Positiver Einfluss: | Durch: |
|---|---|
| Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen | Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege |
| Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte | Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG |

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

DRG-konformer Lösungsansatz

| Positiver Einfluss: | Durch: |
|---|---|
| Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen | Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege |
| Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte | Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG |
| Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege | Aus der täglichen Pflegeprozess-dokumentation können die Qualitätsindikatoren automatisiert ausgeleitet werden |

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

DRG-konformer Lösungsansatz

| Positiver Einfluss: | Durch: |
|---|---|
| Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen | Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege |
| Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte | Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG |
| Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege | Aus der täglichen Pflegeprozess-dokumentation können die Qualitätsindikatoren automatisiert ausgeleitet werden |
| Förderung des Entscheidungs-findungsprozesses der Pflege, entsprechend „best practice" und/oder – „evidence based nursing" | Die Pflegeklassifikationssysteme bieten das aktuelle Pflegefachwissen zur Entscheidungsfindung an und sind in den Pflegealltag integriert |

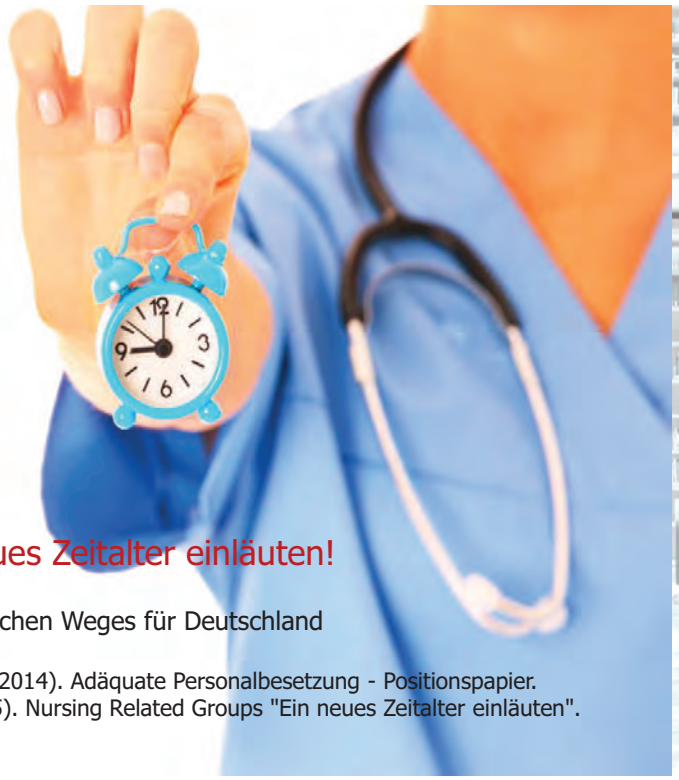
3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige" Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen."

(Zitat von: Thomas et al., 2014, S. 24)

4



## NRG – ein neues Zeitalter einläuten!

Skizze eines möglichen Weges für Deutschland

**Pelchen, L. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier.
**Müller, M.-L.** (2015). Nursing Related Groups "Ein neues Zeitalter einläuten".

4

## Stufenmodell zur Umsetzung von Nursing Related Groups

1. **Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation**

   Zweckbindung des vom InEK in den DRG-Fallgruppen ausgewiesenen Budgets für die Pflegepersonalstellen (STEP 1-NRG auf Basis der InEK-Kalkulationsdaten)

   Zweckbindung OPS 9-20 und Aufnahme des OPS 9-21

   Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf einen „europäischen Durchschnittswert" – Nachweispflicht der Kliniken durchschnittliche Patienten-/Pflegepersonalrelation

2. **Vorbereitung zur Verfeinerung von NRG bis 2017**

   Verpflichtende Nutzung einer Pflegeklassifikation mit Pflegediagnosen/Patientenzuständen und Interventionen, welche mit normativen Zeitwerten hinterlegt sind und über ein Mapping zur PPR verfügen.
   Automatisierte Pflegepersonalstellenberechnung über das Mapping der eingesetzten Interventionsklassifikation mit der PPR, welche über die Regeldokumentation automatisiert ausgelöst wird.
   Automatisierte PKMS-Ausleitung aus der Regeldokumentation

R60A: Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie | Zurücksetzen

17 | MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen | Anz. DRGs: 51 | N: 36.894

**Fallzahl Normallieger**

| | |
|---|---|
| | 164 |
| v. MDC: | 0,44% |
| v. gesamt: | 0,01% |

**Bewertungsrelation**

10,413

**Verweildauer**

| | |
|---|---|
| Kurzlieger | 0,00% |
| Normallieger | 78,85% |
| Langlieger | 21,15% |
| 1. Tag mit Abschlag | 16 |
| 1. Tag zus. Entgelt | 68 |
| Mittl. arithm. VWD | 49,9 |
| Standardabw. VWD | 11,4 |

**PCCL**

| | |
|---|---|
| 0 | 0,00% |
| 1 | 0,00% |
| 2 | 0,00% |
| 3 | 1,22% |
| 4 | 98,78% |

Profil drucken...

**Geschlecht**

| | |
|---|---|
| Männlich | 50,00% |
| Weiblich | 50,00% |
| Unbestimmt | 0,00% |

**Fallkosten**

| | |
|---|---|
| Arith. MW | 27.606,68 |
| Std. Abw. | 8.801,64 |

**Alter**

| | | | |
|---|---|---|---|
| < 28 Tage | 0,00% | 30 - 39 Jahre | 7,32% |
| 28 T. - < 1 Jahr | 0,00% | 40 - 49 Jahre | 17,68% |
| 1 - 2 Jahre | 1,83% | 50 - 54 Jahre | 9,76% |
| 3 - 5 Jahre | 3,05% | 55 - 59 Jahre | 10,98% |
| 6 - 9 Jahre | 0,00% | 60 - 64 Jahre | 14,02% |
| 10 - 15 Jahre | 2,44% | 65 - 74 Jahre | 18,29% |
| 16 - 17 Jahre | 0,61% | 75 - 79 Jahre | 3,05% |
| 18 - 29 Jahre | 9,15% | 80 Jahre u. älter | 1,83% |

Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen | Prozeduren | Kosten | Recherche

| | Personalkosten: | | | Sachkosten: | | | | | Pers.- u. Sachkosten: | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ärztlicher Dienst | Pflegedienst | med./techn. Dienst | Arzneimittel | | Implantate / Transplant. | Übriger med. Bedarf | | med. Infrastruktur | nicht med. Infrastruktur | |
| Kostenbereich | 1 | 2 | 3 | 4a | 4b | 5 | 6a | 6b | 7 | 8 | Summe |
| 01. Normalstation | 2.509,9 | 4.669,2 | 407,0 | 1.465,2 | 1.378,7 | 0,0 | 654,9 | 393,6 | 1.330,4 | 3.612,4 | 15.661,9 |
| 02. Intensivstation | 392,4 | 928,6 | 46,2 | 300,9 | 225,0 | 0,1 | 126,2 | 53,1 | 190,0 | 561,6 | 2.824,0 |
| 04. OP-Bereich | 35,9 | 0,0 | 35,0 | 1,8 | 0,0 | 10,9 | 26,1 | 8,5 | 15,3 | 31,0 | 162,5 |
| 05. Anästhesie | 30,0 | 0,0 | 22,8 | 2,8 | 0,2 | 0,0 | 7,5 | 0,0 | 4,8 | 9,3 | 77,3 |
| 07. Kardiologische Diagnostik / Ther | 6,9 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,5 | 3,2 | 12,2 |
| 08. Endoskopische Diagnostik / Ther | 9,9 | 0,0 | 12,0 | 0,6 | 0,1 | 0,2 | 5,8 | 0,2 | 5,8 | 8,9 | 43,4 |
| 09. Radiologie | 123,5 | 0,0 | 149,4 | 3,0 | 0,8 | 0,0 | 28,7 | 12,1 | 70,6 | 107,9 | 495,8 |
| 10. Laboratorien | 507,9 | 0,0 | 1.663,9 | 35,4 | 1.127,5 | 0,0 | 1.775,2 | 428,6 | 283,7 | 860,0 | 6.682,0 |
| 11. Übrige diagnostische und therape | 148,4 | 2,1 | 292,0 | 5,1 | 0,0 | 0,4 | 31,6 | 13,5 | 39,6 | 117,1 | 647,9 |
| Summe: | 3.762,7 | 5.619,9 | 2.629,3 | 1.834,9 | 2.732,1 | 11,7 | 2.656,2 | 907,7 | 1.940,7 | 5.511,5 | 27.606,7 |

4

## Stufenmodell zur Entwicklung von Nursing Related Groups

**3. Verfeinerung von STEP II-NRG und Überführung in T-PRGs bis 2020**

a. Nutzung der Daten aus der Regeldokumentation mit dem Pflegeklassifikationssystem zur Verfeinerung der NRGs durch das InEK

b. Integration der anderen therapeutischen Leistungen und Überführung dieser in T-PRGs (Therapeutic Patient related groups)

c. Abbau der Regulierung der Personalstellen von außen

**4. Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2020**

a. Aus der Regeldokumentation kann für die Krankenhausberichterstattung ein Indikatorenset zur Beurteilung der Pflegequalität entwickelt werden.

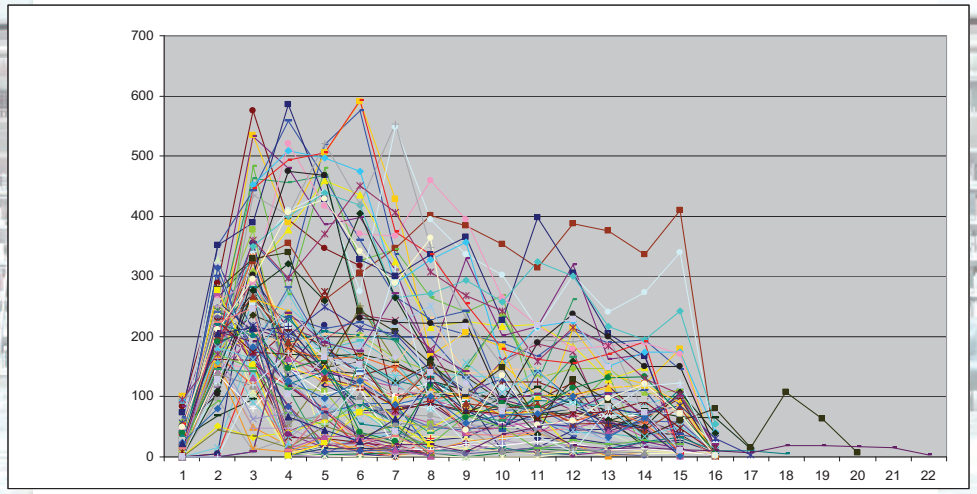
b. Verpflichtung der Kliniken, die entwickelten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausberichterstattung zu veröffentlichen.

c. Einrichtungen mit schlechten Qualitätsergebnissen könnten einen Abschlag in der Finanzierung bekommen.

4

## Notwendigkeit zur Weiterentwicklung von Nursing Related Groups

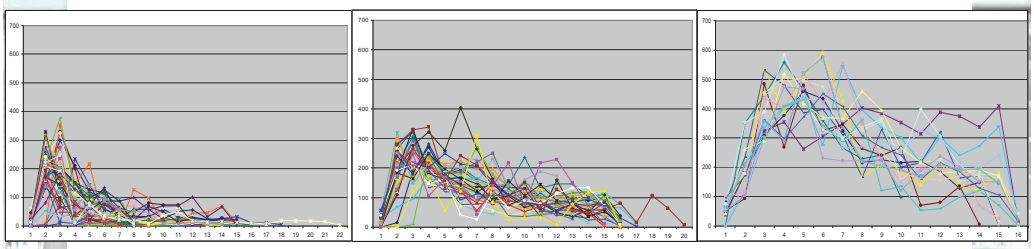
Verbrauchte Pflegezeit in der Fallgruppe Hüfttep ohne Komplikation (n = 112)




**Quelle:** Wieteck, P: Pflegerelevante Fallgruppen. In: Wieteck, P (Hg.): Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1. Bad-Emstal, Deutschland: RECOM-Verlag, 2008, S. 39 -45.

4

## Kodierte Pflegediagnosen (49) der Fallgruppe

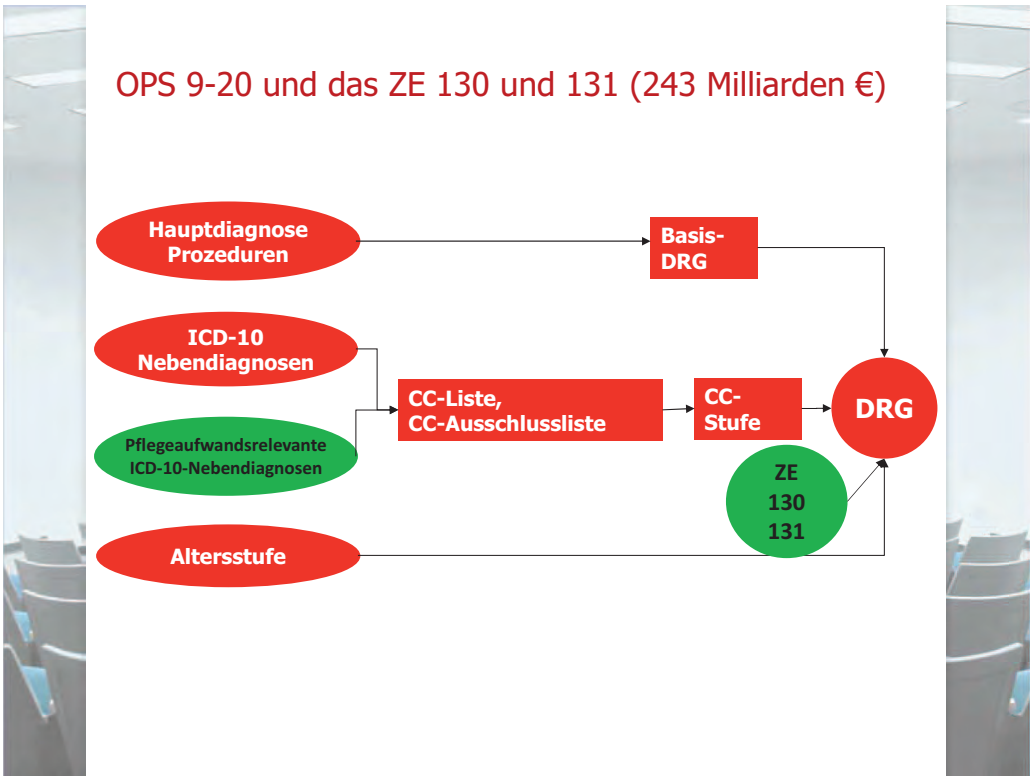


**Anzahl der Fälle in jedem Cluster**

| | | |
|---|---|---|
| Cluster | 1 | 19,000 |
| | 2 | 40,000 |
| | 3 | 53,000 |
| Gültig | | 112,000 |
| Fehlend | | ,000 |

Entbürokratisierung in der Pflege "Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege"

Gerne können Sie mir auch Fragen zu den Risiken dieses Projektes stellen!




**Modellzusammenfassung und Parameterschätzer**

Abhängige Variable: LepGesWert

| | Modellzusammenfassung | | | | | Parameterschätzer | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gleichung | R-Quadrat | F | Freiheitsgrade 1 | Freiheitsgrade 2 | Sig. | Konstante | b1 |
| Linear | ,877 | 2432,010 | 1 | 342 | ,000 | 13,263 | 18,734 |

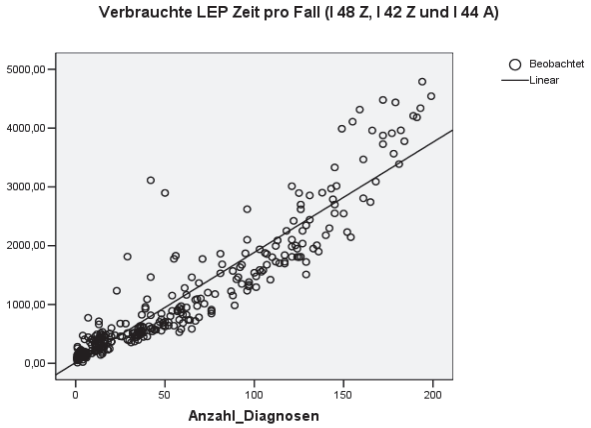
Die unabhängige Variable ist Anzahl_Diagnosen.

## Zusammenhang zwischen Pflegediagnosen (ENP) und verbrauchter LEP®-Zeit (n = 344 Fälle)

**Korrelationen**

| | | LepGesWert | Anzahl_Diagnosen |
|---|---|---|---|
| LepGesWert | Korrelation nach Pearson | 1 | ,936** |
| | Signifikanz (2-seitig) | | ,000 |
| | N | 344 | 344 |
| Anzahl_Diagnosen | Korrelation nach Pearson | ,936** | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | ,000 | |
| | N | 344 | 344 |

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.




**Quelle:** Fr. Dr. Pia Wieteck, Präsentation auf dem Münchner Pflegekongress 2006

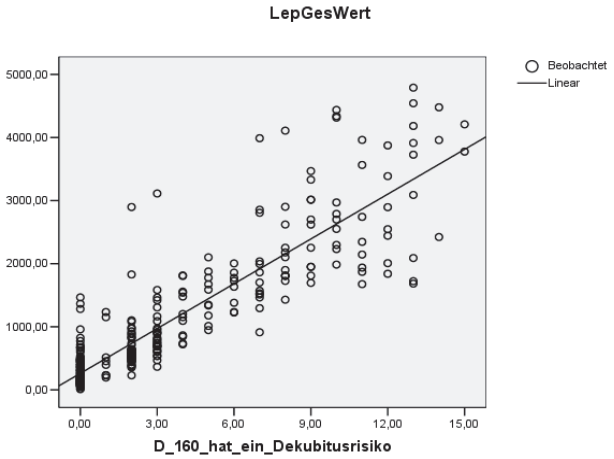
**Modellzusammenfassung und Parameterschätzer**

Abhängige Variable: LepGesWert

| Gleichung | Modellzusammenfassung | | | | | Parameterschätzer | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R-Quadrat | F | Freiheitsgrade 1 | Freiheitsgrade 2 | Sig. | Konstante | b1 |
| Linear | ,794 | 1317,075 | 1 | 342 | ,000 | 261,729 | 236,699 |

Die unabhängige Variable ist D_160_hat_ein_Dekubitusrisiko.

## Zusammenhang *D_160 Der Pat. hat ein Dekubitusrisiko* und verbrauchter LEP®-Pflegezeit




**Korrelationen**

| | | LepGesWert | D_160_hat_ein_Dekubitusrisiko |
|---|---|---|---|
| LepGesWert | Korrelation nach Pearson | 1 | ,891** |
| | Signifikanz (2-seitig) | | ,000 |
| | N | 344 | 344 |
| D_160_hat_ein_Dekubitusrisiko | Korrelation nach Pearson | ,891** | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | ,000 | |
| | N | 344 | 344 |

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Quelle:** Fr. Dr. Pia Wieteck, Präsentation auf dem Münchner Pflegekongress 2006

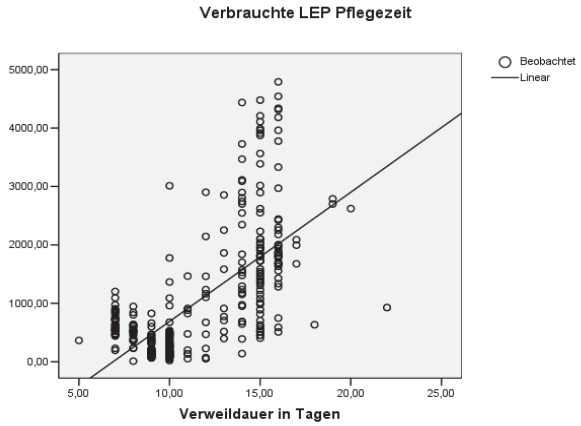
**Modellzusammenfassung und Parameterschätzer**

Abhängige Variable: LepGesWert

| Gleichung | Modellzusammenfassung | | | | | Parameterschätzer | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R-Quadrat | F | Freiheitsgrade 1 | Freiheitsgrade 2 | Sig. | Konstante | b1 |
| Linear | ,434 | 262,483 | 1 | 342 | ,000 | -1522,022 | 221,210 |

Die unabhängige Variable ist Verweildauer_Tage_.

