Sächsischer Landtag
6. Wahlperiode

DRUCKSACHE 6/15400

Unterrichtung

durch die Enquete-Kommission

Titel:

Bericht der Enquete-Kommission

Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen

Eingegangen am: 19.12.2018 Ausgegeben am: 19.12.2018

Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen

Bericht der Enquete-Kommission

Sächsischer Landtag

Impressum:

Herausgeber:	Sächsischer Landtag Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden Tel. 0351 493-50 publikation@slt.sachsen.de www.landtag.sachsen.de twitter.com/sax_lt | instagram.com/sachsen_landtag
Redaktion:	Claudia Groch, Evelin Schellenberger, Katharina Ressel
Fotos:	Sächsischer Landtag/ Stephan Floss
Satz und Druck:	SV SAXONIA Verlag für Recht, Wirtschaft und Kultur GmbH Lingnerallee 3 01069 Dresden

Der vorliegende Bericht ist zugleich Landtagsdrucksache 6/15400. Er steht im Internetangebot des Sächsischen Landtags zum Download zur Verfügung.

Bericht der Enquete-Kommission

Sicherstellung der Versorgung
und Weiterentwicklung der Qualität
in der Pflege älterer Menschen
im Freistaat Sachsen

Sächsischer Landtag

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 25

Kernbotschaften ... 27

I. Auftrag, Zusammensetzung, Arbeitsweise ... 31

1 Rechtsgrundlage und Einsetzungsauftrag ... 31

2 Zusammensetzung der Kommission ... 32
2.1 Mitglieder der Enquete-Kommission ... 32
2.2 Ständige Gäste ... 33
2.3 Parlamentarische Beraterinnen und Berater ... 34
2.4 Geschäftsstelle und juristische Beratung ... 34

3 Arbeitsweise der Enquete-Kommission ... 35
3.1 Sitzungen der Enquete-Kommission ... 35
3.2 Thematische Arbeitsgruppen ... 36
3.3 Obleute-Beratung ... 36
3.4 Juristisches Gutachten ... 36
3.5 Dokumentenserver ... 37
3.6 Erstellung des Berichtes ... 37

II. Allgemeines ... 39

1 Grundlagen ... 39
1.1 Was ist Pflege ... 39
1.2 Was ist Pflegebedürftigkeit ... 46
1.3 Veränderungen durch die neuen Pflegestärkungsgesetze ... 47
1.3.1 Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ... 48
1.3.2 Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ... 48
1.3.3 Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) ... 48
1.4 Literaturverzeichnis ... 51

2 Statistische Daten und Hintergründe ... 53
2.1 Pflegebedürftigkeit – Analyse des Pflegebedarfs in Sachsen ... 53
2.1.1 Demografische und sozio-ökonomische Daten als Einflussgröße ... 53
2.1.2 Prognose der Pflegebedürftigkeit ... 55
2.1.3 Makroperspektive der alternden Gesellschaft ... 56
2.2 Pflegestatistiken ... 58
2.2.1 Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht ... 58
2.2.2 Grad der Pflegebedürftigkeit ... 58
2.2.3 Pflege nach Versorgungsformen ... 59
2.2.4 Regionale Unterschiede der Pflegequoten und Art der Versorgung in Sachsen ... 61
2.2.5 Pflegerische Infrastruktur – Leistungsanbieter ... 64
2.3 Literaturverzeichnis ... 66

III. Pflegerische Versorgung in Sachsen gestalten – Handlungsfelder ... 69

III.a Pflegebedürftige, Familie, Ehrenamt ... 69

1 Leben und Wohnen bei Pflege- und Unterstützungsbedarf ... 69
1.1 Wohnformen ... 69
1.1.1 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit ... 69
1.1.2 Betreutes Wohnen ... 70
1.1.3 Alternative Wohnformen ... 71
1.1.4 Leben in stationären Pflegeeinrichtungen ... 72
1.2 Exkurse ... 73
1.2.1 Exkurs: Altersgerechte Wohnraumanpassung ... 73
1.2.2 Exkurs: Technikunterstütztes Wohnen im Alter (AAL) ... 79
1.2.3 Exkurs: Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz ... 81
1.3 Entwicklung und Gestaltung der Wohnsituation ... 82
1.3.1 Wohnungsmarktentwicklung ... 82
1.3.2 Wohnbedürfnisse und -wünsche ... 85
1.4 Handlungsempfehlungen ... 86
1.4.1 Allgemeine Empfehlungen zum Komplex Wohnen ... 87
1.4.2 Empfehlungen für einzelne Wohnformen ... 88
1.4.3 Exkurs: Technikunterstütztes Wohnen im Alter (AAL) ... 91
1.4.4 Exkurs: Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz ... 92
1.5 Literaturverzeichnis ... 95

2 Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger ... 100
2.1 Grundlegende Pflegebedarfe ... 100
2.2 Besondere Pflegebedarfe ... 100
2.2.1 Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen ... 101
2.2.2 Ältere Menschen mit Behinderungen ... 106
2.2.3 Intensivpflegebedürftige ... 111
2.2.4 Kultur- und diversitätssensible Pflege ... 115
2.2.5 Palliativpflege ... 117
2.3 Ausgewählte Probleme in der pflegerischen Versorgung ... 123
2.3.1 Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen ... 123
2.3.2 Gewalt in der Pflege ... 124
2.3.3 Besondere Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse im ländlichen Raum ... 127
2.4 Häusliche Versorgung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf ... 131
2.4.1 Überblick über die Situation der Pflege in der Häuslichkeit ... 131
2.4.2 Präventive Hausbesuche als niedrigschwelliges Angebot ... 133
2.4.3 Ausgewählte Probleme in der ambulanten Pflege ... 135
2.5 Handlungsempfehlungen ... 137
2.5.1 Übergreifende Empfehlungen ... 137
2.5.2 Empfehlungen zur Situation von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen ... 140
2.5.3 Empfehlungen zur Situation älterer Menschen mit Behinderungen ... 140
2.5.4 Empfehlungen zur Situation Intensivpflegebedürftiger ... 141
2.5.5 Empfehlungen zu kultur- und diversitätssensibler Pflege ... 142
2.5.6 Empfehlungen zur Palliativpflege ... 142
2.5.7 Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen ... 144

2.5.8 Empfehlungen zur Thematik Gewalt in der Pflege ... 145
2.5.9 Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten ... 145
2.5.10 Empfehlungen zu besonderen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen im ländlichen Raum ... 146
2.5.11 Empfehlungen zur häuslichen Versorgung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf ... 147
2.6 Literaturverzeichnis ... 149

3 Pflegende Angehörige ... 158
3.1 Definitionen ... 159
3.2 Charakteristika ... 160
3.3 Erwerbssituation ... 164
3.4 Belastungen ... 165
3.5 Entlastung und Hilfe ... 167
3.6 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ... 180
3.7 Soziale Absicherung ... 184
3.8 Handlungsempfehlungen ... 186
3.8.1 Empfehlungen zur Förderung der Pflegebereitschaft ... 186
3.8.2 Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung ... 187
3.8.3 Empfehlungen zur Entlastung und Hilfe ... 187
3.8.4 Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung ... 190
3.8.5 Empfehlungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ... 191
3.8.6 Empfehlungen zur sozialen Absicherung ... 191
3.9 Literaturverzeichnis ... 193

III.b Pflege als Arbeits- und Berufsfeld ... 203

4 Beruflich Pflegende ... 203
4.1 Begriffsbestimmung ... 203
4.2 Personalangebot ... 204
4.3 Personalbedarf ... 207
4.4 Arbeitsbedingungen in der Pflege ... 212
4.4.1 Beschäftigungsverhältnis ... 212
4.4.2 Betreuungssituation ... 216
4.4.3 Anforderungen an Personaleinsatz und Fachkraftquote ... 217
4.4.4 Entlohnungsbedingungen ... 223
4.4.5 Arbeitsanforderungen und Belastungen ... 228
4.4.6 Gesundheitliche Folgen und Berufsverbleib ... 233
4.4.7 Betriebliche Ressourcen zur Entlastung ... 235
4.5 Berufsrechtliche Regulierung, Selbstverwaltung und Interessenvertretung ... 236
4.5.1 Berufsrechte und -pflichten (Berufsordnung) ... 237
4.5.2 Zusammenarbeit und Kooperation ... 237
4.5.3 Berufliche Selbstverwaltung ... 240
4.6 Handlungsempfehlungen ... 245
4.6.1 Empfehlungen zum Erwerbsumfang ... 246
4.6.2 Empfehlungen zur Personalausstattung ... 246
4.6.3 Empfehlungen zur Fachkraftquote ... 247
4.6.4 Empfehlungen zur Entlohnung ... 248
4.6.5 Empfehlungen zu Arbeit und Gesundheit ... 249
4.6.6 Empfehlungen zum Bürokratieabbau ... 250
4.6.7 Empfehlungen zur Wertschätzung ... 251

4.6.8 Empfehlungen zur Regelung der Berufsausübung und Kooperation ... 251
4.6.9 Empfehlungen zur beruflichen Selbstverwaltung ... 252
4.7 Literaturverzeichnis ... 253

5 Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ... 262
5.1 Ausbildung ... 262
5.1.1 Hintergrund ... 262
5.1.2 Statistik ... 266
5.1.3 Das Pflegeberufegesetz – Weiterentwicklung der Pflegeberufe ... 269
5.1.4 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege ... 271
5.1.5 Initiative „Pro Pflege Sachsen“ ... 272
5.1.6 Attraktivität der Ausbildung ... 273
5.2 Akademisierung ... 275
5.2.1 Hochschulische Ausbildung ... 275
5.2.2 Statistik ... 277
5.2.3 Chancen und Risiken der hochschulischen Pflegebildung ... 280
5.2.4 Spezialisierung durch Akademisierung ... 281
5.2.5 Auswirkungen speziell auf die Altenpflege ... 283
5.3 Herausforderung der Umsetzung der Praxisanteile in Ausbildung und Studium ... 284
5.4 Nachwuchsgewinnung ... 286
5.5 Fort- und Weiterbildung ... 291
5.5.1 Hintergrund ... 291
5.5.2 Qualität in der Angebotslandschaft und Nachfrage ... 292
5.5.3 Besondere Herausforderungen für Berufseinsteiger ... 292
5.5.4 Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege ... 293
5.5.5 Finanzierungsmöglichkeiten von Weiterbildungsmaßnahmen ... 294
5.6 Handlungsempfehlungen ... 295
5.6.1 Empfehlungen zum Pflegeberufegesetz ... 295
5.6.2 Empfehlungen zur Attraktivität der Ausbildung und des Pflegeberufs ... 297
5.6.3 Empfehlungen zur Akademisierung ... 298
5.6.4 Empfehlungen zur Umsetzung der Praxisanteile in Ausbildung und Studium ... 300
5.6.5 Empfehlungen zur Nachwuchsgewinnung ... 301
5.6.6 Empfehlungen zu Fort- und Weiterbildung ... 303
5.6.7 Empfehlungen zu Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewegen ... 304
5.7 Literaturverzeichnis ... 305

III.c Wichtige Eckpunkte der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur ... 313

6 Zuständigkeiten, Kompetenzen und Schnittstellen in der pflegerischen Versorgung ... 313
6.1 Die Rolle des Bundes, des Landes und der Kommunen ... 313
6.2 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit ... 315
6.3 Exkurs: Finanzierung ... 318
6.3.1 Einleitung ... 318
6.3.2 Aktuelle Entwicklungen ... 318
6.3.3 Herausforderungen ... 319
6.4 Handlungsempfehlungen ... 320
6.4.1 Empfehlungen zum Exkurs Finanzierung ... 322

6.5 Literaturverzeichnis ... 323

7 Lebensraum Quartier ... 326
7.1 Quartiersbegriff ... 326
7.2 Strukturmerkmale eines Quartiers ... 326
7.3 Akteure und Konzepte zur Quartiersentwicklung ... 330
7.4 Verantwortlichkeit der Kommunen ... 332
7.5 Fördermöglichkeiten ... 334
7.6 Praxisbeispiele Sachsen ... 337
7.7 Handlungsempfehlungen ... 339
7.7.1 Empfehlungen zur Entwicklung von Quartierskonzepten ... 340
7.7.2 Empfehlungen zur Stärkung der Kommunalpolitik ... 341
7.7.3 Empfehlungen zur Aktivierung der Bürgerschaft ... 343
7.7.4 Empfehlungen zu Förderstrategien von Quartiersansätzen ... 343
7.8 Literaturverzeichnis ... 345

8 Beratungsstrukturen ... 349
8.1 Grundsätzliches ... 349
8.2 Beratungsstrukturen der Pflegekassen ... 350
8.3 Kommunale Beratungsstrukturen ... 353
8.3.1 Pflegekoordinatoren (vernetzte Pflegeberatung) ... 353
8.3.2 Modellkommunen zur Pflegeberatung ... 355
8.3.3 Exkurs: Kommunales Initiativrecht für Pflegestützpunkte ... 356
8.4 Handlungsempfehlungen ... 356
8.4.1 Übergreifende Empfehlungen zur Beratung ... 357
8.4.2 Empfehlungen zu Beratungsstrukturen der Pflegekassen ... 357
8.4.3 Empfehlungen zu kommunalen Angeboten ... 358
8.5 Literaturverzeichnis ... 359

Minderheitenvoten ... 363
Minderheitenvotum der Fraktion DIE LINKE ... 363
Minderheitenvotum der AfD-Fraktion ... 377
Minderheitenvotum Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ... 385

Anhang ... 387

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Vergleich Dezember 2005 und 2015 nach Leistungsart 59

Abbildung 2: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Dezember 2015 nach Leistungsart und Pflegestufe im Freistaat Sachsen 60

Abbildung 3: Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland nach Schwere der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Versorgungsform im Durchschnitt der Monate (2015) 61

Abbildung 4: Überblick: Formen der Gewalt gegen Pflegebedürftige 125

Abbildung 5: Informelle integrale Unterstützungskoeffizienten 159

Abbildung 6: Zusammenfassung Hauptmerkmale pflegender Angehöriger 164

Abbildung 7: Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger 166

Abbildung 8: Arten von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten 168

Abbildung 9: Physische und psychische Belastungen von beruflich Pflegenden 229

Abbildung 10: Aufgaben einer Pflegekammer 242

Abbildung 11: Die Kompetenzniveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) 263

Abbildung 12: Verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten in der Pflege 265

Abbildung 13: Zahl der Auszubildenden im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Beschäftigten in stationären Pflegeinrichtungen bzw. ambulanten Pflegediensten 2007 bis 2015 267

Abbildung 14: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 319

Abbildung 15: Strukturmerkmale eines Quartiers 327

Abbildung 16: Hauptakteure von Quartiersprojekten 331

Abbildung 17: Konzept einer Seniorengenossenschaft 339

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsformen der kreisfreien Städte und Landkreise Sachsens 62

Tabelle 2: Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsformen der kreisfreien Städte und Landkreise Sachsens 63

Tabelle 3: Haushalte in Deutschland und Sachsen 2014 (Jahresdurchschnitt) nach Haushaltsgröße und Gemeindegrößenklassen 70

Tabelle 4: Geschätzte Zahl von Menschen mit Demenz im Freistaat Sachsen zum 31.12.2014 101

Tabelle 5: Anzahl Nachbarschaftshelferinnen und –helfer im Freistaat Sachsen 175

Tabelle 6: Ausgereichte Fördermittelanteile aus der Pflegeversicherung sowie des Freistaates Sachsen 179

Tabelle 7: Gründe der Nichtinanspruchnahme der beruflichen Freistellung 184

Tabelle 8: Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen 205

Tabelle 9: Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach Berufsabschluss, Sachsen, Ende 2015 207

Tabelle 10: Voraussichtlicher Bedarf an Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Sachsens am Jahresende 2020, 2025, 2030 209

Tabelle 11: Zusätzlicher Personalbedarf in den sächsischen Pflegeeinrichtungen 2016 bis 2030 – Zusammenfassung 211

Tabelle 12: Teilzeitbeschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach überwiegendem Tätigkeitsbereich, Sachsen, Ende 2015, eig. Darstellung. 214

Tabelle 13: Gründe Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen 215

Tabelle 14: Pflegebedürftige je Beschäftigten 217

Tabelle 15: Personalrichtwerte in stationären Einrichtungen 218

Tabelle 16: Durchschnittliche Relation von Patientenanzahl zu Pflegekräften im Krankenhaus, in drei Schichten 220

Tabelle 17: Abweichungen von der Fachkraftquote in stationären Einrichtungen 222

Tabelle 18: Verdienste in den Pflegeberufen im Freistaat Sachsen 225

Tabelle 19: Arbeitnehmer-Brutto von Fach- und Nichtfachkräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen 227

Tabelle 20: Pflegemindestlohn 227

Tabelle 21: Gesundheitliche Beeinträchtigungen in Pflegeberufen 234

Tabelle 22: Pro- und Contra-Argumente zur Errichtung einer Pflegekammer 245

Tabelle 23: Anzahl Berufsfachschulen in Sachsen mit Bildungsgang Altenpflege nach Trägerschaft 267

Tabelle 24: Schüler/-innen an sächsischen Berufsfachschulen in Pflegeberufen nach Geschlecht 268

Tabelle 25: Jahres-Brutto-Ausbildungsvergütungen in der stationären und ambulanten Altenpflege für das Ausbildungsjahr 2017/2018. 275

Tabelle 26: Studienangebot der Hochschulen, Universitäten und Berufsakademien im Fachbereich Pflege und fachverwandten Angeboten im Freistaat Sachsen 278

Tabelle 27: Geplante Entwicklung der Pflegestudiengänge der drei beteiligten sächsischen Hochschulen in Dresden, Zittau/Görlitz und Zwickau 279

Tabelle 28: Schüler/-innen und Neuanfänger/-innen an berufsbildenden Schulen im Freistaat Sachsen in den Schuljahren 2012/13 bis 2016/17 nach ausgewählten Bildungsgängen 289

Tabelle 29: Synopse der Wohn- und Versorgungsformen 403

Tabelle 30: Personalbedarf der sächsischen Krankenhäuser 2020, 2025 und 2030 407

Tabelle 31: Teilzeitbeschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach Berufsabschluss, Sachsen 409

Tabelle 32: Übersicht zu bundes- und landesweiten Beratungsangeboten, nach Zielgruppen 411

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
AFBG	Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz
AG	Arbeitsgruppe
AIP	Außerklinische Intensivpflege
ALG I und II	Arbeitslosengeld I und II
AltPflAPrV	Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers
AltPlfG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege – Altenpflegegesetz
ANP	Advanced Nursing Practice
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AWIG e. V.	Verein Alt werden in Gemeinschaft
AZAV	Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BAVO	Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungsangeboten
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BD	Bundesdurchschnitt
BetrAngVO	Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten
BFS	Berufsfachschule
BFSO	Schulordnung Berufsfachschule
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BK	Berufskrankheiten
BKV	Berufskrankheitenverordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau- und Reaktorsicherheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
Bpa	Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BULE	Bundesprogramm für Ländliche Entwicklung
BVA	Bundesversicherungsamt
CHN	Community Health Nursing
CM	Case Management
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DCM	Beobachtungsinstrument Dementia Care Mapping
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EFRE	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
EIN-STEP	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
ELER	Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums
EnEV	Energieeinsparverordnung
EPLR	Entwicklungsprogramm für den Ländlichen Raum
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
EU	Europäische Union
EUROFAMCARE	Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige älterer Menschen. Eine europäische Vergleichsstudie
FaWo	Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

FÖMISAX	Fördermitteldatenbank des Landes Sachsen
FOR	Fachoberschulreife
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GerN	Geriatrisches Netzwerk Radeburg
GfbVO	Verordnung Gesundheitsfachberufe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
HeimG	Bundesheimgesetz
HmbWBG	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz
HR	Hochschulreife
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICN	International Council of Nurses
IGES-Institut	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IIT	Institut für Innovation und Technik
IIUK	Informeller Integraler Unterstützungskoeffizient
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
INSEK	Integrierte Stadtentwicklungskonzepte
IQD	Institut für Qualitätskennzeichnung von Sozialen Dienstleistungen
IWAK	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur
IWG	Intensiv-Wohngemeinschaften
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KldB	Klassifizierung der Berufe
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz
KSV	Kommunaler Sozialverband Sachsen
LaSuB	Sächsisches Landesamt für Schule und Bildung
LEADER	Liaison entre actions de développement de l’économie rurale
LEILA75+	Leipziger „Longitudinal Study of the Aged“
LPersVO	Landespersonalverordnung

LRV Sachsen	Landesrahmenvereinbarung gemäß § 20f SGB V zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention („Präventionsgesetz“ – PrävG) im Freistaat Sachsen
LSBTTIQ	lesbische, schwule, bisexuelle, transgender, transsexuelle, intersexuelle und queere Menschen
MANAKO III	Maßnahmenkonzept III, Zukunftsprogramm des KSV Sachsen
MBO	Musterberufsordnung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinische Dienste des Spitzenverbundes Bund der Krankenkassen
MGH	Mehrgenerationenhaus
MITZ	Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum
MR	Mittlere Reife
MUG	Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NEXT	Nurses Early Exit Study
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PBI	Personalbemessungsinstrument
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflBO	Berufsordnung Pflegefachkräfte
PflBRefG	Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz)
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PHB	Präventive Hausbesuche
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PPR	Pflegepersonalregelung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
RBV	Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung
RKI	Robert-Koch-Institut
SAB	Sächsische Aufbaubank
SächsBeWoG	Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz
SächsBeWoGDVO	Verordnung des SMS zur Durchführung des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes
SächsBO	Sächsische Bauordnung

SächsFrTrSchulG	Sächsisches Gesetz über Schulen in freier Trägerschaft
SächsGfbWBG	Sächsisches Weiterbildungsgesetz Gesundheitsfachberufe
SächsGfBWBVO	Sächsische Weiterbildungsverordnung für Gesundheitsfachberufe
SächsHG	Sächsisches Hochschulgesetz
SächsHSFG	Sächsisches Hochschulfreiheitsgesetz
SächsSchulG	Sächsisches Schulgesetz
SBA	Sächsische Bildungsagentur
SGB	Sozialgesetzgebung
SIB	Staatsbetrieb Sächsisches Immobilien- und Baumanagement
SLKT	Sächsischer Landkreistag
SMF	Sächsisches Staatsministerium der Finanzen
SMI	Sächsisches Staatsministerium des Innern
SMK	Sächsisches Staatsministerium für Kultus
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
SMWA	Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
SMWK	Sächsisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPR	Sächsischer Pflegerat
TA	Technische Assistenzsysteme
TK	Techniker Krankenkasse
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VDE	Verband der Deutschen Elektrotechnik, Elektronik und Informationstechnik
VdK	Sozialverband VdK Deutschland e. V.
vdw Sachsen	Verband der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft e. V.
Verdi	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VSE	Verdienststrukturerhebung
VSWG e. V.	Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Glossar

altersgerecht
Altersgerecht ist laut Duden als „einem bestimmten Alter gemäß bzw. seinen Anforderungen entsprechend“ definiert. Damit kann folglich jede Altersgruppe beschrieben werden. Da sich die Enquete-Kommission vorwiegend mit der Pflege älterer Menschen auseinandersetzt, kann der Begriff altersgerecht in diesem Zusammenhang als „den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechend“ verstanden werden.

Arzneimittelinitiative – „ARMIN“
Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen „ARMIN“ ist unter Beteiligung des Sächsischen und des Thüringer Apothekerverbandes, der Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachsen und Thüringen und der AOK PLUS am 1. April 2014 gestartet. Kern des Projektes ist das Medikationsmanagement. Es soll eine sichere und korrekte Einnahme der Medikamente fördern und die Therapietreue von chronisch kranken Patientinnen und Patienten im Rahmen des gemeinsamen Medikationsmanagements von Arzt und Apothekerin verbessern.

barrierefrei/barrierearm
Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind, so § 4 S. 1 Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Vorliegend wird der Begriff der Barrierefreiheit auf den Bereich Bauen bezogen. Die DIN 18040 bestimmt dabei die Grundlagen für die barrierefreie Planung, Ausführung und Ausstattung für öffentlich zugängliche Gebäude sowie von Wohnungen, Gebäuden mit Wohnungen und deren Außenanlagen. Die vollständige Barrierefreiheit nach DIN 18040 wird vorrangig für den Neubau angewendet. Im Haus- und Wohnungsbestand ist sie aus konstruktiver/baulicher und wirtschaftlicher Sicht nur schwer erreichbar.
Die Begriffe „barrierearm“ – analog dazu auch die Begriffe „barrierereduziert“, „altengerecht“ oder „seniorengerecht“, beinhalten hingegen keine Mindestvorgaben und garantieren keine bestimmte Ausstattungsqualität. Beteiligte Akteurinnen und Akteure können demnach eigene Standards festlegen, sollten den Verbraucherinnen und Verbrauchern jedoch transparent aufzeigen, welche Kriterien berücksichtigt werden.
Auch für den Begriff „behindertengerecht“ gibt es keine eindeutige Definition. Die Wohnungen müssen an die individuellen Bedürfnisse einer bestimmten einzelnen Person angepasst werden. Aufgrund der Vielfalt an sensorischen und motorischen „Behinderungen“ ist eine Festlegung allgemein gültiger Ausstattungskriterien nicht zielführend.

Beruflicher Wiedereinstieg
ist der verallgemeinernde Begriff für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nach einer beruflichen Auszeit. Der Anlass für die Auszeit kann dabei etwa eine Tätigkeit in einem anderen Beruf, eine Krankheit, eine Erziehungsphase, Elternzeit, Pflegezeit, eine Phase von Arbeitslosigkeit oder ein Sabbatjahr sein.

Berufskrankheiten
„Berufskrankheiten sind Krankheiten, die in der sogenannten Berufskrankheiten-Liste (BK-Liste) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) aufgeführt sind. Die BK-Liste enthält ausschließlich Krankheiten, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind und denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“ (BGW, 2015, S. 101).

Berufsrückkehrer
sind Personen, die im Zusammenhang mit dem beruflichen Wiedereinstieg unter eine besonders förderungswürdige Personengruppe fallen. Sie haben ihre Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit oder betriebliche Berufsausbildung wegen der Betreuung und Erziehung aufsichtsbedürftiger Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger unterbrochen und wollen in angemessener Zeit danach in die Erwerbstätigkeit zurückkehren.

Beschäftigte in der Pflege (gemäß Pflegestatistik)
„Als Beschäftigte wird nur das nach dem SGB XI eingesetzte Personal ausgewiesen. Pflegekräfte, die ausschließlich Krankenhilfe leisten bzw. Personen betreuen, die keine Leistungen nach SGB XI erhalten, werden nicht berücksichtigt. Beschäftigte, die zum Erhebungszeitpunkt in beiden Einrichtungsteilen einer mehrgliedrigen Einrichtung beschäftigt sind, werden doppelt gezählt“ (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 35).

Brutto-Medianentgelt
Das Brutto-Medianentgelt beschreibt den Wert einer Einkommensverteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Es beinhaltet alle Sonderzahlungen, Schichtzuschläge und sonstige Zulagen. Für die Entgeltanalyse dienten in der Studie die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhobenen Bruttoarbeitsentgelte von Vollzeitbeschäftigten, aus denen der Entgeltmedian ermittelt wurde (Bogai et al., 2015, S. 4).

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
Zum 1. Januar 2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die über 20 Jahre seit der Einführung der Pflegeversicherung praktizierte Bemessung der Pflegebedürftigkeit anhand körperlich bedingter dauerhafter Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens wurde novelliert. Nun erfolgt die Bewertung des Unterstützungsbedarfs nicht mehr anhand der einzelnen Verrichtungen, sondern an der eigenen Selbstständigkeit und deren Einschränkungen der Alltagskompetenz. Demnach werden auch kognitive Einschränkungen berücksichtigt. Die bis dahin geltenden drei Pflegestufen wurden durch die Einteilung in fünf Pflegegrade abgelöst. Eine Begutachtung und Einschätzung möglicher vorhandener Pflegebedürftigkeit erfolgt mithilfe des dafür entwickelten Begutachtungsinstruments.

Diagnosebezogene Fallgruppen, DRG
Dies bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Krankenhausfälle (Patientinnen und Patienten) anhand von medizinischen Daten, wie z. B. Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungsverfahren und demographischen Variablen, Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit zugeordnet werden. In Deutschland wurde das G-DRG-System im Jahr 2003 eingeführt und wird seitdem zur Abrechnung von Preisen für die einzelnen Behandlungstypen der einzelnen Behandlungsfälle verwendet.

Direktes Berufsrecht
„Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen, und die Beendigung des Berufes“ (Igl, 2016, S. 233).

Diversitätssensible Pflege
Der Begriff wird häufig im Zusammenhang mit kultursensibler Pflege verwandt und meint die Berücksichtigung der unterschiedlichen Diversitätsmerkmale von Menschen im Pflegeprozess. Migrationshintergrund oder Herkunft ist nur eines davon. Die bestehenden Unterschiede wirken sich deutlich auf die Bedürfnisse und Lebensformen der Menschen aus. Diese Heterogenität der Bedürfnisse soll verstärkt in die pflegerische Praxis einbezogen werden. Ansätze einer Sensibilisierung für Diversität dienen auf individueller, institutioneller sowie struktureller Ebene dazu, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und einer vielfältigen Gesellschaft auch im Kontext pflegerischer Versorgung durch personenzentrierte Ansätze gerecht zu werden.

Fortbildung
dient dazu, die durch Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erhalten und zu erweitern. Sie sollen den Erhalt der Qualifikation durch Anpassung an berufliche Neuerungen sichern. Beispiele sind Umgang mit Demenzerkrankungen, Umsetzung der Expertenstandards, Führungskompetenz.
Durch Fortbildungen werden keine neuen Abschlüsse erworben, es wird lediglich die Teilnahme bestätigt. In der Regel werden die Kosten für die Fortbildung vom Arbeitgeber getragen, der ein großes Interesse an dem Erwerb der Zusatzqualifikationen hat.

Heimsog-Szenario
Ausgehend von konstanten Pflegeprävalenzen (Status-Quo-Szenario) geht das Heimsog-Szenario von einer Verschiebung der informellen Pflege durch Angehörige hin zu professionellen Pflegearrangements (ambulant, stationär) aus (Pohl, Sujata & Weyh, 2012, S. 20).

Hilfsmittel
Hilfsmittel dienen der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung oder zur Vorbeugung einer Behinderung. Voraussetzung ist grundsätzlich ein ärztlich ausgestelltes Rezept. Ansprechpartner für die Kostenübernahme ist die Kranken- oder Pflegekasse. Hilfsmittel sind beispielsweise Lagerungshilfen, Toilettenhilfen, Gehhilfen oder Inkontinenzhilfen.

Indirektes Berufsrecht
„Mit dem indirekten Berufsrecht ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht) und dort besonders in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf“ (Igl, 2016, S. 233-234).

Investitionskosten
Stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste stellen gemäß § 82 SGB XI (Finanzierung der Pflegeeinrichtungen) sogenannte Investitionskosten in Rechnung. Darunter sind bestimmte Betriebsausgaben zu verstehen, wie beispielsweise Instandhaltungskosten, Leasingraten für Firmenautos oder Kosten für Gebäudemieten. Soweit Pflegeeinrichtungen diesen Teil der Aufwendungen nicht bzw. nicht vollständig durch öffentliche Fördermittel (gemäß § 9 SGB XI) abdecken können, dürfen sie den Pflegebedürftigen solche „betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen“ gesondert in Rechnung stellen. Diese gesonderte Berechnung setzt die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde voraus. Näheres dazu (u. a. Höhe, Laufzeit, Pauschalen, Verteilung der Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen) wird durch Landesrecht geregelt. Die Pflegekassen beteiligen sich nicht an den Investitionskosten.

Kombinationsleistungen
Ein Pflegebedürftiger (gemäß SGB XI) erhält sogenannte Kombinationsleistungen, wenn er neben dem Bezug von Pflegegeld gleichzeitig auch ambulante Sachleistungen von einem Pflegedienst in Anspruch nimmt.

Ländlicher Raum
Der vorliegende Bericht bezieht sich in der Verwendung des Begriffes des „ländlichen Raumes“ auf die im Landesentwicklungsplan 2013 verwendete Definition. Demzufolge umfasst „der ländliche Raum […] die Teile Sachsens, die im Vergleich zu den Verdichtungsräumen [eine] dünnere Besiedlung und geringere bauliche Verdichtung aufweisen. Er wird durch spezifische Besonderheiten seiner Teilräume, ein differenziertes Netz von städtisch und dörflich geprägten Siedlungen mit funktionalen Verflechtungen, durch unterschiedliche ökonomische und soziokulturelle sowie ökologische Standortfaktoren und Potenziale gekennzeichnet. Der ländliche Raum umfasst sowohl besonders dünn besiedelte Teilräume, Teilräume mit einer hohen Dichte von Kleinstsiedlungen, Teilräume mit vergleichsweise peripherer Lage zu den Oberzentren der Metropolregion, als auch Teilräume mit einem höheren Anteil städtisch geprägter Siedlungen“ (SMI, 2013, S. 26).

Pflegehilfsmittel
Pflegehilfsmittel dienen der Erleichterung von Beschwerden der Pflegebedürftigen oder sollen zur selbstständigeren Lebensführung dieser beitragen. Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse getragen. Ein Rezept ist nicht erforderlich. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse ist das Vorhandensein eines Pflegegrades und dass die Pflege zu Hause, z. B. durch Angehörige, erfolgt. Pflegehilfsmittel sind beispielsweise Einmalhandschuhe, Schutzschürzen oder Desinfektionsmittel.

Pflegende Angehörige/ Pflegeperson nach § 19 SGB XI
Der in Studien und weiteren Analysen verwandte Begriff der „pflegenden Angehörigen“ (auch informelle Pflege genannt) schließt alle Personen ein, die innerhalb oder außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen Unterstützungs- und Pflegeleistungen übernehmen. Diese breite Begriffsanwendung umfasst demnach neben den Familienmitgliedern auch Freundinnen und Freunde und weitere Hilfspersonen. Kriterium eines pflegenden Angehörigen ist, dass die Unterstützung informell erbracht wird, also nicht gegen Bezahlung bzw. erwerbsmäßig ausgeübt wird (Graffmann-Weschke, 2017; Nowossadeck et al., 2016, S. 4; Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte & Unger, 2015, S. 191). Gemäß der sozialrechtlichen Definition (§ 19 SGB XI) sind Pflegepersonen solche Personen, die eine oder auch mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad zwei oder höher (im Sinne des § 14 SGB XI) nicht erwerbsmäßig in der eigenen

Häuslichkeit pflegen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 106). Im Gegensatz zu der Anzahl der Pflegebedürftigen (§ 14 SGB XI) wird die Zahl der pflegenden Angehörigen nicht in einer amtlichen Statistik erfasst, sondern kann lediglich auf Basis von Stichprobendaten geschätzt werden (Nowossadeck et al., 2016, S. 4).

Praxisanleitung
ist im Berufsfeld Pflege die Ergänzung der fachtheoretischen Ausbildung in Schulen für Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler in ihrem jeweiligen Praxisfeld. Sie ist wesentlicher Bestandteil der praktischen Ausbildung. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sind in einer Pflegeausbildung für die Betreuung und praktische Anleitung der Auszubildenden zuständig. Diese ist laut § 6 Abs. 3 PflBG von den Praxiseinrichtungen im Umfang von mindestens 10 % der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit zu gewährleisten.

Praxisbegleitung
Die Pflegeschule bzw. Hochschule unterstützt die praktische Ausbildung durch die von ihr in angemessenem Umfang zu gewährleistende Praxisbegleitung. Ein Zusammenwirken der Pflegeschule, der Träger der praktischen Ausbildung und der weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen basiert auf der Grundlage entsprechender Kooperationsverträge. Das Verhältnis von einer hauptberuflichen Lehrkraft (Vollzeitstelle) auf 20 Ausbildungsplätze soll vor diesem Hintergrund mindestens gewährleistet sein. Eine geringere Anzahl von hauptberuflichen Lehrkräften ist nur vorübergehend zulässig (§ 9 Abs. 2 PflBG).

Prävention – Gesetzliche Grundlagen
Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) trat stufenweise ab Juli 2015 bzw. Januar 2016 in Kraft. Es verpflichtet die Kranken- und Pflegekassen bzgl. der Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zur Zusammenarbeit. Damit einher geht neben der

Umsetzung von Maßnahmen in den Settings[1] Kitas, Schulen, Betrieben und Kommunen auch ein erweiterter Präventionsauftrag zur Gesundheitsförderung für den Zielbereich „Gesund im Alter“. Ein weiterhin verfolgter Grundsatz ist Prävention vor Rehabilitation vor Pflege.
Laut § 5 SGB XI sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen. In diesen Versorgungsbereich sind jährlich 0,30 Euro je Versicherten (2016: ca. 21 Millionen Euro) zu investieren. Die Ausgaben in den Folgejahren werden entsprechend angepasst. Ziel der Pflegekassen ist es, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern.
Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des SGB V.
Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 5 Abs. 6 SGB XI).

1 Bedeutung „Setting”: Lebenswelt

Soziale Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung, umgangssprachlich „Teilkasko-Versicherung“
Die soziale Pflegeversicherung, als eine der Pflichtversicherungen, sichert einen Teil des Pflegerisikos aller abhängig Beschäftigten, Arbeitslosen, Rentner und ihrer Familien ab. Das bedeutet, die Pflegekasse übernimmt die Leistungskosten bis zu einem pauschalen Höchstbetrag entsprechend des Pflegegrades. Alle darüber hinaus tatsächlich anfallenden Kosten zahlen die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen oder, soweit diese nicht können, der Träger des SGB XII. Darunter fallen z. B. Pflegekosten, die über die Pauschale hinausgehen, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.
Umgangssprachlich wird im Zusammenhang mit der sozialen Pflegeversicherung häufig der Begriff „Teilkasko-Versicherung“ verwendet, um das System der anteiligen Kostenübernahme vereinfacht darzustellen. Im korrekten Wortsinn beschreibt „Teilkasko“ jedoch einen als Anteil gedeckelten Festbetrag an Selbstbeteiligung, welchen die Versicherten bei Leistungsinanspruchnahme zuzahlen müssen, wie bspw. bei der Kranken- oder KfZ-Versicherung. Dies trifft auf die Pflegeversicherung nicht zu, da der zu leistende Eigenanteil nicht gedeckelt ist.

Sozialplanung
Sozialplanung beschreibt die Sozialforschungs-, Planungs- und Koordinationstätigkeit der Planungsträger zur Ermittlung von Bedürfnissen und Lebenslagen. Sie wird von den Planungsträgern auf landesrechtlicher Ebene, also meist den Kommunen (in Sachsen bspw. durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen), wahrgenommen und soll vorausschauend soziale Unterstützungssysteme entwickeln und diese auf ihre Wirksamkeit hin überprüfen. Die Sozialplanung zielt in ihrer gesellschaftlichen Funktion auf den Abbau regionaler Ungleichheit und hat deshalb eine wichtige steuerungsunterstützende Funktion. Allgemein anerkannte Maßnahmen der Sozialplanung sind Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse, Zielentwicklung, Maßnahmen- und Umsetzungsplanung sowie Evaluation.

Status-Quo-Szenario
Bezogen auf die zukünftige Entwicklung der Anzahl von Pflegefällen kann in unterschiedlichen Szenarien modelliert werden. Zum Beispiel in einem Status-Quo-Szenario, bei dem die derzeitigen Pflegequoten getrennt nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung in der Zukunft übertragen werden (Pflegephase an gesamter Lebenserwartung bleibt konstant). Daneben gehen das Kompressionsszenario von einer an der gesamten Lebenserwartung abnehmenden Pflegephase und die Medikalisierungsthese von einer zunehmenden Pflegephase aus (Pohl et al., 2012, S. 20).

Weiterbildung
In erster Linie geht es darum, das eigene Qualifikationsprofil auszubauen. Der Erwerb von Zusatzqualifikationen ist in den unterschiedlichsten Bereichen möglich und muss nicht im direkten Bezug zum bestehenden Beruf stehen.
Weiterbildung in der Pflege hat das Ziel einer Qualifizierung, um sich beruflich weiterzuentwickeln und aufzusteigen. Die Weiterbildung endet mit einer Prüfung und führt zu einer neuen Berufsbezeichnung, z. B. Fachaltenpfleger/-in für gerontopsychiatrische Pflege oder Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für onkologische Pflege. Die Kosten für eine Weiterbildung können, müssen aber nicht vom Arbeitgeber übernommen werden.

Vorwort

Oliver Wehner

Pflegekräfte und Angehörige sind sich bewusst, hinter jedem Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf steht eine einzigartige Biografie. Ein ganzes Leben, aus dem sich persönliche Eigenschaften, individuelle Charakterzüge und tiefe Bedürfnisse ableiten. Bei der Betreuung und Pflege verfolgen sowohl die beruflich Pflegenden als auch die Angehörigen den Anspruch, jeden einzelnen Pflegebedürftigen individuell und würdevoll zu versorgen. Damit leisten sie tagtäglich einen herausragenden und wertschätzenden Beitrag für unsere Gesellschaft.

Dieser Anspruch ist in ein hochkomplexes System eingebettet, welches die Pflege aktuell, aber vor allem zukünftig vor große Herausforderungen und Veränderungen nicht nur im Freistaat Sachsen stellen wird. Verschiedenste Akteure stehen für unterschiedlichste Interessen: Für die Interessen der Pflegebedürftigen und deren Angehörige, des Pflegepersonals, der Beitragszahlenden oder der Institutionen auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene. Diese unterschiedlichen Sichtweisen können in diesen Zeiten des Wandels Spannungen oder gar Konflikte mit sich bringen. Um diese Herausforderungen aufzuzeigen und Lösungsansätze zu erarbeiten, haben die Mitglieder des Sächsischen Landtags eine Enquete-Kommission mit dem Titel „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ einberufen. 25 ständige Mitglieder erarbeiteten unter Einbeziehung einer möglichst breiten Facette der an der Pflege beteiligten Akteure konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Pflege auf Landes- und auch Bundesebene. Die Unterstützung durch Experten aus anderen Bundesländern erweiterte ebenso den Blick.

Um eine strukturierte Analyse der Pflegelandschaft im Freistaat Sachsen durchführen zu können, wurden drei wesentliche Handlungsfelder gebildet: Das erste Handlungsfeld beleuchtete die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen sowie der weiteren Helferinnen und Helfer. Die Situation der beruflich Pflegenden war Bestandteil des Handlungsfeldes 2 „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld“. Im dritten Handlungsfeld untersuchte die Enquete-Kommission wesentliche strukturelle Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur im Freistaat Sachsen.

Wie die Anhörungen gezeigt haben, sind alle systemrelevanten Akteure dieser drei Bereiche hoch motiviert, Verbesserungen für die Pflege im Freistaat Sachsen zu erreichen. Die hohe Erwartungshaltung der Gesellschaft ist dabei zusätzlicher Antrieb. Doch klar ist: Ein Akteur wird die anstehenden Herausforderungen nicht alleine lösen. Pflegekräfte können beispielsweise den gestiegenen Fachkräftebedarf nicht mit unaufhörlicher Arbeit kompensieren. Politische Mandatsträgerinnen und -träger können das Ansehen der Pflege und die damit verbundene Attraktivität für Berufseinsteigerinnen und -einsteiger nicht alleine verbessern. Alle sind gefragt – Jeder ist Teil der Gesellschaft und trägt deshalb eine Mitverantwortung.

Wie das Bild der Pflege in Zukunft gezeichnet wird, können wir heute maßgeblich mitbestimmen. Es gilt, die Weichen zu stellen, um beispielsweise den unterschiedlichen Versorgungsanforderungen in ländlichen und Ballungsgebieten gerecht zu werden und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungslandschaft zu schaffen. Dabei

sind die Auswirkungen der fortschreitenden Digitalisierung, die auch mit Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt einhergehen werden, stets mit zu bedenken. Langfristig bietet sich darin für die Pflege die Chance, durch attraktive Angebote neue Personenkreise für den Pflegeberuf zu gewinnen. Generell sollte für die Bewältigung zukünftiger Aufgaben eine starke Einbeziehung von Interessenvertretungen Betroffener und Angehöriger sowie beruflich Pflegender in die Entscheidungsprozesse selbstverständlich sein. Nur auf diese Weise können wir die Grundlagen für qualitativ hochwertige Pflege langfristig ermöglichen.

Meinen Dank spreche ich im Namen der gesamten Enquete-Kommission allen Beteiligten aus. Ihr Interesse, ihr Engagement und ihre fachliche Unterstützung haben die mit diesem Bericht vorliegenden Ergebnisse erst ermöglicht.

Der Sächsische Landtag, die Sächsische Staatsregierung und alle an der Pflege Beteiligten sind nun gefordert, die vorliegenden Ergebnisse für die Praxis zu nutzen. Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen sollen dazu beitragen, die pflegerischen Herausforderungen zukünftig noch besser bewältigen zu können und Veränderungen aktiv zu gestalten.

Wir gestalten Pflege!

Oliver Wehner, MdL

Vorsitzender der Enquete-Kommission
„Sicherstellung der Versorgung und
Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
älterer Menschen im Freistaat Sachsen“

Kernbotschaften

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird bis zum Jahr 2030 prognostisch auf ca. 3 Millionen Menschen ansteigen. Aufgrund des jetzt schon hohen Anteils älterer (über 65-Jährige) und hochaltriger Menschen (über 85-Jährige) ist insbesondere der Freistaat Sachsen von dieser Entwicklung stark betroffen. Gleichzeitig nimmt jedoch das Pflegepotential bei den Angehörigen ab und es besteht ein flächendeckender Personalmangel in der professionellen Pflege. Wer also pflegt in Zukunft diese Menschen und unter welchen Bedingungen? Wie gelingt es, selbstbestimmtes und würdevolles Leben im Alter sicherzustellen, und wie wird die Pflege dabei finanziell gesichert? Wie sieht die Zukunft von Pflegebedürftigen aus und welche technischen Fortschritte können insbesondere Pflegende bei ihrer Arbeit unterstützen?

Dies sind beispielhafte Fragen, für die der Freistaat Sachsen bereits heute, aber auch in Zukunft Antworten finden muss. Es geht um nichts Geringeres als die pflegerische Versorgung – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – einerseits bedarfsgerecht für alle Regionen und andererseits qualitativ fach- und sachgerecht sowie finanzierbar zu sichern bzw. auszubauen. Ziel muss es sein, für jede Bürgerin und jeden Bürger in Sachsen eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können, egal, ob diese zu Hause, in der Pflegewohngemeinschaft oder im Pflegeheim, in der Stadt oder im ländlichen Raum stattfindet. Jeder Mensch im Freistaat Sachsen soll sich dort pflegen lassen können, wo er dies möchte.

Aus diesen Gründen hat sich der Sächsische Landtag auf Beschlussinitiative der Regierungsfraktionen von CDU und SPD im Rahmen einer Enquete-Kommission seit dem Jahr 2016 mit der Thematik der Sicherstellung einer nachhaltigen pflegerischen Versorgung älterer Menschen im Freistaat Sachsen auseinandergesetzt und Handlungsempfehlungen zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen entwickelt. Ende 2018 konnte der Prozess unter umfangreicher Beteiligung aller relevanten Akteure erfolgreich beendet werden.

Nachfolgend sind zehn der wichtigsten Punkte der Arbeit der Enquete-Kommission zusammengefasst:

1. Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit vielfältigen Ansätzen, innerhalb des Quartiers, der Stärkung der Angehörigenpflege, des Ehrenamtes sowie der Beratung.
   Hintergrund: Die meisten Bürgerinnen und Bürger äußern den Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit, auch bei Pflegebedürftigkeit, verbleiben zu können. Damit diesem Wunsch entsprochen werden kann, muss ein umfangreiches Netzwerk an Hilfe, Unterstützung und Beratung ortsnah zur Verfügung stehen, welches die entsprechend notwendigen Hilfen in einer Pflegesituation schnell und unkompliziert sicherstellt.

2. Verringerung des finanziellen Risikos von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, welche die Pflege übernehmen.
   Hintergrund: Die Pflegeversicherung übernimmt anteilig die Pflegekosten bis zu einem je nach Pflegegrad pauschalen Höchstbetrag. Alle darüber hinaus anfallenden Kosten müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Angehörige, welche die Pflege eines nahe stehenden Verwandten übernehmen und zum Beispiel ihre Berufstätigkeit zugunsten der Pflegeübernahme einschränken oder

gar aufgeben, erfahren meist finanzielle Einschränkungen und gelten als armutsgefährdet. Menschenwürdige Pflege muss möglichst unabhängig von finanziellen Ressourcen sein.

3. Etablierung alternativer Wohnformen für ältere und/oder pflegebedürftige Menschen, um vielfältiges Leben im Alter auch bei Unterstützungsbedarf sicherzustellen.
   Dafür soll das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (BeWoG) novelliert werden. Förderverfahren im Bereich Wohnen sollen im Hinblick auf Beantragungshürden und administrative Anforderungen vereinfacht und verbessert werden.
   Hintergrund: In Sachsen sind alternative Wohnmöglichkeiten, z. B. Pflegehaus- oder -wohngemeinschaften, trotz einer älter und pflegebedürftig werdenden Gesellschaft, kaum vorhanden. Vor allem scheint das derzeit geltende BeWoG die Entwicklung solcher alternativer Wohnformen zu behindern.

4. Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege und deren Vergütungsstruktur für Pflegeleistungen sowie Anpassung an die heutigen hohen Anforderungen der Leistungserbringer.
   Alle erbrachten Einzelleistungen, die in einem ambulanten Einsatz erbracht werden, sollen – wie in anderen Branchen auch – vergütet werden. Die bisher in den Vergütungen bereits enthaltenen Fahrpauschalen sind anzupassen bzw. separat auszuweisen und insbesondere für den ländlichen Raum zu erhöhen. Im stationären Bereich ist die medizinische Versorgung aufzuwerten.
   Hintergrund: Im ambulanten Bereich wird auch bei Erbringung mehrerer Einzelleistungen (innerhalb der gleichen oder einer höheren Leistungsgruppe) nach den Richtlinien für Häusliche Krankenpflege (HKP) nach Sozialgesetzbuch V (SGB V) nur eine Einzelleistung vergütet (heißt: egal, wie viele Leistungen erbracht werden, die Vergütung bleibt gleich). In stationären Einrichtungen sind Leistungen der medizinischen Versorgung nach SGB V bereits in den Pflegesätzen mit enthalten und erfahren keine extra Vergütung. Die nach Sozialgesetzgebung verpflichtende Einhaltung von Wirtschaftlichkeit ist von Leistungserbringern dadurch nicht immer einzuhalten und führt neben dem Mangel an Pflegepersonal zur zunehmenden Ablehnung von Versorgungsanfragen bzw. zum Aufnahmestopp.

5. Die Kommunen in Sachsen müssen im Hinblick auf die demografischen Herausforderungen weiterhin gestärkt sowie finanziell und unbürokratisch unterstützt werden. Daher erhalten sie bereits seit 2018 eine pauschale finanzielle Zuweisung (Pflegebudget), um die pflegerische Infrastruktur zu verbessern (z. B., um die Arbeit der Pflegekoordinatoren zu unterstützen und Angebote auszubauen).
   Hintergrund: Die sächsischen Kommunen nehmen für die Sicherstellung der Gesundheits- und Pflegeversorgung eine zentrale Rolle ein. Für regionalspezifische Entwicklungen im Quartier, bei der Sozialraumplanung, Bedarfsermittlung, Versorgungsanalysen etc. sowie bei der Vernetzung sind die Akteure vor Ort unverzichtbar. Sie wissen genau, welche Angebote in ihrer Region zur Verfügung stehen oder fehlen und was die Bürgerinnen und Bürger vor Ort benötigen.

6. Etablierung einer Kultur der Anerkennung, der Wertschätzung und des Respekts für alle Pflegenden sowie einer Kultur der sorgenden Gemeinschaft; Erarbeitung von Maßnahmenkatalogen zur Stärkung der Prävention für Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Menschen mit erwartbarem Pflegebedarf im Freistaat Sachsen sowie die Entwicklung, Umsetzung, regelmäßige Evaluation und Fortschreibung eines

Handlungsplans zur Entlastung pflegender Angehöriger unter verbindlicher Beteiligung von Interessenvertretern pflegender Angehöriger (z. B. „wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V.“).
Hintergrund: Jene, die pflegen, ob als Angehörige oder als Pflegekraft, leisten Großes und tragen eine hohe Verantwortung. Sie benötigen Räume des Austausches, der Vernetzung und der gegenseitigen Unterstützung. Sie verdienen Anerkennung, Wertschätzung und Respekt und darüber hinaus die Chance, nach ihren eigenen bzw. berufsethischen Ansprüchen zu arbeiten: Mit Zeit, Gefühl und Wissen für jeden Einzelnen. Wer pflegt, ist kein Kostenfaktor! Wer pflegt, schafft einen gesellschaftlichen Mehrwert!

7. Pflegeberufe müssen attraktiver gestaltet werden. Arbeits- und Rahmenbedingungen für Pflegekräfte müssen verbessert werden. Den Pflegekräften muss es ermöglicht werden, ihren Job so zu machen und ihre Kompetenzen rechtlich abgesichert so einzusetzen, wie sie es erlernt haben – mit Zeit und Fachlichkeit für jeden Einzelnen. Nur so verbleiben unsere gut ausgebildeten Pflegekräfte im Beruf und nur so können neue Pflegekräfte gewonnen werden. Die Einführung der Selbstverwaltung innerhalb des Pflegeberufes (Pflegekammer) ist zu prüfen.
Hintergrund: Die Pflege ist ein vielfältiger, verantwortungsvoller und emotionaler Beruf. Pflegekräfte tragen eine hohe Verantwortung. Sie sind auch Ausdruck dafür, wie Verantwortung bei Krankheit und im Alter in unserer Gesellschaft wahrgenommen wird. Viele Studien belegen, dass die in der Pflege Tätigen enormen Belastungen und erschwerten Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.

8. Stärkung von Rahmenbedingungen und Steigerung der Attraktivität einer Ausbildung in den Pflegeberufen – von der Pflegehilfe bis hin zum Master.
Hintergrund: Die ab dem Jahr 2020 geltende generalistische Pflegeberufeausbildung wird auch in Zukunft weitere inhaltliche Auseinandersetzungen erfahren (müssen). Zum einen soll das noch bis ins Jahr 2025 bestehende geltende Wahlrecht vor dem dritten Ausbildungsjahr zur Spezialisierung im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege auf Basis statistischer Daten geprüft werden. Zum anderen bedarf es weiterer bundes- und landesrechtlicher Regelungen, um zum Beispiel die Attraktivität und Karrieremöglichkeiten von Pflegeberufen zum Beispiel durch eine Anerkennung von Berufsabschlüssen in der Pflege oder einer akademische Ausbildung, auszubauen. Voraussetzung dafür ist u. a. eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit von Ausbildungsabschlüssen in der Pflege.

9. Die sektorale Zergliederung, die starren Grenzen der Sozialgesetzgebungen sowie die Finanzierung des gesamten Pflegesystems sind zu überdenken. Es ist auf eine integrierte und übergreifende Versorgung sowie auf eine angemessene Finanzierung des Pflegebereiches hinzuwirken.
Hintergrund: Bei den Übergängen (Schnittstellen), zum Beispiel vom Krankenhaus in die Häuslichkeit, kommt es aufgrund der sektoralen Zergliederung zu verschiedenen Zuständigkeiten, zu Versorgungslücken bei Versorgungsübergängen oder finanziellen Überschneidungen. Eine optimale pflegerische Versorgung kann so nicht fließend sichergestellt werden. Zudem besteht ein hoher bürokratischer Aufwand. Finanzielle Ressourcen könnten geschaffen und zum Beispiel für die Weiterentwicklung der Pflege effektiver eingesetzt werden.

10. Schaffung einer umfassenden Datengrundlage sowohl auf seiten der Pflegebedürftigen (Ausweitung der Pflegestatistiken) als auch auf seiten der Pflegekräfte (Monitoring) und der Versorgungsinfrastruktur (Bedarfsplanung, integrierte Sozialplanung).

Hintergrund: Grundlegende Daten über den Verbleib ausgebildeter Fachkräfte in der Gesundheits- und Sozialbranche, abgestuft nach Alter (zum Beispiel für Bedarf von Ersatz bei Erziehungszeiten oder Rentenübergang), Qualifikationen, Verfügbarkeit, Ressourcen, sind nicht oder zu wenig aussagefähig und nur undifferenziert in Sachsen vorhanden.

I. Auftrag, Zusammensetzung, Arbeitsweise

1 Rechtsgrundlage und Einsetzungsauftrag

Artikel 52 der Verfassung des Freistaates Sachsen räumt dem Landtag das Recht ein, zeitweilige Ausschüsse zu bilden. In der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtags wird die Einsetzung von Enquete-Kommissionen näher bestimmt.

Paragraph 27 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtages:

> *„Zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachverhalte sowie zur eigenständigen Informationsgewinnung in komplexen Themenfeldern kann der Landtag Enquete-Kommissionen einsetzen […].“*

Der 6. Sächsische Landtag hat in der 26. Sitzung am 17. Dezember 2015 auf Antrag der CDU-Fraktion und der SPD-Fraktion die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ beschlossen (Drs 6/3472).

Gemäß Einsetzungsbeschluss setzt sich die Enquete-Kommission aus 20 Mitgliedern zusammen, die von den Fraktionen nach dem Stärkeverhältnis benannt wurden. Jede Fraktion hatte außerdem das Recht, zusätzlich ein weiteres beratendes Mitglied zu benennen, das nicht Mitglied des Landtags ist. Stimmberechtigt waren nur die Mitglieder des Sächsischen Landtags.

Der Einsetzungsbeschluss beschreibt den Arbeitsauftrag für die Enquete-Kommission (siehe Anhang A).

Die Enquete-Kommission hat ihre Arbeit am 20. Januar 2016 aufgenommen und sollte dem Sächsischen Landtag bis zum 31. Dezember 2017 einen Bericht vorlegen.

Aufgrund des zu bearbeitenden umfangreichen Sachverhalts kamen die Mitglieder überein, eine Verlängerung der Arbeit der Enquete-Kommission zu beantragen. Deshalb hat der Sächsische Landtag auf Antrag der Fraktionen CDU und SPD in der 45. Sitzung am 13. Dezember 2016 die Verlängerung der Arbeit der Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ bis zum 31. Dezember 2018 beschlossen (Drs 6/7141).

2 Zusammensetzung der Kommission

Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“

2.1 Mitglieder der Enquete-Kommission

Folgende Mitglieder wurden von den Fraktionen benannt und vom Präsidenten des Sächsischen Landtages in die Enquete-Kommission berufen:

CDU

Cornelia Blattner	MdL (seit 02/2018)
Thomas Colditz	MdL
Hannelore Dietzschold	MdL
Gernot Krasselt	MdL
Alexander Krauß	MdL (bis 02/2018)
Daniela Kuge	MdL, *stellvertretende Obfrau*
Kerstin Nicolaus	MdL
Peter Wilhelm Patt	MdL (bis 02/2018)
Lars Rohwer	MdL (seit 02/2018)
Patrick Schreiber	MdL, *Obmann*

Oliver Wehner	MdL *Vorsitzender*
Patricia Wissel	MdL
Rolf Steinbronn	Externes Mitglied

DIE LINKE

Kerstin Lauterbach	MdL
Susanne Schaper	MdL *stellvertretende Vorsitzende, Obfrau stellvertretender Vorsitzender*
Enrico Stange	MdL
Horst Wehner	MdL, *stellvertretender Obmann*
Konrad Schumann	Externes Mitglied

SPD

Simone Lang	MdL
Dagmar Neukirch	MdL, *Obfrau*
Mario Pecher	MdL
Johannes Hermann	Externes Mitglied

AfD

Silke Grimm	MdL, *Obfrau*
André Wendt	MdL, *stellvertretender Obmann* (bis 09/2017)
Birgit Kröber	Externes Mitglied

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Volkmar Zschocke	MdL, *Obmann*
Thomas Fischer	Externes Mitglied

2.2 Ständige Gäste

Die Arbeit der Kommission wurde begleitet und unterstützt durch ständige Gäste, ihnen wurde ein Rederecht eingeräumt:

Michael Bockting	Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Enquete-Kommission (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Leiter der Abteilung 3 Sozialversicherung und Krankenhauswesen)
Holger Tempels	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz bis 09/2017
Kerstin Steinacker	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz ab 10/2017

Burkhard Müller	Präsident Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen	
Dr. Bernd Richter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen	
Andreas Werner	Direktor des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen	
Peer Schuster	Sächsischer Städte- und Gemeindetag	
Jürgen Neumann	Sächsischer Landkreistag	bis 02/2018
Yvonne Sommerfeld	Sächsischer Landkreistag	ab 03/2018

2.3 Parlamentarische Beraterinnen und Berater

Auf seiten der Fraktionen haben parlamentarische Beraterinnen und Berater die Enquete-Kommission begleitet. Ihnen wurde die Teilnahme an den Sitzungen und den Obleute-Beratungen gestattet.

Christian von Skrbensky	CDU-Fraktion
Hans-Jürgen Muskulus	Fraktion DIE LINKE
Madeleine Wasner	Fraktion DIE LINKE
Lissy Nitsche-Neumann	SPD-Fraktion
Simon Schennerlein	SPD-Fraktion
Benjamin Wendt	AfD-Fraktion
Eric Heffenträger	Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Tina Siebeneicher	Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

2.4 Geschäftsstelle und juristische Beratung

Innerhalb der Verwaltung des Sächsischen Landtages wurde die Geschäftsstelle der Enquete-Kommission eingerichtet.

Claudia Groch	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	seit 05/2016
Evelin Schellenberger	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	seit 05/2016
Christel Kloß	Ausschusssekretärin	bis 02/2018
Katharina Ressel	Ausschusssekretärin	seit 03/2018
Petra Weber	Bürosachbearbeiterin	
Wolfgang Rausch	Juristischer Berater	

3 Arbeitsweise der Enquete-Kommission

Insgesamt gliederte sich die Arbeit der Enquete-Kommission in eine erste Phase der Bestandsaufnahme (Sitzungen 1 bis 6) und eine sich daran anschließende Phase zur vertiefenden Bearbeitung von identifizierten Themenschwerpunkten aus insgesamt drei Handlungsfeldern (Sitzungen 7 bis 17):

Handlungsfeld 1	Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt
Handlungsfeld 2	Arbeits- und Berufsfeld Pflege
Handlungsfeld 3	Pflegerische Versorgungsinfrastruktur

In den Sitzungen erfolgten Anhörungen von Sachverständigen und Experten aus dem Fachbereich Gesundheit und Pflege. Begleitend dazu wurden ab der 9. Sitzung die einzelnen Abschnitte des Abschlussberichtes in regelmäßigen Abständen in den Sitzungen abgestimmt, die von den Arbeitsgruppen zur vorläufigen Beschlussfassung eingebracht wurden.

3.1 Sitzungen der Enquete-Kommission

Die Enquete-Kommission führte im Abstand von circa vier Wochen insgesamt 21 eintägige, nicht öffentliche Sitzungen durch. Insgesamt wurden 71 Sachverständige angehört (siehe Anhang B), 38 schriftliche Stellungnahmen ausgewertet (siehe Anhang C) und der Textentwurf des Abschlussberichtes beraten.

Die Sitzungen der Enquete-Kommission fanden an folgenden Terminen statt:

1. Sitzung	20.01.2016	12. Sitzung	21.08.2017
2. Sitzung	07.03.2016	13. Sitzung	29.09.2017
3. Sitzung	11.04.2016	14. Sitzung	06.11.2017
4. Sitzung	13.06.2016	15. Sitzung	04.12.2017
5. Sitzung	02.09.2016	16. Sitzung	22.01.2018
6. Sitzung	19.09.2016	17. Sitzung	26.03.2018
7. Sitzung	05.12.2016	18. Sitzung	16.04.2018
8. Sitzung	23.01.2017	19. Sitzung	18.06.2018
9. Sitzung	06.03.2017	20. Sitzung	01.10.2018
10. Sitzung	19.05.2017	21. Sitzung	13.11.2018
11. Sitzung	12.06.2017		

Die 1. (konstituierende) Sitzung wurde vom Präsidenten des Sächsischen Landtages, Dr. Matthias Rößler, eröffnet. Der Landtagspräsident leitete die Sitzung bis zur Wahl des Vorsitzenden. Die Mitglieder der Enquete-Kommission wählten MdL Oliver

Wehner, CDU, zum Vorsitzenden und MdL Susanne Schaper, DIE LINKE, zur stellvertretenden Vorsitzenden. Weiterhin wurden die Obleute der Fraktionen bekannt gegeben. In der 2. Sitzung hielt die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz des Freistaates Sachsen, Barbara Klepsch, ein Einführungsreferat zur aktuellen Pflegesituation im Freistaat Sachsen. Weiterhin referierten die ständigen Gäste der Enquete-Kommission zur Pflegesituation in Sachsen. Einen Überblick über die aktuelle Gesetzgebung und geplante Initiativen im pflegerischen Bereich aus Sicht der Bundesebene wurde in der 3. Sitzung durch Referate von Vertreterinnen des Bundesministerium für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gegeben. Die Bestandsaufnahme der Pflegesituation in Sachsen wurde in der 4. und 5. Sitzung durch Anhörungen von externen Sachverständigen fortgesetzt. Die erste Arbeitsphase (Bestandsaufnahme) wurde in der 6. Sitzung durch die Fraktionen und die ständigen Gäste zusammengefasst und ausgewertet. Daraus folgte die Festlegung von Themenschwerpunkten für die sich anschließende zweite Arbeitsphase. Bis zur 17. Sitzung wurden Sachverständige zu den einzelnen Themenschwerpunkten angehört. Schriftliche Stellungnahmen ergänzten den Prozess der Bearbeitung der Themenschwerpunkte. Eine Übersicht über die angehörten Sachverständigen und die schriftlichen Stellungnahmen ist im Anhang des Berichts aufgeführt.

3.2 Thematische Arbeitsgruppen

Die Kommissionsmitglieder haben in der 6. Sitzung die Bildung von drei thematischen Arbeitsgruppen analog zu den drei Handlungsfeldern beschlossen. Sowohl die Kommissionsmitglieder als auch die ständigen Gäste waren zur Mitwirkung in den offenen Arbeitsgruppen aufgerufen. Die insgesamt 20 Treffen der drei thematischen Arbeitsgruppen fanden nach Bedarf statt und wurden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen koordiniert und beraten. Beratungsgegenstand waren die von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen verfassten Textentwürfe zu den einzelnen Berichtsabschnitten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppen dienten der inhaltlichen Vor- und Aufbereitung der Textentwürfe für die sich daran anschließende vorläufige Beschlussfassung durch die Kommissionsmitglieder in den Sitzungen. Mit protokollierten Ergebniszusammenfassungen wurden alle Kommissionsmitglieder über die Ergebnisse der Arbeitsgruppensitzungen informiert.

3.3 Obleute-Beratung

Obleute-Beratungen fanden ab März 2016 unter der Leitung des Vorsitzenden der Enquete-Kommission statt. Sie dienten der Vorbereitung der Kommissionssitzungen sowie der Koordinierung der Arbeit der Enquete-Kommission und der thematischen Arbeitsgruppen. Mit den Protokollen über die Obleute-Beratungen wurden alle Mitglieder der Enquete-Kommission über die Ergebnisse dieser Sitzungen informiert.

3.4 Juristisches Gutachten

Auf Antrag der SPD-Fraktion wurde der Juristische Dienst des Sächsischen Landtages mit der Erstellung eines Rechtsgutachtens zu den vom Bund erteilten Landesermächtigungen nach dem elften Sozialgesetzbuch beauftragt. Die Ergebnisse des Gutachtens dienten den Kommissionsmitgliedern als interne Beratungsvorlage zur Einordnung und Bewertung der Ergebnisse des Abschlussberichtes.

3.5 Dokumentenserver

Um die Arbeit der Enquete-Kommission effektiver zu gestalten, wurde ein Dokumentenserver eingerichtet. Mit einem passwortgeschützten Zugang wurden alle relevanten Dokumente, u. a. Präsentationen der Sachverständigen, Einladungen, Protokolle und Textentwürfe des Berichts, zur Verfügung gestellt. Zugriff auf den Server hatten die Kommissionsmitglieder, die ständigen Gäste und die parlamentarischen Beraterinnen und Berater sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

3.6 Erstellung des Berichtes

Parallel zur Anhörung der Sachverständigen wurde ab der 9. Sitzung mit der Arbeitsphase 3 „Erstellung des Berichts“ begonnen. Alle zur Verfügung gestellten Informationen der internen und externen Referierenden sowie der schriftlichen Stellungnahmen wurden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen verschriftlicht und waren zunächst Beratungsgegenstand in den thematischen Arbeitsgruppen. Im Anschluss daran wurden die gemäß den Beratungsergebnissen der Arbeitsgruppensitzungen angepassten Textentwürfe in die Kommissionssitzungen eingebracht. Die Fraktionen waren aufgerufen, zu den Entwürfen Änderungsanträge zu stellen. In den Sitzungen wurden die Textentwürfe und Änderungsanträge diskutiert und beschlossen. Auf diese Weise entstanden vorläufig beschlossene Textteile des Abschlussberichts. Durch die zeitversetzten Beschlüsse und die Zeitspanne bis zur Veröffentlichung des Berichtes mussten alle Berichtsteile auf ihre Aktualität überprüft werden, sodass der Betrachtungszeitraum mit dem 30.06.2018 endet.

Der Bericht der Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ wurde in der 21. Sitzung mit 11 Ja-Stimmen, keiner Nein-Stimme und 4 Stimmenthaltungen abschließend beschlossen und am 23. Januar 2019 an den Präsidenten des Sächsischen Landtages übergeben.

