

DEMO Impulse

BEITRÄGE FÜR EINE INNOVATIVE KOMMUNALPOLITIK

Brandenburg
Landes-SGK
Extra
Heftmitte

Pflegepolitik in Deutschland

- **Demografie und Pflege**
VON SIMONE PRÜHL
- **Pflege solidarisch und nachhaltig gestalten**
VON WILHELM SCHMIDT
- **Vor welchen Aufgaben steht die Pflegepolitik?**
INTERVIEW MIT SABINE BÄTZING-LICHTENTHÄLER
- **Pflege und Pflegeplanung im
ländlichen Raum**
VON MAGNUS JUNG
- **Pflege und Pflegeplanung in
der Großstadt**
VON BURKHARD HINTZSCHE

12. DEMO-Kommunalkongress »WIR IN DEN KOMMUNEN«

16.–17.
November 2017
GEMEINDEZENTRUM
SCHÖNEBERG

Hauptstraße 125A,
10827 Berlin-
Schöneberg

POLITIK FÜR DIE ZUKUNFT UNSERER KOMMUNEN

Auf dem **12. DEMO-Kommunalkongress am 16. und 17. November 2017** trifft sich wieder die kommunale Familie in Berlin.

Unter dem Motto „WIR IN DEN KOMMUNEN“ möchten wir mit Ihnen diskutieren, wie wir angesichts der aktuellen Herausforderungen die Zukunft unserer Kommunen gestalten können.

Der DEMO-Kommunalkongress ist ein Treffpunkt für haupt- und ehrenamtliche Politiker und Fachleute aus Wirtschaft und Verwaltung. Wir wollen Ihnen die Möglichkeit für einen guten Austausch geben, neue Handlungsperspektiven eröffnen und Best-Practice-Beispiele präsentieren. Es erwartet Sie ein vielfältiges, interaktives Programm mit fachkundigen Rednern und Referenten.

Auf der begleitenden **Fachausstellung** des DEMO-Kommunalkongresses stellen eine Vielzahl von Unternehmen und Verbänden Ihre Produkte und Dienstleistungen für den kommunalen Sektor vor.

Der **Kommunale Abend** am 16. November bietet bei gutem Essen und Musik viele Gelegenheiten, miteinander ins Gespräch zu kommen.

Wir laden Sie herzlich ein, dabei zu sein.

Ihr Team der DEMO



PROGRAMMÜBERBLICK

Donnerstag, 16.11.2017

09.30 Einlass und Akkreditierung

10.15 Begrüßung **Karin Nink**, Geschäftsführerin vorwärts Verlag, Chefredakteurin DEMO

10.20 Grußwort **Michael Schickhofer**, Landeshauptmann-Stellvertreter, Landesvorsitzender der SPÖ Steiermark

10.25 Einführung in den Tag

10.30 **LEITVORTRAG**

11.15 **PRAXISGESPRÄCH**
Kommune und Kirche

12.00 Lunch

13.00 **3 PARALLELE WORKSHOPS**

- Politik in der Kommune: Hauptamt und Ehrenamt Hand in Hand
- Kommunale Steuerung: Verwaltungsmodernisierung und eGovernment
- Standort Kommune: Stadtwerke – fit für die Zukunft

14.45 **LEITVORTRAG**

Dr. Ulrich Maly, Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg

15.30 Kaffeepause

16.15 – 18.00 **3 PARALLELE WORKSHOPS**

- Politik in der Kommune: Akzeptanz – wie Kommunalpolitik begeistern kann
- Kommunale Steuerung: Kommunalfinanzen im Fokus
- Standort Kommune: Kommunale Wirtschaftsförderung

Kommunaler Abend im Wasserwerk Berlin

18.30 Grußwort
Buffet, Musik und Get together

Freitag, 17.11.2017

09.00 Einlass und Akkreditierung

09.20 Begrüßung **Karin Nink**, Geschäftsführerin vorwärts Verlag, Chefredakteurin DEMO

09.25 Einführung in den Tag

09.35 **LEITVORTRAG**

Frank Baranowski, Oberbürgermeister der Stadt Gelsenkirchen, Vorsitzender der Bundes-SGK

09.55 **LEITVORTRAG**

Thorsten Schäfer Gümbe, Stellvertretender Vorsitzender der SPD

10.15 **Verleihung der DEMO-Kommunalfüchse** für herausragende kommunalpolitische Projekte

11.00 Pause

11.30 **3 PARALLELE WORKSHOPS**

- Politik in der Kommune: Wachsender Populismus – was tun vor Ort?
- Kommunale Steuerung: Flüchtlingsmanagement in der Praxis
- Standort Kommune: Neue Mobilität in Stadt und Land

13.15 Lunch / Ende

Online-Anmeldung und weitere Informationen zum Programm, zu den Referenten, zu Hotelkontingenten... finden Sie unter www.demo-kommunalkongress.de

ANMELDUNG

- per Fax: 030/740 73 16-54
- per Post: DEMO – Demokratische Gemeinde, -Kommunalkongress-, Stresemannstraße 30, 10963 Berlin
- online: www.demo-kommunalkongress.de/anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich als Teilnehmer/in zum 12. Kommunalkongress der DEMO vom 16.–17. November 2017 an.

Die Teilnahme kostet inkl. 19% Mehrwertsteuer:

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> für DEMO-Abonnenten und SGK-Mitglieder | 69,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> für Kommunalpolitiker/innen und Verwaltungsmitglieder | 149,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> für Vertreter/innen der Wirtschaft | 299,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> für Absolventen der Kommunalakademie | kostenlos |

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Sonderkonditionen für Fraktionen und andere Gruppen auf Anfrage.

Vorname* _____ Nachname* _____

Kommune/Firma/Organisation _____

Straße + Hausnummer* _____

PLZ/Ort* _____

E-Mail-Adresse* _____

X Datum* _____ Unterschrift* _____

*Pflichtfelder

Weitere Infos unter www.demo-kommunalkongress.de



Demografie und Pflege

Zur Einführung

Autorin Simone Prühl

Deutschland hat ein gutes Gesundheitssystem, um das uns viele Länder beneiden. Auch das System der Pflege funktioniert weitaus besser als in vielen anderen Ländern. Die drei Säulen aus informeller (familiärer), ambulanter und stationärer Pflege beweisen Tag für Tag ihre Leistungsfähigkeit – für rund 2,6 Millionen Pflegebedürftige.

Zugleich ist unstrittig, dass es Reformbedarf gibt. Gut ist eben nicht sehr gut. Experten monieren es seit langem, und gerade in den letzten Tagen des zurückliegenden Bundestagswahlkampfes wurde klar: Es gibt schon heute gravierende Mängel im Pflegesystem, und fit für die Zukunft ist es auch nur bedingt. Strukturen und Finanzierungswege, die für 2,6 Millionen Pflegebedürftige funktionieren, werden an Grenzen stoßen, wenn es einerseits noch mehr Pflegebedürftige geben wird und andererseits weniger Pflegenden diese Aufgaben übernehmen können.

Durch den demografischen Wandel steht die Pflege in Deutschland vor großen Herausforderungen. Im Jahr 2013 gab es laut dem „Pflegeheim Rating Report“ des RWI Essen, 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen, davon wurden 764.000 vollstationär und 616.000 durch ambulante Dienste versorgt, der überwiegende Rest erhielt Pflegegeld. Bis 2020 ist mit etwa drei Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen, bis 2030 sogar mit 3,4 bis 3,5 Millionen Pflegebedürftigen – das wären rund eine Million mehr als heute. Wenn man davon ausgeht,

dass der jetzige Anteil an Pflege- und Heimquote gleich bleibt, werden bis 2030 bis zu 321.000 neue stationäre Pflegeplätze benötigt. Zur Einordnung dieser Zahl: Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2013 um 47 Prozent von 8859 auf 13.030. Dabei erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645.000 auf 903.000. Zur Deckung der Nachfrage bis 2030 sind voraussichtlich weitere 30 Milliarden Euro an Neu-Investitionen nötig, und zur Substanzerhaltung bereits bestehender Einrichtungen weitere rund 40 Milliarden Euro

Weitgehend Konsens ist deshalb das politische Ziel, „ambulant vor stationär“ zu stellen und Menschen soweit möglich die Chance zu geben, auch im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in ihren eigenen vier Wänden bleiben zu können. Das ist nicht nur volkswirtschaftlich sinnvoll, sondern auch rein menschlich geboten. Jeder kennt den Satz „Einen alten Baum verpflanzt man nicht.“ Jeder hat bei Eltern, Großeltern oder Urgroßeltern erlebt, wie schwer der Abschied ins Alten- oder Pflegeheim fällt, geht der doch nicht nur mit Verlust von Autonomie und Platz einher, sondern auch mit einem Verzicht auf das Gewohnte und oftmals Geliebte. Wie realistisch jedoch dieses Ziel ist, steht auf einem anderen Blatt. Schon heute lässt sich nicht jeder Pflegebedarf in häuslicher Atmosphäre abdecken. Für viele ist die umfassende Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung die beste pflegerische Versorgung mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis: Qualifizierte „rund um die Uhr“

Versorgung, behördliche Qualitätsüberwachung, bauliche und hygienische Standards. Auch künftig sollte wohl deshalb die ehrlichere Richtschnur „ambulant und stationär“ lauten.

Ein weiteres entscheidendes Hindernis für eine ausreichende Pflegeversorgung ist der Fachkräftemangel. Im März 2015 lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen bei Heimen mehr als dreimal so hoch wie im März 2007. Bis 2030 werden insgesamt 128.000 bis 245.000 zusätzliche Vollzeitkräfte in der stationären und 63.000 bis 124.000 in der ambulanten Pflege benötigt. Bei Pflegefachkräften wird ein Bedarf von 106.000 bis 156.000 erwartet.

Verschärft wird dieser Personalmangel durch geänderte Familienstrukturen. Durch Berufstätigkeit, bundesweite Mobilität und Individualisierung der Gesellschaft stehen immer weniger Angehörige zur familiären Pflege zur Verfügung. Zugleich sollte gerade für die Sozialdemokratie als Partei der Frauenemanzipation klar sein: Niemand darf zur familiären Pflege gezwungen und aus dem Beruf gedrängt werden. Das ausreichende Angebot an stationären Pflegeplätzen gehört ebenso zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wie das ausreichende Angebot an Kindertagesplätzen!

Um all diese Themen geht es in der aktuellen Ausgabe der Demo-Impulse. Die vier Beiträge beleuchten, wie eine solidarische und zukunftsfähige Pflegepolitik aussehen sollte, was konkret gegen Fachkräftemangel getan werden kann und wie Pflege ganz praktisch auf kommunaler Ebene organisiert werden kann. Allen Leserinnen und Lesern viel Vergnügen bei der Lektüre dieses Heftes.



Simone Prühl

Referentin für Arbeit, Soziales und Integration der Bundes-SGK

Impressum

DEMO Impulse,
Fachorgan der Sozialdemokratischen
Gemeinschaft für Kommunalpolitik (Bundes-SGK)
Stresemannstraße 30, 10963 Berlin
Postfach 61 03 22, 10925 Berlin

Herausgeber: Frank Baranowski,
Vorsitzender der Bundes-SGK
Telefon: (030) 25993 960
Telefax: (030) 25993 970
E-Mail: info@bundes-sgk.de
Internet: www.bundes-sgk.de

Die Inhalte der Beiträge geben die Auffassung der Autorinnen und Autoren wieder.