## Zusammenhang Verweildauer und verbrauchter LEP®-Pflegezeit




**Korrelationen**

| | | LepGesWert | Verweildauer_Tage |
|---|---|---|---|
| LepGesWert | Korrelation nach Pearso | 1 | ,659** |
| | Signifikanz (2-seitig) | | ,000 |
| | N | 344 | 344 |
| Verweildauer_Tage_ | Korrelation nach Pearso | ,659** | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | ,000 | |
| | N | 344 | 344 |

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Quelle:** Fr. Dr. Pia Wieteck, Präsentation auf dem Münchner Pflegekongress 2006

## Status der ePA-Einführung in Europa
…basierend auf dem ePA-Einführungsmodell der HIMSS

| Stage | Germany | Italy | Austria | Netherlands | Spain | Turkey | Europe* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Stage 7 | 0.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.5% | 0.0% | 0.1% |
| Stage 6 | 0.0% | 0.7% | 0.0% | 14.1% | 4.7% | 2.8% | 2.6% |
| [illegible] | [illegible] | 8.9% | 33.3% | 42.3% | 31.8% | 9.8% | 18.0% |
| [illegible] | [illegible] | 1.6% | 2.6% | 2.8% | 6.2% | 23.8% | 5.5% |
| Stage 3 | 7.7% | 3.4% | 0.0% | 0.0% | 1.9% | 4.2% | 3.6% |
| Stage 2 | 33.1% | 33.6% | 38.5% | 39.4% | 25.6% | 50.3% | 32.9% |
| Stage 1 | 0.3% | 33.1% | 2.6% | 1.4% | 9.5% | 0.7% | 13.6% |
| Stage 0 | 45.3% | 18.8% | 23.1% | 0.0% | 19.9% | 8.4% | 23.5% |
| N | 311 | 447 | 39 | 71 | 211 | 143 | 1,343 |

Zentrale Herausforderung in Europa

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014; HIMSS Analytics Europe Datenbank (07/2014, basierend auf Daten der letzten 24 Monate ungewichtet)

## HIMSS-Modell zur Bewertung des Fortschritts in der Einführung von ePAs

| European EMR Adoption Model℠ | |
|---|---|
| Stufe | Cumulative Capabilities |
| Stufe 7 | Vollständiges EMR; CCD-Transaktionen zur gemeinsamen Datennutzung; Data Warehousing; Berichte über das Resultat der Datenpflege; Qualitätssicherung |
| Stufe 6 | Interaktion der ärztlichen Dokumentation mit vollständigem CDSS (strukturierte Vorlagen bzgl. klinischer Protokolle lösen Varianz- und Konformitätswarnungen aus) und geschlossene Medikationsverwaltung |
| Stufe 5 | Komplette PACS -Lösung ersetzt alle filmbasierten Bilder. |
| Stufe 4 | CPOE zumindest in einem klinischen Service-Bereich bzw. für die Medikation (d. h. e Prescribing); möglicherweise gibt es auf Grundlage klinischer Protokolle Unterstützung bei klinischen Entscheidungen. |
| Stufe 3 | Pflege-/klinische Dokumentation (Fließschema); möglicherweise gibt es Unterstützung bei klinischen Entscheidungen zur Prüfung auf Fehler während der Verordnungseingabe bzw. PACS ist auch außerhalb der Radiologie verfügbar. |
| Stufe 2 | Speicher für klinische Daten (Clinical Data Repository, CDR) / elektronische Patientenakte; möglicherweise gibt es ein kontrolliertes medizinisches Vokabular, Unterstützung bei klinischen Entscheidungen (CDS) zur elementaren Konfliktüberprüfung, Dokumentationsregelung und Funktionen zum Austausch von Krankheitsdaten (HIE). |
| Stufe 1 | Unterabteilungen wie Labor, Radiologie und Apotheke sind alle installiert ODER die LIS-, RIS-, PHIS-Datenausgabe erfolgt online über externe Service Provider. |
| Stufe 0 | Keine der drei Unterabteilungen (LIS, RIS, PHIS) ist installiert; ODER es erfolgt keine Labor-, Radiologie-, Apotheken-Datenausgabe online über externe Service Provider. |

Optimale Umgebung für komplette elektronische Patientenakte und integrierte Versorgung

Pflegedokumentation

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014

**Präsentation Herr Dr. Christopher Hermann**

Dr. Christopher Hermann

Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg

## Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg

Anhörung zum Thema „Finanzierung“ am 24. April 2015

Anhörung „Finanzierung“ am 24.04.2015
Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann, AOK Baden-Württemberg

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## AGENDA – Finanzierung Pflegeversicherung

1 Demographische Entwicklung

2 „Pflege-Bahr“

3 Pflegevorsorgefonds

4 SPV und PPV

5 Kapitaldeckung und Vollversicherung

6 Fazit

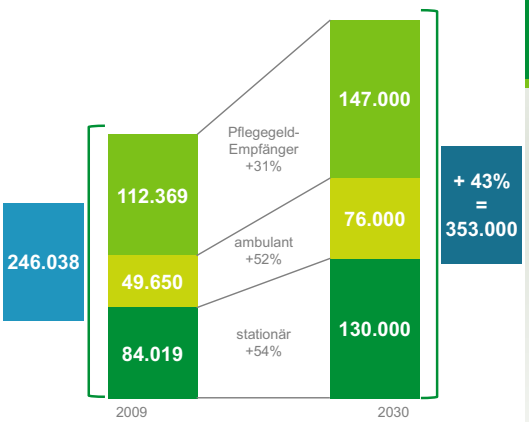
2 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Christopher Hermann

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## Finanzierung – stetige Herausforderung

1

**Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2009 und 2030**




Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

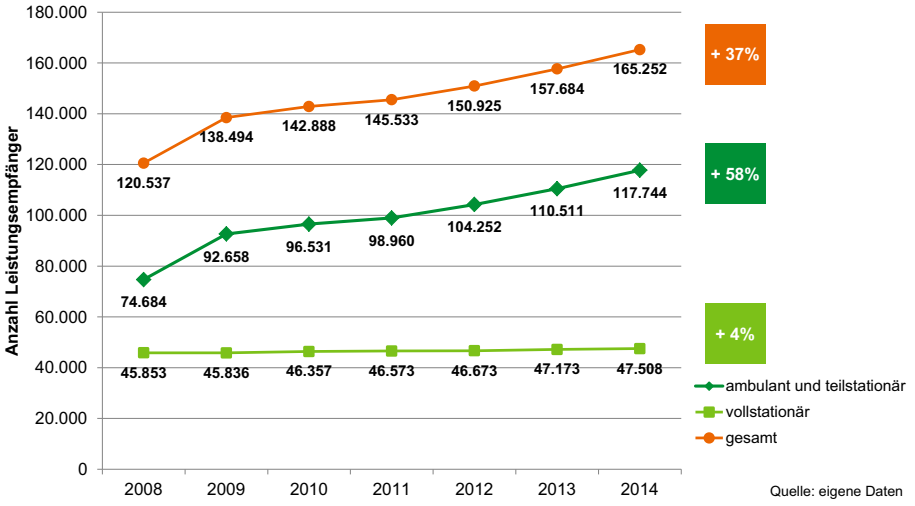
- Steigende Anzahl Pflegebedürftiger
- Familiäres Pflegepotential nimmt ab
- Multimorbidität → Alter benötigt professionelle Pflege
- Bedarf an Pflegepersonal steigt
  - Bundesweit + 500.000 professionelle Pflegekräfte
  - Mehrbedarf regional unterschiedlich
  - BW + 54.000 Pflegekräfte



## AOK Baden-Württemberg Steigende Anzahl der Leistungsempfänger

1

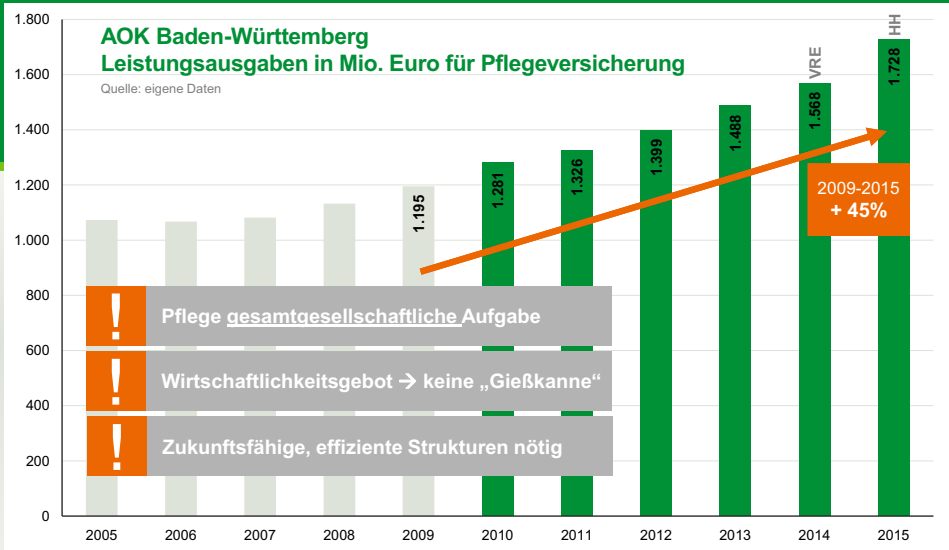
**Leistungsempfänger Pflegeversicherung (jeweils Pflegestufe I-III gesamt)**




Quelle: eigene Daten

## Finanzierung – stetige Herausforderung

1

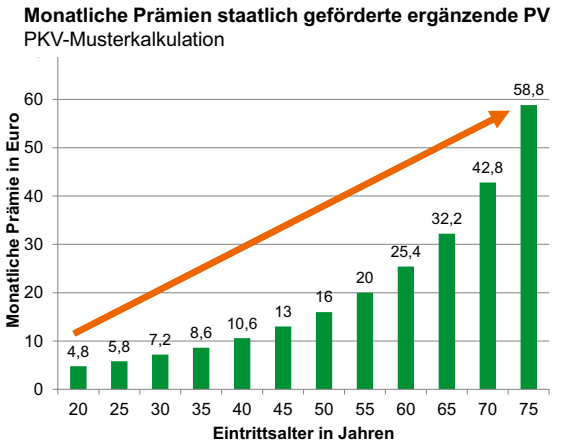





## Pflege-Bahr

2

- Hinter Erwartungen zurück (2013: **1,5 Mio.** Abschlüsse progn., tatsächlich **350.000**)
- Deutsche Bundesbank: Für „untere u. mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“
- Adverse Selektion
- Finanzierungslücke bleibt




Quelle: PKV-Verband, Rechenschaftsbericht 2012; eigene Darstellung

→ Pflege-Bahr ungeeignet!

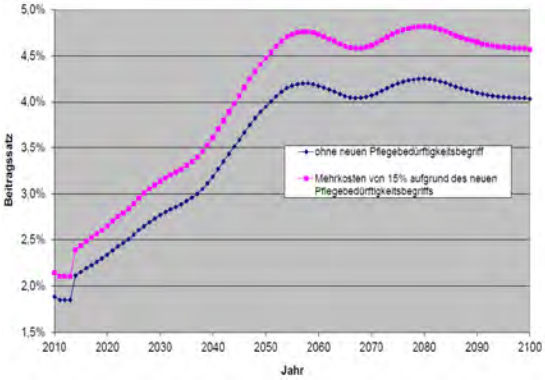
## Pflegevorsorgefonds

3

- Gefahr Zweckentfremdung
- Nicht nachhaltig
- 0,1 Beitragssatzpunkt Entlastung 2035 ff. unwesentlich
- Beitragssatz-Untertunnelung Illusion

→ Finanzmittel heute für Leistungen nutzen

**Demographische Beitragssatzprojektion**
(Annahme: real konstante Arbeitsentgelte und Versicherungsleistungen)




Quelle: Jacobs/Rothgang 2014

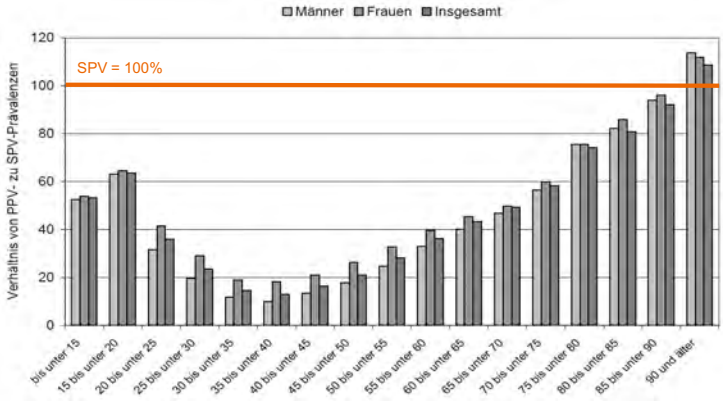
→ Pflegevorsorgefonds ungeeignet



## SPV und PPV

4

**Pflegeprävalenz PPV zu SPV** (alle Pflegestufen) 2008




→ PPV-Versicherte „bessere Risiken“
→ Finanzausgleich → Risiken fair u. nachhaltig verteilen

Quelle: Rothgang et al. 2013

## Kapitaldeckung und Vollversicherung

5

**Kapitaldeckungsverfahren**

- Wertverlust
- Erhebliche Beitrags- und Prämiensteigerungen möglich (PKV!)
- Einführung Kapitaldeckungs-verfahren
  → Finanzierungslücke
  → hohe Zusatzbelastung pflegenähere Jahrgänge

→ Kapitaldeckungsverfahren nicht sinnvoll

**Vollversicherung**

- Vollversicherung massive Beitragssatz-/ Ausgabensteigerungen
- Bsp. Niederlande: extreme Kostendynamik
- Angebotsinduzierte Leistungsinanspruchnahme
- Andere Steuerungs-arrangements zwingend

→ Vollversicherung nicht sinnvoll

9 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Christopher Hermann

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## Fazit – Strukturwandel aktiv gemeinsam gestalten

6

- Nachhaltige Lösungen
- Vernetzung Leistungserbringer
- Stärkung regionaler Strukturen
- Bedarfsorientierte Versorgungstrukturen
- Einheitliche Pflegeversicherung

**… gibt es nicht zum „Nulltarif“!**

- AOK investiert in Leistungen, Versorgung, Service und Beratung

→ Beteiligung aller Akteure notwendig

10 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Christopher Hermann

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

AOK Die Gesundheitskasse. | BADEN-WÜRTTEMBERG

**Präsentation Herr Walter Scheller**

vdek Die Ersatzkassen

## Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg

Walter Scheller
Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Anhörung zum Thema „Finanzierung Pflegeversicherung“
24. April 2015 im Landtag

## Ablauf

1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen
2. Was hat die Pflegeversicherung bereits erreicht?
3. Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?
4. Vorschläge zur Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
5. Löst der „Pflege-Bahr“ die Herausforderung der Zukunft?
6. Was Pflegefachkräfte in der Altenpflege verdienen
7. Was Pflegefachkräfte in der Krankenpflege verdienen
8. Personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
9. Situation der personellen Ausstattung in Baden-Württemberg
10. Vergeudung von Personalressourcen
11. Pflegebedürftigkeitsbegriff
12. Fazit



vdek Die Ersatzkassen

## 1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden. Die Gesellschaft entscheidet, wie die Zukunft der Pflege auszusehen hat. Die Politik hat entsprechend zu handeln. Der **Beitragssatz** in der Pflegeversicherung wird nach meiner Einschätzung **mittelfristig bei 2,8 Prozent** liegen.

**Grundsätzlich** hat sich das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung bewährt, Kapitaldeckungsverfahren werden von uns abgelehnt. Wir sprechen uns dafür aus, die getrennte Finanzierung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zu überwinden und fordern, die unterschiedlich verteilten Risiken regelmäßig festzustellen und finanziell auszugleichen.



vdek Die Ersatzkassen

## 2. Was mit der Einführung der Pflegeversicherung bereits erreicht wurde

In den vergangenen Jahren ist bereits einiges geschehen, nur einige Beispiele:

- Einführung der Pflegeberatung und der Pflegenoten
- Förderung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- Zuschüsse für Wohngruppen aufgrund der Entwicklung neuer Lebensformen
- Pflegestützpunkte



vdek Die Ersatzkassen

## 3. Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?

Eindeutiges „Ja“!

Die PKV muss zumindest in den Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Denn in der Pflege gelten Einheitsbeitragssätze, egal ob privat oder gesetzlich versichert.

5 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek Die Ersatzkassen

## 4. Vorschläge zur Finanzierung der häuslichen Krankenpflege

Wir sehen den Fokus im Bereich der häuslichen Krankenpflege bei der ständigen Überprüfung der Vereinfachung und Verkürzung von Arbeitsprozessen, um Personal anders einzusetzen.

Es kann keine Lösung sein, immer mehr Geld ins System zu geben, sondern es sollte vorrangig daran gearbeitet werden, mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen zurecht zu kommen.

HKP Preisvergleich:

| Preis | Baden-Württemberg | Rheinland-Pfalz | Schleswig-Holstein |
|---|---|---|---|
| Medikamentengabe vdek | EURO 9,90 EURO | 9,80 EURO | 9,38 EURO |

6 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Quelle: Vergleichsberechnung vdek Ba-Wü

vdek Die Ersatzkassen

## 5. Löst der „Pflege-Bahr“ die Herausforderung der Zukunft?

Der „Pflege-Bahr“ bleibt weiterhin ein Nischenprodukt und ist letztlich kein geeignetes Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Hierzu gibt es folgende Gründe:

1. Die Zahl der abgeschlossenen Verträge ist gering.
2. Wie die Erfahrungen mit Riester-Rente und bestehenden Zusatzversicherungen zeigen, werden Zusatzversicherungen vor allem von einkommensstärkeren Schichten in Anspruch genommen.
3. Die in der Musterkalkulation enthaltenen Leistungshöhen sind unzureichend, um einen nennenswerten Beitrag zur Schließung der Lücke zwischen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und den Finanzierungsbedarfen bei Pflegeversicherung zu schließen.
4. Die Existenz des „Pflege-Bahrs“ kann dazu führen, die Leistungen des obligatorischen Systems unzureichend zu dynamisieren und damit das obligatorische System schwächen.

7 BARMER GEK Pflegereport 2014

vdek Die Ersatzkassen

## 6. Was Pflegefachkräfte in der Altenpflege verdienen

| Bundesland | Altenpflege |
|---|---|
| **Baden-Württemberg** | **2.725** |
| Bayern | 2.709 |
| Nordrhein-Westfalen | 2.692 |
| Sachsen | 1.784 |
| Sachsen-Anhalt | 1.743 |
| **Westdeutschland** | **2.568** |
| Ostdeutschland | 1.945 |
| **Deutschland** | **2.441** |

Monatliche Median-Bruttoentgelte in Euro
Quelle: FAZ Januar 2015

8 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek Die Ersatzkassen

## 7. Was Pflegefachkräfte in der Krankenpflege verdienen

| Bundesland | Krankenpflege |
|---|---|
| Saarland | 3.293 |
| Bremen | 3.240 |
| Nordrhein-Westfalen | 3.202 |
| **Baden-Württemberg** | **3.183** |
| Brandenburg | 2.647 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2.636 |
| **Westdeutschland** | **3.193** |
| Ostdeutschland | 2.738 |
| **Deutschland** | **3.042** |

Monatliche Median-Bruttoentgelte in Euro
Quelle: FAZ Januar 2015

9 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek Die Ersatzkassen

## 8. Personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

| Bundesland | Fachkraft-quote | Personalschlüssel Pflegestufe I | Personalschlüssel Pflegestufe II | Personalschlüssel Pflegestufe III | Preise im Durchschnitt Pflegestufe II |
|---|---|---|---|---|---|
| Baden-Württemberg | Mind. 50 % | 3,96 – 3,13 | 2,83 – 2,23 | 2,08 – 1,65 | 67,32 EURO |
| Rheinland-Pfalz | Mind. 50 % | 4,2 | 2,8 | 1,8 | 60,92 EURO |
| Schleswig-Holstein | Mind. 50 % | 6 – 4,05 | 4 – 3,05 | 2,8 –2,28 | 55,86 EURO |

10 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Quelle: vdek Ba-Wü

vdek Die Ersatzkassen

## 9. Situation der personellen Ausstattung in Baden-Württemberg

- Leistungserbringerverbände in Baden-Württemberg fordern, die Personalschlüssel in den stationären Pflegeeinrichtungen deutlich zu verbessern.
- Der MDK bestätigt den Einrichtungen eine gute Qualität. Deshalb sollte über andere Lösungen nachgedacht werden, als die Personalschlüssel pauschal anzuheben, zum Beispiel die verantwortliche Pflegefachkraft zusätzlich zu den Personal-schlüsseln vorzuhalten.
- Baden-Württemberg hat aktuell im Bundesvergleich die besten Personalschlüssel.