II. Allgemeines

1 Grundlagen

1.1 Was ist Pflege

Die Frage, was „Pflege“ ausmacht bzw. was „Pflege“ ist, kann nur beantwortet werden, wenn ein grundlegendes Verständnis für Pflege offengelegt wird. Bereits 1980 haben Flaskerud und Halloran (1980; zit.n. Brandenburg & Dorschner, 2008) versucht, über die pflegetheoretischen Ansätze bekannter Pflegetheoretikerinnen[2] hinweg das Gemeinsame und darüber hinaus das Spezifische von Pflege herauszuarbeiten. Eine Schwierigkeit lag u. a. darin, dass keine der Pflegetheoretikerinnen die Perspektiven der Altenpflege mit betrachtet haben: „Pflegende managen die Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Umgebung mit dem Ziel der Förderung von Heilungs- und Gesundungsprozessen“ (Brandenburg & Dorschner, 2008, S. 35). Die Pflegekraft wird zeitweise oder dauerhaft dann aktiv, wenn „Menschen aller Altersgruppen, […] ihre Lebensaktivitäten in ihren Familien und in ihrem sozialen Umfeld […] nicht mehr oder in eingeschränktem Maße realisieren, d. h. sich selbst pflegen können“ (Brandenburg & Huneke, 2006, S. 51). Dabei umfasst die Pflege die „Förderung, Unterstützung, Aufrechterhaltung und Überwachung dieser Patient-Umwelt-Beziehung“ und die „Herstellung einer kommunikativen Beziehung zum Patienten“ (Brandenburg & Dorschner, 2008, S. 35). Bis heute stellt sich uneingeschränkt eine pflegerische Aktivität im Sinne des Pflegeprozesses in mehreren Schritten dar: durch Assessment (Informationssammlung), Intervention (pflegetherapeutische Maßnahmen) und Evaluation (Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen)[3] (Pflegeprozessmodell PDCA, plan-do-check-act der WHO, 1979).

Brandenburg und Dorschner differenzieren weitergehend, unter dem pflegerischen Konsens, dass Pflege das Management der Patient-Umwelt-Beziehung ist, nachfolgende Aspekte (Brandenburg & Dorschner, 2008, 35 ff.):

- der handwerklich-technische Aspekt der Pflege (korrekte handwerklich-technische Vorbereitung, Ausführung und Überwachung pflegerischer Maßnahmen, die für die Selbstständigkeit und das gesundheitliche Wohlbefinden der Patientin bzw. des Patienten unerlässlich sind; umfasst auch genaue Kenntnisse der Funktionsweise und Einsatz von medizinisch-therapeutischen Geräten)
- der wissenschaftliche Aspekt der Pflege (Pflegekräfte müssen stets auf dem neuestem Stand der Erkenntnisse sein und ihr Handeln in Prävention, Diagnostik, Intervention und Ergebnisbeurteilung empirisch abgesichert daran ausrichten; Stichwort hier auch Akademisierung von Pflege)
- der kommunikative Aspekt der Pflege (Kommunikation stellt in der Pflege eine zentrale Rolle dar: z. B. durch Abstimmungs- und Klärungsprozesse, Beratungs- und Unterstützungsfunktion, Persönlichkeits- und Complianceentwicklung, Copingstrategien u. v. m.)
- der organisatorische Aspekt der Pflege (Pflege ist zum einen in einen organisatorisch-institutionellen Rahmen eingebunden, z. B. Pflege im Krankenhaus, in der Häuslichkeit, in stationären Einrichtungen. Zum anderen stellt Pflege selbst ein

2 z. B. Peplau, Henderson, Orem, Juchli, Käppeli, Krohwinkel
3 Seit Jahren hat sich das vierschrittige WHO-Modell etabliert. Vorläufer waren u. a.: Drei-Schritt-Modell von Yura und Walsh (1960), Sechs-Stufen-Modell von Fiechter und Meier (1981), Fünf-Stufen-Modell von Gordon (1994).

organisiertes und geplantes Vorgehen im Sinne des Pflegeprozesses (PDCA) dar und umfasst zugleich eine sehr spezifische Kompetenz von Pflegefachkräften: Nämlich die Fähigkeit, neben den faktischen Sachverhalten aus Erfahrungen zu lernen und die Individualität eines jeden Patienten zu erkennen und entsprechend zu handeln)
- der institutionelle Aspekt der Pflege (Pflegequalität sicherstellen im finanziellen, organisatorischen und personellen Kontext)

In der heutigen Auseinandersetzung wird jedes berufliche Handeln in der Pflege als professionelles Handeln bezeichnet (siehe auch soziologische Diskussion um den Begriff der Profession, welcher klar kennzeichnende Merkmale umfasst[4]; für den Pflegeberuf liegen die Merkmale noch nicht vollständig vor). Zudem haben auch Machtansprüche und Durchsetzungsfähigkeit von Berufsgruppen eine hohe Bedeutung für die Professionalität in der Pflege. Durch den Pflegewissenschaftler Weidner (Weidner, 2000) wurden die Ansätze des Soziologen Overmann (1996) (stellvertretende Deutung) auf die Pflege übertragen. Dabei steht „die Gleichzeitigkeit von Theorieverständnis und Fallverstehen“ im Mittelpunkt dieses Modells. Heißt, in der jeweiligen Pflegesituation kommen beide Aspekte zusammen: die Pflegefachkraft bringt ihr vertieftes theoretisches Verständnis ein (welches innerhalb der Aus- und Weiterbildung erworben wurde), während sie zugleich die Individualität und die Einzigartigkeit der Situation der Patientin bzw. des Patienten erfasst und versteht. Erst durch diese hermeneutische Kompetenz wird pflegerisches Handeln zum professionellen Handeln und ist damit auch eine Grundvoraussetzung für professionelles Handeln. Wirksam ist professionelles Handeln daher nur, wenn sich die Pflegesituation zwischen Pflegefachkraft und Patientin bzw. Patient als Beziehungshandeln in der „Synthese von abstrakten Wissensbeständen und situativem Fallverstehen vollzieht“. Gleichzeitig impliziert ist durch diese Betrachtung aber auch, dass Pflege niemals ein vollständig standardisiertes Vorgehen sein kann (Brandenburg & Huneke, 2006, 52f.) und alleinig durch Anwendung von formalen Modellen, Checklisten oder Vorschriften erfüllt ist (Brandenburg & Dorschner, 2008, S. 36). Somit kann als Kern der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Begriffen und pflegerischem Verständnis resümiert werden, dass „Pflege ein komplexes Interaktionsgeschehen ist, in dem die Gewährleistung und Förderung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen im jeweiligen sozialen Kontext im Zentrum stehen“. Der Pflegeprozess ist somit immer ein Aushandlungsprozess zwischen Pflegefachkraft, den Patienten und/oder den (pflegenden) Angehörigen (Brandenburg & Dorschner, 2008, S. 37).

Psychosoziale Aspekte in der Pflegearbeit

Krankheit oder Pflegebedürftigkeit geht für die bzw. den Betroffenen immer auch mit einem individuellen psychosozialen Aspekt einher. Viele Menschen erleben durch eine Erkrankung und/oder Pflegebedürftigkeit und in Folge dessen z. B. durch Einsatz von Hilfsmitteln, Hautschutz oder Maßnahmen zur Sturzprophylaxe große Einschränkungen in ihrer Lebensqualität. Dabei erlebt jede bzw. jeder Betroffene diese Einschränkungen anders. In diese soziale Isolation können auch bei entsprechend hohem Betreuungs- und Pflegeaufwand pflegende Angehörige geraten. Wenn also einem Menschen ein selbstbestimmter, eigenverantwortlicher Umgang mit einer Erkrankung ermöglicht werden soll, bedarf es des Blickes über den eigenen Einrichtungsrand hinaus, um ihn bedürfnisorientiert zu unterstützen. Wenn die Rahmenbedingungen

4 Profession: Expertise basiert auf theoretischem Wissen; Erwerb liegt in Spezialisierung und Übung; erworbene Kompetenz muss durch Prüfung nachgewiesen werden; Regeln eines Ethikkodex müssen befolgt werden; Dienstleistung ist am Bedarf zu orientieren; Organisation in einer beruflichen Selbstverwaltung (Millerson ,1998, zit.n. Brandenburg und Huneke 2006).

geschaffen sind, dass sich Patienten/Pflegebedürftige zur Bedeutung ihrer Krankheit äußern können, sich in ihren Bedürfnissen wahrgenommen fühlen, wird der emotionale Zugang von Pflegekräften zum Patienten/Pflegebedürftigen erleichtert und damit der Grundstein für ein Vertrauensverhältnis und die Beziehungsgestaltung gelegt. Dies gelingt schon mit recht einfachen Fragen wie „Was beschäftigt Sie denn aktuell am meisten?“ oder „Worüber machen Sie sich Gedanken/Sorgen?“ oder „Was hilft Ihnen, um zu entspannen/abzuschalten“? und „Woran haben Sie Freude?“, um zu erkennen, welche Bedürfnisse für einen Patienten/Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen.

Mit diesen einfachen Mitteln wächst die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten und es kann daraus auch neuer Mut und Vertrauen geschöpft werden. Das kann sich wiederum positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Schon der deutsche Kirchenhistoriker und Theologe Adolf von Harnack (1851–1930) beschrieb das treffend, als er sagte, dass „nichts den Mensch mehr stärke, als das Vertrauen, das man ihm entgegenbringt“. Pflege trägt somit einen wichtigen Teil zur Gesundheit, Gesundung und zum Wohlbefinden eines Menschen bei.

Professionelle Beziehung als Kernkompetenz leben

Wer einen kranken und/oder alten Menschen pflegt, der verrichtet (z. B. übertragene ärztliche Tätigkeiten), berührt, bewegt, nimmt Bedürfnisse wahr, schätzt Situationen ein, misst Vitalzeichen, beobachtet, vermittelt Sicherheit, baut Vertrauen auf, informiert, hört zu und steht umfassend zur Seite. All diese vielfältigen Tätigkeiten, die eine Pflegekraft ausübt, bedürfen eines Rahmens einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Pflegekraft und Patientin bzw. Patient/Pflegebedürftigem. Auch in der pflegewissenschaftlichen Diskussion wird der Beziehung zwischen dem Patienten/ Pflegebedürftigen und der Pflegekraft eine hohe Bedeutung für den Erfolg von (pflege)therapeutischen Maßnahmen zugesprochen (Behr et al., 2015, 74 f.). Nur wenn eine positive Beziehungsgestaltung gelingt, ist, über die bedarfsgerechte Pflege hinaus, erst eine individuelle Pflege möglich (Seel, 1996). Somit ist die professionelle Beziehung zum Patienten/Pflegebedürftigen eines der Kernstücke im Berufsbild der Pflege. Pflege ist folglich auch sehr viel mehr als die rechtlich regulierte und sehr funktional ausgerichtete Einteilung in Grundpflege (z. B. Hilfen bei der Körperpflege, Essen und Trinken, umkleiden) und Behandlungspflege (z. B. Medikamente verabreichen, Injektionen durchführen oder Wundverbände anlegen). Pflege bedeutet Beziehungsarbeit. Das ständige Austarieren zwischen erforderlicher Nähe und notwendiger Distanz stellt dabei eine Herausforderung für die Pflege(fach)kraft im Sinne einer professionellen Beziehungsgestaltung dar. Für Patienten/Pflegebedürftige spielt es eine enorm wichtige Rolle, wie gut sie sich in der Bewältigung ihrer Erkrankung/ Bedürftigkeit begleitet fühlen (siehe Abschnitt Psychosoziale Aspekte) oder ob die Beziehung als angenehm empfunden wird oder nicht.

Die Qualität einer zwischenmenschlichen Beziehung, der Wert von Gesundheit oder Wohlbefinden lässt sich jedoch mit monetären Mitteln nicht bemessen. Das hat zur Folge, dass die Fähigkeit zur professionellen Beziehung, zwar als Kernkompetenz eines Behandlungs- und Pflegeprozess angesehen, im derzeitigen Gesundheitssystem aber wenig Bedeutung und keine Refinanzierung findet (DRG-Fallpauschalen in Kliniken, Vergütungspauschalen für definierte Leistungen wie z. B. nach HKP-Richtlinie, Landesrahmenverträge für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 75 Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung – zukünftig SGB XI). Hier wird u. a. der zuvor beschriebene Widerspruch in der Pflege deutlich. Durch den wachsenden ökonomischen Druck des stark betriebswirtschaftlich ausgerichteten Systems in Kliniken,

stationären Pflegeeinrichtungen oder der ambulanten Pflege sowie der ausgeprägten Verrechtlichung, Bürokratisierung und des Personalmangels, ist es kaum noch möglich, eine zwischenmenschliche Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten/Pflegebedürftigen aufzubauen und dessen Bedürfnisse möglichst ganzheitlich wahrzunehmen. Unabhängig davon, wie viel Zeit man für eine Tätigkeit oder eine Leistung bei einer einzelnen Patientin bzw. einem einzelnen Patienten/Pflegebedürftigen zur Verfügung hat – die Patientin bzw. der Patient/Pflegebedürftige nimmt zunächst in jedem Fall wahr, wie sie oder er sich in der Anwesenheit der Pflegekraft fühlt. Und so ist das Gestalten der zwischenmenschlichen Beziehung primär nicht an zeitliche Kapazitäten geknüpft, sondern immer auch ein Stück weit Ausdruck von Achtsamkeit und des eigenen Menschenbilds – der eigenen inneren Haltung sich selbst und seinen Mitmenschen gegenüber.

Auch die Einrichtungen selbst tragen eine hohe Verantwortung, inwieweit sie eine achtsame und menschenwürdige Haltung ermöglichen, halten und fördern. Setzt man sich mit der Thematik Beziehungsgestaltung bei Krankheit, Alter und Hilfsbedürftigkeit auseinander, so kommt auch der Laie zu der Erkenntnis, dass eher messbare Faktoren wie Laborwerte, Fallzahl, Bettenauslastung, Personalkosten im Vordergrund stehen. Der Kernprozess von Pflege rückt dabei jedoch in den Hintergrund.

Pflege historisch betrachtet

Der Pflegeberuf ist heute in allen Tätigkeitsbereichen ein sehr anspruchsvolles, vielseitiges, modernes, technisiertes Berufsbild und von hoher Verantwortung geprägt. Um die Situation der Pflegeberufe sowie der Pflege(fach)kräfte zu verstehen, ist ein Blick in die Vergangenheit und die Entwicklung der beruflichen Pflege unvermeidlich. Zugleich können die Wahrnehmung des Pflegeberufes in der Gesellschaft und weit verbreitete Meinungen bzw. Vorstellungen dazu erklärt werden.

Vorab festgehalten, gepflegt wird seit Anbeginn der Menschheit, denn der Mensch kommt „der Pflege bedürftig zur Welt“. Auch bei den Griechen und Römern finden sich Zeugnisse, die am ehesten im Zusammenhang mit pflegerischen und medizinischen Inhalten entstanden (Menche, 2007, S. 22). Die Pflege als Beruf hat eine lange Tradition. Entstanden aus einer urchristlichen tradierten Werteorientierung der Fürsorge und Nächstenliebe (Ordenskrankenpflege), hat sich die religiöse Lebensaufgabe[5] der Pflege von kranken Menschen erst im Laufe des 19. Jahrhunderts als Beruf etabliert. Hintergrund dieser Entwicklung waren gravierende politische, ökonomische und soziale Veränderungen, die einen steigenden Bedarf an Krankenpflegepersonal nach sich zogen[6].

Pflege galt bis zu dieser Zeit als „typische Aufgabe von Frauen“, basierend auf dem damaligen gesellschaftlichen Rollenverständnis von Mann und Frau. Männer gingen einer Erwerbstätigkeit nach, verheiratete Frauen kümmerten sich um die Alten, Kranken und Kinder in der Familie. Unverheiratete oder verwitwete Frauen dienten ehrenamtlich in Spitälern oder Pflegeanstalten. Als Kompetenz oder gar Qualifikation wurden lediglich „das gute sittliche Verhalten der Frau, eine bedingungslose Unterordnung unter die männlich dominierte Medizin und eine angeborene Fürsorglichkeit“

5 erforderte die christliche Gesinnung, jedoch keine Ausbildung

6 Zusammenbruch des feudalistischen Systems (Aufhebung der Leibeigenschaft); Einführung der Landreform und der Gewerbefreiheit. In Folge dessen kam es zu einer Landflucht und zum explosionsartigen Bevölkerungswachstum in den Städten. Tradierte Familienverbände und Versorgungsstrukturen lösten sich auf, wodurch breite Bevölkerungsschichten verelendeten. Zur Versorgung dieser Menschen wurden große öffentliche und kirchliche Krankenanstalten gegründet. Des Weiteren sorgten die zahlreichen Kriege des 19. Jahrhunderts für einen steigenden Bedarf an Krankenpflege zur Versorgung der verwundeten Soldaten (Bischoff-Wanner 2002, S. 15).

als Grundvoraussetzung angesehen, wie aus einem Lehrbuch zur Krankenpflege aus dem Jahr 1679 hervorgeht (Menche, 2007, S. 22). Auf Initiative des Mediziners Franz Anton May, gab es 1781 laut historischer Überlieferung eine Art erste „Ausbildung“ für den Pflegebereich (sogenannte Krankenwärterschule mit dreimonatiger Ausbildung) (Menche, 2007, S. 23). 1836 folgte die Gründung eines Evangelischen Vereins für christliche Krankenpflege von dem protestantisch geistlichen Ehepaar Fliedner im Kaiserswerth, um den zunehmenden sozialen Problemen der Industrialisierung zu begegnen. Diese Kaiserswerther Diakonie umfasste erstmals eine theoretische und praktische Krankenpflegeausbildung (Menche, 2007, S. 23). Berühmteste Absolventin der Diakonie und Begründerin einer modernen Krankenpflege sowie der Pflegewissenschaft war Florence Nightingale (Menche, 2007, 23;87).

Ein weiterer Faktor für die Entwicklung der Krankenpflege als Beruf war die Übertragung der bürgerlichen Frauenrolle auf die Krankenpflege (Bischoff-Wanner, 2002, 16 ff.). Krankenpflege galt wie zu Zeiten des 16. bis 17. Jahrhunderts als „schmutziges und ekelhaftes Geschäft“ und für die Angehörigen der Unterschicht passabel. In Folge der Industrialisierung und der französischen Revolution stieg das Bürgertum zur ökonomisch herrschenden Klasse auf. Aus einer vom Adel abgrenzenden, eigenen Werteorientierung des Bürgertums heraus entwickelte sich eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, in der der Mann als der „aktive, schaffende, herrschende und starke Teil“ galt und die Frau als „schwach, schutzbedürftig, abhängig, gehorsam und selbstlos“. Der Mann war somit Familienvorstand und Ernährer und repräsentierte die Familie nach außen, die Frau war das „Herz“ und für das „emotionale Binnenklima der Familie zuständig“. Von außerhäuslicher bezahlter Arbeit wurde sie ausgeschlossen. Standesgemäß wurde in dieser Zeit, „häusliche Arbeit als Liebestätigkeit definiert, die der Bestimmung, Natur und Wesen der Frau keiner entwertenden Bezahlung“ unterliegen darf, sondern „mit Liebe entlohnt werden sollte“ (Bischoff-Wanner, 2002, 16 ff.). Diese gleichzeitige Idealisierung der Familienideologie und Diskriminierung der Frauen kennzeichnete die bürgerliche Frauenrolle mit dem Erbringen von unbezahlten materiellen Dienstleistungen mit großer Bedeutung für die später entstehenden Frauenberufe. Bis zu den Zeiten des Ersten Weltkrieges hatten Frauen mit Vorurteilen einer außerhäuslichen Berufstätigkeit und mit Stigmatisierung der Minderwertigkeit weiblicher Arbeit (und daraus folgender Minderbezahlung) zu kämpfen. Von der Öffentlichkeit konnte Krankenpflege als Arbeit für bürgerliche Frauen erst akzeptiert werden, als es gelang, die Frauenrolle und Krankenpflege ideologisch zu verbinden. Dies erfolgte auf drei unterschiedliche Weisen: Zuerst wurde die Krankenpflege aus der Unterschicht heraus ideologisch zur „weiblichen Liebestätigkeit“ aufgewertet und mit der Mutterrolle gleichgesetzt. Weiterhin wurde die Frau aufgrund ihrer damals zugewiesenen Tugenden[7] – wie bereits im Rollenverständnis des Mittelalters – als besonders geeignet für Krankenpflege befunden. Letztens wurde der entstehenden beruflichen Krankenpflege in den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts eine Organisationsform des Mutterhaussystems zu Grunde gelegt, das einerseits der familiärautoritären Familie nachempfunden war und andererseits die Frauen dem strikten Gehorsam gegenüber der kirchlichen Autorität unterwarf (Bischoff-Wanner, 2002, S. 17). Die Frau diente dem Kranken und dadurch diente sie Gott. Jedwede Selbstständigkeit der arbeitenden Frau konnte verhindert werden. Es gelang, die Krankenpflege mit dem „Frau-Sein“ als berufliche Arbeit zu organisieren, aber parallel dazu diese als Nichtberuf zu erklären. Dies bedeutet, objektiv war Krankenpflege zwar Arbeit, welche jedoch auf den „natürlichen Eigenschaften und wesensmäßigen Bestimmung der Frau“ beruhe und demnach nicht bezahlt werden brauchte. Von da an

7 z.B. Opferbereitschaft, Entsagungsfähigkeit, Unterordnungsbereitschaft sowie Fähigkeit zur Nähe, Wärme, Liebe und Aufnahme persönlicher Beziehungen.

galt Krankenpflege nicht nur als „weibliche, sondern auch christliche Liebestätigkeit“, „die, aufopfernd und selbstlos“ getan werden sollte. Ökonomisch betrachtet, wurde eine Ideologie der Verfügbarkeit eines fast umsonst verfügbaren hohen Arbeitskraftpotentials zementiert (Bischoff-Wanner, 2002, S. 17). Das für damalige Lebenswelten stimmige Selbstverständnis der Krankenpflege aus religiöser Motivation wurde später allerdings unreflektiert in den weltlichen Bereich übertragen, „als sich die Krankenpflege im Verlauf des 19. Jahrhunderts langsam und entgegen vieler Widerstände als Beruf entwickelte, der auch anderen als religiös motivierten Frauen offen stand“. In einem bürgerlich-weltlichen Beruf war diese Werteorientierung jedoch zu eng und schloss in Deutschland anders motivierte Frauen aus. Florence Nightingale war es, die den Pflegeberuf als bürgerlichen Frauenberuf ohne kirchliche Bindung in England etablierte. In Deutschland gelang dies erst im 20. Jahrhundert (Bischoff-Wanner, 2002, S. 17), auch durch intensive Bemühungen von Agnes Karll. Sie forderte, „Pflege als Beruf jeder Frau zugänglich zu machen ohne den Zwang, in einen Orden eintreten zu müssen“. Die sogenannten „freien Schwestern“ arbeiteten in Krankenhäusern und in Wohnungen der Kranken, erhielten aber, anders als ihre zahlreichen christlichen Pflegenden und Diakonissinnen, keinen Arbeitsschutz sowie unterschiedliche Bezahlung und Arbeitsbedingungen. Eine erste berufliche Organisation (Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands sowie der Säuglings- und Wohlfahrtspflegerinnen) gründete Agnes Karll 1903 in Berlin (Menche, 2007, S. 23). Aus dieser ging der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hervor. Erste gesetzliche Regelungen wurden 1906 mit den „Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen“ eingeführt, nachdem ein Jahr Ausbildung stattgefunden hatte. Auch dies ist u. a. dem Engagement von Agnes Karll zu verdanken (Menche, 2007, S. 24).

Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hinein war Krankenpflege fest in den Händen von Mutterhäusern bzw. privaten und kirchlichen Wohlfahrtsverbänden flächendeckend organisiert. Neben diesem historischen Verdienst wird das stete Bemühen um eine sehr gute Ausbildung der Schwestern hervorgehoben. Allerdings hemmte die Organisationsart der Mutterhäuser die Entwicklung der Krankenpflege als eigenständigen Beruf in Deutschland stark. Ein Aufbegehren gegen die oft unmenschlichen Arbeitsbedingungen und die Ausbeutung der Mutterhausschwestern war schier untersagt. Seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bis heute sind neben den großen Mutterhausverbänden wie Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie auch eine Vielzahl freichristlicher und privater Schwesternverbände in der Pflege tätig und z. T. in Gewerkschaften organisiert. Somit hatte Deutschland noch sehr lange am religiösen Erbe zu tragen, dessen Auswirkungen noch heute in den Pflegeberufen spürbar sind[8]. Die Zersplitterung der Pflege in einzelne Verbände, die damals angelegt wurde (Bischoff-Wanner, 2002, S. 19), macht bis heute eine einheitliche Interessenvertretung und Zusammenarbeit schwierig. Erst in jüngster Zeit verbessert sich tendenziell die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Verbände und Berufsorganisationen[9].

Eine weitere entscheidende Rolle in der Entwicklung der Pflege spielt jene der Ärzte in der medizinischen Versorgung. Ärzte übertrugen seit jeher Tätigkeiten wie z. B. Medikamente und Injektionen verabreichen oder Wundverbände versorgen an die Pflegekräfte, die seinerzeit dem Arzt als Hilfspersonal streng reguliert unterlagen. Im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts konnten nach Schaffung des Einheitsstandes und Monopols von Ärzten in der Gesundheitsversorgung die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten wesentlich erweitert werden. Die wissenschaftliche Ausrichtung machte jedoch die Schaffung von Hilfsberufen notwendig. Darin begründet liegt die

8 Z. B. im Vergleich zu anderen Berufen geringe Vergütung bei erschwerten Arbeitsbedingungen.
9 Z. B. DBfK, DPR, DPV, Liga der freien Wohlfahrtspflege.

bis heute geltende Einteilung in ärztliches und nicht-ärztliches Personal, mit einer absoluten Dominanz der Ärzte. Nun war eine der zentralen Berufsanforderungen an die Krankenpflege, „Loyalität, Gehorsam und Unterordnung unter die Autorität des Arztes“ (Bischoff-Wanner, 2002, S. 19). Die Krankenpflege, die Einzug in die ärztedominierten Krankenhäuser fand, hatte gegenüber der Medizin bestimmte Funktionen zu erfüllen. Ein ganzheitlicher Blick, welcher die sozialen Aspekte oder die Bedürfnisse der Kranken mit einbezog, spielte für die Ärzte zu damaligen Zeiten keine Rolle. Für Ärzte waren nur solche Anteile zugelassen, die „sich einer instrumentell-technischen, organisierten Behandlung“ unterwerfen ließen. Alles Weitere wurde an die Krankenpflege übertragen. Somit musste die Krankenpflege „all das sein, was die Medizin nicht (mehr) sein wollte: sie musste „ganzheitlich“ sein, weil die Medizin den Kranken parzellierte und objektivierte“. Demzufolge war die Krankenpflege rein faktisch dazu gezwungen, „unspezialisiert und diffus“ zu sein. Krankenpflege übernahm die Vor- und Nachbereitung von ärztlichen Tätigkeiten, führte Assistenz- und Hilfstätigkeiten aus und ordnete sich gewohntermaßen widerspruchslos den Ärzten unter. Der Beitrag der Krankenpflege zur Heilung und Genesung „verschwand“ hinter der Medizin. Und in diesem Schatten der Medizin gelang es der Krankenpflege, menschliche Anteilnahme sowie Emotionalität einzubringen, um das damalige Weltbild der Medizin zu kompensieren (Bischoff-Wanner, 2002, S. 19).

Pflege heute

Betrachtet man diese ganze Entwicklung der Krankenpflege, ist erkennbar, warum das Thema Pflege so komplex ist und woran die Pflege bis in heutige Zeiten hinein krankt. Dies gilt insbesondere für den deutschsprachigen Raum. Es besteht nach wie vor ein Widerspruch in der Krankenpflege, einerseits „qualifizierte Hilfskraft der Medizin zu sein“ und andererseits „gleichzeitig aber auch dem Patienten ganzheitlich, individuell und emotional gegenüberzutreten und seine Subjektivität zu akzeptieren“ (Bischoff-Wanner, 2002, S. 20). Die Einstellung der Medizin gegenüber der Krankenpflege gilt nach wie vor als zwiespältig und ambivalent. Dies zeigt sich unter anderem an der nach wie vor fehlenden Etablierung der Eigenständigkeit des Pflegefachberufes beispielsweise in der Kompetenz- und Handlungserweiterung pflegefachlicher Schwerpunkte z. B. die Verordnungsfähigkeit von Pflegehilfsmitteln, insbesondere hinsichtlich der pflegerischen Prophylaxen betreffend (Stiller-Wüsten, 2015, S. 66) (siehe Kapitel 4.5.2).

Der Pflegebereich erfuhr seit 1996 eine stark zunehmende und umfangreiche Verrechtlichung und damit einhergehend eine insgesamt starke Zergliederung. Das Institut für Gerontologie der Universität Dortmund hat in einer vom Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie 980 für den Pflegebereich relevante rechtliche Regularien erfasst, die z. T. widersprüchliche Anforderungen enthalten (Behr et al., 2015, S. 66). Neben der Verrechtlichung spielen die zunehmende Bürokratisierung und Ökonomisierung eine bedeutende Rolle, die Ressourcen für Pflegezeit binden. Zusätzlich zu diesen Faktoren kommen nun noch das relativ niedrige Einkommen sozialer Berufe und die schweren Arbeitsbedingungen (siehe Kapitel 4.4) dazu. Alles zusammen und im internationalen Vergleich betrachtet, gilt der Pflegeberuf als wenig attraktiv und stellt die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung für die Zukunft in frage (vgl. z. B. Heintze, 2015 oder Theobald, 2018).

Fazit: Alle benannten Einflussgrößen – die religiösen Prägungen, die bürgerlich-weibliche Frauenrolle, die Mutterhausorganisationen, die Unterordnung der Krankenpflege unter die Medizin, die zersplitterte Verbandsorganisation, die Verrechtlichung, Ökonomisierung und Bürokratisierung von Pflegeleistungen wirkten und wirken

gleichzeitig und verstärken sich untereinander. Sie bilden ein fast lückenloses Netz, was der Krankenpflege übergeworfen wurde. Die Tätigkeit in der Pflege befand und befindet sich – wie andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesen auch – in den vergangenen Jahrzehnten in einem starken Umbruch.

Insofern sind die heutigen Problemlagen der Pflege(fach)kräfte bzw. des Berufsbildes Pflege retrospektive der historischen Betrachtung und im Zuge der heute mehr als aktuellen Diskussion rund um das Thema Pflege nachvollziehbar.

1.2 Was ist Pflegebedürftigkeit

Die im Jahr 1995 gefasste Formulierung der Definition der Pflegebedürftigkeit bestand bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab 1. Januar 2017[10]. Die erste Definition galt als zu eng gefasst, da hauptsächlich somatische Einschränkungen als Auslöser von Pflegebedürftigkeit anerkannt wurden. Kognitive Einschränkungen wurden nur dann berücksichtigt, wenn sie die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigen. Dies hatte zur Folge, dass Betreuungsnotwendigkeiten, die aus kognitiven Beeinträchtigungen resultierten, meist unbeachtet blieben (Rothgang, et al., 2016, S. 21).

Der ab 1. Januar 2017 gültige neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt einen wesentlichen Umbruch der Pflegeversicherung mit sich. Die Bewertung des Unterstützungsbedarfs orientiert sich nicht mehr an den einzelnen Verrichtungen, sondern an der eigenen Selbstständigkeit und deren Einschränkungen. Die Begutachtung und Einschätzung einer möglichen vorhandenen Pflegebedürftigkeit erfolgt mithilfe des dafür entwickelten Assessmentinstruments (Rothgang et al., 2016, S. 22).

Die Untersuchungen des vorliegenden Berichtes basieren überwiegend auf Daten, die vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhoben wurden. Wirkungen dieser Novellierung können daher nicht oder lediglich in Form von Schätzungen und Prognosen aufgezeigt werden. Dargestellte Statistiken und Analysen differenzieren insofern in der Regel nicht nach den heute geltenden Pflegegraden, sondern nach Pflegestufen.

Laut des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, welcher in § 14 Abs. 1 SGB XI definiert ist,

> *„sind Personen [pflegebedürftig], 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“.*

Ergänzend beschreibt § 14 Abs. 2 SGB XI folgende sechs Bereiche als Kriterien, die bei einer Beurteilung des Vorliegens einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten berücksichtigt werden:

10 Laut alter Definition waren Personen pflegebedürftig, 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 der Hilfe bedurften.

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In erweiterter perspektivischer Betrachtung wird deutlich, dass trotz der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht alle Menschen, die Pflege erhalten oder aus gesundheitlichen Gründen Unterstützung benötigen, Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung sind. Doch auch diese Personen werden häufig durch ihr privates Umfeld und familiäre Fürsorge und Pflege unterstützt. Pflegestatistiken, die von der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen sprechen, umfassen demnach nur den Teil, der eine Pflegestufe/ einen Pflegegrad hat. Andere in diesem Zusammenhang hilfebedürftige Personen sind schwer zu erfassen (Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016, S. 6).

Doch nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für deren Angehörige, Freundinnen und Freunde, nachbarschaftliche oder sonstige Helferinnen und Helfer hat eine Pflegebedürftigkeit Auswirkungen auf das eigene Leben, da dies häufig mit deutlichen Einschränkungen aufgrund der Pflegeverantwortung verbunden ist. Laut der Ergebnisse der durch die Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Gesundheitsmonitor-Studie 2013 haben mehr als die Hälfte der Befragten (60 %) Berührungspunkte mit dem Thema Pflegebedürftigkeit. Darunter pflegt bzw. pflegte jede/-r Fünfte (21 %) schon einmal einen Familienangehörigen. Dabei sind überwiegend ältere Personen ab 50 Jahre in die Versorgung bzw. Pflege involviert (Kuhlmey et al., 2013, S. 16). Auf die Ängste und Sorgen älterer Menschen geht die Reihe der Generali Altersstudie (2013, 2017) ein. Dabei wurde in der Erhebung 2013 festgestellt, dass bei den 65- bis 85-Jährigen die Sorge, pflegebedürftig zu werden oder dauerhaft auf Pflege angewiesen zu sein, sehr stark ausgeprägt ist. Dies ist u. a. auf eigene Erfahrungswerte mit Pflegebedürftigkeit im näheren sozialen Umfeld sowie auf eine gesteigerte Öffentlichkeitswirksamkeit des Themas Pflege zurückzuführen (Kuhlmey et al., 2013, S. 12). Als weitere Einflussgröße wirkt die antizipierte, mit einer Pflegebedürftigkeit verbundene finanzielle Belastung, die in einer Angst vor Altersarmut mündet (Generali Zukunftsfonds, 2017, S. 57). Dass diese Angst durchaus nicht unbegründet ist, zeigen einige Studien auf (z. B. Born, 2017 oder Haubner, 2017). Insbesondere die Menschen in den neuen Bundesländern, mit ihren z. T. gebrochenen Erwerbsbiografien, werden zukünftig verstärkt davon betroffen sein.

Vor dem Hintergrund des aktuell und auch zukünftig deutlichen Anstiegs der Zahl Pflegebedürftiger ist ein Schwerpunkt der Versorgung neben den Ausweitungen der pflegerischen Leistungen im Rahmen der durchgeführten Pflegereformen ebenso die Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter. Dadurch kann die Selbstständigkeit der Betroffenen häufig länger erhalten und können auch die Kosten für die Gesellschaft begrenzt werden (Blüher, 2015, 5f.).

1.3 Veränderungen durch die neuen Pflegestärkungsgesetze

Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (2012) begann die große Umstellung der bis dahin gültigen Pflegeversicherung. Im Rahmen dieses Gesetzes wurden die Leistungen der Pflegeversicherung weiterentwickelt. Dies betraf einen Ausbau

der Leistungen für an Demenz erkrankten Menschen und sah auch Leistungsverbesserungen von der Möglichkeit der vorübergehenden Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, über die Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme, die Betreuung in Wohngruppen, die bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen vor (PNG, Drucksache 17/9369). Die in den Jahren 2015 bis 2017 durchgeführten umfangreichen Pflegereformen (Pflegestärkungsgesetze (PSG) I bis III) haben u. a. zu Verbesserungen durch die Ausweitung der Leistungsberechtigten, durch die Erweiterung der Leistungskataloge sowie durch die Erhöhung von Leistungsbeträgen geführt. Auch für pflegende Angehörige und Pflegekräfte wurde eine verbesserte Unterstützung erwirkt. Nachfolgend werden die mit den PSG I bis III einhergehenden Veränderungen zusammengefasst. Dabei werden lediglich die wichtigsten Änderungen aufgegriffen. Auf eine vollständige Darstellung wird mit Verweis auf die umfassenden Erläuterungen des Bundesministeriums für Gesundheit[11] verzichtet.

1.3.1 Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)[12]

Das PSG I wurde zum 1. Januar 2015 durch die Bundesregierung eingeführt und dient dem Ausbau der Hilfe für Pflegebedürftige und deren Angehörige sowie der Unterstützung der Pflegekräfte bei ihrer Arbeit. Im Mittelpunkt stehen die individuellere Leistungsinanspruchnahme und die Erhöhung der Leistungsbeträge. Dies wird mit einer Beitragssteigerung im ersten Schritt um 0,3 % finanziert (insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte; 2. Stufe: Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte zum 1. Januar 2017). Die Mehreinnahmen fließen zu einem Teil in einen Pflegevorsorgefond, um die Pflege nachhaltig zu sichern und zukünftige Beitragssteigerungen abzumildern.

1.3.2 Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit Inkrafttreten des PSG II am 1. Januar 2016 erfolgte die gesetzliche Verankerung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung. Eine Einteilung in fünf Pflegegrade löst mit Wirkung ab 1. Januar 2017 das vorherige Modell der drei Pflegestufen ab. Das dafür entwickelte Begutachtungsinstrument ermöglicht eine verbesserte Feststellung der individuellen Pflege- und Lebenssituation von Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Insbesondere Demenzerkrankte werden in diesem System stärker berücksichtigt. Ziel ist es, Pflegebedürftige individueller zu versorgen und ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit nachhaltig zu unterstützen.

1.3.3 Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Ziel des PSG III (welches zum 1. Januar 2017 in Kraft trat) ist es, die Pflegeberatung zu stärken und die Netzwerkarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen auszubauen. Weiterhin werden die Kontrollmöglichkeiten, insbesondere im ambulanten Bereich (Qualität und Abrechnung), ausgebaut, um Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft noch besser vor Abrechnungsbetrug zu schützen.

Im Rahmen der PSG I bis III wurden u. a. folgende Leistungsverbesserungen vorgenommen:

11 Link zu den Änderungen durch die PSG: www.wir-stärken-die-pflege.de
12 Quelle für inhaltliche Änderungen des PSG I – III: Bundesministerium für Gesundheit 2017.

- **Häusliche Pflege**
  - Höheres Pflegegeld seit dem 1.1.2015 für alle zu Hause betreuten Pflegebedürftigen (§§ 28a und 37 SGB XI)
  - Bis zu 40 Euro stehen pro Monat für Pflegehilfsmittel zur Verfügung (z. B. Verbrauchsprodukte, wie Betteinlagen oder Einmalhandschuhe) (§ 40 Abs. 2 SGB XI)
  - Höhere Zuschüsse für altersgerechte Umbaumaßnahmen werden gewährt. Bis zu 4.000 Euro je Maßnahme können beantragt werden (§ 40 Abs. 4 SGB XI)
  - Seit 1.1.2017 wird das Antragsverfahren z. B. für Hilfsmittel wie Gehhilfen oder Duschstühle vereinfacht (§ 40 SGB XI).

- **Häusliche Pflege mit Unterstützung**
  - Höhere Pflegesachleistungen für die häusliche Pflege seit dem 1.1.2015 für alle Pflegebedürftigen (§ 36 SGB XI)
  - Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden nicht mehr mit Geld- und Sachleistungen verrechnet. Stattdessen steht für die Tages- und Nachtpflege deutlich mehr Geld zur Verfügung (§ 41 SGB XI).
  - Ausweitung der Kurzzeitpflege auf bis zu acht Wochen im Jahr (§ 42 SGB XI)
  - Seit dem 1.1.2017 können alle Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat in Anspruch nehmen (§ 45b SGB XI). Damit können Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag erstattet werden.
  - Betreute Wohngruppen werden stärker gefördert. Für die Gründung einer WG sowie für Maßnahmen für den Wohnungsumbau gibt es eine einmalige Anschubfinanzierung von 2 500 Euro. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt (§ 45e SGB XI). Darüber hinaus können Pflegebedürftige einen monatlichen pauschalen Wohngruppenzuschlag von 214 Euro (§ 38a SGB XI) erhalten.

- **Pflege in einer Einrichtung**
  - Seit dem 1.1.2015 wurden die Leistungsbeträge für alle Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege angehoben (§ 43 SGB XI)
  - Seit dem 1.1.2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein einrichtungseinheitlicher pflegebedingter Eigenanteil (EEE). Demnach gibt es innerhalb einer Einrichtung keinen Unterschied bei den pflegebedingten Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner mit den Pflegegraden 2 bis 5 mehr (§§ 92e und 141 SGB XI).
  - Seit 1.1.2017 besteht für alle stationär Gepflegten die Möglichkeit erweiterte Betreuungsangebote in Anspruch zu nehmen (§ 43b SGB XI)

- **Pflegende Angehörige**
  - Um eine verbesserte Pflege Zuhause zu unterstützen, können Angehörige über die Pflegekasse einen kostenlosen Pflegekurs absolvieren. Außerdem besteht unter der Voraussetzung des Einverständnisses der pflegebedürftigen Person ein Anspruch auf Pflegeberatung – mit oder ohne Beteiligung der pflegebedürftigen Person (§ 45 SGB XI).
  - Die neue Regelung der Verhinderungspflege kann pflegenden Angehörigen bei entsprechenden Angeboten eine bis zu sechswöchige Auszeit von der Pflege pro Jahr ermöglichen (§ 39 SGB XI).
  - Berufstätige Pflegende können Pflegeunterstützungsgeld beantragen und unter bestimmten Voraussetzungen bis zu zehn Tage einmalig Lohnersatzleistungen in Anspruch nehmen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit für gleichzeitig Berufstätige und Pflegende, bis zu zwei Jahre die eigene Arbeitszeit zu reduzieren (Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz) (§ 2 PflegeZG, § 44a SGB XI).

  - Seit dem 1.1.2017 sind mehr pflegende Angehörige durch einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge sozial besser abgesichert. Auch der Schutz in der Arbeitslosenversicherung verbessert sich (§ 44 SGB XI).

- **Pflegekräfte**
  - Die Pflegedokumentation in Pflegeeinrichtungen wird vereinfacht, mit dem Ziel, Pflegekräften mehr Zeit für die Pflege zu ermöglichen (§ 113 SGB XI).
  - Zusätzliche Stellen für Betreuungskräfte wurden geschaffen, um den Alltag in der Pflege sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Fachkräfte zu erleichtern (§ 43b SGB XI).

Herausforderung für die an der Pflege beteiligten Akteure ist es zukünftig nicht nur, diese Reformen in der Praxis umzusetzen, sondern ebenso eine breite Bekanntheit dieser in der Bevölkerung zu erreichen. Die umfassende und verständliche Information der Bürgerinnen und Bürger über die vielfältigen Änderungen im Rahmen der Reformen sind als wichtiger Baustein für den Erfolg der Gesetzesnovellierungen zu betrachten. An dieser Stelle besteht laut der Ergebnisse einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) zu den Herausforderungen in der Pflege (ZQP, 2017) noch deutlicher Verbesserungsbedarf. Demnach nimmt etwa die Hälfte aller Befragten (53 %) das Thema Pflege nur selten bis nie in den Medien wahr. Aktuell werden Informationen zum Thema Pflege noch größtenteils über persönliche Gespräche im privaten Umfeld sowie durch Zeitung, Onlinemedien oder Fernsehen bezogen. Dennoch fühlen sich mehr als zwei Drittel der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer (68 %) bisher weniger gut bis schlecht zu den Pflegereformen informiert.

Die zahlreichen Pflegegesetze sind für die Betroffenen kompliziert und umfassend. In einer ersten Beratung bzw. mit Hilfe von Medien, z. B. Infoblättern und Broschüren, kann die allumfassende Information von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen in ihrer Komplexität kaum erfasst werden. Ein Laie, der Pflegeverantwortung übernimmt, weiß erst im weiteren Pflegeverlauf, wie sich die Pflegebedürftigkeit auf den Betroffenen selbst und dessen Angehörige auswirkt. Diese Auswirkungen und zahlreichen Regelungserfordernisse können zu Überforderung der Beteiligten führen. Dafür ist ein flächendeckendes, professionelles und aufsuchendes Unterstützungsangebot notwendig.

1.4 Literaturverzeichnis

Behr, T.; Dielmann G.; Höfert R.; Huneke M.; Kähler B.; Neumann S. et al. (2015). Positionspapier: Pflege raus aus dem Abseits. Empfehlungen zu einer Refokussierung auf den Kernprozess der Pflege. In: Behr, T. (Hrsg.), Aufbruch Pflege. Hintergründe. Analysen. Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 61–81.

Bischoff-Wanner, C. (2002). Pflege im Spiegel der Zeit. In: Stöcker, G. (Hrsg.), Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. 2., überarb. Aufl.. Hannover: Schlütersche, S. 15–43.

Blüher, S. (2015). Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Hrsg. v. Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A. Stuttgart: Schattauer (Pflege-Report, 2015).

Born, G. (2017). Balanceakt, Häusliche Pflege zwischen Liebe, Pflichtgefühl und Selbstschutz. Aktual. Neuaufl. 2017, BOD-Verlag.

Brandenburg, H.; Dorschner, S. (Hrsg.) (2008). Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in wissenschaftliches Denken in der Pflege. 2., überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber.

Brandenburg, H.; Huneke, M. J. (2006): Professionelle Pflege alter Menschen. Eine Einführung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Gesundheit (2017). Die Pflegestärkungsgesetze. BMG. Berlin. http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/ [23.02.2017].

Flaskerud, J. H.; Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. In: *ANS. Advances in nursing science* 3 (1), S. 1–7.

Generali Zukunftsfonds (Hg.) (2013). Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Institut für Demoskopie Allensbach. Berlin: Springer.

Generali Zukunftsfonds (Hg.) (2017). Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Institut für Demoskopie Allensbach. 1. Aufl. 2017. Berlin: Springer.

Haubner, T. (2017). Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt: Campus Verlag .

Heintze, C. (2015). Auf der Highroad. Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. https://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/dezernat1/download/audit/Vergleichende_Studie_zur_Pflege.pdf [14.08.2018].

Kuhlmey, A.; Suhr, R.; Blüher, S.; Dräger, D. (2013). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken, J; Braun, B.; Repschläger, U. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. 1. Aufl. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 11–38.

Menche, N. (Hrsg.) (2007). Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl. München: Urban & Fischer.

Millerson, G. (1998). The Qualifying Associations: A Study in Professionalization: Routledge (International Library of Sociology). http://lib.myilibrary.com/detail.asp?id=512364 [16.02.2017].

Nowossadeck, S.; Engstler, H.; Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Berlin, Report Altersdaten 1/2016) .

Overmann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 70–182.

PNG-Drucksache 17/9369. Einführung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz).

Rothgang, H.; Klawitzki, T; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016). Barmer-GEK-Pflegereport. Siegburg: Asgard-Verl.-Service (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42).

Seel, M. (1996). Die Pflege des Menschen. Gesundsein, Kranksein, Altern, Sterben, Beobachtung, Unterstützung bei den ATL, Pflegestandards. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.

Stiller-Wüsten, C. (2015). Refokussierung auf den Kernprozess der Pflege. In: Behr, T. (Hrsg.), Aufbruch Pflege. Hintergründe . Analysen. Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag.

Theobald, H. (2018). Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 383.

Weidner, F. (2000). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

ZQP (2017). ZQP-Bevölkerungsbefragung. Herausforderung Pflege. Bürgerperspektive im Wahljahr 2017. Hg. v. Zentrum für Qualität in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_02_19_AnalysePflegeWahljahr_KJSED-Vvf.pdf [24.02.2017].

2 Statistische Daten und Hintergründe

2.1 Pflegebedürftigkeit – Analyse des Pflegebedarfs in Sachsen

2.1.1 Demografische und sozio-ökonomische Daten als Einflussgröße

Angesichts der demografischen Entwicklung steht der Freistaat Sachsen bereits heute und auch zukünftig vor großen Herausforderungen. Die 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen (2016a) geht von einem Rückgang der Einwohnerzahl Sachsens auf knapp 4,0 Millionen bis 2030 aus. 2015 lebten rund 4,08 Millionen Menschen in Sachsen, darunter 1,03 Millionen Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 Jahren und älter. Bis 2030 wird von einer Zunahme von 15,3 % auf rund 1,19 Millionen ausgegangen, während für die Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2014 bis 2030 von einem Rückgang von etwa 12,5 % auszugehen ist.

Besonders deutlich steigt die Zahl der über 85-Jährigen, den Hochbetagten. Im Zeitverlauf von 2014 bis 2030 wird die Zahl dieser Bevölkerungsgruppe um knapp 57 % auf 210 400 Menschen ansteigen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2016a, 10 ff., 2017a, 6 ff.). Dieser Effekt ist u. a. mit dem Eintritt der Babyboomer-Generation in dieses Alter sowie der steigenden Lebenserwartung begründet, sodass immer mehr Menschen diese hohe Altersklasse erreichen. Damit verbunden steigt auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit. Während 2010 geborene Jungen eine Lebenserwartung von 77,3 und Mädchen von 83,3 Jahren hatten, ist bis 2030 von einem weiteren deutlichen Anstieg auszugehen (J: 80,2 J.; M: 85,8 J.) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2016a, S. 3).

In Sachsen war 2015 bereits etwa ein Viertel (25,1 %) der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter (Bundesdurchschnitt: 21,1 %). Auch das Durchschnittsalter wird sich von 46,6 Jahren im Jahr 2015 auf ca. 48 Jahre im Jahr 2030 erhöhen. Die Bevölkerung in Sachsen wird infolgedessen zukünftig stärker von älteren Menschen geprägt sein als bisher (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, 6 ff.).

Bezüglich des Wanderungsverhaltens setzt sich der in den letzten Jahren beobachtete Trend leichter Wanderungsgewinne fort. Sachsen verzeichnete im Jahr 2015 mehr Zu- als Fortzüge von Seniorinnen und Senioren der Altersgruppe 65 Jahre und älter (+ 505 Personen) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, 6 ff.).

Eine weitere Charakteristik des demographischen Wandels ist die Verstärkung der regionalen Disparitäten. Während in den sächsischen Ballungsgebieten mit den Städten Dresden (+ 8,7 %) und Leipzig (+ 11,9 %) deutlich steigende Einwohnerzahlen bis 2030 zu erwarten sind, geht die Bevölkerung in weiten Teilen des Landes zurück. In Chemnitz sowie den Landkreisen Leipzig, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Meißen und Nordsachsen wird ein Rückgang der Einwohnerzahl von bis zu 8 % prognostiziert. In den weiteren sechs Landkreisen Sachsens Erzgebirgskreis, Vogtlandkreis, Mittelsachsen, Zwickau, Bautzen und Görlitz wird mit einem Rückgang zwischen 12 und 16 % gerechnet[13] (SMI 19.04.2016, S. 4).

13 Die Daten basieren auf den Ergebnissen der Variante der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Übertragen auf die Gemeindegrößen weisen Gemeinden bis 5 000 Einwohnerinnen und Einwohnern den stärksten Bevölkerungsrückgang (8 - 13 %) auf. Für die Mehrheit der Gemeinden lässt sich ein Zusammenhang zwischen Gemeindegröße und Quote des Bevölkerungsrückgangs ableiten. In kleineren Gemeinden unter 25 000 Einwohnerinnen und Einwohnern geht die Zahl mit 6 bis 11 % stärker zurück, während der Rückgang in größeren Gemeinden zwischen 50 000 bis unter 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern zwar bestehen bleibt, jedoch mit 4 bis 8 % nicht so stark ausfällt (SMI 19.04.2016, S. 4). Dies spiegelt sich auch in der Einwohnerdichte wider. Während Leipzig mit 1 882 und Dresden mit 1 656 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² am dichtesten besiedelt sind, weisen beispielsweise Nordsachsen mit 97 oder Bautzen mit 128 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² eine viel geringere Bevölkerungsdichte auf (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2016b, S. 1). Dies wirkt sich nicht zuletzt auf die infrastrukturelle Versorgung sowie das Dienstleistungsangebot aus.

Bezüglich der Auslastung der Wohnungs- und Hausbestände wirken sich der Bevölkerungsrückgang sowie die regionalen Unterschiede ebenfalls aus. Der Zensus 2011 des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen (2014) ermittelte als Bestand ca. 2,02 Millionen Haushalte. Für die Menschen in Sachsen stehen knapp 801 000 Wohngebäude mit insgesamt ca. 2,24 Millionen Wohnungen zur Verfügung. Der Anteil der Personen, die in den eigenen vier Wänden leben, ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (45 %) mit 37 % etwas geringer (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2014). Mit steigender Gemeindegröße nimmt der Eigentümeranteil ab. Eigentümerinnen und Eigentümer wohnen tendenziell auch in größeren Wohneinheiten als Mieterinnen und Mieter (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017c, S. 7).

Die Leerstandsquoten liegen mit 9,9 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt (4,4 %) (Schürt und Braun 2014, S. 8). In von Abwanderung geprägten Gebieten, vorwiegend ländlichen Räumen, ist von einem weiteren Anstieg der Leerstände auszugehen, wohingegen in Zuwanderungsregionen zukünftig die Herausforderung besteht, die steigende Nachfrage an Wohnraum zu decken. Steigende Preise können in diesen Gebieten die Folge des begrenzten Angebotes sein (Schürt und Braun 2014, S. 5)[14].

Im Jahr 2015 leben die meisten Seniorinnen und Senioren in ihren privaten Haushalten. Etwa 1,9 % der sächsischen Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren sind in Pflege- oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht. Fast zwei Drittel der in eigener Häuslichkeit lebenden Seniorinnen und Senioren wohnen in einem Zweipersonenhaushalt. Etwa ein Drittel führt einen Einpersonenhaushalt und nur 3,3 % der über 65-Jährigen bewohnen Haushalte mit drei und mehr Personen, welche meist Familienangehörige sind (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, S. 9).

Das Zusammenleben in einer Partnerschaft ist bei den Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre die häufigste Lebensform. 81,2 % der Männer und 51,9 % der Frauen leben in einer ehelichen und 2,8 % aller Seniorinnen und Senioren in diesem Alter in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft. Frauen leben häufiger allein als Männer.

14 Um zunehmende regionale Knappheit auf dem Wohnungsmarkt zu vermeiden und auch die Bezahlbarkeit des Wohnens zu sichern, wurde seitens der Bundesregierung die Mietpreisbremse als Instrument eingeführt und Wohngeldleistungen erhöht. Auch der soziale Wohnungsbau wird im Rahmen der Bund-Länder-Vereinbarung zur Beteiligung des Bundes an den Kosten der Integration mithilfe von Kompensationsmitteln gefördert. Darüber hinaus gibt der Bund vergünstigte Immobilien und Liegenschaften an Kommunen für Zwecke des sozialen Wohnungsbaus ab (Details siehe Verbilligungsrichtlinie (VerbR) der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben) (Altenberichtskommission 2016, S. 25).

Dieser Effekt verstärkt sich mit zunehmendem Alter. Bei den 65- bis unter 75-jährigen Frauen gilt dies für knapp ein Drittel (29,3 %) und bei den über 85-Jährigen bereits für 80 %. Dies ist insbesondere auf die höhere Lebenserwartung von Frauen sowie auf geringere Zahlen hochbetagter Männer unter der letzten Kriegsgeneration zurückzuführen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, S. 10).

Die Einkommenssituation der Seniorinnen- und Seniorenhaushalte im Freistaat liegt, gemessen am Bruttoeinkommen, unter dem eines sächsischen Durchschnittshaushaltes (3 151 €). 2013 verfügten sie über ein durchschnittliches monatliches Haushaltsbruttoeinkommen von 2 196 Euro (2008: 1 992 €). Gemessen am Haushaltsnettoeinkommen hatten Seniorinnen und Senioren durchschnittlich monatlich 1 994 Euro zur Verfügung (176 € mehr als 2008) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, S. 12). Im Jahr 2015 machten 11 783 Seniorinnen und Senioren, die sich im gesetzlichen Rentenalter befanden und bei denen Rente und sonstige Einkommen für das Bestreiten des Lebensunterhaltes nicht ausreichten, ihren Rechtsanspruch auf Bezug von Grundsicherung im Alter geltend. Dies entsprach etwa 1,2 % dieser Altersgruppe (Bundesdurchschnitt: 3,2 %). 2010 waren es noch 0,9 % in Sachsen. Pro Leistungsempfängerin bzw. Leistungsempfänger wurden durchschnittlich 331 Euro als Leistung ausgezahlt. Von einer steigenden Zahl an Leistungsbezieherinnen und -beziehern ist in den nächsten Jahren auszugehen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017a, S. 13).

2.1.2 Prognose der Pflegebedürftigkeit

Zum Jahresende 2015 gab es bundesweit etwa 2,8 Millionen Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 6). Seitens mehrerer Forschungsinstitute wird der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf Bundesebene bestätigt. Beispielsweise gehen Ergebnisse der Bertelsmann Stiftung von etwa 3,5 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2030 aus (Rothgang et al. 2012, S. 35).

Auf Basis der Pflegestatistik 2015 und der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen prognostiziert das Statistische Landesamt (2016a, 2017a) folgende Entwicklung der Pflegesituation in Sachsen bis 2030: Es handelt sich dabei um einen Status-quo-Ansatz. Dieser geht von zukünftig ähnlich konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten aus. Bis 2030 wird ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in Sachsen um 27 % auf etwa 212 500 prognostiziert. Bezüglich der Versorgungsart wird es eine deutliche Verschiebung von informeller hin zu formeller Pflege geben. Die Zahl formell Gepflegter steigt im Vergleich zum Jahr 2015 um knapp 34 % (33 500) auf 132 200. Die informelle Pflege (gemessen an reinen Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern) verzeichnet dagegen einen Anstieg von 18 % (80 300). Laut den Hochrechnungen werden 2030 etwa 62 % in ambulanten oder stationären[15] Einrichtungen versorgt. Lediglich 38 % der Pflegebedürftigen sind reine Pflegegeldempfänger. Für die Verteilung der Pflegegrade kann, kurz nach der Umstellung weg von den Pflegestufen, noch keine Aussage getroffen werden.

Auf der Basis der etwas älteren Studie Alter, Rente, Grundsicherung von Raffelhüschen et al. (2011) werden folgende Prognosen getroffen: Hochaltrige (über 80 Jahre) werden im Jahr 2030 einen enormen Anteil der Pflegebedürftigen ausmachen (70 %) und auch die Zahl männlicher Pflegebedürftiger wird deutlich steigen (2030: um 69 % gegenüber 2009). Der Bedarf an Pflegeheimplätzen beträgt laut Status-Quo-Szenario

15 Vollstationär betreute Pflegebedürftige. Teilstationär betreute Pflegebedürftige sind in dieser Betrachtung aufgrund der hohen Dynamik in der Vorausberechnung nicht berücksichtigt.

knapp 85 000 Pflegeheimplätze im Jahr 2050. Dies entspricht, ausgehend von knapp 45 000 Pflegeheimplätzen (2009), einem Anstieg von etwa 89 % (Raffelhüschen et al. 2011, 13 ff.).

Eine Ausweitung alternativer Wohn- und Versorgungsformen ist in dieser Betrachtung nicht berücksichtigt. Demnach ist diese Prognose unter Vorbehalt und nur unter Einordnung in den Gesamtkontext sowie unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren für eine Ableitung von Handlungsempfehlungen geeignet.

Gleichwohl ist es einerseits das Ziel dieses Berichtes, die drängende Frage der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit vollstationären Pflegeplätzen darzustellen. Andererseits soll dieser Bericht vielfältige Möglichkeiten aufzeigen, das Szenario des Anstiegs der Pflegeplätze abzumildern.

2.1.3 Makroperspektive der alternden Gesellschaft

Der kurze Überblick über allgemeine demografische und sozio-ökonomische Eckdaten der sächsischen älteren Bevölkerungsgruppen weist deutlich auf zukünftig veränderte Strukturen und Bedingungen hin, die sich auf die gesamte Gesellschaft auswirken und vielfältige Herausforderungen bedeuten.

Für ältere Menschen besteht u. a. das Risiko, nur unter erschwerten Bedingungen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, umfassenden und den individuellen Bedürfnissen gerecht werdenden Pflege zu erhalten. Das gegenwärtige Unterstützungssystem, in dem die meisten der regelmäßig hilfe- und pflegebedürftigen Älteren durch Familie und Nachbarschaft unterstützt werden, wird zukünftig Umstrukturierungen unterzogen werden müssen (Krings-Heckemeier 2010, 10 ff.). Die wechselseitigen Austauschbeziehungen zwischen den Generationen der Familien (z. B. Kinderbetreuung, Elternpflege) geraten zunehmend aus dem Gleichgewicht und neue Formen gegenseitiger Hilfe (familienintern, zwischen und innerhalb der Generationen oder in Quartieren) sowie unterstützende Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden (MGEPA 2016, S. 34). Auch für die damit eng verknüpften weiteren Auswirkungen des Bevölkerungsrückgangs und der zunehmenden Überalterung gilt es Lösungen zu finden.

Vorwiegend im ländlichen Raum sinkt die Bewohnerdichte. Die Überalterung schreitet fort, während kaum junge Familien zuziehen. Diese Bedingungen haben zur Folge, dass sich die Versorgung mit Dienstleistungen vor Ort verschlechtert und die älteren Menschen, häufig mit eingeschränkter Mobilität, räumlich isoliert leben (Krings-Heckemeier 2010, 10 ff.). Ein mit steigendem Alter absinkendes Potenzial an Ehrenamtsarbeit kann sich zusätzlich negativ auf die Versorgung der von älteren Menschen geprägten ländlichen Räume auswirken (Nowossadeck et al. 2016, 18 ff.).

Besonders die Kommunen sind zunehmend gefordert, innovative Gegenmaßnahmen zu entwickeln, welche die zu erwartenden Veränderungen in der Pflegelandschaft berücksichtigen und Lösungen für den steigenden Bedarf an bezahlbaren Hilfeleistungen hervorbringen (Krings-Heckemeier 2010, 10 ff.).

Damit ältere Menschen auch mit zunehmenden motorischen oder sensorischen Einschränkungen in ihrer Wohnung bleiben können, müssen Wohnungsbestände langfristig attraktiv gestaltet werden (siehe Kapitel III.1, Leben und Wohnen). Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Falle einer Pflegebedürftigkeit folgend, kann dadurch der selbstständige Verbleib in der eigenen Häuslichkeit verlängert werden. Dies kann

nicht nur zunehmende Leerstände begrenzen, sondern auch den Bedarf an stationären Pflegeplätzen für die wachsende Zahl der Älteren abmildern. Damit verbundene moderate investive und laufende Kosten könnten die kommunalen Haushalte entlasten (Krings-Heckemeier 2010, 1 ff.).

Weitere Herausforderungen, die mit dem demografischen Wandel einhergehen, sind (MGEPA 2016, 34 ff.):

- die weit verbreitete Entberuflichung des Alters
- bestehende Feminisierung (aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen)
- Singularisierung (Trend zum Alleinleben wirkt sich auch im Alter aus)
- Bedeutungszunahme der Hochaltrigkeit und damit verbunden das zunehmende Risiko, altersbedingt chronisch-degenerative Erkrankungen und/oder Multimorbidität zu entwickeln
- ethnisch-kulturelle Differenzierung des Alters durch steigende Zahl älter werdender Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund

Vor dem Hintergrund eines bestehenden Hilfe- und Pflegebedarfs bei gleichzeitig rückläufigen informellen und familialen Unterstützungspotenzialen sind die Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger sowie die Schaffung alternativer Versorgungsmodelle zukünftig von wachsender Relevanz (siehe Kapitel III.3, Pflegende Angehörige). Ansätze eines gesteigerten nachbarschaftlichen Engagements sowie Hilfe durch andere Freiwillige werden in den Kapiteln Entlastung und Hilfe (siehe Kapitel III.3.5) bzw. Quartier (siehe Kapitel III.7) beschrieben.

Auch allgemeine ökonomisch bedingte und sozialstrukturelle Veränderungen des Lebenslaufs (z. B. Lebens-, Wohn-, Familien- und Arbeitsformen) wirken sich auf das Leben im Alter aus – ebenso wie ein teilweise bestehendes erhöhtes Armutsrisiko im Alter, welches aus Zeiten bestehender Arbeitslosigkeit während der Erwerbsbiografie und damit verbundenen niedrigeren Rentenbeitragszahlungen resultiert (MGEPA 2016, 34 ff.; Alltag et al. 2017, 3 f.).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur Aufgabe der älteren Menschen selbst, sondern auch die der Kommunen, Wohnungswirtschaft, Landespolitik und weiterer beteiligter Akteure, die Veränderungen durch die demografische Entwicklung und somit auch die Sicherstellung des „Generationenvertrags“ aktiv mitzugestalten.

Die Gesundheit und Pflege der pflegebedürftigen Älteren kann jedoch nicht als isoliertes Thema, sondern nur als Teil des komplexen gesellschaftlichen Systems verstanden werden. Vielfältige Lebensbereiche (z. B. Kommunikation, Wohnen, Wohnumfeld, Mobilität, alltagsbezogene Dienstleistungen, Freizeit, Kultur sowie Unterstützung von Familien- und Generationenbeziehungen und weiterer sozialer Netzwerke) müssen berücksichtigt werden, um konstruktive Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Sowohl für die Gesellschaft als auch für die Politik ergibt sich daraus nicht nur eine enorme gestalterische Herausforderung, sondern gleichzeitig eine Chance (MGEPA 2016, S. 37).

2.2 Pflegestatistiken

Im Jahr 2015 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in Sachsen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen, im Vergleich zu 2013 (knapp 150 000 Personen) um 11,6 % weiter auf 166 792 Personen (Bundesweiter Anstieg 9 %) (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 11). Dies entspricht etwa 5,5 % der gesetzlich pflegeversicherten Einwohnerinnen und Einwohner Sachsens. Im Bundesvergleich liegt Sachsen damit etwas über dem Durchschnitt (2,8 Mio.; 4 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b). Dies ist vorwiegend auf die verstärkte demografische Alterung in den ostdeutschen Bundesländern und eine damit verbundene Zunahme der Hochaltrigkeit zurückzuführen (Rothgang et al. 2016, 77 f.).

Der deutliche Gesamtanstieg der Zahl der Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zehn Jahre ist nicht allein auf die wachsende Pflegebedürftigkeit der Menschen zurückzuführen. Ebenso hat sich die Zahl der anspruchsberechtigten Personenkreise sowohl durch die Gesetzesreformen seit 2008 als auch den fortschreitenden Alterungsprozess der Gesellschaft erheblich erhöht (Schwinger et al. 2017, S. 300). Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird durch die Ausweitung der Anspruchsgrundlage ein weiterer deutlicher Anstieg prognostiziert (Rothgang et al. 2016, 84 f.). Bundesweit wird ein Anstieg von etwa 500 000 zusätzlichen Leistungsempfängerinnen und -empfängern erwartet (Kuhlmann 2016, S. 3). Sachsen erwartet durch die Umstellung etwa 36 000 mehr Anspruchsberechtigte (Fleischer, G., Sächsische Zeitung 17.12.2016).

2.2.1 Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Freistaat Sachsen ergeben sich deutliche Unterschiede nach Altersstufen und Geschlecht.

Sachsen hat im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ viele hochaltrige Pflegebedürftige. Der Anteil der ab 85-jährigen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen beträgt 40,5 %. Länder wie Mecklenburg-Vorpommern oder Berlin weisen mit einem 32-prozentigen Anteil hingegen jüngere Altersstrukturen in der Pflege auf (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, 5 f.). Während in Sachsen die Pflegequote[16] für die Pflegebedürftigen im Alter zwischen 75 und 85 Jahren 13,3 beträgt, steigt diese für die Altersgruppen der 85- bis 90-Jährigen (39,9) und über 90-Jährigen (69,3) deutlich an. Demnach steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit an. Bezüglich der Geschlechterunterschiede ist, bedingt durch den deutlich höheren Frauenanteil in der Bevölkerung mit steigendem Alter, die Pflegeprävalenz bei Frauen höher als bei Männern. Bis zum Alter von 74 Jahren haben Männer eine höhere Pflegequote, danach kehrt sich das Verhältnis um und der Anteil pflegebedürftiger Frauen überwiegt. Insgesamt sind knapp zwei Drittel (64,8 %) der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre Frauen (Bundesdurchschnitt: 64,0 %). Bei den Pflegebedürftigen mit 90 und mehr Jahren sind es bereits knapp 79 % (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, 5 ff.).

2.2.2 Grad der Pflegebedürftigkeit

Die Datenanalysen basieren auf den Zahlen der Statistischen Landesämter und des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 15. Dezember 2015. Deshalb kann keine Differenzierung nach den seit Anfang des Jahres 2017 geltenden neuen Pflegegraden

16 Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.

erfolgen. Demnach steigt bundesweit der Anteil der Personen mit Pflegestufe I von 52 auf knapp 58 %, wohingegen der Anteil mit Pflegestufe II und III in diesem Zeitraum gesunken ist (Schwinger et al. 2017, 260 f.; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 10). In Sachsen gestaltet sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit ähnlich. Am Jahresende 2015 waren 58 % der Pflegestufe I, 31 % der Pflegestufe II und 11 % der Pflegestufe III zugeordnet (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 10).