Redaktion: Dr. Manfred Sternberg, Peter Hamon,
Simone Prühl
Layout: Heidemarie Lehmann

Verlag: Berliner vorwärts Verlagsgesellschaft mbH,

Stresemannstraße 30, 10963 Berlin,
Postfach 61 03 22, 10925 Berlin
Telefon: (030) 255 94-100
Telefax: (030) 255 94-192
Geschäftsführer: Karin Nink, Kerstin Thomberg

Anzeigen/Vertrieb: ASK Agentur für Sales
und Kommunikation GmbH
Gewerbehof Bülowbogen, Hof D, Eingang D1,
Bülowstraße 66, 10783 Berlin
Telefon: (030) 740 73 16-00
Telefax: (030) 740 73 16-20

Anzeigen: Henning Witzel
(Verkauf/Projektleitung)
Telefon: (030) 740 73 16-36
Gültige Anzeigen-Preisliste: Nr. 34 vom
1. Januar 2017

Vertrieb: Stefanie Martin
Telefon: (030) 740 73 16-61

Die DEMO erscheint mit sechs regulären
Ausgaben im Jahr und zusätzlich mit vier
DEMO Sonderheften/Impulse.

Abonnementverwaltung:
IPS Datenservice GmbH,
Carl-Zeiss-Str. 5, 53340 Meckenheim
Telefon: (02225) 70 85-366
Telefax: (02225) 70 85-399
E-Mail: abo-vorwaerts@ips-d.de

Einzelverkaufspreis: 6 Euro
Jahresabonnement: 60 Euro (inkl. Versand und 7 % MwSt.);
für Schüler und Studenten (Nachweis erforderlich) 40 Euro
Jahresabonnement (Ausland): 60 Euro zzgl. Versandkosten
Die Abonnements verlängern sich jeweils um ein Jahr,
sofern nicht spätestens drei Monate vor Ablauf
schriftlich gekündigt wird.

Bei Nichterscheinen der Zeitung oder Nichtlieferung
ohne Verschulden des Verlages und im Falle höherer

Gewalt besteht kein Anspruch auf Leistung, Schadenersatz
oder auf Minderung des Bezugspreises.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird
keine Haftung übernommen. Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Quellenangabe. Die Zeitung und alle in
ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt.

Litho: Satzstudio Neue Westfälische GmbH & Co. KG
Druck: J.D. Küster Nachf. + Pressedruck GmbH
& Co. KG, Industriestraße 20, 33689 Bielefeld,
Telefon: (05205) 14 700
Telefax: (05205) 14 704
E-Mail: kontakt@kuester-pressedruck.de



Zugleich Versandanschrift für
Beilagen und Beihefter mit Zusatz
„Warenannahme“.

Dieses Heft enthält die Beilage „Wir Kommunalen“.

Pflege solidarisch und nachhaltig gestalten

Zur Zukunftsfestigkeit der Pflege

Autor Wilhelm Schmidt

Deutschland ist eine alternde Gesellschaft. Während die Lebenserwartung steigt, sinkt gleichzeitig die Geburtenrate. Der Anteil der alten und sehr alten Menschen an der Bevölkerung nimmt dadurch kontinuierlich zu.

Heute ist laut statistischem Bundesamt bereits jeder Fünfte in Deutschland mindestens 65 Jahre alt. Den stärksten Anstieg wird es dabei in Zukunft bei den Hochbetagten, den über 80-Jährigen geben.

Die Bevölkerungsentwicklung und die Entwicklung der Morbidität bringen es mit sich, dass neben der Medizin die Gesundheitsversorgung und die Pflege sehr bedeutsam für die Versorgung der Bevölkerung sein werden. Eine konstante Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten vorausgesetzt, wird sich die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland in den nächsten 20 Jahren um etwa die Hälfte erhöhen. Zwischen 1999 und 2015 ist sie von 2,0 auf 2,9 Millionen Menschen gestiegen. Bis 2060 könnte die Zahl der Pflegebedürftigen weiter auf 4,8 Millionen Menschen ansteigen.

Zur Absicherung des individuellen Pflegerisikos wurde daher als weitere Säule in der Sozialversicherung 1995/96 die soziale Pflegeversicherung eingeführt. Damit sollten zum einen die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt und zum anderen vor allem die Kosten – wenigstens teilweise – solidarisch abgesichert werden. Die Kosten, insbesondere der stationären Versorgung, lagen bis dahin allein bei den Betroffenen beziehungsweise bei den Trägern der Sozialhilfe, wenn die Betroffenen nicht für die Kosten aufkommen konnten.

Die demografische Entwicklung und die Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung erfordern dringend eine stringente Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Hierbei kommt vor allem der jeweiligen Kommune eine entscheidende Rolle zu. Das Pflegestärkungsgesetz III, welches die Altenhilfe in der Kommune zum Schwerpunkt haben sollte, ist angesichts der Herausforderungen deutlich zu schwach ausgefallen und hat den Kern der Aufgaben nicht getroffen.

Herausforderungen des demografischen Wandels für die Kommunen

Bevor auf die Einzelheiten der Pflegeversicherung eingegangen wird, soll ein Blick auf die Menschen und ihre Wünsche gerichtet werden:

Fragt man die Menschen, was ihnen für ihr Altwerden besonders wichtig ist, kommt sehr schnell der Wunsch, dass sie zu Hause alt werden wollen. Diesem Wunsch und der notwendigen Hilfe durch die Familien stehen viele Entwicklungen entgegen: Hohe Miet- und Lebenshaltungskosten für Familien erfordern den Doppelverdienst und verringern die Möglichkeiten, als Angehörige die Pflege zu übernehmen. Darüber hinaus ist eine familiäre Pflege aufgrund der Tatsache, dass viele Familien weit auseinander wohnen, nicht umsetzbar. Diese Entwicklungen verstärken sich bei gleichzeitig bereits jetzt bestehendem Fachkräftemangel vor allem in der Pflege, aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt.

Wer ist nun in der Verantwortung zu handeln? Für die Realisierung des Wunsches zu Hause alt zu werden, ist die Kommune die entscheidende Handlungsebene.

Rolle der Kommunen – lokale Politik

Hierzu hat die Sachverständigenkommission, der der Autor angehört hat, zwei Jahre intensiv gearbeitet und die notwendigen Weiterentwicklungen im 7. Altenbericht dargelegt. Den Kommunen sind aus Sicht der Sachverständigen sowohl im Hinblick auf die medizinische und gesundheitliche Versorgung als auch im Hinblick auf die Langzeitpflege wichtige Aufgaben zuzuordnen. Für diese und weitere im 7. Altenbericht dargelegte Aufgaben müssen sie ressourcenmäßig ausgestattet sein.

Hierfür schlägt die Sachverständigenkommission ein Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für und mit älteren Menschen vor. Angesichts des Umfangs der zu bewältigenden Aufgaben halten die Sachverständigen eine neue „Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge“ für erforderlich.

Notwendig sind eine objektive Analyse und eine verpflichtende Planung der Seniorenarbeit und der Altenhilfe im Rahmen einer erweiterten Sozialplanung (orientiert an der Kinder- und Jugendhilfe-Planung).

Die Verwirklichung einer Quartiersorientierung und -entwicklung sollte das Grundprinzip (nicht nur für Seniorenpolitik) für alle Akteure sein. Die Vernetzung der Angebote und Ressourcen vor Ort ermöglicht Synergieeffekte und stärkt die Verantwortungsübernahme aller Akteure. Als weitere wichtige Grundsätze sollten die Prävention, die

Nachhaltigkeit und die Inklusion mit Leben gefüllt werden. Die Mitwirkung und Mitbestimmung der älteren Generation im Quartier und im politischen Raum sollten dabei selbstverständliche Prinzipien moderner kommunaler Arbeit sein. Hierfür sind Kreativität, neue Formen der Altenarbeit und generationenübergreifendes Handeln zu entwickeln. Über die Vernetzung von Hilfe- und Förderstrukturen, von freiwilligen und professionellen Beteiligten sind für die Menschen vor Ort erhebliche, die Lebensqualität aller Menschen im Sozialraum steigernde Effekte zu erwarten.

Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde als erste und bisher einzige Sozialversicherung weder als bedarfs- noch kostendeckende Versicherung, sondern vielmehr als Teilleistungssystem konzipiert. Hintergrund war die Annahme, dass eine bedarfs- und kostendeckende Ausgestaltung zu teuer würde. Von daher wurde die Pflegeversicherung mit festen und gedeckelten Leistungsbeträgen konzipiert. Es gab drei nach Pflegestufen gestaffelte Leistungsbeträge, jeweils für die ambulante und stationäre Versorgung. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden dabei als Geld- und Sachleistungen ausgestaltet, wobei die Geldleistungen deutlich niedriger liegen als die Sachleistungen. Diese Grundprinzipien der Pflegeversicherung gelten bis heute und änderten sich auch nicht, als zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde.

Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich auf pflegebedingte Aufwände und Betreuungsleistungen und bis Ende 2016 nur auf Leistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (nur in Verbindung mit den ersten drei Bereichen). Diese Ausrichtung der Pflegeversicherung auf rein somatische Pflegebedarfe stand, vor dem Hintergrund der Zunahme vor allem demenzieller Erkrankungen, aber auch anderer psychisch-kognitiver Einschränkungen, alsbald in der Kritik. Zwar wurden über die Jahre für Menschen mit Demenz Zusatz- und Sonderleistungen eingeführt, doch erst mit der Erarbeitung des so genannten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde dies systemimmanent in einem neuen Begutachtungsinstrument für Pflegebedürftigkeit umgesetzt und zum 1. Januar 2017 eingeführt.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialen Pflegeversicherung ist ein neues Begutachtungsinstrument für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung verbunden. Seit 1. Januar 2017 entscheidet der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen über einen Pflegegrad mit entsprechend hinterlegten Leistungen. Das neue Verfahren erfasst nicht nur die bisherigen Bereiche Körperpflege, Ernährung

und Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte. Das neue Begutachtungsinstrument lenkt damit den Blick auch auf die psychischen und sozialen Problemlagen der pflegebedürftigen Menschen und beendet die Verengung auf das Körperliche. Nun erhalten beispielsweise auch an Demenz Erkrankte Leistungen der Pflegeversicherung. Somit war die grundlegende Strukturreform mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein zentraler Schritt für mehr Gerechtigkeit und Solidarität in der Pflegeversicherung.

Pflegende Angehörige

Aber nicht nur für Menschen mit kognitiven Einschränkungen muss die Pflege solidarischer gestaltet werden. Auch für pflegende Angehörige ist dies dringend nötig. Insgesamt betreuen etwa sieben Prozent der Bevölkerung Deutschlands einen pflegebedürftigen Menschen. 52 Prozent investieren täglich mehr als eine Stunde in die Pflege und zwei Drittel der Pflege wird von Frauen geleistet. „Der größte Pflegedienst der Nation“, so werden die pflegenden Angehörigen daher gerne genannt.