11 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek Die Ersatzkassen

## 10. Vergeudung von Personalressourcen

- Der Personalnotstand ist zum Teil auch ein hausgemachtes Problem (Teilzeitbeschäftigung).
- Die Leistungserbringer stellen Personal meist nicht mehr in Vollbeschäftigung ein, sondern häufig in einem Beschäftigungsumfang von 80 Prozent.
- Das hat zur Folge, dass 20 Prozent der Arbeitszeit von Fachkräften nicht genutzt wird (Ressourcenverschwendung).
- Der Einsatz des vorhandenen Personals in den Pflegeeinrichtungen muss nachgewiesen werden.

12 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek Die Ersatzkassen

## 11. Pflegebedürftigkeitsbegriff

Wir fordern die zügige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeits-begriffs, der stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgerichtet ist.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind die erforderlichen Finanzmittel sicherzustellen.

Bei dessen Einführung ist ein Bestandsschutz der Leistungen zu garantieren.

Die daraus resultierenden Mehrkosten müssen aus der geplanten Erhöhung des Beitragssatzes von 0,2 Prozentpunkten gedeckt werden.



## 12. FAZIT

Wir fordern von allen Beteiligten:

Heute und morgen die pflegerischen Belange im Sinne der Pflegebedürftigen weiterzuentwickeln.

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Walter Scheller
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Baden-Württemberg
Tel.: 0711/23954-11 Fax: 0711/23954-16
E-mail: walter.scheller@vdek.com

**5.8 Präsentationen der 10. Sachverständigenanhörung**
**Präsentation Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie**

AGP Sozialforschung Social Research

# Demenz und Behinderung

Prof. Dr. Thomas Klie
Anhörung der Enquete-Kommission im Landtag Baden-Württemberg
22. Mai 2015

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 1

AGP Sozialforschung Social Research

## Demenz: eine kulturelle Herausforderung

- Ob ein Leben mit Demenz (auch) ein gutes sein kann und wird, das hängt ganz entscheidend von der Gesellschaft ab und davon wie wir Demenz sehen, verstehen und mit Menschen mit Demenz umgehen.

- Maßnahmen
  - Öffentliche Rede über Demenz reflektieren und auf Würde ausrichten
  - Zivilgesellschaftliche Formen des Engagements für Menschen mit Demenz stärken
  - An Schulen über Demenz und Menschenrechte aufklären
  - Begegnungsmöglichkeiten – Kita - MmD systematisch fördern
  - Diskrimierungen sanktionieren

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 2

## Würde und Demenz

AGP Sozialforschung Social Research

- Die Vermeidung von Demütigungen gehört zu den fundamentalen Voraussetzungen für ein Leben in Würde.

- Kampagnen zum Thema Menschenrechte und Demenz
- Unterstützerkreise für rechtliche Assistenz initiieren
- Erwachsenenschutz in der häuslichen Pflege stärken
- Zugehende Beratungsangebote ausbauen
- MDK Begutachtungen auch zur Identifizierung von beratungsbedarf nutzen
- Qualifizierungen verstetigen und ausweiten (etwa *redufix)*
- Heimaufsicht als Agenturen für Menschenrechte stärken

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 3

## Perspektive Teilhabe

AGP Sozialforschung Social Research

- Die Perspektive „Teilhabe“ eröffnet über die Diagnose hinaus den Blick auf Menschen mit Demenz als Menschen mit Behinderung, ausgestattet mit Rechten, nicht gleichgesetzt mit dem Alter, nicht reduziert auf die Pflege - und in vielfältiger Weise behindert durch die Gesellschaft.

- Den Blickwinkel neu ausrichten: von der Pathologie zur Teilhabe
- Die Semantik ändern: Teilhabe und Sorge statt Betreuung und „niederschwellige Hilfen“
- Leistungen flexibilisieren (PSG II)

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 4

## Fachliche Begleitung

AGP Sozialforschung Social Research

- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf kontinuierliche fachliche Begleitung - unabhängig von ihrem Sorgearrangement und dem Lebensort.

- Sicherstellungsauftrag der GKV ernstnehmen
- (Fach-)Ärztliche Versorgung in Heimen zum landespolitischen Thema machen
- HKP Leistungen ausweiten auf Steuerung des Pflegeprozesses,
- Präventive Hausbesuche leistungsrechtlich verankern
- Pflegeberatung i.S.d. Case Managements in kommunale Federführung, verbunden mit dezentralen Pflegestützpunkten

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 5

## Pflegebedürftigkeit und Demenz

AGP Sozialforschung Social Research

- Kein Pflegebedürftigkeits-begriff wird den umfänglichen und individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenz abbilden.

- Menschen mit Demenz nicht zu „Pflegefällen“ machen (zum Unwort erklären)
- Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht als Allheilmittel verstehen
- SGB XI in das SGB IX einbeziehen
- Keine Teilhabereform ohne Pflegereform und umgekehrt: Landespolitischen Einfluss nutzen
- Rehabilitationspotenziale erkennen und Rehaleistungen sicherstellen

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 6

## Wohnortnahe Versorgungsangebote

AGP Sozialforschung Social Research

- Es bedarf einer Vielfalt und vor allem wohnortnaher Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz, deren Qualität sich in einem intelligenten Mix aus fachlicher, familiarer, beruflicher und bürgerschaftlicher Unterstützung zeigt.
- Das Thema Demenz gehört auf die kommunale Ebene
- Partizipative Planung auf kommunaler Ebene im Landespflegegesetz regeln und fördern
- Ermöglichungsstrukturen und Förderung von wohnortnahen Versorgungsformen im Hilfemix, insbesondere für selbstorganisierte WG
- Kleinstheime unter Ausnutzung für häusliche Pflege konzipierter teilstationärer Leistungen nicht als WG qualifizieren

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 7

## Behinderung und Pflege

AGP Sozialforschung Social Research

- Die wechselseitige Öffnung von Pflegesystem hier und Teilhabe (Eingliederungshilfe) dort ist Voraussetzung für ein tragfähiges Gesamtkonzept Teilhabe orientierter Pflege, das sowohl Menschen mit Behinderung, die im Alter auf Pflege verwiesen sind als auch Menschen, die im Alter mit einer Behinderung und Pflegebedarf leben, gerecht zu werden.
- Versäulung der Systeme überwinden
- Diskriminierung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch § 43 a SGB XI abstellen
- HKP Leistungen in allen stationären Versorgungsformen
- Auflösung der unterschiedlichen Finanzierung von ambulant und stationär

www.agp-sozialforschung.de 22.5.2015 8

### 5.9 Präsentationen der 11. Sachverständigenanhörung

**Präsentation Frau Prof. Dr. Katharina Gröning und Frau Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**

Universität Bielefeld

**Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“**

**Themen der Anhörung am 22. Mai 2015:**

**Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege**

Prof. Dr. Katharina Gröning:

Gendersensible Pflege

Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin:

Kultursensible Pflege

22. Mai 2015

## Gendersensible Pflege – Notwendigkeit und Maßnahmen

- Im Alter tritt der ästhetische Gesellschaftskörper in den Hintergrund und der Naturkörper stärker hervor, was Verlust, Selbstverachtung, Trauer und Depression auslösen kann.
- Jeder Gesellschaftskörper muss pflegerisch und sozial hergestellt werden, wodurch sich die Anforderungen an die Pflege geändert haben, denn die Pflege geht aus einer institutionellen Tradition von einem praktischen Nutzkörper aus.

→ Die Einführung einer auf die Herstellung des ästhetisch-geschlechtlichen Körpers ausgerichteten Pflege ist notwendig; sie kann vor Verrohung und Übergriffen schützen und bei der Herstellung von Unnahbarkeit und Distinktion unterstützen und ist somit für die Würde und Identität der PatientInnen bedeutend

## Gendersensible Pflege – Bestehende Geschlechtsstrukturen und Wege diese aufzubrechen

- Professionelle und nichtprofessionelle Pflege ist mit 75-80% stark vergeschlechtlicht im Sinne von feminisiert und der Pflegeberuf wird zunehmend unattraktiver
- Pflege wird zunehmend von weiblichen Pflegepersonen aus Osteuropa übernommen, die in prekären Verhältnissen arbeiten
- Häusliche Pflege durch Männer nimmt zu, weil der Anteil pflegender Ehepartner steigt

→ Schutz der Familie auf die späte, pflegende Familie ausdehnen
→ Osteuropäische Haushaltshilfen sozial absichern und Arbeitsbedingungen zivilisieren
→ Professionalisierung des Pflegeberufs stärken

## Gendersensible Pflege – Datenlage zu Lebenslauf, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme

- Unzureichende Datenlage, systematische qualitative und quantitative Untersuchungen zu den lebensweltlichen Sinnstrukturen fehlen
- Forschung ist auf Belastung und Geschlecht ausgerichtet und blendet Dimensionen wie Bindung, Generativität, Gerechtigkeit und Loyalität zwischen den Generationen aus
- Argumentative Engführung: Generationenvertrag beruht auf Geschlechtervertrag und das Zusammenbrechen des Geschlechtervertrags führt zum Zusammenbrechen des Generationenvertrags

## Gendersensible Pflege – geschlechtsspezifische Altersrisiken

- Lebenslagenansatz: soziale Risiken kumulieren im Alter (Backes 1994)
- Zentrale Risiken: Altersarmut von Frauen, gesellschaftliche Missachtung der Reproduktionsarbeit, Missachtung ethischer und wohlfahrtsproduzierender Arbeit

→ Durch die Normalisierung nichtbezahlter Arbeit wird künftig die geschlechtsspezifische Altersarmut zunehmen

## Gendersensible Pflege – Genderaspekte in der Ausbildung professionell Pflegender

- Genderaspekte sind in der Pflege tabuisiert, deren Bearbeitung ist jedoch dringend notwendig
- Mangel an Wissen führt zu Ideologiebildung und Pflegefehlern
- Häufig gedankenloser Einsatz sexuell belasteter Pflegetechniken

→ Weiterbildung zur Geschlechtssensibilität und –reflexivität sollte wegen der wissenschaftlichen Fundierung wissenschaftlich sein

→ Es geht dabei nicht um die Vermittlung von Wissen, sondern um die reflexive Entwicklung einer ethischen Haltung, Feinfühligkeit und Reflexivität.

→ Supervision ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung

## Kultursensible Pflege

- Kultursensibilität sollte sich nicht ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund beziehen, sondern auf die Wahrnehmung der jeweils individuellen Kultur von Menschen
- Kultursensibilität ist eine Haltung, die nicht erlernt werden kann, sondern sich durch ständiges Reflektieren der eigenen Kultur und der Kultur des Gegenübers entwickelt.

## Kultursensible Pflege – Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege

- Schätzungen zufolge haben 8,2% der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund (Mikrozensus 2009)
- Zahl der über 60-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund ist von 1992 (5%) bis 2004 (11%) stark gestiegen (Baykara-Krumme 2007)
- Prognosen für 2030: 24% der Menschen mit Migrationshintegrund werden 60 Jahre und älter sein (BMFSFJ 2000)

→ In den kommenden Jahren starke Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zu erwarten

→ Bedarf an kultursensibler Pflege wird künftig stark ansteigen

→ Nutzerorientierte pflegerische Angebote sind eine zentrale Voraussetzung für eine stärkere Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

## Kultursensible Pflege – Politische und fachliche Maßnahmen

- → stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Angebote sollten systematisch an ihrer kulturellen Öffnung arbeiten
- → Thema interkulturelle Öffnung sollte in den kommunalen Pflegekonferenzen (oder auch Gesundheitskonferenzen) verpflichtend bearbeitet werden
- → Kulturelle Öffnung erfordert Kontinuität, zusätzliche Zeit und finanzielle Ressourcen
- → Diese Zeit muss adäquat vergütet werden, damit Einrichtungen sich stärker auf ihre kulturelle Öffnung konzentrieren und darauf einlassen können
- → Interkulturelle Öffnungs-BAFÖG..... Finanzierung??

## Kultursensible Pflege – Maßnahmen um kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen

- → Weiterbildung der Pflegekräfte zum Thema „Kultursensible Pflege“
- → Stärkere Einbindung des Themas in die Curricula der Ausbildungen zur Pflegekraft und Pflegehilfskraft
- → Pflegedienstleitungen müssen Verantwortung für die Weiterbildung ihrer Pflegekräfte übernehmen und sich dafür einsetzen → Öffnung geht von der Leitung aus!
- → Verständigungsorientiertes Handeln in interkulturellen Teams entwickeln
- → Leitfäden oder Möglichkeiten der Weiterbildung sollte Pflegedienstleitungen angeboten und an die Hand gegeben werden

## Kultursensible Pflege – Kultursensible vs. kulturspezifische Angebote

- Bereits bestehende Angebote sollten für den Umgang mit unterschiedlichen Kulturen systematisch sensibilisiert werden

→ Es ist schwierig für jeden Sprach- und Kulturkreis sprach- und kulturspezifische Angebote zu schaffen

→ Öffnung bestehender Angebote kann die Versorgung, Inanspruchnahme und Zufriedenheit verbessern

- Für besonders oft vertretene Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und insbesondere für Angebote für demenzerkrankte Menschen sollten sprachspezifische Angebote entwickelt werden

→ in den kommenden Jahren massiver Zuwachs zu erwarten

→ früher Verlust der Zweitsprache Deutsch bei Demenz

## Kultursensible Pflege – Zugang zu pflegenden Familien mit Migrationshintergrund

- Vertrauen durch Gatekeeper

→ Hausarzt

→ In der entsprechenden Community anerkannte Personen als Mittler gewinnen

→ Mund-zu-Mund-Propaganda→ braucht Zeit

→ Muttersprachliches Pflegepersonal erleichtert den Zugang

→ Kultursensible und nach Möglichkeit muttersprachliche PflegetrainerInnen im Übergagng vom Krankenhaus in die Häuslichkeit

→ Aufgrund sich verändernder Herausforderungen: Aufsuchende, kontinuierliche, muttersprachliche Pflegeanleitung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

## Kultursensible Pflege – Derzeitige und künftige Rolle von ambulanten und stationären Pflegeangeboten

- Die Pflegestufe bei MigrantInnen liegt häufiger (15%) bei der Pflegestufe III als bei deutschen Pflegebedürftigen (9%) (Kohls 2012)
- Menschen mit Migrationshintergrund werden zu einem großen Teil zu Hause von Angehörigen gepflegt; zu 98% bei türkeistämmigen Pflegebedürftigen (Okken u.a. 2008)
- Abgesehen von Pflegegeldleistungen nehmen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen wenig unterstützende Leistungen in Anspruch (Okken u.a. 2008)
- Pflege ist Familiensache, jedoch wird auch hier der Trend in Richtung professionelle Pflege stärker und die Notwendigkeit kultursensibler Angebote steigt künftig

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit


- Prof. Dr. Katharina Gröning
katharina.groening@uni-bielefeld.de

- Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
huerrem.tezcan@uni-bielefeld.de

**Präsentation Frau Heiderose Berroth**

*Abbildung 3.1: Die Versorgungspyramide am Lebensende in Deutschland.*

Quelle: Borasio, Über das Sterben, a.a.O., S. 51

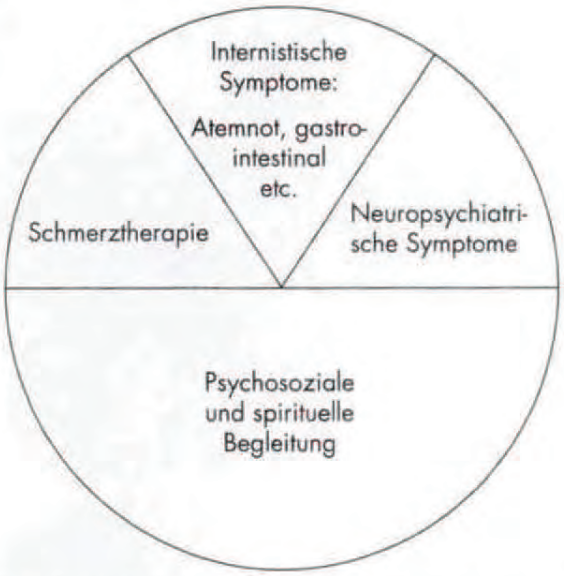



*Abbildung 10.2: Die Arbeitsverteilung in der Palliativbetreuung.*

Quelle: Borasio, Über das Sterben, a.a.O., S. 185

**5.10 Präsentationen der 12. Sachverständigenanhörung**
**Präsentation Herr Ellio Schneider**

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

**Zentrale**

www.wz-kliniken.de

# Prävention und Rehabilitation

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission
„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
3. Juli 2015

**Ellio Schneider**
Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Einführung und aktuelle Situation

- Medizinische Rehabilitation ist als eine Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland anerkannt.
- Dennoch wird nicht ausreichend in diese Leistungen investiert.

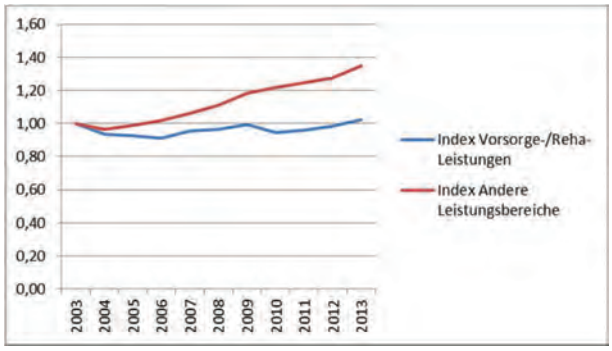
03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 2

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Einführung und aktuelle Situation

Entwicklung der Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 2003 - 2013




**Entwicklung der Ausgaben für Vorsorge und Reha seit 2003 - 8,4 % geringer als die Veränderungsrate**

**Vorsorge und Reha**
2003 = 2,57 Mrd. EUR
2013 = 2,62 Mrd. EUR
+ 0,05 Mrd. EUR

**Andere Leistungsbereiche**
2003 = 133,65 Mrd. EUR
2013 = 180,12 Mrd. EUR
+ 46,47 Mrd. EUR

Quelle: Eigene Berechnungen nach KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 3

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Potenzial

- Reha sichert Lebensqualität und Selbständigkeit bis ins hohe Alter.
- Reha ist für die Betroffenen und ihre Familien, besonders für pflegende Angehörige, von hohem Wert.
- Reha ist auch volkswirtschaftlich gesehen eine lohnende Investition.