2.2.3 Pflege nach Versorgungsformen

In Sachsen wurden zum Stichtag 15. Dezember 2015 etwa 71 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. 49 115 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von Pflegeversicherungsleistungen wurden stationär betreut (29,4 %). Somit hat sich der Anteil dieser Versorgungsform seit 2005 stetig leicht verringert. Von den stationär Versorgten befanden sich etwa 10 % (4 976) in teilstationärer Tagespflege und 2,5 % (1 254) in Kurzzeitpflege. Knapp 41 % der Pflegebedürftigen in Sachsen bezogen ausschließlich Pflegegeldleistungen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Die Bedeutung der ambulanten Pflegedienste nimmt weiter zu (siehe Abbildung 1), denn diese sind bei knapp 30 % der Pflegebedürftigen für die Pflege zuständig oder zumindest daran beteiligt (ambulante Pflege und Kombinationsleistungen). Insgesamt ist eine tendenzielle Verschiebung von der alleinigen Betreuung durch Pflegedienste hin zu Kombinationsleistungen zu erkennen. Während 2005 nur etwa 4 % diese Leistungsart nutzten, wächst die Zahl im Jahr 2015 auf knapp 16 % der gesamten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

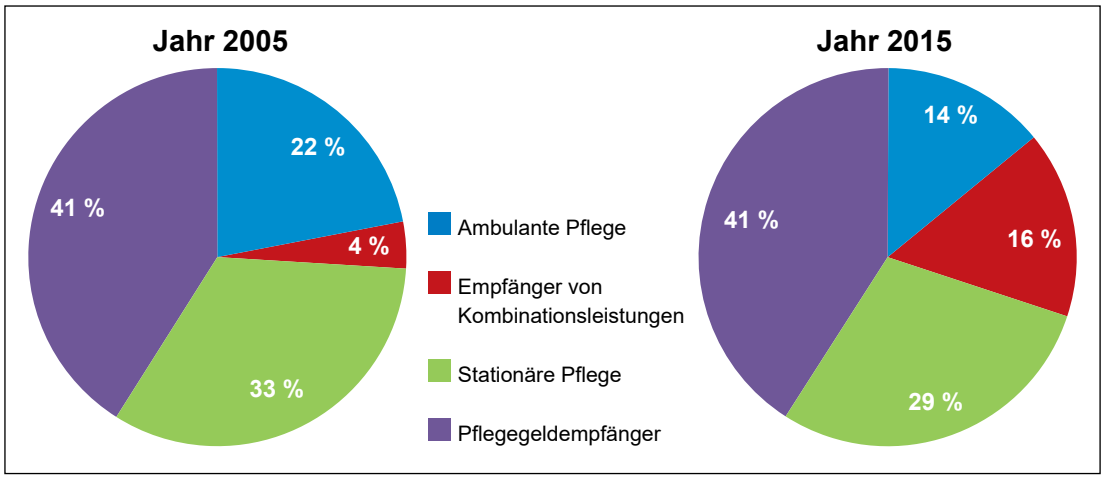

Abbildung 1: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Vergleich Dezember 2005 und 2015 nach Leistungsart (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Im Bundesvergleich werden in Sachsen überdurchschnittlich oft professionelle Pflegeleistungen genutzt. Während im Bundesdurchschnitt etwa 51,6 % der Pflegebedürftigen professionelle pflegerische Versorgung in Anspruch nehmen, sind es in Sachsen sogar 59,2 %. Bezüglich der vollstationären Versorgung liegt der Freistaat mit 29,4 % um zwei Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt und auch ambulante Pflegedienste werden mit knapp 30 % besonders häufig beansprucht (Bundesdurchschnitt: 24,2 %). Der Anteil rein durch Angehörige Gepflegter hingegen ist in

Sachsen mit knapp 41 % wesentlich geringer als im Bundesdurchschnitt (48,4 %) (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, 11 ff.; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Allerdings kann von einem insgesamt weit höheren Anteil pflegender Angehöriger ausgegangen werden. Der Anteil pflegender Angehöriger bei Kombinationsleistungen (16 %) lässt vermuten, dass auch hier mindestens ein pflegender Angehöriger vorhanden sein kann. Ebenso wie bei ausschließlicher Erbringung von Sachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst (14 %), ist nicht automatisch darauf zu schließen, dass hier kein Angehöriger mit in die Pflege involviert ist. Es heißt nur, dass ein ambulanter Pflegedienst einen Pflegebedarf bis zur maximalen Höhe der Pflegeversicherungsleistungen je nach Pflegegrad ausschöpft. Zudem bleiben in den Statistiken diejenigen Pflegebedürftigen (und deren Angehörige) unberücksichtigt, die bisher, aus welchen Gründen auch immer, noch keinen Antrag auf Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben oder deren Antrag nicht in einem Pflegegrad mündeten. Auch wenn Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt, können pflegende Angehörige unterstützend und entlastend für das Pflegepersonal weiter mitwirken.

Bezüglich der Nutzung der Versorgungsart nach Pflegestufen lässt sich für Sachsen folgendes Bild erkennen (siehe Abbildung 2): Etwa 72 % der allein durch Angehörige/Privatpersonen zu Hause Betreuten sind Pflegebedürftige mit Pflegestufe I. Auch in der ambulanten Pflege durch Pflegedienste werden zu einem Großteil (70 %) Pflegebedürftige mit Pflegestufe I betreut. Gut 6 % der in dieser Form versorgten Pflegebedürftigen besaßen Pflegestufe III. In vollstationärer Pflege werden überwiegend Pflegebedürftige mit Pflegestufe II versorgt (44 %). Die Abbildung 3 stellt die Verteilung der Pflegestufen nach Versorgungsart für Gesamtdeutschland dar und ermöglicht einen Vergleich mit dem Freistaat Sachsen. Es wird u. a. deutlich, dass in Sachsen mit lediglich 34,3 % wesentlich weniger Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in vollstationärer Pflege sind als im Bundesdurchschnitt (36,9 %). Daraus lässt sich schließen, dass verbesserte ambulante Angebote und teilstationäre Pflege alternative Möglichkeiten darstellen können, um die Wünsche dieser Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu berücksichtigen.

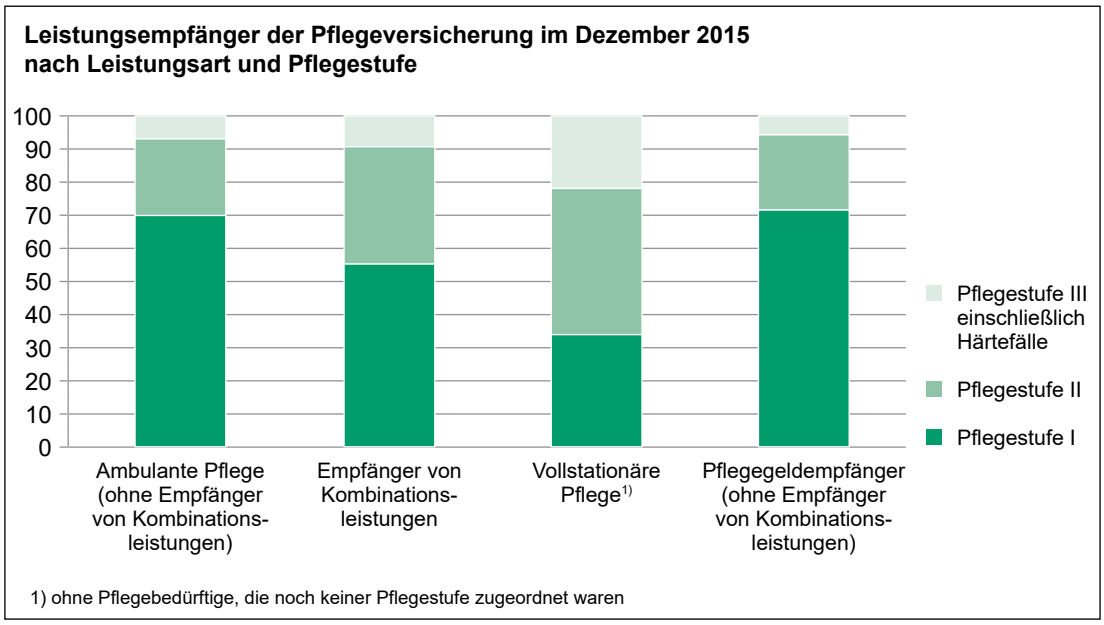

Abbildung 2: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Dezember 2015 nach Leistungsart und Pflegestufe im Freistaat Sachsen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

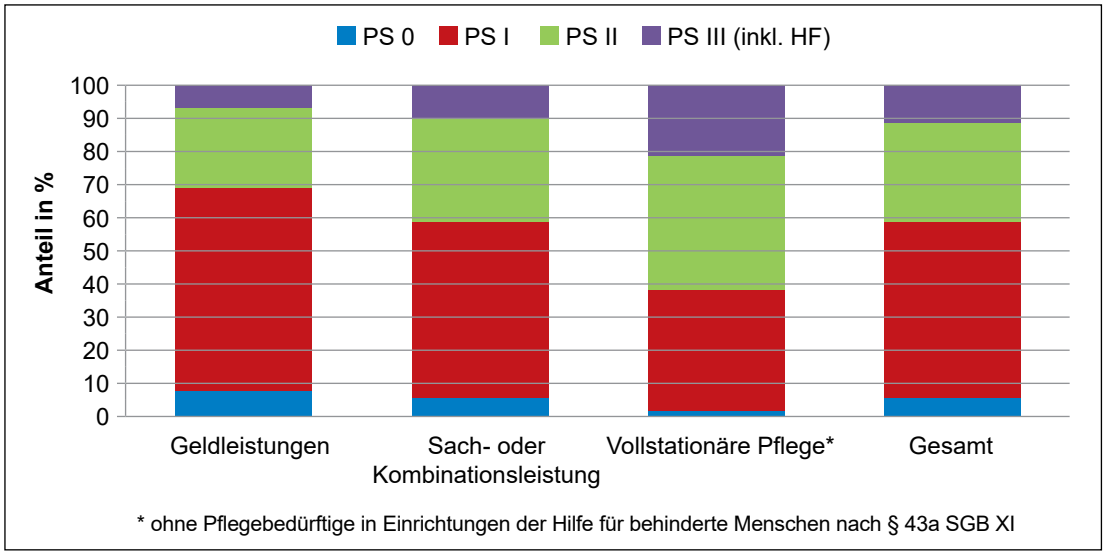

Abbildung 3: Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland nach Schwere der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Versorgungsform im Durchschnitt der Monate (2015) (nach Schwinger et al. 2017, S. 265).

2.2.4 Regionale Unterschiede der Pflegequoten und Art der Versorgung in Sachsen

Die unterschiedlichen Zahlen der Pflegebedürftigen in den kreisfreien Städten und Landkreisen sind stark von der Altersstruktur der Bevölkerung geprägt. Die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig weisen mit knapp 43 Jahren die niedrigsten Durchschnittsalter auf und haben demnach mit etwa 32,5 Pflegebedürftigen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner auch die wenigsten Pflegebedürftigen. Ländliche Regionen, beispielsweise Görlitz, der Landkreis Zwickau oder der Erzgebirgskreis, hingegen sind von einer wesentlich älteren Bevölkerung geprägt (Durchschnittsalter zwischen 48,3 und 48,9 Jahre). Diese weisen mit 55,9 (Görlitz), 44,4 (Zwickau) und 46,5 (Erzgebirgskreis) Pflegebedürftigen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich höhere Zahlen auf.

Für Sachsen insgesamt liegt die Zahl Pflegebedürftiger je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner bei knapp 41 (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Auch die Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsformen ist zwischen den kreisfreien Städten und den sächsischen Landkreisen sehr unterschiedlich (siehe Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsformen der kreisfreien Städte und Landkreise Sachsens (absolute Zahlen) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Kreisfreie Städte/Landkreise (Gebietsstand ab 01.08.08)	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung am Jahresende 2015		Pflegebedürftige der Pflegedienste	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit stationärer Pflege	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit Kurzzeitpflege	Pflegegeld-empfänger/-innen (ohne Kombileistungen)	nachrichtlich Pflegebedürftige der Pflegeheime mit teilstationärer Pflege
	Insgesamt	darunter mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz						
Freistaat Sachsen	166792	77084	49618	49115	47861	1254	68059	4976
Chemnitz, Stadt	10067	4695	2800	3211	3106	105	4056	261
Erzgebirgskreis	16168	7559	5483	4146	4067	79	6539	335
Mittelsachsen, Landkreis	13151	6354	4050	3929	3815	114	5172	399
Vogtlandkreis	8545	4543	2616	3079	3058	21	2850	198
Zwickau, Landkreis	14396	6878	4460	4503	4412	91	5433	528
Dresden, Stadt	17704	8098	4653	5626	5472	154	7425	476
Bautzen, Landkreis	14300	6821	3900	3759	3496	263	6641	447
Görlitz, Landkreis	14522	7014	4657	3697	3609	88	6168	493
Meißen, Landkreis	10909	4732	3490	2612	2543	69	4807	513
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Landkreis	10427	4720	2875	3305	3231	74	4247	378
Leipzig, Stadt	18084	7806	5330	5958	5832	126	6796	433
Leipzig, Landkreis	9973	4420	2868	2986	2959	27	4119	226
Nordsachsen, Landkreis	8546	3444	2436	2304	2261	43	3806	289

Tabelle 2: Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsformen der kreisfreien Städte und Landkreise Sachsens (Zahl je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner), (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Kreisfreie Städte/Landkreise (Gebietsstand ab 01.08.08)	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung am Jahresende 2015		Pflegebedürftige der Pflegedienste	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit stationärer Pflege	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege	Pflegebedürftige der Pflegeheime mit Kurzzeitpflege	Pflegegeldempfänger/-innen (ohne Kombileistungen)	nachrichtlich Pflegebedürftige der Pflegeheime mit teilstationärer Pflege
	Insgesamt	darunter mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz						
Freistaat Sachsen	40,8	18,9	12,1	12,0	11,7	0,3	16,7	1,2
Chemnitz, Stadt	40,5	18,9	11,3	12,9	12,5	0,4	16,3	1,0
Erzgebirgskreis	46,5	21,7	15,8	11,9	11,7	0,2	18,8	1,0
Mittelsachsen, Landkreis	42,1	20,3	13,0	12,6	12,2	0,4	16,6	1,3
Vogtlandkreis	36,8	19,6	11,3	13,3	13,2	0,1	12,3	0,9
Zwickau, Landkreis	44,4	21,2	13,7	13,9	13,6	0,3	16,7	1,6
Dresden, Stadt	32,6	14,9	8,6	10,3	10,1	0,3	13,7	0,9
Bautzen, Landkreis	46,7	22,3	12,7	12,3	11,4	0,9	21,7	1,5
Görlitz, Landkreis	55,9	27,0	17,9	14,2	13,9	0,3	23,7	1,9
Meißen, Landkreis	44,5	19,3	14,2	10,7	10,4	0,3	19,6	2,1
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Landkreis	42,1	19,1	11,6	13,4	13,1	0,3	17,2	1,5
Leipzig, Stadt	32,3	13,9	9,5	10,6	10,4	0,2	12,1	0,8
Leipzig, Landkreis	38,6	17,1	11,1	11,6	11,5	0,1	15,9	0,9
Nordsachsen, Landkreis	43,2	17,4	12,3	11,7	11,4	0,2	19,3	1,5

2.2.5 Pflegerische Infrastruktur – Leistungsanbieter

Zum Jahresende 2015 standen seitens der professionellen Versorgung Pflegebedürftiger in Sachsen insgesamt 1 953 Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Davon waren 1 068 ambulante Pflegedienste und 885 stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationäre, teilstationäre und Kurzzeitpflege). Der Trend des wachsenden Versorgungsangebotes setzt sich demnach weiter fort.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Anzahl der stationären Einrichtungen hat sich seit 1999 (439 Einrichtungen) bis zum Jahresende 2015 fast verdoppelt. In den 885 Einrichtungen standen zum Jahresende 2015 55 266 Plätze zur Verfügung. Die meisten Einrichtungen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft (478). In diesen wird der Hauptbeitrag der stationären Pflege geleistet, denn darin werden über die Hälfte der stationär betreuten Pflegebedürftigen versorgt. In privater Trägerschaft befanden sich etwa 374 und in öffentlicher lediglich 33 Einrichtungen. Während eine Pflegeeinrichtung 1999 noch durchschnittlich 79 Pflegeplätze vorhielt, waren es 2015 nur noch 61. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt sind sächsische Einrichtungen etwas kleiner, da eine Pflegeeinrichtung im Bundesdurchschnitt eine Platzkapazität von etwa 63 aufweist (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b, S. 21; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Besonders deutlich ist ein Anstieg bei Plätzen für Tages- und Nachtpflege zu verzeichnen. Zum Jahresende 2015 standen 4 115 Plätze zur Verfügung, was einem Anstieg um knapp 30 % gegenüber 2013 entspricht. Auch Kurzzeitpflegeplätze werden nach dem Tiefstand im Jahr 2013 (945 Plätze) wieder vermehrt vorgehalten (1 005 Plätze). Die Zahl liegt jedoch unter dem Höchststand 2009 (1 155) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b). Der zwischenzeitliche Abbau der Platzkapazitäten ist beispielsweise mit der regulären Beendigung von Versorgungsverträgen sowie der Einbindung angegliederter Kurzzeitpflegen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu begründen. Durch veranlasste Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung entstanden in den letzten Jahren neue Kurzzeitpflegen (Lotze 2016). Dennoch ist das Angebot an Kurzzeitpflege aktuell noch nicht ausreichend, um den Bedarf der mindestens 118 000 anspruchsberechtigen und noch in der Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen annähernd zu decken (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b). Würden diese 118 000 Pflegebedürftigen und/oder deren Angehörige, einen 4-wöchigen Aufenthalt nutzen (bis zu 6 Wochen sind möglich), gerechnet bei 1 000 vorhandenen Plätzen, zeigte sich ein reichlich 12-facher Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen.

Die Auslastung der stationären Pflegeplätze liegt nahezu bei 100 % (Bundesdurchschnitt: ca. 89 %), denn durchschnittlich wurden Ende 2015 pro Pflegebedürftigen in stationärer Pflege nur 1,05 Plätze ausgewiesen. Regional gibt es jedoch sehr starke Unterschiede, denn während beispielsweise in Leipzig und Dresden 1,08 bzw. 1,10 Plätze je insgesamt Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, sind ländliche Gebiete etwas schlechter versorgt. Im Erzgebirgskreis (1,0), Bautzen (1,02) oder Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (0,99) sind wesentlich weniger Plätze je insgesamt Pflegebedürftige verfügbar. Es lässt sich folglich ein Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage konstatieren. Je mehr Plätze verfügbar sind, desto größer ist auch die Nachfrage nach dieser Versorgungsform (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b; Destatis 2017b, S. 22).

Ambulante pflegerische Versorgung

Auch die Zahl der ambulanten Pflegedienste wächst stetig. In den letzten zehn Jahren wuchs deren Zahl in Sachsen von 913 (2005) um etwa ein Sechstel auf 1 068 zum Jahresende 2015. Die Anzahl der dort Beschäftigten hingegen hat sich im gleichen Zeitraum von knapp 13 800 auf etwa 24 200 fast verdoppelt. Demzufolge steigt nicht nur die Einrichtungsanzahl, sondern auch deren Größe. Zum Jahresende 2015 wurden in Sachsen im Durchschnitt etwa 46 Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst betreut. Im Bundesvergleich liegt Sachsen damit deutlich unter dem Durchschnitt, welcher etwa bei 52 Betreuten je ambulantem Pflegedienst liegt. In Sachsen werden die meisten Pflegebedürftigen (58,6 %) in Einrichtungen privater Trägerschaft versorgt. Etwa 40,5 % der ambulant Versorgten werden von Einrichtungen frei gemeinnütziger Träger versorgt. Öffentliche Träger sichern lediglich die Pflege von 0,9 % ab. Auffällig ist, dass Einrichtungen öffentlicher Träger mit durchschnittlich 63 Beschäftigten je Einrichtung deutlich mehr Pflegepersonal beschäftigen als die frei gemeinnützigen mit durchschnittlich 45 Beschäftigten oder die privaten Träger mit sogar nur 38 Beschäftigten je Einrichtung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b).

Bei ambulanten Pflegediensten bestehen auch deutliche regionale Unterschiede. Während Regionen wie Leipzig (188), Dresden (193), Zwickau (184) und der Erzgebirgskreis (186) besonders viele ambulante Pflegedienste aufweisen, gibt es beispielsweise im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (117) oder in Nordsachsen (107) deutlich weniger (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2017b). Auch hier wirkt u. a. sowohl die Nachfrage als auch die Verfügbarkeit alternativer Versorgungsformen angebotsregulierend.

2.3 Literaturverzeichnis

Alltag, S.; Nowossadeck, S.; Stein, J.; Hajek, A.; König, H.H.; Riedel-Heller, S. G.; Nowossadeck, E. (2017). Regionale Unterschiede bei demografischer Alterung. In: *Psychiatrische Praxis. DOI:* 10.1055/s-0043-102151.

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Fleischer, G., Sächsische Zeitung (2016). Pflege zu Hause wird mehr honoriert. Höheres Pflegegeld, höhere Sachleistungen und ein neuer Entlastungsbetrag sollen Angehörigen ab Januar helfen. Dresden. http://www.sz-online.de/ratgeber/pflege-zu-hause-wird-mehr-honoriert-3567065.html [16.05.2017].

Krings-Heckemeier, M.T. (2010). Neue Herausforderungen durch den demografischen Wandel. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V. – Bundesvereinigung. Hannover. http://www.kompetenznetzwerk-wohnen.de/sub/de/wissenspool/demografie/index.php, [04.04.2017].

Kuhlmann, B. (2016). Stellungnahme der AOK Plus zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung: Enquete-Kommission Pflege.

Lotze, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung: Enquete-Kommission Pflege.

MGEPA (2016): Alt werden in Nordrhein-Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren: Altenbericht NRW. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/altenbericht-lang-web-pdf/von/altenbericht-nrw-alt-werden-in-nrw-langfassung/vom/mgepa/2285 [08.02.2017].

Nowossadeck, S.; Engstler, H.; Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Berlin, Report Altersdaten 1/2016).

Raffelhüschen, B.; Hackmann, T.; Metzger, C. (2011): Alter, Rente, Grundsicherung. (ARG). eine Studie für Sachsen. Dresden: Sächs. Staatsministerium für Soziales u. Verbraucherschutz.

Rothgang, H.; Klawitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016). Barmer-GEK-Pflegereport. Siegburg: Asgard-Verl.-Service (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42).

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012). Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten. Was ist zu tun. Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [08.10.2016].

SMI (2016). Bevölkerungsentwicklung für Sachsen bis 2030 neu berechnet. Medieninformation. Dresden. Kunze-Gubsch, A. https://www.statistik.sachsen.de/download/080_RegBevPrognose/SMI_052_Bevoelkerungsvorausberechnung.pdf [04.04.2017].

Schürt, A.; Braun, R. (Hg.) (2014). Aktuelle und zukünftige Entwicklung von Wohnungsleerständen in den Teilräumen Deutschlands. Datengrundlagen, Erfassungsmethoden und Abschätzungen. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Stand: September 2014. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2014/DL_Wohnungsleerstaende.pdf?__blob=publicationFile [05.04.2017].

Schwinger, A.; Jürchott, K.; Tsiasioti, C. (2017). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A.; Klauber, J. (Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 255–303.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich. Pflegebedürftige. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.), Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002159004.pdf?__blob=publicationFile [08.10.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [12.12.2016].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2014). Zensus 2011. Kamenz: Statistisches Landesamt Sachsen.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2016a). 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2015 bis 2030. Gebietsstand: 1. Januar 2016. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2016b). Statistiken zur Bevölkerung. Bevölkerungsbestand am 31. Dezember 2015. Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/html/426.htm [21.03.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2017a). Statistisch betrachtet. Senioren in Sachsen. Ausgabe 2016. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2017b). Statistisch betrachtet. Pflege 2017. https://www.statistik.sachsen.de/download/030_SB-Soziales/K_VIII_3_2j_15_Pfl_t001.pdf [19.01.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2017c). Wohnen im Freistaat Sachsen. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-F/F_I_1_4j14_SN.pdf [21.03.2017].

III. Pflegerische Versorgung in Sachsen gestalten – Handlungsfelder

III.a Pflegebedürftige, Familie, Ehrenamt

1 Leben und Wohnen bei Pflege- und Unterstützungsbedarf

1.1 Wohnformen

Die Wohnmöglichkeiten im Alter werden immer individueller und berücksichtigen verstärkt die verschiedenen Bedarfs- und Bedürfnislagen älterer Menschen (Altenberichtskommission, 2016, S. 222; Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2011, S. 9). In den letzten Jahren wurden unterschiedliche Wohnformen mit einer großen Spannbreite zwischen dem Wohnen in der eigenen Häuslichkeit und der vollstationären Versorgung entwickelt. Die Tabelle 29 im Anhang D zeigt eine Übersicht über die gegenwärtigen Wohn- und Versorgungsformen. Eine Auswahl davon wird in dem nachfolgenden Abschnitt näher vorgestellt.

1.1.1 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

Das Thema „Wohnen im Alter“ wird meist mit bestimmten Sonderwohnformen (Pflegeeinrichtung, Betreutes Wohnen etc.) assoziiert. Entgegen dieser Vorstellung leben die meisten Menschen auch noch im höheren Lebensalter in ihrer eigenen Wohnung. So wohnen in Deutschland über 93 % der über 65-Jährigen und noch zwei Drittel aller über 90-Jährigen zu Hause, auch wenn sie schon auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. (BMVBS, 2011, S. 9). Dieser Trend lässt sich auch im Freistaat Sachsen erkennen. Ende 2015 wurde die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen (70,6 %) zu Hause versorgt (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 7). Vor diesem Hintergrund nimmt die eigene Wohnung im Rahmen der pflegerischen Versorgung im Alter einen besonderen Stellenwert ein (Viehweger et al., 2015, 22 ff.).

Die demografische Entwicklung und die veränderten Lebensformen spiegeln sich ebenfalls in einer abnehmenden durchschnittlichen Haushaltsgröße wider. So lebten 1991 im Freistaat Sachsen noch durchschnittlich 2,3 Personen in einem Haushalt. Im Jahr 2015 waren es bereits nur noch 1,9 Personen. Einpersonenhaushalte sind mit einem Anteil von 43,3 % die häufigste Haushaltsform in Sachsen und liegen damit über dem Bundesdurchschnitt (41,1 %) (Statistisches Bundesamt, 2016, S. 1, 2017b). Ein Drittel (33,3 %) der über 65-Jährigen lebt in Einpersonenhaushalten (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016, S. 12). Unterschiede bestehen zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Dies wird an der Verteilung der Haushaltsgrößen, unterschieden nach Gemeindegrößenklassen, deutlich. Demnach lebten 2014 34,3 % der Menschen in Sachsen in Gemeinden mit unter 5 000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Einpersonenhaushalten und ca. 24,9 % in Haushalten mit drei und mehr Personen. Im Vergleich dazu liegt in städtischen Räumen, also Gemeinden mit 100 000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern, die Zahl der Einpersonenhaushalte mit 52,5 % deutlich darüber, wohingegen die Zahl der Haushalte mit mindestens drei Personen bei 16,1 % liegt (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 11).

Tabelle 3: Haushalte in Deutschland und Sachsen 2014 (Jahresdurchschnitt) nach Haushaltsgröße und Gemeindegrößenklassen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

Haushaltsgröße	Deutschland			Sachsen		
	Insgesamt	Darunter		Insgesamt	Darunter	
		Gemeinde mit 100 000 und mehr Einwohner/-innen	Gemeinde mit unter 5 000 Einwohner/-innen		Gemeinde mit 100 000 und mehr Einwohner/-innen	Gemeinde mit unter 5 000 Einwohner/-innen
			1.000			
Haushalte	**40 223**	**13 895**	**5 413**	**2 156,5**	**763,8**	**362,2**
mit … Person(en)						
1	16 412	6 933	1 725	926,7	401,3	124,4
2 und mehr	23 810	6 963	3 688	1 229,9	362,5	237,8
2	13 837	4 241	2 009	804,0	239,6	147,7
3 und mehr	9 973	2 722	1 679	425,9	122,9	90,1
			Prozent			
Haushalte	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***
mit … Person(en)						
1	*40,8*	*49,9*	*31,9*	*43,0*	*52,5*	*34,3*
2 und mehr	*59,2*	*50,1*	*68,1*	*57,0*	*47,5*	*65,7*
2	*34,4*	*30,5*	*37,1*	*37,3*	*31,4*	*40,8*
3 und mehr	*24,8*	*19,6*	*31,0*	*19,7*	*16,1*	*24,9*

1.1.2 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen ist eine Kombination aus unterschiedlich organisierten Formen des Wohnens, der Betreuung und der Pflege. Eine einheitliche Definition ist nicht vorhanden. Es ist auch als Service-Wohnen, Senioren-Wohnen oder offene Altenhilfe bekannt geworden und umschreibt ein Wohnverhältnis, das verschiedene Grund- und Wahldienstleistungen vorhält (Schroth, 2016).

Das Betreute Wohnen unterliegt in der Regel nicht den für vollstationäre Einrichtungen geltenden heimrechtlichen Bestimmungen. Als Voraussetzung muss dafür gewährleistet werden, dass Betreiberinnen und Betreiber (Leistungsanbieter) und Vermieterinnen und Vermieter nicht als dieselbe Person auftreten. Die Umsetzung gestaltet sich im Idealfall so, dass die Bewohnerin/der Bewohner eine barrierefreie bzw. barrierearme Wohnung in einer speziellen Wohnanlage bewohnt und ein vom Träger vorgesehenes Grundleistungspaket erhält, wofür monatlich eine Betreuungspauschale anfällt. Die Spannweite an Grundleistungen ist sehr breit und reicht etwa von geringen Dienstleistungen (z. B. Notrufdienst, Wohnungsreinigung, Vermittlung und Organisation von Hilfsleistungen) bis hin zum Wohnen mit Garantie einer heimgleichen 24-Stunden-Versorgung im Bedarfsfall (z. B. Seniorenresidenzen) (Schroth, 2016).

Die Inanspruchnahme dieser und der Wahldienstleistungen erfolgt individuell auf Grundlage einer „Komm-Struktur“ und muss demnach selbst eingefordert werden. Eine ständige Anwesenheit von Betreuungspersonal ist nicht vorgesehen. Diese Wohnform eignet sich besonders für Bewohner mit einem noch sehr hohen Grad an

Selbstständigkeit. Das eigenständige Leben kann mit den Vorteilen einer Gemeinschaft verknüpft werden. Auch die soziale Teilhabe wird in diesem Rahmen der Betreuung erleichtert (Blüher & Jacobs, 2015, S. 19; Kilchert, 2017, 1 ff.).

Betreutes Wohnen kann im Vergleich zu anderen Versorgungsformen kostenintensiver sein. Die Inanspruchnahme dieser Wohnform zeigt, dass diese weniger von jüngeren Alten, sondern eher von Hochaltrigen ab 80 Jahren angenommen wird. Außerdem wählen vorrangig alleinstehende Ältere (ca. 75 %) dieses Versorgungsangebot. Das Betreute Wohnen ist mit ca. 2 % der bundesweiten Versorgungsquote der über 65-Jährigen eine eher gering verbreitete Wohnform (Altenberichtskommission, 2016, S. 224; Blüher & Jacobs, 2015, S. 19). Ein bedeutender Nachteil dieser Wohnform ist die Notwendigkeit eines erneuten Umzuges aus der betreuten Wohn- in eine andere Pflegeeinrichtung, wenn der Unterstützungsbedarf steigt bzw. ein hoher Pflegebedürftigkeitsgrad besteht (Kilchert, 2017, 1 ff.).

1.1.3 Alternative Wohnformen

Zunächst lassen sich mit dem Begriff der alternativen Wohnformen solche Wohnformen beschreiben, welche sich von der konventionellen (Miet-)Wohnung, dem klassischen Betreuten Wohnen und den vollstationären Wohnformen abgrenzen (Steindorf, 2016). Bisher werden alternative Wohnformen wie *Pflegewohngruppen, integriertes Wohnen* oder *gemeinschaftliches Wohnen* noch sehr selten (weniger als 1 %) von der Altersgruppe der über 65-Jährigen genutzt (Altenberichtskommission, 2016, S. 24; BMVBS, 2011, S. 27).

Integriertes Wohnen ist keine spezifische Wohnform, sondern ein Konzept für das Zusammenleben von Menschen mit besonderen (nicht nur altersspezifischen) Bedarfen mit besonderem Fokus, die soziale Teilhabe zu ermöglichen. Dabei haben bei Betreuungs- und Fürsorgeaufgaben nicht professionelle Dienstleistungen, sondern die Selbst- und Nachbarschaftshilfe Vorrang. Vertrautheit und Geborgenheit innerhalb der Mitglieder zu gewährleisten und gleichzeitig die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern, ist das Hauptziel (Altenberichtskommission, 2016, S. 224).

Bei der Form des **gemeinschaftlichen Wohnens** ist die Hausgemeinschaft in ihrer Ausprägung als Mehrgenerationenprojekt am meisten verbreitet. Als sehr attraktiv wird die Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung der Generationen in räumlicher Nähe eingeschätzt.

Haus- oder Wohngemeinschaften können als eine Art Übergangsform von selbstbestimmtem zu Betreutem Wohnen betrachtet werden. Je nach Hilfebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner reicht die Art der Organisation von vollständig selbst organisiert bis hin zu verschiedenen Unterstützungsanteilen durch externe Betreuung (Altenberichtskommission, 2016, S. 224; BMVBS, 2011, S. 28).

Pflege-Wohngemeinschaft (Pflege-WG). „Die Wohngemeinschaft ist die kleinste gemeinschaftliche Wohnform in Bezug auf die Anzahl der Bewohner, die Baustruktur und den Organisationsgrad“ (Kroll, 2010, 1 ff.). Diese können einerseits von den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern selbst organisiert, selbstverantwortlich bzw. selbstbestimmt geführt werden. Andererseits können sie strukturell abhängig, trägergesteuert, nicht selbst organisiert, nicht selbstbestimmt oder nur mit eingeschränkter Selbstbestimmtheit bzw. mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung aufgebaut werden.

Die Grundstruktur der ambulant betreuten Wohngemeinschaft besteht aus drei bis zwölf älteren, hilfebedürftigen Menschen, die in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben. Neben einem eigenen Schlafraum stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinsam genutzte Räume wie Küche, Bad, Esszimmer und Wohnzimmer zur Verfügung (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003, S. 9). Die Pflege ist im Vergleich zur Wohnform des gemeinschaftlichen Wohnens stärker auf die individuellen Pflegebelange der Älteren ausgerichtet. Die permanente Anwesenheit des Pflegepersonals vor Ort ist nicht zwingend erforderlich.

Informationen über die Verbreitung dieser Wohnform liegen kaum vor. Der Betrieb von Pflege-WGs unterliegt den jeweiligen landesheimrechtlichen Regelungen, die durch die einzelnen Bundesländer (bis auf Thüringen) in den vergangenen Jahren aufgelegt wurden. Eine regelmäßige Kontrolle der Wohngemeinschaften zur Sicherung der Qualität findet fast ausschließlich bei den anbieterverantworteten Wohngemeinschaften statt. Eine Ausnahme stellt das Bundesland Bayern dar, welches auch die selbstverantworteten Wohngemeinschaften regelmäßig überprüft (Altenberichtskommission, 2016, 224 f.)

Die zeitversetzte Umsetzung der Landesheimgesetze spiegelt die unterschiedliche Bedeutung dieser Versorgungsform in den einzelnen Bundesländern wider und damit auch die Verfügbarkeit dieser Wohnform. Unter anderem sind ambulant betreute Wohngemeinschaften laut Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) und der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen aufgrund der strengen Regularien des seit 2012 geltenden Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes (SächsBeWoG) im Vergleich zu anderen Bundesländern gering verbreitet. Einschränkungen der Wahlfreiheit durch Maßgaben zu den Verbindungen zwischen Pflegedienstleistern und der Vermieterin/dem Vermieter sowie fehlende Vorgaben zu selbstbestimmten Wohngemeinschaften sind nur einige Gründe für Hemmnisse und Verunsicherung (Faensen, 2016; Pöhler, 2016; Steindorf, 2016).

Obwohl diese Wohnformen eine gute Alternative zum Wohnen in einer konventionellen Wohnung und der stationären Unterbringung bieten können, spielen sie im Hinblick auf ihre Verbreitung bei der heutigen älteren Generation noch eine untergeordnete Rolle (Altenberichtskommission, 2016, S. 225).

1.1.4 Leben in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 (2) SGB XI sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung ausgebildeter Pflegefachkräfte gepflegt werden, voll- oder teilstationär untergebracht sind und verpflegt werden können. Sie bieten den Bewohnerinnen und Bewohnern eine umfängliche Betreuung vor Ort, bei der die Pflege im Vordergrund steht.

Laut amtlicher Statistik gab es Ende 2015 in Sachsen 885 stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationäre und teilstationäre sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen) mit 55 266 verfügbaren Plätzen. 54 091 Leistungsempfängerinnen und -empfänger wurden stationär betreut. Dies entspricht 32,4 % der Pflegebedürftigen Sachsens (9 % davon erhielten teilstationäre Pflegeleistungen). Ein leichter Anstieg ist gegenüber dem Jahr 2013 (31,1 %) zu verzeichnen. Auch der Anteil der teilstationären Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist um 1 % gestiegen (2013: 8 %). Im Ländervergleich liegt Sachsen knapp drei Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt (29,5 %). Bei Aufschlüsselung

nach Pflegestufen[17] zeigt sich eine überwiegende Inanspruchnahme durch Pflegebedürftige mit Pflegestufe II (43,8 %; Bundesdurchschnitt: 39,6 %). 21,5 % der vollstationär Gepflegten haben die Pflegestufe III (Bundesdurchschnitt: 20,5 %). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I liegt mit 34,2 % unter dem deutschlandweiten Anteil von 38,8 % (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, 13 f.).

Bezüglich der stationären Pflegeeinrichtungen hat sich die Zimmerbelegung im Vergleich zu 1999 deutlich verbessert. 62,0 % der Plätze in vollstationärer Dauerpflege sind in Einbettzimmern angelegt (Bundesdurchschnitt: 64,5 %). Sachsenweit werden lediglich 0,1 % (Bundesdurchschnitt: 0,4 %) noch in Drei- oder Mehrbettzimmern angeboten. Die übrigen sind Zweibettzimmer (Sachsen: 37,9 %; Bundesdurchschnitt: 35,1 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 21).

Der Schwerpunkt pflegerischer Unterstützung erstreckt sich statistisch über eine weite Zeitspanne von wenigen Monaten bis zu fünf Jahren. Regionale Unterschiede werden dabei deutlich. Beispielsweise beträgt in Leipzig die Verweildauer vom Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung bis zum Tod in 50 % der Fälle weniger als ein Jahr. Im ländlichen Raum hingegen, z. B. in Auerbach, ist die Betreuungszeit deutlich länger. Sie beträgt in 52 % der Fälle zwischen ein bis fünf Jahre. Gründe dafür liegen eventuell in der teils geringer ausgestalteten infrastrukturellen Anbindung an Gesundheitsleistungen auf dem Land, sodass keine geeignete Alternative zum Einzug in die Pflegeeinrichtung besteht. Durch den erschwerten Zugang und fehlende Versorgungsalternativen wird der Eintritt in eine Pflegeeinrichtung beschleunigt und bereits geringe Alltagseinschränkungen können zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung führen. Ein unterschiedlicher Auslastungsgrad der Heime in den einzelnen Regionen könnte ebenfalls ein frühzeitigeres Eintreten ermöglichen bzw. verhindern (Viehweger et al., 2015, 20 f.).

1.2 Exkurse

1.2.1 Exkurs: Altersgerechte Wohnraumanpassung

Für altersgerechtes barrierefreies bzw. barrierearmes Wohnen gibt es aktuell keine allgemeingültige Definition. Die Standards des barrierefreien Bauens sind in der DIN-Norm 18040 (siehe unten) festgeschrieben und werden vorzugsweise für neu gebaute Gebäude und Wohnungen angewendet. Von einer flächendeckenden Umsetzung in Bestandsgebäuden wird aufgrund der damit verbundenen hohen Umrüstungs- und Renovierungskosten sowie einer erschwerten Umsetzbarkeit häufig abgesehen (Brylok & Winkler, 2016).

Die DIN-Norm zum barrierefreien Bauen konkretisiert die allgemeine Forderung des § 4 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG), welche Folgendes besagt:

> *„Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.“*

17 Von einer Aufschlüsselung nach Pflegegraden wird an dieser Stelle vorerst abgesehen, da zum Zeitpunkt der Berichtveröffentlichung die entsprechende Pflegestatistik noch nicht veröffentlicht ist.

Für den Wohnungsbau gilt die DIN 18040 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen“ (2011). Sie umfasst die barrierefreie Planung, Ausführung und Ausstattung von Wohnungen, Gebäuden mit Wohnungen und deren Außenanlagen. Als Kernpunkte der Norm sind Empfehlungen zu notwendigen Bewegungsflächen, zur Vermeidung von Stufen und Schwellen sowie notwendige Türbreiten und Höhen von Bedienungselementen festgeschrieben. Zwei Hauptbereiche, die in besonderer Weise zur Einschränkung der selbstständigen Lebensweise führen, sind laut Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) Stufen beim Zugang oder innerhalb der Wohnung sowie Schwellen zu Balkon/Terrasse und Barrieren in den Sanitärbereichen (z. B. zu geringe Bewegungsflächen, Barrieren bei der Nutzung von WC oder Waschgelegenheiten) (BMVBS, 2011, S. 59).

Feste Vorschriften bzw. Maße zur Festlegung von „Barrierearmut“ bestehen derzeit nicht. Eine barrierearme Wohnraumgestaltung soll sich an den Bedürfnissen älterer oder behinderter Menschen orientieren (Brylok & Winkler, 2016) und bedeutet laut BMVBS die Einhaltung folgender vier Mindestanforderungen (BMVBS, 2011, 25):

- Nicht mehr als drei Stufen zum Haus oder zum Wohnungseingang (oder technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren),
- Keine Stufen innerhalb der Wohnung (oder technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren),
- Ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich,
- Vorhandensein einer bodengleichen Dusche

Die Anpassungsmaßnahmen haben demnach zum Ziel, eine alterskompatible bauliche Ausstattung vorzuhalten, welche möglichst keine Barrieren oder sonstige Gefahrenquellen birgt, die die Nutzung der vertrauten Wohnung des älteren Menschen einschränken und eine zum Großteil selbstständige Haushaltsführung ermöglichen (BMVBS, 2011, S. 25).

Darüber hinaus umfasst altersgerechtes Wohnen laut dem BMVBS nicht nur die Gestaltung einer weitgehend barrierefreien/-armen Wohnung, sondern ebenso die Realisierung eines barrierefreien/-armen Wohnumfeldes, einer ortsnahen Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie sozialer und pflegerischer Unterstützungsangebote (BMVBS, 2011, S. 25).

Laut BMVBS (2011, S. 40) sind deutschlandweit lediglich 5,2 % der Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) weitgehend barrierefrei. Dies entspricht bei ca. elf Millionen vorhandenen Seniorenhaushalten ca. 570 000 Wohnungen. Schätzungen für den heutigen Mindestgesamtbedarf an barrierearmen Wohnungen in Sachsen variieren in vorhandenen Studien. Unter Betrachtung der Zahlen für Pflegebedürftige in häuslicher Versorgung beträgt der Bedarf rund 93 000 Wohnungen (Viehweger et al., 2015, S. 87). Bezugnehmend auf die Studie des Instituts für Holztechnologie (2017) wird aktuell von einem Bedarf an zusätzlich 74 000 bedarfsgerecht barrierefreien Wohnungen für motorisch behinderte Menschen und 26 000 für sensorisch behinderte Menschen ausgegangen (Institut für Holztechnologie gGmbH, 2017, S. 9). Ein exakter Bedarf für die Personengruppe der älteren Pflegebedürftigen kann daraus nicht direkt abgeleitet werden, ermöglicht jedoch eine Orientierung. Beide Studien belegen, dass von einem weiteren Anstieg des Bedarfs für barrierefreie und -arme Wohnungen auszugehen ist. Dies ist nicht nur in der steigenden Zahl pflegebedürftiger und behinderter Menschen bis 2030 begründet (Institut für Holztechnologie gGmbH, 2017, 129 ff.; Viehweger et al., 2015, 86 ff.). Des Weiteren haben sowohl jüngere als auch ältere, noch nicht pflegebedürftige Personen ebenfalls Interesse an derartig gestaltetem

Wohnraum. Perspektivisch wird damit ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit gesichert, ohne dass ein Umzug nötig wird. Langfristig ist aufgrund der Förderung alternativer Wohnformen ebenfalls mit einem steigenden Bedarf an barrierearmen Wohnungen zu rechnen (Brylok & Winkler, 2016, 12 f.). Die durch das SMI in Auftrag gegebene Studie zum bedarfsgerechten barrierefreien Wohnen (Institut für Holztechnologie gGmbH, 2017, 135 f.) relativiert jedoch diese Bedarfsprognose vor dem Hintergrund des bestehenden Unterschiedes zwischen empfundener und objektiver Beeinträchtigung. Die Betroffenen entwickeln im Zeitverlauf häufig ein gewisses Kompensationsvermögen (u. a. durch soziale Strukturen und individuelle Strategien), sodass objektiv identifizierte Defizite bzw. Barrieren abgefedert werden können und eine umfassende Barrierefreiheit aus subjektiver Sicht der Betroffenen häufig nicht zwingend erforderlich ist.

In Sachsen ist ein wachsender Bedarf an Wohnungen mit dem Mindestkriterium „barrierefreier Zugang“ vorhanden. Dies wird u. a. aus den bestehenden Wartelisten für Erdgeschosswohnungen deutlich. Leer stehende Wohnungen befinden sich dagegen häufig in den oberen Stockwerken von Mehrfamilienhäusern. Bezüglich der Ausstattung von Wohngebäuden mit drei und mehr Einheiten mit seniorengerechtem Aufzug liegt Sachsen mit einem Ausstattungsgrad von 12,7 % aktuell bereits deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt (7,7 %). Für Sachsen entspricht dies knapp 192 000 von insgesamt rund 1,5 Millionen Wohnungen (Institut für Holztechnologie gGmbH, 2017, 137 f.).

Umsetzung des barrierefreien Bauens am Beispiel des Gesamtwohnbestandes der sächsischen Wohnungsgenossenschaften

Die vollständige Barrierefreiheit nach DIN 18040 ist im Haus- und Wohnungsbestand aus konstruktiver/baulicher und wirtschaftlicher Sicht nur schwer erreichbar. Deshalb bevorzugen beispielsweise die sächsischen Wohnungsgenossenschaften eine barrierearme Anpassung der Wohnungen (Brylok & Winkler, 2016, S. 12). Etwa 9 900 Wohneinheiten der insgesamt rund 275 000 Wohneinheiten der sächsischen Wohnungsgenossenschaften sind barrierearm oder -frei. Dies entspricht einem Anteil von 3,6 %. Über 26 000 Wohneinheiten befinden sich im Erdgeschoss oder sind durch maximal zehn Stufen erreichbar. Bezüglich der Nachfrage nach wohnungsunterstützender technischer Ausstattung kann auf einen Bestand von 298 SmartHome und technikunterstützten Wohnungen (Ambient Assited Living (AAL)) zurückgegriffen werden. Auch alternative Wohnformen spielen in der Nutzung der Wohnungsbestände der sächsischen Wohnungsgenossenschaften eine zunehmende Rolle. Demnach werden 1 024 Wohneinheiten als Mehrgenerationenwohnen genutzt. Das Betreute Wohnen ist in 655 Wohneinheiten vertreten. Ambulant betreute Wohngruppen gibt es in 17 Wohneinheiten, wovon drei eine Demenz-Wohngemeinschaft sind (Brylok, 2016, 8 ff.).

Problematisch ist jedoch der mit den durchgeführten baulichen Anpassungsmaßnahmen verbundene Anstieg der Nettokaltmiete. Weitere Hindernisse für eine altersgerechte Gestaltung der Wohnungen und des Wohnumfeldes ergeben sich aus Nichteignung von Bestandsgebäuden, fehlenden finanziellen Eigenmitteln und Förderlücken. Bestehende Förderprogramme, beispielsweise der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), der Sächsischen Aufbaubank (SAB), oder die Förderung über kommunale, Landes- oder Bundesmittel werden lediglich von 43 % der Wohnungsgenossenschaften in Anspruch genommen (Brylok, 2016, S. 19).

Rechtliche Rahmenbedingungen und ordnungspolitische Aspekte

Die rechtlichen Regelungen bestimmen den verbindlichen Rahmen für die altersgerechte Gestaltung der Wohnungen und des Wohnumfeldes. Für viele Bereiche des Wohnens im Alter liegt die maßgebliche rechtliche Regelungskompetenz bei den Ländern (Kremer-Preiß, 2014, S. 13). Bestimmungen können u. a. für Folgendes gelten:

- inwieweit ist beim Wohnungsbau die Einhaltung barrierefreier Standards gefordert (Landesbauordnungen)
- inwieweit sind Baumaßnahmen im öffentlichen Raum barrierefrei auszuführen (Landesbauordnungen, Behindertengleichstellungsgesetze der Länder, Landesgesetze über den ÖPNV, Straßen- und Wegegesetze der Länder)
- inwieweit sind technische Baubestimmungen, DIN-Normen oder Richtlinien zu beachten sind, die Einzelheiten zur barrierefreien Gestaltung regeln (u. a. DIN 18040-1 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen, Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude; DIN 18040-2 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen, Teil 2: Wohnungen; DIN 32984 Bodenindikatoren im öffentlichen Raum; DIN EN 81-70 Aufzüge)
- welche Standards müssen für alternative Wohnformen für ältere Menschen erfüllt werden (Länder-Heimgesetze, z. B. SächsBeWoG und die zugehörige SächsBeWoGDVO)

Fördermöglichkeiten

Um altersgerechten Wohnraum zu schaffen und den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden, gibt es bereits verschiedenste Fördermöglichkeiten auf kommunaler, Landes- sowie Bundesebene. Bereits Förder- und Zuschussprogramme mit geringem Mittelvolumen können eine große Wirkung erzielen. Die Unterstützung bei Umbaumaßnahmen oder Programmen, die investitionsvorbereitende und begleitende Aktivitäten finanzieren, bringt eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung voran und kann zu mehr Generationengerechtigkeit sowie Familienfreundlichkeit im Quartier beitragen (Altenberichtskommission, 2016, S. 229; BMG, 2016, 75 ff.; Scholze et al., 2014, 35 ff.).

a) Förderung des Bundes

Ein bestehendes Darlehensprogramm der KfW ermöglicht pro Wohneinheit die Inanspruchnahme eines Darlehens für altersgerechte Umbaumaßnahmen bis zu 50 000 Euro. Die Konditionen beinhalten einen ca. 2 % gegenüber dem Marktzins abgesenkten Zinssatz über zehn Jahre Laufzeit (KfW-Kreditprogramm 159).

Seit 2014 bietet die Bundesregierung ergänzend dazu eine Zuschussförderung im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ an (KfW-Zuschussprogramm 455). Private Eigentümer und Mieter können Zuschüsse beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und/oder den Schutz vor Wohnungseinbruch zu erhöhen. In den Jahren 2014 und 2015 wurden dafür durch den Bund Investitionszuschüsse in Höhe von insgesamt 54 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2017 wurden die Bundesmittel sogar auf 75 Millionen aufgestockt. Zudem wurden im November 2015 die Förderbedingungen des Programmes „Altersgerecht Umbauen“ verbessert und die Förderhöhe auf 10 % der Gesamtkosten für die Maßnahme angehoben (BMG, 2016, 76 f.; Scholze et al., 2014, S. 36).

b) Wohnraumförderung der Länder

Vielfältige Förderinstrumente werden durch die Länder angeboten, um altersgerechtes Bauen und Modernisieren zu erleichtern. Beispielsweise können im Rahmen der Sozialen Wohnraumförderung der Länder finanzielle Mittel u. a. für den barrierefreien Neubau und die altersgerechte Modernisierung des Gebäudebestandes eingesetzt werden. Die üblichste Form der Förderung sind zinsgünstige Darlehen oder kleinere Anschubfinanzierungen.

Im Rahmen der Förderung „Altersgerecht Umbauen“ wurden durch das SMI seit 2007 ca. 7 000 Wohnungen mit etwa 80 Millionen Euro gefördert. Aufgrund der anhaltenden Niedrigzinsphase wird zunehmend auch die Zuschussförderung in Betracht gezogen (Wenzler, 2016). Aktuell sind die Fördervoraussetzungen sehr unterschiedlich und die Förderung ist meist einkommensabhängig. Dies hat zur Folge, dass Personen mit höherem Einkommen kaum Möglichkeiten haben, länderspezifische Wohnraumfördermittel für die altersgerechte Umgestaltung zu erhalten.

Seit 1. Juli 2017 gibt es das Landesprogramm „Wohnraumanpassung“. Gefördert werden Umbaumaßnahmen für Mieter und selbstnutzende Eigentümer. Den Älteren und Menschen mit Mobilitätseinschränkungen soll durch Anpassungsmaßnahmen der Verbleib in der bisherigen Wohnung weiterhin ermöglicht werden. Zuschüsse in Höhe von 80 % der förderfähigen Kosten, jedoch maximal 8 000 Euro, bei rollstuhlgerechtem Umbau 20 000 Euro werden von der SAB ausgereicht. Jährlich stehen dafür 3 Millionen Euro zur Verfügung.

Des Weiteren besteht seit Anfang 2018 die Richtlinie zur Förderung des seniorengerechten Umbaus von Wohnraum. Sie ermöglicht es Vermieterinnen und Vermietern, einen Zuschuss von bis zu 10 000 Euro pro Wohnung für den seniorengerechten Umbau bestehenden Wohnraums zu beantragen. Jährlich werden dafür 16 Millionen Euro bereitgestellt. Weitere Maßnahmen wie der Einbau eines Personenaufzugs können gefördert werden, wenn mindestens 50 % der Wohnung nach den Maßgaben umgebaut werden.

Weiterhin wird an einer maßnahmenspezifischen Förderung für Neubauten gearbeitet, die behindertengerecht oder barrierefrei gestaltet werden.

Es sollte das erklärte Ziel im Freistaat Sachsen sein, durch vielfältige Förderungen im häuslichen Umfeld und den Wohnungen selbst die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung hinauszuzögern und den Betroffenen eine echte Alternative zu dieser Wohnform zu ermöglichen – z. B. in der eigenen Wohnung.

c) Leistungen der Pflegekassen

Leistungen, die bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI explizit das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit unterstützen, werden durch die Pflegekassen gewährt. Leistungen sind dabei der Zuschlag für Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, die Anschubfinanzierung für eben diese Wohngruppen sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Hopf, 2017, S. 1; Rothgang et al., 2016, S. 161).

In einer ambulant betreuten Wohngruppe erhalten die Pflegebedürftigen zusätzlich zu den Pflegeleistungen einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich (§ 38a SGB XI). Diese Förderung wurde laut BARMER von nur knapp 1 % der etwa 230 000 Pflegeleistungsbezieher in Anspruch genommen (Rothgang et al., 2016,

S. 205). Gründe dafür werden u. a. überwiegend in der aufwendigen und komplexen Antragstellung sowie in den umfangreichen Kriterien zur Gründung von Wohngruppen gesehen. Aufgrund dieser Barrieren stehen Aufwand und Nutzen für Antragsberechtigte häufig nicht im Verhältnis.

Im Rahmen des PNG wurde darüber hinaus eine Förderung von Gründungen ambulant betreuter Wohngruppen eingeführt. Demnach gewähren die Pflegekassen nach § 45e SGB XI eine Anschubfinanzierung für den altersgerechten oder barrierearmen Umbau solcher Wohnungen für Wohngruppen. Der einmalige Zuschuss beträgt bis zu 2 500 Euro je Pflegeversichertem und maximal 10 000 Euro für die gesamte Wohngruppe. Die Einreichung von Förderanträgen und somit die Inanspruchnahme ist jedoch sehr gering. In Sachsen haben nur knapp 1 % (0,94 %) aller Anspruchsberechtigten[18] den Zuschuss für eine Umbaumaßnahme oder für einen Umzug in eine bedarfsgerechtere Wohnung in Anspruch genommen (Loose & Schöne, 2016). Gründe für die nur wenig steigende Inanspruchnahme werden u. a. in der geringen Bekanntheit der speziellen Förderleistungen sowie auch in den komplexen Förderbedingungen gesehen (Loose & Schöne, 2016; Rothgang et al., 2015, 19 f.).

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bezuschussen die Pflegekassen nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Dabei kann seit dem 01.01.2015 die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes mit bis zu 4 000 Euro pro Maßnahme und pflegebedürftige Person gefördert werden. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, beträgt der Zuschuss maximal 16 000 Euro pro Wohneinheit. Es können beispielsweise technische Hilfen im Haushalt gewährt werden, wenn dadurch die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird und eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt wird.

Die Leistungsempfänger derartiger Fördermaßnahmen können im Vergleich zu Personen, die keine wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten, länger in ihrer häuslichen Umgebung bleiben. Besonders ist die Gruppe hervorzuheben, welche Zuschüsse für einen Umzug (z. B. aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) in Anspruch nimmt, denn diese können häufig schließlich in der neuen eigenen Häuslichkeit verbleiben (Rothgang et al., 2016, 157 ff.). Umgesetzte Maßnahmen werden demnach über einen längeren Zeitraum genutzt. Die zunehmende Inanspruchnahme ist nicht zuletzt auf die Erhöhung der Leistungsbeträge zurückzuführen (Rothgang et al., 2016, S. 209).

18 Pflegebedürftige, die Anspruch auf Leistungen nach Paragraph 38a SGB XI haben

1.2.2 Exkurs: Technikunterstütztes Wohnen im Alter (AAL)

Moderne Unterstützungskonzepte, die den Einsatz von Ambient Assisted Living (AAL) berücksichtigen, gelten im Zeitalter der Technisierung und Digitalisierung als zielführende Ansätze, um ein selbstbestimmtes Leben auch bei eingeschränkter Gesundheit zu ermöglichen und eine gesellschaftliche Teilhabe sowie die Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit insgesamt länger aufrechtzuerhalten. Nicht zuletzt kann somit ein Beitrag in Richtung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" erreicht werden. Doch der flächendeckende Einsatz birgt viele Herausforderungen, auf die es heute noch nicht immer Antworten gibt.

Aktuell gehören technische Unterstützungssysteme bereits in Grundzügen zum Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung (z. B. Mobilitätshilfen, Sprechhilfen, Hausnotrufsysteme). Demnach werden bei entsprechender Eignung entweder technische Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 und 3 SGB XI bewilligt oder technische Hilfen im Rahmen der Verbesserung des Wohnumfelds nach § 40 Absatz 4 SGB XI bezuschusst. Ergänzend gibt es ein Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen sowie eine Liste des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu den möglichen Umbaumaßnahmen (Altenberichtskommission, 2016, S. 25).

Nach dem Verband der Deutschen Elektrotechnik, Elektronik und Informationstechnik (VDE) sind unter AAL Methoden, Konzepte, (elektronische) Systeme, Produkte und Dienstleistungen zu verstehen, die das tägliche Leben der Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen sollen. Die verwendeten Techniken sind dabei nutzerzentriert und integrieren sich in deren direktes Lebensumfeld. Ziel ist es, dass sich die Technik folgerichtig an die Bedürfnisse der Nutzerin und des Nutzers anpasst, nicht umgekehrt. Neben der Verbesserung der Lebensqualität kann mithilfe von AAL die Sicherheit älterer Menschen verbessert werden (Bank für Sozialwirtschaft, 2012, 13 ff.; VDE, 2012, 31 f.). Entscheidend für die flächendeckende Ausbreitung und Anwendung ist die Akzeptanz der Systeme durch die potentiellen Nutzerinnen und Nutzer sowie die Kopplungs- und Verzahnungsmöglichkeit der Systeme untereinander (Altenberichtskommission, 2016, 25 f.; Hoff, 2016). Als weitere Herausforderungen erweisen sich einerseits das Problem der flächendeckenden Datensicherheit und andererseits die teilweise noch sehr schlechte Internetversorgung in vielen ländlichen Regionen Sachsens, in denen vermehrt ältere Menschen leben. Dies ermöglicht aktuell lediglich eine stark eingeschränkte Nutzbarkeit technischer Assistenzsysteme (Hoff, 2016).

Der Nutzen ist neben Arbeitserleichterungen in der Pflege beispielsweise in den Bereichen Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben offensichtlich. Bereits seit über 15 Jahren wird eine intensive Forschung und Entwicklung im Bereich technischer Unterstützungssysteme betrieben. Eine verbreitete Implementierung konnte dennoch bisher nicht erreicht werden, obwohl die zunehmenden Pflege-, Medizin- und Assistenzbedarfe der überalternden Gesellschaften erhebliche Wachstumspotenziale bergen (Bank für Sozialwirtschaft, 2012, 13 ff.). Eine repräsentative Studie des ZQP (Eggert et al., 2018) bestätigt dies[19]. Demnach sehen knapp zwei Drittel der Befragten eher Chancen als Probleme in der Nutzung digitaler Techniken für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. 84 % halten digitale Anwendungen

19 Das ZQP veröffentlicht Anfang 2019 einen aktuellen Report „Digitale Technik in der Pflege". Ziel ist es, das Wissen über den Einsatz von Technologien sowohl in der familialen als auch in der professionellen Pflege zu erweitern.

für sinnvoll, um Pflegenden die Arbeit zu erleichtern. Dass Pflegebedürftige durch technische Unterstützungssysteme unter Umständen ein selbstbestimmteres Leben führen könnten, glauben 74 %.

Viele potenzielle Akteure haben ein Interesse an der Ausbreitung von AAL-Lösungen. Beispielsweise zielen die Kommunen auf Unterstützung der Sicherung der Daseinsvorsorge, die Wohnungswirtschaft sieht den Mehrwert in einem besseren Angebot altersgerechter Wohnungen. Pflegedienstleister möchten das Potenzial für eine bedarfsorientierte Pflege nutzen und nicht zuletzt agiert die soziale und private Pflegeversicherung im Sinne der Wahrung des gesetzlichen Auftrags, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit zu sichern (BMG, 2013, S. 119). Einige bedeutende Hürden, die aus Sicht der beteiligten Akteure eine breite Markteinführung der AAL-Techniken hemmen, sind u. a. die fehlende Standardisierung der modular ausgestaltbaren technischen Komponenten und deren ergänzenden Dienstleistungen. Es besteht Ungewissheit über die Kompatibilität mit neuen Komponenten und zukünftigen Weiterentwicklungen, deshalb bleibt eine Investition in die flächendeckende Implementierung von AAL vorerst aus (Bank für Sozialwirtschaft, 2012, 13 f.).

Seitens des VDE wurde 2011 ein internationales Standardisierungsprojekt gestartet. Ergebnis ist die Normungs-Roadmap AAL als weltweit erster Fahrplan für Regelungs- und Normierungsvorschläge für AAL-Systeme, Produkte und Dienstleistungen. Diese wurde 2014 aktualisiert und soll das gemeinsame Verständnis aller Beteiligten im AAL-Umfeld fördern (VDE, 2012, 2014).

Eine 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführte Studie zum Nutzen von AAL für die häusliche Pflege zeigt zwar eine Reihe von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf. Jedoch gibt es kaum marktreife Produkte, die bereits erprobt sind und bei den Pflegebedürftigen unmittelbar eingesetzt werden könnten (BMG, 2013, 119 f.).

Die Nachfolgestudie (Weiß et al., 2017) bestätigt die wachsende Bedeutung des zukünftig verstärkten Einsatzes multifunktionaler Assistenzsysteme. Besonders vor dem Hintergrund einer durch die Pflegestärkungsgesetze I bis III vorangetriebenen Ambulantisierung, zukünftig knapper Personalressourcen in der Pflege und der wachsenden Orientierung an der Selbstständigkeit und Teilhabe der Pflegebedürftigen soll die Implementierung flächendeckender AAL-Lösungen unterstützt werden (Weiß et al., 2017, 92 ff.). Schwerpunkte auf dem Weg der weiteren Markteinführung sollen u. a. in der Einbeziehung der Betroffenen in die Entwicklungs- und Implementierungsprozesse sowie einer umfassenden Beratung liegen, um deren Akzeptanz zu erreichen. Weiteres Ziel ist es, Plattformlösungen anstelle von Stand-alone-Produkten voranzubringen und diese in ein Netz sozialer und hauswirtschaftlicher Dienstleistungen einzubinden (Weiß et al., 2017, 93 f.).

Ein weiterer Impulsgeber ist das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit der Förderrichtlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität“ (SILQUA-FH). Die Förderung in Form eines Zuschusses unterstützt Forschungs- und Entwicklungsprojekte an Hochschulen zur Entwicklung praxisnaher Konzepte, mit denen die Teilhabe älterer Menschen am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben verbessert werden soll (BMWi, 2017). Außerdem fördert der Bund seit 2014 das regionale Innovationscluster KogniHome. Durch hilfreiche, vernetzte Technik soll der Alltag im Lebensbereich Wohnen unterstützt werden und die Gesundheit und Sicherheit verbessern. Damit werden zugleich verbesserte Bedingungen für ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben im Alter geschaffen (Altenberichtskommission, 2016, S. 26).

In Sachsen wird die Weiterentwicklung der AAL-Technologien durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) in Zusammenarbeit mit der SAB gefördert. Im Rahmen dieser Förderung stehen dem SMS ca. 28,6 Millionen Euro zur Förderung innovativer Ansätze im Bereich der Gesundheits- und Pflegewirtschaft zur Verfügung. AAL aus verschiedenen Technologiefeldern sollen eingesetzt werden, um unterschiedliche Dienstleistungsbereiche, insbesondere medizinische Dienstleistungen, Pflegeleistungen, Wohnen, Bewirtschaftung und Mobilität, wechselseitig zu vernetzen und interdisziplinäre, innovative Lösungen für die ambulante Versorgung älterer Menschen zu entwickeln. Zuwendungsempfänger sind private, freigemeinnützige und öffentliche Unternehmen sowie Hochschulen und Forschungseinrichtungen (BMWi, 2017a).

1.2.3 Exkurs: Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

Das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG) wurde als Gesetz zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen im Juni 2012 durch den Sächsischen Landtag beschlossen und trat im August 2012 in Kraft. Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Durchführung des SächsBeWoG und der geltenden Rechtsverordnungen ist seit Januar 2013 der Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV). Es regelt in vier Teilen Allgemeine Vorschriften, Anforderungen an Träger und Leitung sowie Aufgaben und Befugnisse der zuständigen Behörde, Ordnungswidrigkeiten, Zuständigkeit, Verordnungsermächtigung und Schlussvorschriften.

Im SächsBeWoG werden nicht nur stationäre Pflegeeinrichtungen beschrieben, sondern auch andere Wohnformen, die im Sinne des Gesetzes nicht als Pflegeeinrichtungen gelten. Beispielsweise erfolgt eine differenzierte Beschreibung zwischen betreuten Wohneinrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften in den Bereichen der Altenpflege, der Hilfe für Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen.

Eine Gesetzesanwendung des SächsBeWoG erfolgt demnach auf stationäre Einrichtungen, die pflegebedürftige Erwachsene oder Volljährige mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen dauerhaft aufnehmen (§ 2 Abs. 1). Voraussetzungen sind die Überlassung von Wohnraum, Vorhaltung der Verpflegung sowie das Angebot pflegerischer und betreuerischer Leistungen und eine entgeltliche Abrechnung dieser Kriterien. Einrichtungen der Tagespflege unterliegen nicht dem SächsBeWoG (§ 2 Abs. 2) und werden demnach auch nicht von der Heimaufsicht kontrolliert. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird durch die Pflegekassen beauftragt, die Qualitätsprüfung nach dem SGB XI durchzuführen. Letztere übernehmen die Kontrollverantwortung hinsichtlich der Qualitätssicherung. Betreutes Wohnen fällt nicht unter das SächsBeWoG (§ 2 Abs. 3), wenn die Bewohnerinnen und Bewohner ergänzend zu festgelegten Angeboten allgemeiner Unterstützungs- und Grundleistungen des Vermieters die Wahlfreiheit über weitergehende Betreuungs- und Dienstleistungen haben. Wohngemeinschaften von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder körperlichen Einschränkungen fallen nicht unter das SächsBeWoG (§ 2 Abs. 5), wenn die Mitglieder ihre Angelegenheiten in einer Auftraggebergemeinschaft selbst regeln können und ihre Wahlfreiheit im Blick auf die Betreuungsleistungen nicht eingeschränkt ist. Dies gilt auch bei einer intensiven Betreuung der Bewohner, z. B. durch ganztägige Beschäftigung einer Hauswirtschafterin/eines Hauswirtschafters. Eine Wohngemeinschaft von Pflegebedürftigen fällt dann unter das SächsBeWoG, wenn es sich um ein verdecktes „Heim“ handelt (z. B. dann, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner keine Wahlfreiheit zur

Inanspruchnahme des Pflegedienstes haben oder der Pflegedienst zugleich als Vermieter auftritt). Betreute Wohngruppen für behinderte Menschen oder psychisch Kranke mit bis zu neun Bewohnerinnen/Bewohnern fallen nicht unter das SächsBeWoG (§ 2 Abs. 6), obwohl sie nicht selbstbestimmt, sondern mit Unterstützung eines Trägers existieren. Ziel derartiger Wohngruppen ist es, die Selbstständigkeit behinderter Menschen möglichst lange aufrechtzuerhalten. Seitens des SMS wurde im Zuge der praktischen Umsetzung und seit der Einführung des SächsBeWoG 2012 gewonnener Erfahrungswerte der Bedarf an eindeutigeren Regulierungen festgestellt, um die rechtssichere Anwendung zu erhöhen (Bockting, 2016). Dies betrifft z. B. bezüglich ambulanter Wohnformen die Abgrenzung von selbstverwaltenden zu träger bzw. anbieterverantworteten Wohngemeinschaften. Die Analyse der Heimgesetze anderer Länder lässt erkennen, dass bereits teilweise eine stärkere Abgrenzung von Wohnformen praktiziert wird (Bockting, 2016).