Dahinter verstecken sich leider allzu oft prekäre Bedingungen. Laut einer Forsa-Umfrage fühlen sich die Hälfte der Angehörigen körperlich, 68 Prozent psychisch und 71 Prozent zeitlich überfordert. Pflegende Angehörige sind durch die Pflege vielfältigen gesundheitlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Viele Angehörige brechen, wenn die Pflegesituation beendet ist, regelrecht zusammen und werden selbst krank. Nur ein Drittel der pflegenden Angehörigen ist berufstätig, davon lediglich ein Fünftel in Vollzeit. Im Ergebnis verlieren pflegende Angehörige Einkünfte, Karrierechancen und zukünftige Rentenansprüche. Viele sind dadurch auf Hartz-IV-Leistungen oder auf die Grundsicherung im Alter angewiesen. Häufig werden sie sozial isoliert und ausgegrenzt.

Eine solidarisch gestaltete Pflegeversicherung muss daher bessere Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige bieten, beispielsweise mehr Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und

Pflege. Zudem müssen pflegende Angehörige rentenrechtlich stärker abgesichert werden.

Beruflich Pflegende

Neben den pflegenden Angehörigen gilt es, die beruflich Pflegenden zu stärken. Dazu gehört es, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und die Personalsituation in der Pflege zu verbessern. Die regional unterschiedliche, aber fast überall defizitäre Personalausstattung stellt die Pflege jedoch seit Langem vor eine große Herausforderung und geht zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen sowie der beruflich Pflegenden. Daher ist für eine angemessene Personalausstattung in der Pflege zu sorgen, die es ohne eine ausreichende Finanzierung nicht gibt. Sichergestellt werden muss diese Finanzierung durch die Pflegeversicherung und nicht zu Lasten der pflegebedürftigen.

Mit dem neuen Pflegeberufegesetz wurden in diesem Jahr wichtige Entscheidungen getroffen, wie die Schulgeldfreiheit oder die Freistellung von Praxisanleiter*innen. Ferner gehört zu einer solidarisch organisierten Pflege auch die tarifliche Entlohnung für alle Beschäftigten in der Altenpflege auf dem Niveau der Krankenpflege.

Die AWO engagiert sich für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag Soziales mit dem Ziel, den Wettbewerb um den günstigsten Preis, der letztendlich über die Bezahlung der Pflegekräfte entschieden wird, durch einen Qualitätswettbewerb um die beste Pflege für die Menschen zu ersetzen.

Finanzierung von Pflege

Da die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem konzipiert ist, bleiben die pflegebedürftigen Menschen und ihre Familien auf einem großen Teil der Pflegekosten sitzen. Dieser Anteil ist in den Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen:

Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung sind nominal fixierte Pauschalen, die seit ihrer Einführung Mitte der neunziger Jahre nicht angehoben wurden. Mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz 2016 erfolgte erstmalig eine Anhebung aller Leistungen um pauschal vier Prozent. Das genügte aber nicht, um den kumulierten Kaufkraftverlust von insgesamt rund 20 bis 25 Prozent seit Einführung der Pflegeversicherung vor gut 20 Jahren auszugleichen. Im Ergeb-

nis führte dieser Kaufkraftverlust dazu, dass der für die pflegebedürftigen Menschen zu leistende Eigenanteil in vollstationären Einrichtungen kontinuierlich stieg.

Neuesten Erhebungen zufolge kann der monatliche Eigenanteil allein für die pflegebedingten Kosten mehr als 800 Euro betragen. Dazu kommen noch die Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskostenpauschale. In der Folge sind wieder vermehrt pflegebedürftige Menschen auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen. Damit wird eines der grundlegenden Ziele der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995, nämlich pflegebedürftige Menschen aus der Altersarmut zu befreien und den Sozialhilfeträger zu entlasten, verfehlt.

Bürgerversicherung

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung und damit auch die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch in Zukunft solidarisch getragen und finanziert werden muss. Die Pflegeversicherung hat sich in den Jahren bewährt und ist als fünfte Säule der Sozialversicherung mit ihren Grundzügen Versicherungsprinzip, solidarische Finanzierung und sozialer Ausgleich unverzichtbar. Die Soziale Pflegeversicherung muss weiterhin das zentrale Element in der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bleiben. Die aktuell diskutierten Alternativen zu einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung sind in Wirklichkeit keine Alternativen.

Ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz wird nur ein Minimum des Gesamtbedarfes abdecken, so dass von einer Absicherung des Pflegerisikos nicht mehr gesprochen werden könnte. Pflegebedürftige müssten bis zum Sozialhilfeniveau ihr gesamtes Einkommen und Vermögen zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit einsetzen, es sei denn, sie versicherten sich privat in ausreichendem Maße. Das werden allerdings gerade Menschen im unteren Einkommensbereich nicht tun können. Weiterhin besteht die Gefahr, dass die Bedarfsdefinition eines steuerfinanzierten Leistungsgesetzes je nach Haushaltslage von Bund und Ländern verändert wird. Ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem unterliegt dieser Gefahr nicht.

Insofern verbleibt als echte Option nur eine Strukturreform der umlagefinanzierten Pflegever-

Anzeige

„Überlassen Sie die Besetzung von Führungspositionen nicht dem Zufall...“

– Edmund Mastiaux, Inhaber



sicherung. Es ist davon auszugehen, dass keine einzelne Maßnahme ausreicht, um die Pflegeversicherung gerade bezüglich der demographischen Entwicklung zukunftsfest zu machen. Der Hauptbaustein einer Pflegeversicherungsreform muss daher in einer Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Bürgerversicherung bestehen. Das bedeutet konkret die Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung. Beamte*innen, Selbstständige und jetzt freiwillig Privatversicherte müssten sich zu einem bestimmten Zeitpunkt gesetzlich versichern. Weitere Aspekte einer Bürgerversicherung sind die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung sowie die Einbeziehung aller Einkommensarten in einer Säule bei der Beitragserhebung. Die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung findet bei der bundesdeutschen Bevölkerung in Meinungsumfragen immer wieder deutliche Mehrheiten.

Die Bürgerversicherung einzuführen, ist unter Kostengesichtspunkten durchaus möglich, wenn der politische Wille besteht, die Pflegeversicherung nachhaltig solidarisch weiterzuentwickeln.

Neben der Kostenfrage ist ein weiterer, häufiger Kritikpunkt an der Bürgerversicherung die Frage der Verfassungsmäßigkeit sowie der administrativen Umsetzbarkeit. In einem Gutachten der Professoren Greß und Bieback (2013) konnten auch diese Zweifel ausgeräumt werden. Die Autoren plädieren für eine Korrektur des Beitragssystems im Rahmen einer Bürgerversicherung durch die Integration der beiden Versicherungssysteme, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Verbeitragung weiterer Einkommensarten. Vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks sowie der aktuellen Erfahrungen bestehen deutliche Zweifel an Nachhaltigkeit und Stetigkeit einer Steuerfinanzierung. Gegen eine Steuerfinanzierung spricht zudem der zusätzlich entstehende bürokratische Aufwand.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung kann die Defizite der Beitragsfinanzierung teilweise kompensieren. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze bei der Pflegeversicherung ist es hingegen durchaus möglich, sie auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Weitere Einkommensarten einzu beziehen, kann mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

Ohne Zweifel wird es in den kommenden Jahren Mehrkosten in der Pflegeversicherung geben. Diese Kosten sollten nicht allein den pflegebedürftigen Menschen aufgebürdet werden. Dass diese Mehrkosten durch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung in eine paritätische finanzierte, solidarische Bürgerversicherung zu stemmen sind, zeigen verschiedene Gutachten.

Eine weitere, bisher noch nicht erwähnte Finanzierungsquelle liegt darin, endlich die Krankenversicherungen für die Behandlungspflege aufkommen zu lassen. Systemfremd sind diese seit Einführung der Pflegeversicherung mit dem Pflegesatz im Heim abgegolten. De facto haben damit Heimbewohner*innen keinen Anspruch auf Kostenübernahme der Behandlungspflege mehr, wenn sie in ein Pflegeheim ziehen.

Schlussfolgerungen

In einer alternden Gesellschaft muss es das Ziel sein, auch pflegebedürftigen Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Dabei darf man die pflegebedürftigen Menschen und ihre Familien nicht allein lassen. Sie brauchen die Solidarität und Unterstützung der Gesellschaft. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist das richtige Instrument und hat sich über die Jahre dafür bewährt. Allerdings gilt das nur, wenn die Pflegeversicherung diesbezüglich zukunftsfest umgebaut und weiterentwickelt wird. Doch das alleine reicht nicht, denn gleichzeitig muss die Versorgungsstruktur in den Kommunen geplant und ausgebaut werden, wie die Empfehlungen des 7. Altenberichts zeigen.

Die Angehörigen, die immer noch den größten Teil der Pflegearbeit in unserer Gesellschaft leisten, benötigen die Unterstützung durch die kommunal aufgebauten Strukturen und Systeme außerordentlich dringend, um in ihrer schweren Aufgabe Entlastung und Hilfe zu erfahren.

Die Einbeziehung Ehrenamtlicher gelingt nur, wenn ihre Motivation durch sinnstiftende Tätigkeit dauerhaft erhalten bleibt und sie bei Problemen kontinuierlich Ansprechpersonen haben. Wir wissen, dass hierfür ein professioneller Rahmen erforderlich ist.

Auch die beruflich Pflegenden, als zweite Säule der pflegerischen Versorgung, benötigen dringend mehr Unterstützung und Solidarität. Ihre Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert und die Berufsflucht ist in der Altenpflege groß. Bessere Arbeitsbedingungen, bessere (tarifliche) Entlohnung und mehr Personal sind dringend notwendig, damit sich in Zukunft genügend Menschen finden, den steigenden gesellschaftlichen Bedarf an Pflege zu decken.

Aus den hier zusammengefassten Entwicklungslinien der Pflegeversicherung und den Analysen und den Vorschlägen der 7. Altenberichtscommission könnte bei einem entsprechenden politischen Willen eine zukunftsfähige, solidarische Gemeinschaft entwickelt werden. Hierfür ist neben die Säule der Pflegeversicherung eine Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge zu definieren auf Basis eines Leitgesetzes zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen.

Gutachten der AWO

Rothgang, H. (2011): Berechnungen zur Finanzierung der Pflege über eine Bürgerversicherung. AWO Bundesverband e. V., Berlin

Greß, S., Bieback, K.-J. (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. AWO Bundesverband e. V., Berlin

FOTO: AWO BUNDESVERBAND



Wilhelm Schmidt

Präsident der Arbeiterwohlfahrt

Vor welchen Aufgaben steht die Pflegepolitik?

Interview mit Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler zu Pflege und Fachkräftesicherung

Die Herausforderungen sind groß: Die Zahl der älteren Menschen wird in den kommenden zwanzig Jahren kontinuierlich wachsen, die Zahl der jüngeren Menschen nimmt trotz Zuwanderung im gleichen Zeitraum kontinuierlich ab. Innerhalb Deutschlands gibt es – wie auch innerhalb Europas und letztlich weltweit – eine Binnenwanderung jüngerer, oftmals gut qualifizierter Menschen in die Zentren, im ländlichen Raum leben dann eher ältere Menschen.