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 4

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Potenzial

Vermeidung oder Verschiebung einer Versorgung im Pflegeheim (Reha vor Pflege)

- monatliche Geldleistung Pflegeversicherung (Pflegestufe 1): 1.064 EUR
- Eigenanteil Betroffener (oder Sozialhilfeträger): mindestens 1.500 EUR



WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Zugang zu Leistungen

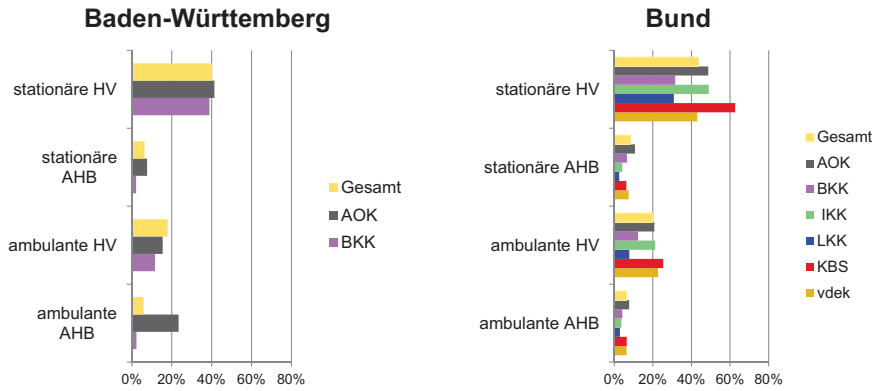
- Reha-Leistungen sind Pflichtleistungen – der Zugang erfolgt durch Verordnung niedergelassener Ärzte (sog. Antragsverfahren) oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (sog. AR-Verfahren).
- Der frühzeitige Zugang zu Reha-Leistungen ist besonders für ältere Menschen sehr schwierig.
- Die Auswahl der Reha-Einrichtung orientiert sich häufig nicht ausreichend an medizinischen Aspekten und dem Wohl des Patienten.

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Zugang zu Leistungen

Antrags- und Genehmigungsstatistik – hier: Ablehnungsquoten






WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 1)

- Es muss sichergestellt werden, dass Reha-Anträge nicht ohne medizinische Begründung abgelehnt werden. Die Bewertung des niedergelassenen Arztes muss stärkeres Gewicht erhalten. Abweichungen von seiner Indikationsstellung oder seinem Zuweisungsvorschlag müssen begründet werden.

- Um einen frühzeitigen Zugang zu Reha-Maßnahmen zu ermöglichen, sollten Betroffene, Angehörige sowie niedergelassene Ärzte stärker über die Potenziale der medizinischen Rehabilitation informiert werden.

- Eine bessere Aufklärung und Beratung der Betroffenen ist auch im Hinblick auf die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten im Falle einer Ablehnung des Reha-Antrags erforderlich.

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – künftige Herausforderungen

- zunehmender Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für professionell Pflegende – massiver Fachkräftemangel!
- zunehmender Bedarf auch für pflegende Angehörige
- zunehmender Bedarf für ältere Menschen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 9

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – künftige Herausforderungen

- Investitionen in Reha werden sowohl für die Kranken- wie auch für die Rentenversicherung zunehmend wichtig.
- aber: Deckelung der Reha-Ausgaben im SGB VI
- und: Krankenversicherung profitiert selbst nicht, wenn durch eine Rehabilitation Pflegebedürftigkeit aufgeschoben wird

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 10

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 2)

- Jede medizinisch notwendige Reha muss genehmigt und finanziert werden. Nach Jahren der Nichtanpassung an den tatsächlichen Bedarf muss das Ausgabevolumen für Reha-Maßnahmen wieder steigen.
- Dazu ist auch die Deckelung der Reha-Ausgaben in der Gesetzlichen Rentenversicherung abzuschaffen, so dass jederzeit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Reha-Leistungen ermöglicht wird.
- Um zu vermeiden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zu Lasten der Pflegeversicherung an notwendigen Reha-Leistungen spart, müssen wirksame Anreize geschaffen werden oder die Zuständigkeiten neu geregelt werden.

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 11

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Zur **Bewertung** der Versorgungssituation ist man auf **Statistiken** angewiesen:

- Krankenhausstatistikverordnung, insbesondere
  - Grunddaten Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (Bund/Land)
  - Diagnosedaten (nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten)
- Statistiken der für Reha zuständigen Kostenträger
  - GKV- Finanz- und Antragsstatistik (KJ1, KV45, KG5)
  - DRV Reha-Statistik
  - Für andere Kostenträger fehlen aufbereitete reha-spezifische Angaben weitgehend.

Unterschiede z. B. in Aufbau, Detaillierungsgrad, Veröffentlichungszeitpunkt zwischen den Kostenträgern und Schwachstellen innerhalb der einzelnen Statistiken erlauben **keine zuverlässige Gesamtbetrachtung** des Reha-Geschehens in Baden-Württemberg.

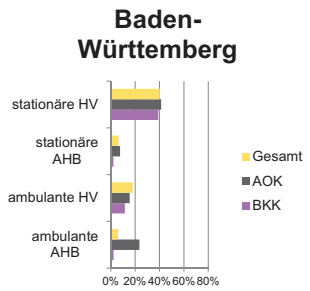
03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 12

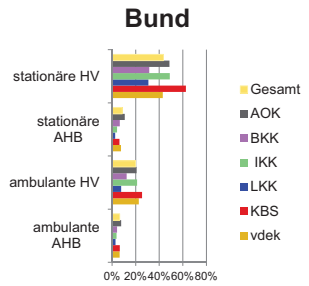
WALDBURG-ZEIL KLINIKEN Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Übergreifende Problematik der GKV-Statistik: Fehlende Transparenz aufgrund Unterscheidung bundes- und landesunmittelbarer Krankenkassen

- fehlende Vergleichbarkeit der Krankenkassen auf Landesebene
- Genauigkeitsverlust durch Miteinbezug Versicherter anderer Länder






WALDBURG-ZEIL KLINIKEN Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

In der **GKV-Statistik** fehlende Angaben:

- keine Aufgliederung in **Indikationsbereiche** (also keine Information z. B. über Entwicklung des Bedarfs an geriatrischer Rehabilitation)
- auch eine **Diagnosestatistik der GKV** fehlt komplett; die KH-Statistik heilt dies nicht (nur Daten aus KH ab 100 Betten, keine Aufteilung nach Kostenträgern)
- keine Angaben zum **Wohnort** der Versicherten (also keine Information zur Versorgung baden-württembergischer Versicherter)

Die **Deutsche Rentenversicherung** weist hingegen folgende bundeslandspezifische Angaben aus:

**Alter,** Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Arbeit vor Antragstellung, Berufsgruppe, Stellung im Beruf, **Personenkreis, Wohnort, Behandlungsort,** Erstdiagnose, 2. Diagnose, Ursache der Erkrankung, Maßnahmeart, Zuzahlungspflicht, durchschnittliche Pflege- bzw. Behandlungstage, Behandlungsergebnis, Entlassungsform, Entlassungsstatus

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

## Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 3)

- Alle Statistiken müssen in Zukunft gleich aufgebaut und stärker detailliert sein, dabei ist die Erhaltung der Anschlussfähigkeit an alte Datensätze zu gewährleisten.
- Eine Meldepflicht für alle Kostenträger in der medizinischen Rehabilitation wird eingeführt.
- Die Daten müssen beim Statistischen Bundesamt einfach und kostenlos zugänglich sein.

03.07.2015 Waldburg-Zeil Kliniken - Ellio Schneider 15

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ein Stück Leben.

**Zentrale**

www.wz-kliniken.de

## Vielen Dank!

**Ich freue mich auf Ihre Fragen …**

**Ellio Schneider**
Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken
Riedstraße 16
88316 Isny-Neutrauchburg
Telefon: 07562 71-1109
Fax: 07562 71-1070
ellio.schneider@wz-kliniken.de
www.wz-kliniken.de

**Präsentation Herr Dr. Kilian Rapp**

Robert-Bosch-Krankenhaus

# Prävention und Rehabilitation

## Öffentliche Anhörung

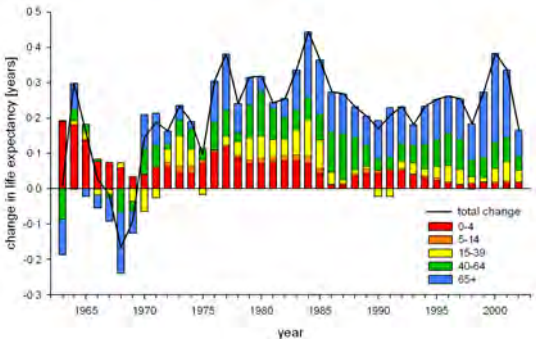
Priv. Doz. Dr. med. Kilian Rapp, MPH

Geriatrische Rehabilitationsklinik, Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart

Stuttgart, 3.07.2015

## Einleitung

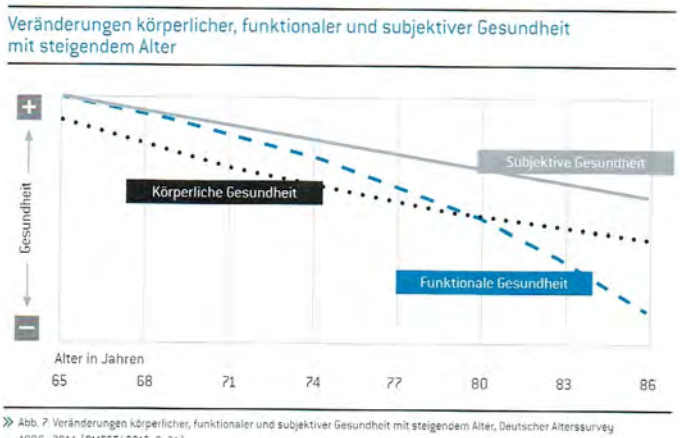
Jährlicher Beitrag verschiedener Altersgruppen zur Änderung der Lebenserwartung bei Männern
Deutschland 1962 - 2002




Klenk, Rapp et al., Eur J Public Health. 2007

- Lebenserwartung steigt
  - Rückgang der altersspezifischen kardiovaskulären Mortalität
  - Zunahme von alten Menschen mit vielen Erkrankungen (Multimorbidität)

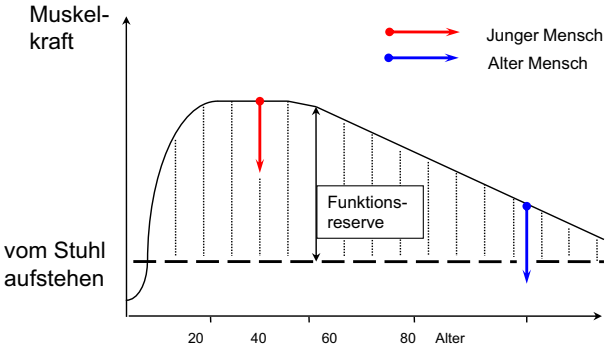
# Körperliche Erkrankungen vs. körperliche Funktionen




» Abb. 7: Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter, Deutscher Alterssurvey 1996–2011 (BMFSFJ 2013, S. 31)

- Funktionale Gesundheit (Motorik, Kognition, Psyche) determiniert
  - Selbständigkeit, Verbleib im eigenen Zuhause

# Funktionsreserve und Alter

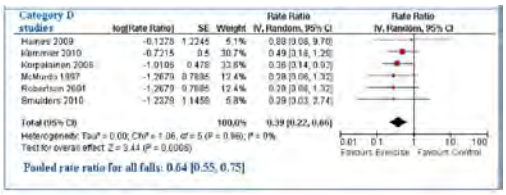



- Prävention und Rehabilitation im Alter: adressiert die Funktion, nicht die einzelne Erkrankung

# Ziele der Prävention und Rehabilitation *im Alter*

- Lebensqualität, Erhalt der Selbständigkeit, Verbleib in der eigenen Häuslichkeit

- Voraussetzung: funktionale Gesundheit (Motorik, Kognition, Psyche)
  - Motorik lässt sich im Alter am besten beeinflussen
    - z.B. Kraft, Balance – Transfer, Gehen, Treppensteigen, Toilettengang, Waschen, Kleiden
  - Maßnahmen sind effektiv
    - 2 Beispiele
      - Stürze und Frakturen
      - Geriatrische Rehabilitation




El-Khoury et al., BMJ 2013

# Welche Maßnahmen für wen?

- Funktionelles Ausgangsniveau sehr unterschiedlich
  - Präventive Maßnahmen müssen den funktionellen Status berücksichtigen

- Personengruppen
  - 1. Ältere Personen ohne Hilfs- oder Pflegebedarf
  - 2. Gebrechliche ältere Personen (mit Hilfs- oder Pflegebedarf)
    - a) die das Zuhause noch regelmäßig verlassen
    - b) die das Zuhause so gut wie nicht mehr verlassen
  - 3. Personen, die im Pflegeheim leben

# 1. Ältere Personen ohne Hilfs- oder Pflegebedarf

**Ziel: bestehende Mobilität erhalten bzw. fördern**

**Was ist sinnvoll?**

- Gute Angebotsstruktur an Bewegungsangeboten für Ältere
- Einfacher Zugang zur Information
- Niedrigschwellig

**Beispiele der Umsetzung**

- Stuttgart: Broschüre
- Rezept für Bewegung
- Rehasport

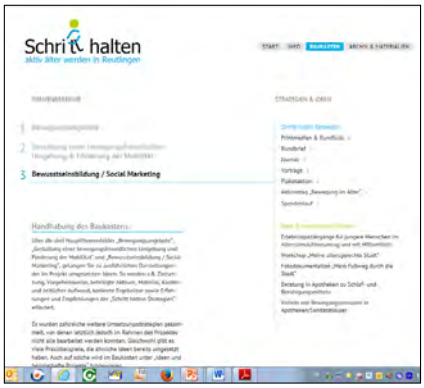
**Beispiele der Umsetzung**

- Vereine, VHS, DRK, …
- ZPP

LANDESSPORTBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

**Barrieren / Entwicklungsbedarf**

- Bewusstseinsbildung
  - „Schritthalten, aktiv älter werden in Reutlingen“
  - BZgA „älter werden in Balance“
- Viele Politikfelder betroffen




Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

http://www.schritthalten.info

## 2. Gebrechliche ältere Personen (mit Hilfs- oder Pflegebedarf)

**Ziel: Verlust der Mobilität / Selbständigkeit verhindern**

**Was ist sinnvoll?**

- Spezifische Bewegungsangebote (Fokus: Kraft, Balance)
  - Gruppenprogramme
    - Sozialer Aspekt
  - Aufsuchende Programme
  - Ambulante / stationäre Rehabilitation
    - wohnortnah

**Beispiele der Umsetzung**

- Trittsicher durchs Leben
  - Partner: SVLFG, Dt. Land-Frauenverband; DTB, RBK
  - Implementierungsprojekt im ländlichen Raum (47 Landkreise in 5 Bundesländern)
  - Aufbau von Trittsicher-Bewegungskursen
  - In 2 Jahren werden ca. 11.000 Versicherte direkt kontaktiert werden
  - www.trittsicher.org

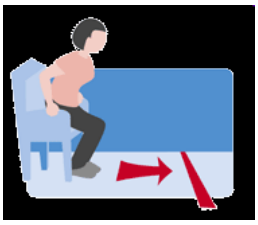
Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

**Beispiele der Umsetzung**

- Aufsuchende Programme
  - Aktivierender Hausbesuch (DRK)
  - Otago-Programm (Reutlingen)
    - Programm mit der höchsten Evidenz

**Barrieren / Entwicklungsbedarf**

- Viel zu wenige Angebote – schwierig zu finden
- Schnittstellenproblematik
  - Hausarzt → Angebot
  - Krankenhaus/Reha → Angebot
- Genehmigungsverfahren für Reha ungeeignet
  - Ambulante Reha kaum mehr verfügbar
- Geriatrische Institutsambulanzen
- Transport



Vermittlung

(amb.) Reha

# 3. Personen, die im Pflegeheim leben

**Ziel: Verhinderung von Komplikationen, Förderung der Teilhabe**

**Was ist sinnvoll?**

- Sichere Mobilisierung

**Beispiele der Umsetzung**

- AOK Sturzpräventionsprojekt in Anlehnung an das „Ulmer Modell“ (multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm)
- Seit 2003 über 2000 Pflegeheime in Deutschland eingeschlossen
- Bayern: Reduktion der Hüftfrakturen um fast 20%

**Barrieren / Entwicklungsbedarf**

- Nachhaltigkeit
  - vom Programm zur Routine
- Partnerschaft Verein - Pflegeheim
- Kurzzeitpflege

# Zusammenfassung

- Programme / Maßnahmen zur Sicherung von Autonomie und Lebensqualität sind grundsätzlich verfügbar

**Entwicklungsbedarf**

- Menge der Angebote
  - Insbesondere für gebrechliche Personen (viel zu selten, nicht passgenau, nicht erreichbar)
- An den Schnittstellen der Versorgung
- Geriatrische Rehabilitation als vorbeugende Maßnahme existiert nicht

**Politische Frage-/Weichenstellungen**

- Was soll umgesetzt werden?
- Welche Anreize sind sinnvoll?
- Wie werden effektive Prozesse geschaffen?

Prävention und Rehabilitation - Öffentliche Anhörung

Stuttgart, 3.07.2015

**Präsentation Herr Olaf Werner**

# Öffentliche Anhörung

am Freitag, 03. Juli 2015

Enquetekommission

**„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“**

Referat

**Olaf Werner**
**Geschäftsführer Kur- und Klinikverwaltung**
**Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

**Aktiv für Ihre Gesundheit**

**Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Unsere Einrichtungen

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Schwärzberg Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Salinen Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Rosentritt Klinik
Kurklinik Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Stimmheilzentrum
Schwärzberg Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Therapiezentrum Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Sophie-Luisen-Klinik
Kurklinik Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Thesen im Überblick

- **Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheits-politischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.**
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungs-gerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Reha-QM-Outcome-Studie

- **Titel:**
  Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation – Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement
- **Initiatoren**:
  Qualitätsverbund Gesundheit – Gemeinsam für die beste Reha
  Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- **Interdisziplinäre Forschungsgruppe**
  Projektleitung von Prof. Dr. Edwin Toepler, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg in Koop. mit Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Univ. Ulm und weiteren Institutionen
- **Teilnehmer:**
  21 Reha-Kliniken aus dem Qualitätsverbund Gesundheit
- **Abschlussbericht:** Februar 2015

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Reha rechnet sich für den Einzelnen und für die Solidargemeinschaft

- **Reha verbessert die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe.**
- **Reha macht die Menschen fit für Familie und Beruf.**
- **Reha vermeidet Krankenstand und Pflegebedürftigkeit.**
- **Reha sichert Einkommen.**
- **Reha entlastet das Sozialversicherungssystem.**

➢ **REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:**
**Verringerung der Krankenhaustage um bis zu 63%**
**und der Arztbesuche um 12 %!**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Von Reha profitiert auch die Wirtschaft

- **Reha erhält die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten.**
- **Reha wirkt stabilisierend in Zeiten des Fachkräftemangels.**
- **Reha sorgt dafür, dass arbeitsunfähig gewordene Beschäftigte schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren.**

➢ **REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:**
**Erfolgreiche Reha reduziert die Krankschreibungsquote um 5 % und die Krankschreibungsdauer um 62 %. Im Zeitraum eines Jahres kehren 75 -83 % der krankheitsbedingt Arbeitsunfähigen wieder zu ihrer Arbeit zurück!**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Qualitätsverbund Gesundheit

*„Gemeinsam für die beste Reha“*

*www.qualitaetsverbund-gesundheit.de*

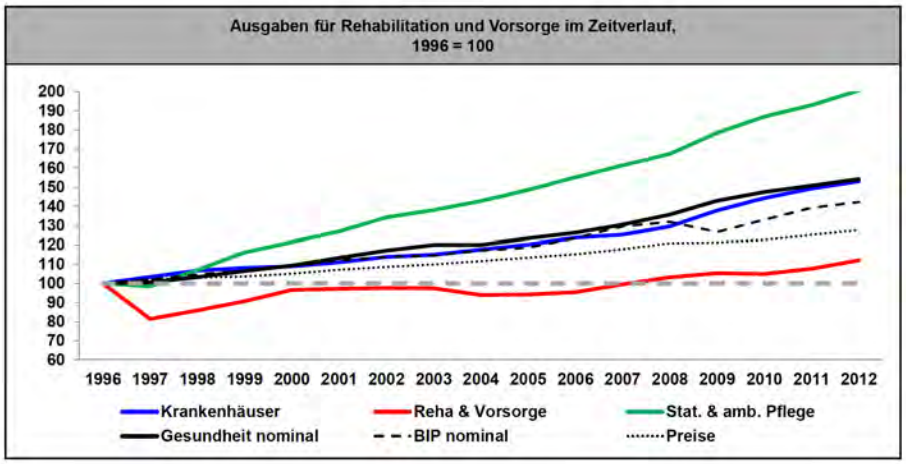
Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- **Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungsgerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.**
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

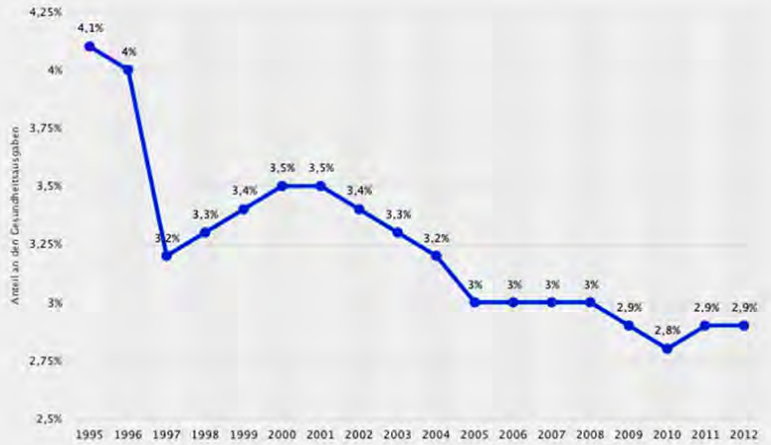
# Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitssektor




Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

**Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2012**

Die vorliegende Statistik zeigt den Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2012. Im Jahr 2008 belief sich der Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge auf rund drei Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.