Eine detailregelnde Durchführungsverordnung zum SächsBeWoG trat im Oktober 2014 in Kraft (SächsBeWoGDVO). Sie enthält Regelungen zu räumlichen und personellen Mindeststandards. Weitere erforderliche Durchführungsbestimmungen nach § 19 Nummer 3 bis 5 SächsBeWoG werden als Änderungsverordnungen eingefügt.

1.3 Entwicklung und Gestaltung der Wohnsituation

1.3.1 Wohnungsmarktentwicklung

Eine Betrachtung der Gesamtsituation des Wohnens bringt wichtige Zusammenhänge hervor, die es auch für zukünftige Entwicklungen zu berücksichtigen gilt. Durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) wurden Berechnungen auf Basis der Bevölkerungs- und Haushaltsprognose 2035 durchgeführt (Held & Waltersbacher, 2015). Laut diesen wird die Bevölkerungszahl bis 2030 um 1,7 Millionen abnehmen und damit den Wert von 2015 um knapp 2,1 % unterschreiten. Dabei wird für Ostdeutschland mit 7,6 % ein wesentlich höherer Rückgang als für Westdeutschland (0,7 %) erwartet.

Für die Entwicklung der Haushaltszahlen wird ein gegensätzliches Bild erwartet. Bei der Zunahme um ca. 500 000 Haushalte bis 2030 in ganz Deutschland weisen die verschiedenen Regionen besonders im Zeitraum 2015 bis 2020 sehr differenzierte Entwicklungen auf. Demnach wird sich in den westlichen Bundesländern die Zahl der Haushalte noch um 1,8 % erhöhen. In den ostdeutschen Bundesländern ist ein Rückgang um 1,2 % zu erwarten, da u. a. die Abwanderungsrate einen starken Einfluss hat (Held & Waltersbacher, 2015, 6ff.). Dieser Schrumpfungsprozess verstärkt sich bis 2030, sodass mit einer Reduktion um 0,4 bis 0,5 % zum Vorjahreswert zu rechnen sein wird. Für Sachsen ist, wie auch für alle anderen Bundesländer, mit einem weiteren Anstieg von Einpersonenhaushalten zu rechnen. Bis 2035 wird der Anteil im Freistaat Sachsen bei ca. 46,8 % liegen (2017: 43,1%). Vierpersonenhaushalte hingegen sinken von aktuell 8,3 % (2017) auf etwa 6,4 % im Jahr 2035 (Destatis, 2017b). Weiterhin sind für die sächsische Wohnungslandschaft die Aspekte der regionalen Verteilung (starke Land-Stadt-Wanderung) sowie die Eigentumsverhältnisse zu berücksichtigen (Slupina et al., 2016, 43 ff.).

Unterschiedliche Entwicklungsdynamiken zeigen sich auch hinsichtlich der Pro-Kopf-Wohnflächen. Die älteren Singlehaushalte zwischen 65 bis unter 75 Jahre haben den höchsten Wohnflächenkonsum. Dies ist auf den Remanenzeffekt (das alleinige Verbleiben in der Wohnung in den späten Lebensphasen) zurückzuführen und

birgt die Gefahr, diese große Fläche im Alter nicht mehr selbstständig bewirtschaften zu können und auf Hilfe angewiesen zu sein. Ein Umzug in eine kleinere Wohnung bleibt jedoch u. a. aufgrund der engen Bindung zur eigenen Häuslichkeit meist aus. Insgesamt steigt die Wohnflächennachfrage in den ostdeutschen Bundesländern bis 2030 mit durchschnittlich 2,1 % nur sehr gering (westdeutsche Bundesländer: 8,2%). Der Anstieg konzentriert sich jedoch auf das nähere Umland der Ballungsräume, wie Dresden und Leipzig. In den ländlichen Regionen Sachsens hingegen ist aufgrund der Abwanderung mit einem deutlichen Rückgang der Nachfrage (bis zu 5 %) zu rechnen (Held & Waltersbacher, 2015, 11 ff.).

Bei Betrachtung der Wohneigentumsquote ist in den ostdeutschen Bundesländern bis 2030 ein stärkerer Anstieg (um 8 % auf 43 %) als in den westdeutschen Bundesländern (um 4 % auf 52 %) zu verzeichnen. Obwohl eine Niveauannäherung stattfindet, liegen in einigen ostdeutschen Großstädten wie z. B. Leipzig, Dresden und Chemnitz die Eigentumsquoten mit weniger als 20 % deutlich unter dem Durchschnitt (45,9 %) (Held & Waltersbacher, 2015, 10). Im Hinblick auf die Gemeindegrößenklassen wird allgemein deutlich, dass mit wachsender Einwohnerzahl die Eigentümerquote zugunsten der Mietwohnungen abnimmt. Es gibt demnach deutliche Stadt-Land-Unterschiede, welche auch für die Entwicklung von zukünftigen Versorgungskonzepten älterer Menschen zu berücksichtigen sind. Für ganz Sachsen ergab sich aus dem Zensus 2011 zum Gebäude- und Wohnungsbestand eine Eigentümerquote von ca. einem Drittel (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 11) Die weiteren zwei Drittel der Wohnungen werden vermietet (Bundesdurchschnitt: 54,1 %). Obwohl durch Abriss, Rückbau und Privatisierung die Mietwohnbestände in den letzten Jahren reduziert wurden, hat Sachsen mit rund 67 % den höchsten Mietwohnungsbestand aller Flächenländer in Deutschland (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2015, S. 16; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 12). Demnach ist das Wohnen zur Miete die für Sachsen prägende Wohnform und ist auch für Ältere von großer Bedeutung. Etwa 72 % der Seniorenhaushalte wohnen zur Miete (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 22).

Im Bereich des Mietwohnungsbestandes ist in Sachsen das Genossenschaftswohnen deutlich stärker verbreitet als im Bundesvergleich. Der Gesamtbestand an Wohnungsgenossenschaften in Deutschland beträgt etwa 10 % (ca. 2,2 Millionen Wohnungen mit ca. 5 Millionen Bewohnerinnen und Bewohnern) (Altenberichtskommission, 2016). In Sachsen befinden sich fast 14 % des Mietwohnungsbestandes in genossenschaftlicher und etwa 11 % in kommunaler Hand. Dies entspricht etwa jeder vierten Wohnung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2015; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 7). Diese Art von Wohnraum wird in Sachsen besonders häufig von Älteren in Anspruch genommen. Demnach sind fast 30 % der Mieterinnen und Mieter im Seniorenalter (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 22). Die hochaltrige Mitgliederstruktur verdeutlicht dies, denn im Durchschnitt sind die Mitglieder 61,5 Jahre alt und am stärksten ist die Altersgruppe der 71- bis 80-jährigen mit 24 % vertreten (Brylok, 2016). Entsprechend sind vorhandene Wohn- und Servicewünsche deutlich altersgeprägt, sodass o. g. Themen wie Dienstleistungsangebote, Wohnumfeld und bauliche Anpassungsmaßnahmen eine große Rolle spielen. Für diese Wohnform ergeben sich als Beispiel für das Mietwohnungsangebot in Sachsen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen bedeutende Herausforderungen. Einerseits gilt es, Ursachen für die Nutzung durch überwiegend ältere Menschen zu finden und andererseits Entwicklungsperspektiven zukünftiger Mieterstrukturen abzuwägen, um das Modell der Wohnungsgenossenschaften auch weiterhin als attraktives Wohnangebot erhalten zu können (Brylok, 2016; Viehweger et al., 2015).

Aufgrund der schrumpfenden Bevölkerungszahlen wird für Sachsen in den nächsten Jahren ein begrenzter Neubaubedarf prognostiziert. Dieser wird sich vorrangig auf die dynamisch wachsenden Großstädte und deren Umland konzentrieren (Held & Waltersbacher, 2015, 10 ff.). Ländliche Regionen hingegen sind von Abwanderung betroffen. Bereits 2011 hatte Sachsen im Bundesvergleich mit knapp 10 % den höchsten Wohnungsleerstand (Hamburg: 1,5 %) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2015, 19 f.). Starke Unterschiede bestehen hier ebenfalls zwischen Ballungszentren und ländlichen Regionen. Während beispielsweise Dresden (5,2 %) und Leipzig (7,7 %) über stark rückläufige Leerstandsquoten verfügen, liegen diese in Regionen wie z. B. Vogtlandkreis (12,9 %) oder Landkreis Görlitz (13,0 %) weit über dem Durchschnitt. Für die Zukunft wird ein weiterer Anstieg prognostiziert (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014a, 19 ff.).

Für die Wohnungswirtschaft in Sachsen ist besonders die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum von Bedeutung, um die Bedarfe der alternden Bevölkerung zu erfüllen. In diesem Zusammenhang gilt als wichtiger Ansatzpunkt der altersgerechte, barrierearme Wohnungsumbau von Bestandswohnungen. Ländliche Regionen hingegen sind verstärkt durch Rückbau und Kernzentrierung geprägt (SMI, 2016, S. 65–75), deshalb gilt es für diese Regionen trotz der Abwanderung Möglichkeiten zu entwickeln, die Bedarfsversorgung auch langfristig sicherzustellen und eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Eine weitere Herausforderung ergibt sich hinsichtlich der Mietpreisentwicklung, denn nicht nur die stark differenzierte Nachfrage nach Wohnraum in den sächsischen Städten und ländlichen Regionen hat einen Einfluss auf die Mietpreisentwicklung. Steigende Mieten werden zukünftig auch durch den attraktiven Markt der altersgerechten Wohnraumgestaltung prognostiziert (Brylok & Winkler, 2016).

Seitens der Sächsischen Staatsregierung gibt es im Zusammenhang mit der Wohnungsmarktentwicklung u. a. aktuelle Förderrichtlinien, um unterstützend und regulierend einzugreifen (Sächsische Staatskanzlei, 2017).

- *Richtlinie Wohnraumförderung:* Seit Oktober 2016 werden im Rahmen dieser Richtlinie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnungsangebots durch
  - Erhöhung der Energieeffizienz von bestehenden Wohngebäuden
  - Anpassung bestehender Wohngebäude an geänderte Wohnbedürfnisse unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen
  - Unterstützung bei der Schaffung von selbstgenutztem Wohneigentum gefördert

- *Richtlinie gebundener Mietwohnraum:* Diese ist seit November 2016 in Kraft und dient zur Förderung der Schaffung von mietpreis- und belegungsgebundenem Mietwohnraum, um auch zukünftig für einkommensschwache Haushalte die Versorgung mit ausreichendem Wohnraum zu angemessenen Bedingungen gewährleisten zu können.

- *Richtlinie Familienwohnen:* Diese trat im März 2017 in Kraft und dient zur Förderung der Schaffung von selbstgenutztem Wohneigentum für Familien mit Kindern. Diese Darlehensförderung soll junge Familien unterstützen und gleichzeitig zu einer Erhöhung der Eigentumsquote im Freistaat Sachsen beitragen.

- *Richtlinie Wohnraumanpassung:* Diese trat zum Juli 2017 in Kraft und soll u. a. Förderinhalte wie den altersgerechten bzw. barrierearmen Umbau von Wohnungen oder Einfamilienhäusern beinhalten, um den Menschen einen möglichst langen Verbleib in Ihrem Wohnumfeld, beispielsweise auch mit Mobilitätseinschränkungen, zu ermöglichen.

1.3.2 Wohnbedürfnisse und -wünsche

Eine durch das ZQP durchgeführte bundesweite Bevölkerungsbefragung zu den Herausforderungen der Pflege vom Februar 2017 (Eggert et al., 2017) bildet u. a. Ergebnisse zu Wohn- und Versorgungswünschen bei eigener eintretender Pflegebedürftigkeit ab. Demnach wünschen sich die meisten Befragten (70 %) zu Hause versorgt zu werden. Davon bevorzugt fast jeder Zweite (47 %) ein gemixtes Pflegearrangement aus familialer und professioneller Pflege. Nur 15 % ziehen es vor, später in einer guten stationären Einrichtung gepflegt zu werden.

Doch eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist nicht in jedem Fall geeignet, deshalb wird die vollstationäre Versorgung in Pflegeeinrichtungen trotz dieser Veränderungen der Versorgungswünsche für eine bestimmte Personengruppe immer eine wichtige Rolle spielen und somit eine feste Säule der Versorgung pflegebedürftiger Menschen bleiben. Beispielsweise ist die vollstationäre Versorgung besonders im Hinblick auf Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf unverzichtbar, denn in diesen Einrichtungen wird auch dann Pflege geleistet, wenn eine ambulante Versorgung sowohl für Pflegende als auch Gepflegte keine Alternative mehr darstellt (Blüher & Jacobs, 2015, 8 ff.). Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung kann u. a. durch die Verfügbarkeit einer ganztägig vorgehaltenen Pflegestruktur und das dadurch erfüllte Sicherheitsbedürfnis helfen, den eigenen Alltag wieder besser zu bewältigen. Pflegebedürftige können Verantwortung abgeben und werden umfassend betreut. Angehörige werden entlastet und die soziale Integration des Pflegebedürftigen innerhalb einer Pflegeeinrichtung wird ermöglicht. Kontakt und Austausch mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen sowie soziale Teilhabe sind teilweise sogar niedrigschwelliger zu realisieren als bei dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit (Altenberichtskommission, 2016, 86 ff.; Blüher & Jacobs, 2015, 6 ff.).

Dennoch weist beispielsweise eine Studie des Instituts für Qualitätskennzeichnung von Sozialen Dienstleistungen (IQD) (2011) auf bestehende Diskrepanzen zwischen Wohnwünschen und der Realität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen hin. Besonders häufig werden Defizite, welche die Mobilität und selbstbestimmte Alltagsgestaltung betreffen (z. B. Frequenz und Zeitpunkt der Körperpflege, Zeiten der Bettruhe und des Weckens sowie Essenszeiten) kritisiert (IQD, 2011). Alternative Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeangebote für Senioren sind in diesem Zusammenhang beliebter. Als weitere Barriere für das Leben in einer Pflegeeinrichtung ist die finanzielle Eigenbeteiligung der Betroffenen zu beurteilen. Bei einem Preis-Leistungs-Vergleich mit alternativen Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten ist die stationäre Vollversorgung meist vergleichsweise kostenintensiv (Faensen, 2016; Hayer et al., 2012). Demnach verliert die stationäre Versorgungsform in den letzten Jahren weiter an Akzeptanz und alternative Wohn- und Versorgungsformen werden, insoweit diese Versorgungssicherheit bieten und gleichzeitig ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld auch bei intensivem Unterstützungs- und Pflegebedarf ermöglichen, gern in Anspruch genommen. (Blüher & Jacobs, 2015, 8 f.).

Die wachsende Ausbreitung z. B. ambulant betreuter WGs für pflegebedürftige Menschen bestätigt dies. Demnach hat sich laut Schätzungen des KDA im veröffentlichten Wohnatlas (2014, 32 f.) die Zahl derartiger Projekte in den letzten zehn Jahren rund verzehnfacht (2003: ca. 1 500 Bewohner; 2013: 17 000 Bewohner). Dies entspricht aktuell ca. 0,6 % der Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 5).

Im Zuge der Ambulantisierung, dem stark verbreiteten Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben sowie der wachsenden Beliebtheit alternativer Wohnformen gehen Zukunftsprognosen mittelfristig von etwas geringeren Auslastungsquoten der Pflegeeinrichtungen und sich verändernden Bewohnerstrukturen aus. Einflussfaktoren wie Veränderungen der Bedarfslagen der Pflegebedürftigen, Entscheidungen öffentlicher Finanzierungsträger sowie eine zunehmende Wettbewerbsintensität sind ebenfalls maßgeblich (Blüher & Jacobs, 2015, 6 ff.; Viehweger et al., 2015, 86 ff.).

Das Leben in der eigenen Häuslichkeit ist mit zunehmendem Alter in der Regel u. a. von einem kleiner werdenden Mobilitätsradius geprägt. Die Wohnung wird zum Lebensmittelpunkt und hat einen bedeutenden Einfluss auf die subjektive Lebensqualität (Blüher & Jacobs, 2015, 15 f.). Doch nicht nur die Gestaltung der eigenen Häuslichkeit, sondern auch das nähere Wohnumfeld ist mitentscheidend für den Verbleib im eigenen Zuhause. Dies ist nachhaltig realisierbar, wenn die Bedingungen für eine altersgerechte Wohnraumgestaltung gegeben sind und auch die Möglichkeit der Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs in der näheren Wohnumgebung besteht. Durch die Stärkung der häuslichen Versorgung kann oftmals nicht nur die dauerhafte Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung hinausgezögert werden, sondern eine längere Teilhabe der Älteren am bisher gewohnten gesellschaftlichen Leben wird ermöglicht (BMVBS, 2011, 80 ff.; Viehweger et al., 2015). Aus der Perspektive der Prävention haben die vier mehrdimensionalen Konstrukte Wohnen, Alter, Lebensqualität und Gesundheit einen bedeutenden Einfluss darauf, ob Wohnen gesundheits- oder altersgerecht ist. Diese Konstrukte beeinflussen sich wechselseitig und wirken sich auf die selbstständige Lebensführung im Alter sowie auf das subjektive Wohlbefinden aus. Ein langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei schlechten bzw. ungeeigneten Wohnungs- und Wohnumfeldbedingungen kann hingegen einen Risikofaktor darstellen. Diese können sich nicht nur physisch (Unfall- und Verletzungsrisiken), sondern auch psychisch (Depressionen und Angstzustände) und sozial (Isolation) auf den Gesundheitszustand der Älteren auswirken. Sie beeinflussen ebenfalls das Pflegebedürftigkeitsrisiko, denn u. a. besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zugangseinschränkungen zur Wohnung oder anderen Barrieren und einer Pflegebedürftigkeit (Blüher & Jacobs, 2015, 15 f.).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe älterer Menschen und deren vielseitigen persönlichen Vorstellungen und Wünschen keine allgemeine Empfehlung zu der „richtigen“ Wohnform gegeben werden kann. Die verschiedenen Wohn- und Versorgungswünsche werden u. a. geprägt durch individuelle Lebensverläufe und Bedürfnisse, Grundbedarfe, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und soziale Einbindung. Interessen und Neigungen in dem Umfeld des einzelnen Menschen sind dabei ebenfalls einflussgebend (Viehweger et al., 2015).

1.4 Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission wurde wiederholt deutlich, dass das direkte und erweiterte Wohnumfeld für Pflegebedürftige eine wichtige Rolle spielt. Die demographische Entwicklung, Wanderungsbewegungen wie aber auch die Einführung der neuen Pflegegrade haben auf die Wohnsituation wesentliche Auswirkungen.

Umso wichtiger erscheint es der Kommission daher, Strategien aufzuzeigen, um diesen Entwicklungen entsprechend Rechnung zu tragen.

1.4.1 Allgemeine Empfehlungen zum Komplex Wohnen

Ausgehend von der derzeitigen Situation auf dem Wohnungsmarkt und der stationären Versorgung, leiten sich die Handlungsempfehlungen für diesen Themenbereich aus den bis 2030 zu erwartenden Bedarfen, der jeweiligen Entwicklung in städtischen und ländlichen Gebieten und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ab.

Ein besonderer Fokus ist dabei grundsätzlich auch auf den Spagat zwischen sich wandelnden Standards und Qualitätsanforderungen einerseits und Aspekten der Bezahlbarkeit anderseits zu richten. Grundsätzlich muss der Zugang zu pflegerischen Leistungen unabhängig von der Wohnsituation sein.

Die Kommission empfiehlt der Staatsregierung, der kommunalen Ebene sowie den Wohnungsverbänden,

- die rechtlichen Gegebenheiten zur Ausweitung barrierefreien/-armen Wohnens zu überprüfen. Ziel soll es dabei sein, die bedarfsgerechte Entwicklung eines vielfältigen altengerechten Wohnangebots zu erleichtern und gleichzeitig Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher und Akteure über die Anforderungen an das altengerechte Bauen und Wohnen zu schaffen und Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Dabei soll geprüft werden, inwieweit für den Wohnungsbestand bei Anpassungsmaßnahmen barriereereduzierte Mindeststandards entsprechend Berücksichtigung finden können.
- konkrete Bedarfsabfragen zu individuellen Wohnraum- und -umfeldbedürfnissen auf kommunaler Ebene vorzunehmen, um durch eine altengerechte Anpassung des Wohnraumes und -umfeldes einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sowie Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse der im März 2017 veröffentlichten Studie „Bedarfsgerecht barrierefreier Wohnraum in Sachsen“ des SMI (Institut für Holztechnologie gGmbH, 2017) in der Praxis Berücksichtigung finden.
- die Schaffung vielfältiger Wohnmöglichkeiten für ältere – insbesondere pflegebedürftige –- Personen als Standort- bzw. Wettbewerbsvorteil zu begreifen. Dazu zählt insbesondere die Wohnumfeldgestaltung.
- kommunale Wohnraumversorgungskonzepte zu erarbeiten, um unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten individuelle Strategien und bedarfsgerechte Initiativen zu ermöglichen.
- bei der integrierten Sozialraumplanung auf kommunaler Ebene darauf zu achten, dass auch künftig der Segregation bestimmter Bevölkerungsgruppen entgegengewirkt wird. Die Garantie bestehender oder Ansiedlung neuer zentral gelegener Wohnräume ist für ältere Menschen wichtig. So kann die Teilhabe Älterer am sozialen und gesellschaftlichen Leben sowie eine selbstständige Versorgung im wohnortnahen Umfeld erleichtert werden. In diesem Zusammenhang sollte neben der Ausweitung barrierefreier Zugänglichkeit und Nutzbarkeit im Mietwohnungsbau diese auch besonders in Dienst- und öffentlichen Gebäuden vorangebracht werden. Städtebauliche Konzepte und Aktionspläne zu barrierefreien Gemeinden sollten dies zukünftig noch stärker berücksichtigen. Dabei wird empfohlen, örtlich zuständige Verbände, Beauftragte für Menschen mit Behinderungen und Behindertenbeiräte in die Planungen mit einzubinden.
- Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung des Informationsbedarfs eines Beratungsbedürftigen müssen die Pflegeberatung der Pflegekassen und die kommunalen Beratungsangebote, beispielsweise für Wohnraumanpassungsmaßnahmen, stärker aufeinander abgestimmt und besser vernetzt werden.

- frühzeitig ansetzende verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen stärker im Wohnumfeld zu etablieren. Z. B. können Interventionen zur Wohnraumanpassung sowie zur Mobilitäts- oder Resilienzförderung dazu beitragen, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bzw. die gesellschaftliche Teilhabe länger zu ermöglichen.

Im Hinblick auf finanzielle Rahmenbedingungen empfiehlt die Kommission der Staatsregierung bzw. der KfW,

- bereits bestehende Projekte auf ihre Tragfähigkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zu überprüfen und eine möglichst flächendeckende Implementierung zu ermöglichen, um eine schwer zu überblickende Projektlandschaft zu vereinfachen.
- zu überprüfen, ob und inwieweit eine flexiblere Förderung von Maßnahmen zur Wohnmobilität möglich ist[20] (z. B. Umzugsförderung ähnlich der Leistung der Pflegekassen im § 40 Abs. 4 SGB XI).
- ausgehend von den bereits bestehenden Programmen zu prüfen, inwieweit vorzugsweise gezielte Zuschüsse anstatt zinsvergünstigter Darlehen für konkrete Umbaumaßnahmen gewährt werden können oder ein Budget für einen Pool von Umbaumaßnahmen möglich ist. Eine verbesserte Investitionssteuerung in Richtung bestehender Bedarfe wäre dadurch möglich.
- In Zusammenarbeit mit den Akteuren des Wohnungsmarktes eine Übersicht über bestehende Fördermöglichkeiten zu erstellen und regelmäßig zu aktualisieren und dabei deren Sinnhaftigkeit und praktische Anwendbarkeit zu überprüfen. Als mögliche Grundlage für verstärkte Transparenz kann die Förderdatenbank FÖMISAX dienen.
- die hohen administrativen Anforderungen bei der Beantragung und laufenden Abwicklung der Fördermittel abzubauen, um Beantragungshürden zu senken. Die seitens der Sächsischen Staatsregierung eingesetzte Kommission zur Vereinfachung und Verbesserung von Förderverfahren ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Schritt. Ergebnisse sollen im Mai 2019 vorliegen. Diese sollten anschließend möglichst zeitnah in der Förderpraxis umgesetzt werden.

1.4.2 Empfehlungen für einzelne Wohnformen

a) Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

Aus Sicht der Enquete-Kommission besteht aktuell die Notwendigkeit für etwa 100 000 zusätzliche bedarfsgerecht barrierefreien Wohnungen in Sachsen[21].

Im Hinblick auf den prognostizierten Anstieg der Pflegebedürftigen bis in das Jahr 2030 empfiehlt die Kommission,

- der Staatsregierung die Bezahlbarkeit des Wohnraums als wichtigen Faktor bei der Wohnraumanpassung zu berücksichtigen. Die Enquete-Kommission regt an zu überprüfen, wie eine stärkere Inanspruchnahme bestehender Möglichkeiten der investiven Förderung zur Stärkung des altersgerechten Umbaus erreicht werden kann.

20 Empfehlung an Staatsregierung bzw. auch an die Bundesebene im Hinblick Weiterentwicklung SGB XI

21 Diese Zahl basiert auf den Ergebnissen der Studie Bedarfsgerecht barrierefreier Wohnraum in Sachsen des Instituts für Holztechnologie gGmbH (2017). Zugrunde gelegt wurden 10 MUSS-Kriterien (motorische Behinderungen) bzw. 7 MUSS-Kriterien (sensorische Behinderungen). Sind diese erfüllt, kann von einer bedarfsgerechten Barrierefreiheit der Wohnungen ausgegangen werden.

- der Staatsregierung und der Bundesebene eine gezielte zuschussbasierte Förderung von Aufzugsanlagen. Dies kann ein Instrument sein, um eine umfangreiche Versorgung mit bedarfsgerechtem Wohnraum durch die Erfüllung des Mindestkriteriums „Barrierefreier Zugang“ zu erreichen.
- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund soziale Wohnraumförderung oder Belegungsbindungen nach Bedarf zu nutzen.
- auf kommunaler Ebene dieser Entwicklung durch entsprechende Wohnraumanpassungsmaßnahmen Rechnung zu tragen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass eine tatsächlich bedarfsorientierte Durchführung von Modernisierungs- und Wohnraumanpassungsmaßnahmen auch dazu beitragen kann, die dafür notwendigen Kosten sowie die Bezahlbarkeit von Wohnraum im Rahmen zu halten bzw. zu gewährleisten. Eine häufig avisierte vollständige Barrierefreiheit ist nicht immer notwendig. Soziale und technisch-assistierende Dienstleistungsangebote sollen dort verstärkt zum Einsatz kommen, wo ihre Sinnhaftigkeit tatsächlich gegeben ist und sie auch genutzt werden.
- den kommunalen Spitzenverbänden, dem Kommunalen Sozialverband, den Pflegekassen sowie der Wohnungswirtschaft, den Lösungsansatz der „Mitalternden Wohnung“ (Wohnraumanpassungsmaßnahmen bezüglich veränderter Bedürfnisse des Alterns, Vernetzung der eigenen Häuslichkeit mit regionaler Dienstleistungsstruktur) stärker in die Entwicklung der Wohnraumlandschaft vor Ort einfließen zu lassen, um einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich zu machen. In diesem Zusammenhang betrachtet die Enquete-Kommission die stärkere Inanspruchnahme bestehender Möglichkeiten zur Förderung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als bedeutendes Instrument, um die häusliche Versorgung zu stabilisieren.
- bei Neubaumaßnahmen im Mietwohnungssektor sollten die DIN-Normen zum Barrierefreien Bauen[22] verpflichtend angewandt werden. Für den Mietwohnungsbestand sollten bei Anpassungsmaßnahmen barriereredzierte Mindeststandards gelten.
- den Pflegekassen nicht ausgeschöpfte Mittel nach § 40 Abs. 4 SGB XI gezielt an Anspruchsberechtigte heranzutragen und z. B. auch für Renovierungsarbeiten eines Pflegezimmers einsetzbar zu machen.

b) Alternative Wohnformen

Im Rahmen der Anhörungen der Enquete-Kommission wurde deutlich, dass trotz des hohen Interesses an einem „alternativen“ Wohnen in den jeweiligen Formen die tatsächliche Inanspruchnahme gegenwärtig in Sachsen relativ gering ist.

Dennoch wurde deutlich, dass alternative Wohnformen in der Zukunft eine wichtiger werdende Rolle spielen können und als ein alternatives Angebot zur stationären Vollversorgung dienen können.

Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, empfiehlt die Enquete-Kommission beispielsweise der Staatsregierung, der kommunalen Ebene, den Pflegekassen und der Wohnungswirtschaft,

- eine Prüfung der aktuellen Gegebenheiten, Informationsmöglichkeiten und Hindernisse, welche den Auf- und Ausbau alternativer Wohnformen erschweren.

22 Nähere Informationen siehe www.nullbarriere.de/din18040-2.htm, letzter Zugriff: 22.08.2017.

- eine punktuelle Überarbeitung der Rahmenbedingungen, einschließlich des SächsBeWoG, um bestehende Anwendungseinschränkungen gezielter einzugrenzen und den Ausbau alternativer Wohnformen unterstützen und umfassend etablieren zu können.
- die Informationslücke bezüglich der Bekanntheit von alternativen Wohnformen langfristig durch eine umfassende Information der Betroffenen und Angehörigen abzubauen. In dem Zusammenhang sollte der sukzessive Aufbau einer für die Bürgerin und den Bürger leicht zugänglichen Beratungsstruktur auf kommunaler Ebene geprüft werden. Ziel ist es, die vielfältigen Wohnformen mit ihren unterschiedlichen Betreuungs-, Integrations- und Teilhabestrukturen am Markt zu etablieren.
- zu prüfen, inwieweit bereits bestehende Förderprogramme für alternative Wohnformen geeignet sind oder für deren Anwendung angepasst werden können, um den Ausbau zu begünstigen und zu fördern. Hierzu ist es auch notwendig, explizit in den Richtlinien auf die Verwendungsmöglichkeiten für alternative Wohnformen hinzuweisen.
- diese stärkere Etablierung alternativer Wohnformen entsprechend der Bedarfe und der Nachfrage – besonders auf kommunaler Ebene – zu unterstützen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche innerhalb der kommunalen Verwaltung sowie die Kooperation mit der Wohnungswirtschaft und Privateigentümern und der Einbezug der sozialen Dienstleister sind dabei von besonderer Bedeutung. Deswegen bedarf es auf örtlicher Ebene eines intensiven Austauschs aller Akteure im Rahmen einer integrierten Sozialraumplanung.

c) Stationäre Einrichtungen

Die vollstationäre Versorgung hat auch zukünftig einen enormen Stellenwert. Die Kommission empfiehlt daher u. a. den Pflegekassen, dem Kommunalen Sozialverband und den Leistungserbringern eine qualitative Weiterentwicklung dieser Versorgungsform. Aussagen zur quantitativen Weiterentwicklung der Pflege sind im Kapitel 6 zusammengestellt.

Die Kommission empfiehlt weiterhin,

- den Trägern stationärer Einrichtungen sich für alternative Versorgungsformen zu öffnen und dazugehörige Angebote stärker und flexibler einzubinden. Ziel ist die Nutzung vorhandener Ressourcen für ein breiteres Versorgungsangebot und die Berücksichtigung der Bedarfe pflegebedürftiger Menschen. Voraussetzung dafür ist, dass die Grenzen zwischen ambulant, teilstationär und vollstationär flexibilisiert werden und die Öffnungen verhandelt werden können.
- die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen als ein wichtiges Element stärker zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung kultur- und diversitätssensibler Pflege.
- eine stärkere konzeptionelle Spezialisierung auf die Versorgung Pflegebedürftiger mit besonderen Bedarfskonstellationen, z. B. Intensivpflege, Pflege von Demenzerkrankten, Menschen mit Behinderung, Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen. Konzeptionelle Spezialisierungen müssen leichter verhandelbar sein sowie personelle und finanzielle Anerkennung finden.
- eine stärkere Kombination bzw. Kooperation von Dienstleistungen der vollstationären Versorgung mit anderen Versorgungsbereichen (z. B. Betreuungsangeboten für Ältere, Tages-Pflege, Angehörigen-Treffs, Pflegeberatung).

1.4.3 Exkurs: Technikunterstütztes Wohnen im Alter (AAL)

Unterstützende technische/digitale Systeme spielen heute bereits eine zunehmend wichtige Rolle in der pflegerischen Versorgung. Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission wurden eine Vielzahl von bereits bestehenden bzw. angedachten Projekten/Möglichkeiten vorgestellt, welche die Vielfalt der Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen.

Aus Sicht der Kommission ist diese Entwicklung begrüßenswert, da auf diese Weise die Arbeit der Pflegenden, der Angehörigen etc., der Austausch bezüglich der medizinischen Versorgung und auch die Lebenssituation der Pflegebedürftigen verbessert werden können.

Gleichwohl ist es der Kommission wichtig, darauf hinzuweisen, dass viele Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung dieser Systeme noch einer Klärung bzw. sorgfältigen Befassung bedürfen. Perspektivisch ist jedoch denkbar, dass aktuelle Entwicklungen dieser Unterstützungssysteme bestehende Möglichkeiten obsolet erscheinen lassen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt,

- den Leistungserbringern in der Pflege eine Implementierung dieser Systeme behutsam vorzunehmen. Zudem bedarf es bei weitergehender Automatisierung in der Pflege einer grundsätzlichen ethischen Diskussion.
- deutlich zu machen, dass die anzuwendenden technischen Systeme zielgenau bezüglich der Bedürfnisse und der Situation der Pflegebedürftigen angewandt werden. Auch im pflegerischen Dienstleistungsbereich sollte der Einsatz von AAL zur Erleichterung der pflegerischen und sozialen Unterstützung eingesetzt werden.
- den Kranken- und Pflegekassen sowie dem GKV-Spitzenverband geeignete AAL-Lösungen, welche für die Pflege und den längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit besonders vorteilhaft sind, in das Leistungsrecht der Kranken- und Pflegekassen aufzunehmen. Damit verbunden ist die Ausweitung von Zuschüssen für förderfähige Hilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis) zu prüfen.
- dem GKV-Spitzenverband das Pflegehilfsmittelverzeichnis sowie das Hilfsmittelverzeichnis in Bezug auf eine nutzerfreundlichere Systematik und Berücksichtigung möglicher Qualitätsindikatoren der AAL-Lösungen zu aktualisieren, z. B. durch eine Erweiterung der rein „indikationsspezifischen“ medizinischen bzw. pflegerischen Nutzenbewertung um Kriterien wie den Effekt auf die Erhöhung der Selbstständigkeit, der Sicherheit oder auf die Verbesserung der Teilhabe.
- die Standardisierungsbemühungen der Akteure für AAL-Lösungen zu unterstützen um die Kompatibilität, Konnektivität und Interoperabilität der verschiedenen Produkte zu verbessern und somit gleichzeitig die Attraktivität des Einsatzes von AAL zu steigern. In diesem Zusammenhang sollen breit aufgestellte Plattformlösungen anstelle von Stand-alone-Umsetzungen eingesetzt werden. Auch die Verbindung von telemedizinischen Anwendungen und AAL-Anwendungen sollte ausgebaut werden, um eine Ausstattung mit vielen verschiedenen Systemen und entsprechenden Schnittstellenproblematiken zu vermeiden.
- den Leistungserbringern den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit der Staatsregierung, eine Evaluierung von AAL-Lösungen und -Systemen im Hinblick auf deren Wirksamkeit und Nutzen zu unterstützen.

1.4.4 Exkurs: Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

Die Enquete-Kommission hat sich im Rahmen ihrer Arbeit wiederholt mit dem Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG) befasst. Unterschiedliche Sichtweisen im Hinblick auf die praktische Umsetzung des Gesetzes wurden deutlich und ein entsprechender Novellierungsbedarf wurde formuliert.

Als „Landesheimgesetz“ spielt das Gesetz aus Sicht der Kommission für die zukünftige – insbesondere stationäre – Versorgung eine wichtige Rolle. Sie spricht sich daher für eine Überarbeitung des bisherigen Gesetzes aus und bittet die Staatsregierung, die im Rahmen der Anhörung vorgetragenen Sichtweisen bei einer zügigen Novellierung des Gesetzes umfassend zu würdigen und zu prüfen.

Diese Novellierung sollte eine umfassende Diskussion über die Chancen und Grenzen der verschiedenen Wohn- und Versorgungsformen nach dem SächsBeWoG beinhalten. Auf folgende Schwerpunkte soll dabei gesondert eingegangen werden:

a) Anwendungsbereich des Gesetzes

Die Anhörungen der verschiedenen Sachverständigen haben verdeutlicht, dass der Anwendungsbereich nach § 2 SächsBeWoG in der Praxis zu Schwierigkeiten führt. Dies betrifft zum einen die Anwendbarkeit des Gesetzes auf Wohngemeinschaften und weitere alternative Wohnformen. Der bisherige Wortlaut enthält zahlreiche Anforderungen bzw. Einschränkungen für die Initiierung und Vorhaltung verschiedener betreuter Wohnangebote und lässt neue bzw. alternative Wohnformen nur erschwerend zu.

Die Kommission empfiehlt,

- eine Überarbeitung des Anwendungsbereiches vorzunehmen, um aktuelle Entwicklungen stärker als bisher mit aufzunehmen. Dies umfasst beispielsweise Fragen der Selbst- oder Fremdorganisation und des jeweiligen abgestuften Prüfungsumfangs unter Abgrenzung einer rein stationären Versorgung.

Die Regelungen des SächsBeWoG sind, ebenso wie weitere rechtliche Vorgaben (z. B. baurechtliche Bestimmungen, Regelungen zu Fördermöglichkeiten des barrierefreien/-reduzierten Bauens und Wohnens, allgemeine Regelungen zum Verbraucherrecht, Mietrecht, Heimrecht, Regelungen im Gesundheitsbereich), nicht eindeutig formuliert, sodass es zu Widersprüchen und Hemmnissen bei der Gründung und Fortführung von alternativen Wohnformen kommt.

Die Kommission unterstützt die aus der Praxis kommenden Forderungen sowohl nach einheitlichen Regelungen beispielsweise für die Gründung von Pflege-WGs, als auch nach Verallgemeinerung von zu detaillierten Vorschriften bzw. ergänzenden Regelungen für bisher noch nicht erfasste Bereiche.

Die Kommission empfiehlt daher,

- eine Überarbeitung des bisherigen Wortlautes von § 2 Abs. 5 SächsBeWoG. Ziel sollte nicht nur eine bessere Verständlichkeit sein, sondern auch die Initiierung von Wohngemeinschaften bzw. anderer Wohnformen zu erleichtern.
  Ergänzend muss eine verständliche Konkretisierung der Anforderungen an ambulant betreute Wohngemeinschaften vorgenommen werden, sodass sie nicht unter

das Heimrecht fallen, solange die rechtliche Wahlfreiheit zwischen Pflege und Vermietung vertraglich gewährleistet wird.
Die Wahrung der Rechte der Pflegebedürftigen, die Qualitätssicherung in der Pflege und Transparenz der Leistungserbringung sind dabei aber zu beachten.

- bei zu bestimmenden selbstbestimmten WGs zwischen der Einschränkung der Selbstbestimmung in der Gründungs-/Aufbauphase und in dem laufenden Betrieb zu unterscheiden. Demnach sollten Bewohnerrechte differenziert geregelt sein, wenn die Selbstbestimmung nur phasenweise eingeschränkt ist. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollten in der Gründungsphase stärkere Unterstützung erhalten und während der Fortführung wäre eine Unterstützung bei Bedarf empfehlenswert. Differenzierte Regelungen bezüglich des individuellen Wahlrechtes der unterstützenden Dienstleister in der Gründungsphase und dem laufenden Betrieb wären Ansatzpunkte, welche die Selbstbestimmung der Wohngruppenmitglieder langfristig fordern und fördern.

Im Zeitraum der Arbeit der Enquete-Kommission wurden auf Bundesebene mehrere Änderungen im Rahmen der Pflegeversicherung wie aber auch der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen vorgenommen. Dies umfasst bspw. die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes oder die neue Ausrichtung der Leistungen der Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung, womit die Einteilung nach ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben wird.

Die Kommission empfiehlt, im Rahmen einer möglichen Novellierung

- zu prüfen, inwieweit der bestehende Gesetzestext und die dazu gehörige Durchführungsverordnung im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Formulierungen des Bundesteilhabegesetzes einer Anpassung bedürfen.
- bezüglich der Regelung der betreuten Wohngruppen nach § 2 Abs. 6 SächsBeWoG eine gesonderte Betrachtung, da dieser Personenkreis in der Regel nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist.
- die Möglichkeit der Ausweitung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für beatmungspflichtige und intensivpflegebedürftige Menschen unter Wahrung des Verbraucherschutzes zu prüfen.

b) Bauliche Anforderungen

Hinsichtlich der baulichen Anforderungen, welche für den Anwendungsbereich des SächsBeWoG gelten, empfiehlt die Kommission,

- bei Regelungen zur Anpassung einzelner baulicher Anforderungen weiterhin den Grundsatz der Angemessenheit gelten zu lassen. Die Anforderungen an Einrichtungen im Sinne wirtschaftlicher Betriebsführung wären demnach nur dort zu verschärfen, wo es aus fachlichen Gründen zwingend notwendig ist.
- die Sächsische Bauordnung bei Gebäuden mit Nutzungseinheiten zum Zwecke der Pflege oder Betreuung von Personen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung im Hinblick auf die vorgesehene Personenzahl zu überprüfen. Im Allgemeinen bedeutet dies, dass die aktuell teilweise zu restriktiven Regelungen der SächsBO in der Art und Weise geändert werden sollen, dass eine Vielfalt an ambulanten Wohn-/Pflegegemeinschaften nicht verhindert wird.

- die Kompatibilität zwischen tangierten Regelungen (z. B. SächsBeWoGDVO und Richtlinie Investition und Teilhabe) zu prüfen. Ziel sollte es sein, die Betreuung und Pflege in Wohngemeinschaften zu ermöglichen, ohne dass bauliche Standards für vollstationäre Pflegeheime gelten. Es wird sich dafür ausgesprochen, entsprechende Abstufungen einzuführen.

c) Anzeige- und Prüfpflichten

Im Zusammenhang mit den Prüfpflichten durch die zuständigen Behörden ist deutlich geworden, dass Schwierigkeiten hinsichtlich der Einhaltung der Prüfabstände zwischen Fachdienst Heimaufsicht und MDK/PKV Prüfdienst sowie bei dem Austausch über erkannte Mängel zwischen den Behörden (Gesundheitsamt, untere Bauaufsichtsbehörden, Brandschutz) bestehen.

Ferner findet die Kontrolle ambulanter Wohngemeinschaften bislang nur bei Verdacht auf heimähnliche Strukturen statt und es fehlt eine Abgrenzung zum Heimfeststellungsverfahren.

Die Kommission empfiehlt,

- auf eine stärkere Zusammenarbeit und besseren Informationsaustausch zwischen den zuständigen Behörden hinzuwirken.
- abgestufte Prüfungsregelungen und differenzierte Anzeigepflichten je nach Wohnform und wachsender Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von dem Pflegeleistungserbringer einzuführen.
- einen Praxisleitfaden für die Bewertung von ambulanten Wohnformen zu erstellen.
- zu prüfen, inwieweit die Anzeigepflicht auf ambulante Pflegedienste (wie in anderen Bundesländern) ausgeweitet werden kann.

1.5 Literaturverzeichnis

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818dbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Bank für Sozialwirtschaft. (2012). BFS-Information. BFS-Info, (7).

Blüher, S.; Jacobs, K. (2015). Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.

BMG. (2013). Abschlussbericht zur Studie. Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Berlin: VDI/VDE Innovation + Technik GmbH.

BMG. (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Dt. Bundestag.

BMVBS (Hrsg.). (2011). Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

BMWi. (2017). Förderdatenbank. Förderprogramme und Finanzhilfen des Bundes, der Länder und der EU. Forschung an Fachhochschulen – Lebensqualität in Stadt und Land durch soziale Innovationen. http://www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/suche.html?get=2e73e350d2a92ed8e46d1e9437ac20f3;views;document&doc=10241 [09.02.2017].

BMWi (2017a). Förderdatenbank. Förderprogramme und Finanzhilfen des Bundes, der Länder und der EU (EFRE-Richtlinie SMS (2014-2020). Förderung innovativer Ansätze im Bereich der Gesundheits- und Pflegewirtschaft. http://www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/inhaltsverzeichnis.html%3Fget%3Daf6b235d445dc37eb67d19cbc35a9b65%3Bprint%3Bindex%26doc%3D11296%26typ%3DFL?get=af6b235d445dc37eb67d19cbc35a9b65;views;document&doc=12462 [29.03.2017].

Bockting, M. (2016). Stellungnahme des Sächsischen Sozialministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Brylok, A. (2016). Auswertung Sozialbefragung Wohnungsgenossenschaften 2015. https://www.google.de/search?num=100&q=AuswertungSozialbefragungWohnungsgenossenschaften2015;&gws_rd=ssl#q=Auswertung+Sozialbefragung+Wohnungsgenossenschaften+2015%3B [22.12.2016].

Brylok, A.; Winkler, S. (2016). Stellungnahme des Verbandes Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG e. V.) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

DIN, 18040. (2011-09). Barrierefreies Bauen. Teil 2: Wohnungen.

Eggert, S.; Jung, K.; Väthjunker, D. (2017). ZQP-Bevölkerungsbefragung. „Herausforderung Pflege – Bürgerperspektive im Wahljahr 2017“. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_02_19_AnalysePflegeWahljahr_KJSEDVvf.pdf [13.03.2017].

Eggert, S.; Sulmann, D.; Teubner, C. (2018). Einstellung der Bevölkerung zu digitaler Unterstützung in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_PflegeDigitalisierung.pdf [11.07.2018].

Faensen, M. (2016). Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hayer, J.; Kunstmann, F.; Sobottke, M. (2012). BFS-Marktreport Pflege 2012. Pflegeheime unter Druck. Köln: Bank für Sozialwirtschaft.

Held, T.; Waltersbacher, M. (Hrsg.). (2015). Wohnungsmarktprognose 2030. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung .

Hoff, A. (2016). Stellungnahme der Hochschule Zittau/Görlitz, Fakultät Sozialwissenschaften, Professur für Soziale Gerontologie zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen in Sachsen.“ 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hopf, S. (2017). Barrierefrei Bauen mit nullbarriere.de. http://nullbarriere.de/ [15.02.2017].

Institut für Holztechnologie gGmbH (Hrsg.). (2017). Bedarfsgerecht barrierefreier Wohnraum in Sachsen. Ergebnisbericht. 1. Auflage. Dresden (Auftraggeber: SMI). http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/download/Bauen_und_Wohnen/Studie_bedarfsgerecht_barrierefrei_Wohnen_ENDBERICHT_final.pdf [14.03.2017].

IQD, Institut für Qualitätskennzeichnung von Sozialen Dienstleistungen. (2011). Lebensqualität im Pflegeheim. Pflegen wir an der Biographie vorbei? Filderstadt.

Kilchert, L. (2017). Betreutes Wohnen. https://www.pflege.de/altenpflege/betreutes-wohnen/ [23.03.2017].

Kremer-Preiß, U. (2014). Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter : Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln: KDA. http://www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-wohnatlas.html [10.03.2017].

Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2003). Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe.

Kroll, R. (2010). Kompetenznetzwerk Wohnen. http://www.kompetenznetzwerk-wohnen.de/sub/de/wissenspool/4GemeinschaftlicheWohnformen/20080807-121156.php [03.04.2017].

Loose, P.; Schöne, C. (2016). Stellungnahme der Pflegekassen Barmer und AOK Plus zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Pöhler, S. (2016). Stellungnahme des Beauftragten der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verl.-Service.

Rothgang, H.; Klawitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016). Barmer-GEK-Pflegereport. Siegburg: Asgard-Verl.-Service.

Sächsische Staatskanzlei. (2017). REVOSax. Recht und Vorschriftenverwaltung Sachsen. https://www.revosax.sachsen.de/ [08.05.2017].

Scholze, J.; Huttenloher C.; Lorenz, S.; Freudenberg, J. (2014). Gemeinsam für ein altersgerechtes Quartier. Handlungsanregungen für die Zusammenarbeit zwischen Akteuren zur tragfähigen altersgerechten Quartiersentwicklung. Berlin.

Schroth, C. (2016). Stellungnahme der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA e. V.) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Slupina, M.; Damm, T.; Klingholz, R. (2016). Im Osten auf Wanderschaft. Wie Umzüge die demografische Landkarte zwischen Rügen und Erzgebirge verändern. Originalausgabe. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

SMI. (2016). Landesentwicklungsbericht 2015. Dresden. http://www.landesentwicklung.sachsen.de/download/Landesentwicklung/LEB2015.pdf [22.12.2016].

SMI. (2018). Bauen und Wohnen. Wohnraumförderung. http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/8144.htm [11.07.2018].

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (2015). Zensus 2011. Gebäude- und Wohnungsbestand in Deutschland – Endgültige Ergebnisse. Dezember 2015. Hannover: Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN). https://www.zensus2011.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Aufsaetze_Archiv/2015_12_NI_GWZ_endgueltig.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [23.03.2017].

Statistisches Bundesamt. (2016). Mikrozensus 2015. Wiesbaden (Privathaushalte und Haushaltsmitglieder). https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/1_2_Privathaushalte_Bundeslaender.html [23.03.2017].

Statistisches Bundesamt. (2017a). Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [12.12.2016].

Statistisches Bundesamt. (2017b). Privathaushalte 1991-2035 nach Haushaltsgröße. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung. Sachsen. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2014a). Zensus 2011. Gebäude- und Wohnungszählung im Freistaat Sachsen am 9. Mai 2011. Kamenz (Teil 2 Leerstand). https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Sonderpublikation/F_I_Zensus_2011_GWZ_T2_SN.pdf [24.03.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2014b). Zensus 2011. Gebäude- und Wohnungszählung im Freistaat Sachsen am 9. Mai 2011. Kamenz (Teil 3 Eigentumsverhältnisse). https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-F/F_I_GWZ_2011_3_SN.pdf [08.05.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2016). Haushalte und Lebensformen im Freistaat Sachsen. Ergebnisse des Mikrozensus (2015). Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-A/A_1_7_j15_SN.pdf [23.03.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2017). Wohnen im Freistaat Sachsen. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-F/F_I_1_4j14_SN.pdf [21.03.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2018). Statistisch betrachtet. Pflege in Sachsen. Kamenz (Ausgabe 2018). https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Faltblatt/SB_Pflege_2018_Korrekturfassung_Internetoptimiert.pdf [03.07.2018].

Steindorf, M. (2016). Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen (Liga) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

VDE. (2012). Die deutsche Normungs-Roadmap AAL (Ambient Assisted Living). http://docplayer.org/956793-Dke-vde-din-die-deutsche-normungs-roadmap-aal-ambient-assisted-living.html [12.01.2017].

VDE. (2014). Die deutsche Normungs-Roadmap AAL (Ambient Assisted Living). Status, Trends und Perspektiven der Normung im AAL-Umfeld. https://www.dke.de/resource/blob/778296/27536d293024057506218d9730fe99ed/die-deutsche-normungs-roadmap-aal–-ambient-assisted-living–-version-2-data.pdf [13.01.2017].

Viehweger, A.; Karmann, A.; Uhlmann, M. (2015). Selbstständiges Wohnen bis ins hohe Alter. Eine volkswirtschaftliche Analyse. Dresden: VSWG.

Weiß, C. Lutze, M.; Stock Gissendanner, S.; Peters, V. (2017). Nutzen und Finanzierung technischer Assistenzsysteme aus Sicht der Pflegeversicherung und weiterer Akteure der Verantwortungsgemeinschaft am Beispiel der Quartiersvernetzung. Abschlussbericht. Berlin (Gefördert vom BMG).

Wenzler, S. (2016). Stellungnahme des SMI zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

2 Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger

2.1 Grundlegende Pflegebedarfe

Pflegebedürftigkeit beschreibt einen Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Verletzbarkeit (Vulnerabilität), der meist durch ein Ereignis (z. B. Schlaganfall) oder multifaktoriell verursachte chronische Erkrankungen hervorgerufen wird. Dieses Ausmaß der Vulnerabilität sowie deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben wurden umfangreich in den Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ sowohl in Privathaushalten als auch im stationären Setting untersucht. Besonders häufig liegen Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen (Grundpflege, Nahrungsaufnahme etc.) und den instrumentellen Aktivitäten (Einkaufen, Haushaltsreinigung etc.) vor. Nicht selten entwickeln sich aus den funktionellen und kognitiven Defiziten auch depressive Verstimmungen, die ebenfalls bei der Versorgung zu berücksichtigen sind (Blüher et al., 2017, 4 ff.; Schneekloth, 2006b).

Es wird deutlich, dass es neben den individuellen, spezifischen Pflegebedürfnissen einen Kern an grundlegenden Versorgungsbedarfen gibt, die bei pflegebedürftigen älteren Menschen besonders häufig auftreten. Sie werden auch als „geriatrische Syndrome“ bezeichnet und sind beispielsweise kognitive Beeinträchtigungen, Dekubitus, Sturz, eingeschränkte Mobilität, Inkontinenz und Mangelernährung. Deren Versorgung gehört zu den Grundaufgaben der Pflege und erfordert qualitativ hochwertige Standards, die im § 113 SGB XI festgeschrieben sind (Altenberichtskommission, 2016, XVI ff.; Lahmann et al., 2017, 188 f.). Ziel einer bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung soll es demzufolge sein, diese Grundbedarfe qualitativ hochwertig zu versorgen (Blüher et al., 2017, 8 f.).

2.2 Besondere Pflegebedarfe

Jeder Mensch wird durch gesellschaftliche, soziale, psychische, physische, biografische und kulturelle Einflüsse geprägt. Dies hat auch Auswirkungen auf die Versorgung. Ziel ist es, diese daraus entstehenden individuellen Bedürfnisse in der pflegerischen Versorgung möglichst umfassend zu berücksichtigen. Die angemessene, bedürfnisorientierte Pflege gelingt jedoch nicht nur durch die alleinige Kompensation von Alltagseinschränkungen. Von nicht minderer Bedeutung sind Effekte, die sich aus geistiger Anregung, sozialer Interaktion und emotionaler Unterstützung ergeben. Diese „weichen“ Faktoren haben einen positiven Einfluss auf die gesellschaftliche Teilhabe sowie die eigene Selbstständigkeit und können die Pflegebedürftigkeit bzw. deren Zunahme hinauszögern (Blüher et al., 2017, 8 f.).

Darüber hinaus ist Prävention ein wichtiges Instrument, um ältere Menschen bei der Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Seitens des Gesetzgebers wurden in den letzten Jahren verstärkt Vorgaben geschaffen, die präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beinhalten. Sie sind in der deutschen Sozialgesetzgebung festgeschrieben und lassen eine grundsätzliche Verpflichtung der Pflege zu präventivem Handeln erkennen bzw. räumen der Prävention sogar Vorrang vor Pflege ein (§ 5 SGB XI). Dies trägt auch der Definition der Pflege des International Council of Nurses (ICN) Rechnung, denn nach dieser ist die Förderung der Gesundheit ein fester Bestandteil der Pflege (ICN, 2018). Mit der Prävention im Alter soll erreicht werden, dass Risikofaktoren für körperliche und

psychische Erkrankungen und Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten erkannt und beeinflusst werden und sich der allgemeine Gesundheitszustand der Alterskohorten verbessert (Görres et al., 2018, S. 5).

Vergleicht man die Pflegebedarfe und -bedürfnisse der unterschiedlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit, wird die über die Grundversorgung hinausgehende Vielfalt an Versorgungsansprüchen schnell deutlich. Herausforderung für die Zukunft ist es, die Pflegebedürftigen mit den verschiedenen Bedarfskonstellationen möglichst bedürfnisgerecht zu versorgen. Die Ansprüche an die Pflege von Demenzerkrankten, von älteren Menschen mit Behinderungen, von älteren Intensivpflegepatientinnen und -patienten, von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, von der Gruppe der lesbischen, schwulen, bisexuellen, transgender, transsexuellen, intersexuellen und queeren Menschen (LSBTTIQ) sowie an die Palliativversorgung von pflegebedürftigen älteren Menschen werden in den folgenden Abschnitten differenziert beleuchtet.

2.2.1 Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen

Demenz als eine der häufigsten Krankheiten im höheren Lebensalter beschreibt einen andauernden oder fortschreitenden Zustand, bei dem die Fähigkeiten des Gedächtnisses, des Denkens und/oder anderer Leistungsbereiche des Gehirns beeinträchtigt sind (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016).

Typische Symptome bei Menschen mit Demenz sind neben dem Gedächtnisverlust auch nachlassende Orientierungs- und Sprachfähigkeiten sowie Logikverlust.

Die Gefühlsempfindungen bleiben hingegen meist unverändert. Ängste, Zorn, Scham sowie das Bedürfnis nach Intimsphäre bleiben bestehen oder verstärken sich sogar und können vor dem Hintergrund einer pflegerischen Behandlung Stress auslösen. Eine medikamentöse Behandlung dient lediglich der Symptomlinderung und kann das Fortschreiten der Krankheit teilweise verzögern. Eine Heilung ist aktuell nicht möglich (BMFSFJ, 2017; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016).

In Deutschland leben derzeit etwa 1,7 Mio. Menschen mit Demenz, deren Zahl in den nächsten vier Jahrzehnten voraussichtlich auf etwa 3 Mio. ansteigen wird (Deutscher Bundestag, 2017, S. 76).

Laut Demenzatlas für den Freistaat Sachsen gab es im Jahr 2013 etwa 95 000 Menschen mit Demenz. Jährlich wird mit einer Zunahme um 23 000 Menschen gerechnet (Helms & Dumke, 2016).

Tabelle 4: Geschätzte Zahl von Menschen mit Demenz im Freistaat Sachsen zum 31.12.2014 (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016).

Altersgruppe	65–69	70–74	75–79	80–84	85+	65+
Anzahl v. Menschen mit Demenz	3 300	9 700	18 130	23 010	40 700	94 840

Dieselbe Übersicht zeigt ebenfalls auf, dass das jährliche Neuerkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,53 % unter den 65 bis 69-Jährigen auf über 12 % unter den Höchstbetagten (90 Jahre und älter) in Deutschland ansteigt. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, ist dabei neben Fragen der sozialen Vereinsamung stark vom Alter und Geschlecht abhängig. Hinsichtlich des Geschlechts ist festzustellen, dass

bundesweit Frauen (ca. 70 %) eher als Männer an Demenz erkranken. Die Ursache dafür ist insbesondere in der höheren Lebenserwartung zu suchen (Bickel, 2016, S. 1–5). Etwa drei Viertel der Demenzerkrankten leben zu Hause. Doch im fortschreitenden Krankheitsverlauf nimmt der Hilfe- und Betreuungsbedarf zu. Demenzerkrankungen sind gegenwärtig der häufigste Grund für einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Die mittlere Dauer von der Diagnose bis zur Einweisung in eine Pflegeeinrichtung beträgt im Freistaat Sachsen etwa drei Jahre (Alltag, 2016).

Bedürfnisse, Versorgung und Pflege von Demenzerkrankten

Die Bedürfnisse von Demenzerkrankten sind grundsätzlich erst einmal ebenso vielseitig und individuell wie die Bedürfnisse anderer Menschen. Jedoch verändern sich die Bedeutung der Bedürfnisse und die Art der Erfüllung im Verlauf der Krankheit, sodass nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Angehörigen je nach Schwere der Krankheit unterschiedlich ausgeprägte Unterstützung bei der Erfüllung der Bedürfnisse benötigen (Halek, 2017, S. 8).

Ein wichtiger Teil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen ist die medikamentöse Therapie. Der Einsatz erfolgt u. a. zur Stabilisierung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung, zur Milderung von Verhaltensstörungen sowie zur Verhinderung weiterer Schädigungen des Gehirns. Bei einem Einsatz medikamentöser Therapien ist zu beachten, diese phasengerecht entsprechend der Schwere der Demenzerkrankung einzusetzen (z. B. treten Verhaltensstörungen i. d. R. nicht bis zum Lebensende auf). Des Weiteren wären geeignete Maßnahmen zu nutzen, um missbräuchlicher Medikamentierung oder vorhandener Übermedikamentierung entgegenzuwirken.

Doch neben der Verabreichung von Medikamenten sind auch die geistige und körperliche Aktivierung, der richtige Umgang mit den Betroffenen, die bedarfsgerechte Gestaltung der Wohnung sowie die Beratung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen wichtige Elemente der Behandlung. Nicht-medikamentöse Behandlungen zielen darauf ab, die geistige Leistungsfähigkeit und Alltagsfähigkeiten zu fördern, Verhaltensstörungen abzuschwächen und das Wohlbefinden zu verbessern. Auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) Anfang 2016 die Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen/ und Therapeuten weiterentwickelt und in der aktualisierten S3 Leitlinie „Demenzen“ festgeschrieben[23]. Diese sind jedoch nicht bindend, sondern als Handlungsorientierung zu verstehen. Neben den therapeutischen Behandlungen der Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sind danach u. a. auch Elemente wie Verhaltenstherapie und Gedächtnistraining wichtig.

Allgegenwärtig sollte bei allen Interaktionen der wertschätzende Umgang sein. Dieser wird auch als „Validation“ bezeichnet und beinhaltet die Akzeptanz, dass Menschen mit Demenz in ihrer eigenen Welt leben (Altenberichtskommission, 2016, XIX; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016; Halek, 2017, 8 ff.; Helms & Dumke, 2016).

Die Versorgung Demenzerkrankter zielt ebenso wie die allgemeine Pflege Hilfebedürftiger auf die Bewältigung des Alltags, das Streben nach Wohlbefinden und die Bewältigung existenzieller Erfahrungen ab. Selbstständigkeit und Fürsorglichkeit sollen in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen und Bedürfnisse wie Selbstbestimmung,

23 Link: https://www.dgn.org/leitlinien/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016.

Anerkennung, Geborgenheit und Sicherheit bleiben auch bei fortgeschrittener Demenz bestehen. Dies erfordert meist einen höheren Zeitaufwand im Vergleich zur Pflege nicht Demenzerkrankter. Wertschätzung und eine empathische Grundhaltung gegenüber den Gefühlen und Verhaltensweisen des Betroffenen werden empfohlen. Bei derartig umgesetzten Versorgungsmodellen konnte eine Reduktion von Psychopharmaka oder herausforderndem Verhalten der Betroffenen erreicht werden (Halek, 2017, S. 13; Jacobs et al., 2017, 53 ff.).

Seitens der Wissenschaft ist es das Ziel, die personenzentrierte Behandlung weiter zu verbessern und eine dafür notwendige spezialisierte Personalentwicklung anzustreben (Halek, 2017, S. 8; Jacobs et al., 2017, 53 ff.).

Besondere Herausforderungen ergeben sich für die Pflege aus den häufig auftretenden herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz. Darunter ist *„eine Reaktion des Menschen mit Demenz auf bio-psycho-soziale Prozesse, welche für ihn selbst und/oder für andere Stress, Belastung, Leid bedeuten und zu weiteren negativen Konsequenzen für alle Beteiligten führen können“*, zu verstehen (Halek, 2017, S. 4). Die Ursachen und Auslöser für dieses Verhalten sind vielfältig und nicht leicht herauszufinden. Allgemein wird von einer Kombination biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren mit unberücksichtigten Bedürfnissen ausgegangen. Drei Kategorien können dabei unterschieden werden:

- patientenbezogene Faktoren (z. B. physische und psychische Gesundheitsprobleme)
- umgebungsbezogene Faktoren (z. B. Überstimulation)
- pflegebezogene Faktoren (z. B. Kommunikationsformen, Art pflegerischer Maßnahmen)

Verschiedene Behandlungsansätze wurden in diesem Zusammenhang entwickelt. Die Behandlungen erfolgen überwiegend in Form psychosozialer Interventionen, seltener durch Medikamente (Halek, 2017, 8 ff.; Jacobs et al., 2017, 55 f.). Trotz der intensivierten Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen dieser Patientengruppe treten immer wieder Situationen auf, in denen Einrichtungen störende Patientinnen und Patienten mit herausforderndem Verhalten entlassen oder in andere Stationen bzw. Einrichtungen „verschieben“. Als Ursachen werden Personal- und Zeitmangel sowie fehlende Qualifikation genannt. Für die Betroffenen und Angehörigen entsteht daraus ein enormer Druck aufgrund der Suche nach einer alternativen Versorgungsmöglichkeit (Helms & Dumke, 2016; Tezcan-Güntekin, 2017, S. 13).

Ebenfalls erschwerend für die Pflege von Demenzerkrankten sind die auftretenden Kommunikationseinschränkungen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, eine enge Bindung zwischen dem Demenzerkrankten und den behandelnden Pflegekräften aufzubauen und somit eine Kommunikationsebene zu den Demenzerkrankten herzustellen. Im Rahmen der Pflege sind auch bewegungsfördernde Maßnahmen besonders geeignet, denn dabei wird die Wahrnehmung des eigenen Körpers angeregt und die Selbstbestimmung gestärkt (Jacobs et al., 2017, 56 f.).

Die Behandlung und Erfassung von Schmerzen der Demenzerkrankten ist ein häufig vernachlässigter Bereich in der Versorgung. Schmerzen bleiben aufgrund der Kommunikationseinschränkungen teilweise unerkannt. Die genaue Beobachtung kann frühzeitiges Erkennen ermöglichen. Auch Hinweise auf Mangelernährung sollten aufmerksamer beobachtet und stärker in der Behandlung berücksichtigt werden (Jacobs et al., 2017, 56 f.).

Der Fokus der Versorgung sollte auf der individuellen, qualifizierten und kontinuierlichen Begleitung durch spezialisierte Pflegefachkräfte liegen. Seltene Personalwechsel sowie kleine überschaubare Behandlungs- bzw. Versorgungsgruppen können sich positiv auswirken. Demenz- und andere regionale Versorgungsnetzwerke sowie ein Case Management können eine optimale Pflege realisieren. Mit diesem Ansatz der Versorgungskette geht auch der empfohlene Personal-Mix einher. Die unterschiedlichen Professionen und Qualifikationen können dabei je nach Bedürfnislage eingesetzt werden. Auch den technischen Möglichkeiten (z. B. AAL) kommt an dieser Stelle eine wachsende Bedeutung zu, da sie unterstützend für den Versorgungs- und Pflegeprozess wirken können. Darüber hinaus besteht die wichtige Aufgabe, Aufklärung in der Öffentlichkeit zu betreiben, um Stigmatisierungen zu reduzieren und ein Bewusstsein und eine Akzeptanz für diese Krankheit zu schaffen (Halek, 2017, S. 23; Jacobs et al., 2017, 58 f.).

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Demenzerkrankte haben ein deutlich höheres Risiko, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, als Gleichaltrige ohne Demenz. Über 40 % aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern weisen kognitive Beeinträchtigungen auf und fast jede(r) fünfte dieser Patientengruppe leidet an Demenz. Häufig (40 %) werden diese Beeinträchtigungen erst mit der Aufnahme ins Krankenhaus bekannt. Eine Demenzerkrankung stellt besondere Anforderungen an das medizinische und pflegerische Personal und verursacht einen erhöhten Zeitbedarf. Zusätzlich erschwert das in diesem Zusammenhang häufig auftretende herausfordernde Verhalten den Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Spezielle Betreuungsangebote können aufgrund von hoher Arbeitsbelastung, Zeitdruck und mangelndem Personal kaum umgesetzt werden. Die meist relativ kurze Verweildauer lässt kaum eine tiefergehende Auseinandersetzung mit dementiell Erkrankten zu. Bestehende Maßnahmen sind deshalb vorwiegend instrumentell in Form von Orientierungshilfen oder dem Anbringen von Bettseitenteilen oder im Entlassungsmanagement angesiedelt. Nur selten werden die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger durch Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer oder altenpflegerischer Ausbildung bzw. durch sonstige spezielle Betreuungskräfte unterstützt. Schulungen und Weiterbildungen zum Thema Demenz sind die Ausnahme (Halek, 2017, 14 f.; Schäufele & Bickel, 2015, 3 ff.).