Infolgedessen gibt es mehr ältere Menschen, die auf Assistenz, Betreuung und Pflege angewiesen sind. Da viele Angehörige nicht mehr wie früher in räumlicher Nähe zu ihren Angehörigen leben, gibt es einen steigenden Unterstützungsbedarf für Angehörige, die Pflege nicht mehr selbst erbringen können, da sie zu weit entfernt leben. Mit der steigenden Zahl älterer Menschen wird auch die Zahl der Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, steigen.

Was sind in Ihren Augen mögliche Ansatzpunkte?

Wir brauchen eine gute Pflegeinfrastruktur, denn die Herausforderungen sind individuell nicht zu lösen. Eine gute Pflegeinfrastruktur, die Teil des Wohnumfelds der Menschen ist, braucht eine gute Planung und Steuerung. Ziel muss sein, dass pflegebedürftige Menschen passgenaue Unterstützung erhalten und zwar dort, wo sie leben, in ihrem Sozialraum.

Weil die Akteure auf örtlicher Ebene die Angebotsstruktur und die Bedarfe der Menschen gut kennen, können die Kommunen am besten die regionalen Versorgungsstrukturen entwickeln. Daher hat die rheinland-pfälzische Landesregierung den Landkreisen und kreisfreien Städten die Aufgabe der Pflegestrukturplanung übertragen. Auch wenn das Bundesrecht die Möglichkeiten einer Steuerung der Strukturentwicklung begrenzt; können Kommunen – wie Studien belegen und rheinland-pfälzische Erfahrungen zeigen – durch zielgerichtetes Handeln die regionalen Pflegestrukturen in ihrem Sinne gestalten.

Rheinland-Pfalz stärkt und unterstützt die Kommunen bei der Pflegestrukturplanung und der Entwicklung von Sozialräumen. Dabei geht es um vielfältige Ansätze und Maßnahmen: von gesundheitsförderlichen und präventiv wirkenden Maßnahmen über die Pflegeberatung bis hin zu Wohn-Pflegegemeinschaften und stationärem

Wohnen – damit Menschen, die Pflege und Betreuung brauchen, in Rheinland-Pfalz auch in Zukunft die Angebote vor Ort finden, die sie für ein selbstbestimmtes Leben brauchen. Dabei ist sich die Landesregierung bewusst, dass der demografische Wandel regional unterschiedlich verläuft. Auch deshalb ist es richtig, die Strukturen vor Ort, also in den Kommunen, zu entwickeln. Im Mittelpunkt der Überlegungen zur Pflegeversorgung steht dabei der Mensch, der Pflege und Betreuung für ein selbstbestimmtes Leben braucht. Menschen mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf benötigen individuell unterschiedliche Leistungen. Die Landesregierung tritt dafür ein, dass Menschen, die Unterstützung und Pflege brauchen, diese auch erhalten und zwar dort, wo sie leben, in ihrem Sozialraum.

Die Kommunen werden bei dieser Aufgabe unterstützt durch die Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung. Die Landesregierung wird die kommunale Rolle in der Pflege weiter stärken, indem sie die bundesgesetzliche Aufwertung der Pflegestrukturplanung und regionaler Pflegekonferenzen im Dritten Pflegestärkungsgesetz landesrechtlich umsetzt.

Damit auch in Zukunft alle Menschen auch im Pflegefall gut versorgt sind, brauchen wir außerdem einen Pflege-Mix aus Angehörigen-Pflege, guter Nachbarschaft, niedrigschwelligen Entlastungsangeboten im Alltag und Fachpflege. Deshalb stärken wir Hilfe-Mix-Strukturen, beispielsweise durch die Anerkennung hauswirtschaftlicher Dienstleister als Unterstützungsangebot im Alltag, so dass hierfür Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden können, und wir fördern „Neue Nachbarschaften“.

Wie wichtig sind Beratung und Prävention?

Die Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ist eine wichtige Säule. In Rheinland-Pfalz haben wir das Modellprojekt Gemeindegewerkschaft plus geschaffen, in dem Pflegefachkräfte beratend auf hochaltrige Menschen zugehen, die noch nicht pflegebedürftig sind. Ziel ist, ihnen so lange wie möglich ein gutes und selbstbestimmtes Leben zu Hause zu ermöglichen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Guter Beratung bedarf es natürlich nicht nur im Vorfeld von Pfe-

gebedürftigkeit, sondern erst recht, wenn diese eingetreten ist. Deshalb gibt es in Rheinland-Pfalz 135 Pflegestützpunkte, die kostenfrei im häuslichen Umfeld beraten. Diese Struktur wird die Landesregierung weiter stärken, indem die Fachkräfte in den Pflegestützpunkten perspektivisch zu „Persönlichen Pflegemanagern“ fortgebildet werden. Wir wollen eine im Sozialraum verankerte Pflegeberatung mit einem guten Fallmanagement und einer Vertretung der Angehörigen.

Außerdem brauchen wir mehr gesundheitsförderliche und präventive Angebote für hochbetagte Menschen, um den Eintritt und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit länger hinauszuzögern oder zu vermeiden. Hier ist die konsequente Umsetzung des Präventionsgesetzes von großer Bedeutung, um den Eintritt und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit länger hinauszuzögern bzw. zu vermeiden. Die Landesregierung hat dazu im Sommer 2016 mit den gesetzlichen Krankenkassen, der Renten-, Pflege- und Unfallversicherung eine Landesrahmenvereinbarung abgeschlossen. Gemeinsam werden wir das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz weiter voranbringen. Auch mit eigenen Projekten und Maßnahmen wollen wir auf eine gesunde Lebensgestaltung im Alter hinwirken, beispielsweise mit der Bewegungskampagne der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

Aber gibt es denn überhaupt genug Pflegekräfte, um dem höheren Pflegebedarf gerecht zu werden?

In Rheinland-Pfalz führen wir in regelmäßigen Abständen Arbeitsmarktanalysen zur Fachkräftesituation in der Pflege durch. Derzeit arbeiten in Rheinland-Pfalz in der Pflege rund 44.000 Fachkräfte. 86 Prozent der Pflegekräfte sind weiblich. Zudem liegt die Teilzeitquote bei fast 50 Prozent. Damit die Pflegekräfte lange gesund und motiviert in der Pflege arbeiten, sind gute Beschäftigungsbedingungen zu schaffen oder zu erhalten – hier sind nicht zuletzt die Einrichtungen gefordert.

Um auch in Zukunft für eine gute pflegerische Versorgung aller Sorge tragen zu können, ist die Gewinnung und Sicherung von Fachkräften in der Pflege eine elementare Grundlage. Das Phänomen des Fachkräftemangels findet sich in verschiedenen Sektoren, im Dienstleistungsbereich ebenso wie in industrienahen Arbeitsfeldern. Die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege gehören jedoch leider zu den TOP 10, gemessen an der Dauer der Vakanzzeit bis zur Besetzung einer freien Stelle.

Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit mehr Menschen in der Pflege arbeiten?

Um eine hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen sicherzustellen zu können, brauchen wir ausreichend Personal, gute Bezahlung und attraktive Arbeitsbedingungen.

Um zielgenaue Maßnahmen zur Fachkräftesicherung zu planen, ist es wichtig zu wissen, welche Gesundheitsfachberufe in welchem Umfang, in welcher Region und in welchen Versorgungssektoren bereits heute von Fachkräftengpässen betroffen sind. Dafür hat Rheinland-Pfalz bereits im Jahr 2002 als erstes Bundesland ein flächendeckendes und regional differenziertes Branchenmonitoring für die Pflegeberufe eingeführt. Seither wurden Erhebungen für die Jahre 2005 und 2010 durchgeführt, wobei wir im Jahr 2010 eine Ausweitung auf alle 18 bundes- und landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe vorgenommen haben.

Im Jahr 2012 hat die Landesregierung aufgrund der Fachkräftesituation die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe, Berufsfeld Pflege“ ins Leben gerufen, an der sich alle relevanten Akteure des rheinland-pfälzischen Gesundheitswesens und der Pflege beteiligen. Gemeinsam wurden zunächst Handlungsfelder definiert und dann konkrete Maßnahmen ergriffen, um die im Jahr 2011 für das Jahr 2015 prognostizierte Fachkräftelücke von 5360 fehlenden Pflegekräften zu verringern.

Schwerpunkte waren die Elemente Ausbildung und Arbeitsbedingungen mit Maßnahmen in der Pflegeausbildung, der Nachqualifizierung von an- und ungelernt Tätigen in der Pflege, der Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen, der Weiterentwicklung der Pflegeberufe und der Zuwanderung von ausländischen Pflegekräften. Zwar hatten wir im Jahr 2015 insgesamt ein Pflegekräftengpass von 1.900 Personen zu verzeichnen, aber die ursprünglich prognostizierte Lücke konnte um 65 Prozent reduziert werden.

Insgesamt wurden dazu bisher etwa zehn Millionen Euro investiert. Unsere Maßnahmen zeigen Wirkung. Aber jede neue Fachkräftelücke bedeutet eine erhöhte Arbeitsverdichtung für die rund 44.000 Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz. Auch deshalb ist es mir ein wichtiges Anliegen, dass wir in unseren Bemühungen nicht nachlassen.

Welche Rolle spielen Ausbildung und Quereinsteiger?

Wir steigern seit Jahren die Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen, um der derzeitigen Fachkräftelücke entgegen zu wirken. Das gilt besonders für die Altenpflege; hier hatten wir eine Steigerung um 31 Prozent. In der Gesundheits- und Krankenpflege stiegen die Ausbildungszahlen um 17 Prozent und in der Kinderkrankenpflege um 13 Prozent. In der Altenpflegehilfe gab es eine Erhöhung um 16 Prozent und in der Krankenpflegehilfe um 36 Prozent – alles bezogen auf den Zeitraum Schuljahr 2011/12 bis 2015/2016.

Rheinland-Pfalz hat auf Bundesebene immer für die generalistische Pflegeausbildung geworben und setzt diese nach der Verabschiedung konsequent im Land um. Ich erhoffe mir von der

neuen generalistischen Pflegeausbildung eine wichtige Aufwertung des Berufsfeldes Pflege, denn die Pflegeausbildung wird moderner und attraktiver. Durch die geänderte Gesellschaftsstruktur, den demografischen Wandel und die dadurch veränderten Krankheitsbilder sind nach meiner Überzeugung umfassende und miteinander verzahnte Kenntnisse aus allen drei Pflegebereichen wichtig. Ich gehe davon aus, dass eine gemeinsame Pflegeausbildung die Zufriedenheit im Beruf erhöhen und damit zu einem längeren Verbleib im Pflegeberuf führen wird. Davon werden die Menschen mit einem Pflegebedarf und die Pflegefachkräfte gleichermaßen profitieren.

Im Übrigen wurde in Rheinland-Pfalz bereits in einem Modellprojekt die generalisierte Pflegeausbildung erprobt. Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus hier in Speyer hat mit seiner Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule an einem Bundesmodellprojekt zur Erprobung neuer Ausbildungsmodelle in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege teilgenommen. Diese Modellausbildung erfolgte in zwei Kursen mit insgesamt 49 Schülerinnen und Schülern. Als Träger für die praktische Ausbildung standen drei kooperierende Krankenhäuser, Altenhilfeeinrichtungen und ein ambulanter Pflegedienst zur Verfügung. Nach meiner Kenntnis war diese Ausbildung erfolgreich, die Auszubildenden waren mit ihr sehr zufrieden.