# DRV: Budgetdeckelung aufheben oder Bemessungsgrundlage ändern

- **Das Reha-Budget entspricht nicht dem Reha-Bedarf.**
- **Verweildauer-Verkürzung ist kontraproduktiv.**
- **An Reha-Kliniken verdichten sich die Leistungsanforderungen.**
- **Die Veränderungen im Krankheitsspektrum der Rehabilitanden und der medizinische Fortschritt lassen eine „Morbiditätskomponente“ bei der Bemessung des zukünftigen Reha-Budgets sinnvoll erscheinen.**

# GKV: „Reha vor Rente“ stärken und Vergütung realistisch gestalten

- **Ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenkassen ist unverzichtbar.**
- **Trotz Schiedsstellenregelung kann der Anspruch der Reha-Kliniken auf eine leistungsgerechte Vergütung nicht realisiert werden.**
- **Konsequenz: Chronische Unterfinanzierung!**
- **Notwendige Investitionen und laufende Kostensteigerungen müssen berücksichtigt werden.**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Investitionen in moderne Reha-Klinik müssen geschultert werden

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# „Klinik 2015“-Projekt in Bad Rappenau

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# „Klinik 2015“-Projekt in Bad Rappenau

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheits-politischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungs-gerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- **Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!**
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

## Verbesserungswürdige Zugangswege zur Reha aus ambulantem Bereich

- **Hausärzte bemängeln hohen bürokratischen Aufwand, der nicht angemessen vergütet wird.**
- **Bei abgelehnten Reha-Anträgen fehlt die Transparenz über Entscheidungskriterien.**
- **Berentete Patienten erhalten kaum noch Reha-Maßnahmen.**
- **Gutachter des MDK erkennen das Potenzial der Reha selten an.**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

## Mehr Entscheidungsautonomie für den „mündigen Patienten“

- **Die Entscheidungsautonomie des mündigen Patienten muss respektiert werden.**
- **Das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX darf nicht über Belegungsverträge untergraben werden.**
- **Damit Patienten relevante Kriterien für ihre Auswahlentscheidung erhalten, sind Vergleichsportale und die Veröffentlichung von Qualitätsdaten sinnvoll.**

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

# Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheits-politischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungs-gerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- **Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.**



# QV-Kliniken: Ergebnis- & Prozessqualität

## VERGLEICHENDE DATEN

Externe Qualitätssicherung

| | ACURA Sigel Klinik Bad Krozingen | ACURA Fachklinik Bad Salzungen | ACURA Fachklinik Waldeck | ACURA Waldklinik Dobel | Fachklinik St. Georg Höchenschwand | Rehamedizin Bad Buchau | Hochgebirgsklinik Davos | MEITINGI Gesundheitszentrum | Rehaklinik Am Kurpark | Rehaklinik Bad Boll |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rehabilitandenbefragung** | | | | | | | | | | |
| Rehabilitandenzufriedenheit | 80,1 | 68,8 | 67,2 | 69,5 | 75,3 | 72,7 | 85,8 | 89,7 | 78,9 | ** |
| Subjektiver Behandlungserfolg | 69,3 | 67,1 | 68,4 | 64,4 | 68,9 | 67,3 | 93,5 | 101,4 | 80,1 | ** |
| **Therapeutische Versorgung** | | | | | | | | | | |
| Leistungsmenge | 75,6 | 90,5 | 79,6 | 88,3 | 86,9 | 92,4 | 69,2 | 97,6 | 78,9 | ** |
| Leistungsdauer | 81,2 | 93,8 | 78,6 | 73,0 | 86,1 | 94,7 | 59,0 | 64,9 | 76,1 | ** |
| Leistungsverteilung | 80,3 | 83,9 | 85,8 | 89,3 | 82,2 | 95,5 | 91,0 | 87,5 | 99,1 | ** |
| **Peer Review** | | | | | | | | | | |
| Peer Review Gesamt | 80,0 | * | 59,0 | 61,0 | 65,0 | 86,0 | 76,0 | 74,0 | 84,0 | ** |

| | Rehaklinik Bitterbach | Rehaklinik Gottenheim | Rehaklinik Heidelberg | Rehaklinik Hüfenzell | Rehaklinik Mittenwald | Rehaklinik Ob den Tauern | Rehaklinik Sonthofen | Rehaklinik Überruh | Rosentrittklinik Bad Rappenau | Salinenklinik Bad Rappenau | Schlaklinik Bad Boll/Ost | Sophie-Luisen-Klinik Bad Rappenau | Rehaklinik Bad Waldsee | Stimmheilzentrum Bad Rappenau | Therapiezentrum Bad Rappenau |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rehabilitandenbefragung** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rehabilitandenzufriedenheit | 71,6 | 74,2 | 74,4 | 67,7 | 68,3 | 72,6 | 69,0 | 69,6 | 75,2 | 80,0 | 77,0 | ** | 84,0 | 93,7 | 75,0 |
| Subjektiver Behandlungserfolg | 72,4 | 63,5 | 68,1 | 69,2 | 63,3 | 61,7 | 62,0 | 68,5 | 79,9 | 89,5 | 72,2 | ** | 88,1 | 87,7 | 65,0 |
| **Therapeutische Versorgung** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leistungsmenge | 49,0 | 74,6 | 86,0 | 85,6 | 39,6 | 59,6 | 73,8 | 69,9 | 94,0 | 67,9 | 85,6 | ** | 63,8 | 94,4 | *** |
| Leistungsdauer | 77,0 | 89,4 | 88,1 | 92,5 | 95,9 | 90,1 | 78,0 | 92,7 | 83,0 | 94,8 | 84,2 | ** | 89,2 | 80,1 | *** |
| Leistungsverteilung | 78,1 | 97,3 | 48,5 | 59,6 | 89,9 | 64,3 | 76,2 | 67,0 | 91,4 | 99,4 | 94,4 | ** | 99,5 | 95,7 | *** |
| **Peer Review** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peer Review Gesamt | 73,0 | 83,0 | 86,0 | 84,0 | 42,0 | 67,0 | 65,0 | 75,0 | 70,0 | 85,0 | 77,5 | ** | 79,2 | 70,0 | *** |

Externe Qualitätssicherung

| | ACURA Sigel Klinik Bad Krozingen | ACURA Fachklinik Bad Salzungen | ACURA Fachklinik Waldeck | ACURA Waldklinik Dobel | Fachklinik St. Georg Höchenschwand | Rehamedizin Bad Buchau | Hochgebirgsklinik Davos | MEITINGI Gesundheitszentrum | Rehaklinik Am Kurpark | Rehaklinik Bad Boll |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **E-Bericht** | | | | | | | | | | |
| Laufzeit in Tagen | 6,8 | 4,7 | 8,8 | 12,8 | 1 | 10,3 | 17,1 | 12 | 8,5 | 5,9 |

| | Rehaklinik Bitterbach | Rehaklinik Gottenheim | Rehaklinik Heidelberg | Rehaklinik Hüfenzell | Rehaklinik Mittenwald | Rehaklinik Ob den Tauern | Rehaklinik Sonthofen | Rehaklinik Überruh | Rosentrittklinik Bad Rappenau | Salinenklinik Bad Rappenau | Schlaklinik Bad Boll/Ost | Sophie-Luisen-Klinik Bad Rappenau | Rehaklinik Bad Waldsee | Stimmheilzentrum Bad Rappenau | Therapiezentrum Bad Rappenau |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **E-Bericht** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laufzeit in Tagen | 11 | 9 | 20 | 12 | 13 | 7,5 | 10 | 7,3 | 5,7 | 5,9 | 9,3 | ** | 11 | 2,9 | *** |

* Keine Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der DRV.
** Hier lagen keine Daten vor, da die Rehaklinik Bad Boll und die Sophie-Luisen-Klinik hauptsächlich durch die Krankenkassen belegt werden und dadurch nicht an dem Verfahren der Qualitätssicherung der Rentenversicherung teilnehmen.
*** Diese Zahlen werden aufgrund des ambulanten Aufbaus des Therapiezentrums bisher nicht erfasst.

# Eine qualitätsgesicherte Reha eröffnet noch bessere Erfolgschancen

- **Rehabilitanden der Reha-Kliniken im Qualitätsverbund Gesundheit profitieren stärker von der Reha als eine Vergleichsgruppe aus anderen Reha-Kliniken:**

➢ **REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:**
**Die Differenz der geleisteten Beitragszahlungen in Monaten beträgt 9,05 %. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgt schneller und es kommt zu weniger Fehltagen. Die Beschäftigungstage werden um 8,9 % gesteigert. Der Unterscheid im durchschnittlichen Einkommen nach der Reha beträgt 12,99 %.**



# Fazit

- **Unsere alternde Gesellschaft kann es sich nicht länger leisten, auf den umfassenden Nutzen einer qualitäts-orientierten medizinischen Reha zu verzichten.**
- **Sparmaßnahmen bei medizinisch notwendigen Reha-Leistungen kommen den Einzelnen, die Solidar-gemeinschaft und unsere Wirtschaft teuer zu stehen.**
- **Eine vorausschauende Politik schafft geeignete Rahmen-bedingungen, damit das Potenzial dieser zunehmend wichtigen Säule unseres Gesundheitssystems in Zukunft noch besser besser ausgeschöpft werden kann.**

# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Olaf Werner, Geschäftsführer
Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH
Salinenstraße 30, 74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264/862100; email: olafwerner@kur-br.de

**Präsentation Herr Dr. Michael Jamour**

# Prävention und Rehabilitation

**Öffentliche Anhörung**

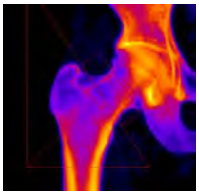
**Dr. med. Michael Jamour**
Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen, Alb-Donau-Klinikum

**Stuttgart, 3. Juli 2015**

## Rehabilitation

**Rehabilitation** (nach WHO 1980) bezeichnet den Einsatz und die Wirkung von Maßnahmen, die darauf zielen, die

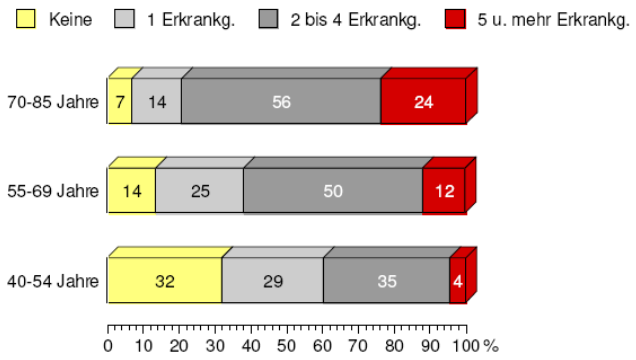
- körperlichen
- psychischen und
- sozialen Folgen



eines Gesundheitsschadens auf ein Minimum zu beschränken.

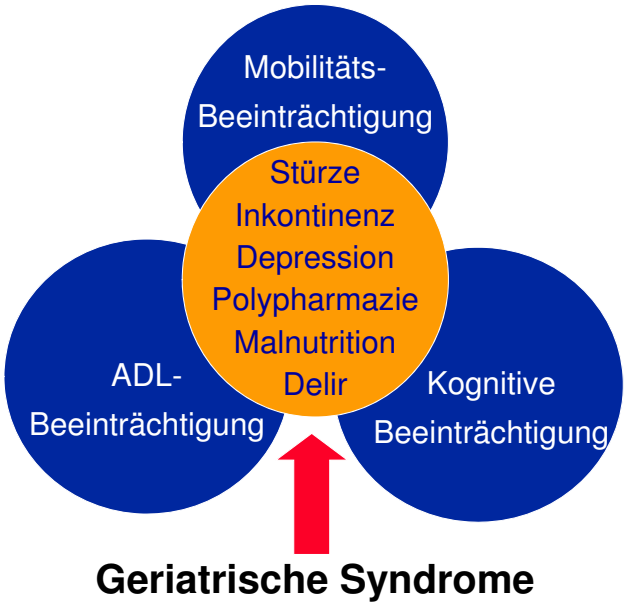
## Rehabilitation bei Hochaltrigen

**Erkrankungen im Alter - Multimorbidität**

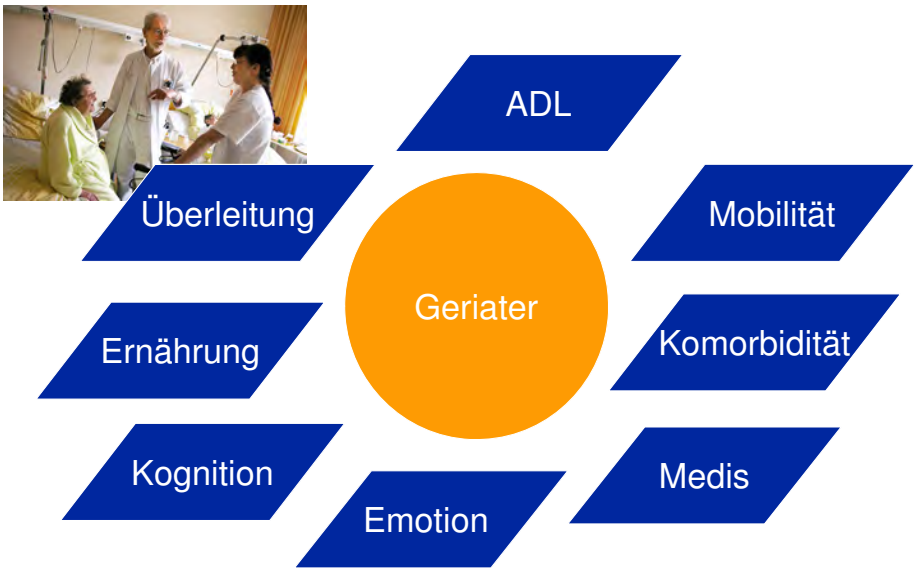



Quelle: Replikationsstichprobe - Alterssurvey 2002, gewichtet

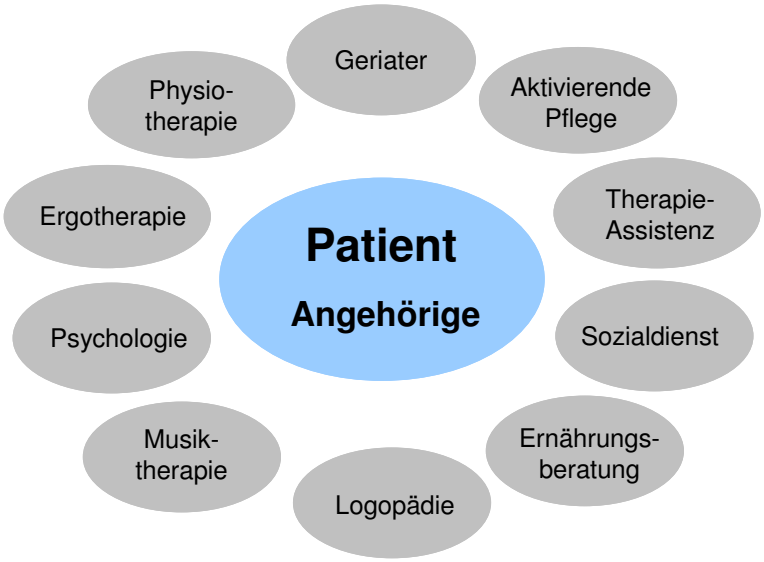
## Geriatrische Syndrome



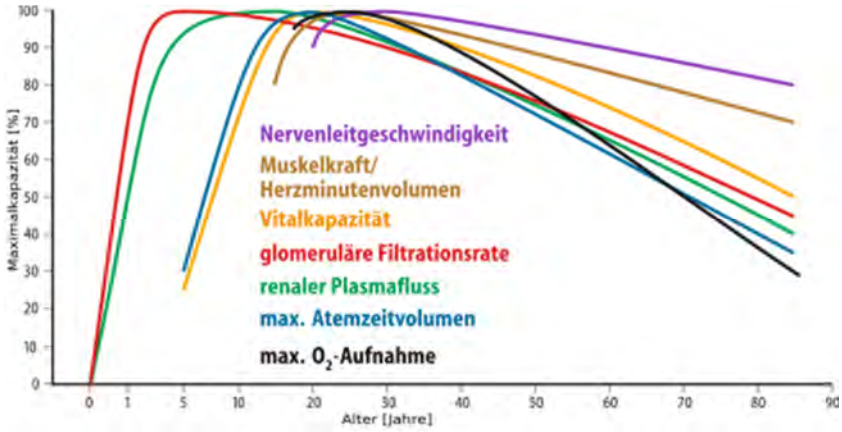
## Komplexität des geriatrischen Patienten




## Das geriatrische Team

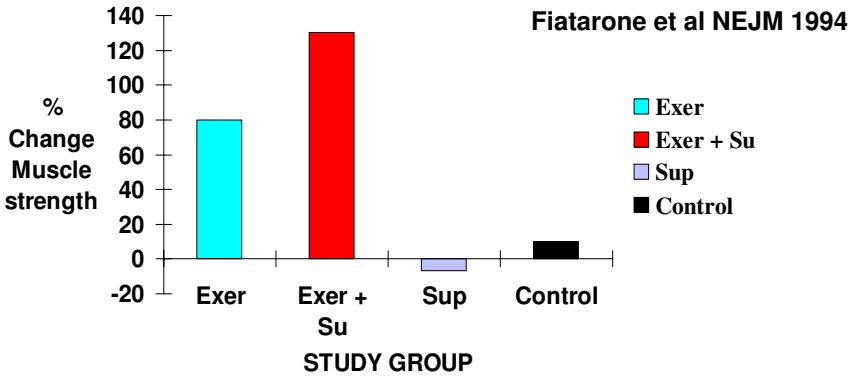


## Physiologische Veränderungen verschiedener Organsysteme in Abhängigkeit vom Alter




R. F. Schmidt, F. Lang und G. Thews: *Physiologie des Menschen.* Verlag Springer, 2005

## Krafttraining (Exer) & Ernährung (Sup)




**10-wöchige Intervention:**
Krafttraining 3 mal wöchentlich plus Nahrungsergänzung zur Erhöhung der Kalorienzufuhr und Deckung des Vitamin- und Mineralbedarfs.