Etwa zwei Drittel der Demenzerkrankungen sind bei stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus unbekannt (Schäufele & Bickel, 2015, S. 6). Im Rahmen eines Modellprojekts wurden zehn Eckpunkte zum „anderen Umgang“ bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus (Gröning et al., 2015, 18 ff.) erarbeitet. Dieser Schwachstelle widmet sich u. a. auch das aktuelle Pflegestellen-Förderprogramm 2016 bis 2018 des Bundesministeriums für Gesundheit, welches auf die verbesserte pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem und zusätzlichem Bedarf abzielt. Erfahrungen anderer Bundesländer können für Sachsen beispielhaft als Orientierung für Verbesserungen genutzt werden, z. B. das aus den Geburtseinrichtungen bekannte Rooming-In Modell, welches in NRW für Demenzpatientinnen und -patienten mit ihren Angehörigen umgesetzt wird.

Darüber hinaus ist eine systematische Berücksichtigung der Demenzerkrankten in dem pauschalierten Abrechnungssystem für stationäre Behandlungsfälle (diagnosebezogene Fallgruppen, DRG) vorgesehen[24]. Durch diese verbesserte Identifizierung der Patientengruppe können vorhandene Ressourcen gebündelt und bedarfsgerechte fachübergreifende Versorgungsschwerpunkte eingerichtet werden (Schäufele & Bickel, 2015, 3 ff.).

Verschiedene Versorgungsmodelle und zukünftige Potenziale

Die Tagespflege könnte pflegende Angehörige unterstützen, derzeit gibt es diesbezüglich aber kein ausreichendes Angebot. Als ein vernachlässigter Teil muss auch die Akutversorgung genannt werden. In diesem Bereich werden die Bedürfnisse der besonders verletzbaren Gruppe der Demenzerkrankten zu wenig berücksichtigt. In der Langzeitpflege wird bereits längerfristig untersucht, ob spezialisierte Demenzwohnbereiche oder integrierte Wohnformen die bessere Lösung für Demenzpatientinnen und -patienten sind. Die Forschungsergebnisse dazu sind jedoch nicht eindeutig.

Immer beliebter werden auch Pflegewohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Diese sind als Zwischenform zwischen häuslich-privater und stationärer Langzeitpflege zu verstehen. Familienähnliche Strukturen können dadurch geschaffen, Familienangehörige intensiv einbezogen und die Selbstbestimmung gefördert werden. Doch auch hier gibt es keine einheitlichen Umsetzungen (Halek, 2017, 17 ff.; Jacobs et al., 2017, 58 f.).

Untersuchungen haben ergeben, dass eine Versorgung in demenzfreundlicher Institutionskultur vier Ebenen besonders berücksichtigen soll (Halek, 2017, 17 ff.):

- Der **Pflegebedürftige:** sein Verhalten verstehen und Gründe dafür finden (z. B. durch Assessmentinstrumente)
- **Behandlung:** Interventionen durchführen, die individuell auf die jeweilige Situation zugeschnitten sind (u. a. psychosoziale Interventionen). Die Interaktion und Kommunikation an gewonnene Erkenntnisse aus dem Assessment adjustieren
- Demenzfreundliche **Umgebung** schaffen (räumlich, sozial, strukturell)
- Wissen, **Kompetenz** und Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärken

Um die Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten zukünftig auch durch neue Lösungen der Mensch-Technik-Interaktion zu unterstützen und gleichzeitig den zukünftigen Herausforderungen der Pflege erfolgreich begegnen zu können, wurde 2014 seitens der Bundesregierung die Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ gestartet. Ein Schwerpunkt liegt auch auf Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz (Altenberichtskommission, 2016, XVIII).

Auch die frühzeitige Prävention demenzieller Erkrankungen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Der vorgegebenen Dreigliedrigkeit „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ folgend, zielen differenzierte, meist kleine Projekte auf die Reduktion der Risikofaktoren ab. Interventionen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, geistige Aktivität und soziale Beziehungen weisen positive Effekte auf, sind jedoch bei Weitem nicht flächendeckend implementiert (Alltag, 2016).

24 Derzeit wird der erforderliche pflegerische Mehraufwand für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an einer demenziellen Erkrankung leiden im DRG-Vergütungssystem nicht bzw. unzureichend berücksichtigt. Ungeachtet des unvermeidlich höheren Aufwands werden in schematischer Weise die gleichen Fallpauschalen abgerechnet.

Eine besondere Bedeutung kommt in der Betreuung von Demenzerkrankten, ebenso wie in allen Bereichen der Pflege, der Beratung zu. Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern alle an der Pflege Beteiligten sind mit den Herausforderungen dieser Krankheit konfrontiert und nicht selten überfordert. Deshalb empfiehlt u. a. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Beratungsangebote, Informationen und Kurse wahrzunehmen, um den Umgang mit den Betroffenen zu erlernen und sich selbst nicht zu überlasten (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016). Ein Beispiel für ein derartiges unterstützendes Angebot sind die von dem Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V. kostenlos angebotenen Demenzschulungen. Auch die Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. ist ein wichtiger Ansprechpartner auf diesem Gebiet.

Im Mai 2017 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein globaler Aktionsplan Demenz verabschiedet. Ziel ist es, die Situation von Menschen mit Demenz, deren Familien und der Pflegenden zu verbessern. In diesem Plan sind Zielsetzungen für die Bereiche Prävention, medizinische Behandlung, Pflege und Forschung enthalten. Zukünftig sollen die WHO-Mitgliedsstaaten, so auch Deutschland, nationale Demenzpläne entwickeln und umsetzen. Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ nimmt in diesem Prozess eine wichtige Rolle ein. Die bis 2018 andauernde Arbeit konzentriert sich auf das Lebensumfeld betroffener Familien und verfolgt das Ziel, den Sozialraum im Quartier bedürfnisgerecht für Demenzerkrankte zu gestalten, um die soziale Integration trotz Demenz möglichst lange erhalten zu können. Diese in den Allianzen geschaffene Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure kann als Grundlage für eine nationale Demenzstrategie angesehen werden (Altenberichtskommission, 2016, XIX; Klie, T., 2017). Als Fortführung des vom BMFSFJ zwischen 2012 und 2018 geförderten Modellprogramms, in dem 500 Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz aufgebaut wurden, agiert nun unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) die Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. Die Netzwerkstelle trägt dazu bei, die Nachhaltigkeit der Lokalen Allianzen zu sichern und neue Hilfenetzwerke vor Ort aufzubauen (BAGSO e. V., 2018). Auf Landesebene kann die Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. durch die auf zwei Jahre (2018 und 2019) angelegte Förderung des Projektes „Entwicklung der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zum Sächsischen Landesverband“ durch das SMS Prozesse begleiten und befördern (Landesinitiative Demenz Sachsen e. V., 2018).

2.2.2 Ältere Menschen mit Behinderungen

Begriffsklärung und Ausgangslage

Die Bezeichnung „Menschen mit Behinderungen“ beschreibt eine stark differenzierte Gruppe mit unterschiedlich ausgeprägten Bedarfen. Eine einheitliche Definition gibt es nicht, da die Bezeichnung interdisziplinär und in verschiedenen sozialrechtlichen Kontexten sehr unterschiedlich verwandt wird. Laut § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“*. Diese Definition beinhaltet nicht die ausschließliche medizinische und defizitorientierte Betrachtung, sondern auch die stärkere Berücksichtigung von einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (Jacobs et al., 2017, 39 f.; SMS, 2014, 7 f.). Über die sozialrechtliche Definition in SGB IX geht die Begriffsbestimmung in Artikel 1, Absatz 2, der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) noch hinaus. Im Sinne

dieser ist bei der Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen, dass der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ tatsächlich sehr viel weiter zu fassen ist, als dies durch die Sozialgesetzgebung derzeit geschieht.

Ende des Jahres 2015 lag die Anzahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Schwerbehindertenausweis, d. h. einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50, in Sachsen bei 391 137. Über zwei Drittel (68,7 %) sind 60 Jahre und älter. In der Altersgruppe ab 80 Jahre hat gut jeder Dritte einen Schwerbehindertenausweis. Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit, einen GdB zu erwerben, mit zunehmendem Alter deutlich (Statistisches Bundesamt, 2016, 61 ff.; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016b).

In Anlehnung an Prognosen der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung ist davon auszugehen, dass die Zahl insgesamt bis 2030 in Sachsen auf zwischen 399 000 und 409 000 ansteigen wird. Menschen mit einem GdB unter 50 sind darin nicht erfasst, sodass die tatsächliche Zahl deutlich darüber liegt (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016b; Trabandt & Geißler, 2017). Ursachen für den Anstieg sind in der demografischen Entwicklung, in dem gleichzeitigen Eintritt der Nachkriegsgeneration in das höhere Lebensalter und in der verbesserten medizinischen Versorgung zu sehen. Auch die Lebenserwartung der älteren Menschen mit Behinderungen ist aufgrund besserer gesundheitlicher und sozialer Lebensbedingungen gestiegen (Jacobs et al., 2017, 46 ff.).

Ein Anteil der schwerbehinderten Menschen sind die sogenannten *wesentlich behinderten Menschen* im Sinne der Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII). Bundesweit und auch in Sachsen sind dies knapp 10 % der schwerbehinderten Menschen (Werner, 2017).

Im Freistaat Sachsen erhielten zum Stichtag 31.12.2015 1 062 Leistungsberechtigte über 65 Jahre in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe Leistungen in Höhe eines Bruttoaufwandes[25] von etwa 28,2 Mio. Euro. Die Zahl der über 65-Jährigen Leistungsberechtigten in ambulant betreuten Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe lag bei 391. Angaben zum diesbezüglichen Bruttoaufwand liegen nicht vor. Gemessen an dem Gesamtaufwand im Jahr 2015 von etwa 454 Mio. Euro, der für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen[26] aufgewendet wurde, entsprechen die Ausgaben für die Altersgruppe 65 plus einem geringen Anteil. Dies wird sich zukünftig mit der steigenden Zahl der Menschen mit Behinderungen, die das Alter von 65 Jahren überschreiten, ändern, sodass an dieser Stelle mit deutlichen Kostensteigerungen zu rechnen sein wird (Werner, 2016).

Bezüglich der Leistungen der Hilfe zur Pflege erhielten zum Stichtag 31.12.2015 6 220 Leistungsberechtigte über 65 Jahre in Pflegeeinrichtungen Leistungen in Höhe eines Nettoaufwandes von knapp 29 Mio. Euro (Werner, 2016). Wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit eine umfassendere Definition von Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt, so zeigt die Studie von Rothgang und Sauer (2013), dass in diesem Zusammenhang ebenfalls ein Anstieg der Leistungsberechtigten in der stationären

25 Bruttoaufwand sind die Zahlungen, die für die Leistungsberechtigten an die Pflegeeinrichtungen oder den Dienst des ambulant betreuten Wohnens gezahlt werden, zuzüglich der Zahlungen an die Leistungsberechtigten selbst. Etwaige Einnahmen des KSV Sachsen für den jeweiligen Einzelfall sind beim Bruttoaufwand unberücksichtigt.

26 Paragraph 53 Abs. 3 SGB XII: Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Hilfe zur Pflege prognostiziert wird – und zwar um knapp 60 000. Folglich wären fast drei Viertel (74 %) aller Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leistungsberechtigt. Auch diese Zahl wird zukünftig aufgrund altersbedingter Pflegebedürftigkeit weiter steigen (Jacobs et al., 2017, 41 f.).

Zusammenfassend sind in den Rechtskreisen der Sozialgesetzgebung in Deutschland zwei Gruppen von älteren Menschen mit Behinderungen zu unterscheiden (Werner, 2017):

- Menschen, die aufgrund altersbedingter Abbauprozesse schwerbehindert im Sinne des SGB IX sind („klassischer“ Personenkreis für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen) und
- Menschen mit Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII, die aufgrund zunehmenden Alters gleichermaßen Zugang in das System „Pflege“ haben.

UN-Behindertenrechtskonvention über die Belange von Menschen mit Behinderungen

Der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen mit Behinderungen wird eine wachsende Bedeutung zukommen. Maßnahmen hinsichtlich der Wohn- und Sozialraumgestaltung, aber auch bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung gilt es voranzubringen. Ziel der UN-BRK ist es gemäß Artikel 1, Absatz 1, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Seit der Ratifizierung des Übereinkommens durch die Bundesrepublik Deutschland am 26. März 2009 ist der Freistaat Sachsen verpflichtet, alle relevanten Rechtsvorschriften, politischen Maßnahmen und Programme auf Landesebene auf die Konvention abzustimmen (SMS, 2016). Der Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-BRK (2016) hat u. a. zum Ziel, durch entsprechende Maßnahmen in den Themenbereichen Bildung, Arbeit, Mobilität, Familie, Wohnen, Gesundheit und Rehabilitation, aber auch Pflege im Alter flächendeckende Verbesserungen im Freistaat Sachsen umzusetzen.

Das Thema „Barrierefreiheit“ ist für die formulierten Ziele des Sächsischen Aktionsplans von besonderer Bedeutung. Es wird als Querschnittsthema in allen Handlungsfeldern betrachtet, sodass „Barrierefreie Mobilität“, „Bauliche Barrierefreiheit“ und „Partizipative bzw. kommunikative Barrierefreiheit“ verstärkt berücksichtigt werden sollen und Handlungsbedarfe festgestellt sowie Verbesserungsmaßnahmen dazu erarbeitet werden.

Besonders der ländliche Raum soll hinsichtlich der Umsetzung des Aktionsplanes der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-BRK berücksichtigt werden, da Defizite dort meist noch stärker ausgeprägt sind (SMS, 2016).

Bedarfs- und Bedürfnislage

Bei älteren Menschen mit Behinderungen besteht das Risiko, eher pflegebedürftig oder ausgegrenzt zu werden. Dies ist u. a. auf die sich wechselseitig verstärkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie den erschwerten Zugang zu gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangeboten zurückzuführen. Die Pflege erfolgt oft in der eigenen Häuslichkeit durch eine Kombination aus formellen Pflegeleistungen und informeller Unterstützung durch Angehörige. Sowohl Pflegebedürftige als

auch pflegende Angehörige, insbesondere wenn sie allein agieren (müssen), können aufgrund schwieriger Umstände, komplexer Sachverhalte, diverser rechtlicher Zuständigkeiten sowie nicht ausreichender oder gar fehlender fachpflegerischer Unterstützung an ihre Grenzen geraten und Überforderung kann eintreten. Folglich wird (kurzfristig) eine Versorgung in speziell dafür vorgesehenen vollstationären Einrichtungen nötig. Sowohl für allgemeine Pflegeeinrichtungen (SGB XI) als auch für typische Eingliederungshilfeeinrichtungen (SGB XII) ist dies eine besondere Herausforderung. Unabhängig davon, in welche Einrichtungsform der Umzug erfolgt, ist dieser häufig mit dem Verlassen der vertrauten Umgebung oder Beziehungsabbrüchen verbunden und kann zu Beeinträchtigungen oder sogar zu traumatischen Erfahrungen führen (Jacobs et al., 2017, 46 f.; SMS, 2016, 76 f.). Ein besonderes Augenmerk liegt demnach auf den sozialen Kontakten und Netzwerken. Diese haben einen starken Einfluss auf die emotionale und körperliche Befindlichkeit. Ausgrenzungs- und Benachteiligungserfahrungen sowie Einsamkeit sind häufige Erlebnisse von Menschen mit Behinderungen. Umso wichtiger ist die Festigung sozialer Netzwerke (z. B. Familiäre, Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen), da diese zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden beitragen und proaktiv helfen können, Belastungssituationen zu vermeiden. Auch professionellen Unterstützern kommt eine besondere Bedeutung zu, da im Verlauf der Pflege häufig eine intensive Beziehung und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden (MGEPA, 2016, 458 f.).

Die Versorgung der Gruppe der Menschen mit Behinderungen gestaltet sich im Einzelfall sehr unterschiedlich und zeichnet sich durch individuelle Anforderungen an die jeweilige Lebenssituation aus. Bei der Inanspruchnahme von Hilfearrangements und assistierenden Hilfen müssen die differenzierten Bedürfnisse berücksichtigt werden, um die Selbstbestimmtheit und den eigens strukturierten Tagesablauf der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten. Herkömmliche Versorgungsstrukturen weisen bis dato durch die meist enge Taktung organisatorischer Abläufe und kaum flexibler Strukturen Verbesserungspotenziale auf.

Aus Sicht der Wissenschaft gibt es bezüglich der konkreten Ausgestaltung einer fördernden und assistierenden Form der Unterstützung von Menschen mit (schweren) Behinderungen sowie bezüglich Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen noch deutliche Forschungslücken. Ziel wäre es, langfristig eine Lebensbegleitung zu entwickeln, welche die Individualität, Persönlichkeit sowie das Umfeld des Einzelnen und seine Entwicklung fördernd unterstützt und gleichzeitig Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht (Adamczyk, 2016; Jacobs et al., 2017, 42 ff.).

Besondere Herausforderungen ergeben sich aus den Übergängen zwischen den verschiedenen Betreuungsstrukturen aufgrund der unterschiedlich geltenden Rechtsnormen (SGB IX, XI und XII). Darüber hinaus birgt die prognostizierte Zunahme älterer pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen zukünftig die Herausforderung einer qualitativ und quantitativ bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung. Ansätze sind für Sachsen u. a. in dem *Sächsischen Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung* (Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen, 2011) sowie in dem weiterentwickelten *Maßnahmekonzept (MANAKO) III* des KSV Sachsen aus dem Jahr 2016 festgehalten. Sie zielen darauf ab, die Belange der Menschen mit Behinderungen stärker zu berücksichtigen. Schwerpunkte des MANAKO III sind beispielsweise die Ausgestaltung unterschiedlicher Formen von Tagesstruktur in Verbindung mit individuellen Hilfebedarfen, die Weiterentwicklung der Teilhabe am gesellschaftlichen – und am Arbeitsleben, aber auch die Versorgung älterer Menschen mit Behinderung.

Wohnen

Um den Verbleib in der Häuslichkeit und somit die Teilhabe am gewohnten sozialen Leben so lange wie möglich zu gewährleisten und gleichzeitig dem im Artikel 19 der UN-BRK verankerten Recht auf freie Wahl des Aufenthalts- und Wohnortes gerecht zu werden, müssen bestimmte Anforderungskriterien an die Wohnungen erfüllt sein. Im Rahmen der Studie „Bedarfsgerecht barrierefreier Wohnraum in Sachsen“ des Instituts für Holztechnologie gGmbH (Trabandt & Geißler, 2017) wurden sogenannte MUSS-Kriterien für Bestandswohnungen formuliert, welche für einen bedarfsgerecht barrierefreien Wohnraum zu erfüllen sind. Abstufungen motorischer und sensorischer Behinderungen sind ebenfalls berücksichtigt, um eine Überausstattung und damit verbundene zu hohe Kosten zu vermeiden.

Aktuell leben in Sachsen nur etwa 12 % der Menschen mit motorischen Behinderungen und knapp 42 % der Menschen mit sensorischen Behinderungen in entsprechend bedarfsgerecht barrierefrei ausgestatteten Wohnungen. Laut Trabandt und Geißler (2017) besteht ein Anpassungsbedarf von weiteren derartigen Wohnungen. Der tatsächliche Bedarf muss sich jedoch ebenfalls unbedingt an den individuellen Bedürfnissen orientieren, da subjektiv empfundene Beeinträchtigungen stark von objektiven Defiziten abweichen können. Auch dadurch kann eine Über- bzw. Unterausstattung vermieden werden (MGEPA, 2016, 442 ff.; Trabandt & Geißler, 2017, 7 ff.) (siehe Kapitel 1, Leben und Wohnen).

Beratung

Eine umfassende Beratung wird für die Menschen mit Behinderungen als wichtiges, nachhaltig unterstützendes Instrument erachtet, um die Selbstbestimmung bzw. individuelle Lebensplanung und -gestaltung realisieren zu können. Diesen Ansatz greift das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf und unterstützt ab 1. Januar 2018 im Rahmen der neuen Förderrichtlinie zur Durchführung der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ regionale und überregionale Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen. Diese Art der Beratung soll eine Wegweiserfunktion im gegliederten System einnehmen. Informationen sowie Orientierung zu individuellen Teilhabemöglichkeiten und -leistungen, aber auch zum Teilhabeprozess und Verfahrensablauf von Leistungsbeantragungen werden bereitgestellt.

Darüber hinaus wird im Erfahrungsaustausch von Menschen mit Behinderungen oder betroffenen Angehörigen untereinander ein geeigneter Beratungsansatz gesehen. Auf diese Weise können eigene Erfahrungen und Kenntnisse über das System partnerschaftlich und niedrigschwellig vermittelt werden (BMAS, 2017) (weitere Informationen zur Thematik Beratung siehe Kapitel 3, Pflegende Angehörige und Kapitel 8, Beratungsstrukturen).

Qualifizierung des Personals

Voraussetzung sollte es sein, dass das Betreuungspersonal im System der Pflege im Hinblick auf die behinderungsspezifischen Belange der betreuten Personen entsprechend geschult ist. Dies ist in Sachsen aktuell nicht umfassend gewährleistet. Ziel ist es, die pflegerische Versorgung so zu gestalten, dass auch die speziellen Anforderungen, welche sich beispielsweise aus Kommunikationseinschränkungen ergeben, berücksichtigt werden können. Dies ist in vielen Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege und stationären Pflegeeinrichtungen noch nicht der Fall (siehe auch Kapitel 4, Beruflich Pflegende).

2.2.3 Intensivpflegebedürftige

Begriffsklärung und Ausgangslage

Die Intensivpflegebedürftigen sind aufgrund verschiedenster Ursachen durch ihre schweren Erkrankungen und ihren besonders schlechten Gesundheitszustand rund um die Uhr auf eine medizinisch-pflegerische Betreuung angewiesen. Die Vitalfunktionen der Betroffenen müssen ununterbrochen überwacht, unterstützt oder ersetzt werden. Je nach Bedarf unterscheiden sich die therapeutisch-technischen Unterstützungssysteme, Behandlungsformen, Art und Umfang der benötigten Hilfe sowie auch die sozialen und lebensweltlichen Umstände sehr stark.

Die pflegerische Langzeitversorgung findet in der eigenen Häuslichkeit, in betreuten Wohnformen durch spezialisierte Pflegedienste überwiegend im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und auch in ausgewählten vollstationären Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Zusatzverträgen gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V statt (Jacobs et al., 2017, 63 f.; Lotze, 2017). Durchgeführt werden kann die Pflege beatmeter oder vergleichbar technikabhängiger Pflegebedürftiger generell durch jeden nach § 132a Abs. 1 SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Größtenteils engagieren sich ambulante Pflegedienste mit privater Trägerschaft in diesem Bereich. Die Abrechnung erfolgt für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten über individuell ausgehandelte Verträge zwischen Leistungsträgern und -erbringern (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 143; Jacobs et al., 2017, 68 ff.; Lotze, 2017).

Eine wachsende Gruppe der Intensivpflegebedürftigen ist charakterisiert durch ihr hohes Alter, chronische Krankheit und Multimorbidität, einen schlechten Allgemeinzustand und akute Krankheitsepisoden. Eine dauerhafte Versorgung auf Intensivstationen ist nicht möglich, sodass nachgeordnet eine Versorgung in spezialisierten Pflegesettings gewährleistet werden muss.

Der hohe Grad an Abhängigkeit von Fremdhilfe sowie der ständige Interventionsbedarf erfordern eine qualifizierte Pflege und besonders umfangreiche medizinische Versorgung. Dies beinhaltet nicht nur therapeutisch-technische Pflege, sondern auch individuell geplante, bedarfsgerecht abgestufte, unterstützende oder kompensatorische Hilfen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie eine hauswirtschaftliche Versorgung. Auch Beratung, Edukation und Begleitung sind sowohl für die meist kommunikativ eingeschränkten, immobilen und sozial isolierten Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige von enormer Bedeutung. Darüber hinaus bedarf es einer koordinierten Fall- und Versorgungssteuerung, denn nur durch eine enge Kooperation der Pflege mit den anderen vielfältigen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Sektor kann eine abgestimmte, patientenzentrierte, qualitativ hochwertige Versorgung stattfinden. Als besondere Herausforderung dieser komplexen Versorgungleistungen sind die sozialgesetzbücher-übergreifenden leistungsrechtlichen Ansprüche zu bewerten (Jacobs et al., 2017, 65 ff.; Lehmann & Ewers, 2016).

Die Gruppe der Intensivpflegebedürftigen ist ein sehr kleiner und heterogener Teil der Pflegebedürftigen, für den jedoch u. a. aufgrund demografisch-epidemiologischer Entwicklungen zukünftig ein deutlicher Anstieg erwartet wird. Das Robert-Koch-Institut (2015, 419 ff.) spricht in einem epidemiologischen Bulletin davon, dass in Europa auf 100 000 Einwohner 6,6 heim- oder langzeitbeatmete Personen, d. h. Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung beatmet werden, kommen. Belastbare statistische Daten für Sachsen gibt es dazu aktuell nicht, da diese speziell versorgte Gruppe nicht

gesondert in der Pflegestatistik aufgeführt ist. Aussagen zu Versorgungsbedarfen sind daher kaum möglich. Deutliche Ausgabensteigerungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege lassen jedoch indirekt Schlüsse auf die wachsende Bedeutung dieser Gruppe von Pflegebedürftigen zu. Es ist davon auszugehen, dass bei unveränderter Ausgangslage die wissenschaftlich-technischen Entwicklungsdynamiken sowie ökonomische Fehlanreize motivieren, gewinnbringend in diesen Markt zu investieren (Jacobs et al., 2017, 64 ff., 70). Die Ausgaben für den Bereich der Versorgung Intensivpflegebedürftiger beliefen sich in Deutschland im Jahr 2015 auf etwa 5,26 Mrd. Euro und die Tendenz ist weiter steigend (Jacobs et al., 2017, 64 ff.).

Versorgungsformen

In Sachsen gibt es derzeit fünf verschiedene Versorgungsformen in der Außerklinischen Intensivpflege (AIP), deren Charakteristik nachfolgend kurz dargestellt wird (Lotze, 2017, 2 ff.):

a) Autonome Versorgung in der Häuslichkeit durch Angehörige

Die Pflege erfolgt ohne zusätzliche Einbindung professioneller Fachkräfte. Die Pflegeperson erhält Pflegegeld in Höhe des jeweilig festgestellten Pflegegrades gemäß SGB XI.

b) Einzelversorgung durch ambulante Pflegedienste in deren Häuslichkeit

Der/die Pflegebedürftige lebt in seiner/ihrer Häuslichkeit. Angehörige übernehmen die hauswirtschaftliche Versorgung und teilweise auch Pflegeleistungen. Der ambulante Pflegedienst übernimmt nach ärztlicher Anordnung die Krankenbeobachtung, die medizinische Behandlungspflege sowie die pflegerische Versorgung. In der Regel ist eine 24h-Versorgung durch den Pflegedienst erforderlich. Dabei soll bevorzugt der Einsatz von Pflegefachkräften mit einer Zusatzqualifikation im Bereich der Intensivpflege realisiert werden. Dies erfordert pro Pflegebedürftigen den Einsatz von etwas über fünf Vollzeitkräften. Die monatlichen Kosten für ambulante Pflegesachleistungen gemäß SGB XI trägt die Pflegekasse je nach Pflegegrad. Die Kosten für die 24-h-Versorgung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege trägt die gesetzliche Krankenversicherung. In Sachsen bieten derzeit rund 50 Pflegedienste diese spezielle Leistung an. Davon sind einige Anbieter bundesweit tätig. Über die Anzahl der in der Häuslichkeit versorgten Versicherten liegen derzeit keine verlässlichen Daten vor.

c) Gruppenversorgung durch ambulante Pflegedienste in Intensiv-Wohngemeinschaften (IWG)

In einer IWG leben zwischen zwei und acht Pflegebedürftige. Teilweise befinden sich mehrere Wohngemeinschaften in einem Haus. Aktuell gehen die Ersatzkassen im Freistaat Sachsen von 55 IWG aus. Die Versorgung der Pflegebedürftigen erfolgt vollständig durch ambulante Pflegedienste. Die ordnungsrechtliche Abgrenzung der ambulanten Wohnform von Einrichtungen nach SächsBeWoG ist nicht eindeutig und hat lange Prüfzeiten der Heimaufsicht zur Folge. Darüber hinaus bestehen keine eindeutigen und verbindlichen Regelungen bezüglich Anzeigepflichten, fachbezogenen Qualitätsanforderungen, wohnformbezogenen Anforderungen sowie Kontrollmöglichkeiten der Qualität, Hygiene und Ausstattung[27]. Die Kostenstruktur entspricht der

27 Zugang für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI und § 275b SGB V möglich, ist jedoch in der Praxis nicht problemlos umsetzbar aufgrund der benötigten Zustimmung durch die Betroffenen bzw. deren Angehörige.

Versorgung in der Häuslichkeit. In bestehenden IWG sind diese Kosten aufgrund der personellen Synergien im SGB V geringer. Der Eigenanteil der Pflegebedürftigen setzt sich zusammen aus Kosten für Miete, Nebenkosten, Verpflegung und Sonderleistungen.

d) Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen (sächsisches Alternativmodell)

Es handelt sich entweder um solitäre Pflegeeinrichtungen oder um angegliederte Wohn- und Pflegebereiche in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI. Die Platzkapazitäten liegen zwischen sieben und 24 Plätzen. Diese Pflegeeinrichtungen sind spezialisiert auf die Versorgung von Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. In Sachsen gibt es derzeit 13 diesbezügliche Einrichtungen mit einer Gesamtkapazität von 185 Plätzen. In diesen Pflegeeinrichtungen erfolgt eine qualitätsgesicherte Pflege, Betreuung und Versorgung nach vertraglich vereinbarten Parametern. Zudem bestehen Prüfmöglichkeiten durch alle relevanten Behörden. Das Mitbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner ist sichergestellt.

Die monatlichen Kosten für die Pflegeaufwendungen trägt die Pflegekasse in Höhe des gesetzlichen Sachleistungsbetrages, je nach Pflegegrad. Alle darüber hinausgehenden Pflegekosten sowie Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Ausbildungsvergütung und Investitionskosten müssen vom Pflegebedürftigen als Eigenanteil finanziert werden. Die Höhe ist je Einrichtung unterschiedlich aufgrund der in der Einzelverhandlung geltend gemachten prospektiven Kosten. Die personellen und sächlichen Mehraufwendungen für den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vergüten die Krankenkassen über einen einrichtungsindividuellen Tagessatz.

e) Pflege in Pflegeeinrichtungen für Menschen im Wachkoma – Phase F

Ab 2001 entstanden durch Landesfördermittel in Sachsen die ersten Pflegeeinrichtungen mit dem Schwerpunkt der Aktivierung und Förderung von Ressourcen von Menschen im Wachkoma Phase F[28]. Die Anzahl dieser Pflegeeinrichtungen ist in Sachsen auf 14 begrenzt, mit einer Gesamtkapazität von 199 Plätzen. Sie arbeiten nach einem speziellen, im Landespflegeausschuss abgestimmten Konzept und unterliegen hohen Qualitätsanforderungen an das Personal und die Ausstattung sowie strengen Vorgaben zu der zu versorgenden Patientengruppe. Sie verfügen über einen höheren Personalschlüssel im Bereich der Pflege sowie über Ergo- und Physiotherapeuten. Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich wie in den Alternativmodellen. Allerdings sind aufgrund der personell anderen Ausstattung der Pflegesatz und damit der Eigenanteil der Pflegebedürftigen höher. Die damit verbundenen höheren Zuzahlungen für Angehörige sind häufig ein Grund für die Nutzung von weniger kostenintensiven Alternativen, z. B. IWG.

28 Wachkoma Phase F, dies beschreibt eine Phase der Rehabilitation. Sie umfasst die aktivierende (Langzeit-)Behandlungspflege und beinhaltet ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen. Phase F1: zeitlich begrenzt, bestehende Rehabilitationspotenziale werden behandelt. Phase F2: zeitlich unbegrenzt, schwere bleibende Fähigkeitsstörungen und Mehrfachbehinderungen lassen ein geringes Rehabilitationspotential erwarten. Pflege-, Betreuungs- und Therapiemaßnahmen zum Erhalt des gesundheitlichen Zustandes stehen im Vordergrund.

Interessenskonflikte zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern

Bislang wurde in Sachsen die Ausweitung der Versorgung beatmungspflichtiger und intensivpflegebedürftiger Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften vermieden. Begründet wurde dies u. a. mit dem Argument mangelnder Qualitätssicherung und aus Verbraucherschutzgründen. Zwar sind nach § 114 SGB XI und § 275b SGB V Qualitätsprüfungen durch den MDK zulässig, andererseits nur mit Zustimmung der Betroffenen bzw. deren Angehörigen durchführbar. An dieser Stelle herrscht starke Intransparenz, sodass eine qualitätsgesicherte Versorgung nicht garantiert werden kann. Bei der Versorgungsform der häuslichen Intensivpflege entstehen durch die zeitaufwendige und personalkostenintensive, meist 24-Stunden-Versorgung enorme Kosten pro Patient für die Krankenkassen. Darüber hinaus verzeichnen die Krankenkassen einen erheblichen Anstieg an Versicherten mit Intensivpflegebedarf. Somit besteht die Notwendigkeit, alternative Versorgungsstrukturen auszubauen, die sich an den Bedarfen orientieren.

Seitens der Kranken- und Pflegekassen wird die Versorgung in spezialisierten stationären Pflegeeinrichtungen (u. a. nach sächsischem Alternativmodell) aus qualitativen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten im Vergleich zu der häuslichen Intensivpflege als wirtschaftlicher und effizienter bewertet. Eine konzentrierte Versorgung durch weitere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen, beispielsweise Ärztinnen oder Heilmittelerbringer, ist hinreichend möglich. Der besonders hohe Personalaufwand in der häuslichen Einzelversorgung wird vor dem Hintergrund ökonomischer Aspekte, aber auch in Bezug auf den Fachkräftemangel kritisch betrachtet (AOK Plus, 2017; Barmer Krankenkasse, 2017).

Für die Behandlung von Intensivpatientinnen und -patienten befindet sich die stationäre Versorgungsstruktur in Sachsen durch ambulante Anbieter unter einem hohen Wettbewerbsdruck. Letztere können aufgrund bestehender Mechanismen besonders hohe Stundensätze bei den Kostenträgern abrechnen. Dadurch können diese bei Angehörigen Betroffener mit vergleichsweise niedrigen Zuzahlungen oder sogar wegfallender Eigenbeteiligung werben. Dies führt zu einem weitreichenden Wettbewerbsvorteil der ambulanten Anbieter im Vergleich zur Kostenbelastung in stationären Versorgungsstrukturen (AOK Plus, 2017).

Aus Sicht der stationären Pflegeeinrichtungen wird u. a. die hausinterne Erbringung von Intensivpflege nicht weiterentwickelt, da aufgrund der hohen Auslastung mit regulär Pflegebedürftigen der Anreiz auf Spezialisierung fehlt. Auch an dieser Stelle ist die hohe Personalintensität des Intensivpflegebereichs vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels für diese Einrichtungsform ein Hindernis.

Der Lösungsansatz in Form stationärer Intensivpflegezentren nach dem sächsischen Alternativmodell oder in Form der bestehenden Wachkoma-Pflegeeinrichtungen ist sinnvoll, aber nicht ausreichend (Faensen, 2016; Lotze, 2017; Tews, 2016).

Künftige Herausforderungen

Der Bereich der Intensivpflege ist in Sachsen, wie auch in anderen Bundesländern, weniger an Bedarfs- und Qualitätsgesichtspunkten als an marktförmigen und ökonomischen Anreizsystemen orientiert. Trotz bestehender Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 SGB V und des Inhaltes der Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Pflegediensten zu Struktur- und Prozessqualität von Pflegeeinrichtungen, besteht im Bereich der Intensivpflege derzeit eine heterogene Vertrags-,

Leistungs- und Versorgungslandschaft. Diese ist mit einem hohen administrativen Aufwand und einem intransparenten Wettbewerb um Qualität und Preis verbunden. Im schlechtesten Fall könnten bestehende spezialisierte stationäre Einrichtungen durch häuslich intensivpflegerische Versorgung oder ambulant betreute Intensivpflege-WGs verdrängt werden. Neben der unübersichtlichen Angebotsentwicklung sind auch Optimierungspotenziale hinsichtlich erkannter Kooperations- und Koordinationsdefizite zwischen den beteiligten Akteuren sowie Sicherheitsrisiken und Qualitätsdefizite deutlich und müssen zukünftig angegangen werden.

Doch nicht nur strukturell sondern auch in der spezialisierten, anspruchsvollen Versorgung dieser Patientengruppe gibt es Verbesserungspotenziale. Beispielsweise sollten patientenzentrierte Versorgungskonzepte und anforderungsgerechte Qualifikationsprofile das Bild der Intensivpflege prägen. (Barmer Krankenkasse, 2017; Jacobs et al., 2017, 68 ff.; Neumann, 2016; Tews, 2016).

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die komplexe technik- und interaktionsintensive, meist eigenverantwortlich durch die spezialisierten Pflegefachkräfte zu leistende Intensivkrankenpflege konnten in Sachsen mit ambulanten und stationären Trägern bereits Verträge geschlossen werden. Konkrete Qualifikationsanforderungen und Personalschlüssel sind darin festgelegt. Weiterer Handlungsbedarf besteht insbesondere im ambulanten Bereich (Jacobs et al., 2017, 68 ff.; Lotze, 2017).

Künftiges Ziel ist es, die pflegerische Versorgung in diesem spezialisierten Bereich in Richtung einer bedarfsgerechten, effizienten, auf Kontinuität und Integration angelegten und im Ergebnis patientenorientierten Versorgung zu entwickeln.

2.2.4 Kultur- und diversitätssensible Pflege

Unsere Gesellschaft ist bereits heute sehr vielfältig. Dies wird sich in der Zukunft verstärkt auch im Bereich der Pflege wiederfinden. Auf diese Veränderungen müssen sich die Akteure der Pflege langfristig einstellen. Die entsprechende Qualifikation des Personals spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Kultursensible Pflege

Gestiegene Einwanderungszahlen der letzten Jahre sowie Zukunftsprognosen weisen auf einen steigenden Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland hin. Es ist davon auszugehen, dass damit auch der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den höheren Altersgruppen ansteigen wird. Dies hat wiederum eine Auswirkung auf die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Daraus ergeben sich für weite Teile Deutschlands neue Herausforderungen für die pflegerische Versorgung einer zunehmend heterogenen Bevölkerungsgruppe (Altenberichtskommission, 2016, XIII ff.; Tezcan-Güntekin, 2017, S. 2).

In Sachsen ist, im Vergleich zu anderen Bundesländern, diese Entwicklungstendenz aktuell noch nicht so stark ausgeprägt. Der Anteil ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger an der Gesamtbevölkerung lag Ende des Jahres 2015 bei knapp 4 % und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (10,5 %). Der Ausländeranteil ist in den kreisfreien Städten erwartungsgemäß am höchsten. Dennoch sind die Anteile von 5,7 % in Dresden, knapp 7 % in Chemnitz und 7,5 % in Leipzig vergleichsweise gering. In fast allen Landkreisen liegt der Anteil sogar unter 3 %. Die meisten der in Sachsen lebenden Menschen mit Migrationshintergrund sind syrischer Herkunft (10,7 %), gefolgt von polnischen (7,4 %) und russischen Staatsbürgern (6,0 %). Nur

knapp 6 % der Menschen mit Migrationshintergrund waren im Alter von 60 oder mehr Jahren, was knapp 10 000 Personen entspricht (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016a, S. 2).

Paragraph 1 Abs. 5 SGB XI sieht u. a. vor, dass den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen wird. Dies gilt besonders für Pflegeeinrichtungen, welche im besonderen Maße von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen werden. Konkrete Arbeitshilfen und Standards für die kultursensible Gestaltung der Arbeit im Bereich der Altenhilfe und Pflege gibt es im Freistaat Sachsen aufgrund der vorerst geringen Anzahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund aktuell nicht. Die Sächsische Staatsregierung plant derzeit keine speziellen Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe- und Pflegestrukturen. Auch von einer Etablierung spezieller Hilfsstrukturen in der Pflege, die ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind, wird zunächst abgesehen (KlAnfr, Schaper, S., Fraktion DIE LINKE, 2016, 1 f.).

Obwohl diese Bevölkerungsgruppe in Sachsen nur einen kleinen Teil ausmacht, gilt es aus Sicht der Enquete-Kommission, sich rechtzeitig mit den damit verbundenen Herausforderungen auseinanderzusetzen und die Weichen für eine kultursensible Pflege zu stellen.

Barrieren der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsleistungen

Für viele Menschen mit Einwanderungsgeschichte gilt die Pflege innerhalb der Familie als selbstverständlich, deshalb werden ambulante Pflege oder Kombinationsleistungen aktuell noch in geringem Maß in Anspruch genommen. Nicht nur der kulturelle Hintergrund wirkt als Barriere. Weitere Gründe für die schwere Erreichbarkeit der Betroffenen für pflegerische Unterstützung können z. B. sein:

- Wissens- und Informationsdefizite,
- Finanzielle Gründe,
- Sprachliche Barrieren,
- Begutachtung durch das MDK als Barriere,
- Hemmungen vor deutschen Institutionen,
- Fehlendes Verständnis für und Unzufriedenheit mit professioneller Pflege,
- Angst vor Ausgrenzung oder
- Diskriminierungserfahrungen (Tezcan-Güntekin, 2017, S. 9).

Die Umsetzung darauf ausgerichteter Handlungskonzepte erfordert besonders hinsichtlich der Kommunikation ein bewusstes Vorgehen. Laut (Zanier, 6 ff.) wird die Anwendung der Charakteristika kultursensibler Pflege empfohlen. Dies umfasst z. B. offene, zugewandte und wertschätzende Kommunikation mit den Betroffenen und Angehörigen sowie eine Bewusstwerdung der eigenen Kulturgebundenheit und fortwährende Weiterentwicklung einer kultursensiblen Haltung. In den entsprechenden Institutionen sollte ein konstruktiver Umgang mit eigenen Vorurteilen und Austausch im Team stattfinden.

Derzeit gibt es in Deutschland nur wenige kultursensible Demenz-WGs und Tagespflegeeinrichtungen[29].

29 Ein Beispiel aus Hamburg ist der Ariana Pflegedienst, bei dem mehrere Menschen mit Migrationshintergrund kultursensibel gepflegt werden (Informationen zum Konzept sind zu finden auf der Unternehmensseite: http://www.ariana-interkulturelle-pflege.de/).

Diversitätssensible Pflege

Neben der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund müssen auch die differenzierten Interessen und Bedürfnisse der Gruppe der lesbischen, schwulen, bisexuellen, transgender, transsexuellen, intersexuellen und queeren Menschen (LSBTTIQ) in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Ein nächster Schritt, dass auch diese Menschen mit unterschiedlichen Lebensentwürfen ein selbstverständlicher Teil unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens sind, war die Veröffentlichung des Landesaktionsplans zur Akzeptanz der Vielfalt von Lebensentwürfen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz[30] im September 2017.

Ausgehend von dem Grundsatz: Heterogenität herrscht nicht nur in den Minderheiten der Bevölkerung, sondern ebenso in der Mehrheitsbevölkerung, verfolgen Maßnahmen der diversitätssensiblen Pflege ebenfalls eine möglichst umfangreiche Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (Tezcan-Güntekin, 2017, 3 f.; Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017, 16 ff.). Eine Unterstützung durch professionelle Pflege wird auch für diese Bevölkerungsgruppen zukünftig zunehmend erforderlich sein. Kulturelle Unterschiede sowie Unterschiede in der sexuellen Orientierung können dabei als Barriere für die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote wirken und sollten deshalb besondere Berücksichtigung finden (Altenberichtskommission, 2016, XIII ff.; Tezcan-Güntekin, 2017, 5 f.; Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017).

Ein konkretes Beispiel ist die Initiative Regenbogenpflege des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe e. V. Diese unterstützt eine diskriminierungs- und ausgrenzungsfreie Unterbringung Homosexueller in Pflegeeinrichtungen (Lauscher & Manuel, 2017). Problem derartiger Angebote ist deren teilweise nur sehr geringe Verbreitung bzw. Inanspruchnahme. Besonders in ländlichen Regionen sind kaum Angebote zu finden.

Die Orientierung an bestehenden Good-Practice-Beispielen für kultur- und diversitätssensible, interkulturelle pflegerische Angebote bietet eine Grundlage, um auch in Sachsen eine Entwicklung in diesem Bereich voranzutreiben (Altenberichtskommission, 2016, XIII ff.; Tezcan-Güntekin, Breckenkamp & Razum, 2015, 27 ff.).

2.2.5 Palliativpflege

> *„Palliativversorgung hat zum Ziel, die bestmögliche Lebensqualität von Patienten, ihren Familien und Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Prävention und Linderung von Leid stehen im Mittelpunkt.“ (WHO, S. 11).*

Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der o. g. Patientengruppe und versucht, ganzheitlich die Beeinträchtigungen von Patientinnen und Patienten auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu berücksichtigen. Zentrale Schwerpunkte sind z. B. Maßnahmen zur Symptombehandlung wie Schmerzen, Unruhe oder Atemnot, aber auch die psychosoziale Begleitung des Sterbenden

30 Link: https://www.vielfalt.sachsen.de/download/2017-09-19_SMGI-LAP_BROSCHUERE_web.pdf, letzter Zugriff: 25.10.2017.

Das Hauptziel der Palliativversorgung ist der Erhalt, die Förderung bzw. – soweit möglich – die Verbesserung der Lebensqualität für Patientinnen und Patienten und ihr soziales Umfeld (auch über die Sterbephase hinaus) (Karmann et al., 2013, S. 17). Die Versorgung erfolgt rund um die Uhr und verbindet medizinische und pflegerische Aspekte, um den Sterbeprozess über die letzten Lebenstage oder -wochen würdevoll und bedürfnisgerecht zu begleiten (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 122 f.).

Einhergehend mit der Palliativversorgung wird auch die Hospizarbeit genannt. Bei dieser steht der schwerstkranke und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Nahestehenden im Mittelpunkt (DGP e. V., 2017a).

Das im Jahr 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz ist die jüngste Gesetzesinitiative auf diesem Gebiet und hat zum Ziel, eine flächendeckende Versorgung voranzubringen und spezialisierte Versorgungsangebote auszubauen. Danach ist die Sterbebegleitung nunmehr ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden; dies wird auch in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen nach SGB V auf Landesebene betont.

Seit dem 1. Juli 2016 sollen Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu den Bemühungen, Kooperationsvereinbarungen z. B. mit Hausärztinnen/-ärzten, Zahnärztinnen/-ärzten oder Apotheken zu treffen, auch auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz hinwirken. Die Anbieter sind verpflichtet, diese Informationen an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. Darüber hinaus wurde die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeeinrichtungen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner eine Versorgungsplanung zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können (BMG, 2017).

Aktuell besteht aufgrund der vielfältigen, parallel bestehenden Angebote die Herausforderung, palliative Versorgungsansätze im Krankheitsverlauf frühzeitig in die spezialisierte sowie die Grundversorgung zu integrieren. Bezüglich der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen bedeutet dies vor allem die Integration in den Fachbereich Geriatrie sowie in Langzeitpflegeeinrichtungen oder in Versorgungskonzepte von Menschen mit Demenz (Jacobs et al., 2017, 167 f.).

Bestehende Angebote palliativer Versorgung werden je nach Komplexität der Problemlagen der Betroffenen und deren Angehörigen sowie deren Bedürfnissen in verschiedenen Einrichtungen angeboten (Jacobs et al., 2017, 169 f.):

- Palliativstationen
- Stationären Hospizen
- Palliativdiensten im Krankenhaus
- Teams für Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Ambulanten Hospizdiensten
- Tageshospizen
- Tageskliniken mit teilstationärer palliativer Therapie

Um den Angehörigen und Betroffenen eine angemessene Information zu ermöglichen und einen Überblick über die komplexe Angebotsstruktur zu geben, gibt es beispielsweise den „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland"[31]. Diese Datenbank macht Informationen bundesweit zugänglich und ermöglicht es Anbietern, sich zu registrieren.

Um wohnortnahe Angebote zu finden, sind beispielsweise der AOK Palliativwegweiser[32], das PflegeNetz Sachsen[33] oder der Hospiz- und Palliativführer für das Land Sachsen[34] zu nennen, welche als Informationsplattformen regionale Suchfunktionen sowie grundlegende Informationen über unterschiedliche Leistungen und Angebote zur Verfügung stellen. In Sachsen ist auch der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. (LVHP e. V.) wichtiger Akteur (Schneider-Schönherr, 2017).[35]

Bedürfnisse der Palliativpatientinnen und -patienten und deren Angehörige im Spannungsfeld der Realität

Eine im Rahmen des DAK Pflegereports 2016 durchgeführte Studie liefert Ergebnisse u. a. zu Vorstellungen in der Bevölkerung über ein gutes Sterben sowie Präferenzen und persönliche Erfahrungen zum Thema Begleitung sterbender An- und Zugehöriger (Klie, 2016, 2 f.).

60 % der Befragten bevorzugen das eigene Zuhause als angenehmsten Ort zum Sterben. 16 % favorisieren das Hospiz und lediglich 4 % respektive 2 % Institutionen wie Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung. 19 % sind unentschlossen gegenüber dieser Thematik. Pflegende Angehörige präferieren das Sterben zu Hause noch stärker (76 %). In der Realität zeigt sich ein anderes Bild. Drei Viertel aller Menschen sterben in Deutschland in stationären Einrichtungen – 46 % davon im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung (Deutscher Bundestag, 2015, S. 5). Obwohl über 70 % der Pflegeversicherten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, stirbt nur etwa jeder Fünfte in der eigenen Wohnung (Brysch, 2017; Klie, 2016, 6 ff.). In Sachsen wurden im Jahr 2014 rund 52 900 Sterbefälle registriert; zwei Drittel der Menschen verstarben dabei in Institutionen und ca. ein Drittel in der Häuslichkeit (vdek e. V., 2015).

Im Rahmen der palliativen Versorgung kommt dem sterbebegleitenden Umfeld eine besondere Bedeutung zu. Ein großer Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten wird zu Hause gepflegt, da dies den Bedürfnissen der Sterbenden am nächsten kommt und es als besonders würdevoll gilt (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 122 f.; Klie, 2016, 6 ff.).

Angehörige, Bekannte wie aber auch das ehrenamtliche Engagement in Form der Entlastung bei Überlastung stellen eine wichtige Ressource in der Versorgung der Patientinnen und Patienten dar und erlauben eine entsprechende Patientenzentrierung und Familienorientierung.

31 Link: http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/
32 Link: https://plus.aok.de/medizin-versorgung/aok-palliativwegweiser/
33 Link: https://www.pflegenetz.sachsen.de/
34 Link: http://www.hospiz-palliativ-sachsen.de/neu/wp-content/uploads/Hospizfuehrer-Stand-2013.pdf
35 Link: http://hospiz-palliativ-sachsen.de/

Den Hausarztpraxen sowie den ambulanten Pflegediensten kommt ebenfalls eine große Bedeutung zu – sei es bzgl. der Anleitung in der Symptomerfassung und Grundpflege, bzgl. der Aufgabe der Informationsvermittlung oder bzgl. der Anregung/ Verordnung palliativer Versorgung (Jacobs et al., 2017, 174 f.; Schneider-Schönherr, 2017).

Ambulante Pflegedienste erhalten jedoch keine zusätzliche Vergütung, um den besonderen Bedürfnissen Sterbender gerecht zu werden, obwohl dies mit einem deutlich höheren pflegerischen und zeitlichen Aufwand verbunden ist, insbesondere für die psychosoziale Begleitung des Sterbenden und der Angehörigen. Dabei ist die Begleitung sterbender ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der Pflegeversicherung. Um den besonderen Bedürfnissen Sterbender gerecht zu werden und den erhöhten pflegerischen Aufwand bewältigen zu können, braucht es auch in dieser letzten Phase der Pflege mehr Zeit. Auch die psychosoziale Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen erfordert Zeit. Diese muss sichergestellt und entsprechend vergütet werden.

Bereits vor der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten kommt dem Umfeld eine wichtige Rolle zu. So bestehen durch die Instrumente der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Möglichkeiten, Entscheidungen über das eigene Lebensende selbst aktiv zu treffen. Dies lässt jedoch außer Acht, dass sich viele Menschen durch die Möglichkeit, Festlegungen bezüglich ihres eigenen Ablebens zu treffen, überfordert fühlen. Die Angehörigen bzw. weitere Helferinnen und Helfer, wie Freundinnen und Freunde sowie Nachbarinnen und Nachbarn, Professionelle und Ehrenamtliche, können für den in dieser Lebensphase besonders vulnerablen Menschen eine beistehende, würdesichernde Begleitung sein (Klie, 2016, 4 f.).

Ethische Fragen sind dabei von besonderer Bedeutung. Bei der Mehrheit der Menschen, die bereits Pflegeerfahrungen gesammelt haben (66 %), ist die Bereitschaft vorhanden, die Betroffenen bis zum Tod zu pflegen. Diese ist jedoch eng geknüpft an das Vorhandensein einer unterstützenden Infrastruktur und passenden Rahmenbedingungen. Die Studienergebnisse des DAK Pflegereports weisen darauf hin, dass aus Sicht der Befragten die Unterstützung ärztlicherseits weitgehend erfüllt ist, fachpflegerisch allerdings noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht (Klie, 2016, 6 ff.).

Die Erfahrungen, welche die An- und Zugehörigen machen, während sie einen Sterbenden begleiten, rufen enorme individuelle Belastungen hervor und sind insbesondere im höheren Erwachsenenalter oft ein prägendes Erlebnis in der eigenen Lebensphase. Hier wird zum Teil „Übermenschliches“ geleistet. Als problematisch wird die Unterstützung in Stress- und Überlastungssituationen bewertet. Hier fühlen sich pflegende Angehörige häufig allein gelassen und der Zugang zu bestehenden Hilfen und Beratung fehlt (Klie, 2016, 11 ff.). Gerade in der Zeit nach dem Tod und der langjährigen Pflege eines nahe stehenden Menschen benötigen Angehörige Ansprache und auch Nachfrage, wie es ihnen geht; wie sie zurechtkommen (auch finanziell); ob bzw. welche Unterstützung da ist, wenn ein „Zusammenbruch“ kommt usw. Daher ist wichtig und nachvollziehbar, dass Angebote wie ambulante Psychologinnen und Psychologen, Kliniken oder sonstige Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen zunächst zur Verfügung stehen, denn das soziale Umfeld ist meist in großen Teilen weggebrochen.

Versorgungsstrukturen und Qualität in der Palliativpflege

Grundaussagen zur Entstehungsgeschichte der Palliativ- und Hospizversorgung wie auch zur Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen finden sich bspw. in der Studie zu Standorten und demographischen Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen (Hospizstudie) aus den Jahren 2013 und 2018 (Karmann et al., 2013; SMS, 2018).

Der Freistaat Sachsen verfügt über eine insgesamt gute Struktur der Hospiz- und Palliativversorgung und weist aktuell bspw. 16 Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, 54 Angebote ambulanter Hospizdienste und elf stationäre Hospize auf. (Hospizstudie, Stand 2017) Dennoch ist bei Weitem noch keine flächendeckende Versorgungssituation gewährleistet. Im Rahmen einer Anhörung zum Komplex Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen wurden insbesondere die Themen Zeit sowie medizinische und pflegerische Kompetenz von Symptomkontrolle am Lebensende benannt.

Hinzu kommen Aspekte wie die Frage der Sicherstellung der Versorgung vor dem Hintergrund vermehrter Einzelhaushalte wie aber auch Entfernungen im ländlichen Raum (ASVGI, 2015). Im ambulanten Versorgungsbereich der Pflege werden zukünftig flexible Modelle sowie ausreichend qualifizierte Personalkapazitäten und deren Finanzierung erforderlich. Aktuell erschweren u. a. die Organisationsplanung, die enge Taktung von Touren und der Personalmangel eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen.

Auch die Unterstützung bei der Verknüpfung bestehender Angebote ist nicht selbstverständlich, obwohl Rechtsansprüche auf Koordinationsleistungen bestehen (Brysch, 2017; Klie, 2016, 11 ff.; Schneider-Schönherr, 2017).

Sowohl die allgemeine Palliativpflege in den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten als auch die Pflegeberatungsinfrastrukturen, besonders hinsichtlich zugehender Beratungsangebote, weisen Verbesserungspotenziale auf.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen sind kurz vor ihrem Lebensende auf eine Palliativversorgung angewiesen. Dieser wachsenden Nachfrage können Einrichtungen häufig aufgrund zu geringer (Personal-)Kapazitäten und fehlender angepasster Versorgungskonzepte nicht gerecht werden. Hinzu kommen Probleme wie eine nicht ausreichende Qualifizierung des gesamten medizinischen Personals bezüglich des Sterbeprozesses. Aktuell wird ein Großteil der geleisteten Palliativ- und Hospizarbeit im stationären und ambulanten Bereich von Ehrenamtlichen und durch das ehrenamtliche Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getragen. So führten 2013 bspw. 1 228 Ehrenamtliche über 2 590 Sterbebegleitungen durch. Zukünftig sind aufgrund des wachsenden Bedarfs und der gleichzeitig abnehmenden Bereitschaft der Gesellschaft für ehrenamtliches Engagement Versorgungslücken zu befürchten. Eine alleinige Absicherung über das Ehrenamt ist zukünftig nicht möglich, sodass diesem Defizit frühzeitig entgegenzusteuern ist (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 122 f.; Schneider-Schönherr, 2017).

Bezüglich einer qualitativ hochwertigen Versorgung wurden für zentrale Aspekte der Palliativpflege Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege krankheitsübergreifend durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP e. V.) aufgearbeitet. Konsensbasierte S1-Leitlinien für die Palliativpflege,

z. B. zu Atemnot in der letzten Lebensphase, Lymphödem, Juckreiz, exulzerierende Wunden, sind das Ergebnis (DGP e. V., 2017b). Diesen Fortschritten bezüglich der Versorgungsqualität steht jedoch die häufig zurückhaltende Umsetzung und Verordnungspraxis der Behandler entgegen. Diese und weitere Barrieren bremsen die schnelle Integration der Palliativ Care in den Versorgungsverlauf (Jacobs et al., 2017, 167 f.). Die Anstrengungen seitens der Gesetzgeber bezüglich entsprechender Rahmenbedingungen sollten deshalb weiter vorangetrieben werden (Klie, 2016, 2 f.).

Good Practice Beispiel Bötzingen Baden-Württemberg

Das Good Practice Beispiel aus Bötzingen[36], welches durch die kirchliche Sozialstation Nördlicher Breisgau e. V. organisiert wird, ermöglicht es, durch eine entsprechende Organisationskultur, Qualifikation, konsequente Netzwerkpflege sowie durch die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Pflege- und Krankenversicherungsleistungen eine kontinuierliche, stabilisierende und die pflegenden Angehörigen entlastende Versorgungssituation zu schaffen (Klie, 2016, 13 f.; Szymczak, 2017). Das Bötzinger Beispiel zeigt, wie unterstützend und vorteilhaft eine örtliche Sorgestruktur und -kultur für die Betroffenen und deren An- und Zugehörige sein kann. Aus diesem Beispiel wird Folgendes deutlich: Wenn das Sterben zu Hause weiterhin eine Bedeutung in der Palliativversorgung einnehmen soll, so wie es auch die Mehrheit fordert, und darüber hinaus der Wunsch der Beteiligten, ihre An- und Zugehörigen bis zum Tod zu begleiten, berücksichtigt werden soll, wird die Investition in die allgemeine ambulante palliative Pflege unumgänglich sein. Gleichzeitig könnten dadurch unnötige Krankenhauseinweisungen und Pflegeheimüberleitungen vermieden werden (Klie, 2016, 13 f.).

Zusammenfassend fordern Befürworterinnen und Befürworter eine umfassende Integration der Palliativpflege in die Versorgungspraxis, doch dies bedeutet vielschichtige Änderungen. Um beispielsweise das häufig erwünschte Sterben Zuhause zu ermöglichen, sind eine gute medizinisch-pflegerische Begleitung und die Unterstützung der An- und Zugehörigen sowie der Ehrenamtlichen zentrale Aspekte. Nicht zuletzt sind aufeinander abgestimmte, regional vernetzte, zugehende Beratungsstrukturen notwendig, um den Hilfeleistenden in den häufig anspruchsvollen Situationen der letzten Monate des Lebens entlastende und fachlich kompetente Unterstützung anzubieten. Nur so kann zukünftig die Bereitschaft steigen, sich aktiv an Aufgaben der Begleitung Sterbender zu beteiligen (Klie, 2016, 15 f.).

Die Palliativversorgung wird als wichtiges Element in der Gesundheitsversorgung betrachtet. Um eine valide Grundlage für strukturierte, bedarfsgerechte Angebotsstrukturen zu schaffen und eine Über- bzw. Unterversorgung zu vermeiden, müssen unter Berücksichtigung der Umsetzung des HPG Daten zur Inanspruchnahme statistisch erfasst werden. Die bis dato bestehende Forschungslücke sollte geschlossen werden, um zukünftig evidenzbasierte Rückschlüsse über die Qualität der Palliativversorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus gilt es, weitere Erkenntnisse bezüglich der wechselseitigen Abhängigkeit von stationärer spezialisierter Versorgung und dem Zugang und der Qualität der ambulanten spezialisierten Palliativ- und der Grundversorgung zu gewinnen. Langfristig können so Barrieren abgebaut werden und eine kontinuierliche fachpflegerische Begleitung im Sterbeprozess erreicht werden (Brysch, 2017; Jacobs et al., 2017, 179 f.; Schneider-Schönherr, 2017).

36 Nähere Informationen unter dem Link: http://www.sozialstation-boetzingen.de/start.html, letzter Zugriff: 27.07.2017.

2.3 Ausgewählte Probleme in der pflegerischen Versorgung

2.3.1 Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen

Die steigende Zahl älterer Menschen ist u. a. mit einer Zunahme von komplexen gesundheitlichen Problemlagen wie chronischen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit verbunden (Hämel, 2017). Damit gehen meist Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten, Sturzgefahr, Immobilität, Hilfebedürftigkeit oder soziale Vereinsamung einher und die Häufigkeit der Arztkonsultationen, der Krankenhausaufenthalte sowie Verweildauern nimmt zu. Bezüglich der Behandlung älterer Menschen sind demnach nicht nur medizinische Bedarfe, sondern auch andere Problemfelder einzubeziehen. Die komplexe Behandlung erfordert im Idealfall eine multiprofessionelle Zusammenarbeit der Bereiche, wie Medizin, Pflege, Beratung, Physiotherapie und Apotheken – ähnlich einer integrierten Versorgung (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 121 ff.).

Aktuell ist dieser Ansatz noch eine Musterlösung. Analysen zur ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in der stationären und ambulanten Pflege deuten sowohl hinsichtlich der allgemeinärztlichen als auch der fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf Lücken hin. Besonders unter Betrachtung der unterschiedlichen Versorgungsdichte in städtischen und ländlichen Gebieten sind die Herausforderungen für die ärztliche Versorgung bekannt. Neben strukturellen Gründen können auch kognitive Einschränkungen oder eine bestehende Immobilität der Pflegebedürftigen den Besuch ambulanter Arztpraxen erschweren (Jacobs et al., 2017, XVII f.) Gesetzliche Nachbesserungen der Vergangenheit, wie das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) und Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG), konnten teilweise fachärztliche Behandlungsquoten steigern. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung gibt es mit Stand 30. Juni 2018 im Zuständigkeitsbereich der KV Sachsen 234 Kooperationen nach § 119b SGB V zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten (KV Sachsen, 2017; Rothgang et al., 2016, 184 ff.). Mobile Versorgungskonzepte sind aktuell aufgrund der geltenden ärztlichen Musterberufsordnung nicht vorgesehen. Vertragsärztinnen und -ärzte haben lediglich die Möglichkeit, an bis zu zwei weiteren Tätigkeitsorten ärztliche Leistungen zu erbringen (KV Sachsen, 2017).

Als häufige Probleme bei geriatrischen Patientinnen und Patienten werden vermehrte Krankenhausaufenthalte und Polypharmazie genannt. Infolge der zu behandelnden Mehrfacherkrankungen treten durch den verschriebenen „Medikamentencocktail“ unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf. Die Medikation der Einzelerkrankungen ist meist nur unzureichend auf die komplexe Gesamtsituation abgestimmt. Abhilfe sollte ursprünglich die elektronische Gesundheitskarte schaffen, doch der Aufbau der damit verbundenen Telematik-Infrastruktur dauert mittlerweile bereits mehr als zehn Jahre. Nun wird nach Alternativen zu der elektronischen Gesundheitskarte gesucht (Ärzteblatt, 2018). Studienergebnisse zeigen, dass mindestens jede/-r Fünfte stationär Versorgte unter den Folgen inadäquater Medikamentengabe leidet. Teilweise werden auch falsche Medikamente oder falsche Dosierungen verabreicht (Halek, 2017, S. 7; Jacobs et al., 2015, S. 194). Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen („ARMIN“) befasst sich seit 2014 intensiv u. a. auch mit dieser Thematik.

Auch bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen findet entgegen entsprechend formulierten Leitlinien nicht immer eine adäquate Versorgung statt. Zum Teil erfolgt die Gabe verschiedener Psychopharmaka, welche für ältere Menschen mit erhöhtem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko potenziell ungeeignet sind. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, wie Bewegungsstörungen,

Blutdruckabfall, Müdigkeit oder Schwindel, gehören somit leider zum Alltag in stationären Pflegeeinrichtungen und haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen (Jacobs et al., 2015, S. 194).

Im Zusammenhang mit der Diskrepanz zwischen den Anwendungsempfehlungen und der tatsächlichen Verordnungspraxis kommt nicht nur den Pflegenden der verschiedenen Versorgungsformen, sondern insbesondere auch den Apothekerinnen und Apothekern eine besondere Rolle zu. Diese haben einen Beratungsauftrag und müssen den verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten unterstützen (Tezcan-Güntekin, 2016, 31 ff.). Auch in der stationären Versorgung sollten die Medikation und Nebenwirkungen mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen, Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzten besprochen werden. Besonders problematisch erweist sich auch die sektorenübergreifende Überleitung, welche aufgrund von Informationsdefiziten, Kommunikationsbarrieren und Fehlorganisation zu Medikationsfehlern führt (Tezcan-Güntekin, 2016, 36 f.).

Im Zusammenhang mit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme ist es ebenso notwendig, sich mit der Thematik Abhängigkeit auseinanderzusetzen. Pflegebedürftige bzw. ältere Menschen nehmen häufig über einen langen Zeitraum die verordneten Medikamente (z. B. Beruhigungsmittel oder starke Schmerzmittel) ein, sodass sich in vielen Fällen eine gewisse Abhängigkeit entwickeln kann. Untersuchungen dazu zeigen, dass sowohl Krankenhaus- als auch Hausärztinnen und -ärzte immer wieder selbst bei offensichtlicher Abhängigkeit die Medikation weiter verschreiben (Tezcan-Güntekin, 2016, 29).

Bezüglich der Gesundheitsversorgung Pflegebedürftiger besteht vor allem in ländlichen Räumen die Problematik der räumlichen Erreichbarkeit medizinischer und pflegerischer Versorgungsangebote. Sobald die älteren Menschen selbst nicht auf ein eigenes Kraftfahrzeug zurückgreifen können, besteht eine starke Abhängigkeit von dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) bzw. den vor Ort Engagierten und Angehörigen. Vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätsstandards müssen besonders für diese peripheren Räume Lösungen gefunden werden (siehe Kapitel 2.3.3).

2.3.2 Gewalt in der Pflege

Gewalt gegen und durch Pflegebedürftige

Die WHO definiert Gewalt gegen ältere Menschen als *„eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird.“* Die Art und Weise der Gewaltausübung ist hinsichtlich der unterschiedlichen Settings, Täterinnen und Täter, Formen und Kontexte sehr komplex. Die nachfolgende Abbildung 4 gibt einen Überblick über konkrete Formen der Gewalt gegen Pflegebedürftige:

Gewalt in der Pflege					
Setting	Häusliches Umfeld		Stationäre Pflege		
Täter	Angehörige		Pflegekräfte		Andere Pflegebedürftige
Formen	Psychische Gewalt	Körperliche Gewalt	Sexualisierte Gewalt	Vernachlässigung	Freiheitsentzug
Kontext	Situativ, nicht intendiert	Situationsübergreifend, nicht intendiert	Situativ, intendiert	Situationsübergreifend, intendiert	

Abbildung 4: Überblick: Formen der Gewalt gegen Pflegebedürftige (Blättner & Grewe, 2017, S. 196).

Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen kann mit oder ohne Absicht, situativ oder situationsübergreifend erfolgen (Görgen et al., 2009). Sie kann nicht nur von formell oder informell Pflegenden, sondern auch von anderen Pflegebedürftigen ausgehen. Derartige Gewalt ist nicht nur ein Verstoß gegen Menschenrechte, sondern kann sich, teils auch schwerwiegend, auf die psychische und physische Gesundheit der Pflegebedürftigen auswirken und in der Folge in einer reduzierten Lebenserwartung und verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität münden (Amrhein et al., 2015, 139 ff.; Blättner & Grewe, 2017, 195 ff.).