Auch die Umschulung von Pflegehilfskräften und Quereinsteigern ist ein Handlungsfeld der Fachkräfteinitiative. Neben der Weiterqualifizierung von Hilfskräften in der Pflege geht es auch um ehemalige Pflegekräfte, die nach einer Unterbrechungszeit wieder in den Beruf einsteigen wollen. Aber auch Menschen, die nach der Elternzeit oder Pflege eines Angehörigen Interesse am Pflegeberuf haben, sind ein wertvolles Potenzial zur Fachkräftesicherung.

Kann der Fachkräftebedarf allein durch Steigerung der Ausbildungszahlen gedeckt werden?

Nein, ganz sicher nicht. Vielmehr müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, damit die Pflegekräfte lange und gesund im Beruf verweilen. Wir haben im Land Rheinland-Pfalz dazu verschiedene Landesprojekte für den Bereich der Altenhilfe auf den Weg gebracht. Durch eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen können die Einrichtungen der Altenhilfe dazu beitragen, ihren Fachkräftebedarf zu decken.

Denn zufriedene und gesunde Pflegekräfte bleiben länger im Beruf und in den Einrichtungen. Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt die Einrichtungen der Altenhilfe dabei, attraktive und gesundheitsförderliche Beschäftigungsbedingungen zu schaffen. Schwerpunkte sind dabei beispielsweise die Gesundheitsförderung und eine gute Führungskultur.

Wie sehen die nächsten Schritte aus?

Der inhaltliche Dialog und die erfolgreiche Arbeit haben gezeigt, dass die Herausforderungen für das Berufsfeld Pflege durch gemeinsames und konzertiertes Handeln aller Akteure zu bewältigen sind. Aber wir dürfen in unserem Engagement nicht nachlassen.

In Rheinland-Pfalz haben wir in diesem Jahr die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative 2.0 gestartet. Verständigt haben sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Handlungsfelder: Zukunftsorientierte Formen von Ausbildung, Studium und Weiterbildung in der Pflege, Weiterentwicklung und Rahmenbedingungen der Pflegeberufe, attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege, Integration ausländischer Pflegekräfte und Öffentlichkeitsarbeit.

Gemeinsam wollen wir weiterhin dem Fachkräftengpass entgegenwirken und unsere Bemühungen zur Verbesserung der Fachkräftesituation verstärken. Im Rahmen regionaler Fachkräftedialoge mit den Beteiligten und den Akteuren vor Ort haben wir in diesem Jahr Handlungsfelder und konkrete Ziele und Maßnahmen diskutiert, die letztendlich in die Vereinbarung zur Fachkräfteinitiative 2.0 auf Landesebene einfließen werden. Der konstruktive Dialog mit der Praxis hat sich bewährt. Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir mit den Akteuren der Initiative die zukünftigen Herausforderungen für die Fachkräftesicherung in der Pflege angehen und in gute Bahnen lenken werden.



Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Ministerin für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz



Eine Altenpflegerin hilft einer Bewohnerin eines Altenheims aus dem Bett. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt.

Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Mit drei Pflegestärkungsergänzungsgesetzen (PSG) wurde der jahrelange Reformstau beendet

Autorin Bettina Müller

Als Meilenstein beurteilen Experten den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, den die SPD-Bundestagsfraktion lange gefordert und endlich in der letzten Legislaturperiode zusammen mit der Union eingeführt hat. Mit den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG) und weiteren Maßnahmen haben wir den jahrelangen Reformstau in der Pflege beendet. Der Nachholbedarf war groß. Demographischer Wandel, Entwicklung der Preise in der Pflege, drohender Fachkräftemangel – all das hat an der Substanz der Pflegeversicherung gezehrt und ging zulasten des Pflegepersonals, der Versorgung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Es war also höchste Zeit zu handeln!

Still, satt und sauber, das soll nicht länger das Motto in der Pflege sein. Mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II haben wir die Unterstützung für die Pflegebedürftigen und ihre Familien spürbar ausgeweitet und flexibler gemacht: Kurzzeit-, Ver-

hinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege können nun besser miteinander kombiniert werden. Altersgerechte Umbauten unterstützen im Alltag und verlängern die Möglichkeit in den eigenen vier Wänden zu leben, Betreuungsangebote wie Spazierengehen, gemeinsames Singen oder Schachspielen sichern die gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Seit Anfang dieses Jahres ist die Minutenpflege Geschichte! Heute werden pflegebedürftige Menschen ganzheitlich betrachtet, ihr Grad der Selbständigkeit bei der Bewältigung des Alltags ist ausschlaggebend für der Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. Und: Erstmals erhalten endlich auch Pflegebedürftigen mit geistigen Einschränkungen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Insgesamt haben wir die Leistungen der Pflegeversicherung um 20 Prozent erhöht.

Als Kommunalpolitikerin habe ich besonderes Augenmerk auf das PSG III gelegt. Mit diesem Gesetz haben wir die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt, indem die Kommunen Pflegestützpunkte initiieren und die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aus einer Hand anbieten können. In 60 Modellkommunen wird dies nun erprobt. Die SPD-Bundestagsfraktion hat sich nachdrücklich dafür eingesetzt, da die Leistungsvielfalt für die betroffenen Menschen oft nicht überschaubar ist. Das betrifft insbesondere komplexe Fälle, z.B. wenn zur Pflegebedürftigkeit noch eine Behinderung kommt, was mit zunehmendem Alter immer häufiger der Fall ist. Über die Strukturen vor Ort sind die Kommunen am besten informiert aufgrund der vielfältigen Bezüge zu originär kommunalen Aufgaben, wie etwa der Altenhilfe, der Senioren- und der allgemeinen Sozialberatung.

System der Pflege weiterentwickeln

Wenn wir unser System der Pflege aber konsequent weiterentwickeln wollen, dürfen wir bei der Beratung in kommunaler Hand nicht stehenbleiben: Dem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung unserer Pflegelandschaft müssen wir auf lange Sicht mit einer starken kommunalen Planungs- und Steuerungskompetenz begegnen, die auch finanziell unterlegt ist.

Zum einen, weil auf dem „Markt der Pflege“ das Angebot zu sehr die Nachfrage bestimmt – ohne Rücksicht auf den Bedarf. Da, wo Pflegeheime stehen, wollen die Betten belegt werden, denn sie sollen sich für denjenigen, der sie dort hingestellt hat, auch rechnen. Zum anderen, weil Städte und Gemeinden sich seit jeher darum kümmern, gute Lebensbedingungen vor Ort zu erreichen. Das gilt auch für eine alternde Gesellschaft, die eine öffentliche Infrastruktur benötigt, um ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen – gerade wenn die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr 2030 auf rund 3,4 Millionen Menschen ansteigen wird. „Pflege“ im eigentlichen Sinn muss von Angeboten der Wohnraumversorgung, aufsuchender Gesundheitsdienste und anderen lokalen Angeboten – auch mit bürgerschaftlichem Engagement – ergänzt werden.

Nach dem Erreichen eines Meilensteins dürfen wir die Hände nicht in den Schoß legen, sondern müssen den nächsten ins Visier nehmen.



Bettina Müller

Mitglied des Gesundheitsausschusses und des Unterausschusses Kommunales des Deutschen Bundestages

V.i.S.d.P.:

Petra Ernstberger, Parlamentarische Geschäftsführerin, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Tel.: (030) 227-744 20, petra.ernstberger@bundestag.de

Pflege und Pflegeplanung im ländlichen Raum

Erfahrungen aus dem Saarland/St. Wendel

Autor Magnus Jung

Ein Unfall, ein Schlaganfall oder Herzinfarkt. Plötzlich und unerwartet ändert sich das Leben eines Menschen. Gestern noch aktiv und unabhängig, heute krank, eingeschränkt und pflegebedürftig. Was jeden Tag passiert, ist für den Einzelnen ein Schicksalsschlag. Das gilt auch für Familienangehörige und Freunde. Hilfe ist notwendig, doch woher und welche? Die gleichen Fragen stellen sich auch diejenigen, bei denen sich der Bedarf nach Hilfe nach einer längeren Erkrankung, bei Demenz oder einfach durch das Nachlassen der Kräfte und Fähigkeiten im Alter einstellt: Wo muss ich mich hinwenden? Auf was habe ich zukünftig zu achten? Wer kann bei Anträgen und bei der Finanzierung von Hilfen helfen? Oder wer kann mir einfach mal einen unkomplizierten, aber fachmännischen Rat erteilen?

Ärzte, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen, das Sozialamt, soziale Dienste: Die Anzahl der Akteure ist groß und nur schwer überschaubar. Nicht selten kommt es in den Einzelfällen zu unterschiedlichen Zuständigkeiten, vor allem wenn es darum geht, wer welche Leistungen erbringen und wer diese bezahlen soll. Kurz gesagt: Der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen brauchen Unterstützung, um die richtigen Hilfen zum passenden Zeitpunkt zu bekommen.

Wie das gehen kann, zeigt seit fast zehn Jahren der Pflegestützpunkt im saarländischen Landkreis St. Wendel. Auf Initiative des langjährigen sozialpolitischen Sprechers der SPD-Landtagsfraktion Armin Lang wurde dort 2008 der erste Pflegestützpunkt Deutschlands gegründet. Das Pilotprojekt hatte Lang, der auch Leiter der Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen war, mit dem damaligen Landrat Franz-Josef Schumann und dem damaligen Sozialminister Josef Hecken auf den Weg gebracht. Zum Start reiste auch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an.

Das Konzept der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt setzt an den Bedarfen der Menschen an, die Hilfe und Rat suchen und orientiert sich dabei streng an den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes, insbesondere an den §§ 7a und 7c. Danach ist in jedem Einzelfall der Hilfebedarf, auch unter Nutzung der MDK-Gutach-

ten, zu erfassen und ein Versorgungsplan zu erarbeiten. Darin muss es immer um die Planung und Sicherstellung bedarfsgerechter präventiver, kurativer, rehabilitativer pflegerischer und sozialer Hilfen gehen.

Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg des Bundesmodellprojektes, das rasch in allen saarländischen Landkreisen Nachahmung fand, ist die Konstruktion, dass die Kranken- und Pflegekassen, der Landkreis und das Land sich als Verantwortungsgemeinschaft sehen und jeweils ein Drittel der Kosten finanzieren. Das Entscheidungsgremium für die Pflegestützpunkte im Saarland ist in jedem Landkreis beziehungsweise im Regionalverband Saarbrücken ein Kooperationsausschuss mit jeweils einer Geschäftsführung, die für den laufenden Betrieb und die fachliche Führung der Pflegeberater verantwortlich ist. In St. Wendel nimmt Landrat Udo Recktenwald selbst den Vorsitz im Kooperationsausschuss wahr. Das Mitarbeiterteam in St. Wendel setzt sich aus zwei Fachkräften der sozialen Arbeit und aus zwei examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen. Alle Berater im Pflegestützpunkt haben eine Weiterbildung zum Pflegeberater sowie zum Case Manager durchlaufen und erfolgreich abgeschlossen. Das Team wird mit einer halben Verwaltungsstelle unterstützt. Die gesamten Betriebskosten belaufen sich auf rund 300.000 Euro im Jahr.