**Studienpopulation:**
100 hochbetagte Pflegeheimbewohner (Durchschnittsalter: 87 Jahre)

## Repetitives Training

# REHABILITATION = TRAINING

Sämtliche motorische Grundfähigkeiten lassen sich auch im hohen Alter erfolgreich trainieren und verbessern:

- **Kraft**
- **Ausdauer**
- **Balance**
- **Koordination**
- **Beweglichkeit**

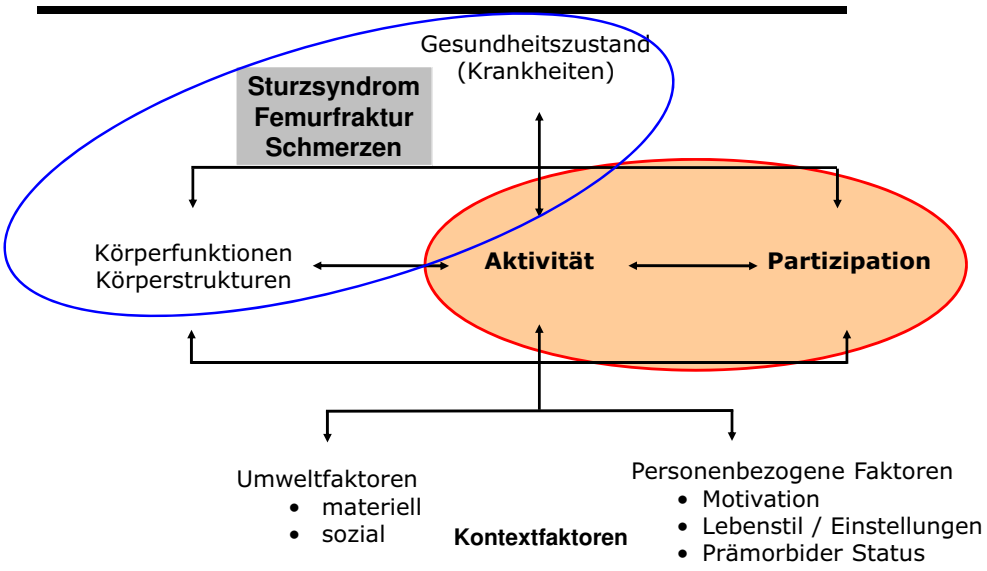
## Funktionale Gesundheit

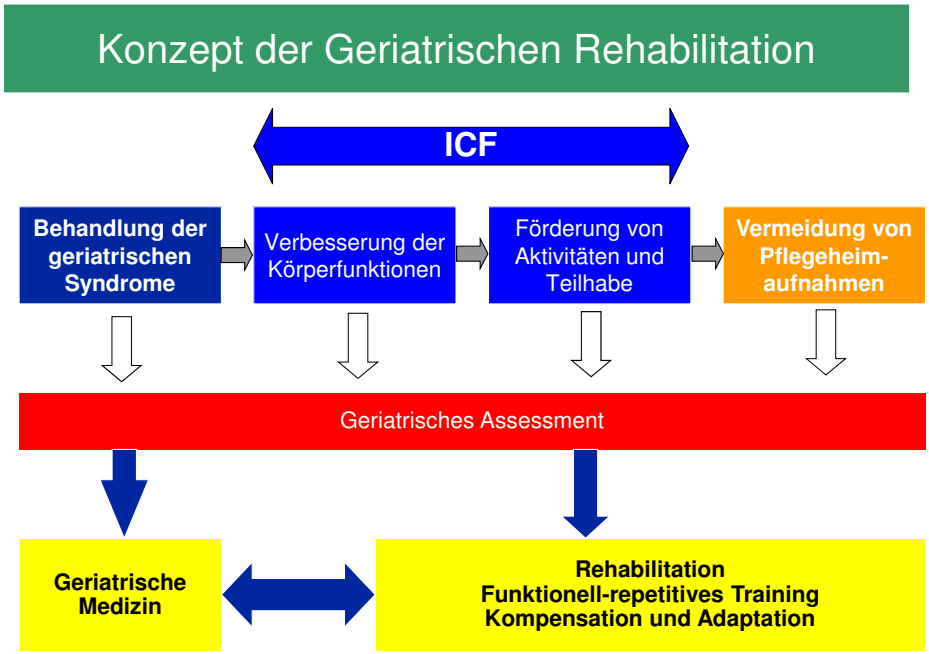
Hochbetagte leiden an vielen Krankheiten (Multimorbidität).

Die meisten Hochaltrigen wissen, dass sie auf Dauer durch diese Krankheiten begleitet werden. Sie erwarten daher keine Heilung.

**Etwas anderes ist ihnen wichtiger:**
Unabhängigkeit und Selbstständigkeit – trotz ihrer Erkrankungen.

## International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)






# Geriatrische Rehabilitation

**Versorgungspolitischer Auftrag:**

Rückgewinn der Alltagskompetenz durch Wiedererlangung und Beibehaltung verlorengegangener Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL´s)

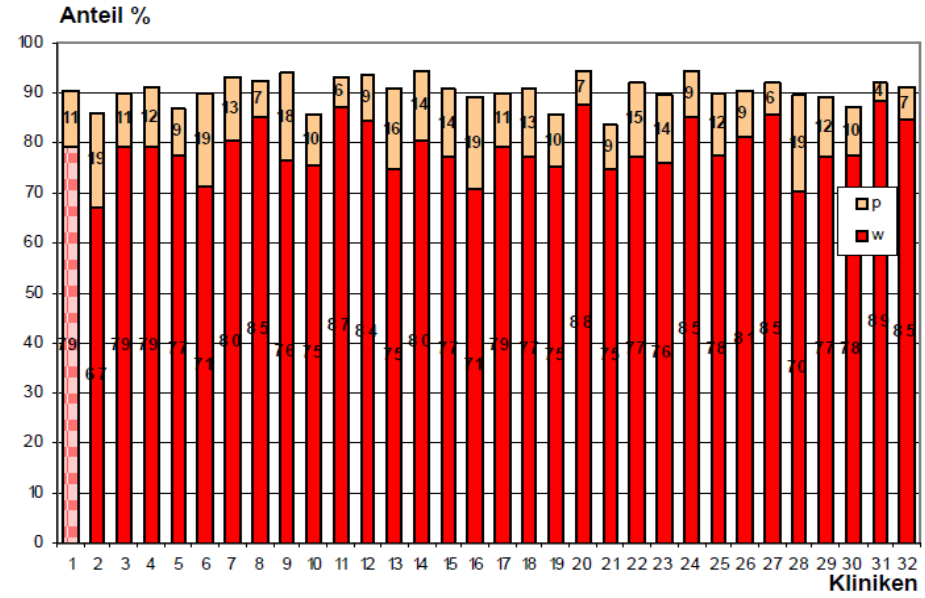
➡ **Rehabilitation vor Pflege**

**Spezialisierter Zweig der Rehabilitationsmedizin**

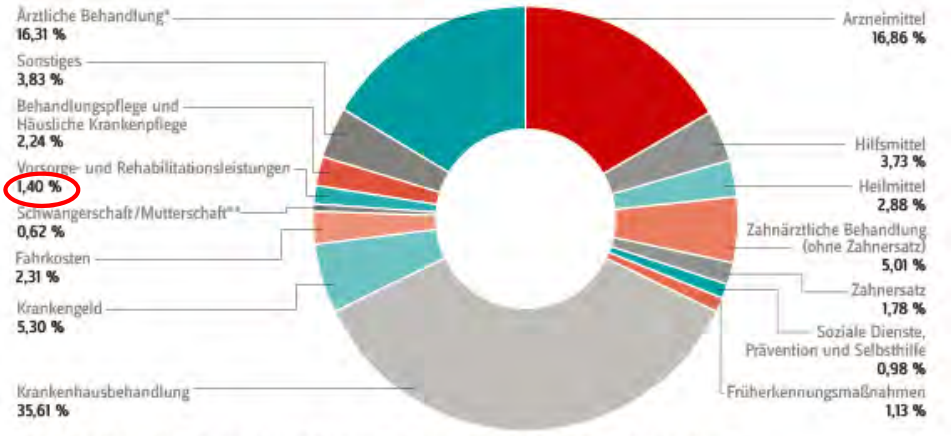
**Arbeitsmethodik:**

- ➔ ***Geriatrisches Assessment***
- ➔ ***ICF-basierte Erfassung aktivitäts- und teilhabeorientierter Rehabilitationsziele***
- ➔ ***Eindämmung der geriatrischen Syndrome***
- ➔ ***funktionelle Verbesserungen durch repetitives Training***
- ➔ ***Kompenstation durch Förderung vorhandener Ressourcen***
- ➔ ***ganzheitliches Therapiekonzept im interdisziplinären Team***
- ➔ ***Adaptation durch optimale Personen-Umwelt-Passung***
- ➔ ***Sekundärprävention***

## Rückkehr in die häusliche Umgebung nach stationärer geriatrischer Rehabilitation KODAS-Daten 2013




## Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012 in Prozent




* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten
** ohne stationäre Entbindung
Summen können rundungsbedingt abweichen
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

# GKV-Ausgabenentwicklung 2007-2012

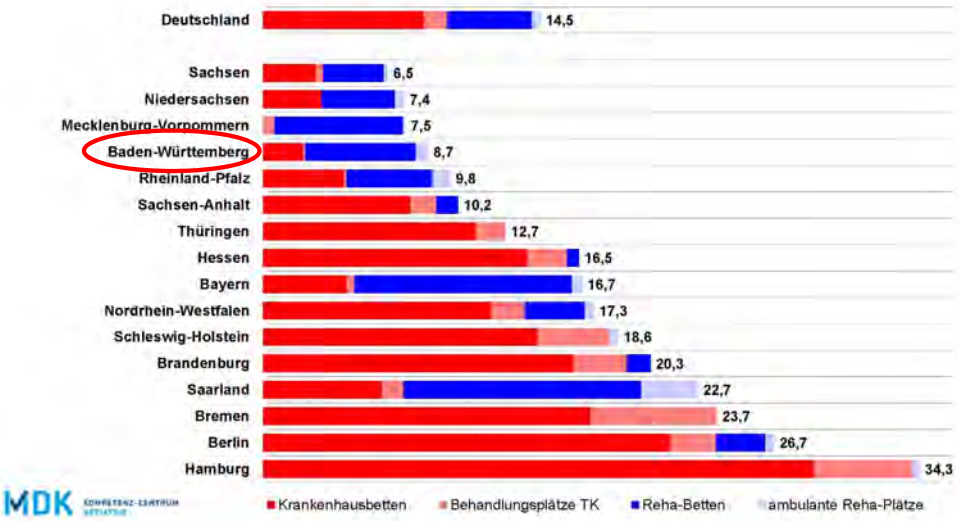
| | Ausgaben in € | Zuwachs in € |
|---|---|---|
| **Gesamtausgaben** | **173,15 Mrd.** | **+ 28,72 Mrd.** |
| **Krankenhausbehandlung** | **61,66 Mrd.** | **+ 11,24 Mrd.** |
| **Arzneimittel** | **29,20 Mrd.** | **+ 2,16 Mrd.** |
| **Ärztliche Behandlung** | **28,25 Mrd.** | **+ 4,70 Mrd.** |
| **Zahnärztliche Behandlung** | **8,67 Mrd.** | **+ 0,82 Mrd.** |
| **Hilfsmittel** | **6,46 Mrd.** | **+ 0,94 Mrd.** |
| **Heilmittel** | **4,99 Mrd.** | **+ 1,08 Mrd.** |
| **Häusliche Krankenpflege** | **3,88 Mrd.** | **+ 1,27 Mrd.** |
| **Krankengeld** | **9,17 Mrd.** | **+ 3,15 Mrd.** |
| **Fahrtkosten** | **4,01 Mrd.** | **+ 0,97 Mrd.** |
| **Reha- und Vorsorgeleistungen** | **2,42 Mrd.** | **- 0,03 Mrd.** |

Schaubild 12

Zahl der Pflegetage und Fälle nach Fachabteilungen 2009

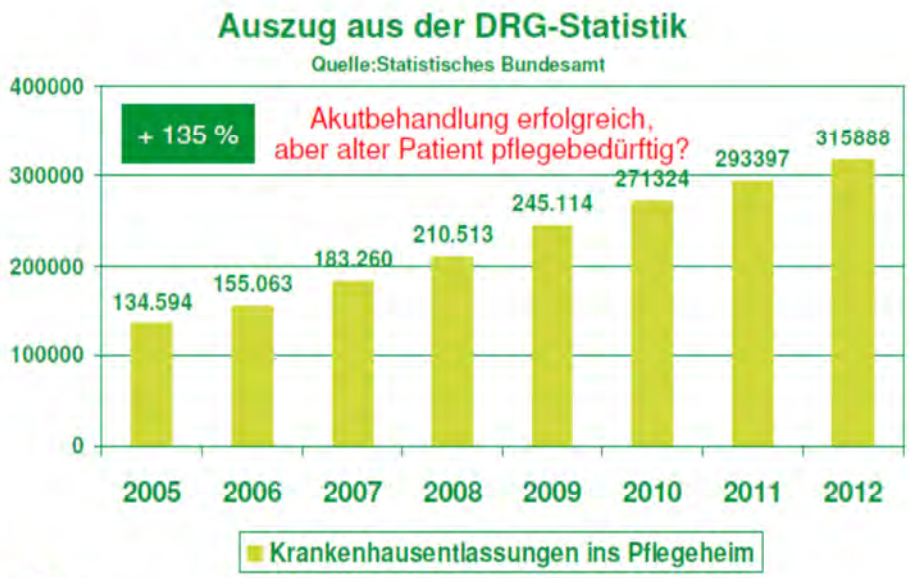
*Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b). – Die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie sonstige Fachbereiche sind in „Sonstige" zusammengefasst.*

## Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland




bezogen auf je 10.000 Einwohner, 65 Jahre und älter

**Stand 31.12.2013 (Statistisches Bundesamt 2014)**



Boris Augurzky
Arndt Rüdiger Reichert
Markus Scheuer

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 - 8149-0

Faktenbuch
Medizinische Rehabilitation 2011

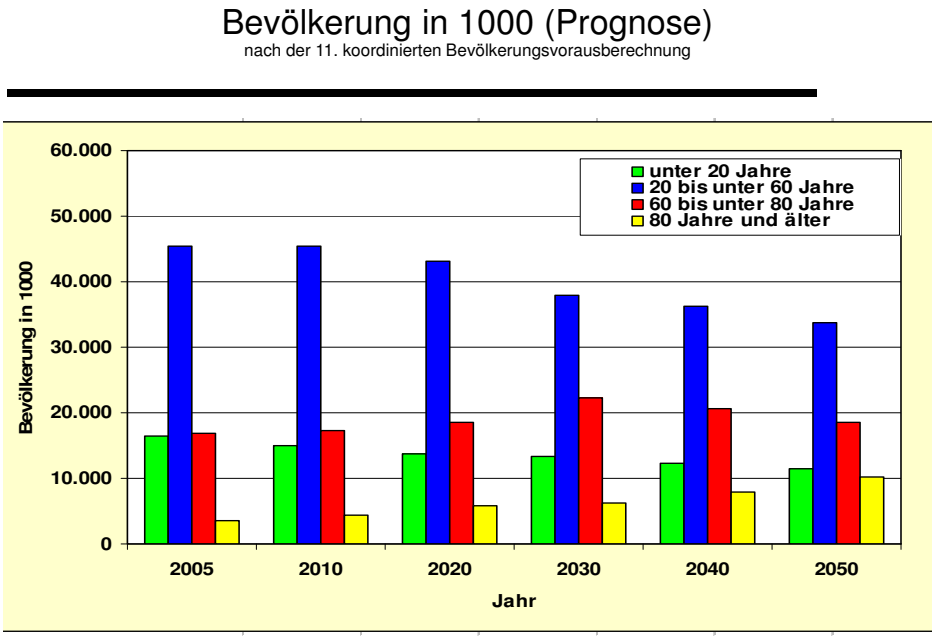
## Volkswirtschaftlicher Nutzen der Geriatrischen Rehabilitation

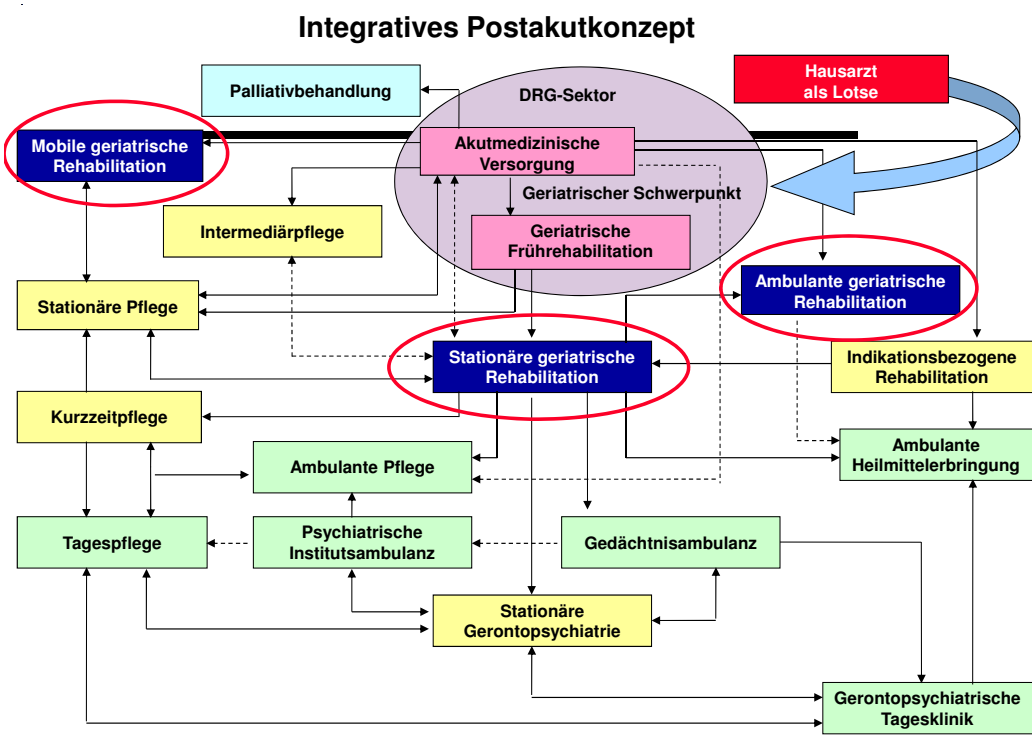
Annahme: Minderung der Pflegebedürftigkeit um **eine Pflegestufe** bei **10% der Patienten** für den Zeitraum von **einem Jahr**.

Rechnerische Einsparung der Pflegekosten: rund **455 Mill. €** / Jahr

Einmalige Ausgaben: rund **293 Mill. €** / Jahr für die stationäre geriatrische Rehabilitation

Rechnerisches **Einsparpotential**: rund **162 Mill. €** / Jahr bei dieser Patientengruppe.