In der Vergangenheit wurden vereinzelt Studien zu dieser Thematik durchgeführt – z. B. durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Görgen et al., 2009; Jung, 2015; ZQP, 2017b). Jedoch lässt sich u. a. aufgrund systematischer Fehlerquellen und einer hohen Dunkelziffer kein vollständiges realistisches Abbild daraus ableiten. Einschränkend erweist sich die teils verminderte Befragungsfähigkeit der Pflegebedürftigen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen oder ihrer Multimorbidität. Darüber hinaus verhindern Ängste und Scham, über die Gewalterfahrungen zu sprechen. Bisherige Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass Gewalt im Pflegebereich ein ernst zu nehmendes Problem ist. Die bisherigen Befragungsergebnisse identifizieren psychische Misshandlungen, verbale Aggressionen und ebenso pflegerische Vernachlässigung als häufigste Formen der Gewalt, gefolgt von körperlicher Gewalt, die sich überwiegend durch grobes Anfassen oder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und seltener durch Schlagen äußert. Über sexuelle Belästigung wird nicht berichtet. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese vorkommt (Blättner & Grewe, 2017, 195 ff.; Görgen et al., 2009).

Die Überforderung der Pflegenden wird als häufigste gewaltbegünstigende Ursache erkannt. Körperliche und psychische Belastungen der pflegenden Angehörigen oder professionell Pflegenden können nicht immer adäquat bewältigt werden. Gewalt wirkt in diesem Zusammenhang als Ventil dieser erlebten Überlastung. Außerdem tritt ausgeübte körperliche Gewalt der Pflegekräfte häufig als Reaktion auf aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen auf. Ebenso können stresserzeugende Arbeitsbedingungen in der Versorgung gewaltfördernd wirken (z. B. Personalmangel, inadäquate Ausbildung, Arbeitsklima, Zeitdruck). Im Bereich der familiären Pflege wirken weitere Faktoren, wie problematische Beziehungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, eine prekäre finanzielle Lage, mangelnde Qualifikation für die pflegerische Tätigkeit oder Substanzmittelmissbrauch der Pflegenden, als Risikofaktoren für gewaltbegünstigendes Verhalten (Amrhein et al., 2015, 139 ff.; Blättner & Grewe, 2017, S. 197).

Gewalt kann jedoch auch von Seiten der Pflegebedürftigen gegenüber Pflegekräften oder (pflegenden) Angehörigen erfolgen. Täterinnen und Täter können zugleich Opfer sein oder Opfer können zu Täterinnen und Tätern werden. Dies äußert sich überwiegend in Form von verbaler und körperlicher Gewalt, aber auch in sexueller Belästigung. Auch für diese Form der Gewalt ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Gewalttätiges oder herausforderndes Verhalten der Pflegebedürftigen ist als bedeutender Risikofaktor für einsetzende Gewalt der Pflegekräfte einzuschätzen und wird gleichermaßen als starke Arbeitsbelastung empfunden.

Als Hauptursache für aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen werden Begleitsymptome der bestehenden Erkrankung (z. B. Demenz) genannt. Auch pflegerische Aktivitäten können teilweise bedrohlich wahrgenommen oder als Übergriff empfunden werden. So kann ein Gefühl des Sich-Wehren-Müssens entstehen, weil die Interaktion aufgrund der kognitiven Veränderungen von dem Demenzerkrankten situationsbedingt nicht mehr eingeordnet werden kann (Blättner & Grewe, 2017, 197 ff.; Görgen et al., 2009).

Eine Studie des ZQP (2018) aus dem Jahr 2018 zeigt, dass etwa jeder zweite häuslich Pflegende Gewalt durch den pflegebedürftigen Menschen erlebt hat. 40 % geben an, selbst schon gewaltsam gegenüber dem Pflegebedürftigen gehandelt zu haben. Vor diesem Hintergrund werden gezielte Unterstützungsangebote sowie Aufklärung über Gewaltprävention dringend erforderlich.

Umgang mit Gewalt und Präventionsansätze

In erster Linie überprüfen der MDK und die Heimaufsicht (KSV) die Qualität der Pflege und gehen dabei Verdachtsfällen mit Gewaltansatz nach. Mithilfe dieses Vorgehens werden jedoch nur schwere Fälle von Gewalt aufgedeckt. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege sollten Standards zum Umgang mit gewaltbehafteten Situationen gelten. Einzelne Einrichtungen sind in dieser Hinsicht bereits gut aufgestellt. Für vereinzelte Bundesländer bestehen sogar konkrete Verpflichtungen der Einrichtungen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen (z. B. § 8 des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen; HGBP). Eine konsequente Umsetzung ist jedoch in den wenigsten Fällen nachgewiesen. Am stärksten sind aktuell stundenweise Schulungsprogramme z. B. der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) nachgefragt. Deren nachhaltige Wirkung ist jedoch aufgrund des geringen Umfangs und der fehlenden Regelmäßigkeit in frage zu stellen (Blättner & Grewe, 2017, 200 f.).

Sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher Sicht haben professionelle Pflegekräfte die Aufgabe, ihre Arbeit zum Wohl der Pflegebedürftigen auszuführen, sie vor Schäden zu schützen und nötigenfalls für ihre Bedürfnisse, Interessen und Rechte einzustehen. Die Garantenpflicht ist verletzt, wenn trotz der Wahrnehmung von Misshandlung und Vernachlässigung der zu pflegenden Person nicht interveniert wird. In der Praxis gibt es verschiedene Möglichkeiten, auf erlebte Gewalt zu reagieren. Empfehlenswert sind je nach Schwere des Übergriffs u. a. Schritte wie Dokumentation jedweder Beobachtung von Gewaltanwendung, Leitung informieren, Beratung einleiten, Sozialdienst einschalten, Ärztin/Arzt bzw. Polizei bei Verletzungen oder schwerwiegender Gewalt informieren (Nitsche-Neumann, 2016, 19 f.).

Lösungsansätze für eine möglichst gewaltarme Pflege werden beispielsweise in der Entwicklung von verbindlichen Handlungsabläufen bei Aggression und Gewalt, wie Präventions- und Deeskalationsstrategien, gesehen. Bei häufiger oder

wiederkehrender Gewalt wird eine Fallberatung im Team, eine Supervision oder Einbeziehung von Expertinnen/Experten empfohlen. Klar geregelte Verantwortlichkeiten, feste Ansprechpartner/-innen, klare Qualitätsstandards und Meldepflichten können eine transparente Fallbearbeitung unterstützen (Nitsche-Neumann, 2016, S. 22).

Bezüglich der Präventionsstrategien sollten die Risikofaktoren besonders in den Fokus gerückt werden. Eine intensive Auseinandersetzung mit den als gewaltfördernd identifizierten Ursachen für aggressive Übergriffe der Pflegebedürftigen, z. B. persönliche Überbelastung der Pflegeperson, Alkoholkonsum oder eine schlechte Beziehung zu dem Pflegebedürftigen sollten wichtige Themen der Interventionen sein (Amrhein et al., 2015, 139 ff.).

Der Präventionsbedarf hinsichtlich des Themas Gewalt in der Pflege wurde erkannt und mittlerweile sind bundesweit bereits einige Projekte entstanden, die sich u. a. mit der Entwicklung von Interventionskonzepten für die häusliche Pflege befassen. Beispielhaft sind an dieser Stelle die Projekte AStrA[37], PURFAM[38], Safer Care[39] und SiliA[40] zu nennen (Blättner & Grewe, 2017, S. 200). Auch das Zentrum Qualität in der Pflege (ZQP) bietet seit 2017 eine Website[41] zum Thema Gewalt in der Pflege an. Diese dient der Information, Sensibilisierung, und Vermittlung von Hilfsangeboten.

Da der Bedarf jedoch nicht flächendeckend, sondern eher in Einzelfällen besteht, sollte eine individuelle Bedarfsanalyse durchgeführt werden.

Den Rahmen für Präventionsmöglichkeiten gibt der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (August 2016) vor. Ziele sind die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten, wobei das Thema Gewalt als explizites Handlungsfeld ausgewiesen ist. Eine Evaluation der Wirksamkeit der Interventionen wird im Rahmen von Begleitforschungen dringend empfohlen. Langfristig könnte auf diese Weise ein umfassendes Konzept entwickelt werden, welches bedürfnis- und zielorientierte Präventionsmaßnahmen bereithält (Blättner & Grewe, 2017, S. 201). Ambulante Versorgungsbereiche werden in diesem gesetzlichen Rahmen nicht berücksichtigt. Speziell für Sachsen werden aktuell weder im stationären noch im ambulanten Versorgungsbereich verbreitet Maßnahmen zur Gewaltprävention durch und gegen Pflegebedürftige durchgeführt. Das Steuerungsgremium zur Landesrahmenvereinbarung Präventionsgesetz hat ebenso wie Kranken- und Pflegekassen sowie die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. zum Ziel, derartige Projekte mithilfe der engagierten Netzwerkpartner u. a. in dem Zielbereich „Gesund im Alter“ im Freistaat Sachsen zu implementieren (Kotte, 2018).

2.3.3 Besondere Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse im ländlichen Raum

Aktuell decken die pflegerischen Versorgungsstrukturen im Freistaat Sachsen größtenteils noch den Bedarf. Demografische Entwicklungs- und Wanderungsprozesse tragen zukünftig dazu bei, dass in ländlichen Räumen die sinkende Anzahl der

37 Projekt Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege. Görgen,T.; Taefi, A; Wagner, D., Deutsche Hochschule der Polizei. 2015.
38 Projekt Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen. Zank, S. & Schacke C. (Hrsg.), Universität Köln, 2013.
39 Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden. Blättner B., Grundel A., Hocher R., Grewe H., Universität Fulda, 2014.
40 Sicher leben im Alter – Ein Aktionsprogramm zur Prävention von Kriminalität und Gewalt gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen. Görgen et al.. Deutsche Hochschule der Polizei, 2012.
41 Link: https://www.pflege-gewalt.de/

Leistungserbringer einer immer älter werdenden Bevölkerung gegenübersteht. Die Folge ist bei ausbleibenden gegensteuernden Maßnahmen eine Verschärfung der Versorgungssituation. Zukünftig könnte der Bedarf an ambulanter und stationärer Kranken- sowie pflegerischer Versorgung nicht mehr gedeckt werden. Pflegebedürftige müssten beispielsweise in das nächste Unter- oder Mittelzentrum ziehen, weil nur dort die Versorgung sichergestellt werden kann. Aufgabe der beteiligten Akteure ist es deshalb, Ansätze für Verbesserungen in den ländlichen Regionen des Freistaates Sachsen zu finden (Faensen, 2016; Hämel, 2017; Lotze, 2016).

Neben der Anzahl der Leistungserbringer ist auch die räumliche Erreichbarkeit von zentraler Bedeutung für die Versorgung. Aus Sicht der älteren Menschen sollte die medizinische Versorgung erreichbar – also in Wohnortnähe – sein und möglichst die gesamte Versorgungsbreite auf qualitativ gutem Niveau abdecken. Dies kann jedoch in vielen Landkreisen aufgrund des abnehmenden Versorgungsangebotes und der wachsenden Distanzen zunehmend nicht gewährleistet werden und hat einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität der Betroffenen. Der ÖPNV oder andere Mobilitätsangebote, z. B. durch vor Ort Engagierte oder Angehörige, spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, da viele auf dem Land lebenden älteren Menschen mobilitätseingeschränkt sind und kein eigenes Kraftfahrzeug besitzen. Zusätzlich erschwerend ist die Situation, wenn die familiären Unterstützungsstrukturen durch zunehmende räumliche Entfernungen, z. B. durch Abwanderung aus ländlichen und strukturschwachen Regionen, fehlen. In Folge dieser Ausdünnung familialer und informeller Unterstützungspotenziale in ländlichen Gebieten müssen Alternativen in Form spezieller Wohn- und Versorgungsformen sowie Unterstützungsangebote und Mobilitätskonzepte gefunden werden (Hämel, 2017; Meusel, 2017).

In diesem Zusammenhang wurden bereits im Jahr 2012 Leitlinien zur Entwicklung des ländlichen Raumes im Freistaat Sachsen durch die Sächsische Staatsregierung beschlossen. Daran angeschlossene Maßnahmen und Projekte zielen auf die zukunftsfähige Gestaltung des ländlichen Raumes. Neben den Bereichen Wirtschaft, Beschäftigungs- und Einkommenssituation, Lebensqualität oder Bildungsqualität geht es auch um die Themen medizinische Versorgung, Chancengleichheit und Mobilität. Auch die Maßnahmen, die an den Aktionsplan der Staatsregierung zur Umsetzung der UN-BRK im Freistaat Sachsen gekoppelt sind, sollen besonders im ländlichen Raum umgesetzt werden, da dort oft Defizite noch stärker ausgeprägt sind als in Verdichtungsräumen (SMS, 2016). Um gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land realisieren zu können, sind dezidierte Fachplanungen für den besonderen Entwicklungsbedarf notwendig. Den Kommunen kommt bei dieser Ermittlung bestehender Bedarfe sowie Entwicklung entsprechend zugeschnittener Angebote eine besondere Bedeutung zu (Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 112 ff.; Hausen, 2017).

Auch das Thema Barrierefreiheit hat in den ländlichen Räumen einen hohen Stellenwert. Zwar leben im Freistaat Sachsen Menschen auf dem Land häufiger in selbstgenutztem Wohneigentum (47 % gegenüber 13,8 % in urbanen Regionen) oder in Wohneigentum von Angehörigen (19,8 % gegenüber 5,2 % in urbanen Regionen) und sind damit eigenverantwortlich für die barrierefreie, altersgerechte Wohnraumgestaltung, doch Barrierefreiheit bezieht sich darüber hinaus auf alle gestalteten Lebensbereiche (SMS, 2016; Trabandt & Geißler, 2017).

Dass in diesem Bereich Veränderungsbedarf besteht, verdeutlichen folgende Zahlen. Laut Trabandt und Geißler (2017) sind Menschen mit Behinderungen in ländlichen Regionen häufiger auf einen Rollstuhl und eine zusätzliche Hilfsperson angewiesen

(12,8 % gegenüber 9,3 % der Personen in urbanen Regionen). Des Weiteren ergibt sich aus der Befragung, dass Personen in ländlichen Gebieten eher unzufrieden mit ihrer Lebenssituation (24,5% gegenüber 20,3% in urbanen Regionen) und Angebote zur Wohnberatung weniger bekannt (80,7 % gegenüber 72,2 % in urbanen Regionen) sind. Die Sächsische Staatsregierung hat entsprechend reagiert und das Thema „Barrierefreiheit“ als Querschnittsthema u. a. bei der Erarbeitung des Aktionsplanes zur Umsetzung der UN-BRK in allen Handlungsfeldern, aber insbesondere im Bereich „Wohnen, Inklusiver Sozialraum“ berücksichtigt (SMS, 2016).

Ziel ist es seitens der Staatsregierung weiterhin, durch Fachplanungen zum besonderen Entwicklungsbedarf des ländlichen Raumes den Rahmen für gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land zu schaffen. Für die Förderperiode 2014 bis 2020 wird in Sachsen explizit das Instrument LEADER[42] als Programm zur Umsetzung des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) eingesetzt. Akteure im ländlichen Raum können eigenständige Strategien entwickeln und Förderungen aus dem Förderkontingent von 427 Millionen Euro aus dem sächsischen Entwicklungsprogramm für den Ländlichen Raum (EPLR) erhalten. Die Anträge von 30 sächsischen Gebieten erhielten im April 2015 die Genehmigung durch das SMUL (SMS, 2016).

Auch auf Bundesebene gibt es Initiativen, um die ländlichen Regionen zu fördern. U. a. dient das *Bundesprogramm „Ländliche Entwicklung“ (BULE)* der Erprobung innovativer Ansätze in der ländlichen Entwicklung im Förderzeitraum 2015 bis zunächst 2019. Kernpunkte sind beispielsweise soziale Dorfentwicklung, Regionalität und Mehrfunktionshäuser. Gewonnene Erkenntnisse sollen dazu beitragen, bundesweit Strategien zu entwickeln und ländliche Regionen als attraktive Lebensräume zu erhalten (Altenberichtskommission, 2016, 15 f.).

Ein weiteres Beispiel ist der regelmäßige Bundeswettbewerb *„Unser Dorf hat Zukunft“*. Unter der Beteiligung von ca. 2 500 Dörfern wird die bürgerschaftliche Bewegung in Deutschland gefördert und partizipativ an Strategien zur nachhaltigen Dorfentwicklung gearbeitet (Altenberichtskommission, 2016, S. 16).

Bezüglich der Bedarfe und Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger Menschen in ländlichen, strukturschwachen Regionen gibt es Ansatzpunkte, die zukünftig zu einer angemessenen Gesundheits- und Pflegeversorgung beitragen können. Beispiele werden nachfolgend kurz erläutert.

Grundvoraussetzung ist die sozialräumliche Bedarfsplanung, um populationsorientierte Angebote der Versorgung vorhalten zu können. Integriertes und sektorenübergreifendes Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer sowie geriatrischer Behandlungsanteile wird auch auf dem Land als Lösung für bestehende Probleme der Fachkräftemobilisierung, insbesondere in der Allgemeinmedizin und Pflege, diskutiert[43] (Hämel, 2017). In diesen entstehenden Versorgungszentren könnten Synergien wirken und parallel Raum für Beratungen, Schulungen und Anleitungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige geschaffen werden (Hausen, 2017). Derartige zentrale Orte könnten gleichzeitig, ähnlich wie Vereine, besonders in ländlichen Regionen als Treffpunkt und Begegnungsstätte mit funktionierender Infrastruktur genutzt werden.

42 LEADER: Liaison entre actions de développement de l’économie rurale
43 Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg
Link: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf ; letzter Zugriff: 18.07.2018.

Dieses Potenzial gilt es auszuschöpfen. Unabhängig von der Art der Angebote ist es von großer Bedeutung, diese zu kommunizieren und bei der Zielgruppe bekannt zu machen (Lotze, 2016).

Bezüglich der Unterstützung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit kommt Wohnraumanpassungsmaßnahmen und der zusätzlichen Unterstützung durch digitale Anwendungen eine besondere Bedeutung zu, denn dadurch kann eine effizientere Versorgung erreicht werden. Zugehende Strukturen in den Kommunen könnten frühzeitig Bedarfe identifizieren (Hausen, 2017). Ein Ansatz, um dem eingeschränkten Zugang zu Versorgungsangeboten durch reduzierte Mobilität vieler älterer Menschen zu begegnen, könnte beispielsweise das Modell Mobiler Praxen sein. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Zahnärztinnen und -ärzte könnten zumindest teilweise die Versorgung verschiedener Schwerpunkte übernehmen. Aktuell ist jedoch laut (Muster-) Berufsordnung der Ärzte nach § 17 die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen vorerst noch berufsrechtswidrig. Alternativ besteht zurzeit die Möglichkeit, Patiententransporte zu nutzen, um die Versorgung pflegebedürftiger Personen in ländlichen Gebieten sicherzustellen. Des Weiteren können Vertragsärztinnen und -ärzte an bis zu zwei weiteren Tätigkeitsorten ärztliche Leistungen erbringen. Dies soll die wohnortnahe Versorgung verbessern (Hämel, 2017, 6 ff.; KV Sachsen, 2017).

Die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes, welche im Mai 2018 durch die Bundesärztekammer beschlossen wurde, ist ein wichtiger Schritt. Mit diesem Beschluss wird im Einzelfall eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über digitale Medien möglich, wenn dies medizinisch vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt bei Diagnostik, Beratung, Therapie und Dokumentation gewährleistet wird. Besonders in strukturschwachen Gebieten kann dies zur Entlastung beitragen (AOK Bundesverband, 2018).

Das Bundesland Thüringen hat im Jahr 2018 ein neues flächendeckendes digitales Versorgungsprogramm gestartet. TeleDoc PLUS ist ein Telemedizin-Rucksack, welchen nichtärztliche Praxisassistenzen von Hausärztinnen und Hausärzten auf Hausbesuchen oder bei Besuchen in Pflegeinrichtungen nutzen können. Mithilfe zugelassener Messgeräte können verschiedene Parameter, z. B. Puls, Blutzucker, Lungenvolumen, Herzfunktion erfasst und über eine sichere Datenverbindung an die Praxis übermittelt werden. Bei Bedarf erfolgt eine Zuschaltung der Hausärztin/des Hausarztes per Video, um das weitere Vorgehen abzustimmen. Vorwiegend können damit chronische Erkrankungen und Standardbeschwerden ressourcenschonend überwacht werden. Fahrzeiten und Wartezeiten in der Praxis fallen weg, sodass ärztliche Leistungen effizienter nutzbar werden (Friedrich, 2018).

Weitere Möglichkeiten, Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, sind die Ansätze der Advanced Nursing Practice (ANP) sowie des Community Health Nursing (CHN). In keinem Fall ist es Ziel, den Arztberuf zu ersetzen, sondern zu entlasten und interprofessionell zukünftige vielfältige Versorgungsbedarfe abzudecken.

ANP

ist die erweiterte und vertiefte Pflegepraxis. Es kommen Pflegefachkräfte zum Einsatz, die neben einem grundständigen Pflegestudium über Berufserfahrung und eine weitere akademische Qualifikation, i. d. R. ein Masterstudium, verfügen. Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt sind drei wesentliche Merkmale der Advanced

Practice Nurses. U. a. in England, Skandinavien und den Niederlanden hat sich ANP als ein wesentlicher Teil des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems etabliert. Der G-BA hat eine Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V verfasst, welche Modellprojekte in diesem Bereich ermöglicht (Geithner et al., 2016; Löser-Priester, 2007).

CHN

Speziell qualifizierte Pflegefachkräfte wirken in der primären Gesundheitsversorgung mit. Community Health Nurses sind beispielsweise in kommunalen Gesundheitszentren angesiedelt. Sie können dazu beitragen, vor allem in unterversorgten Gebieten, insbesondere in ländlichen Regionen und in benachteiligten Stadtquartieren, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung qualitativ und quantitativ zu sichern und zu verbessern. Als Teil eines multiprofessionellen Teams in Gesundheitszentren können sie Koordination und Kontinuität der Patientenversorgung unterstützen. In Ländern wie Kanada, Finnland oder Slowenien ist dies ein weit verbreitetes Konzept (DBfK Bundesverband e. V., 2017).

Weiterhin ist für den Freistaat bspw. auch der Einsatz von Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) zu nennen.

2.4 Häusliche Versorgung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf

2.4.1 Überblick über die Situation der Pflege in der Häuslichkeit

Die Angehörigen sind nach wie vor der „Pflegedienst der Nation“ und die meisten Pflegebedürftigen in Deutschland werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt (ca. 70 %) (BMG, 2016; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017). Jedoch kommt es vermehrt zu einer Verschiebung der Versorgungsstrukturen in Richtung professioneller Pflege. Dieser Trend konnte in Ansätzen bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung beobachtet werden und setzt sich laut Prognosen bis 2030 fort (Rothgang et al., 2012, S. 63). Dabei wird sich der Schwerpunkt von einer zunächst erhöhten Inanspruchnahme stationärer Pflege verstärkt in Richtung professionell unterstützter ambulanter Pflege entwickeln (Rothgang et al., 2012, S. 79; Schneekloth, 2006a).

Hauptpflegepersonen in der informellen Pflege sind überwiegend Familienangehörige und Bekannte. Doch auch diese Potenziale nehmen durch die sozialstrukturellen Veränderungen ab. In Zukunft wird es deshalb noch stärker darauf ankommen, denjenigen, die Pflege und Unterstützung leisten wollen, geeignete Bedingungen zu bieten. Belastungen sollten so gering wie möglich gehalten und Maßnahmen zur Unterstützung angeboten werden (BMG, 2016; MGEPA, 2016; Rothgang et al., 2012, S. 89).

Zwar ist für die Pflegebedürftigen wünschenswert, von Angehörigen unterstützt zu werden, doch damit verbundene seelische, körperliche, soziale aber auch finanzielle Belastungen für die Pflegenden sind nicht zu vernachlässigen. Entsprechende Rahmenbedingungen für die Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige sind ausschlaggebend. Dies sind u. a. Alter und Berufstätigkeit der Pflegenden, Grad der Belastung und die eigenen Fähigkeiten bzw. die Möglichkeiten, als Pflegender mit den Anforderungen an eine Pflegetätigkeit umzugehen, aber auch der Wohnort der Pflegebedürftigen und Entfernung zu den pflegenden Angehörigen. Eine detaillierte Befassung mit der Situation pflegender Angehöriger erfolgt in Kapitel 3.

Die Änderungen der klassischen familialen Pflegestrukturen bringen neue Ansätze vielfältiger Pflegekonstellationen hervor. Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels werden neue Modelle benötigt, welche die gegenseitige Unterstützung zwischen formeller und informeller Pflege fördern.

Neben der großen Bedeutung von ehrenamtlichen und weiteren Helferinnen und Helfern sind auch neue Konstellationen, wie beispielsweise pflegende Männer, Distant Caregivers[44] oder Wahlverwandte zu beobachten. Deren Bedeutung für die zukünftige Pflege gilt es perspektivisch zu untersuchen (Hämel, 2017). Die Vielfalt heutiger Lebens- und Familienformen werden Unterstützungskonstellationen beeinflussen (MGEPA, 2016, S. 51). Besonders für Hilfen, die nicht der Pflege im klassischen Sinn entsprechen, haben diese Formen der Unterstützung Potenzial, denn bereits vor der amtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit werden oft Hilfen im Haushalt und bei Besorgungen oder eine Begleitung zur/-m Ärztin/Arzt benötigt. Auf diese Weise tragen auch Bekannte, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn oder andere Personen erheblich zum Erhalt der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und zur Entlastung von Familienangehörigen bei und schützen gleichermaßen die Gesellschaft vor erheblichen Kosten für professionelle Pflege (Nowossadeck et al., 2016). So erbringen pflegende Angehörige eine wertvolle Arbeit, die sonst durch die Gesamtgesellschaft geleistet werden müsste.

Auf die detaillierte Befassung mit der Thematik der Unterstützung durch ehrenamtliche und weitere Helferinnen und Helfer wird an dieser Stelle auf das Kapitel 3.5 verwiesen.

Bezüglich der häuslichen Pflege durch Angehörige spielt auch die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen eine bedeutende Rolle. Pflegekassen bieten für Angehörige Kurse an, die den Pflegenden helfen sollen, eine gute Pflege in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Problematisch kann sich die Situation für die Pflegebedürftigen jedoch entwickeln, wenn seitens der Angehörigen aufgrund fehlender finanzieller Mittel oder des Nichteinsatzes vorhandener Gelder für diesen Zweck auf erweiterte fachliche Pflegeleistungen verzichtet wird. Die Ursache ist u. a. in der Strukturierung der Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ zu sehen. Im schlechtesten Fall könnten Preiserhöhungen für ambulante Pflegeangebote nach SGB XI sogar zu einer Reduzierung abgerufener Leistungen führen, was mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation einhergehen würde (Fürst, 2016).

Ergänzend zu den pflegerischen Hilfen werden weitere niedrigschwellige Dienstleistungen, wie beispielsweise Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshelferinnen und -helfer, Haushaltshilfen und Fahrdienste, angeboten (siehe Kapitel 3.5). Um genügend Anbieter derartiger Dienstleistungen zu generieren, dürfen die Einstiegshürden nicht zu hoch sein. Auf der anderen Seite stellen Qualifikationsanforderungen eine gewisse Qualität sicher. Demnach besteht ein Spannungsfeld zwischen der notwendigen Niedrigschwelligkeit der Angebote und einer erforderlichen Qualität der Leistung.

Im Allgemeinen sind entsprechende Qualitätskontrollen wichtig, sie sollten sich jedoch nicht negativ auf die angebotene Vielfalt der Versorgungsangebote auswirken. Ziel ist es, eine breite Palette an Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten, um die Bedürfnisse der Betroffenen umfangreich abdecken zu können (Meusel, 2017).

44 Distant Caregiver: Wenn Pflegende und Pflegebedürftige mehr als eine Stunde voneinander entfernt Leben. Typische Unterstützungsaufgaben sind beispielsweise Informationsweitergabe, Koordinierung des Pflegeprozesses, Unterstützung bei Antragsstellungen, Terminvereinbarungen, Schriftverkehr oder Beschaffung von Medikamenten

Bezüglich der Erreichbarkeit pflegerischer Hilfen und Dienstleistungen sollte der Anspruch bestehen, diese im näheren Umfeld zu gewährleisten. Die Gestaltung des Quartiers hat neben der Beschaffenheit des eigenen Wohnraums ebenso eine große Bedeutung und ist als wichtiges Kriterium für den Verbleib in der Häuslichkeit anzusehen. Eine umfassende Beratung durch die Pflegekassen, das Case Management, das Pflegenetz Sachsen und weitere Angebote kann dabei für Aufklärung, Hilfestellung und Information sowohl für ältere Pflegebedürftige als auch für deren Angehörige sorgen (Eichhorst, 2017, S. 5). Weitere Details zu der Beratungslandschaft und einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Quartiersgestaltung in Sachsen werden in den Kapiteln 7 und 8 beschrieben.

2.4.2 Präventive Hausbesuche als niedrigschwelliges Angebot

Präventive Hausbesuche (PHB) stellen ein niedrigschwelliges aufsuchendes Angebot von Informationen, Beratung und Anleitung zu Themen der selbstständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung in häuslicher Umgebung dar (ZQP, 2013, S. 14). Adressaten von PHB sind vorwiegend ältere oder hochaltrige Menschen, die nicht pflege- oder hilfebedürftig sind und alleine oder zusammen als Paar zu Hause leben. In der ersten Ansprache werden vorrangig Menschen im Alter von 75 oder 80 Jahren kontaktiert. Auch spezifische Risikogruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund, pflegende Angehörige oder ältere Menschen, die in sozialen Brennpunkten leben, können gezielt angesprochen werden (Weidner, 2018).

Dieses Angebot ist nicht als Einzelmaßnahme, sondern als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes der kommunalen pflegerischen Versorgung zu verstehen (Weidner, 2016). PHB sollen sich langfristig zu einem Bestandteil einer bedarfsgerechten und wohnortnahen informellen und formellen Beratungs- und Pflegeinfrastruktur im Zusammenspiel von Case und Care Management entwickeln. Aktuell ist die Prävention mittels PHB regelhaft in die Leistungskataloge der SGB V, XI oder XII in Verbindung mit gesetzlich geregelten Beratungsaufgaben der Kommune verortet und meist modellhaft angelegt (Weidner, 2018).

Zielkriterien sind u. a. die Unterstützung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit sowie die Vorbeugung einer Pflegebedürftigkeit bzw. die Abschwächung deren Verlaufs. Ferner sollen die Eigenständigkeit und Mobilität verbessert, die Zufriedenheit und Lebensqualität sowie die soziale Teilhabe erhöht, die Gesundheitsversorgung verbessert und das Gesundheitsverhalten gefördert werden (Görres et al., 2018, S. 14).

Die Modellprojekte werden seit vielen Jahren in verschiedenen Regionen und Städten Deutschlands erfolgreich durchgeführt und wissenschaftlich begleitet – z. B. in Rheinland-Pfalz (Gemeindeschwester^{plus}, 2015-2018), Baden-Württemberg (Projekt PräSenZ, 2014-2017) München, Hamburg, Siegen-Wittgenstein, usw. (Weidner, 2016).

Die Etablierung von PHB als Regelangebot in Kommunen, die sich jeweils durch ganz individuelle Bedarfslagen auszeichnen, ist als dynamischer Prozess zu betrachten, sodass von einer übereilten Einführung abgeraten wird. In der Planung sind Fragen zur konkreten Eingrenzung der Zielgruppe, Vorgehensweise bei der Einführung, Kontaktaufnahme sowie Einbindung in bestehende Organisationsstrukturen besonders wichtig. Zwar kann auf Erfahrungswerte bestehender Modellprojekte zurückgegriffen werden, jedoch sollten diese individuell auf die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden (Gruhl, 2016; Weidner, 2016).

Bislang wurden als wichtige Erfolgsfaktoren für PHB folgende identifiziert (Gruhl, 2016; Weidner, 2018):

- aufsuchende, auf Freiwilligkeit beruhende Zugangswege
- keine Einzelmaßnahme, sondern ein Baustein in der kommunalen Seniorenarbeit
- Nutzung eines multidimensionalen Beratungsansatzes, der alle relevanten Lebensbereiche erfassen kann
- zielgruppenorientierte Angebote
- interdisziplinäres Zusammenwirken der Teams, d. h. enge Kooperation/ Verknüpfung mit weiteren Dienstleistern vor Ort sowie mit dem Care Management der Kommune
- Einsatz von Beraterinnen und Beratern mit beruflicher Qualifikation und spezifischer Fortbildung, denn nur sie können aufgrund ihrer Qualifikation Risiken frühzeitig erkennen
- Beziehungsarbeit und fachliche Beratung sollte gleichzeitig stattfinden
- Einsatz erprobter Assessments für die Erstberatungen und
- bei Bedarf Folgebesuche (bis zu fünf in einem Jahr) zu ermöglichen

Wichtige Potenziale systematisch entwickelter, präventiver und aufsuchender PHB ergeben sich auch hinsichtlich der Informationsverteilung. Neue Zugänge können geschaffen, Netzwerke hergestellt und gefördert werden, die wiederum als Katalysatoren fungieren. Sie sind in erster Linie kein Konzept zur Kosteneinsparung, sondern zur Verbesserung der Kosteneffektivität. Durch den optimierten Einsatz finanzieller Mittel kann deutlich mehr für die Lebensqualität und Zufriedenheit der älteren Menschen und damit für die gesamte Gesellschaft erreicht werden (Weidner, 2016).

Die internationale und nationale Studienlage zu PHB ist im Hinblick auf messbare Endpunkte (z. B. Funktionaler Status, Mortalität oder Heimunterbringung) nicht eindeutig. Diese mehrdeutige Studienlange erklärt sich vor allem aus der Komplexität der Intervention von PHB sowie der ebenfalls höchst unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Görres et al., 2018, 12 f.; Weidner, 2018). Jedoch lassen sich mit Blick auf weitere Ziele von PHB, wie die Sensibilisierung und Befähigung von älteren Menschen bezüglich der Gestaltung eines selbstständigen und unabhängigen Lebens sowie der Sicherung von Teilhabe und das Zusammenwirken in der Kommune sehr wohl eine Reihe von gut belegbaren Effekten mittels PHB beschreiben (Görres et al., 2018, 10; Weidner, 2018).

Auch die Bundesregierung unterstützt die Ausweitung des Modells PHB. Im Koalitionsvertrag (2018, S. 97) wurde dazu eine Förderung durch Mittel des Präventionsgesetzes festgeschrieben. Damit soll das Ziel verfolgt werden, möglichst frühzeitig anzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Weitere Finanzierungsansätze werden in der Umsetzung der PHB im Sinne des § 7a SGB XI gesehen. Der Finanzierung der PHB über die hiernach für die gesetzlichen und privaten Pflegekassen verpflichtende Pflegeberatung sind jedoch Grenzen gesetzt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Anwendung des § 140a SGB V. Dieser eröffnet es Krankenkassen, z. B. mit zugelassenen Leistungserbringern Verträge mit dem Ziel zu schließen, eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zu ermöglichen (Görres et al., 2018, 13 ff.).

2.4.3 Ausgewählte Probleme in der ambulanten Pflege

Übergang von stationärer in die ambulante Versorgung

Häusliche Pflegedienste sind von hoher Bedeutung für die Sicherstellung der Betreuung und Pflege von Pflegebedürftigen. Durch ihre Versorgung entlasten sie nicht nur pflegende Angehörige, sondern tragen wesentlich zum längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei. Oftmals werden häusliche Pflegedienste erstmals in die Versorgung eingebunden, wenn ein Krankenhausaufenthalt einen Anschlussversorgungsbedarf nach sich zieht, welcher häufig mit einer Überforderung der pflegenden Angehörigen verbunden ist. Demnach werden etwa 87,5 % der häuslichen Pflegedienste standardmäßig in das Entlassungsmanagement durch Krankenhäuser eingebunden (Heberlein & Heberlein, 2017). Gerade an dieser Schnittstelle treten Probleme und Versorgungslücken auf und führen zu Unter- und Fehlversorgung bei der Versorgung Pflegebedürftiger (weitere Informationen zu Schnittstellenproblemen siehe Kapitel 6).

Auch der Fachkräftemangel wirkt sich negativ auf die Verfügbarkeit, die Qualität und den Umfang der Versorgung aus, welche sowohl im Krankenhaus als auch im Anschluss sichergestellt werden muss. Kann die Anschlussversorgung bei anstehender Entlassung aus dem Krankenhaus für Pflegebedürftige nicht oder nicht ausreichend durch Angehörige oder Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes sichergestellt werden, verzögert sich die Entlassung. Dies führt wiederum zu Mehrkosten oder es kommt zu Entlassungen mit einer „unklaren Versorgungssituation“ – zu sogenannten „blutigen Entlassungen“ (Nitsche-Neumann, 2017).

Im häuslichen Bereich kann der Personalmangel dazu führen, dass Pflegebedürftige aufgrund fehlender Kapazitäten nicht versorgt werden können bzw. eine fachgerechte und qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege nicht realisiert werden kann. Verschärfend wirkt an dieser Stelle der im Bereich des SGB XI vorgeschriebene Erstbesuch zur Einschätzung des Betreuungs- und Pflegebedarfes. Dieser dient der Qualitätssicherung für beide Seiten und findet in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen statt. Für viele Pflegedienste ist dies vom zeitlichen und organisatorischen Aufwand her oft nicht kurzfristig leistbar. Folglich können bis zum Zustandekommen eines Pflegevertrages und zu der tatsächlichen Versorgung mehrere Tage vergehen. In dieser Zeit obliegt die Pflege den Angehörigen oder weiteren informellen Helferinnen und Helfern.

Für aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen und Patienten, die behandlungspflegerische Leistungen nach SGB V benötigen, ist kein derartiges Erstgespräch gefordert. An diese Stelle tritt jedoch die Notwendigkeit einer umfassenden Information und Überleitung sowie eines Ausstellens entsprechender ärztlicher Verordnungen. Auch dies birgt häufig Überleitungsschwierigkeiten (Nitsche-Neumann, 2017).

Folge der personellen Engpässe sind ausbleibende Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige und eine oft mangelnde Berücksichtigung der eigenen Tagesstruktur. Pflegebedürftige müssen die vom häuslichen Pflegedienst vorgegebenen Zeiten annehmen. Pflegedienste befinden sich in diesem Kontext immer im Spannungsfeld zwischen einer möglichst umfassenden Berücksichtigung der individuellen Umstände der Pflegebedürftigen einerseits und der Einhaltung organisatorischer und effizienzgebundener Strukturen für einen wirtschaftlichen Betrieb andererseits (Adamczyk, 2016; Nitsche-Neumann, 2017).

Praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der gesetzlichen Ansprüche nach § 37 Abs. 1a und § 38 SGB V

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führt im ambulanten Bereich nicht automatisch zum veränderten Leistungsgeschehen in der Pflege. Die Pflegekassen verpflichten sich nach wie vor im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 69 SGB XI, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Doch diese Umsetzung wird vor dem Hintergrund der personellen Ausstattung, dem steigenden Bedarf und einer aufwendigen Versorgung in den peripheren Räumen im Freistaat Sachsen zunehmend schwieriger (Hausen, 2017).

Zusätzlich können neue gesetzliche Ansprüche zu einer Verschärfung der Versorgungssituation führen und den Pflegebedürftigen und deren Familien Probleme bereiten. Zum Beispiel sieht der Gesetzgeber nach § 37 Abs. 1a und § 38 SGB V in der häuslichen Krankenpflege eine Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und eine Haushaltshilfe, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, vor. Da diese Leistungen für ambulante Pflegedienste aufgrund der geringen Vergütungspauschale nicht wirtschaftlich und refinanzierbar sind, bieten wenige Pflegedienste diese Leistung umfassend an – auch um keine zusätzlichen Kapazitäten, die für andere Pflegetätigkeiten benötigt werden, zu binden (Nitsche-Neumann, 2017).

Hindernisse für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen

Neben den körperlichen, geistigen und sozialen Belastungen sind auch die finanziellen Aufwendungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht zu vernachlässigen. Die Verfügbarkeit finanzieller Mittel spielt bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen eine große Rolle. Zusätzliche Kosten, welche nicht durch die Sachleistungen der Pflegeversicherung abgedeckt werden, sind beispielsweise Fahrtkosten von Helferinnen und Helfern, Zuzahlungen für Pflegedienste, Tagespflege, Hilfsmittel und Medikamente oder den Menüdienst. Durchschnittliche Mehrausgaben von rund 360 Euro pro Monat wurden ermittelt. Derartige Zusatzkosten für eine qualitativ hochwertige ambulante Pflege können nicht von allen Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen getragen werden. Daraus resultieren in einigen Fällen etwa Minder- oder Fehlversorgung (Hielscher et al., 2017).

Weiterhin sind die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und die Flexibilität der Pflegedienste ausschlaggebend für die Inanspruchnahme. Konzepte personenzentrierter Versorgung sind zwar anerkannt, praktisch jedoch aufgrund der personellen Engpässe und dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit kaum realisierbar. Darüber hinaus wird von den Pflegebedürftigen besonders störend empfunden, dass zu wenig Zeit für Gespräche und Zuwendung verfügbar ist und häufige Personalwechsel stattfinden (Schwinger et al., 2016). Trotz der Ablösung des Minutensystems durch ein Punktesystem in der Vergütung bleiben die Zeitvorgaben als Orientierung erhalten, um die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Demnach steht weiterhin limitiert Zeit für die Versorgung zur Verfügung (Hausen, 2017). Dieser Sachverhalt wird durch die fehlende Vergütung von Fahrtkosten im Rahmen ambulanter Versorgung im Freistaat Sachsen noch verstärkt. Die Fahrzeit wird kalkulatorisch mit in die Hausbesuchszeit der Klienten eingeplant. Dies zwingt viele Pflegedienste dazu, abzuwägen, ob die Fahrstrecke und der Hausbesuch vor Ort wirtschaftlich realisierbar sind. In ländlichen Gebieten spitzt sich dieses Szenario zu, da sich weniger dicht besiedelte Räume durch weite Distanzen als unattraktive Standorte für Pflegedienste erweisen, was zu

einer Unterversorgung führen kann. Der Ansatz einer freiwilligen Kostenbeteiligung durch die Versicherten zur Schließung dieser Finanzierungslücke bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V ist laut der Krankenkassenverträge unzulässig (Kröber, 2017).

In den Niederlanden hat sich seit 2007 ein Modell etabliert, welches unter den Prämissen: kleine Teams, kurze Wege und mehr Zeit funktioniert. Bei dem sogenannten „buurtzorg"-Modell[45] organisieren sich die Pflegeteams selbst. Bis zu zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bilden ein Team, das maximal 60 Menschen versorgt und gemeinsam Entscheidungen auf gleicher Hierarchieebene trifft. Durch die ortsgebundene Arbeit werden lange Fahrten vermieden. Die Abrechnung erfolgt nach Stunden, nicht nach Einzelleistungen und die Dokumentation wird ausschließlich digital vollzogen. In einem Pilotprojekt in Emsdetten in Nordrhein-Westfalen wird nun überprüft, ob diese Organisationsstruktur eine praktikable Möglichkeit bietet, auch das deutsche System der ambulanten pflegerischen Versorgung zu verbessern. Dafür wurde seitens der Pflegekassen einer Ausnahmeregelung zugestimmt, welche die Abrechnung eines Teils der Pflegeleistungen nach Zeit ermöglicht. Die Hochschulen Osnabrück und Münster begleiten diesen Versuch. Erste wissenschaftliche Ergebnisse werden Ende 2018 erwartet (FAKT, 2018).

Genehmigung von Hilfsmitteln

Vom Arzt verordnete oder durch den Pflegebedürftigen beantragte Hilfsmittel werden bei der Prüfung durch den MDK vor Ort befürwortet oder abgelehnt. Dieser Bewilligungsprozess ist aufgrund einer stichprobenartig stattfindenden, zusätzlichen Prüfung durch die Kranken- und Pflegekassen teilweise sehr langwierig. Dieses Verfahren ist für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige mit einem aufwendigen Kontrollprozedere verbunden, in dem die verschiedensten Akteure die private Häuslichkeit begutachten. Dies kann nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastend wirken, da in der kurzen Zeit kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Reaktionen wie Scham, Angst oder Rückzugsverhalten können die Folge sein und sich negativ auf die Gesundheit des Betroffenen auswirken. Bestehende doppelte Kontrollstrukturen durch die verschiedenen Akteure sowie Verzögerungen der Hilfsmittelbewilligung werden demnach als sehr belastend wahrgenommen (Kröber, 2017).

Andere europäische Länder gehen andere Wege und produzieren designte Hilfsmittel, die zwar teurer sind, weil u. a. hochwertige und langlebige Materialien verwendet werden (z. B. Nachtstuhl aus Edelstahl), was wiederum zu Kosteneinsparungen führen kann. In Deutschland werden Hilfsmittel im häuslichen Bereich ausschließlich individuell gewährt.

2.5 Handlungsempfehlungen

2.5.1 Übergreifende Empfehlungen

Bei der Untersuchung der verschiedenen Bedarfskonstellationen in der Pflege stellt sich die ausgeprägte Vielfalt und Individualität als besondere Herausforderung dar. Doch nicht nur die individuellen Vorstellungen der Einzelpersonen über die Gestaltung deren pflegerischer Versorgung, sondern auch die daraus entstehenden

45 Links: https://www.buurtzorg.com/ https://www.buurtzorg-deutschland.de/index.htm

Angebote sind weit gefächert. Aufgabe ist es aus Sicht der Enquete-Kommission, die Rahmenbedingungen für diese bedarfs- und bedürfnisorientierte pflegerische Versorgungslandschaft so auszugestalten, dass unter fairen Bedingungen für alle beteiligten Akteure vielfältige, aufeinander abgestimmte und qualitativ hochwertige Angebote bestehen können. Die Umsetzung soll besonders auf der lokalen Ebene erfolgen, da dort eine Berücksichtigung des direkten Wohn- und Lebensumfeldes für die Leistungsgestaltung erfolgen kann und lokale Netzwerke vor Ort als Unterstützung dienen. Besonderes Augenmerk soll ebenfalls auf einer optimierten Information der Betroffenen über bestehende Angebote und Fördermöglichkeiten sowie auf der Reduzierung bürokratischer Hürden bei Antragsstellungen zu Leistungen der Pflege liegen.

Auch die Potenziale der in der Sozialgesetzgebung festgeschriebenen grundsätzlichen Verpflichtung der Pflege zu präventivem Handeln sollen in der Praxis stärker genutzt werden. Als besonders effektiv wird die Kombination einer multiprofessionellen Versorgung bewertet. Ein aus unterschiedlichen präventiven, pflegerischen und/oder therapeutischen Komponenten bestehender Versorgungsmix kann am ehesten den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht werden. Aktivierende Pflege und Prävention haben eine große Bedeutung für den möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit.

Übergreifend empfiehlt die Kommission weiterhin,

- Wege zu finden um die Schnittstellenprobleme zwischen Kostenträgern, Leistungsanbietern und weiteren Akteuren abzubauen und den Ansatz integrierter Versorgung verstärkt im Pflegesystem umzusetzen. Besonders hervorzuheben ist dabei die strikte Trennung zwischen SGB V und XI – die damit verbundenen verschiedenen Finanzierungssysteme stellen wesentliche Hürden für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte dar. Hier ist der Bund in der Pflicht, die gesetzlichen Weichen zu stellen.
- auf Bundes- sowie Landesebene den Ausbau tiefgreifender Forschung zu Interventions- und Versorgungskonzepten für die verschiedenen Bedarfskonstellationen. Eine valide Datengrundlage für strukturelle Veränderungsprozesse und weitere praktische Umsetzungen ist zu schaffen, um evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können und somit Fehlversorgungen vorzubeugen.
- der Staatsregierung im Zusammenhang mit neuen Versorgungskonzepten und -strukturen auch die Qualität damit verbundener Angebote zu prüfen und zu sichern. Aus Sicht der Kommission können spezialisierte Fort- und Weiterbildungen der formell Pflegenden, welche den jeweiligen Bedarfskonstellationen gerecht werden, einen wichtigen Beitrag für eine gute Versorgungsqualität leisten. Schulungen, die spezielle Pflegesituationen berücksichtigen, sind auch für Angehörige, Ehrenamtliche und weitere informell Pflegende von großer Bedeutung, aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen in ländlichen und städtischen Räumen differenzierte und bedürfnisgerechte Pflege-, Betreuungs- und Vernetzungsangebote individuell in den Kommunen zu entwickeln und umzusetzen. Eine zentrale Rolle können dabei die Pflegekoordinatoren als Impulsgeber und Lotsen im System übernehmen.

- den Kostenträgern und Leistungserbringern den Einsatz mobiler geriatrischer Rehabilitation zu prüfen[46].
- den kommunalen Akteuren gemeinsam mit den Kostenträgern die Implementierung haushaltsnaher Dienstleistungen und passender Beratungs-, sowie Betreuungs- und Unterstützungsangebote für die Betroffenen und deren An- und Zugehörige im Quartier. Insbesondere sollen diese vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit nach gesetzlicher Definition (präventiv) wirken.
- den Leistungserbringern die Schlüsselaufgabe des Wahrnehmens von Interessen und Bedürfnissen der zu Pflegenden stärker in den Fokus zu rücken. Das heißt, die unterschiedlichen Lebenssituationen, erlebten Beeinträchtigungen und Unterstützungserfordernisse sollten die Grundlage für die Erarbeitung einer individuellen Versorgung darstellen. Für eine verbesserte Patientenorientierung hat die Umsetzung der Bezugspflege einen erhöhten Stellenwert.
- der Staatsregierung eine stärkere Einbeziehung von Interessenvertretungen Betroffener und Angehöriger sowie beruflich Pflegender in die Entscheidungsprozesse auf Landesebene.
- den Leistungserbringern den Ansatz eines flächendeckenden Case Managements zu verfolgen.
- den Leistungserbringern gemeinsam mit den Kostenträgern die Angebote der Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitsförderung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen stärker in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollten Interventionen u. a. zur Bewegung, Ernährung, Beschäftigung, Selbstbestimmung und Teilhabe implementiert und deren Wirksamkeit evaluiert werden. Auch Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention von Alkohol- und Medikamentenabusus bis hin zur Vermeidung von Freiheitsentzug und Gewalt sollten in den Pflegealltag integriert werden.
- Die Staatsregierung sollte im Bereich der Forschung neben bestehenden Forschungsfeldern in der Pflege auch im Bereich der pflegerischen Prävention und Gesundheitsförderung eine kontinuierliche Förderung ermöglichen. Ziel ist es, methodisch gute Studien zu realisieren, die Überprüfung der Wirksamkeit einzelner gesundheitsfördernder bzw. präventiver Pflegeinterventionen umzusetzen und eine gute Qualität zu etablieren. Eine enge Zusammenarbeit mit den Kommunen wird hier dringend empfohlen.
- dem Steuerungsgremium zur Landesrahmenvereinbarung Präventionsgesetz als wichtigen Akteur auf Landesebene, stärker als bisher die Implementierung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen voranzutreiben. Ziel ist es, eine breit gefächerte, bedarfsgerechte Angebotslandschaft zu schaffen, zu steuern und die aktuell überwiegenden Einzelmaßnahmen der Kranken- und Pflegekassen langfristig durch komplexe ganzheitliche Interventionen abzulösen. Der Hauptfokus der Prävention sollte nicht ausschließlich auf die Individuen, sondern auch auf Bevölkerungsgruppen in Kommunen und Gemeinden gerichtet sein.

46 Mobile geriatrische Rehabilitation wird als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im vertrauten Umfeld des Patienten durchgeführt. Sie kommt infrage, wenn der Patient nicht bedarfsgerecht in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung versorgt werden kann. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung. Ihre besondere Stärke ist die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und Integration in den Alltag.
Siehe auch: https://www.aok-gesundheitspartner.de/san/reha/leistungen/geriatrie/index.html.

2.5.2 Empfehlungen zur Situation von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen

Die Arbeit der Enquete-Kommission hat gezeigt, dass aktuelle Versorgungsstrategien noch zu wenig auf die besonderen Bedürfnisse von demenzerkrankten Älteren ausgerichtet sind. Auch die Forschungslage zu dieser Thematik weist deutliche Lücken auf. Deshalb empfiehlt die Kommission besonders diese Bedarfskonstellation stärker in den Fokus geplanter Weiterentwicklungen zu rücken.

Die Kommission empfiehlt,

- zukünftig besonders in der stationären Krankenhausversorgung die speziellen Bedürfnisse von Demenzpatientinnen und -patienten stärker zu berücksichtigen. Die Etablierung geriatrischer und demenzsensibler Versorgungskonzepte sowie der Einsatz von Personal mit entsprechenden fachspezifischen Kompetenzen wären in diesem Zusammenhang wichtige Qualitätsmerkmale. Die Information und Beratung der Betroffenen, deren Familien sowie weiterer Pflegender sollten ausgebaut und besser zugänglich gemacht werden.
- sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene eine Datengrundlage zu schaffen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Der Demenzatlas für Sachsen aus dem Jahr 2013 bietet eine geeignete Grundlage. Eine regelmäßige Aktualisierung des Demenzatlas wäre aus Sicht der Kommission wichtig.
- den Leistungserbringern die Versorgung von Demenzkranken verstärkt unter Anwendung evidenzbasierter Qualitätskriterien zu organisieren. Hierbei stellt die S3-Leitlinie eine gute Grundlage dar.

2.5.3 Empfehlungen zur Situation älterer Menschen mit Behinderungen

Die prognostizierte Steigerung der Zahl älterer Menschen mit Behinderungen verstärkt aus Sicht der Kommission die Dringlichkeit einer weiteren Durchsetzung von Verbesserungsmaßnahmen bezüglich der Situation dieser Personengruppe. Die Fortschritte durch den formulierten Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung bilden eine geeignete Grundlage. Weitergehende inklusive Maßnahmen in den verschiedenen Lebensbereichen sollten jedoch ergänzt werden, um Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen zu unterstützen.

Die Kommission empfiehlt,

- vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl von Menschen mit Behinderungen, diese Gruppe verstärkt in den Fokus der Pflegewissenschaft zu rücken.
- der Staatsregierung sowie den Ausbildungseinrichtungen die Gruppe der Menschen mit Behinderungen auch in Lehrinhalten der Pflegeausbildung und -qualifizierung umfassender zu berücksichtigen
  Kommunen und Leistungserbringern pflegerische Angebote möglichst flexibel an individuelle (Tages-)strukturen anzupassen, um dem wachsenden Wunsch nach Selbstbestimmung gerecht zu werden. Dazu sollen die im MANAKO III des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (2016) sowie im Sächsischen Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung (2011) enthaltenen Ansätze zur Verbesserung der Lebenssituation älterer pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen genutzt und darüber hinaus durch weitere Möglichkeiten ergänzt werden. Des Weiteren ist zu beobachten, ob die genutzten Ansätze ausreichend sind – gegebenenfalls ist nachzusteuern.

- durch gezielte Maßnahmen wie die Etablierung von spezialisierten vollstationären Pflegeangeboten ähnlich denen der Wohnpflegeeinrichtungen, Situationen zu entschärfen, wie sie z. B. durch die Regelungen in § 43 a SGB XI entstehen.
- die Möglichkeit der Einrichtung und Finanzierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) in Sachsen im Rahmen des seit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen § 119c SGB V häufiger zu nutzen. Die dort vorgehaltene besondere fachliche Expertise und hochspezialisierte Versorgung könnte sich als adäquate Begleitung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen etablieren. Nordrhein-Westfalen könnte als Partner im Erfahrungsaustausch agieren, da dort bereits derartige MZEBs bestehen bzw. aufgebaut werden. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung müsste in diesem Bereich verbessert werden (Pöhler 2016). Aktuell werden im Freistaat das MZEB Kleinwachau im Sächsischen Epilepsiezentrum Radeberg sowie ein MZEB im Städtischen Klinikum Dresden betrieben.
- der Staatsregierung den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Angehörigenarbeit intensiver gestaltet und unterstützt werden kann.

2.5.4 Empfehlungen zur Situation Intensivpflegebedürftiger

Die Kommission empfiehlt,

- den Leistungserbringern und Kostenträgern sich vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage mit der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Versorgungsformen zu befassen. Ordnungs- und sozialrechtliche Vorschriften sollen, auch wenn sie unterschiedliche Zwecke verfolgen, miteinander verzahnt und nicht widersprüchlich sein.
- auf Landes- bzw. Bundesebene für die außerklinische Intensivpflege eindeutige Regelungen zu Zugangsrecht, Anzeigepflichten, fachbezogenen Qualitätsanforderungen, wohnformbezogenen Anforderungen sowie Qualitätsprüfungen und Kontrollmöglichkeiten der Hygiene und Ausstattung zu formulieren. Dies würde nicht zuletzt die Transparenz und die Patientensicherheit erhöhen. Entsprechende personelle Ressourcen für die Durchsetzung der gesetzlichen Regelungen sind dafür erforderlich.
- die Weiterentwicklung der außerklinischen Intensivpflege an ordnungspolitische Regelungen zum Patienten- und Verbraucherschutz und konkretere Vorgaben für die Versorgung von technologieabhängigen oder beobachtungspflichtigen Personen in Wohngemeinschaften zu knüpfen. Dazu gehört insbesondere die Festlegung einer maximal zulässigen Anzahl von Personen, die dort durch eine Pflege(fach) kraft parallel versorgt werden.
- das Fortbestehen der verschiedenen Versorgungsformen nebeneinander, sodass die Betroffenen bzw. deren Angehörige je nach Versorgungsbedarf und individuellen Bedürfnissen wählen können. Für diese Entscheidung sollte nicht der finanzielle Aufwand, sondern vorwiegend die medizinischen, pflegerischen und familiären Bedürfnisse ausschlaggebend sein. Über einen von der Versorgungsform unabhängigen Finanzierungsanteil für Betroffene ist zu beraten.
- der Staatsregierung den Anwendungsbereich des SächsBeWoG eindeutig zu klären.
- den Pflegekassen bzw. den Kommunen eine Unterstützung durch Beratungsleistungen auszuweiten, um die Betroffenen im Entscheidungsprozess mit dafür notwendigen Informationen auszustatten.

2.5.5 Empfehlungen zu kultur- und diversitätssensibler Pflege

Zukünftig werden Fragen der kultur- und diversitätssensiblen Pflege auch im Freistaat Sachsen an Bedeutung gewinnen. Deshalb empfiehlt die Kommission eine stärkere Berücksichtigung dieser Themen sowohl in der Versorgung als auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte.

Im Detail empfiehlt die Kommission,

- eine stärkere Einbeziehung von Interessenvertretungen wie bspw. Migrantenselbstorganisationen oder Vertretungen von LSBTTIQ, in die Netzwerke der Pflege. Dies ist maßgeblich, um die Bekanntheit und Akzeptanz der Angebote zu erhöhen.
- auf kommunaler und Landesebene die verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit und die Ausrichtung pflegerischer Angebote auf die individuellen Bedürfnisse einer vielfältigen Gesellschaft, um eine Integration und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund sowie alternativer sexueller Orientierung bzw. geschlechtlicher Identität zu unterstützen – hierbei kann der integrative Ansatz die Etablierung von Doppelstrukturen vermeiden.
- bestehende sprachliche Hemmnisse für die Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung abzubauen, beispielsweise durch muttersprachliche Informationsveranstaltungen (z. B. in Kulturvereinen, Gemeinden), durch Informationen zu Pflegeleistungen (z. B. Tagespflege, Verhinderungspflege) oder durch den Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Begutachtung durch den MDK.
- dem Freistaat Sachsen langfristig lokale Projekte zu fördern, um kultursensible Versorgungs- und Pflegeangebote zu etablieren und eine Stärkung interkultureller Kompetenzen anzuregen. Eine große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem bürgerschaftlichen Engagement zu.
- den Pflegeschulen und Leistungserbringern verstärkt junge Menschen mit Migrationshintergrund als Auszubildende zu gewinnen, um u. a. die Akzeptanz der Angebote zu vergrößern. Gute deutsche Sprachkenntnisse sind jedoch eine erforderliche Voraussetzung, um qualitativ gute Pflege leisten zu können.
- der Staatsregierung in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften zukünftig interkulturelle und diversitätssensible Aspekte zu berücksichtigen. Entsprechende Themen sollten in den Curricula verankert sein.

2.5.6 Empfehlungen zur Palliativpflege

Das Inkrafttreten des HPG im Jahr 2015 hat den Prozess für Verbesserungen in der Palliativversorgung in Gang gesetzt. Trotzdem gibt es weitere Optimierungspotenziale, um die Pflegebedürftigen und Angehörigen in der Phase ihres Lebensendes angemessen zu versorgen und zu begleiten. Diese betreffen die pflegerische und hospizliche Versorgung.

In diesem Zusammenhang empfiehlt die Kommission,

- auf Landes- sowie Bundesebene Diskurse zur Thematik eines würdevollen, guten Sterbens anzuregen. Ziel dieser gesteigerten Präsenz der Thematik ist die Enttabuisierung und die langfristige Entwicklung einer Kultur der sorgenden Gemeinschaften.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung sterbender Pflegebedürftiger in ihrer Häuslichkeit auszubauen und eventuelle Versorgungslücken zu schließen. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und -ärzten,

Pflegediensten, Krankenhäusern, Notdiensten, Kostenträgern und den Angehörigen. Ein Ansatz könnte beispielsweise die Vereinbarung einer Zusatzvergütung der ambulanten Pflegedienste für Leistungen der Sterbebegleitung sein.

- durch den Aufbau und die Pflege regionaler Netzwerke von Akteuren (wie SAPV, Apotheken, Sanitätshäusern, Pflegediensten, Hospizdiensten usw.) eine Entlastung pflegender Angehöriger anzustreben. Um die allgemeine Palliativpflege in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten auszubauen, wird finanzielle und personelle Aufwertung erforderlich.
- um bestehende Barrieren der schnellen Integration der Palliativ Care in den Versorgungsverlauf abzubauen, sollte die Regulierung entsprechender Rahmenbedingungen seitens der Gesetzgeber weiter vorangetrieben werden.
- den Kommunen die Einbeziehung der Palliativ- und Hospizpflege in Quartiersansätze (z. B. regionale Kooperationen mit Hospizdiensten, ambulanten Palliativdiensten und Kirchengemeinden). Eine leicht zugängliche Beratung zu den verschiedenen Angeboten der Palliativ- und Hospizpflege wäre auszubauen, um Barrieren der Inanspruchnahme zu verringern und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch für diesen Versorgungsbereich langfristig stärken zu können. In diesem Zusammenhang wäre ein Ansatz, auf Landkreisebene regional zugeschnittene Informationen (z. B. „Not“-Fall Ansprechpartner, Informationsbroschüren) über das Pflegenetzwerk online zu stellen.
- den Leistungserbringern bezüglich der Qualitätskontrolle und des Qualitätsmanagements zusätzliche Strukturen zu vermeiden indem beispielsweise der Ansatz der Peer-Review-Verfahren zum Erfahrungsaustausch der verschiedenen Anbieter sowie zur Weiterentwicklung genutzt wird.
- eine verstärkte Qualifizierung von Fachkräften in diesem speziellen Gebiet, besonders im ambulanten Sektor, sowie die Schulung von Angehörigen durch ambulante Hospizdienste, die ihre Kompetenzen weitergeben.
- den Einsatz von Ehrenamtlichen weiter zu stärken.
- der Staatsregierung eine regelmäßige intensive Prüfung der Leistungsbeschreibung und -vergütung für die allgemeine ambulante Palliativversorgung, um bestehende gesundheitsökonomische Fehlanreize abzubauen. Beispielsweise wird eine Überarbeitung der Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die ambulante palliative Versorgung empfohlen. Darüber hinaus soll auf Bundesebene die Schnittstelle zwischen SBG V und XI bezüglich des Anspruchs auf die Leistungen eines stationären Hospizes für Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen überprüft werden, um die bestehenden Hürden für einen Wechsel in ein stationäres Hospiz zu beseitigen. Die Vertragspartner sollten zügig und finanziell ausreichend die neue Leistung AAPV verhandeln.
- für Patientinnen und Patienten mit einer Palliativtherapie die ambulante Konsultation eines spezialisierten Palliativmediziners zum Zweck der Beratung zu ermöglichen, auch wenn die Patientin/der Patient die Kriterien für eine Anbindung an die spezialisierte ambulante Palliativversorgung noch nicht erfüllt.
- Kostenträgern und Leistungserbringern die Symptombelastung als Kriterium für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die entsprechend geeignete Versorgungsform zu nutzen.
- eine regelmäßige statistische Datengrundlage sowohl landes- als auch bundesweit zu schaffen. Eine Statistik nach Sterbeorten sowie Daten bezüglich der Hospiz- und Palliativversorgung könnte ein realistisches Abbild liefern sowie den tatsächlichen bzw. zukünftigen Bedarf widerspiegeln.
- allen Akteuren in der palliativen Versorgung sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, insgesamt die Entbürokratisierung der die Palliativversorgung betreffenden ordnungs- bzw. leistungsrechtlichen Normen weiter voranzutreiben.

2.5.7 Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen

Verschiedene Ursachen für die teils unzureichende ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen wurden identifiziert. Abnehmende Mobilität, fehlende Kapazitäten oder defizitorientierte Behandlungsansätze dürfen aus Sicht der Kommission keine Rechtfertigung für eine lückenhafte ärztliche, zahnärztliche und medizinische Versorgung sein.

Die Kommission empfiehlt,

- die Zahl der Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen bzw. -ärzten nach § 119b SGB V weiter deutlich zu erhöhen, um eine gute ärztliche Versorgung in den Einrichtungen gewährleisten zu können.
- der Staatsregierung und der Sächsischen Landesärztekammer die Umsetzbarkeit einer aufsuchenden medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in der Pflegeeinrichtung in Form mobiler Praxen zu prüfen. Regelungen der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung (z. B. § 17 (3) MBO), die dies unterbinden, sollten auf Aktualität geprüft und ggf. angepasst werden. Eine Ausweitung telemedizinischer Behandlungsmöglichkeiten wird ebenfalls empfohlen. Investitionen in die Digitalisierung der Prozesse in Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegedokumentation, Abrechnung von Leistungen, Dienst- oder Tourenplanung) sind dafür notwendig. Erste richtungsweisende Schritte werden mit dem „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“, welches ab 2019 in Kraft treten soll, gemacht. Vorgesehen ist ein vorerst einmaliger Zuschuss von 12 000 Euro durch die Pflegeversicherung für die Anschaffung technischer Ausrüstung. Weitere Möglichkeiten, das hohe Entlastungspotenzial durch Digitalisierung zu nutzen, sollten zukünftig gefördert werden.
- den Leistungserbringern eine verbesserte Aufklärung und Beratung zur adäquaten Medikamentenversorgung und -einnahme. Ziel soll eine verbesserte Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aber auch zu den Pflegebedürftigen selbst und deren Angehörigen sein, um somit Medikationsfehler vermeiden. Dies gilt sowohl bei der Verschreibung als auch bei der Einnahme. In diesem Zusammenhang gilt es, die Wirksamkeit des in Sachsen laufenden Projektes „ARMIN“ zu überprüfen und ggf. den Anwendungsbereich über den Projektrahmen hinaus auszubauen.
- neben der ärztlichen auch die zahnärztliche Versorgung der sowohl ambulant als auch stationär Gepflegten stärker in den Blick zu nehmen. Die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V, welche im Juli 2018 in Kraft getreten ist, wird seitens der Kommission positiv bewertet. Es wird angeregt, darüber hinaus konkrete Leitlinien und Handlungsempfehlungen für die zahnärztliche Versorgung für diesen Personenkreis zu entwickeln. Ziel ist es, das überdurchschnittlich hohe Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen zu senken und durch eine verbesserte Mundgesundheit ein Plus an Lebensqualität zu erreichen.
- darüber hinaus auch den Einsatz von eHealth-Technologien sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich voranzubringen, um beispielsweise eine sichere Medikamentenversorgung zu fördern.
- den Leistungserbringern die Kommunikationsprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu identifizieren und Gegenmaßnahmen abzuleiten, die dann für die Kommunikation im Rahmen des Entlassmanagements standardisiert werden können.

- auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene die Rolle der Prävention und Gesundheitsförderung in Anlehnung an den Dreiklang „Prävention vor Reha vor Pflege“ zu stärken und frühzeitig Angebote zu schaffen, die beispielsweise einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen.
- der Staatsregierung gemeinsam mit den Kostenträgern bezüglich niedrigschwelliger Dienste und präventiver Unterstützungsangebote die leistungsrechtliche Verknüpfung an eine vorhandene Pflegebedürftigkeit nach SGB XI so zu gestalten, dass Hilfebedürftige ohne Pflegegrad ebenfalls diese Angebote beanspruchen können.

2.5.8 Empfehlungen zur Thematik Gewalt in der Pflege

Die Enquete-Kommission empfiehlt, diese Thematik verstärkt gesellschaftspolitisch aus der Tabuzone zu holen. Eine offene Auseinandersetzung sollte zukünftig verstärkt stattfinden, sowie Ansprech- bzw. Vertrauenspartner (z. B. in Form von Supervision, Fallbesprechungen, Notfalltelefon) zur Verfügung stehen. Eine Sensibilisierung bzw. entsprechende Hilfs- und Beratungsangebote wären aus Sicht der Kommission sowohl für pflegende Angehörige als auch für formell Pflegende wichtig.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission,

- den Leistungserbringern systematische Überlastungssituationen für das Pflegepersonal zu vermeiden, da diese als Schlüsselfaktoren für Gewaltübergriffe in der Pflege anzusehen sind.
- dass Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der pflegenden Angehörigen diese Thematik verstärkt aufgreifen sollten. Auf diesem Wege kann zu einer Enttabuisierung beigetragen und das Wissen und die Fähigkeiten für derartige Pflegesituationen vermittelt werden.
- den Leistungserbringern konkrete Maßnahmen zur Gewaltprävention, zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten über die im Rahmen § 5 SGB XI vorgesehenen teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen hinaus auch im ambulanten Versorgungssetting zu implementieren und deren Wirksamkeit zu evaluieren.
- langfristig ein umfassendes Konzept zu entwickeln, welches bedürfnis- und zielorientierte Gewaltpräventionsmaßnahmen bereithält.
- bestehende Angebote zur Sensibilisierung und Programme zur Gewaltprävention stärker in die Öffentlichkeit zu rücken.