Die Nähe zu den Menschen ist dem Team im Pflegestützpunkt besonders wichtig. Deshalb ist die Arbeit sozialraumbezogen organisiert. Dies fördert die Nutzung wichtiger Ressourcen in den Wohnquartieren und Nachbarschaften der Hilfesuchenden. Die Zuständigkeit zwischen den Mitarbeitern ist so auf die acht Kreisgemeinden aufgeteilt, dass jeder für etwa 25.000 Einwohner verantwortlich ist. Neben dem Case Management, also der Hilfe im Einzelfall, gehört zum Auftrag des Pflegestützpunktes auch das Care Management, also die Organisation und Steuerung von Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Akteure in den Versorgungsregionen. Darüber hinaus geht es, auch präventiv, um die Information der Bevölkerung und um die Qualifizierung von Ehrenamtlichen durch Vortrags- und Schulungsveranstaltungen. Dabei arbeitet der Pflegestützpunkt unter anderem mit verschiedenen sozialen und medizi-

nischen Dienstleistern im Landkreis zusammen. Der Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel ist nicht nur gut gemeint, sondern auch gut gemacht. Die Menschen nehmen die Hilfe an, wie die Zahlen zeigen. Die Zahl der Erstkontakte liegt 2016 bei über 1300 Ratsuchenden. Dabei werden von ungefähr der Hälfte der Betroffenen allgemeine Informationen eingeholt. Von den verbleibenden Ratsuchenden erhalten zwei Drittel eine Beratung zu unterschiedlichen Leistungsbereichen und ein Drittel eine kontinuierliche professionelle Begleitung.

Bei der Frage, wer die Kontakte zum Pflegestützpunkt aufnimmt, lässt sich klar ablesen, dass diese zu mehr als der Hälfte von Angehörigen und zu rund einem Fünftel von den Betroffenen selbst wahrgenommen wurden. Mit großem Abstand folgt erst die Kontaktaufnahme durch Ärzte, Freunde oder Kranken- und Pflegekassen.

Auch der Hilfeanlass wurde erfasst. Hier ragen drei Gruppen deutlich hervor. In über 60 Prozent der Fälle geht es um Sozialleistungen nach dem Krankenversicherungs-, Rentenversicherungs-, Rehabilitations- und Teilhabegesetz behinderter Menschen, Pflegeversicherungs- oder Sozialhilfegesetz. Auf den Plätzen folgen Beratungen rund um das Thema häusliche Pflege in 50 Prozent der Fälle und Demenz in immerhin 27,5 Prozent der Fälle.

Bei komplexem Hilfebedarf müssen die Pflegeberater des Öfteren die Hilferessourcen gleich in vier bis sechs verschiedenen Sozialgesetzen vermitteln und acht bis zwölf unterschiedliche medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Dienste in den Einsatz bringen und koordinieren.

Helga Setz, Geschäftsführerin des Pflegestützpunktes, fasst die Erfahrungen zusammen: „Das Alter und die Hilfebedürftigkeit der Ratsuchenden und häufig auch von deren Angehörigen, die ÖPNV-Erschließung gerade kleinerer Orte sowie die mangelnde Mobilität und Flexibilität der Ratsuchenden aufgrund sonstiger Belastungen und beruflicher Tätigkeit erfordern in rund drei Vierteln der Fälle die Beratung in der eigenen Häuslichkeit, auch in den Abendstunden und an Wochenenden.“

Wer die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes nach ihrer Arbeit fragt, merkt schnell, wie unterschiedlich die Anliegen sind. Am aufwendigsten sei die ständige Begleitung von Menschen mit vielfältigem Hilfebedarf bei Krankheit und Pflege. Dazu gehöre auch ein detailliertes Versorgungsmanagement nach einem Klinikaufenthalt, die Hilfeplanung und -Organisation, die Beantragung von Leistungen, die Ermutigung zur Selbsthilfe und Beratungsgespräche, die zur Reflexion der Situation anregen sollen.

Das Motto „ambulant vor stationär“ wird durch das Informationsangebot der Pflegestützpunkte mit Leben gefüllt. Alle Leistungen des Pflegestützpunktes sind für die Bürger natürlich kostenlos.

Mehrere Evaluationen haben dem Pflegestützpunkt St. Wendel eine gute Arbeit bescheinigt. Der beste Maßstab ist sicherlich die ungebrochene Nachfrage. So haben im Jahr 2016 1.627 Klienten Leistungen in Anspruch genommen. Davon stammen 319 aus dem Vorjahr. 61 Prozent waren weiblich. Der größte Anteil der Klienten waren über 81 Jahre (46 Prozent) gefolgt von den über 66-Jährigen (40 Prozent).

Aus der Praxis ergeben sich auch fachliche Ansätze für weitere Verbesserungen. Insbesondere an der Schnittstelle zwischen den Krankenhäusern, den Leistungsanbietern in der ambulanten und stationären Pflege, der medizinischen Versorgung sowie den Kostenträgern gibt es noch Optimierungsbedarf. Auch für die nachhaltige gesundheitliche Versorgung ist das Entlass-Management der Kliniken ein wichtiger Ansatzpunkt. Im Umkreis von 50 Kilometern zum Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel gibt es mehr als 25 Krankenhäuser. Die Verweildauer in den Kliniken wird immer kürzer, der Übergang in Reha-Einrichtungen oder zu anderen Leistungen gestaltet sich nicht immer optimal. Zeit ist dabei neben ausreichenden personellen Ressourcen ein kritischer Faktor. Dies macht deutlich, dass auch ein Pflegestützpunkt den Menschen am Ende

nur so gut helfen kann, wie die Zusammenarbeit in einem Netzwerk insgesamt umgesetzt werden kann. Dabei ist das den Kliniken gesetzlich vorgegebene professionelle Entlass- und Überleitungsmanagement, das die Gesundheit nach einem Krankenaufenthalt nachhaltig sichern soll, vielerorts noch in den Kinderschuhen.

Finanziell sind die Auswirkungen der Arbeit des Pflegestützpunktes auf die Kostenträger nur schwer abzuschätzen. Beim Landkreis St. Wendel etwa steigen die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege, wie bei den anderen Landkreisen auch, weit über dem Durchschnitt der Kreisausgaben insgesamt an. Die Ursachen sind vielfältig und können vom Pflegestützpunkt nicht beeinflusst werden. Sicherlich führt mehr und bessere Beratung dazu, dass mehr Menschen von ihren gesetzlichen Leistungsansprüchen Gebrauch machen. Die Kranken- und Pflegekassen werden für ihren Bereich eine ähnliche Entwicklung bestätigen können. Andererseits ist unstrittig, dass die bessere Steuerung durch das Case Management Effizienz und Effektivität der Hilfen steigert und eine Fehlallokation von Mitteln reduziert. Die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes können an vielen Beispielen belegen, dass sie durch professionelle Beratung und Begleitung maßgeblich dazu

beitragen, dass gerade für den Landkreis teure Heimunterbringungen hinausgeschoben oder gänzlich vermieden werden. Auch die Krankenkassen sind Nutznießer: Die Pflegeberater helfen auch dabei, Klinikunterbringungen zu vermeiden und zu verkürzen – und dies insbesondere bei schwer- und mehrfachkranken Menschen.

Für die betroffenen Menschen ist dies allerdings nicht die wichtigste Frage. Sie brauchen in einer schwierigen Lebenssituation schnelle und hochqualifizierte Hilfe und Beratung. Der Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel zeigt, wie es geht. Ganz nach dem saarländischen Motto: Großes entsteht immer im Kleinen.



Dr. Magnus Jung

Vorsitzender des Sozialausschusses im Landtag des Saarlandes
Vorsitzender der SPD-Kreistagsfraktion St. Wendel

FOTO: SPD-LANDTAGSFRAKTION SAARBRÜCKEN

Anzeigen



**KOMMUNAL, SOZIAL, DEMOKRATISCH
DER DEMO-NEWSLETTER!**

EINFACH ABONNIEREN

Auf www.demo-online.de/newsletter
Ihre E-Mail-Adresse sowie Vor- und
Nachnamen eingeben und bestellen.

Erscheint 1x im Monat.
Kostenlos und aktuell.

STADT | TORNESCH

Der Bürgermeister



Bei der Stadt Tornesch ist zum 01.07.2018 die Stelle

der hauptamtlichen Bürgermeisterin oder des hauptamtlichen Bürgermeisters

neu zu besetzen.

Die Anstellung erfolgt als Beamtin oder Beamter auf Zeit für die Dauer von 6 Jahren. Die Besoldung richtet sich nach der Kommunalbesoldungsverordnung Schleswig-Holstein (z.Z. A 16). Daneben wird eine Aufwandsentschädigung nach dem Höchstsatz der landesrechtlichen Vorschriften gezahlt.

Die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister leitet die Verwaltung in eigener Zuständigkeit nach den Zielen und Grundsätzen der Ratsversammlung im Rahmen der von ihr zur Verfügung gestellten Haushaltsmittel.

Gesucht wird eine qualifizierte, engagierte, verantwortungsbewusste und zielstrebige Persönlichkeit mit mehrjähriger Erfahrung in Führungs- und Leitungsfunktionen in der öffentlichen Verwaltung oder Privatwirtschaft, die in der Lage ist, die Verwaltung eigenständig nach den Zielen und Grundsätzen der Ratsversammlung als modernes Dienstleistungsunternehmen wirtschaftlich, bürgernah und kooperativ zu führen. Eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den städtischen Gremien sowie den vor Ort tätigen Vereinen und Verbänden wird vorausgesetzt.

Die Wahl findet am **06. Mai 2018** statt. Eine möglicherweise erforderlich werdende Stichwahl ist für den 27. Mai 2018 vorgesehen.

Wahlvorschläge müssen bis zum 12.03.2018, 18.00 Uhr, (Ausschlussfrist) eingereicht werden. Nähere Auskünfte über das Einreichungsverfahren können bei dem Gemeindevorstand, Telefon (04122/9572-126) eingeholt werden. Einzelheiten zu den wahlrechtlichen Vorschriften und zum Wahlvorschlagsverfahren werden in einer amtlichen Bekanntmachung auf der Internetseite www.tornesch.de veröffentlicht.

Wer einer oder mehreren in der Ratsversammlung vertretenen Parteien oder Wählergruppen Einsicht in die Bewerbungsunterlagen geben und damit einen Vorschlag durch diese ermöglichen möchte, sollte die Bewerbung schriftlich bis zum **05.01.2018** (keine Ausschlussfrist) einreichen.

Bei der Ausschreibung handelt es sich um eine gekürzte Fassung. Der vollständige Text ist auf der Homepage der Stadt Tornesch unter www.tornesch.de veröffentlicht.

Tornesch, den 12. September 2017

Stadt Tornesch
Der Bürgermeister
Roland Krügel

Pflege und Pflegeplanung in der Großstadt

Wo stehen wir, was brauchen wir?