Bevölkerung in 1000 (Prognose)
nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
unter 20 Jahre
20 bis unter 60 Jahre
60 bis unter 80 Jahre
80 Jahre und älter
Bevölkerung in 1000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
2005
2010
2020
2030
2040
2050
Jahr


Integratives Postakutkonzept
Palliativbehandlung
DRG-Sektor
Hausarzt als Lotse
Mobile geriatrische Rehabilitation
Akutmedizinische Versorgung
Geriatrischer Schwerpunkt
Intermediärpflege
Geriatrische Frührehabilitation
Ambulante geriatrische Rehabilitation
Stationäre Pflege
Stationäre geriatrische Rehabilitation
Indikationsbezogene Rehabilitation
Kurzzeitpflege
Ambulante Pflege
Ambulante Heilmittelerbringung
Tagespflege
Psychiatrische Institutsambulanz
Gedächtnisambulanz
Stationäre Gerontopsychiatrie
Gerontopsychiatrische Tagesklinik

# Zusammenfassung I

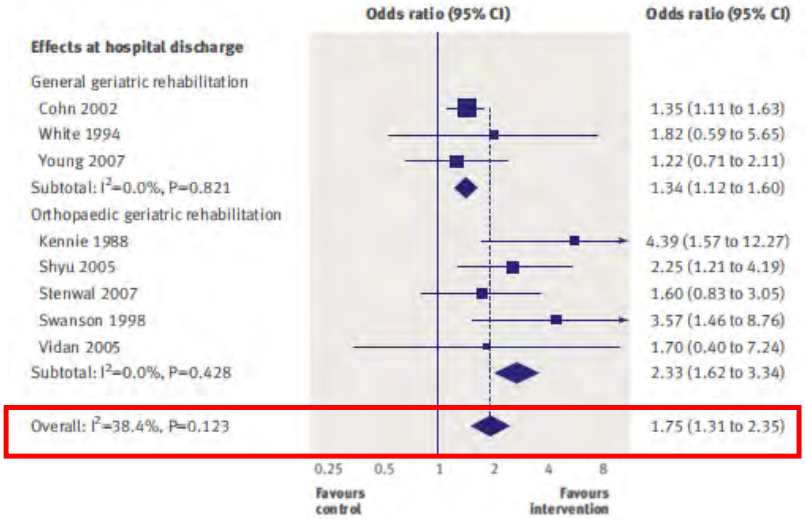
**Geriatrische Rehabilitation**

- ist ein spezialisierter und wirksamer Zweig der Rehabilitationsmedizin
- verhindert und vermindert Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter
- stärkt die Selbstständigkeit und Teilhabe am sozialen Leben
- senkt die Sozialkosten (volkswirtschaftlicher Mehrwert)
- ist strukturell unterfinanziert (Missverhältnis zwischen Fallschwere einerseits und medizinischem Betreuungsaufwand und Therapieerfordernis andererseits ➡ Rationierungsdruck)
- ist in seinem Fortbestand durch die sektorale Trennung der Finanzierungssysteme (Krankenkasse versus Pflegekasse) bedroht

# Zusammenfassung II

Der sinnvollste Weg zur Sicherstellung **qualitativ hochwertiger** und **bezahlbarer Pflege** ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

## Effect of geriatric rehabilitation on functional status at hospital discharge




*Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials- Bachmann S. et al., BMJ 2010*

**5.11 Präsentationen der 13. Sachverständigenanhörung**
**Präsentation Herr Bernhard Schneider**

Evangelische Heimstiftung

# Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

## Thema: Pflegekammer

## Pflegekammern sind bürokratischer Unsinn!?

*Bernhard Schneider*
*Hauptgeschäftsführer*
*der Evangelischen Heimstiftung*



Evangelische Heimstiftung

## Gute Pflege hat einen Namen!

Evangelische Heimstiftung

## Jeder kann etwas dazu sagen….

- Frau Sozialministerin Altpeter:

  „Die Pflegeberufe im Land brauchen dringend eine Selbstverwaltung“

- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe):

  „Die Entwicklungen der vergangenen Jahre und die drängenden Herausforderungen im Gesundheitssystem zeigen, wie nötig eine starke Stimme der Pflegenden im Konzert der gesundheitspolitischen Interessenvertreter ist. Der DBfK setzt sich deshalb mit aller Konsequenz für die Errichtung von Pflegekammern in allen Bundesländern und die Gründung einer Bundespflegekammer ein.“

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 3

Evangelische Heimstiftung

## Jeder kann etwas dazu sagen….

- Herr Prof. Dr. Weidner:

  „Unser Herzensanliegen ist es, der Pflege zu einer starken Stimme zu verhelfen.“

- Herr Montgomery:

  „Ob Sie eine Pflegekammer wollen oder nicht – Sie werden diese bekommen.“

- Herr Laumann:

  „Die Pflege braucht eine starke Stimme wie z. B. der Marburger Bund bei den Ärzten.“

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 4

Evangelische Heimstiftung

## Unternehmenszahlen 2015

| Dienstleistung | Kunden |
|---|---|
| **83 Einrichtungen** | **7.200** |
| 81 Pflegeheime | 6.565 |
| 1 Rehabilitationsklinik | 150 |
| 1 Behindertenzentrum | 485 |
| **46 Betreute Wohnanlagen** | **1.300** |
| **17 Mobile Dienste** | **1.800** |
| **Kunden insgesamt** | **10.300** |
| **Mitarbeiter** | **7.200** |
| **davon Azubis** | **560** |

Evangelische Heimstiftung

Gute Pflege hat einen Namen!

Evangelische Heimstiftung

## Was ist eine Kammer?

Eine Kammer ist eine **berufsständische Körperschaft,** die

- öffentlich-rechtlich und landesrechtlich organisiert ist und
- Aufgaben der berufsständischen Selbstverwaltung übernimmt.

Beispiele für Kammern:

- Freie Berufe wie Ärzte-, Rechtsanwalts-, Notar-, Steuerberater-, Apotheker-, Architekten- oder Zahnärztekammern
- Gewerbekammern wie Handwerks- oder Industrie- und Handelskammern
- Landwirtschaftskammern



Evangelische Heimstiftung

## Aufgaben Rechtsanwaltskammer

- Örtlicher Zusammenschluss von Rechtsanwälten.
- Sie nimmt als Teil der sog. „mittelbaren Staatsverwaltung" die ihr durch Gesetz übertragenen staatlichen Aufgaben wahr.
- Als Aufgaben obliegen ihr z. B. die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft, die Überwachung der Einhaltung des Berufsrechts, die Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Rechtsanwalt und Mandanten und Altersversorgung der Rechtsanwälte.
- Den Anwaltskammern angegliedert sind die sog. Anwaltsgerichte, die über berufsrechtlich relevante Verfehlungen von Rechtsanwälten entscheiden und neben Geldstrafen auch Berufsverbote gegen Anwälte aussprechen können.

Evangelische Heimstiftung

## Aufgaben Ärztekammer

- Organisation auf Landesebene (16 Länder, 17 Kammern).
- In Baden-Württemberg sind 19.300 Ärzte ambulant tätig und Mitglied in der Landesärztekammer (LÄK).
- Die LÄK ist Träger der ärztlichen Selbstverwaltung und nimmt die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben wahr.
- Z. B. die Abnahme von Prüfungen, die Überwachung der Berufsausübung, die Förderung ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen, die Vermittlung bei Streitigkeiten der Ärzte untereinander sowie zwischen Arzt und Patient, auch zur Klärung von Behandlungsfehlern im Bereich der Arzthaftung.
- Aber insbesondere Verteilung der Arztsitze und der Honorare.



Evangelische Heimstiftung

## Welche vergleichbaren Aufgaben könnten Pflegekammern wahrnehmen?

- Honorare verteilen analog der Ärztekammern?
- „Pflegedienstsitze“ verteilen analog BezÄK?
- Zulassung zur Berufsausübung oder Entzug der Berufsfähigkeit?
- Altersversorgung anbieten wie Rechtsanwaltskammer?
- Streitigkeiten klären zwischen Pflegefachkräften und Kunden?
- Streitigkeiten zwischen Pflegefachkräften schlichten?
- „Pflegegerichte“ aufbauen um Verfehlungen zu ahnden?

Evangelische Heimstiftung

## Erstes Fazit: Pflegekammern sind unnötig, weil es bereits an der Grundvoraussetzung mangelt

- Nur 5 % der Pflegenden sind als „Freie“ berufsständisch tätig
- Die meisten - also rd. 95 % - sind angestellt beschäftigt bei

| Bundesweit | Landesweit |
|---|---|
| 12.400 Pflegeheimen | 1.661 Pflegeheimen |
| 12.300 Pflegediensten | 1.140 Pflegediensten |
| 2.000 Krankenhäusern | 272 Krankenhäusern |

- Pflegekammern können nicht diese Unternehmen vertreten
- Berufsständische Aufgaben wie bei Kammern der freien Berufe fallen bei Pflegeberufen nicht an
- Wer vertritt Pflegehilfs- oder Betreuungskräfte?



Evangelische Heimstiftung

## Gute Pflege hat einen Namen!

**11**
**Erwartungen,**
**Hoffnungen,**
**Wünsche,**
**….**
**an die Pflegekammer**

Evangelische Heimstiftung

## 1. Eigenständige Regelungen des pflegerischen Handelns

Festlegung der Berufsordnung und Entwicklung ethischer Standards. Das ist selbstverständlich!!!

Bereits heute wird niemand, kein Träger und kein Geschäftsführer den Pflegefachkräften ernsthaft eine Berufsordnung verwehren und ihnen in ihr Handwerk hineinreden.

Bei der Entwicklung ethischer Standards in der Pflege müssen auch andere Betroffene an den Tisch.

**Fazit:** **Diese Forderung lässt sich mit bestehenden und bewährten Strukturen gemeinsam mit anderen Betroffenen erfüllen.**

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 13

Evangelische Heimstiftung

## 2. Unterstützung im Arbeitsalltag und Rechtsberatung

Müssen dafür wirklich 16+1 Pflegekammern aufgebaut werden?
Es würden damit Doppel- und Dreifachstrukturen entstehen.

Institute, Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände und Träger bieten bereits heute zahlreiche Fachtage und Beratungen an.

Können sich die Diakonischen Werke ihre Fachberatungen zu Lasten der von den Pflegenden zu finanzierenden Pflegekammern sparen?

Rechtsberatungsverbot würde auch für Pflegekammern gelten.

**Fazit:** **Für die Unterstützung im Pflegealltag und für Beratung braucht es keine Pflegekammern.**

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 14

Evangelische Heimstiftung

## 3. Höheres Ansehen der Pflegeberufe

Wohlfahrtsverbände, private Pflegeverbände, Bündnis für gute Pflege, Arbeitgeberverbände, Fach-, Berufs- und Interessen-verbände sowie Gewerkschaften treten engagiert für die Sache der Pflege ein.

Pflegeberufe erhalten mit 16+1 Landespflegekammern und 16+1 verschiedenen Regelungen nicht automatisch mehr Gewicht.

**Fazit:** **Mit mehr Bürokratie, zusätzlichen Strukturen und Zwangsmitgliedschaft lässt sich keine stärkere Stimme für die Pflege aufbauen.**

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 15

Evangelische Heimstiftung

## 4. Bessere Bezahlung des Pflegepersonals

Die Tarifautonomie liegt in Händen der Sozialpartner (Gewerkschaften und Arbeitgeber) und würde durch die Einführung einer Pflegekammer nicht berührt.

Mit der Einrichtung einer Pflegekammer wäre unweigerlich eine Zwangsmitgliedschaft verbunden. Die Kosten, deren Höhe heute nicht absehbar ist, müssten ausschließlich die Mitglieder tragen.

**Fazit:** **Die Pflegekammer kann keine bessere Bezahlung der Pflegenden durchsetzen. Vielmehr würden auf diese zusätzliche Kosten zukommen.**

Evangelische Heimstiftung · Enquetekommission Pflegekammer · 03.07.2015 Seite 16

Evangelische Heimstiftung

## 5. Bessere Arbeitsbedingungen

Arbeitsbedingungen der Pflege werden für Pflegedienste und Pflegeheime auf der gesetzlichen Grundlage im Rahmen der Selbstverwaltung zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger verhandelt (z. B. Personalschlüssel und Fachkraftquote).

Welche Rolle können da Pflegekammern spielen?

**Fazit:** **Eine Pflegekammer hätte auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nur marginalen Einfluss.**



Evangelische Heimstiftung

## 6. Einheitliche Interessenvertretung durch Pflegekammern

Wessen Interessen werden vertreten? Die der Pflegefachkräfte?

Pflege wird in Pflegediensten und Pflegeheimen im Kontext mit vielen Berufsgruppen erbracht, Hauswirtschaft, Sozialdienst Betreuungskräfte etc.

Pflegende haben mit Berufsverbänden, Gewerkschaften und zahlreichen Netzwerken bereits viele Möglichkeiten, Ihre Interessen deutlich zu vertreten.

**Fazit:** **Wichtige Akteure der Pflege werden durch die Pflegekammer ausgeschlossen. Deren Interessen müssen mit deren Verbänden abgestimmt werden.**

Evangelische Heimstiftung

## 7. Mitbestimmung an pflegerelevanten politischen Entscheidungen

Alle politischen Entscheidungen z. B. zum SGB XI oder SGB V sind pflegerelevant. Wann ist also die Pflegekammer und wann z. B. ein Wohlfahrtsverband Ansprechpartner für die Politik?

Pflegerelevante Entscheidungen betreffen auch andere Berufsgruppen wie Betreuungskräfte, Sozialdienst oder Hauswirtschaft.

Die Pflegekammern müssen sich mit allen anderen Akteuren der Pflegebranche insbesondere den Leistungserbringer-Verbänden abstimmen.

**Fazit:** **Den erhofften einen Ansprechpartner für die Pflege in Form von 16+1 Pflegekammern wird es nicht geben.**



Evangelische Heimstiftung

## 8. Mitbestimmung an Verteilungsentscheidungen im G-BA

Das Kammersystem baut nicht auf eine geschlossene starke berufsständische Organisation der Pflegenden auf.

Die Bildung einer Bundespflegekammer setzt die Zustimmung mehrheitlich bestehender Landespflegekammern voraus. Die Entscheidung darüber, ob diese im G-BA vertreten sein wird, ist dem BMG vorbehalten.

**Fazit:** **Die Entscheidung des BMG für einen Sitz im G-BA ist fraglich.**

Evangelische Heimstiftung

## 9. Qualitätssicherung sowie Aus,- Fort- und Weiterbildung

Die Lufthoheit des MDK und damit der Kassen in Fragen der Qualität in der Pflege muss gebrochen werden.

Für einheitliche Standards in der Aus, Fort- und Weiterbildung oder für ein Punktesystem und Fortbildungsverpflichtungen bestehen bereits bewährte Ansätze.

**Fazit:** **Ein bürokratischer Überbau von 16+1 Landespflegekammern für einheitliche Qualitäts- und Fortbildungsstandards ist unnötig. Vielmehr sollten bereits bewährte Verfahren und Strukturen genutzt werden.**



Evangelische Heimstiftung

## 10. Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege

Ist diese Forderung ernst gemeint?

Wo passiert unsachgemäße Pflege und wie soll die Pflegekammer da aktiv werden?

… Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige?

… Pflege durch einen Pflegedienst oder im Pflegeheim?

Schutz durch verantwortliche Träger und gutes QM System.

Kontrolle durch Angehörige, Heimaufsicht und MDK.

**Fazit:** **Pflegekammern können den Schutz vor unsachgemäßer Pflege nicht garantieren.**

Evangelische Heimstiftung

## 11. Pflegekammer bedeutet Zwangsmitgliedschaft

Alle Pflegefachkräfte müssen für Leistungen zahlen, die sie bereits jetzt kostenlos erhalten oder erhalten können.

Es ist zweifelhaft, ob sich durch eine Zwangsmitgliedschaft in einer Pflegekammer eine persönliche Bereitschaft zum Engagement entwickelt.

Diese Möglichkeit besteht bereits heute z. B. in Berufsverbänden, Gewerkschaften und Netzwerken. Sie sollten sich eher fragen, wie sie Pflegende zum Engagement motivieren können.

**Fazit: Auf lange Sicht trägt die extrinsische Motivation einer Zwangsmitgliedschaft nicht.**



Evangelische Heimstiftung

Gute Pflege hat einen Namen!

**Pflegekammern lösen die bestehenden Probleme in der Pflege nicht!**

Evangelische Heimstiftung

**6.1 Präsentationen der Verbändeanhörung** **Anhang 6**

**Präsentation Herr Stefan Kraft, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)**

Anspruch pflegen.

# Verbändeanhörung der Enquetekommission "Pflege" am 24.07.15 – Vortrag bpa

Stefan Kraft
Leiter der bpa-Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg

bpa
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

## 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.

bpa

2 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege" – Verbändeanhörung

# 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.

bpa

3 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

# 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**.

bpa

4 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

# 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.

bpa

5 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

# 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.

bpa

6 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

# 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**.

bpa



# 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.

bpa

# 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

9 Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

Anspruch pflegen.

# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

bpa
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

**Präsentation Frau Sylvia Kern, Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.**

Alzheimer Gesellschaft
Baden-Württemberg e.V.
Selbsthilfe Demenz

## 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

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 1 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft
Baden-Württemberg e.V.
Selbsthilfe Demenz

## 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

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 2 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

## 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?!
  - Technikeinsatz *(ethisch vertretbar und dem Menschen dienlich!)*

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 3 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

## 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!)*

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 4 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

## Wir brauchen in Kommunen und Landkreisen vor Ort

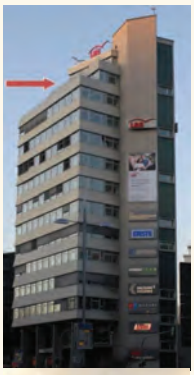
- Bewusstsein, Weitblick und Verantwortungsbereitschaft
  *(kommunale Daseinsvorsorge!)*
- Finanzielle und personelle Ressourcen
- Gut vernetzte, vielfältige Hilfestrukturen
  *(ambulant, teil- und vollstationär*
  *inkl. gerontopsychiatrischer Grundversorgung!)*
- Demenzkompetenz bei Polizei, Einzelhandel, ÖPNV etc.
- Quartiersnahe, kleinteilige Wohnformen
  *(Vielfalt, Privatheit, Individualität – s. WTPG)*
- Bürgerschaftliches/ehrenamtliches Engagement
  *(Begleitung, Förderung!)*

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 5 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

## 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!



Sylvia Kern, Geschäftsführerin 6 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

## … 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)*

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 7 www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz

Demenz geht uns alle an –
wir müssen nur alt genug dazu werden…

Das Vergessen verstehen
www.alzheimer-bw.de
Den Alltag bewältigen

Sylvia Kern, Geschäftsführerin 8 www.alzheimer-bw.de

**Präsentation Monsignore Bernhard Appel, Caritas**

caritas

*Enquetekommission*
*„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“*

Öffentliche Anhörung am 24.07.2015

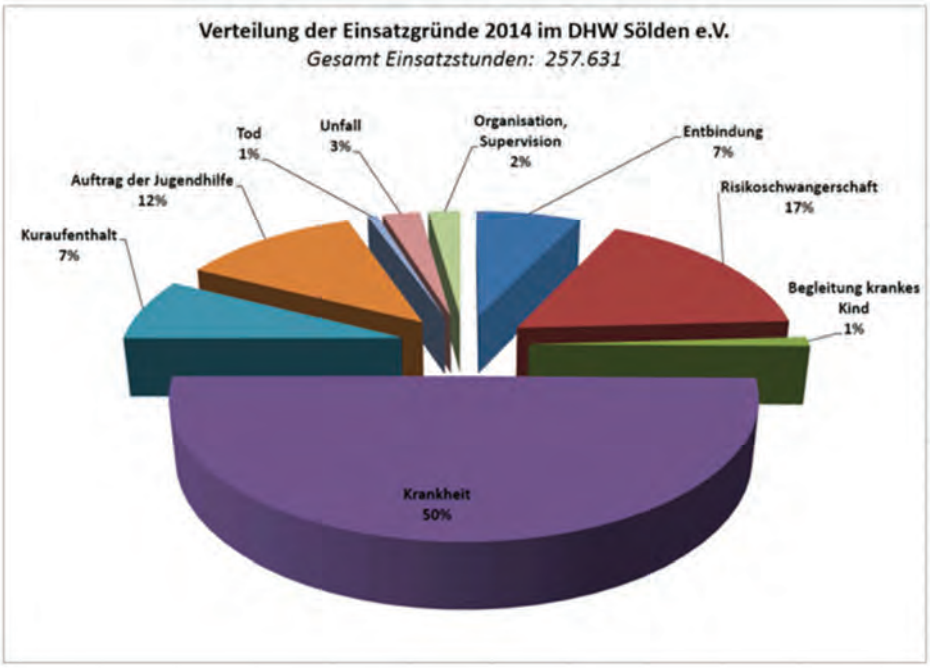
# Familienpflege (Haushaltshilfe nach SGB V) ist notwendige Unterstützung für Familien in Krankheitssituationen

Monsignore Bernhard Appel
Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.