2.5.9 Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten

Die Auseinandersetzung der Enquete-Kommission mit der bestehenden Versorgungslandschaft im Freistaat Sachsen verdeutlicht, dass das fragmentierte und vielseitige Angebot nicht nur bei den Laien, sondern auch bei Akteuren des Gesundheitswesens zu Verunsicherung führt. Besondere Herausforderungen bergen u. a. die Versorgungsübergänge, die verschiedenen Finanzierungssysteme sowie die Information und Beratung der Betroffenen einerseits und die institutionsübergreifende Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen Leistungserbringern andererseits. Der Abbau von Sektorengrenzen wird in diesem Zusammenhang als notwendige Weiterentwicklung im Gesundheitssystem erachtet, um den Weg für integrierte Versorgungskonzepte zu bereiten.

Die Kommission empfiehlt,

- der Staats- und der Bundesregierung auch langfristige Förderperioden zu ermöglichen. Daraus entstehende erfolgreiche, über mehrere Jahre aufgebaute, lokal funktionierende Modellprojekte sollen stärker in die Regelversorgung übergeleitet werden, um eine dauerhafte und erfolgreiche Umsetzung gewährleisten zu können.
- den Leistungserbringern mit Unterstützung durch die Staatsregierung, langfristig eine regionale und morbiditätsorientierte, kontinuierliche Versorgung zu erreichen. Die Bündelung von therapeutischen und medizinischen Diensten unter einem Dach wird als wichtig erachtet, um ein breites Behandlungsspektrum abzudecken. Multiprofessionelle Teams und ein vertikal integrierter Versorgungsablauf können eine ganzheitliche Behandlung der Hilfe- und Pflegebedürftigen ermöglichen.
- GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft e. V. die Effektivität des seit Oktober 2017 geltenden Rahmenvertrages zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V zu evaluieren und ergänzend Sanktionierungen zu erarbeiten, die bei Nichteinhaltung der verbindlichen Regelungen wirksam werden.

2.5.10 Empfehlungen zu besonderen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen im ländlichen Raum

Die Kommission empfiehlt,

- der Staats- und der Bundesregierung eine regional differenzierte bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung voranzubringen. U. a. können Mobilitätskonzepte, ANP und CHN Ansätze sein, um die Gesundheits- und Pflegeversorgung angemessen weiterzuentwickeln. In ländlichen Räumen muss weiterhin die Sicherstellung der Versorgung und die Erreichbarkeit der relevanten Angebote in einem zumutbaren Rahmen gewährleistet werden. Um dies zu erreichen, müssen auf Ebene der Landkreise die Akteure der Gesundheitsversorgung, der kommunalen Verwaltungen, der ortsansässigen Wirtschaft sowie bürgerschaftlich Engagierte gemeinsame Konzepte der Gesundheitsversorgung entwickeln, welche schließlich in die Landes- und Regionalplanung einfließen.
- rechtliche Rahmenbedingungen, die beispielsweise über die Richtlinie des G-BA nach § 63 Abs. 3c SGB V über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben hinausgehen, zeitnah festzulegen.
- mobile Versorgungseinrichtungen besonders im ländlichen Raum einzusetzen und damit einen Beitrag zum Erhalt der Versorgungssicherheit zu leisten. Beispielsweise könnten Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Zahnärztinnen und -ärzte die verschiedenen Versorgungsschwerpunkte abdecken. Entsprechende rechtliche Regelungen gilt es, zu prüfen und ggf. anzupassen (u. a. Berufsordnung der Ärzte): seitens der Pflegekassen eine Überprüfung der Finanzierung der Wegekosten ambulanter bzw. mobiler Leistungserbringer und ggf. eine entsprechende Anpassung.
- der kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung teils konsiliarischer Behandlungselemente und -möglichkeiten.
- den Leistungserbringern, die Potenziale von Telemedizin und Telecare zu nutzen, um Regionen mit einer geringeren Versorgungsdichte weiterhin qualitativ gut versorgen zu können. Digitale Applikationen können u. a. räumliche Distanzen überbrücken und dadurch zu einer optimierten Versorgung sowie einer Entlastung der Pflegenden und Angehörigen beitragen. Um eine langfristige Etablierung in der

Regelversorgung umzusetzen, bedarf es einer leistungsfähigen Infrastruktur, der Klärung datenschutzrechtlicher und ethischer Fragen und einer Generierung von Evidenz und Wirksamkeit durch Evaluationen von Modellprojekten und dem Vergleich internationaler Studien.

2.5.11 Empfehlungen zur häuslichen Versorgung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf

Die Enquete-Kommission hält an dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ fest und spricht sich auch zukünftig für die wichtige Rolle des informellen Pflegesektors aus. Ziel ist es, dem Wunsch des Großteils der Pflegebedürftigen nach einem möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit nachzukommen. Um in diesem Zusammenhang weiterhin gute Bedingungen für pflegende Angehörige und den Erhalt ihrer Gesundheit gewährleisten zu können, sind gesetzliche Rahmenbedingungen unter einer noch intensiveren Berücksichtigung der Bedarfe der pflegenden Angehörigen zu überarbeiten. Die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und weiterer informeller Helferinnen und Helfer ist ebenfalls eine wichtige Aufgabe. Langfristig soll es gelingen, die Last pflegerischer Aufgaben auf einen lokal angemessenen und effizienten Hilfe-Mix aufzuteilen und dabei die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und aller an Pflege Beteiligten berücksichtigen zu können.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission,

- den Kommunen, sich intensiv mit den Belastungen für die pflegenden Angehörigen, die aus der Pflegesituation resultieren, auseinanderzusetzen und Möglichkeiten zur Entlastung zu finden und zu fördern.
- sich stärker mit der Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung durch Angehörige oder weitere informell Pflegende auseinanderzusetzen. Fehlendes bzw. nicht fallspezifisch aufbereitetes Wissen bei pflegenden Angehörigen kann Ursache für auftretende Qualitätsmängel sein. Besonders für die Versorgung Pflegebedürftiger mit herausfordernden Verhaltensweisen, Behinderung oder anderen speziellen Bedarfen gibt es kaum Konzepte für den Umgang in der häuslichen und ambulanten Pflege. Darüber hinaus fehlt es den Pflegenden häufig an einer Begleitung oder einem Ansprechpartner bei auftretenden Unsicherheiten oder in Notfällen. Hier sollten aus Sicht der Enquete-Kommission durch die Leistungserbringer, Pflegekassen und Kommunen Wege für eine bessere Unterstützung gefunden werden, z. B. durch eine in der Brieftasche hinterlegte Information, dass ein zu Pflegender Hilfe benötigt bzw. in einem Heim untergebracht werden muss. Die Ansprechpartnerin bzw. der Ansprechpartner für den Notfall sollte mit Weisungsrecht für ein Notfallszenario ausgestattet sein.
- einerseits familiäre Versorgungsstrukturen und informelle Unterstützung zu stärken, indem Abwanderung meist junger Angehöriger verringert wird. Andererseits ist vor dem Hintergrund veränderter Sozialstrukturen die Tragfähigkeit neuer sozialer Netze (neben der Kernfamilie) zu prüfen und sind zukünftige Potenziale für die Pflege daraus abzuleiten.
- Ergebnisse des in Nordrhein-Westfalen erprobten niederländischen Modells „buurtzorg“ auch für den Freistaat Sachsen zu nutzen und ebenfalls über eine Einführung dieses Systems zu diskutieren. Aus Sicht der Kommission besteht damit einerseits die Chance, komplizierte Strukturen mit großen Organisations- und Bürokratieaufwand abzubauen und andererseits einen Systemwechsel weg von der Abrechnung nach Einzelleistungen hin zu einer Abrechnung nach Stunden zu erreichen. Die Kooperation mit den Pflegekassen ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Hinsichtlich Präventiver Hausbesuche als niedrigschwelliges Angebot empfiehlt die Kommission,

- der Bundesregierung Finanzierungsmöglichkeiten zu prüfen und Wege zu finden, die eine Umsetzung des Konzepts von PHB ermöglichen. Langfristig sollten die bis heute vorwiegend in Modellprojekten umgesetzten PHB in die Regelversorgung aufgenommen werden.
- den Kommunen das Konzept PHB in ein kommunal ausgerichtetes Szenario mit entsprechenden Unterstützungsstrukturen einzubetten und mit bestehenden Beratungsstrukturen zu verknüpfen. Ein Rahmenkonzept auf kommunaler Ebene mit regionalen Anpassungsmöglichkeiten wird empfohlen. Gleichzeitig sollte dieser Prozess von einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit zu dem Angebot PHB in der Kommune begleitet werden. Des Weiteren ist zu prüfen, inwieweit durch digitale Lösungen PHB effektiver gestaltet werden können. Bestehende Erfahrungswerte langjährig erfolgreicher Modellprojekte sind in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.
- den Vorstoß im Koalitionsvertrag zur Einführung PHB unbedingt umzusetzen und dieses Konzept in Deutschland erfolgreich zu etablieren. Langfristig sollten die im deutschen Gesundheitssystem vorherrschenden Strategien der Kuration und Rehabilitation ergänzt werden. Dabei kommt, wie im internationalen Vergleich deutlich wird, einer frühzeitigen Beratung und Prävention im Kontext einer interdisziplinär verantworteten, primären Gesundheitsversorgung eine bedeutende Rolle zu.
- der Staatsregierung auf Landesebene die Umsetzungsmöglichkeiten PHB zu prüfen. Vorhandene Studien und Erfahrungswerte anderer Bundesländer sollten berücksichtigt werden.

Hinsichtlich ausgewählter Probleme in der ambulanten Versorgung empfiehlt die Kommission,

- in der pflegerischen Versorgung langfristig eine personenzentrierte und ressourcenorientierte Pflege anzustreben. Gleichzeitig sollen Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit nicht vernachlässigt werden.
- den administrativen Aufwand in der Pflege, über die aktuellen Bemühungen der Entbürokratisierung hinaus, deutlich zu reduzieren. Aus Sicht der Kommission entsteht Qualität nicht allein durch umfangreichere Prüf- und Dokumentationspflichten, sondern auch durch mehr Zeit und Zuwendung für die Pflegebedürftigen.
- dass Pflegekassen und Leistungserbringer eine für beide Seiten tragbare Vergütungspauschale für längere Anfahrtswege im ländlichen Raum aushandeln. Beispielsweise wäre über einen Fahrtkostenzuschuss ab einer bestimmten Entfernung zu diskutieren.
- in Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Kostenträgern eine stärker regionalisierte Ausrichtung des Versorgungsgebietes durch Pflegedienste umzusetzen, ohne die grundsätzliche Freiheit zur Wahl des Leistungserbringers gänzlich aufzugeben. Eine kooperative und partnerschaftliche Vernetzung der Pflegedienste untereinander soll unterstützt werden.
- den Kostenträgern den Prozess des Hilfsmittelmanagements kritisch zu prüfen, um eine zeitnahe und effektive Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleisten zu können. Eine stärkere Einbeziehung der Expertise der Pflegefachkraft vor Ort wäre dabei notwendig.

2.6 Literaturverzeichnis

Adamczyk, U. (2016). Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Alltag, S. (2016). Stellungnahme der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Amrhein, L.; Heusinger, J.; Ottovay, K.; Wolter, B. (2015). Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Köln.

AOK Bundesverband. (2018). Per Mausklick zum Arzt. Der Doktor wird digitaler. Berlin. http://aok-bv.de/presse/dpa-ticker/index_20446.html [10.12.2016].

AOK Plus. (2017). Schriftliche Stellungnahme der AOK Plus zum Textabschnitt „Intensivpflegebedürftige“. Themenschwerpunkt: Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen.

Ärzteblatt. (2018). Merkel offen für Aus der elektronischen Gesundheitskarte. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95055/Merkel-offen-fuer-Aus-der-elektronischen-Gesundheitskarte [02.08.2018].

ASVGI (Hrsg.). (2015). Anhörung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz, Gleichstellung und Integration am 30. November 2015. Thema Palliativ- und Hospizversorgung in Sachsen weiterentwickeln. Dresden (Sächsischer Landtag).

BAGSO e. V. (2018). Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. http://www.bagso.de/aktuelle-projekte/netzwerkstelle-lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz.html [02.08.2018].

Barmer Krankenkasse. (2017). Schriftliche Stellungnahme der Barmer Krankenkasse zum Textabschnitt „Intensivpflegebedürftige“. Themenschwerpunkt: Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen.

Bickel, H. (2016). Informationsblatt. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [01.06.2017].

Blättner, B.; Grewe, H. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A.; Klauber, J. (Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 195–203.

Blüher, S.; Schnitzer, S.; Kuhlmey, A. (2017). Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A.; Klauber, J. (Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 3–11.

BMAS. (2017). BMAS veröffentlicht Förderrichtlinie für die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung. Berlin. http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2017/bmas-veroeffentlicht-foerderrichtlinie-fuer-die-ergaenzende-unabhaengige-teilhabeberatung.html [23.01.2018].

BMFSFJ. (2017). Wegweiser Demenz. http://www.wegweiser-demenz.de/startseite.html [22.01.2018].

BMG. (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Dt. Bundestag.

BMG. (2017). Online-Ratgeber Krankenversicherung. Angebote für Sterbenskranke (Bundesministerium für Gesundheit). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/angebote-fuer-sterbenskranke.html [14.11.2017].

Brysch, E. (2017). Stellungnahme der Deutschen Stiftung Patientenschutz zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Bundesregierung. (2018). Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin.

DBfK Bundesverband e. V. (Hrsg.). (2017). Fachtagung Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung. https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/tagungsband_community-health-nursing_web-Kopie.pdf [18.07.2018].

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2016). Informationsblätter zum Thema Alzheimer und Demenzerkrankungen. https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html [01.06.2017].

Deutscher Bundestag. (2015). Drucksache 18/6224 – Situation der stationären Palliativ- und Hospizversorgung, 5.

Deutscher Bundestag. (2017). Drucksache 18/13260 – Sozialbericht 2017, 76.

DGP e. V. (2017a). Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [14.11.2017].

DGP e. V. (2017b). Pflegeleitlinien. https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html [31.05.2017].

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2017). Deutsche Alzheimer Gesellschaft begrüßt Aktionsplan Demenz der Weltgesundheitsorganisation. Deutschland braucht eine nationale Demenzstrategie. Berlin. https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/artikelansicht/artikel/deutsche-alzheimer-gesellschaft-begruesst-aktionsplan-demenz-der-weltgesundheitsorganisation.html [06.06.2017].

Eichhorst, A. (2017). Schriftliche Stellungnahme der Verbraucherzentrale Sachsen zur Drucksache „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Enquete-Bericht des Landtages Mecklenburg-Vorpommern. (2016). Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Wahlperiode 2011-2016. 1. Auflage. Schwerin: Landtag Mecklenburg-Vorpommern.

Faensen, M. (2016). Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Friedrich, U.-B. (2018). Mit Technik im Rucksack. Versorgungsprojekt. Am Puls Informationen der AOK Plus zur Gesundheitspolitik, 2/2018, 4–5.

Fürst, F. (2016). Stellungnahme der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Geithner, L.; Arnold, D.; Feiks, A.; Helbig, A. K.; Scheipers, M.; Steuerwald, T. (2016). Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis. Kaiserslautern. https://www.e-hoch-b.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Geithner_et_al-2016-ANP.pdf [19.07.2018].

Görgen, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2009). Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Görres, S.; Buschmann, L.; Meinecke, P.; Schumski, L.; Stolle, C. (2018). Schriftliche Stellungnahme der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Gröning, K., Lagedroste, C., Weigel, L. (2015). Demenz im Krankenhaus. Eine Auswertung der Projektstudien zu Demenz im Krankenhaus im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Bielefeld. https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht_qualitativ_2015.pdf [04.10.2018].

Gruhl, M. (2016). Präventive Hausbesuche. Diskussionsrunde zu Zielen und Umsetzungsmöglichkeiten in Hamburg und Zusammenfassung. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Experten-Gespräch zum präventiven Hausbesuch. Dokumentation. Hamburg (17. Juni 2016), 62–65.

Halek, M. (2017). Stellungnahme des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) der Universität Witten/Herdecke zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hämel, K. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften, Professur für Gesundheitswissenschaften zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hausen, A. (2017). Stellungnahme der Katholischen Stiftungsfachhochschule München zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Heberlein, I.; Heberlein I. (2017). Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A.; Klauber, J. (Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 217–228.

Helms, E.; Dumke, C. (2016). Stellungnahme der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Nock, L. (2017). Pflege in den eigenen vier Wänden. Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Böckler Impuls, 2017 (10).

ICN. (2018). Definition of Nursing. http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/ [26.04.2018].

Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hrsg.). (2015). Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A.; Klauber, J. (Hrsg.). (2017). Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Jung, K. (Hrsg.). (2015). ZQP-Themenreport „Gewaltprävention in der Pflege”. 1. Auflage, Juni 2015.

Karmann, A.; Schneider, M.; Werblow, A.; Hofmann, U.; Wolf, D. (2013). Fortschreibung der „Studie zu Standorten und demographischen Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen“ (Hospizstudie). Dresden, Augsburg. http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/Hospizstudie_2013.pdf [27.06.2017].

Klie, T. (2016). Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg/Freiburg: medhochzwei.

Klie, T. (2017). Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hamburg/Freiburg: medhochzwei.

Kotte, H. (2018). Stellungnahme des Steuerungsgremiums Landesrahmenvereinbarung zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Kröber, B. (2017). Ausgewählte Probleme in der ambulanten Versorgung. Überblick aus Sicht der Mobilen Haus-Krankenpflege Kröber GmbH. Dresden.

KV Sachsen. (2017). Schriftliche Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) zum Textabschnitt „Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen”. Themenschwerpunkt: Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen.

Lahmann, N.; Müller-Werdan, U.; Raeder, K.; Kunz, S.; Latendorf, A. (2017). Der Zustand der Pflegebedürftigkeit. Pflege und Versorgungsprobleme geriatrischer Patienten. In: Jacobs, K. et al.; (Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 187–194.

Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. (2018). Die Landesinitiative. https://landesinitiative-demenz.de/ [02.08.2018].

Lauscher, F.; Manuel, E. (2017). Initiative Regenbogenpflege (Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.).

Lehmann, Y.; Ewers, M. (2016). Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege. Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes).

Löser-Priester, I. (2007). Advanced Nursing Practice. Die Rolle der Pflege neu gestalten. Dr. med. Mabuse, 170. https://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1657/170_Loeser_Priester_Advanced-Nursing-Practice.pdf [19.07.2018].

Lotze, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Lotze, A. (2017). Außerklinische Versorgung von Menschen mit einem hohen intensiven behandlungspflegerischen Aufwand (AIP) in Sachsen. Zuarbeit für die Enquete-Kommission des Sächsischen Landtages. Dresden: vdek e. V.

MDR. (2018). Mehr als nur Körperpflege. https://www.mdr.de/investigativ/fakt-nachbarschaftspflege-102.html [04.05.2018].

Meusel, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

MGEPA. (2016). Alt werden in Nordrhein-Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren: Altenbericht NRW. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/altenbericht-lang-web-pdf/von/altenbericht-nrw-alt-werden-in-nrw-langfassung/vom/mgepa/2285 [08.02.2017].

Neumann, J. (2016). Stellungnahme des Sächsischen Landkreistages (SLKT) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 6. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Nitsche-Neumann, L. (2016). Gewalt in der Pflege – ein Thema am Ende?! Dresden: Carusakademie.

Nitsche-Neumann, L. (2017). Ausgewählte Probleme in der ambulanten Versorgung. Überblick aus Sicht des ambulanten Pflegedienstes Lebensdank Pflegemanagement GmbH. Dresden.

Nowossadeck, S.; Engstler, H.; Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Berlin (Report Altersdaten 1/2016).

Rädel, M.; Bohm, S.; Priess, H.-W.; Walter, M. (2018). Zahnreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Berlin: Müller Verlagsservice e.K. (Band 8).

Robert Koch-Institut. (2015). Außerklinische Intensivpflege. Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement. Ergebnisse einer Prävalenzerhebung multiresistenter Erreger im November 2014. Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München. Epidemiologisches Bulletin, 39.

Rothgang, H.; Sauer, S. (2013). Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. ZeS Universität Bremen.

Rothgang, H.; Klawitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016). Barmer-GEK-Pflegereport. Siegburg: Asgard-Verl.-Service.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012). Themenreport „Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [27.06.2017].

Schaper, S., Kleine Anfrage Fraktion DIE LINKE. (2016). Drs.-Nr.: 6/4539. Thema: Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe- und Pflegestrukturen (Stellungnahme des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz).

Schäufele, M.; Bickel, H. (2015). General Hospital Study. GHoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart.

Schneekloth, U. (2006a). Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (6), 405–412. doi: 10.1007/s00391-006-0413-3

Schneekloth, U. (2006b). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (MUG IV). München (i. A. des BMFSFJ).

Schneider-Schönherr, S. (2017). Stellungnahme des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege. Eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K. et al.; (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 189–216.

SMS. (2014). Fünfter Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderungen in Sachsen. Dresden.

SMS. (2016). Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

SMS. (2018). Hospizstudie 2017. Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen. Unter Mitarbeit von: Weinhold, I.; Claus, F.; Karmann, A.; Kliemt, R.; Wende, D. und Plaul, C.Dresden.

Statistisches Bundesamt. (2016). Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2016a). Ausländische Mitbürger in Sachsen. https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Faltblatt/FB_AuslaendischeMitbuerger_2016.pdf [15.06.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2016b). Schwerbehinderte Menschen im Freistaat Sachsen. 31. Dezember 2015 (K III – 2j/15). https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-K/K_III_1_2j15_SN.pdf [05.07.2017].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2017). Statistisch betrachtet. Senioren in Sachsen. Ausgabe 2016. Kamenz.

Szymczak, M. (2017). Angebot zur Pflege schwerkranker und sterbender Menschen. Allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV). http://www.sozialstation-boetzingen.de/palliative-pflege-aapv.html [31.05.2017].

Tews, B. (2016). Außerklinische Intensivpflege. Kongress für außerklinische Intensivpflege und Beatmung. https://www.kai-kongress.de/wp-content/uploads/tews-ausserklinische-itp-gesundheitspolitik.pdf [29.06.2017].

Tezcan-Güntekin, H. (2016). Medikationsprobleme bei Pflegebedürftigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Schwerpunktbericht. Bielefeld.

Tezcan-Güntekin, H. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Department of Epidemiology & International Public Health zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Tezcan-Güntekin, H.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2015). Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin: SVR GmbH.

Tezcan-Güntekin, H.; Breckenkamp, J. (2017). Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit und Gesellschaft / Wissenschaft, 17 (2), 15–23.

Trabandt, S.; Geißler, L. (2017). Bedarfsgerecht barrierefreier Wohnraum in Sachsen. Ergebnisbericht (Auftraggeber: Sächsisches Staatsministerium des Innern). http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/download/Bauen_und_Wohnen/Studie-bedarfsgerecht-barrierefrei-Wohnen.pdf [21.03.2017].

Vdek e. V. (2015). Stellungnahme als Sachverständiger. In: ASVGI (Hrsg.), Anhörung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz, Gleichstellung und Integration am 30. November 2015. Thema Palliativ- und Hospizversorgung in Sachsen weiterentwickeln. Dresden (Sächsischer Landtag).

Weidner, F. (2016). Hausbesuche. Faktoren für den Erfolg aus wissenschaftlicher Perspektive. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Experten-Gespräch zum präventiven Hausbesuch. Dokumentation. Hamburg (17. Juni 2016), 37–43.

Weidner, F. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Werner, A. (2016). Daten aus dem Benchmarking des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV Sachsen) für die örtlichen Träger. Auszug aus dem Kapitel Menschen mit Behinderungen. Leipzig (Zahlen zum Stichtag 31.12.2015).

Werner, A. (2017). Schriftliche Stellungnahme des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV Sachsen) zum Textabschnitt „Ältere Menschen mit Behinderungen" im Handlungsfeld Pflegebedürftiger, Angehörige, Ehrenamt. Themenschwerpunkt: Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen.

World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO 2002.

Zanier, G. (2015). Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege. Kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Focus Migration.

ZQP. (2013). Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Berlin.

ZQP. (2017a). Gewaltprävention in der Pflege. Wissen und Tipps und zur Vorbeugung von Gewalt. https://www.pflege-gewalt.de/ [26.01.2018].

ZQP. (2017b). ZQP-Befragung. „Gewalt in der stationären Langzeitpflege". https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_06_13_AnalyseGewaltStationaerePflege_vf.pdf [16.06.2017].

ZQP. (2018). ZQP Presseinformation. Häusliche Pflege: Unterstützung bei der Vorbeugung gefährlicher Krisen ist dringend nötig. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_PI_GewaltHaeuslichePflege.pdf [02.08.2018].

3 Pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind eine unverzichtbare Stütze innerhalb des deutschen Pflegesystems. Das Engagement der Angehörigen bei der häuslichen Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds wird bereits durch § 3 SGB XI deutlich forciert, wonach die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und weiteren Helfenden unterstützen soll (Geyer & Schulz, 2014, S. 294). Wie hoch der geleistete Beitrag der Angehörigen im Bereich der Pflege in Deutschland ist, wird beispielsweise auch anhand von Hochrechnungen des AOK-Bundesverbandes bezüglich der Wertschöpfung der Pflege durch Angehörige deutlich. So leisten Pflegepersonen jährlich einen Beitrag im Wert von etwa 37 Milliarden Euro und übersteigen damit das Einnahmevolumen der Pflegekassen (etwa 26 Milliarden Euro) (AOK-Bundesverband, 2016; Kraushaar, 2016a). „Regelmäßige Unterstützung wird vor allem von Personen im jungen Seniorenalter geleistet […]. Ein Drittel der unterstützenden Angehörigen leistet Pflege im engeren Sinne. Das heißt, 4,5 % der 40 bis 85-Jährigen erbringen Pflegeleistungen – privat oder ehrenamtlich“ (Nowossadeck et al., Engstler & Klaus, 2016, S. 3).

Die Folgen der demografischen Alterung, verbunden mit dem gleichzeitigen Wunsch der Seniorinnen und Senioren (ab 65 Jahre), auch bei Pflegebedarf zu Hause versorgt zu werden – in Sachsen 87 % der befragten Zielgruppe – (Alltag et al., 2017, o.S.) führen zukünftig dazu, dass die Pflege durch Angehörige innerhalb des pflegerischen Versorgungsmixes noch stärker an Bedeutung gewinnt (Böcken et al., 2013, S. 12; Geyer & Schulz, 2014, S. 294; Hoff, 2016) (siehe Kapitel 1, Leben und Wohnen).

Die familiäre Unterstützung und die Pflege eines alten und vor allem hochaltrigen Menschen wird vor diesem Hintergrund immer mehr zum erwartbaren Regelfall für die Familien (Böcken et al., 2013, S. 12; Geyer & Schulz, 2014, S. 294). Gleichzeitig kommt es aber durch den allgemeinen demografischen Bevölkerungsrückgang auch zur Abnahme des informellen Pflegepotenzials[47], sodass in Deutschland und auch in Sachsen immer weniger junge Menschen leben werden, die potenziell Pflegeleistungen erbringen können. Eine Untersuchung der Universität Leipzig zeigt auf, dass u. a. das informelle Pflegepotenzial in den verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen bis zum Jahr 2035 stark abnehmen wird. Der sogenannte informelle intergenerationale Unterstützungskoeffizient (IIUK), welcher das Verhältnis der pflegerelevanten Altersgruppen (ab 80 Jahre) zu den potenziell informell Pflegenden (Kinder der potenziell Pflegebedürftigen, 40- bis 59-Jährige) beschreibt, wird sich demnach ungefähr bis zum Jahr 2035 halbieren, wobei die stärksten Rückgänge bis zum Jahr 2024 zu erwarten sind (siehe Abbildung 5). Die größten Unterschiede zeigen sich hierbei zwischen den kreisfreien Städten Leipzig und Dresden, dem Landkreis Nordsachsen und den ländlichen Gebieten wie etwa dem Vogtlandkreis, Görlitz, dem Erzgebirgskreis und Zwickau (Alltag et al., 2017, o. S.).

Darüber hinaus gibt es weitere Faktoren, die ein Absinken des informellen Pflegepotenzials begünstigen. Dazu gehören vor allem gesellschaftliche Entwicklungen, wie etwa steigende Arbeitsanforderungen, geforderte berufliche Flexibilität sowie unterschiedliche Wohnorte von Familie und Pflegebedürftigen („distant care givers“). Damit einhergehend gibt es auch zunehmend mehr kinderlose Ehepaare, bei denen später weniger Angehörige zur Übernahme von Pflegeaufgaben zur Verfügung stehen könnten. Diese Ausdünnung informeller bzw. familiärer Unterstützungspotentiale betrifft insbesondere ländliche und strukturschwache Regionen. Vor diesem Hintergrund

47 andere Bezeichnung für „pflegende Angehörige“ (siehe Definition im Punkt 3.1)

wird es in den kommenden Jahren noch wesentlich mehr als heute darauf ankommen, denjenigen, die ihre Angehörigen selbst pflegen möchten, auch geeignete Rahmenbedingungen dafür anzubieten (BMG, 2016, S. 23; Fürst, 2016; Hämel, 2017; Hoff, 2016; Nowossadeck et al., 2016, S. 18).

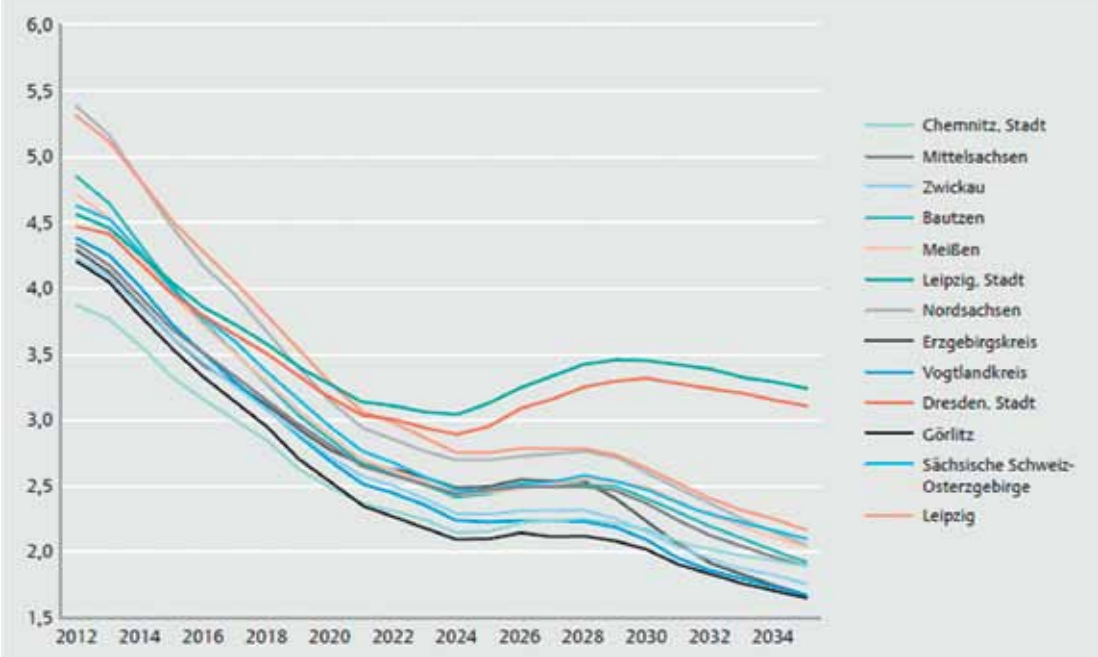

Abbildung 5: Informelle integrale Unterstützungskoeffizienten (IIUK, 2012 bis 2035) (Alltag et al., 2017, o.S.)

3.1 Definitionen

Der in Studien und weiteren Analysen verwandte Begriff der „pflegenden Angehörigen" schließt alle Personen ein, die im oder außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen Unterstützungs- und Pflegeleistungen übernehmen. Diese breite Begriffsanwendung umfasst demnach neben den Familienmitgliedern auch Freunde und weitere Hilfspersonen. Kriterium eines pflegenden Angehörigen ist, dass die Unterstützung informell erbracht wird, also nicht gegen Bezahlung bzw. erwerbsmäßig ausgeübt wird[48] (Graffmann-Weschke, 2017; Nowossadeck et al., 2016, S. 4; Rothgang et al., 2015, S. 191).

Gemäß der sozialrechtlichen Definition (§ 19 SGB XI) sind Pflegepersonen solche Personen, die eine oder auch mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad zwei oder höher (im Sinne des § 14 SGB XI) nicht erwerbsmäßig in der eigenen Häuslichkeit pflegen (BMG, 2017b, S. 106). Im Gegensatz zu der Anzahl der Pflegebedürftigen (§ 14 SGB XI) wird die Zahl der pflegenden Angehörigen nicht in einer amtlichen Statistik erfasst, sondern kann lediglich auf Basis von Stichprobendaten geschätzt werden (Nowossadeck et al., 2016, S. 4). Indirekt lässt sich jedoch die Zahl der pflegenden Angehörigen über die Anzahl der „reinen" Pflegegeldempfänger (bedeutet, Angehörige nehmen keine professionellen Hilfen in Anspruch)[49] in der aktuellen Pflegestatistik ableiten. In Deutschland werden demnach etwa 1,4 Millionen und

48 Aufgrund der teilweise inkonsistenten Verwendung des Begriffes ist daher eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur bedingt möglich.

49 Der Pflegebedürftige erhält eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung in Form des Pflegegeldes (§ 37 SGB XI), wenn er seine pflegerische Versorgung selbst sicherstellt, beispielsweise durch seine Angehörigen. Dieses kann er als finanzielle Anerkennung an die Pflegeperson weitergeben (BMG, 2017b, S. 105).

damit knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen (48 %) allein durch ihre Angehörigen zu Hause versorgt (DAK-Gesundheit, 2015; Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 7, 2017b). Im Freistaat Sachsen liegt dieser Anteil bei 41 % (68 000 Pflegebedürftige) und damit unter dem bundesweiten Durchschnitt. Dies lässt sich u. a. mit dem relativ hohen Anteil der ambulanten Pflegedienste an der Versorgung[50] begründen (Hoff, 2016; Kuhlmann, 2016; Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 11).

Es gibt jedoch auch ältere Menschen, die keine Leistungen gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten und dennoch auf Unterstützung und Hilfe angewiesen sind. Das liegt daran, dass Unterstützungs- und Pflegesituationen häufig schleichend und länger von einem geringeren Hilfebedarf gekennzeichnet sind, als es die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit nach den Paragraphen 14 und 15 SGB XI festlegen (Nowossadeck et al., 2016, S. 4). Nach Ergebnissen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA 2012) pflegen 6,9 % der Erwachsenen (8,7 % der Frauen und 4,9 % der Männer) regelmäßig und ohne professionelle Unterstützung eine pflegebedürftige Person. Hochgerechnet lässt sich demnach die Anzahl der pflegenden Angehörigen in Deutschland auf etwa 4,7 Millionen schätzen (Nowossadeck et al., 2016, S. 9; Rothgang et al., 2015; Wetzstein M. et al., 2015).

3.2 Charakteristika

Der folgende Abschnitt thematisiert wesentliche Merkmale von Pflegepersonen bzw. deren Situation. Spezifische Daten, welche die Situation von pflegenden Angehörigen in Sachsen beschreiben, liegen aufgrund fehlender Statistiken nicht vor. Wesentliche der im Folgenden beschriebenen Charakteristika werden am Ende dieses Kapitels nochmals in einer Übersicht zusammengefasst.

Alter und Geschlecht

Obwohl sich Männer zunehmend stärker an der Pflege eines Angehörigen beteiligen, zeigen beispielsweise Ergebnisse der GEDA-Studie 2012, dass nach wie vor größtenteils Frauen die häusliche Pflege erbringen (64,9 %) (Bestmann et al., 2014, S. 11; DAK-Gesundheit, 2015, S. 20; Wetzstein et al., 2015, S. 3 f.). Insgesamt ist der Anteil der Pflegepersonen in der Altersgruppe der 55 bis 69-Jährigen am höchsten. Rund 11,9 % der Frauen und 6,0 % der Männer dieser Altersgruppe versorgen einen zu pflegenden Angehörigen bzw. eine nahestehende Person (Wetzstein et al., 2015, S. 4).

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS)[51] aus dem Jahr 2014 lassen sich ähnliche Ergebnisse finden. Auch hier sind es vorrangig Menschen im jungen Seniorenalter, die ein Familienmitglied bzw. eine nahestehende Person pflegen oder betreuen. 27,7 % der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren und 18,7 % der Männer dieser Altersgruppe versorgen eine hilfsbedürftige Person. Auch Personen im höheren Lebensalter (80 bis 85 Jahre) kümmern sich noch relativ häufig selbst um einen pflegebedürftigen Angehörigen (14,4 % bzw. 12,7 %). Weiterhin sind Frauen im Erwerbsalter (bis 65 Jahre) eher bereit, für die Pflege eines Angehörigen beruflich kürzer zu treten (Nowossadeck et al., 2016, S. 10). Die Zuweisung bzw. Übernahme von Sorge- und Pflegetätigkeiten

50 meint hier: zusammen bzw. ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt (Sachsen 29 %; Bundesdurchschnitt: 24 %).

51 eine deutschlandweite repräsentative Befragung von über 6000 Frauen und Männern im Alter von 40 bis 85 Jahren. Frage hierzu lautet: „Gibt es Personen, die aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes von Ihnen privat oder ehrenamtlich betreut bzw. gepflegt werden oder denen Sie regelmäßig Hilfe leisten?“ (Nowossadeck, 2016, S. 10).

an bzw. durch Frauen erfolgt selbst bei Paaren, in denen beide einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Diese ungleiche Verteilung hat für die Frauen eine höhere Arbeits- und Zeitbelastung und geringere Partizipationsmöglichkeiten im Arbeitsleben und öffentlicher Teilhabe zur Folge (Altenberichtskommission, 2016, S. 211–212).

Exkurs: Junge Pflegende

Die Pflege, Betreuung und Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen wird mitunter auch durch minderjährige Kinder und Jugendliche übernommen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die spezifischen Belastungs- und Bedürfniskonstellationen dieser sehr jungen Pflegepersonen zu betrachten. Die Datenlage zur Anzahl von betroffenen Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland sehr unsicher. Ursächlich hierfür ist auch die hohe Anfälligkeit der Studien für Verzerrungen, weil in Befragungen aus Angst vor familiären Nachteilen und Konsequenzen für das Familienleben falsche Angaben gemacht werden. Es bedarf also in Zukunft dringend einer landesspezifischen Forschungsbasis, um fundierte Entscheidungen ableiten zu können (Leu & Becker, 2017, S. 31–35). Aus der internationalen Studienlage kann man den Umfang jedoch abschätzen. Der internationale Vergleich weist einen Anteil von 1,7 % bis 4,5 % der Kinder und Jugendlichen aus (Metzing, 2017, S. 9). Eine deutsche Studie erhob einen Anteil von 5 % der 12- bis 17-Jährigen, was hochgerechnet auf Deutschland 230 000 Kindern und Jugendlichen entspricht (Lux & Eggert, 2017, S. 15).

Mögliche Herausforderungen ergeben sich aus der Doppelbelastung zwischen Schule und Hilfe bei der Pflege, der frühen Übernahme von Verantwortung und der Angst, dass Behörden Konsequenzen aus der Pflegesituation ziehen und die Familie trennen könnten (Metzing, 2017, S. 10–13). Spezifische Angebote für diese Zielgruppe gibt es deutschlandweit über das seit 2017 bestehende Jugendtelefon „Nummer gegen Kummer“[52] sowie vereinzelt auch regional, z. B. bei „Young Carers“[53] im schleswig-holsteinischen Segeberg.

Motive der Pflegeübernahme

Es gibt sehr unterschiedliche Gründe für die Übernahme von Pflegeverantwortung. In erster Linie zählen dazu vor allem die liebevolle Verbundenheit, die emotionale Bindung (Bestmann et al., 2014, S. 11; DAK-Gesundheit, 2015, S. 30; Döhner et al., 2007, S. 219), Dankbarkeit und der Wunsch, etwas zurückgeben zu wollen (Böhme, 2017; Seyfert, 2017; Wagner, 2016). Knapp die Hälfte (43 %) der befragten Pflegepersonen einer DAK-Studie versorgt den Angehörigen aus „Pflichtgefühl“ und weitere 13 % nennen die hohen Kosten der vollstationären Unterbringung bzw. mangelndes Vertrauen in diese Versorgungsart als Grund für die Übernahme der Pflegeaufgabe (DAK-Gesundheit, 2015, S. 30). Auch fehlende Betreuungsalternativen werden benannt (Wetzstein et al., S. 3). Darüber hinaus begründen vor allem pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund die Pflege eines Familienmitgliedes als eine Art Erfüllung des Generationenvertrages, wonach die Pflege durch Angehörige hier eine Selbstverständlichkeit darstellt (Tezcan-Güntekin, 2017).

Trotz der vielfältigen Herausforderungen und der zum Teil enormen Verantwortung wird eine Pflegeübernahme von den Angehörigen überwiegend positiv bewertet. Sie sehen darin eine lohnenswerte Aufgabe, geprägt von Wertschätzung, Stärkung des

52 Link zur Website mit weiteren Informationen zum Jugendtelefon: https://www.nummergegenkummer.de/.
53 Link zur Webseite mit weiteren Informationen zum Projekt „Young Carers“: http://www.youngcarers.de/.

Beziehungsverhältnisses zur pflegenden Person, Sinngebung und auch dem Erlernen neuer Fähigkeiten. Dies wiederum ist verbunden mit einem steigenden Selbstwertgefühl und der Lebenszufriedenheit (Döhner et al. 2007).

Pflegeempfängerin und Pflegeempfänger – wer wird gepflegt

Pflege findet überwiegend in der Familie statt. Die große Mehrheit der Pflegepersonen pflegt einen engen Verwandten (Wetzstein et al., 2015, S. 4). In einer Befragung der Techniker Krankenkasse (TK) geben etwa die Hälfte der rund 1 000 befragten Pflegepersonen an, die eigenen Eltern zu pflegen. Weiterhin versorgen 18 % ihre Lebenspartnerin bzw. -partner und etwa 11 % einen der Schwiegereltern (Bestmann et al., 2014, S. 11). Auch in einer Studie im Auftrag des BMG geben circa 37 % der befragten Hauptpflegepersonen an, die eigenen Eltern zu pflegen. Weitere 32 % versorgen als Ehe- bzw. Lebenspartnerin oder -partner und 6 % als Schwiegertochter/-sohn den Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 61). Nur jede zehnte Pflegeperson ist nicht mit dem Pflegebedürftigen verwandt, sondern pflegt als Nachbarin, Nachbar, Freundin oder Freund eine nahestehende Person (Wetzstein et al., 2015, S. 4). Dies belegt auch die Forsa-Umfrage der DAK-Gesundheit, wonach nur etwa 4 % der Erwachsenen jemanden pflegen, der nicht mit ihnen verwandt ist (DAK-Gesundheit, 2015, S. 29).

Die Daten des DEAS zeigen, dass jüngere Pflegepersonen zumeist ein Elternteil unterstützen, ältere Pflegepersonen hingegen oftmals die eigene (Ehe-)Partnerin bzw. den eigenen (Ehe-)Partner. So geben knapp die Hälfte der Befragten im Alter von 40 bis 54 Jahren sowie im Alter von 55 bis 69 Jahren (46,6 % bzw. 42,5 %) an, die eigene Mutter zu unterstützen. Die Väter erhalten hingegen deutlich seltener Unterstützung durch die eigenen Kinder (ca. 20,5 % bzw. 13,1 %), da diese oftmals von deren (Ehe-) Partnerinnen versorgt werden. Damit verlagert sich mit zunehmendem Alter der Pflegeperson der Fokus von der Elterngeneration auf die eigene Partnerin bzw. Partner als Empfängerin bzw. Empfänger von Hilfeleistungen (Nowossadeck, 2013, S. 11; Nowossadeck et al., 2016, S. 11).

Betreuungs- und Pflegeumfang

Bei der Interpretation der nachfolgenden Daten zum zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit ist zu beachten, dass die erhobenen Zeitwerte zwischen den Studien teilweise stark variieren. Verantwortlich dafür sind unter anderem unterschiedliche Stichprobenkonzepte. Eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist daher nur bedingt möglich[54] (Hielscher et al., 2017, S. 20–23).

Im Hinblick auf den Betreuungs- bzw. Pflegeumfang lässt sich zum Beispiel aus den Ergebnissen der GEDA-Studie 2012 ableiten, dass 2,6 % der Erwachsenen gelegentlich einen Angehörigen pflegen. Etwa 2 % pflegen ihren Angehörigen mindestens zwei Stunden pro Tag (hoher Betreuungsumfang). Je höher der zeitliche Betreuungs- und Pflegeumfang des Angehörigen ausfällt, desto häufiger übernehmen weibliche Angehörige die Pflegeverantwortung (77,2 %) und desto wahrscheinlicher wird die Pflege in einem gemeinsamen Haushalt organisiert (74,1 %) (Nowossadeck et al., 2016, S. 12; Wetzstein et al., 2015, S. 4). In letzterem Fall beträgt die durchschnittliche Pflegezeit etwa fünf Stunden pro Werktag (Geyer & Schulz, 2014, S. 299).

54 Eine Übersicht über weitere wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Themenkomplex findet sich in dem Paper „Pflege in den eigenen vier Wänden“ der Hans-Böckler-Stiftung (Hielscher et al.,2017, S. 20–23).

Insbesondere Menschen mit einer Demenzerkrankung haben einen sehr hohen Betreuungs- und Pflegebedarf. Zu 98 % stellen Angehörige für Demenzerkrankte die Hauptpflegeperson dar und leben mit diesem zumeist in einem gemeinsamen Haushalt (MUG III, 2002/05)[55]. Die Betreuung und Pflege der/des Demenzkranken in der eigenen Häuslichkeit wird jedoch in fortschreitenden Stadien der Erkrankung zunehmend schwerer und ist oftmals nur noch dann möglich, wenn die Hilfe der Angehörigen nahezu uneingeschränkt – also rund um die Uhr – zur Verfügung steht (Schäufele et al., 2016, S. 48–49; Schäufele et al., 2005, S. 114–116). Langfristig wird in der Regel eine vollstationäre Versorgung notwendig. Die Dauer der Diagnosestellung bis zur vollstationären Unterbringung eines Pflegebedürftigen mit Demenz beträgt in Sachsen etwa drei Jahre (Alltag, 2016).

Allgemein hängt die leistbare Pflege- und Betreuungszeit von Angehörigen maßgeblich von dem Umfang der Erwerbstätigkeit ab. Beispielsweise leisteten geringfügig Beschäftigte im Jahr 2012 durchschnittlich 2,8 Stunden Pflege pro Tag und in Vollzeit Tätige 1,7 Stunden (Geyer & Schulz, 2014, S. 297). Mehr zur Erwerbssituation der Pflegepersonen im Kapitel 3.3.

Pflegedauer

Der DAK-Pflegereport 2015 befragte Pflegende, wie lange sie ihren Angehörigen pflegen bzw. gepflegt haben. Bei vielen pflegenden Angehörigen (40 %) ist die angegebene Pflegedauer mit einem Zeitraum von unter einem Jahr relativ kurz. Ein Fünftel der Befragten pflegt den Angehörigen zwischen einem und zwei Jahren und 27 % leisten drei bis vier Jahre Unterstützung. Ein weiterer Anteil von immerhin noch 13 % gibt an, einen Angehörigen länger als fünf Jahre zu pflegen (DAK-Gesundheit, 2015, S. 28). Nach anderen prospektiven Schätzungen, basierend auf den Pflegeinzidenzen im Jahr 2013, hält etwa jede zweite Pflegesituation länger als zwei Jahre an. Demnach dauert eine Pflegebedürftigkeit, wenn sie nach dem 60. Lebensjahr eintritt, bei Frauen durchschnittlich 4,9 Jahre und bei den Männern im Durchschnitt 2,6 Jahre an. Werden alle Altersklassen einbezogen, ergibt sich eine Pflegedauer von je knapp 7 Jahren bei Männern und rund 6,4 Jahren bei Frauen (Rothgang et al., 2015, S. 17).

55 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebene Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“. Laut den Angaben von Schäufele et al. (2016) ist die MuG III-Studie nach wie vor die einzige Repräsentativerhebung bezüglich der Situation von Menschen mit Demenz in Deutschland (Schäufele et al.,2016, S. 48).

Basierende auf den im Kapitel 1.2 aufgeführten Studien lassen sich wesentliche Charakteristika von Pflegepersonen wie folgt zusammenfassen:

- Die Mehrheit der pflegenden Angehörigen ist **weiblich** und gehört der Altersgruppe der **55 bis 69-Jährigen** an.
- Pflege ist vorrangig „**Familiensache**“. Die große Mehrheit der Pflegepersonen pflegt eine Person, mit der sie im engen Verwandtschaftsverhältnis steht. Als Pflegepersonen treten dabei **vor allem die eigenen Kinder** in Erscheinung, wobei wesentlich **häufiger die eigene Mutter** pflegerische Unterstützung von den Kindern erhält.
- Bei einem **hohen Betreuungsumfang** (ab zwei Stunden/Tag) lebt die Mehrheit der pflegenden Angehörigen mit dem Pflegebedürftigen in einem **gemeinsamen Haushalt** (Pflegehaushalt).
- Der **durchschnittliche Pflegeumfang** beträgt in gemeinsamen Pflegehaushalten etwa **fünf Stunden pro Werktag**. Leben Angehöriger und Pflegebedürftiger in getrennten Haushalten, dann liegt der **durchschnittliche Umfang der Pflege** bei etwa **zwei Stunden** täglich.
- Pflegebedürftige mit **Demenzerkrankung** werden solange wie möglich von ihren Angehörigen in einem **gemeinsamen Pflegehaushalt** versorgt. Die häusliche Betreuung ist dabei oftmals nur möglich, wenn die **Hilfe** der Angehörigen nahezu **uneingeschränkt** zur Verfügung steht.
- Basierend auf prospektiven Schätzungen dauert **jede zweite Pflegesituation länger als zwei Jahre**. Tritt die Pflegebedürftigkeit nach dem 60. Lebensjahr ein, so dauert sie bei Frauen durchschnittlich etwa 4,9 Jahre und bei Männern 2,6 Jahre.

Abbildung 6: Zusammenfassung Hauptmerkmale pflegender Angehöriger (eigene Darstellung)

3.3 Erwerbssituation

Mit der Übernahme der Pflege eines Angehörigen bleibt in der Regel weniger Zeit, die die Pflegeperson für sich selbst zur Verfügung hat. Dies hat neben anderen Belastungsfaktoren insbesondere auch Auswirkungen auf die Teilnahme am Berufsleben (Bestmann et al., 2014, S. 14; Nowossadeck et al., 2016, S. 15). Aus unterschiedlichen Studien geht dennoch hervor, dass die Mehrheit (zwei Drittel) der Pflegepersonen im Erwerbsalter berufstätig ist und der Anteil derer, die Pflege und Beruf trotz der Doppelbelastung kombinieren, zugenommen hat (Ebd.). Beispielsweise stieg die Erwerbsquote vor allem von weiblichen Pflegepersonen im Alter von 50 bis 64 Jahren von 37 % im Jahr 2001 auf 61 % im Jahr 2012 an (zum Vergleich: bei nicht pflegenden Frauen von 48 % auf 66 %). Bei den pflegenden Männern gleichen Alters stieg sie im gleichen Zeitraum von etwa 46 % auf 67 % (zum Vergleich: bei nicht pflegenden Männern von 65 % auf 75 %). Somit unterschieden sich in diesem Zeitraum die Erwerbsquoten von Pflegepersonen und Nichtpflegenden in den meisten Jahren nur unwesentlich voneinander (Geyer & Schulz, 2014, S. 297).

Ungeachtet dessen führt die Pflege eines Angehörigen in vielen Fällen zu einer teilweisen oder gänzlichen Aufgabe der eigenen Berufstätigkeit. Beispielsweise sind nach Ergebnissen der TK-Studie nur 21,3 % der Pflegepersonen in Vollzeit tätig. Weitere 33,8 % gehen in Teilzeit arbeiten und knapp die Hälfte (44,9 %) gibt an, nicht berufstätig zu sein. Jeder dritte Befragte gibt als Grund für den reduzierten Beschäftigungsumfang die Übernahme der Pflege eines Angehörigen an (Bestmann et al., 2014, S. 11–14; Geyer & Schulz, 2014, S. 297–298; Rothgang et al., 2015, S. 193). Ähnliche Ergebnisse liefert auch der DAK-Pflegereport, wonach ein Drittel

der Pflegepersonen berufstätig ist. Davon arbeitet die überwiegende Mehrheit (85 %) in Teilzeit (DAK-Gesundheit, 2015, S. 21). Basierend auf SOEP-Daten kommt es vor allem dann zur Einschränkung bzw. Aufgabe der Erwerbstätigkeit, wenn der Betreuungsumfang zunimmt. So liegt die Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen, die den Angehörigen im gemeinsamen Haushalt mindestens eine Stunde täglich pflegen, bei 54 % (bei einer Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 30 Stunden). Hingegen liegt die Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen, die einen Angehörigen außerhalb des eigenen Haushalts weniger als eine Stunde pro Tag pflegen, bei 77 % (bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 37 Stunden). Dies entspricht ungefähr der Erwerbsbeteiligung von Personen ohne Pflegeverantwortung (Geyer, 2016, S. 32; Nowossadeck et al., 2016, S. 15–16).

Der Rückzug aus dem Erwerbsleben lässt sich vor allem bei Angehörigen beobachten, die einen **Pflegebedürftigen mit Demenz** versorgen. So waren gemäß einer im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführten Untersuchung etwa 27 % der befragten Pflegepersonen erwerbstätig. Knapp die Hälfte davon (44%) arbeitete mindestens 30 Stunden pro Woche. Die Wahrscheinlichkeit, einen Beruf ausüben zu können, wird dabei mit steigendem Pflegegrad des zu betreuenden Familienmitgliedes immer geringer. Etwa jede fünfte Pflegeperson gab im Verlauf der Pflege die Berufstätigkeit auf. Ungefähr die Hälfte der befragten Pflegepersonen war bereits zu Beginn der Pflegetätigkeit in keinem Beschäftigungsverhältnis (56 % der Pflegepersonen von Angehörigen mit fortgeschrittener Demenz, 48 % der Pflegenden, die einen leicht an Demenz Erkrankten betreuen) (Schäufele et al., 2016, S. 48 f.).

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, dass Pflegepersonen im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Pflegeverantwortung über ein geringeres Monatseinkommen verfügen. Dies trifft insbesondere auf Pflegende zu, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben und Pflegebedürftige mit hohem Betreuungsaufwand versorgen (Geyer, 2016, S. 34–35). Darüber hinaus arbeiten pflegende Angehörige häufiger als die übrigen Erwerbstätigen in kleineren Unternehmen und leben eher im ländlichen Raum (Geyer, 2016, S. 34–36; Seyfert, 2017; Suhr & Naumann, 2016, S. 223–226). Mehr dazu im Kapitel 3.6 „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“.

3.4 Belastungen

Erklären sich die Angehörigen bereit, die häusliche Pflege eines Familienmitglieds zu übernehmen, müssen sie oftmals viele Herausforderungen bewältigen und sind teilweise hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Organisation der Pflege geht mit einer Neustrukturierung des Alltags einher und führt u. a. zu einer anderen Rollenverteilung innerhalb der Familie (DAK-Gesundheit, 2015, S. 24; Graffmann-Weschke, 2017; Wetzstein et al., 2015, S. 3). Dabei fühlen sich weibliche Pflegepersonen im Vergleich zu Männern, die einen Angehörigen versorgen, deutlich stärker belastet (20,3 % bzw. 39,2 %) (Nowossadeck et al., 2016, S. 13). Aus vorliegenden Studien lassen sich wesentliche Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger ableiten (siehe Abbildung 7), die nachfolgend kurz erläutert werden.

Zu den wesentlichen Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger zählen u. a.:
• zunehmende Pflegedauer und Pflegeumfang • Vorliegen einer Demenzerkrankung • Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf und Pflege • bürokratische Hürden • physische und psychische Gesundheitsfolgen

Abbildung 7: Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger (eigene Darstellung)

Zunehmende Pflegedauer und Pflegeumfang

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die empfundene Belastung ansteigt, je länger die Pflege andauert und je höher der Pflegegrad und die damit verbundene Beanspruchung ausfällt (Bestmann et al., 2014, S. 16; Nowossadeck et al., 2016, S. 13; Pinquart, 2016, S. 63; ZQP, 2016, S. 63–65). So sind beispielsweise 70 % der Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit Pflegestufe III[56] betreuen, hoch bzw. ein Drittel sehr hoch belastet (Bestmann et al., 2016, S.16).

Vorliegen einer Demenzerkrankung

Liegt eine Demenzerkrankung vor, fühlen sich Pflegende signifikant stärker belastet als pflegende Angehörige, die Menschen ohne Demenzerkrankung versorgen (Bestmann et al., 2014, S. 16; DAK-Gesundheit, 2015, S. 34). Dabei führen insbesondere die krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndes Verhalten und die damit oftmals verbundene Unsicherheit im richtigen Umgang mit den Betroffenen bei den Angehörigen zu einer starken Belastung (Halek, 2017; Pinquart, 2016, S. 63; Wagner, 2016).

Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf und Pflege

Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf und Pflege gehören neben den Verhaltensauffälligkeiten des Pflegebedürftigen zu den größten Belastungsfaktoren einer erwerbstätigen Pflegeperson (Alltag, 2016; Böhme, 2017; Seyfert, 2017; Wagner, 2016). In einer FORSA-Umfrage des ZQP aus dem Jahr 2014 geben über 80 % der Erwerbstätigen mit eigener Pflegeerfahrung an, dass Beruf und Pflege unter den derzeitigen Gegebenheiten eher bzw. sehr schlecht zu vereinbaren seien. Gleichzeitig gibt aber die Mehrheit (94 %) an, dass es (sehr) wichtig sei, auch bei der Pflege eines Angehörigen weiterhin erwerbstätig zu bleiben. Am häufigsten wird dies finanziell begründet (86 %) (Naumann et al., 2016a, S. 75–76). Trotz der Doppelbelastung durch die Pflegeaufgabe kann die Berufstätigkeit auch eine Ressource und damit psychische Entlastung für die Angehörigen sein (Böhme, 2017; Nowossadeck et al., 2016, S. 14). So geben beispielsweise in der Studie der DAK Gesundheit 44 % der Befragten an, dass ihre Arbeit ein Ausgleich zur Pflege sei (DAK-Gesundheit, 2015, S. 36). Diese positiven Erfahrungen und entlastenden Effekte, die sich aus der Erwerbstätigkeit ergeben können, fallen jedoch wesentlich geringer aus als die Belastungen, die sich aus den Konfliktsituationen am Arbeitsplatz ergeben (ZQP, 2016, S. 69–70).

56 Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gelten seit dem 01. Januar 2017 anstatt der drei Pflegestufen nun die fünf Pflegegrade

Belastungsfaktor Zeitmangel und Bürokratie

Neben den zuvor beschriebenen Belastungsfaktoren können in einigen Fällen auch der hohe bürokratische Aufwand sowie Behörden- und Arztgänge als Stressor empfunden werden. Eine Pflegesituation kann sich je nach Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen schnell ändern. Aus diesem Grund kann der Bedarf an einer bestimmten Unterstützungsleistung bzw. einem Pflege- oder Hilfsmittel schnell akut werden. Jedoch steht das benötigte Hilfs- oder Pflegemittel aufgrund vorgegebener Regularien der Pflegekassen (z. B. (Neu-)Beantragung von Hilfsmitteln, lange Bearbeitungszeiten, Mehrfachbegutachtungen der Pflegesituation) im Fall einer Bewilligung oftmals zu spät zur Verfügung. Eine bedarfsgerechte Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes kann innerhalb dieser Zeit nicht immer sichergestellt werden (Böhme, 2017; Seyfert, 2017; Wagner, 2016).

Physische und psychische Gesundheitsfolgen

Langfristig kann sich die pflegebedingte Mehrfachbelastung auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand auswirken. Berufstätige Pflegepersonen weisen zunächst eine insgesamt höhere Lebenszufriedenheit auf, die jedoch mit zunehmender Dauer der Pflege abnimmt (Bestmann et al., 2014, S. 16; Rothgang et al., 2015, S. 194–195; Seyfert, 2017; Wetzstein et al., 2015, S. 5).

Wie verschiedene Studien zeigen, berichten Pflegende (insbesondere mit hohem Pflegeaufwand) im Vergleich zu Nicht-Pflegenden in höherem Ausmaß über gesundheitliche Probleme und psychische Belastungen (DAK-Gesundheit, 2015, S. 24–27; Schwinger et al., 2016, S. 195; Wetzstein et al., 2015, S. 5). Die Mehrheit der Pflegepersonen leidet unter physischen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Herz-Kreislauferkrankungen oder auch Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. Im Vergleich zu Nicht-Pflegenden leiden sie weiterhin auch häufiger unter psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, depressiver Verstimmung oder Schlafstörungen (Rothgang et al., 2015, S. 194). So waren beispielsweise Pflegepersonen mit durchschnittlich einem Fünftel häufiger von einer depressiven Episode betroffen als Nicht-Pflegende (12 %) (DAK-Gesundheit, 2015, S. 24–27). Insbesondere Pflegepersonen mit einem demenzerkrankten Angehörigen weisen eine psychische Überlastung auf (78 %). In der Folge kommt es bei vielen zu einem Rückgang der Partizipation und Autonomie (Alltag, 2016; Nowossadeck et al., 2016, S. 14; Seyfert, 2017).

3.5 Entlastung und Hilfe

Aufgrund der zuvor beschriebenen Belastungen sind bedarfsorientierte Angebote zur Stärkung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie zur Entlastung der Pflegepersonen von großer Bedeutung (Gräßel & Behrndt, 2016, S. 178). Gleichzeitig sind pflegende Angehörige als Zielgruppe für Unterstützungsmaßnahmen schwer zu erreichen (Adamczyk, 2016; Graffmann-Weschke, 2017; Kraushaar, 2016b; Lotze, 2016; Wagner, 2016). Dies trifft insbesondere auf Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu. Diese versorgen zu einem sehr hohen Anteil ohne professionelle Hilfe ihre pflegebedürftigen Angehörigen (Beispiel Türkeistämmige Bevölkerung zu einem Anteil von 98 %). Unterstützende Angebote wie ambulante Pflegedienste oder Kombinationsleistungen werden daher von den informell Pflegenden in der Regel nicht in Anspruch genommen (Tezcan-Güntekin, 2017).

Eine im Auftrag der AOK durchgeführte deutschlandweite Befragung von Hauptpflegepersonen zur Bekanntheit und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung verdeutlicht, dass zwar oftmals Kenntnis über diese Angebote bei den pflegenden Angehörigen vorhanden ist, in der Regel aber nur wenige diese auch nutzen (Schwinger et al., 2016, S. 199). Andere Untersuchungen kommen hier zu ähnlichen Ergebnissen (Bestmann et al., 2014; DAK-Gesundheit, 2015; Rothgang et al., 2015). Dabei basiert die Nichtnutzung häufig nicht auf einem fehlenden Bedarf, sondern begründet sich durch fehlende Finanzierungsmöglichkeiten bzw. wohnortnaher Angebote oder auch durch eine ablehnende Haltung gegenüber einer Versorgung durch Fremde (Adamczyk, 2016; Schwinger et al., 2016, S. 209–210).

Die Pflegeversicherung trägt die Kosten für die Unterstützungsleistungen nach den im SGB XI festgelegten Höchstbeträgen, die sich nach der jeweiligen Pflegegradeinstufung bemessen (§ 36 bis § 42 SGB XI). Ausgenommen davon sind Investitionskosten. Können Pflegebedürftige oder deren Angehörige die über den Höchstbetrag hinausgehenden Kosten nicht tragen, so kann, unter den gesetzlich definierten Voraussetzungen nach SGB XII, Hilfe zur Pflege bei dem Sozialhilfeträger gewährt werden. Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung und weitere Möglichkeiten der Entlastung und Hilfe für Pflegepersonen (kein Anspruch auf Vollständigkeit). Dabei lassen sich Angebote, die unmittelbar an der Versorgung des Pflegebedürftigen ansetzen (u. a. Tagespflege, Kurzzeitpflege), von solchen unterscheiden, welche die Angehörigen in den Mittelpunkt der Unterstützungsmaßnahme stellen (u. a. Angehörigengruppe, -beratung). Aufgrund der engen wechselseitigen Beziehungen zwischen diesen Angeboten können sowohl pflegende Angehörige als auch die Pflegebedürftigen selbst von diesen Maßnahmen profitieren. Eine strenge Kategorisierung ist an dieser Stelle nicht trennscharf möglich (Gräßel & Behrndt, 2016, S. 178–179). Nachfolgend werden wesentliche Unterstützungs- und Entlastungsangebote im Hinblick auf deren Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme näher beschrieben.

Möglichkeiten von Entlastung und Hilfe
a. ambulante Pflegedienste*
b. Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Angebote)*
c. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege*
d. Pflegekurse*
e. Informations- und Beratungsangebote
f. Pflegeberatung der Pflegekassen*
g. Angebote zur Unterstützung im Alltag* (u. a. Nachbarschaftshelfer)
h. ehrenamtliche Helferinnen/helfer (Alltagsbegleiter)
i. gemeinschaftliche Selbsthilfe*
j. Rehabilitationsmaßnahmen
k. Unterstützungsangebote der Mehrgenerationenhäuser
*Leistungen nach SGB XI

Abbildung 8: Arten von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten (eigene Darstellung)

a. Ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI und § 37 SGB V)

Pflegende Angehörige werden insbesondere bei Aufgaben, die im unmittelbaren Zusammenhang mit Pflegetätigkeiten stehen, durch die Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten entlastet. Das Angebot der Pflegedienste beinhaltet neben allen grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten auch umfassende Beratungsleistungen sowie ergänzende Hilfen wie Hauswirtschaft, Betreuung oder Vermittlung

von Krankentransporten, Mahlzeiten- und Fahrdiensten (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, 2014, S. 36). Alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad zwei sind anspruchsberechtigt. Menschen mit Pflegegrad eins können zur Inanspruchnahme von häuslicher Pflege den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat einsetzen (BMG, 2017b, S. 56–59).

Ergebnisse verschiedener Untersuchungen (Bestmann et al., 2014; DAK-Gesundheit, 2015; Rothgang et al., 2015) verweisen darauf, dass ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI und § 37 SGB V) eines der bekanntesten Unterstützungsangebote darstellen (Schwinger et al., 2016, S. 199–201). Bei der Mehrheit der Nutzer (72 %) werden diese zur Unterstützung bei originären Pflegeaufgaben eingesetzt. Die hauswirtschaftliche Versorgung wird zumeist von den Angehörigen selbst erbracht. Nur 16 % geben an, sich hierfür die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten zu holen. Weitere 17 % lassen sich durch diese auch weitere Hilfsdienste vermitteln (DAK-Gesundheit, 2015, S. 31–33). Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten wird zum Teil die wenige Zeit, die für Zuwendung und Gespräche bleibt, von den Angehörigen kritisch angemerkt (Schwinger et al., 2016, S. 209–210; Seyfert, 2017). Werden Pflegepersonen nach den Gründen der Nichtinanspruchnahme befragt, gibt mit 49 % knapp die Hälfte der Befragten an, diesen auch wirklich nicht zu benötigen. Der Mehrheit der befragten Angehörigen ist der ambulante Pflegedienst jedoch zu teuer (57 %) und nahezu die Hälfte (46 %) empfindet dessen Angebot als zu wenig flexibel (Adamczyk, 2016; Schwinger et al., 2016, S. 209–210). Darüber hinaus werden Pflegedienste auch aufgrund bestehender Schamgefühle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder aufgrund der ablehnenden Haltung des Pflegebedürftigen gegenüber der Versorgung durch Fremde nicht genutzt (Böhme, 2017; Graffmann-Weschke, 2017; Schwinger et al., 2016, S. 209–210; Seyfert, 2017).