Autor Burkhard Hintzsche

Die kommunale Handlungsfähigkeit in Bezug auf Pflege und Pflegeplanung (nicht nur in der Großstadt) wurde mit Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung und dem Beginn der Leistungen für den stationären Bereich zum 1. Juli 1996 grundlegend verändert. Im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), § 11 (3) ist festgelegt: „Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.“ Dies wurde in den Landesgesetzen übersetzt, in NRW zuletzt mit dem Alten- und Pflegesetz NRW (APG NRW), das mit § 4 (3) diese Position noch ausweitet auf pflegerische und sonstige Angebote für ältere Menschen: „Öffentliche Träger sollen neue eigene Einrichtungen und Angebote nur schaffen, soweit sich keine geeigneten freigemeinnützigen oder privaten Träger finden.“

Diesen Entscheidungen folgte eine Welle von Betriebsformänderungen und echten Privatisierungen, die Pflegeeinrichtungen den Zielsetzungen von Fonds und „Investoren“ unterwerfen und somit der kommunalen Steuerung entziehen.

In Düsseldorf ergibt sich daraus die gegenwärtige Verteilung der 70 Pflegeeinrichtungen (1) – 19 in privater Trägerschaft und 51 in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege oder kirchlicher Strukturen. Beim Blick auf die private Trägerstruktur wird deutlich, dass sich diese in zwei Gruppen aufteilen lässt: Ein geringerer Teil wurzelt in lokalen Strukturen, während der sich ausschließlich im vollstationären Bereich konzentrierende größere Teil, in z.T. internationalen Konzernstrukturen angesiedelt ist, die rund 19 Prozent der Gesamtplatzzahl von derzeit 5117 Plätzen in Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot kontrollieren.

Die Frage „Wo stehen wir, was brauchen wir?“ im Kontext der Pflegeplanung in der Kommune ist untrennbar verbunden mit einer verlässlichen Datenbasis

Den Kommunen fehlen in der Regel valide Daten, um den Aufbau ihrer betreuenden und pflegerischen Infrastruktur zu leisten.

Deshalb hat die Landeshauptstadt Düsseldorf vor fünf Jahren eine Analyse zur „Pflegesituation in Düsseldorf“ im Rahmen der „kommunalen Sozialberichterstattung“ erstellt.(2) Die 2013 vorgelegten Ergebnisse belegen, dass bis zum Jahr 2025 die Zahl der Pflegebedürftigen in Düsseldorf auf 18.900 Personen – 4200 Personen oder fast 29

Prozent mehr als 2009 – anwachsen wird. Infolge der starken Zuwanderung, die Düsseldorf erlebt, müssen diese Zahlen tendenziell nach oben korrigiert werden.

Parallel zu dieser Entwicklung nimmt – demografisch bedingt – das familiäre Pflegepotential ab: von 2010 bis zum Jahr 2025 um fünf Prozent.

Das rückläufige familiäre Pflegepotential stellt ein erhebliches Problem in Bezug auf die Erwartungen der potentiell Pflegebedürftigen dar. Die Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger präferieren, so die Befragung „Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in Düsseldorf“, in verschiedenen Varianten die Pflege im eigenen Haushalt.(3) Damit wird deutlich, dass die Autonomie für diese Gruppe oberste Priorität hat.

Die kommunale Sozialberichterstattung der Landeshauptstadt Düsseldorf erläutert zudem, dass der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in Abhängigkeit vom Anstieg der Zahl an pflegebedürftigen Personen zunehmen wird. Bis 2025 wächst ohne Gegensteuerungsmaßnahmen der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen um rund 1200. Tatsächlich wird der zusätzliche Bedarf infolge modernisierungsbedingter Platzzahlverluste noch größer: Er liegt dann bei rund 1450 Plätzen.

Diese Verhältnisse sind jedoch nicht einheitlich für die Region anzunehmen und die Nachbarn der Landeshauptstadt stellen für sich unterschiedliche Bedarfssituationen fest und ziehen unterschiedliche Konsequenzen aus diesen Feststellungen.

Nach § 7 (1) APG NRW haben die Kreise und kreisfreien Städte eine „örtliche Planung“(4) zu erstellen, die den Bestand und den Bedarf an Angeboten der pflegerischen Versorgung abgleicht und darauf gestützt feststellt, ob die vorhandenen Angebote qualitativ und quantitativ ausreichend sind und – damit verbunden – festlegt, welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind.

Kommunen, die zu der Einschätzung kommen, dass ihr Bedarf gedeckt ist, können nach diesem Gesetz eine „verbindliche Bedarfsplanung“ einführen und damit die Errichtung neuer Einrichtungen bzw. die Schaffung neuer Angebote „decken“.

2015 hat die kreisfreie Stadt Krefeld die verbindliche Bedarfsplanung eingeführt. Der Rhein-Kreis Neuss setzt eine solche verbindliche Be-

darfsplanung ebenfalls um. Die kreisfreie Stadt Duisburg und der Kreis Mettmann haben bisher nicht über eine solche Planung beschlossen.

Die Situation ist also von einer Vielfalt der Anforderungen bestimmt. Nötig ist eine stärkere Steuerungsfähigkeit und -verantwortung in Bezug auf die Langzeitpflege ebenso wie auf Hilfen, die wesentlich breiter angelegt sind und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ohne pflegerische Qualitätsverluste ermöglichen sollen.

Eine differenzierte Planung verlangt eine wissenschaftliche Fundierung

Mit den Berechnungen zur „Pflegesituation in Düsseldorf“ und zum Bedarf im Bereich der Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot hat die Landeshauptstadt Grundlagen für die Planung und Weiterentwicklung in einem Segment der Infrastruktur vorgelegt. Allein mit dem stationären Bereich der pflegerischen Versorgung erschöpft sich die Infrastruktur nicht. Notwendig sind Indikatoren als Grundlage der Berechnung für die übrigen Bereiche der örtlichen Pflegeplanung. Die Landeshauptstadt Düsseldorf hat hierzu die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG) am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund mit der „Entwicklung von Bedarfsindikatoren für die pflegerischen Versorgungsbereiche solitäre Kurzzeitpflege, Tagespflege und ambulant betreute Wohngruppen“ beauftragt.

Wir wollen valide Indikatoren entwickeln, die es ermöglichen, für Düsseldorf gezielt die Bedarfe an Plätzen in der solitären Kurzzeitpflege, der Tagespflege und in ambulant betreuten Wohngruppen zu steuern. Damit lägen erstmals für eine Großstadt aktuelle wissenschaftlich fundierte Daten zum Platzbedarf dieser wichtigen Versorgungsstrukturen vor, die den Anbieterstrukturen die entscheidenden Hinweise geben, um Angebote zu kreieren und die Planung mit der Stadt abzusprechen.

Auf der Basis der Ergebnisse ist die weitere Planung zu entwickeln, so dass eine solide Ausgangsbasis mit Daten zum Anteil

- der verschiedenen Altersgruppen, die gepflegt werden,
- von Männern und Frauen,
- der Pflegegrade,
- der häuslichen Unterstützungspotentiale (pflegende Angehörige etc.),
- der verschiedenen Pflegebedarf auslösenden Leitdiagnosen,
- der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz jeweils bezogen auf die verschiedenen Versorgungsformen (5) geschaffen wird.

Analyse, Planung und Beratung als Instrumente der Bedarfsentwicklung und -deckung ...

Die Bedarfe an häuslicher, ambulanter, umfassender Pflege und Versorgung können zukunftsgerichtet zunächst nur entwickelt und abgedeckt werden, wenn die Kommune ihrer Steuerungs-

und Beratungsaufgaben gerecht wird. Vor diesem Hintergrund hat die Landeshauptstadt Düsseldorf Interesse, eine der zwölf „Modellkommunen“ zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach § 123 SGB XI zu werden. Wir streben die trägerunabhängige Beratung an, um dem Ansatz der Prävention Rechnung tragen zu können. Dafür bedarf es der vertieften Bündelung vorhandener Beratungsstellen, -leistungen und -inhalte.

Die Landeshauptstadt Düsseldorf verfügt mit dem Pflegebüro des Amtes für soziale Sicherung und Integration, den Schwerpunktsachbearbeitungen Altenhilfe des Jugendamtes, der Beratungsstelle für alte Menschen, körperlich Behinderte, chronisch Kranke des Gesundheitsamtes, der Wohnberatung des Amtes für Wohnungswesen und den durch die Stadt Düsseldorf geförderten „zentren plus“ der Wohlfahrtsverbände über ein umfassendes Netz wohnortnaher Beratung und kooperiert bereits eng mit den Pflegekassen. Die umfassende, sozialraumbezogene und quartiersorientierte Ausrichtung der Seniorenarbeit in Düsseldorf und die Installierung eines abgestimmten Verfahrens zu Beratung und Fallmanagement sowie die Arbeit des „Pflegefachdienstes“, der die Grundlagen und Möglichkeiten der Versorgung in

der Häuslichkeit der Klientel feststellt, haben wesentlich dazu beigetragen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen in Düsseldorf so lange wie möglich sozial eingebunden in ihrem ihnen vertrauten Sozialraum leben können.

... angesichts wachsenden Pflegebedarfs behinderter Menschen

Daneben wertet die örtliche Planung kontinuierlich Daten zur Entwicklung und den Bedarfen verschiedener Bereiche aus. Seit 2005 wird im Zweijahresrhythmus auf Basis der Ergebnisse von Befragungen in den 27 stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Düsseldorf ermittelt, wie viele Frauen und Männer, getrennt nach Altersgruppen, aufgrund zunehmenden Pflegebedarfs von der Einrichtung der Eingliederungshilfe in die Einrichtungen der Langzeitpflege wechseln. Die Erhebungen zeigen die deutliche Tendenz der Alterung der Bewohnerschaft der Einrichtungen der Eingliederungshilfe. „Der Anteil der unter 50-jährigen sinkt. Der Anteil derer, die älter als 50 Jahre sind, nimmt zu. 10,5 Prozent der Bewohnerschaft der stationären Eingliederungshilfe ist älter als 65 Jahre. Der Anteil dieser Altersgruppe steigt. Damit sind für viele Einrichtungen neue Anforderungen verbunden, da der Rentneranteil, der

ganztätig in der Einrichtung lebt und nicht mehr die Werkstatt aufsucht, zunimmt. 58 Prozent der 65-jährigen und Älteren sind Frauen. Hinsichtlich des Zusammenhangs von Alter und Wechsel in die stationäre Langzeitpflege gibt es mit Blick auf die Entwicklung seit 2006 Schwankungen. Zwar gibt es Jahre, in denen auch jüngere Menschen wechseln, aber als Grundtendenz aller zwölf beobachteten Jahre ist der Wechsel der 55-Jährigen und Älteren eindeutig. Auch wenn die Zahl der tatsächlichen Wechsel erfreulicher Weise seit Jahren überschaubar ist, muss von einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen der Eingliederungshilfe ausgegangen werden.“⁽⁶⁾

Damit verbunden sind Fragen nach den zu schaffenden Strukturen zu beantworten. Es fehlen also Versorgungsstrukturen, die eine Synthese beider Betreuungs- und Pflegewelten herstellen. Handlungsbedarf besteht angesichts dieser Entwicklung aber auch in Bezug auf die Vorgaben der Durchführungsverordnung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG DVO), die in § 1 (1) die Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger zwar in der Eingliederungshilfe, nicht aber als Fachkräfte in der Altenpflege kennt. Als Konsequenz verschiedener Erhebungen, Fachdiskussionen – auch

Anzeige



JETZT kostenlos Probelesen!