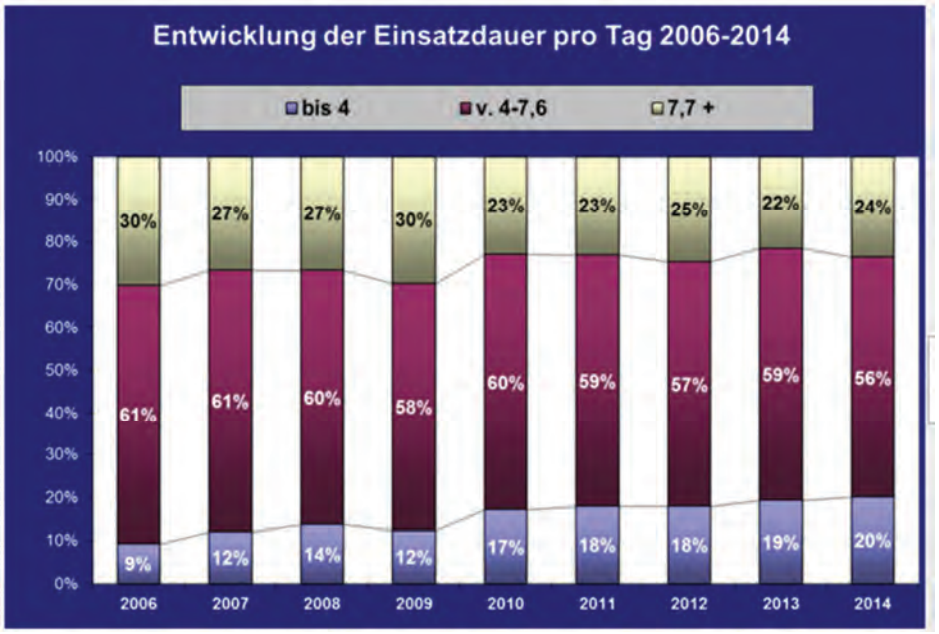
Not sehen und handeln
Caritas

Haushaltshilfe nach SGB V darf nicht verwechselt werden mit reinen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten

caritas

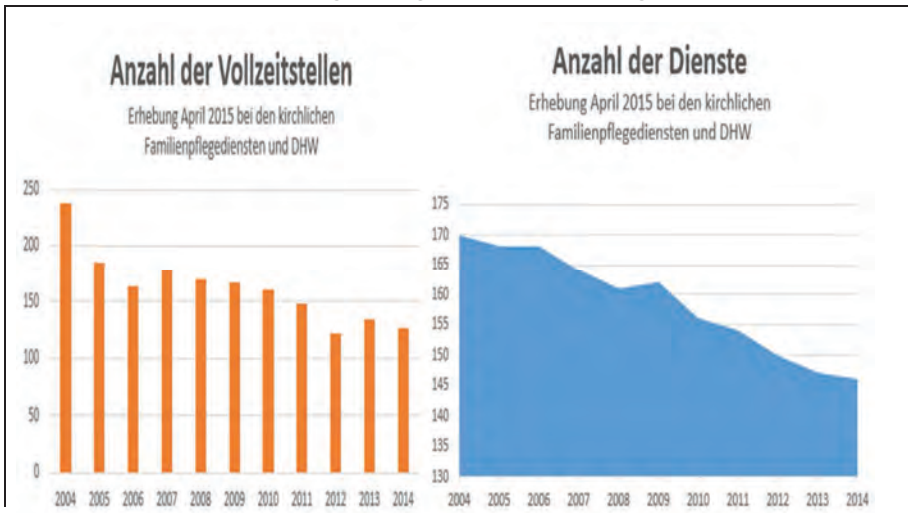


Bewilligungspraxis durch die Krankenkassen




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

**Präsentation Herr Dr. Holger Pressel, AOK Baden-Württemberg**

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

BADEN-WÜRTTEMBERG

## AGENDA

1 Herausforderungen

2 Finanzierung

3 Prävention

4 Stärkung Reha

5 Integration rehabilitativer Elemente in Pflege

6 Fazit

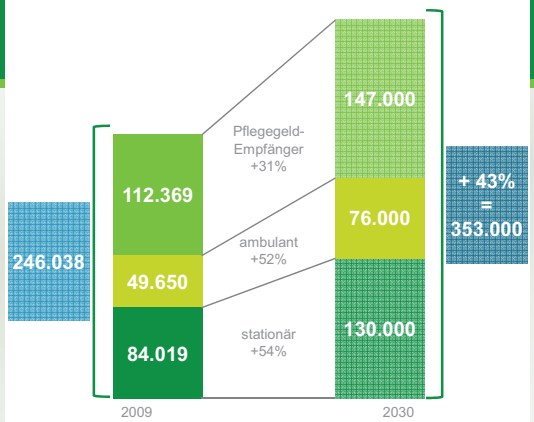
2 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Holger Pressel

BADEN-WÜRTTEMBERG

## Herausforderungen

1

### Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2009 und 2030




Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

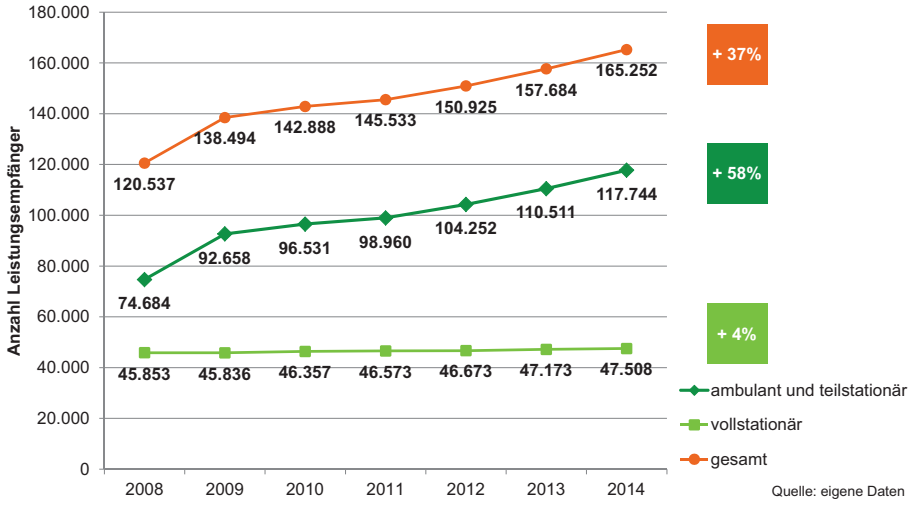
- Steigende Anzahl Pflegebedürftiger
- Familiäres Pflegepotential nimmt ab
- Multimorbidität → Alter benötigt (auch) professionelle Pflege
- Bedarf an Pflegepersonal steigt
  - Bundesweit + 500.000 professionelle Pflegekräfte
  - Mehrbedarf regional unterschiedlich
  - BW + 54.000 Pflegekräfte



## AOK Baden-Württemberg Steigende Anzahl der Leistungsempfänger

1

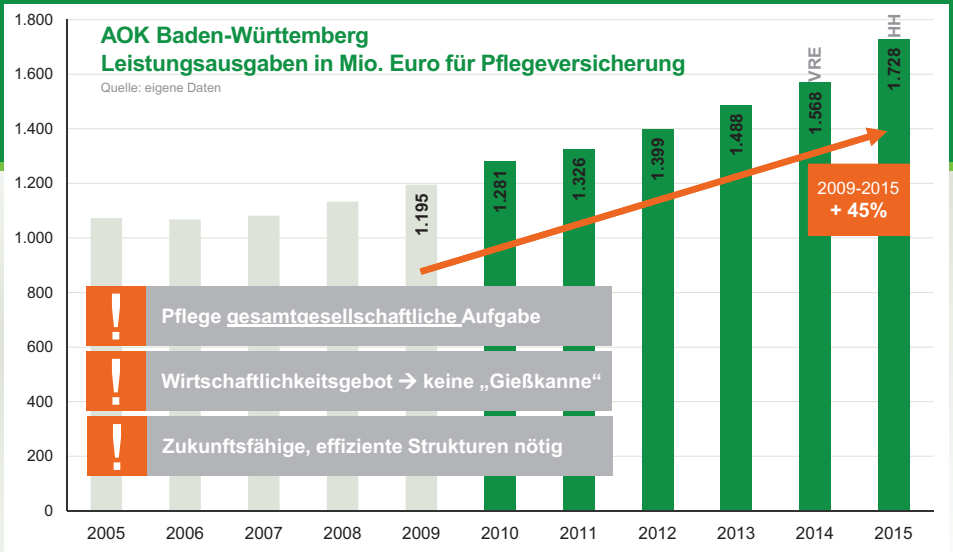
### Leistungsempfänger Pflegeversicherung (jeweils Pflegestufe I-III gesamt)




Quelle: eigene Daten

## Finanzierung – stetige Herausforderung

1

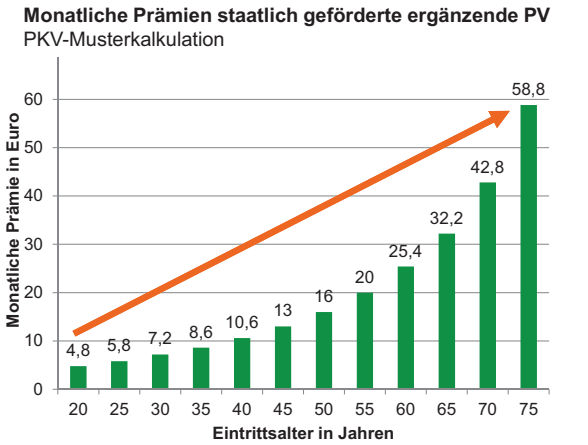





## Finanzierung: Pflege-Bahr

2

- Hinter Erwartungen zurück (2013: **1,5 Mio.** Abschlüsse progn., tatsächlich **350.000**)
- Deutsche Bundesbank: Für „untere u. mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“
- inverse Umverteilung



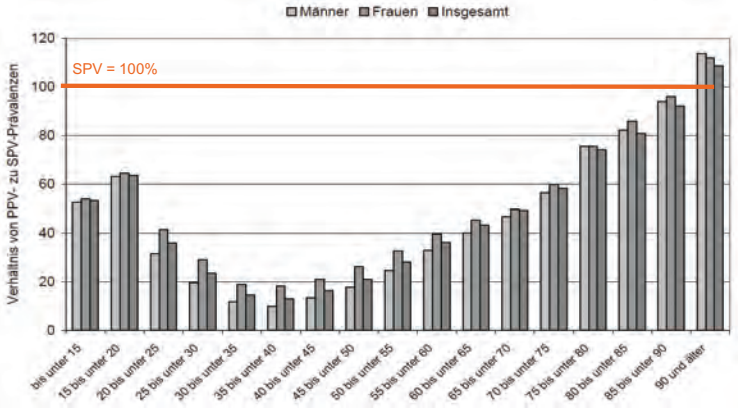

Quelle: PKV-Verband, Rechenschaftsbericht 2012; eigene Darstellung

→ Pflege-Bahr ungeeignet!

## Finanzierung: SPV und PPV

2

**Pflegeprävalenz PPV zu SPV** (alle Pflegestufen) 2008




→ PPV-Versicherte „bessere Risiken“
→ Finanzausgleich → Risiken fair u. nachhaltig verteilen

Quelle: Rothgang et al. 2013



## Prävention

3

### 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

4

- ! 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

9 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Holger Pressel

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## Stärkung geriatrische Rehabilitation

4

- 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

10 24.04.2015 AOK Baden-Württemberg
Enquetekommission "Pflege" des Landtags von Baden-Württemberg | Dr. Holger Pressel

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

## Integration Reha-Elemente in Pflege

5

- 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

6

- 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!

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

**Präsentation Herr Frank Winkler, B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg**

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

## 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

*Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg*

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Anhang 7**

## Linkliste

*Die nachfolgende Linksammlung soll weitere Recherchen zu den Themenfeldern der Enquetekommission erleichtern. Sie beschränkt sich auf die an den Anhörungen beteiligten Verbände oder Institutionen und kann daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.*

**Sachverständigenanhörungen:**

AOK Baden-Württemberg: www.aok.de/baden-wuerttemberg

Arbeiter-Samariter-Bund ASB Landesverband: www.asb-bw.de

AWO Bezirksverband Württemberg e.V.: www.awo-wuerttemberg.net

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.: www.bwkg.de

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V.: www.dicvfreiburg.caritas.de

contec GmbH, BioMedizinZentrum Ruhr: https://www.contec.de

Diakonisches Werk der Ev. Kirche Württemberg: https://www.diakonie-wuerttemberg.de

Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospiz Stuttgart: www.hospiz-stuttgart.de/akademie.html

Evangelische Heimstiftung GmbH: www.ev-heimstiftung.de

Evangelische Hochschule Freiburg: www.eh-freiburg.de

Evangelische Landeskirche: http://www.elk-wue.de

Geriatrische Rehaklinik Ehingen: http://www.kh-gmbh-adk.de

Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege: www.patientenbeauftragter.de

Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft: www.haus-edelberg.de

HELIOS Spital Überlingen: www.helios-kliniken.de/klinik/ueberlingen.html

Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege: www.hs-esslingen.de

Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit: https://www.hs-fulda.de

Hochschule für Gesundheit, Bochum: www.hs-gesundheit.de

Hospiz Leonberg e.V.: www.hospiz-leonberg.de

Hospiz St. Martin: www.hospiz-st-martin.de

Institut für Gerontologie TU Dortmund: www.ffg.tu-dortmund.de

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg: www.gero.uni-heidelberg.de

Katholische Hochschule Mainz, Hochschule für Soziale Arbeit, Praktische Theologie, Gesundheit & Pflege: https://www.kh-mz.de

Katholischer Pflegeverband e. V. Landesgruppe Baden-Württemberg: http://www.kathpflegeverband.de/landesgruppen/baden-wuerttemberg/fuer-sie-vor-ort-ihre-ansprechpartnerinnen-und-ansprechpartner.html

Klinikum am Steinenberg / Ermstalklinik, Reutlingen: www.kreiskliniken-reutlingen.de

Klinikum am Weissenhof: www.klinikum-weissenhof.de

Kur- und Klinikverwaltung für Reha in Bad Rappenau: www.kurbadrappenau.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.: www.kda.de

KWA Kuratorium Wohnen im Alter Parkstift St. Ulrich: https://www.kwa.de/standorte/baden-wuerttemberg/bad-krozingen/kwa-parkstift-st-ulrich/

Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e.V.: http://lag-rheinland-pfalz.de

Landesfamilienrat Baden-Württemberg: www.landesfamilienrat.de

Landesseniorenrat: www.landesseniorenrat-bw.de

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.: www.liga-bw.de

MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel: www.bliestal-kliniken.de

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: www.msagd.rlp.de

Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung: www.keppler-stiftung.de

Projektbüro Ein-STEP – Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: www.ein-step.de

PTHV gGmbH Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar Pflegewissenschaftliche Fakultät: www.pthv.de

Rathaus Mannheim; Fachbereich Arbeit und Soziales: https://www.mannheim.de/buerger-sein/mannheim-lebens-und-liebenswerte-stadt-seniorinnen-und-senioren

Rathaus Stuttgart: http://www.stuttgart.de/demografischerwandel

RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege): www.recom.eu/unternehmen/profil.html

Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation: www.rbk.de

Samariterstiftung: www.samariterstiftung.de

Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.: www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de

SPPS e. K. • Susanne Pletowski PflegeService: http://www.sp-ps.de

Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg e. V.: www.tgbw.de

Universität Bielefeld: https://www.uni-bielefeld.de

Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften: www.uni-bremen.de

Universität Witten/Herdecke: www.uni-wh.de

vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg: www.vdek.com/LVen/BAW.html

Ver.di Bundesvorstand: https://www.verdi.de

Waldburg-Zeil Kliniken: www.wz-kliniken.de

**Verbändeanhörung:**

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.: www.alzheimer-bw.de

AOK Baden-Württemberg: www.aok.de/baden-wuerttemberg

AWO Bezirksverband Baden e. V.: www.awo-baden.de

AWO Bezirksverband Württemberg e. V.: www.awo-wuerttemberg.net

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg: www.arge-b52.de

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.: www.bwkg.de

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: https://www.bgw-online.de

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa): www.bpa.de

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V.: www.caritas-rottenburg-stuttgart.de

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V.: www.dicvfreiburg.caritas.de

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.: www.paritaet-bw.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg: www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e. V.: www.drk-baden-wuerttemberg.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V.: https://www.diakonie-wuerttemberg.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V.: www.diakonie-baden.de

Gemeindetag Baden-Württemberg: https://www.gemeindetag-bw.de

Israelitische Religionsgemeinschaft Baden: www.irg-baden.de

Israelitische Religionsgemeinschaft Württembergs: www.irgw.de

KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen Baden-Württemberg: www.kas-bw.de

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: https://www.kvbawue.de

Landesfrauenrat Baden-Württemberg: www.lfrbw.de

Landespflegerat Baden-Württemberg: www.lpr-bw.de

Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.: www.lvbwapk.de

Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e. V. : www.lv-koerperbehinderte-bw.de

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.: www.lvpebw.de

Landkreistag Baden-Württemberg: www.landkreistag-bw.de

Städtetag Baden-Württemberg: www.staedtetag-bw.de

Unfallkasse Baden-Württemberg: www.uk-bw.de

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Landesbezirk Baden-Württemberg: https://bawue.verdi.de

wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland: www.wir-pflegen.net

Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg: www.ig-bw.de

**Gutachten:**

Katholische Hochschule Freiburg: www.kh-freiburg.de

*Der Landtag von Baden-Württemberg übernimmt keine Verantwortung für die Inhalte von externen Websites, auf die von www.landtag-bw.de verlinkt wurde.*

**Anhang 8**

**Abkürzungsverzeichnis**

| | |
|---|---|
| AAL | Ambient Assisted Living (übersetzt: Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben) |
| ASMK | Arbeits- und Sozialministerkonferenz |
| BAuA | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BWKG | Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. |
| DGSP | Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. |
| DNQP | Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DRG | Diagnosis Related Groups ( = diagnosebezogene Fallgruppen für ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren von Krankenhausfällen) |
| EVG | Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft |
| EX-IN | Experienced Involvement |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMK | Gesundheitsministerkonferenz |
| GPV | Gemeindepsychiatrischer Verbund |
| GRV | Gesetzliche Rentenversicherung |
| HeimPersV | Verordnung über personelle Anforderungen für Heime |
| HKP | Häusliche Krankenpflege |
| HPG | Hospiz- und Palliativgesetz |
| KHSG | Krankenhausstrukturgesetz |
| KVJS | Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg |
| LHeimBauVO | Landesheimbauverordnung |
| LPersVO | Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (Landespersonalverordnung – LPersVO) vom 7. Dezember 2015 (GBl. S. 1253) |
| LPflG | Landespflegegesetz |

| | |
|---|---|
| LSBTTIQ | Netzwerk Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender, Intersexuelle und Queere Menschen Baden-Württemberg |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| MFW | Ministerium für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg |
| MLR | Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg |
| NEXT | nurses' early exit study (NEXT-Studie) |
| NRG | Nursing Related Groups |
| QMB | Qualitätsmanagementbeauftragter, auch Qualitätsbeauftragte |
| PEPP | Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik |
| PNG | Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz |
| PrävG | Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 18. Juni 2015 (BGBl. I S. 1368) |
| PSG I | Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) |
| PSG II | Zweites Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) |
| RN4Cast | Registered Nurse Forecasting |
| SAPV | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| SIS | Strukturierte Informationssammlung |
| SM | Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg |
| SPV | Soziale Pflegeversicherung |
| TVöD | Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst |
| TV-L | Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder |
| UN-BRK | UN-Behindertenrechtskonvention |
| VäMP | Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ |
| vdek | Verband der Ersatzkassen e. V. |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| WTPG | Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG) vom 20. Mai 2014 (GBl. S. 241) |