DEMO als Zeitung im neuen Format

Probemonat für 3 Ausgaben jetzt kostenlos bestellen:

www.demo-online.de
☎ 030/740 73 16-61

Dieses Abonnement ist kostenfrei und läuft automatisch aus.

DEMO
VORWÄRTS-KOMMUNAL

DAS SOZIALDEMOKRATISCHE MAGAZIN FÜR KOMMUNALPOLITIK

in der kommunalen Konferenz Alter und Pflege – und im Zusammenwirken mit einem Betreiber von Pflegeeinrichtungen wird in Düsseldorf jetzt eine neue Einrichtung geplant und gebaut. Eine Pflegeeinrichtung, aber eine Pflegeeinrichtung für Menschen mit einer (geistigen) Behinderung als spezialisierte Einrichtung in einem Bestandsgebäude der vollstationären Langzeitpflege.

... angesichts zunehmender Zahlen von Migrantinnen und Migranten mit Pflegebedarf

Bezogen auf die verschiedenen Sozialräume der Landeshauptstadt lassen sich Schwerpunkte dort wohnender Gruppen mit Migrationshintergrund identifizieren. Die Qualität der pflegerischen Betreuung ist untrennbar verbunden mit der Sprachkompetenz der Pflegenden. Es ist deshalb wichtig, dass sich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auf der Internetseite oder persönlich beim „Pflegebüro“ der Landeshauptstadt darüber informieren können, über welche Sprachkompetenzen die Beschäftigten der verschiedenen Einrichtungen und Dienste verfügen. Selbstverständlich sind mit der zunehmenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund grundlegende Fragen zu diskutieren, die im Ergebnis in verschiedene Konzepte einfließen müssen.

... angesichts der Bedarfe spezifischer Gruppen

Der konzeptionell fundierte fachliche Schwerpunkt von Einrichtungen kommt unterschiedlichen Bedürfnissen spezifischer Gruppen von Menschen mit Pflegebedarf entgegen. Die Landeshauptstadt stößt deshalb passende Initiativen an und unterstützt konzeptionelle Initiativen der Träger entsprechend. So werden Angebote, z. B. für Menschen mit einer Suchterkrankung ausgebaut und damit auch differenzierter. In zwei Einrichtungen etablieren sich pflegerische Schwerpunkte für Menschen mit einem ausgeprägt somatisch begründeten Pflegebedarf, die nicht in einem unspezifischen Wohnbereich gemeinsam mit dementiell Erkrankten gepflegt werden. Es werden vollstationäre Angebote entwickelt für Menschen mit herausforderndem Verhalten, für Beatmungs- und Wachkomapatientinnen und -patienten und ebenso Angebote – neben dem stationären Hospiz – die eine palliativ hospizliche Pflege leisten.

... in Bezug auf ambulant betreute Wohngruppen

Ein wesentlicher Schlüssel zur Vermeidung von Lücken in der kommunale Pflegeinfrastruktur liegt im Aufbau ambulant betreuter Wohngruppen. Diesen Aufbau, insbesondere in Form der Angebote für Menschen mit einem erhöhten Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf zu forcieren und ihm Impulse zu verleihen, war Ziel eines Fachtags „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ der kommunalen Konferenz Alter und Pflege.

Eines der zentralen Ergebnisse ist der Einstieg

in die Umsetzung einer Planung, die innerhalb eines Neubaus auf einem städtischen Grundstück, inmitten eines lebendigen Sozialraumes, sowohl Wohnen für Auszubildende als auch ambulant betreute Wohngruppen oder auch eine vollstationäre Einrichtung vorsieht. Die Landeshauptstadt gibt damit sowohl eine Antwort auf die Flächenknappheit, als sie aber auch einen wichtigen Beitrag zum Aufbrechen überkommener Strukturen leistet, im Sinne der Öffnung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Verortung da, wo das Leben stattfindet, auch unter einem Dach mit der Jugend.

Perspektiven sozialraumbezogener Versorgung

Die Unterstützung beim Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder, wenn dies nicht möglich ist, im gewohnten sozialen und räumlichen Umfeld des vertrauten Sozialraums ist eine der zentralen Anliegen der Landeshauptstadt zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.

Ein sehr interessantes Projekt nimmt die „Seniorenwohnen plus GmbH“, ein ambulanter Pflegedienst, in Angriff: Der Pflegedienst versorgt einen großen Teil seiner Klientel in einem vier- bis fünfgeschossigen Wohngebäude mit einer Vielzahl seniorengerechter Wohnungen. Für diese Patientinnen und Patienten, aber ebenso für potentielle Nutzerinnen und Nutzer der Wohnbebauung der Nachbarschaft, wird jetzt ein Tagespflegeangebot mit Platz für 16 Gäste entwickelt. Das Angebot kann von den Gästen an sieben Tagen der Woche in der Zeit zwischen 8.00 und 16.30 Uhr genutzt werden und das Gros von ihnen wird dafür nicht einmal das Haus verlassen müssen. Neben dem Ziel, über das Tagespflegeangebot das Arrangement der ambulanten pflegerischen Versorgung zu stützen, wird diese Tagespflege auch – neben Mahlzeiten, therapeutischen Angeboten etc. – insbesondere der sozialen Begegnung und Freizeitgestaltung dienen.

Parallel, in einem anderen Stadtteil, entwickelt gegenwärtig die AWO-VITA gGmbH ein gleichgelagertes Angebot. In beiden Fällen werden jeweils bereits vorhandene Räumlichkeiten umgebaut und der neuen Nutzung zugeführt.

Die AWO-VITA gGmbH konnte im März dieses Jahres ihre zweite ambulant betreute Wohngruppe eröffnen. In Kooperation mit der Wohnungsgenossenschaft Düsseldorf-Ost eG, die sechs Gebäude mit insgesamt 80 Wohnungen rund 300 m vom Zentrum des Stadtteils Gerresheim errichtet hat, wurden zwei der sechs Gebäude als seniorengerechte Häuser errichtet. Hier leben Über-60-Jährige. Ein Teil der Wohnungen ist speziell konzipiert für Paare, von denen einer der Partner pflegebedürftig ist. Rund 600m² werden von einer ambulant betreuten Wohngruppe für zwölf Menschen mit Demenz genutzt. Die Bewohner-schaft der beiden Gebäude, „Zeilen“ genannt, teilen sich und nutzen aktiv eine gemeinsame

Grün- und Gartenfläche zwischen den Häusern für gemeinsame Aktion und Feste. Als versorgendes Rückgrat fungieren der Pflegestützpunkt des ambulanten Pflegedienstes der VITA gGmbH und die sonstigen Angebote, wie z.B. die stundenweise Betreuung von Mietern benachbarter Wohnungen in der Wohngemeinschaft.

Fazit:

Die Fragen „wo stehen wir?“ und „was brauchen wir?“ lassen sich im Themenfeld Pflege und Pflegeplanung nur sehr differenziert beantworten:

1: Jede Kommune wird von ihrem individuellen Bedarf ausgehend, eigene Wege beschreiten müssen.

2: Deshalb ist es wichtig, dass die Gesetzgebung die Kommunen als die Steuerungseinheit in den Mittelpunkt rückt, die die pflegerische Infrastruktur auf die Bedarfe ihrer EinwohnerInnen möglichst passgenau abstimmen kann.

3: Um sich den zielgruppenspezifischen Herausforderungen der Zukunft heute stellen zu können, müssen wir mit der Planung und dem Auf- bzw. Ausbau neuer zeitgemäßer Konzepte beginnen.

4: Es gibt keine Patentrezepte. Die Umsetzung einer sozialräumlich orientierten Pflegeplanung erfordert die enge Abstimmung der Akteure im Sozialraum.

(1) Die Zahl 70 umfasst am 1. August 2017 ausschließlich - Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot an 52 Standorten mit 5.117 Plätzen,

- 13 Tagespflegeangebote mit 194 Plätzen und
- 5 solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 87 Plätzen.

Nicht erfasst sind darin die

- 22 ambulant betreuten Wohngruppen mit ihren 146 Plätzen sowie die

- 127 ambulanten Pflegedienste, die rd. 10.000 Patientinnen und Patienten versorgen.

(2) Hrsg. Landeshauptstadt Düsseldorf: Pflegesituation in Düsseldorf. Kommunale Sozialberichterstattung. Düsseldorf: 2013.

(3) Hrsg. Landeshauptstadt Düsseldorf: Befragung „Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in Düsseldorf“. Beiträge zur Statistik und Stadtforschung. Düsseldorf: 2011.

(4) die „örtliche Planung“ nach dem APF NRW ist umfassender, als die bisherige (kommunale) Pflegeplanung. „Sie umfasst insbesondere komplementäre Hilfen, Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen wie persönliche Assistenz und die Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur.“ (§ 7 (1), Satz 2).

(5) ambulante Pflegedienste, vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege (Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot), solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften bzw. -gruppen

(6) Hrsg. Landeshauptstadt Düsseldorf: Jahresbericht der örtlichen Planung des Amtes für soziale Sicherung und Integration für die Jahre 2015 und 2016, S. 22 ff. Düsseldorf: 2017



Burkhard Hintzsche

Stadtdirektor und Sozialdezernent,
Düsseldorf

DEMO

VORWÄRTS-KOMMUNAL

■ DAS SOZIALDEMOKRATISCHE
MAGAZIN FÜR KOMMUNALPOLITIK

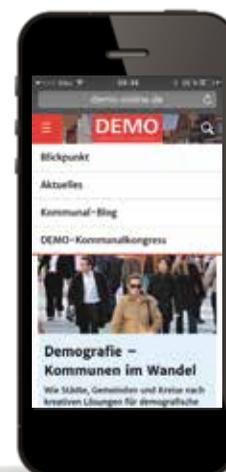
**BESUCHEN
SIE UNS AUF**

www.demo-online.de

**MEHR INFOS,
MEHR HINTERGRÜNDE,
NEUES LAYOUT:**

www.demo-online.de

Mit Blickpunkt, Aktuelles, Kommunal-Blog,
DEMO-Kommunalkongress, Reporte, u. v. m.





ADMIRAL

SPIELHALLE

TÜV Rheinland – zertifizierte Qualität!

Die mehr als 450 staatlich konzessionierten ADMIRAL Spielhallen werden freiwillig nach dem TÜV Rheinland-Standard „Regelmäßig geprüfte Spielstätte“ zertifiziert. Sie obliegen daher einer jährlichen Auditierung durch TÜV Rheinland. Die Audits umfassen die Inhalte: Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen, Spielerschutz, Jugendschutz, Etablierung eines Sozialkonzepts zur Suchtprävention.

ADMIRAL Spielhalle ist Partner der Gesellschaft für Spielerschutz und Prävention (GSP) und setzt durch den Einsatz von Präventionsberatern bundesweit einen aktiven Spielerschutz auf höchstem Niveau um.

ADMIRAL – die sichere Wahl



Hier finden Sie weitere Informationen:



Wir unterstützen



www.loewen-gruppe.de

ADMIRAL