Im Freistaat Sachsen hat diese Versorgungsart einen besonderen Stellenwert: Knapp 30 % (49 618) der Pflegebedürftigen werden gemeinsam mit bzw. durch ambulante Pflegedienste versorgt (Bundesdurchschnitt 24 %) (Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 11). Insbesondere in ländlichen Gebieten, bei denen die Folgen der demografischen Entwicklung bereits deutlich spürbar sind, ist die Inanspruchnahme der zusätzlichen Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erschwert, da nur wenige Anbieter zur Auswahl stehen oder diese bereits über ihre Kapazitätsgrenze ausgelastet sind. Viele pflegende Angehörige aus ländlichen Regionen arbeiten zudem nicht unmittelbar am Wohnort. Eine Unterstützung durch einen Pflegedienst ist in diesem Fall von großer Bedeutung. Alternative Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Bereich der Nachbarschaftshilfe sind unter Umständen ebenfalls schwer zu finden. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer dörflichen Gemeinde sind oftmals selbst schon im höheren Alter und auf Hilfe angewiesen. Viele jüngere Menschen, die Unterstützung leisten könnten, fehlen jedoch aufgrund eines Wegzugs in größere Städte und Ballungszentren (Böhme, 2017; Neu, 2017; Seyfert, 2017).

b. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI, teilstationäre Angebote)

Unter einer teilstationären Versorgung ist im Allgemeinen eine vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen innerhalb des Tagesverlaufs zu verstehen. Dies kann als Tages- oder Nachtpflege in einer stationären Einrichtung umgesetzt werden. In den Leistungen der Tages- und Nachtpflege enthalten sind die Aufwendungen für die Pflege, Betreuung und die notwendige medizinische Versorgung. Der Pflegebedürftige bzw. der pflegende Angehörige trägt hingegen die Kosten der Unterkunft und Verpflegung. Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige ab Pflegegrad zwei. Die Ansprüche auf ansonsten gezahlte ambulante Pflegesachleistungen bzw. Pflegegeld

bleiben auch bei Inanspruchnahme der Tages- oder Nachtpflege weiterhin in vollem Umfang bestehen (BMG, 2017b, S. 78–79). Die Tagespflege kann genutzt werden, um den Pflegebedürftigen stundenweise bzw. an ausgewählten Tagen der Woche betreuen zu lassen. Eine wirkliche Entlastung können solche Angebote nur sein, wenn diese auch wohnortnah zur Verfügung stehen (Gräßel & Behrndt, 2016, S. 182; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 10). Nach aktuellen Ergebnissen der Untersuchungsreihe „Pflege-Thermometer 2018“ schätzen jedoch derzeit etwa 42 % der befragten Pflegeeinrichtungen in Deutschland den Bedarf an Tagespflegeplätzen in ihrer Region als tendenziell nicht bzw. gar nicht gesichert ein (Isfort, 2018, 1,88).

Die Nachtpflege eignet sich für Pflegepersonen, die tagsüber die Pflege des Angehörigen zu Hause organisieren und daher nachts einen erholsamen Schlaf benötigen. Hierbei kommt entweder ein Pflegedienst über Nacht in den Pflegehaushalt oder der Pflegebedürftige wird abends in die stationäre Einrichtung und am nächsten Morgen wieder nach Hause gefahren. Die Nachtpflege eignet sich daher insbesondere für Pflegepersonen, die einen demenziell erkrankten Angehörigen pflegen, da diese häufig nachts aktiv sind (Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 10).

Verschiedene Studien zeigen, dass die Tagespflege mit Anteilswerten zwischen 84 und 95 % den Pflegepersonen sehr bekannt ist. Im Vergleich dazu fällt die tatsächliche Inanspruchnahme dieses Entlastungsangebots mit Nutzerwerten zwischen 15 und 32 %[57] jedoch wesentlich geringer aus (Bestmann et al., 2014, S. 13; DAK-Gesundheit, 2015, S. 31–33; Schwinger et al., 2016, S. 199–201). Dabei lassen sich für die mangelnde Inanspruchnahme ähnliche Begründungen wie beim ambulanten Pflegedienst finden (Finanzierung, fehlendes wohnortnahes Angebot). Des Weiteren wird bei der Tagespflege als zusätzlicher Hinderungsgrund die aufwendige Organisation genannt (38 % der befragten Nichtnutzer) (Adamczyk, 2016; Schwinger et al., 2016, S. 209–210). Bei der Nachtpflege zeigten sich ähnliche Ergebnisse (Bestmann et al., 2014, S. 13).

c. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 39 SGB XI und § 42 SGB XI)

Benötigen Pflegepersonen selbst eine Auszeit (Krankheit, Urlaub etc.), kann ab Pflegegrad zwei und nach einer mindestens sechsmonatigen Pflegezeit eine **Verhinderungspflege** in Anspruch genommen werden. Diese Unterstützungsmaßnahme wird für insgesamt sechs Wochen mit einem Leistungsbetrag von maximal 1 612 Euro pro Kalenderjahr gewährt. Darüber hinaus ist es möglich, maximal 50 % des Kurzzeitpflegebetrages (bis zu 806 Euro) zusätzlich für die Verhinderungspflege einzusetzen (insgesamt 2 418 Euro). Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird dabei ebenfalls für bis zu sechs Wochen weitergezahlt. Wird die Pflege durch einen nahen Angehörigen vertretungsweise übernommen, wird das 1,5-fache Pflegegeld gezahlt. Diese Ersatzpflege kann auch durch ehrenamtlich Pflegende oder von einem ambulanten Pflegedienst übernommen werden. Die Arbeitslosen- und Rentenversicherungsbeiträge der Pflegeperson werden für die Zeit des Erholungsurlaubs unverändert von der Pflegeversicherung weiter gezahlt (BMG, 2017a, S. 11, 2017b, 63-65; 105-109; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 9).

Die **Kurzzeitpflege** kann u. a. bei längerer Abwesenheit der Pflegeperson (z. B. eine Kur, Urlaub), bei akut auftretenden Pflegeproblemen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt genutzt werden (BMG, 2017a, S. 12; Sozialverband VdK

57 Der errechnete Nutzeranteil von Tages- und Nachtpflege fällt zu hoch aus: Berechnungen zu GKV-standardisierten AOK-Routinedaten zeigen, dass der Nutzeranteil für das Jahr 2014 bei ca. 4 % lag (Schwinger et al., 2016, S. 199).

Deutschland e. V., 2017, S. 9). Dabei wird der Pflegebedürftige eine begrenzte Zeit (max. acht Wochen pro Kalenderjahr) in eine vollstationäre Einrichtung gegeben. Wie bei der Verhinderungspflege steht ein Leistungsbetrag in Höhe von bis zu 1 612 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Pflegebedürftige mit Pflegegrad eins können dieses Unterstützungsangebot im Rahmen des Entlastungsbetrags (125 Euro/ Monat) in Anspruch nehmen und müssen die darüber hinausgehenden Kosten selbst tragen. Werden im konkreten Fall mehr Leistungen für die Kurzzeitpflege benötigt, so kann alternativ auch der komplette Anspruch auf Verhinderungspflege (1612 Euro) für die Kurzzeitpflege genutzt und somit der Leistungsbetrag maximal verdoppelt werden (bis zu 3224 Euro im Kalenderjahr). Das hälftige Pflegegeld wird in dieser Zeit ebenfalls bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr weiter gezahlt. Es gibt auch die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Betreuung zu geben, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung hat. In diesem Fall muss die Pflegeperson ebenfalls in der gleichen Einrichtung oder deren Umgebung eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durchführen (BMG, 2017a, S. 12, 2017b, S. 79–80; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 9).

Die Mehrheit der Pflegepersonen kennt die beiden Entlastungsangebote (Verhinderungspflege: zwischen 72 % und 87 %; Kurzzeitpflege: zwischen 78 % und 90 %). Jedoch fallen die jeweiligen Nutzerwerte wesentlich geringer aus (16 % bis 30 % bzw. 20 % bis 25 %) (Schwinger et al., 2016, S. 199–201). Als Barrieren der Inanspruchnahme werden von den befragten Angehörigen vor allem der damit verbundene hohe Organisationsaufwand genannt (43 %) (Schwinger et al., 2016, S. 209–210; Seyfert, 2017). Zudem begründen die Angehörigen die Nichtnutzung damit, dass sie den Pflegebedürftigen nicht mehrere Tage allein lassen möchten (52 %) und immerhin noch 20 % benennen das fehlende wohnortnahe Angebot der Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege als Hürde (Adamczyk, 2016; Schöne, 2017; Schwinger et al., 2016, S. 209–210; Wagner, 2016). So geben bundesweit beispielsweise lediglich 15 % der Pflegeeinrichtungen in der Untersuchung von Isfort et al. (2018) an, dass sie das derzeitige Angebot der Kurzzeitpflege in ihrer Region als (voll)umfänglich gesichert ansehen (Isfort, 2018, S. 1).

d. Pflegekurse (§ 45 SGB XI)

Die Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, für pflegende Angehörige und ehrenamtlich tätige Personen in der Pflege unentgeltlich Pflegekurse anzubieten (§ 45 SGB XI). Im Freistaat Sachsen werden beispielsweise im Auftrag der Pflegekasse AOK PLUS jährlich etwa 100 solcher Pflegekurse durch regional unterschiedliche Anbieter wie Volkshochschulen, Weiterbildungsinstitute oder auch Pflegedienste durchgeführt (Schöne, 2017). In diesen Kursen vermitteln professionelle Pflegefachkräfte den Angehörigen u. a., wie sie eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellen und für den Erhalt der eigenen Gesundheit sorgen können (Gräßel & Behrndt, 2016, S. 180).

Je nach Bedarfslage können die Schulungsmaßnahmen auch zu Hause beim Pflegebedürftigen durchgeführt werden (BMG, 2017b, S. 110; Schöne, 2017). Eine Beratung in der Gruppe bietet jedoch die zusätzliche Möglichkeit des gemeinsamen Austausches. Somit bieten die Pflegekurse ein gutes Potenzial, die Gruppe der pflegenden Angehörigen gezielt zu unterstützen und psychisch zu entlasten. Auch wenn die Kurse in der Regel gut besucht sind, bleiben Pflegepersonen für dieses Unterstützungsangebot schwer zu erreichen (Graffmann-Weschke, 2017; Schöne, 2017).

Im Vergleich zu anderen Entastungsangeboten der Pflegekassen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Tagespflege) sind Pflegekurse weniger bekannt. Etwa 66 % der von der DAK-Gesundheit befragten Pflegepersonen wussten, dass sie sich in Pflegekursen Beratung einholen und Fertigkeiten über Pflegetechniken aneignen können. Die tatsächliche Nutzung fiel jedoch, wie bei anderen Angeboten auch, gering aus (18 %). Weiterhin zeigte sich, dass Pflegepersonen mit hohem Betreuungsaufwand eher auf Hilfsangebote zurückgreifen. Eine vorhandene Demenzerkrankung des Pflegebedürftigen lässt die Inanspruchnahme ebenfalls deutlich steigen (DAK-Gesundheit, 2015, S. 31–33). Bei Bestmann et al. (2014) kannte etwa die Hälfte der Befragten das Angebot der Pflegekurse zu Hause (50 %) bzw. die Pflegekurse in der Gruppe (58 %) (Bestmann et al., 2014, S. 13).

e. Informations- und Beratungsangebote

Angehörige werden mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds oder Freundes vor viele Herausforderungen gestellt, die mit zahlreichen inhaltlichen und organisatorischen Fragen rund um die Pflege einhergehen. So müssen Betroffene für eine schnelle Hilfe und Unterstützung genau wissen, wo und zu welchem Zeitpunkt sie sich Hilfe holen können (Graffmann-Weschke, 2017; Kraushaar, 2016b; Lotze, 2016).

Pflegebedürftige und Angehörige in Sachsen sind jedoch aufgrund der Vielzahl an Leistungsangeboten und Beratungsmöglichkeiten[58] oftmals überfordert (Seyfert, 2017). Die daraus resultierende Intransparenz der vielen Angebote ohne wirklich feste Ansprechpartner erschwert den Betroffenen einen niedrigschwelligen Zugang zu den Beratungsleistungen. Die Neuregelungen und die Komplexität des Leistungsangebotes durch die Pflegestärkungsgesetze führen bei den Betroffenen zudem zu einem erhöhten Beratungsbedarf. In der Konsequenz bleiben Angebote trotz bestehenden hohen Beratungsbedarfs oftmals ungenutzt (Märten, 2017). Hinzu kommt insbesondere bei älteren und hilfsbedürftigen Menschen die Angst, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Es könnte dort festgestellt werden, dass ein Verbleib im eigenen zu Hause nicht mehr möglich wäre. Dabei zielt eine Beratungsleistung mit der Vermittlung von adäquaten Hilfen aber genau darauf ab (Meusel, 2017).

Wenn pflegende Angehörige sich beraten lassen wollen, dann suchen sie hierfür laut Ergebnissen einer im Auftrag der AOK durchgeführten Studie mehrheitlich (53 %) eine Beratungsstelle der Pflegekasse auf. 31 % der Befragten nutzen dabei das Beratungsgespräch zu Hause (siehe dazu nachfolgender Punkt f.) (Schwinger et al., 2016, S. 207). Weitere Ansprechpartner, bei denen Pflegepersonen auch relativ häufig Rat suchen, sind laut AOK-Studie der ambulante Pflegedienst (48 %) und der/die (Haus-) Ärztin/-arzt (48 %). Andere Beratungsstellen wie beispielsweise der freien Wohlfahrtspflege oder der Kirche werden seltener genannt (Schwinger et al., 2016, S. 207). Darüber hinaus nutzen (insbesondere jüngere) pflegende Angehörige auch das Internet, um benötigte Informationen zum Thema Pflege abzurufen oder für die Kontaktaufnahme und den Austausch mit anderen Betroffenen. Es ist dabei vor allem für pflegende Angehörige in ländlichen Regionen ein niedrigschwelliges und effizientes Informations- und Kommunikationsmedium (Böhme, 2017; Seyfert, 2017).

58 u. a. PflegeNetz Sachsen; Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag; Pflegekoordinatoren; Sozialamt, Pflegeberater der Pflegekassen; Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen

Ein internetbasiertes Informations- und Beratungsangebot stellt beispielsweise der „digitale Pflegewegweiser“ dar, der 2017 von der „Koordinierungsstelle für Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen“ im Jahr 2017 entwickelt wurde. Dieser Wegweiser bietet den Studierenden, die einen Angehörigen pflegen, aber auch allen anderen Interessierten bzw. Betroffenen gezielte Informationen über rechtliche Ansprüche und Unterstützungs- und Vorsorgemöglichkeiten. Studierende als pflegende Angehörige stellen an sächsischen Universitäten und Hochschulen eine besondere Personengruppe auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Studium und Pflege dar. So finden deren Bedürfnisse und sozialen Belange im Gegensatz zu anderen Studierendengruppen (Studierende mit Kind, ausländische Studierende, Studierende mit einer chronischen Erkrankung, etc.) derzeit im Sächsischen Hochschulfreiheitsgesetz (§ 5 Abs. 2 Nr. 11) noch keine explizite Berücksichtigung (Kirchhoff, 2017).

f. Pflegeberatung der Pflegekassen (§ 7a SGB XI)

Seit 2009 haben Leistungsempfänger der Pflegeversicherung gemäß § 7a SGB XI einen gesetzlichen Anspruch auf eine individuelle und kostenfreie Pflegeberatung durch die Pflegekassen (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) (GKV Spitzenverband, 2008; Graffmann-Weschke, 2017). Dabei wird die Pflegeberatung in Sachsen anders als in Bundesländern mit Pflegestützpunkten[59] (§ 7c SGB XI) ausschließlich als individuelle Leistung der Pflegekassen erbracht (Schöne, 2017). Mit den im Januar 2016 in Kraft getretenen Regelungen des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) wurde das Angebot der Pflegeberatung weiter ausgebaut. Dazu gehört, dass die Pflegebedürftigen im Rahmen der Beratung nun einen festen Ansprechpartner vor Ort erhalten. Sobald ein Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt wird, findet entweder ein Beratungstermin bei einer persönlichen Pflegeberaterin bzw. -berater der Pflegekasse oder bei einer Beratungsstelle auf Basis eines Beratungsgutscheines statt (§7b SGB XI). Auch pflegende Angehörige und weitere Helferinnen und Helfer haben mit den gesetzlichen Neuregelungen nun einen eigenen (freiwilligen) Anspruch auf Pflegeberatung erhalten (§7a SGB XI). Auf Wunsch kann die Beratung in der Häuslichkeit erfolgen. Wird die Pflege jedoch allein durch Angehörige sichergestellt (Pflegegeld), hat der Pflegebedürftige bzw. seine Pflegepersonen verpflichtend eine Beratung in der Häuslichkeit je nach Pflegegrad mindestens halbjährlich bis vierteljährlich nachzuweisen (§ 37 SGB XI). Oftmals werden weitere notwendige Hilfen (z. B. Pflegehilfsmittel) oder mögliche Überlastungen der Pflegeperson erst im Rahmen dieses Hausbesuches ersichtlich (BMG, 2017b, S. 121–123; Märten, 2017; Schöne, 2017). Mehr zur Inanspruchnahme und Bekanntheit dieses Angebots wird im Kapitel 8 „Beratungsstrukturen“ behandelt.

g. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die mit dem PSG II eingeführten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI[60] zielen darauf ab, pflegende Angehörige zu entlasten und helfen den Pflegebedürftigen, möglichst selbstbestimmt ihren Alltag im eigenen zu Hause zu bewältigen. Zur Finanzierung kann seit 2017 der einheitliche und zweckgebundene Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat genutzt werden (§ 45b SGB XI). Alle zu Hause versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad eins bis fünf sind anspruchsberechtigt. Dadurch können Unterstützungsmaßnahmen je

59 Sachsen hat sich im Jahr 2009 alternativ für den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung über eine „vernetzte Pflegeberatung“ zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger unter der Beteiligung des Freistaates Sachsen entschieden (SMS2015, S. 1).

60 vor dem 01.01.2017 „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote“

nach individuellem Bedarf genutzt werden. Neben der Finanzierung über den Entlastungsbetrag können zu Hause versorgte Pflegebedürftige (ab Pflegegrad zwei) dafür auch zu 40 % den Sachleistungsbetrag nutzen (Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI).

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag müssen durch die zuständige Behörde nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt sein (BMG, 2017b, S. 65 f.; Schöne, 2017). Rechtsgrundlage im Freistaat Sachsen bildet die „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten“ (BetrAngVO) vom 16. Dezember 2015[61]. Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen beispielsweise Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz oder auch die stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen, die Tagesbetreuung (Gruppen- oder Einzelbetreuung) und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen (gemäß § 3 Abs. 1 und 2 BetrAngVO). Mit Ausnahme der von Einzelpersonen erbrachten Angebote zur Unterstützung im Alltag entscheidet der KSV Sachsen über deren Anerkennung.

Am 15. Dezember 2015 hat das SMS eine „Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag“ eingerichtet, die u. a. für die Bewerbung des Unterstützungsangebotes der Nachbarschaftshilfe und des Landesprogrammes der Alltagsbegleitung zuständig ist. Weiterhin berät sie alle beteiligten Akteure und Bürger, die sich für die niedrigschwelligen Angebote (gemäß BetrAngVO) interessieren, bzw. verweist eventuelle Empfänger einer Förderung auf die Möglichkeiten der Betreuungsangeboteverordnung (Bockting, 2016; Koordinierungsstelle Sachsen, 2017).

Niedrigschwelliges Angebot der „Nachbarschaftshilfe“

Im Freistaat Sachsen können Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag auch für sogenannte **„Nachbarschaftshelferinnen und -helfer“** einsetzen. Gemäß § 7 der BetrAngVO (Fassung vom 01.01.2016) bieten sie niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Form der Einzelbetreuung für Pflegebedürftige oder Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung an und tragen dadurch zur Entlastung pflegender Angehöriger bei (z. B. Spaziergänge, Begleitung zu Ärztinnen/Ärzten, Basteln, Singen, Gespräche führen). Jede Person ab 18 Jahren kann als Nachbarschaftshelferin oder -helfer tätig werden, wenn sie/er nicht mit dem Pflegebedürftigen zusammen wohnt und kein Verwandtschaftsverhältnis besteht. Weiterhin muss sie oder er für die Anerkennung entweder einen entsprechenden Kurs der Pflegekasse (4x90 Minuten) absolviert haben oder über eine nachweisbare gleichwertige Qualifikation für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen verfügen. In den Kursen erlernen die Nachbarschaftshelferinnen und -helfer pflegerische Grundkenntnisse und ein Basiswissen über verschiedene Krankheitsbilder. Die Schulung soll sie dafür qualifizieren, jede Person, die Leistungen der Pflegeversicherung empfängt, zu betreuen. Nach erfolgter Prüfung der Voraussetzungen erfolgt die Anerkennung für einen Zeitraum von drei Jahren. In der Regel können Nachbarschaftshelferinnen und -helfer bis zu 40 Stunden im Monat ihre Hilfe anbieten. Die oder der Pflegebedürftige vereinbart mit der Hilfsperson die Höhe der Aufwandsentschädigung (max. zehn Euro/ Stunde). Weiterhin müssen sich Nachbarschaftshelferinnen und -helfer angemessen gegen Schäden versichern, die sie

61 „Bei Inkrafttreten der aktuellen Betreuungsangeboteverordnung zum 01.01.2016 galt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, wie er in der Neufassung des SGB XI verwendet wird, noch nicht. Die BetrAngVO wird derzeit überarbeitet. Sie ist bis zum Inkrafttreten im Lichte der Regelungen der §§ 45a ff SGB XI zu lesen“ (Linz ,2017b, S. 2).

anderen im Rahmen dieser Tätigkeit zufügen könnten. Seitens der Pflegekassen wird als Anerkennungsvoraussetzung eine Deckungssumme von mindestens zwei Millionen Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden empfohlen. Die Betreuungsangeboteverordnung fordert in diesem Zusammenhang eine „angemessene Versicherung“, sodass eine Abklärung des Versicherungsschutzes vor Beginn der Tätigkeit im Bereich der Nachbarschaftshilfe unumgänglich ist (Koordinierungsstelle Sachsen, 2017; Linz, 2017b; Schöne, 2017).

Seit der Implementierung des Angebots der Nachbarschaftshilfe steigt die Nachfrage und die Anzahl der Nachbarschaftshelferinnen und -helfer stetig (siehe Tabelle 5 (Koordinierungsstelle Sachsen, 2017; Linz, 2017a; Linz & Hunger, 2016). Nach Meldung der Pflegekassen (gemäß BetrAngVO § 7 Abs. 4) gibt es derzeit 1 481 (Stand: 30.06.2018) anerkannte Nachbarschaftshelferinnen und -helfer (Hammer, 2018). Auch wenn der Bekanntheitsgrad demzufolge zunimmt, ist die Maßnahme bei vielen noch unbekannt (Pöhler, 2016). Für eine Kontaktaufnahme sowie zur Vermittlung an die Pflegebedürftigen ist eine Registrierung der anerkannten Nachbarschaftshelferinnen und -helfer notwendig. Die Registrierung erfolgt seit März 2017 nicht mehr über das von der Koordinierungsstelle betreute „Portal der Nachbarschaftshelfer“, sondern auf der Datenbank „PflegeNetz Sachsen“ (Bockting, 2016; Koordinierungsstelle Sachsen, 2017). Der Anteil derer, die sich als Nachbarschaftshelferinnen und -helfer registrieren lassen, fällt bisher jedoch relativ gering aus (siehe Tabelle 5) . Mögliche Gründe können bereits bestehende Konstellationen zwischen Pflegebedürftigen und Hilfsperson oder auch die Tätigkeitsübernahme durch eine Alltagsbegleiterin bzw. einen Alltagsbegleiter sein, der die nun pflegebedürftig gewordene Seniorin oder Senior weiter betreut (Linz, 2017a; Linz & Hunger, 2016; SMS, 2018). Aufgrund des geringen Anteils von anerkannten Nachbarschaftshelferinnen und –helfer, die sich auch registrieren lassen, fehlen beispielsweise Informationen darüber, wie viele Helferinnen und Helfer wirklich aktiv in der Nachbarschaftshilfe arbeiten, wie sich deren Auslastung gestaltet und ob es für den jeweiligen Hilfesuchenden wohnortnah auch entsprechend anerkannte Nachbarschaftshelferinnen und -helfer gibt, die ihre Hilfe anbieten (Landesseniorenvertretung & Landesinitiative Demenz Sachsen e. V., 2016, S. 22).

Tabelle 5: Anzahl Nachbarschaftshelferinnen und -helfer im Freistaat Sachsen (eigene Darstellung)

Abfrage-Zeitpunkt	Anzahl anerkannte Nachbarschafts-helferinnen und -helfer (gemäß § 7 Abs. 4 BetrAngVO)	Abfrage-Zeitpunkt	Anzahl registrierter Nachbarschafts-helferinnen und -helfer
März 2016	592	Sept. 2016	297 (Portal Nachbarschaftshelfer)
Juni 2016	718		
Sept. 2016	757		
Juli 2017	1 079	Juli 2017	108 (PflegeNetz Sachsen)
Juni 2018	1 481	August 2018	336 (PflegeNetz Sachsen)

Weiterhin bieten sich den Nachbarschaftshelferinnen und -helfern während der Ausübung der Tätigkeit in bestimmten Regionen Möglichkeiten eines Fachaustausches bzw. einer fachlichen Begleitung (Kontaktstellen wie z. B. Mehrgenerationenhaus Görlitz, Pflegenetzwerk Leipzig e. V.). Überwiegend wird dies jedoch oftmals erst

im Rahmen der Auffrischungskurse alle drei Jahre möglich. Jedoch ist seitens der Kursanbieter eine Tendenz zu erkennen, dass einige Nachbarschaftshelferinnen und -helfer schon vorher die Motivation zum Weitermachen verlieren. So haben sich beispielsweise beim Kursanbieter Pflegenetzwerk Leipzig e. V. gerade einmal 1 % der angeschriebenen Nachbarschaftshelferinnen und -helfer für die Teilnahme an einem Auffrischungskurs entschieden. Die geringe Teilnahme an diesen Kursen führt bei den Kursanbietern und bei den verbleibenden Interessentinnen und Interessenten ebenfalls zu Problemen, da die Kurse nur ab einer bestimmten Mindestteilnehmerzahl durchgeführt werden können. Darüber hinaus kann die verbindlich durchzuführende Abklärung und ggf. notwendige Anpassung des Versicherungsschutzes eine Barriere für die tatsächliche Aufnahme der Tätigkeit sein (Fiedler, 2016; Helms & Dumke, 2016; Märten, 2017). Einzelne Kursanbieter wie die Landesinitiative Demenz e. V. stellen zudem den Umfang des Grundkurses aufgrund der Komplexität der zu vermittelnden Inhalte infrage, insbesondere dann, wenn Nachbarschaftshelferinnen und -helfer einen Pflegebedürftigen mit sehr hohem Pflege- und Betreuungsbedarf unterstützen möchten (Helms & Dumke, 2016; Pöhler, 2016).

h. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer

Ehrenamtlich Tätige erfüllen bei der Versorgung älterer Familienmitglieder ebenfalls eine wichtige Unterstützungs- und Entlastungsfunktion für die Angehörigen. Dabei übernehmen sie in der Regel weniger pflegerische Aufgaben, sondern sind vor allem in der Betreuung und Begleitung des Pflegebedürftigen geschult. Zumeist werden sie durch Institutionen wie die freien Träger der Altenhilfe, der Kirche oder der Gemeinden vermittelt (BAGSO, 2014, S. 37–38). Dabei entscheiden sich ehrenamtlich Tätige aus unterschiedlichen Gründen für eine Aufgabe im Bereich der Betreuung bzw. Pflege älterer Menschen. Dies reicht von dem Wunsch nach Weiterbildung und sozialen Kontakten bis hin zum Austesten der persönlichen Eignung für eine spätere berufliche Tätigkeit im Pflegebereich (Helms & Dumke, 2016). Im Freistaat engagieren sich laut Daten des Deutschen Freiwilligensurveys 2014 (FWS) insgesamt 38 % der Sachsen freiwillig[62] (Bundesdurchschnitt: 44 %). Dabei richtet sich das Engagement mit einem Anteil von etwa 35 % der Engagierten am dritthäufigsten an die Zielgruppe der älteren Menschen (Bundesdurchschnitt: 29,8 %) und weiterhin mit einem Anteil von etwa 14 % an die Zielgruppe der pflege- oder hilfebedürftigen Personen (Kausmann et al., 2016, S. 145–150). Mehr zum Thema des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich Pflege enthält das Kapitel 1.4 im Berichtsabschnitt „Lebensraum Quartier“.

Landesprogramm der Alltagsbegleitung

Eine Möglichkeit, sich als ehrenamtliche Helferin oder Helfer in Sachsen im Bereich der Begleitung und Betreuung von älteren, aber noch nicht pflegebedürftigen Menschen zu engagieren, bietet das seit 2013 bestehende Landesprogramm der Alltagsbegleitung. Rechtsgrundlage ist die „Richtlinie des SMS zur Förderung von Alltagsbegleitern für Senioren vom 10. September 2015“. Diese ist in dieser Fassung noch bis zum 31. Dezember 2017 gültig (Koordinierungsstelle Sachsen, 2017). Gemäß dem Haushaltsplan 2017/18 sind für das Projekt der Alltagsbegleitung jeweils 2,4 Millionen Euro pro Jahr bewilligt worden (Bockting, 2017). Im Entwurf des Doppelhaushaltes 2019/2020 sind ebenfalls Mittel eingestellt. Die entsprechende Förderrichtlinie soll weiter gelten (Bockting, 2017).

62 ehrenamtlich übernommene Aufgaben und Tätigkeiten außerhalb von Familie und Beruf; hier eine weite Definition des Engagements, die über die Erfassung des formalen Ehrenamtes hinausgeht (Kausmann et al.r, 2016, S. 145).

Alltagsbegleiterin bzw. -begleiter kann jede Person mit Wohnsitz in Sachsen werden, vorausgesetzt, sie lebt nicht mit der Seniorin oder dem Senior in einem Haushalt und ist auch nicht mit ihr oder ihm verwandt. Für die antragsgemäße Durchführung ist ein Projektträger verantwortlich. Dieser übernimmt die Auswahl und Anleitung der Alltagsbegleiterinnen und -begleiter und die anschließende Vermittlung an die interessierten Seniorinnen und Senioren. Als Projektträger kommen beispielsweise kommunale Gebietskörperschaften, gemeinnützige Vereine oder auch Kirchgemeinden infrage, welche mindestens fünf geeignete Personen für die Alltagsbegleitung anwerben können und diese bei der zuständigen Bewilligungsbehörde (Sächsische Aufbaubank, SAB) für eine reguläre Förderlaufzeit von einem Jahr beantragen. Die Förderung besteht jeweils aus der Aufwandsentschädigung für die Alltagsbegleiterinnen und -begleiter (80 Euro bei 32 Stunden im Monat) und für den Projektträger (pauschal 20 Euro monatlich, wenn die Alltagsbegleiterin bzw. der Alltagsbegleiter mindestens 16 Stunden tätig war). Als Verwendungsnachweis wird ein monatlicher Tätigkeitsnachweis geführt, der von der Alltagsbegleitung und der Seniorin bzw. dem Senior zu unterzeichnen ist. Nach Angaben der Koordinierungsstelle gibt es im Bewilligungszeitraum 2018 in Sachsen 95 geförderte Projekte mit 1 619 Alltagsbegleiterinnen und -begleitern (Stand: Juni 2018) (Hammer, 2018; Koordinierungsstelle Sachsen, 2017).

i. Gemeinschaftliche Selbsthilfe (§ 45 d SGB XI)

Selbsthilfegruppen bieten vor allem als emotionale Unterstützung wertvolle Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Dabei meint gemeinschaftliche Selbsthilfe, im Rahmen der eigenen Möglichkeiten tätig zu werden und durch den gemeinsamen Austausch Lösungen, Hilfen und Strategien zur Bewältigung der eigenen Situation zu entwickeln. Selbsthilfegruppen tragen im weiteren Sinne auch dazu bei, die häusliche Pflege eines Angehörigen zu stabilisieren und länger aufrechtzuerhalten (Helms, 2016b, S. 157). Aufgrund der oftmals schwierigen Lebenssituation pflegender Angehöriger ist der Zusammenschluss zu einer Selbsthilfegruppe jedoch erschwert. Die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen benötigt hierbei aufgrund der zeitlichen Dauerbelastung mehr Begleitung und Unterstützung, sodass es ohne Aktivierung und Initiierung von außen nur selten zur Gründung von Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger kommt (Graffmann-Weschke, 2017; Meusel, 2017; Wagner, 2016). Laut einer repräsentativen Befragung im Auftrag des BMG aus dem Jahr 2015 gibt es in 5 % der Pflegehaushalte eine Person, die Mitglied in einer Selbsthilfegruppe ist (BMG, 2016, S. 63).

Schließen sich mehrere Selbsthilfegruppen in Verbänden zusammen, spricht man von Selbsthilfeorganisationen. Diese sind als solche vor allem im Pflegesystem unverzichtbar. Sie machen die Interessen der pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen sichtbar und tragen diese in die Öffentlichkeit.

Aufgrund der großen Bedeutung bedarf es eines sachgerechten Auf- und Ausbaus von Selbsthilfegruppen im Bereich der Pflege. Eine finanzielle Förderung der Selbsthilfe hat der Gesetzgeber mit dem Paragraphen 45d Abs. 2 SGB XI im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffen. Die Förderung der Selbsthilfe wurde im Jahr 2013 mit dem PNG verändert und durch die gesetzlichen Regelungen des PSG II vom 21. Dezember 2015 nochmals konkretisiert. Danach sind zehn Cent pro Versichertem (insgesamt etwa acht Millionen Euro) zur Förderung der Selbsthilfe aus Mitteln der Pflegeversicherung einzusetzen. Die private Pflegeversicherung hat sich ebenfalls mit 10 % des Fördervolumens zu beteiligen. Da die Selbsthilfeförderung vorrangig zu den Aufgaben der Länder und Kommunen gehört, sind die bereitgestellten Gelder der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung hälftig durch diese

mitzufinanzieren. Die bereitgestellten Gelder der Pflegeversicherung werden gemäß § 45c SGB XI aus Mitteln des Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt und nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt (BMG, 2016, S. 62–63; Helms, 2016b, S. 157).

Jedoch setzen nicht alle Bundesländer im Rahmen einer Verordnung die Selbsthilfeförderung im Bereich Pflege um, sodass die bereitgestellten Mittel der Pflegeversicherung größtenteils nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden. Es bedarf daher einer besseren und umfangreicheren Nutzung dieser Mittel seitens der Länder bzw. der Kommunen. In den Ländern, wo Förderungen vorhanden sind, wird die Förderpraxis zumeist als sehr bürokratisch, zu streng und aufwendig beschrieben. Selbsthilfeorganisationen berichten darüber hinaus über zu stark bindende Förderbedingungen, die nicht der Form und Vielfalt der Selbsthilfeaktivitäten gerecht werden (BMG, 2016, S. 63; Helms, 2016a; Wagner, 2016). Sachsen gehört zu denjenigen Bundesländern, die durch die Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten (BetrAngVO) neben der Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und Modellvorhaben auch die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Bereich Pflege regelt. Die BetrAngVO, die am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, befindet sich im Zeitraum der Berichtserstellung aufgrund der sich ergebenden Veränderungen durch das Pflegestärkungsgesetz II und III in erneuter Überarbeitung.

Gemäß Königsteiner Schlüssel kann der Freistaat Sachsen insgesamt 1,67 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds als Fördermittel der Pflegeversicherung erhalten. Für den Bereich der Selbsthilfe stehen etwa 400 000 Euro aus der Pflegeversicherung zur Verfügung. Abgerufen wurden gemäß § 45d Abs. 2 SGB XI (einschließlich Modellvorhaben) aber beispielsweise im Jahr 2014 nur rund 6 000 Euro und für das Jahr 2015 lediglich 1 000 Euro[63] (BVA, 2013, S. 42–43, 2014, S. 41–43, 2015, S. 97–98; Wagner, 2016). Die seitens des BVA ausgereichten Förderanteile betrugen laut BetrAngVO jeweils 50 % der Gesamtzuwendung je Förderverfahren. Der Förderanteil des Freistaates Sachsen betrug gemäß BetrAngVO (2011 bis 2015) jeweils 35 % der Gesamtzuwendung je Förderverfahren. Der Eigenanteil der Kommune lag bei 15 %. Im Vergleich dazu betrug der Förderanteil des Freistaates Sachsen in den Jahren 2016 und 2017 gemäß der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen BetrAngVO jeweils 45 % der Gesamtzuwendung je Förderverfahren und einem fünfprozentigen kommunalen Eigenanteil (§ 11 Abs. 3 und 4 BetrAngVO, siehe Tabelle 6) (SMS, 2017).

Als mögliche Gründe für den geringen Abruf der Fördermittel werden u. a. der geringe Bekanntheitsgrad sowie die bis zur Änderung der BetrAngVO geltenden förderrechtlichen Regelungen gesehen (Wir pflegen e. V., 2016).

63 Den Bewilligungen im Jahr 2013 lag die damals geltende Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungsangeboten (BAVO) vom 21.12.2010 zugrunde; für das Jahr 2014 und 2015 die vorgenannte Verordnung, rechtsbereinigt zum Stand 31.12.2013 (Bockting, 2016).

Tabelle 6: Ausgereichte Fördermittelanteile aus der Pflegeversicherung (BVA) sowie des Freistaates Sachsen (SMS, 2017).

Ausgereichte Fördermittelanteile aus der Pflegeversicherung (BVA) und des Freistaates Sachsen – Angebote der Selbsthilfe gemäß § 45d Abs. 2 SGB XI			
Jahr**	**Anzahl Förderverfahren**	**Förderanteil Pflegeversicherung (BVA) in EUR**	**Förderanteil Freistaat in EUR** (ausschließlich Selbsthilfe)
2013	8	17.590,00	12.313,00
2014	2	6.750,00	4.725,00
2015	1	1.250,00	875,00
2016	2	6.250,00	5.625,00
2017	1	6.000,00	5.400,00

Quelle: Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV Sachsen; BVA)

j. Rehabilitationsmaßnahmen (§ 111, 111a SGB V)

Wie bereits zuvor im Kapitel 3.4 beschrieben, kann die Pflege eines Angehörigen langfristig zu körperlichen und psychischen Belastungen führen. Da die Pflegebedürftigen größtenteils von ihren Kindern bzw. deren Lebenspartnern gepflegt werden, spielt das Alter der Pflegenden hier zunehmend eine Rolle. Neben der Entlastung von pflegenden Angehörigen müssen auch die Prävention und der Gesundheitserhalt verstärkt in den Blick genommen werden. Bereits mit dem PNG wird ein stärkerer Aspekt auf die besonderen Bedürfnisse pflegender Angehöriger bei anstehenden Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung gelegt. Laut einer Evaluationsstudie im Auftrag des BMG sind 31 % der befragten Pflegebedürftigen bzw. der Hauptpflegepersonen diese Maßnahmen bekannt, jedoch haben nur 7 % diese Leistungen bisher auch in Anspruch genommen (BMG, 2016, S. 61). Vor allem die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ist für die pflegenden Angehörigen kaum möglich. Das im Mai 2018 vorgelegte Eckpunktepapier „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ des BMG, dessen Regelungen zum 1. Januar 2019 in Kraft treten, möchte daher für die Angehörigen auch dann einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation schaffen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eigentlich eine ambulante Maßnahme ausreichend wäre. In der Leistungspraxis finden aber berechtigte Anliegen der Angehörigen bereits jetzt im Rahmen des gesetzlichen Wunsch- und Wahlrechts Berücksichtigung (BARMER, 2018, S. 5; BMG, 2018, S. 5).

k. Angebote der Mehrgenerationenhäuser

Die deutschlandweit circa 540 durch das BMFSFJ geförderten Mehrgenerationenhäuser (MGH)[64] bieten ebenfalls zahlreiche Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger an. Im Freistaat Sachsen existieren derzeit 38 Mehrgenerationenhäuser[65], die nach den Prinzipien des Bundesprogrammes aufgebaut sind. So halten sie neben den Informations- und Beratungsangeboten für die Angehörigen auch Betreuungsangebote für die Pflegebedürftigen vor (zum Beispiel „Infopunkt für Demenz und Pflegebegleitung“ am MGH in Radebeul). Auf diesem Weg wird den Pflegepersonenen auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erleichtert (BMFSFJ,

64 Stand: Mai/Juni 2018
65 Stand: Mai/Juni 2018

2018; Helms & Dumke, 2016; Interessenverbund sächsischer MGH e. V.). Die Mehrheit der sächsischen MGHs befindet sich dabei in ländlichen Regionen (62 %) und ergänzt damit auf geeignete Weise die örtliche Infrastruktur. So hält jedes Haus im Durchschnitt 24 Angebote für alle Personen- und Altersgruppen vor (Interessenverbund sächsischer MGH e. V.).

3.6 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Der Erhalt bzw. die Förderung der Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen ist nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern insbesondere für die Arbeitgeber von zunehmender Bedeutung. Der demografisch bedingte Rückgang der Erwerbsbevölkerung wird den Bedarf an Fachkräften in den nächsten Jahren branchenweit weiter ansteigen lassen. In Anbetracht der gegenwärtig sehr guten gesamtwirtschaftlichen Auftragslage im Freistaat Sachsen gehört es demnach aus Sicht der Unternehmen und Betriebe zu einer der größten Herausforderungen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Ersatz für die zur Pflege eines Angehörigen freigestellte/n Mitarbeiterin/Mitarbeiter zu finden (Hofmann, 2017). Der pflegebedingte Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führt in den Unternehmen zu einer zusätzlichen Verstärkung des Fachkräftebedarfs. Vor diesem Hintergrund werden insbesondere solche gesetzlichen und betriebsinternen Angebote zukunftsfähig sein, die es pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, neben der Pflege des Angehörigen auch weiterhin berufstätig zu bleiben.

Im Verlauf der letzten Jahre sind in diesem Sinne durch den Bundesgesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen etabliert worden. Insbesondere zwei Gesetze legen dabei die Rahmenbedingungen für eine bessere Kombinierbarkeit von Berufstätigkeit und der Pflege eines Angehörigen fest: das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) aus dem Jahr 2008 und das Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfZG), in Kraft getreten im Jahr 2009. Durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurden diese beiden Gesetze mit Wirkung zum 1. Januar 2015 geändert. So wurden die bereits bestehenden Vorgaben des PflegeZG und des FPfZG weiterentwickelt und miteinander verzahnt. Weiterhin hat das BMFSFJ einen unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ins Leben gerufen, welcher die Umsetzungen dieser gesetzlichen Regelungen begleitet und über die erreichten Ergebnisse und Auswirkungen berät. Alle vier Jahre, erstmalig zum 1. Juni 2019, wird der Beirat dem BMFSFJ dazu einen Bericht mit möglichen Handlungsempfehlungen vorlegen (BMG, 2016, S. 56–59; Igl, 2016, S. 19–20).

Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz

Durch das Pflegezeitgesetz wird der Pflegeperson nach bisher schon bestehendem Recht die Freistellung von bis zu zehn Tagen im Sinne der **kurzzeitigen Arbeitsverhinderung** ermöglicht, wenn eine akute Pflegesituation eingetreten ist. Dies gilt für Beschäftigte, die sich um Angehörige wie zum Beispiel (Groß-) Eltern, (Ehe-) Partnerin oder (Ehe-)Partner, Kinder, Geschwister und Enkelkinder kümmern. Eine Vorankündigungsfrist besteht in diesem Fall nicht. Innerhalb dieser kurzzeitigen Arbeitsverhinderung wird nach den neuen Regelungen nun auf Antrag das Pflegeunterstützungsgeld als Entgeltersatzleistung von der Pflegekasse gezahlt (in der Regel 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts). Dies entspricht in etwa den Leistungen, die auch von der Krankenversicherung bei Krankheit eines Kindes gezahlt werden. Die soziale Absicherung über die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt innerhalb dieses Zeitraums bestehen (BMG, 2016, S. 56–59, 2017b, S. 118–119; Hoff,

2016; Igl, 2016, S. 19–22). Für das Pflegeunterstützungsgeld sind im Jahr 2015 circa 3,5 Millionen Euro aus den Mitteln der gesetzlichen Pflegekassen gezahlt worden. Im ersten Halbjahr 2015 nutzten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes 4 552 Personen das Pflegeunterstützungsgeld (BMG, 2016, S. 56). Die Ausgaben für das Pflegeunterstützungsgeld fielen in den Jahren 2016 und 2017 mit 4,41 Millionen Euro und 4,67 Millionen Euro etwas höher aus[66] (GKV-Spitzenverband, 2018).

Das Pflegezeitgesetz bietet Beschäftigten darüber hinaus die Möglichkeit, eine vollständige oder teilweise Auszeit von längstens sechs Monaten zu nehmen, um den Angehörigen in häuslicher Umgebung zu pflegen (**Pflegezeit**). Dabei ist zu beachten, dass der Anspruch auf diese sozialversicherte Freistellung von der Arbeitsleistung nicht gegenüber Arbeitgebern mit regulär 15 oder weniger Beschäftigten gilt. Innerhalb dieser Zeit besteht grundsätzlich Kündigungsschutz. Während der Pflegezeit wird kein oder nur ein reduziertes Arbeitsentgelt gezahlt. Die sechsmonatige Pflegezeit muss mit einer Frist von zehn Tagen angekündigt werden. Weiterhin besteht der Anspruch auf Freistellung seit Januar 2015 auch für die Begleitung des pflegebedürftigen Angehörigen innerhalb der letzten Phase seines Lebens. Diese Freistellung kann bis zu drei Monate umfassen und muss sich nicht auf die häusliche Umgebung beschränken (BMG, 2016, S. 56–59; Igl, 2016, S. 19–22; Viere, 2016).

Zur Abfederung der Verdienstausfälle hat die Pflegeperson bei Inanspruchnahme der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit (siehe unten) einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen in Höhe des hälftigen Lohnausfalls, welches am Ende der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit in Raten innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der Freistellung zurückgezahlt werden muss. Zuständig für die Rückzahlung und Gewährung des Darlehens ist das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Es existiert jedoch auch eine Härtefallregelung, nach der eine Stundung, ein Teildarlehenserlass oder auch ein komplettes Erlöschen der Darlehensschuld möglich ist (BMG, 2016, S. 56–59; Igl, 2016, S. 19–22; Viere, 2016). Im Jahr 2015 lagen beispielsweise 312 Anträge für solch ein zinsloses Darlehen vor, von denen 259 bewilligt wurden (BMG, 2016, S. 57).

Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Für die Versorgung eines pflegenden Angehörigen in der häuslichen Umgebung ermöglicht es das Familienpflegezeitgesetz, den Beschäftigungsumfang auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu verringern. Die Familienpflegezeit darf zusammen mit der Pflegezeit eine Gesamtdauer von 24 Monaten je pflegebedürftigem Angehörigen nicht überschreiten. Für die Zeit der Inanspruchnahme der Familienpflegezeit besteht gegenüber der beschäftigten Pflegeperson Kündigungsschutz. Zu beachten ist hier, dass dieser Anspruch in der Regel nicht gegenüber Arbeitgebern mit bis zu 25 Beschäftigten gilt. Der Beschäftigte muss seine Familienpflegezeit acht Wochen vor Beginn gegenüber dem Arbeitgeber schriftlich ankündigen. Das durch die reduzierte Arbeitszeit fehlende Arbeitsentgelt kann auch hier durch ein zinsloses Darlehen hälftig kompensiert werden (BMG, 2016, S. 56–59; Hoff, 2016; Igl, 2016, S. 19–22; Viere, 2016).

66 Ein konkreter Rückschluss auf die Fallzahlen ist nicht möglich, da die getätigten Zahlungen der Pflegekassen nicht von der Fallzahl, sondern auch vom Bruttogehalt der Empfängerinnen und Empfänger sowie der Dauer der Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes abhängt (max. 10 Arbeitstage) (GKV-Spitzenverband, 2018).

Einschätzung und Umsetzung durch die Arbeitgeber

Eine bundesweite Befragung des ZQP von 200 Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größen aus dem Jahr 2014 zeigt, dass nur etwa 20 % der befragten Unternehmen spezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige anbieten. Nur weitere 8 % der Personalverantwortlichen geben an, dass solche Maßnahmen in Planung sind (Naumann et al., 2016b, S. 89–91). Im Freistaat Sachsen fällt dieser Wert noch geringer aus: Bislang halten nur 3 % der Unternehmen (n = 1 173) Unterstützungsleistungen für Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen vor, welche über die gesetzlich geforderten Ansprüche hinausgehen. Dies geht aus einer im Jahr 2018 veröffentlichten Studie der sächsischen Industrie- und Handelskammern mit den sächsischen Handwerkskammern hervor (Fachkräfte-Monitoring 2018, Landesarbeitsgemeinschaft der Industrie- und Handelskammern im Freistaat Sachsen, 2018, S. 4).

Es zeigt sich somit für Deutschland und für Sachsen, dass eine pflegesensible Unternehmenskultur bei der Mehrheit der Betriebe noch nicht etabliert ist. Dabei hängt der Stellenwert der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Betrieb auch von der jeweiligen Unternehmensgröße ab (gemessen an der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Beispielsweise bieten bundesweit 43 % der Unternehmen mit mindestens 250 Beschäftigten solche Angebote an. Im Vergleich dazu sind es bei den kleineren Unternehmen (50 bis 249 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) nur 13 % bzw. 14 % bei Kleinunternehmen (16 bis 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Dennoch ist es der Mehrheit der Personalentscheider (76 %) prinzipiell (sehr) wichtig, der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter bei der Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflege Hilfe anzubieten (Naumann et al., 2016b, S. 89–91). Die Unternehmensgröße lässt sich daher auch als ein entscheidender Einflussfaktor dafür sehen, dass Betriebe im Freistaat Sachsen, dessen Wirtschaftskultur vorrangig durch klein- und mittelständische Unternehmen geprägt wird, mehrheitlich noch keine pflegesensible Unternehmenskultur etabliert haben. Insbesondere für kleine sächsische Unternehmen stellt sich die Umsetzung der derzeitigen gesetzlichen Regelungen des Pflegezeitgesetzes bzw. des Familienpflegezeitgesetzes als problematisch dar, da diese bereits für Betriebe ab 16 bzw. 26 Mitarbeitern gelten. Daher sollten grundsätzlich bei gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auch die betrieblichen Möglichkeiten Beachtung finden (Hofmann, 2017).

Laut Ergebnissen des sächsischen Fachkräfte-Monitorings 2018 bieten Unternehmen eher indirekte, pflegeunspezifische Unterstützungsleistungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die vorrangig auf eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung abzielen. So können beispielsweise flexible Arbeitszeit- (50 %) und Teilzeitlösungen (36 %) in Anspruch genommen werden. In 14 % der Unternehmen können die Beschäftigten ihren Arbeitsort flexibel wählen (Landesarbeitsgemeinschaft der Industrie- und Handelskammern im Freistaat Sachsen, 2018, S. 4). Ähnliche Ergebnisse liefert auch die bundesweite ZQP-Befragung aus dem Jahr 2014. Im Hinblick auf das Angebotsspektrum der betriebsinternen Maßnahmen zur Vereinbarkeit lassen sich hier als Unterstützungsangebote am häufigsten flexible Arbeitszeiten/ Arbeitszeitkonten (90 %) und individuelle Absprachen (85 %) finden. Auf die Pflege zugeschnittene Angebote sind u. a. Maßnahmen wie betriebsinterne Beratungs- oder Vermittlungsangebote, die von der knappen Mehrheit der Unternehmen mit betriebsinternen Angeboten vorgehalten werden (44 %). Unternehmen, die solche Unterstützungsmaßnahmen zukünftig planen, konzentrieren sich ebenfalls eher auf unspezifische Maßnahmen wie Homeoffice (50 %) oder Jobsharing (38 %) (Naumann et al., 2016b, S. 89–91). Bezüglich der Einschätzung der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie,

Pflege und Beruf mit Wirkung zum 1. Januar 2015 wurden diese von den Personalverantwortlichen umso schlechter bewertet, je länger diese es den erwerbstätigen Pflegepersonen ermöglichen, ganz oder teilweise aus dem Berufsleben zurückzutreten. Die kurzzeitige Arbeitsfreistellung mit dem Pflegeunterstützungsgeld wird dabei von der Mehrheit der Personalverantwortlichen (66 %) am besten bewertet. Nur ein Drittel der Befragten schätzt die Familienpflegezeit als gut umsetzbar ein (Naumann et al., 2016a, S. 79–83, 2016b, S. 92–93; Suhr & Naumann, 2016, S. 221–223). Vor diesem Hintergrund sah die Mehrheit der befragten Unternehmen (84 %) keinen Handlungsbedarf gemäß den gesetzlichen Novellierungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Lediglich 14 % wollten mehr betriebsinterne Angebote zur Verfügung stellen. So schätzen vor allem kleinere Betriebe (hier bis 250 Mitarbeiter) die Umsetzbarkeit der gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen als weniger gut ein (Naumann et al., 2016b, S. 93–94).

Aus dieser Datenlage geht hervor, dass die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege noch Verbesserungspotential aufweisen und die Umsetzung seitens der Unternehmen in Deutschland und auch Sachsen derzeit als schwierig eingestuft wird.

Einschätzung und Inanspruchnahme durch erwerbstätige Angehörige

Aus Sicht der Beschäftigten werden vor allem flexible Arbeitszeitmodelle (78 %), Arbeitszeitkonten (44 %) und die Reduzierung der Arbeitszeit (42 %) als geeignete Entlastungsmaßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege genannt (Nowossadeck et al., 2016, S. 16). Ähnliche Ergebnisse liefert auch die ZQP-Studie aus dem Jahr 2014: Auch hier sieht die Mehrheit (85 %) der Erwerbstätigen in der flexiblen Arbeitszeitgestaltung eine der geeignetsten Unterstützungsmaßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Aber auch Telearbeit/ Homeoffice (75 %) und individuelle Absprachen (69 %) werden als sehr hilfreich eingeschätzt (Naumann et al., 2016a, S. 79–80).

Die Erwerbstätigen wurden im Rahmen der ZQP-Umfrage ebenfalls zu den gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf mit Wirkung zum 1. Januar 2015 befragt. Demnach halten 89 % die kurzzeitige Arbeitsfreistellung mit dem Pflegeunterstützungsgeld für (sehr) hilfreich und fast ebenso viele (85 %) würden dieses Angebot selbst in Anspruch nehmen. Im Gegensatz dazu schätzen nur 55 % die Familienpflegezeit mit einer Dauer von maximal 24 Monaten als (sehr) hilfreich ein. Noch weniger Befragte (33 %) können sich vorstellen, diese Maßnahme selbst in Anspruch zu nehmen. Diese Vorbehalte vor allem gegenüber der Familienpflegezeit werden überwiegend finanziell begründet (84 %) (Naumann et al., 2016a, S. 79–83, 2016b, S. 92–93; Suhr & Naumann, 2016, S. 221–223). Gleichzeitig wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme des zinslosen Darlehens als unattraktiv bewertet. Pflegende Angehörige werden in dieser oftmals ohnehin schon finanziell angespannten Situation wahrscheinlich keinen Kredit aufnehmen, bei dem sie nicht wissen, ob dieser nach Ablauf der Pflege- oder Familienpflegezeit auch zurückgezahlt werden kann (Brysch, 2017; Hoff, 2016). Es fehlt hier an einer Entgeltersatzleistung, ähnlich beispielsweise nach dem Prinzip des Elterngeldes. Weitere Gründe für die geringe Inanspruchnahme dieser Maßnahmen sind u. a. die mangelnde Bekanntheit (insbesondere der Familienpflegezeit) in den Unternehmen sowie der bürokratische Aufwand, der mit der Beantragung verbunden ist (Hoff, 2016). Gemäß der ZQP-Umfrage besteht bei den pflegenden Angehörigen die Angst vor beruflichen Nachteilen, die mit der Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Familienpflegezeit einhergehen könnten (43 %). Immerhin noch 31 % der Befragten hatten bereits Befürchtungen

vor negativen Konsequenzen, wenn sie die zehntägige Arbeitsfreistellung nutzen würden. Dies spiegelt sich in ähnlicher Weise auch in Ergebnissen einer im Auftrag des BMFSFJ durchgeführten Bevölkerungsumfrage zu den Gründen der Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsfreistellung wider (siehe Tabelle 7). An diesen Ergebnissen zeigt sich erneut, dass eine pflegesensible Unternehmenskultur noch nicht verbreitet ist (BMG, 2016, S. 58f.; Naumann et al., 2016a, S. 79–83, 2016b, S. 92–93; Suhr & Naumann, 2016, S. 221ff.).

Tabelle 7: *Gründe der Nichtinanspruchnahme der beruflichen Freistellung (bis zehn Tage) (BMG, 2016, S. 58)*

Gründe (Mehrfachnennungen möglich)	Angabe in %
Der Anspruch war nicht bekannt	25
Die Auszeit war zur Bewältigung der Situation nicht erforderlich	55
Der/die pflegende Angehörige war zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts nicht abhängig beschäftigt	27
Inanspruchnahme ist mit beruflichen Nachteilen verbunden	4
Aus finanziellen Gründen	3
Aufgrund besonderer Umstände am Arbeitsplatz	4
Aus persönlichen Gründen	9
Pflegebedürftigkeit trat ein, bevor es den Anspruch gab (vor 1.7.2008)	9
Sonstiges	8
Weiß nicht	1
Keine Angabe	1

3.7 Soziale Absicherung

Entscheiden sich Angehörige für die Übernahme der Pflegeverantwortung, dann bietet die Pflegeversicherung verschiedene Leistungen als Teil der sozialen Absicherung. Finanziell erhält der pflegende Angehörige keine direkte staatliche Zuwendung. Vielmehr bekommt der Pflegebedürftige das sogenannte Pflegegeld als finanzielle Leistung seiner Pflegeversicherung ausgezahlt. Dieses kann im Sinne einer Aufwandsentschädigung an den pflegenden Angehörigen weitergegeben werden. Demzufolge dient das Pflegegeld der Versorgung des Pflegebedürftigen und ist nicht als „Einkommen“ für den pflegenden Angehörigen zu verstehen (Schöne, 2017).

Laut einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung aus dem Jahr 2017 gibt ein durchschnittlicher Pflegehaushalt in Deutschland monatlich insgesamt etwa 360 Euro für die Pflege eines Angehörigen aus (professionelle Dienstleistungen, Zusatzkosten für Medikamente oder Hilfsmittel, Aufwandsentschädigungen für informelle Helferinnen und Helfer etc.) (Hielscher et al., 2017, 76,101). Die finanzielle Absicherung der Pflegeperson kann somit unter Umständen insbesondere dann problematisch werden, wenn die Erwerbstätigkeit aufgrund des ständigen Betreuungs- und Pflegeaufwandes des Angehörigen für eine längere Zeit gänzlich aufgegeben werden muss (Böhme, 2017). Pflegende Angehörige haben zwar die Möglichkeit, bei einem gänzlichen Berufsausstieg im Rahmen der Pflegezeit zur Abfederung von Einkommensausfällen

das bereits erwähnte zinsloses Darlehen in Anspruch zu nehmen, dies wird jedoch aufgrund der unattraktiven Rahmenbedingungen nur selten genutzt (siehe Kapitel 3.6). Die Pflege dauert zumeist länger und pflegende Angehörige arbeiten oftmals in kleineren Betrieben oder Unternehmen (gemessen an der Unternehmensgröße), auf die diese gesetzlichen Regelungen nicht zutreffen (Brysch, 2017; Hoff, 2016).

Pflegepersonen (gemäß § 19 SGB XI) haben im Bereich der sozialen Absicherung einen Anspruch auf Leistungen der **Unfall- und Rentenversicherung** und seit dem Jahr 2017 auch auf Leistungen der **Arbeitslosenversicherung**, wenn sie eine oder auch mehrere Personen ab Pflegegrad zwei zu Hause nicht erwerbsmäßig für mindestens zehn Stunden und verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche pflegerisch versorgen (§ 44 SGB XI) (BMG, 2017b, S. 106).

Die Pflegeperson ist beitragsfrei gesetzlich **unfallversichert**, wenn sie einen pflegebedürftigen Angehörigen in der häuslichen Umgebung pflegt. Der Unfallversicherungsschutz umfasst seit dem Jahr 2017 sowohl alle pflegerischen als auch haushaltswirtschaftlichen Tätigkeiten sowie den direkten Hin- und Rückweg zum Pflegebedürftigen (BMG, 2017b, S. 106).

Viele Pflegepersonen können aufgrund der reduzierten oder gänzlichen Berufsaufgabe nur noch eingeschränkt für ihre eigene Altersvorsorge etwas tun. Daher besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Zahlung von **Rentenversicherungsbeiträgen** durch die Pflegekasse, wenn der pflegende Angehörige nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig ist. Dabei ist die Höhe der gezahlten Beiträge vom Pflegegrad und der in Anspruch genommenen Leistungsart (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) abhängig. Ein Anspruch besteht somit beispielsweise auch dann, wenn ein Pflegedienst genutzt wird und die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson lediglich als zusätzliche Unterstützung da ist. Es ist jedoch zu beachten, dass beispielsweise nur Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in Pflegegrad fünf zu Hause versorgen, den vollen Rentenbeitrag erhalten. Im Durchschnitt ergibt sich für ein Jahr geleistete Pflegetätigkeit ein monatlicher Rentenanspruch zwischen 5,22 und 27,60 Euro (Wert: 1. Januar 2017, Ostdeutschland) bzw. zwischen 5,54 und 29,30 Euro (Westdeutschland)[67] (BMG, 2017b, S. 106; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 15).

Seit Anfang 2017 zahlt die Pflegeversicherung Personen, die aufgrund der Pflege ihre berufliche Tätigkeit unterbrechen, ganz aufgeben oder direkt vor der Aufnahme der Pflegetätigkeit Empfänger von Arbeitslosengeld waren, die Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung** in Höhe der halben monatlichen Bezugsgröße für die gesamte Dauer der Pflegeübernahme (BMG, 2017b, S. 108; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 15).

Der **Krankenversicherungsschutz** wird hingegen nicht, wie beispielsweise der Unfallversicherungsschutz, automatisch gewährt, sondern hängt von dem jeweiligen Status der Pflegeperson ab. So sind pflegende Angehörige, die neben der Pflege noch einer **sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung** (Voll- oder Teilzeit) nachgehen, über diese weiterhin krankenversichert. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass die Pflegeperson über die **Familienversicherung** der Eltern bzw. der Partnerin/des Partners mitversichert ist. Dies trifft in der Regel auf Pflegepersonen zu,

67 Bei der Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge werden die Pflegepersonen so gestellt, als würden sie monatlich ein Arbeitsentgelt zwischen 502,74 und 2 660,00 Euro (Werte 2017, Ostdeutschland) bzw. 562,28 und 2 975,00 Euro (Werte 2017, Westdeutschland) beziehen (BMG, 2017b, S. 106; Sozialverband VdK Deutschland e. V., 2017, S. 15).

die sich im Rahmen einer Pflegezeit nach Pflegezeitgesetz bis zu sechs Monate von der Arbeitsleistung freistellen lassen (siehe Kapitel 3.6). Ist die Pflegeperson weder über eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung noch über eine Familienversicherung versichert, muss sie sich **freiwillig krankenversichern** und in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Diese Beiträge können auf Antrag bis zur Höhe des Mindestbeitrages von der Pflegeversicherung für alle Pflegegrade erstattet werden (Böhme, 2017; Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 112–113).

Vor diesem Hintergrund sehen Angehörige oftmals keine andere Möglichkeit, als sich trotz hoher Belastung durch die Pflege noch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu suchen, um über diese weiterhin krankenversichert zu bleiben (Böhme, 2017). Bei entsprechend nachgewiesener finanzieller Bedürftigkeit können Pflegepersonen auch Leistungen der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld II) in Anspruch nehmen[68]. In diesem Fall zahlt das Jobcenter die Beiträge zur Krankenversicherung. Eine Pflegeperson, die aufgrund der Belastung durch die pflegerische Versorgung die Erwerbstätigkeit aufgibt, ist aber im eigentlichen Sinne nicht „arbeitsuchend“ (Böhme, 2017). Gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB II muss eine Arbeit daher nicht angenommen werden, wenn diese Tätigkeit mit der Pflege des Angehörigen nicht vereinbar ist bzw. die Pflege nicht anderweitig sichergestellt werden kann.

3.8 Handlungsempfehlungen

Die Pflege durch Angehörige ist eine zentrale Stütze innerhalb des Pflegesystems und auch ein zentraler Bestandteil des pflegerischen Versorgungsmixes. Aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und der damit verbundenen Abnahme des informellen Pflegepotentials (Angehörige, Freundinnen/Freunde etc.) ist es jedoch eine große gesellschaftliche und politische Herausforderung, die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege durch die Angehörigen bzw. nahestehenden Personen auch zukünftig zu erhalten und weiter zu stärken (BMG, 2016, S. 56). Dabei sind die unterschiedlichen Voraussetzungen zwischen Stadt und Land bei der Auswahl geeigneter Strategien zur Stärkung informellen Pflegepotenzials besonders zu berücksichtigen.

3.8.1 Empfehlungen zur Förderung der Pflegebereitschaft

Trotz ihres bedeutenden Beitrags für das deutsche Pflegesystem werden pflegende Angehörige oftmals lediglich als „Betroffene“ und weniger als gleichwertige Partnerinnen oder Partner im Pflegesystem wahrgenommen. Nach Auffassung der Kommission gilt es daher, der Bereitschaft zur Pflege innerhalb der Gesellschaft und in den Familien eine noch größere Wertschätzung entgegenzubringen. In einer Zeit, in der sich traditionelle Familienstrukturen immer weiter auflösen, gilt es umso mehr, möglichst frühzeitig den Generationenzusammenhalt und die gemeinsame Verantwortung füreinander zu fördern.

Daher empfiehlt die Kommission der Staatsregierung,

- durch Sensibilisierung und Aufklärung ein frühzeitiges Bewusstsein und eine wertschätzende Einstellung gegenüber der familiären Pflegeaufgabe zu entwickeln.

68 Das Pflegegeld wird dabei nach Paragraph 11 Abs. 3 SGB II nicht auf das Arbeitslosengeld II angerechnet, da es als zweckbestimmte Einnahme gezahlt wird.

- eine umfassende Beschreibung der Situation pflegender Angehöriger im Freistaat Sachsen in Form einer Studie zu erarbeiten. Daraus ließen sich möglicherweise noch gezieltere Unterstützungsmaßnahmen ableiten.
- die Einführung einer jährlichen „Woche der pflegenden Angehörigen“, um die Bedeutung der informellen Pflege landesweit in das gesellschaftliche und politische Bewusstsein zu tragen. Die geplanten Aktivitäten der Staatsregierung zur erstmaligen Umsetzung dieses Konzepts Ende 2018 werden seitens der Kommission begrüßt. Neben der Informationsfunktion und der Möglichkeit der niedrigschwelligen Vernetzung zwischen pflegenden Angehörigen auf Landesebene, kann dieses Konzept auch einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und zum Erhalt der sozialen Teilhabe von Pflegepersonen leisten.
- pflegende Angehörige zukünftig als Vertreter in wichtigen Pflegegremien des Landes zu beteiligen (z. B. Landespflegeausschuss).
- die Schaffung von attraktiveren Rahmenbedingungen für das Ehrenamt im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen, um pflegende Angehörige zu entlasten.

3.8.2 Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Langfristig können sich die Mehrfachbelastungen auf den Gesundheitszustand der Pflegepersonen, sowohl physisch als auch psychisch, auswirken. Daher bedarf es gezielter Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Reduktion von Belastungsfaktoren für pflegende Angehörige. Nach Auffassung der Kommission sollte sich hierbei am Leitziel einer Pflege in geteilter Verantwortung orientiert werden, bei der die innerhalb der Familie geleistete häusliche Pflege durch professionelle Hilfe unterstützend begleitet wird (Pflegemix).

Daher empfiehlt die Kommission,

- den Pflegekassen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit auf mögliche Gesundheitsrisiken von pflegenden Angehörigen und passende Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen (z. B. Aufklärungskampagnen) sowie besonders belastete Pflegepersonen als Zielgruppe für gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen zu identifizieren und diese noch stärker durch bedürfnisorientierte Leistungen zu berücksichtigen.
- dem medizinischen Personal intensiver auf pflegende Angehörige einzuwirken, dass diese stärker als bisher präventive und rehabilitative Leistungen für sich selbst in Anspruch nehmen.
- den Versicherungsträgern die Gewährungspraxis hinsichtlich rehabilitativer Maßnahmen und Kuren für die Pflegepersonen zu überprüfen sowie die Rehabilitation und Erholung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen gemeinsam zu ermöglichen.

3.8.3 Empfehlungen zur Entlastung und Hilfe

Die Kommission schätzt in hohem Maß das große Engagement der Angehörigen im Bereich der Pflege eines Familienmitgliedes, einer/eines Bekannten oder Nachbarin/Nachbarn. Durch die gesetzlichen Neuregelungen der Pflegestärkungsgesetze wurde die Situation der pflegenden Angehörigen weiter verbessert. Dennoch gilt es seitens der Politik langfristig zu prüfen, ob die derzeit angebotenen Leistungen im Sozialrecht ausreichen, um die Motivation und die Möglichkeiten der Angehörigen zur Übernahme der Pflege im häuslichen Bereich auch weiterhin aufrechterhalten zu können. So haben Pflegepersonen oftmals Kenntnis über Unterstützungs- und

Entlastungsangebote, jedoch nutzen sie diese aufgrund unterschiedlicher Barrieren in wesentlich geringerem Umfang. Somit ergeben sich für die Kommission folgende übergreifende als auch spezifische Empfehlungen zu den derzeit bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten.

a. Übergreifende Empfehlungen

Aus Sicht der Kommission ist die Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote im Sinne einer stärkeren Orientierung an der Lebenswirklichkeit der Pflegepersonen und Pflegebedürftigen zielführend.

Die Kommission empfiehlt,

- den wesentlichen Akteuren im Pflegereich die Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung noch bekannter zu machen und auf diesem Wege eine „Enttabuisierung“ in der Gesellschaft zu erreichen. Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass vorhandene Barrieren der Inanspruchnahme dieser Leistungen abgebaut werden. Dabei müssen auch Verbesserungen der Finanzierungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, die in ihren Zahlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, geprüft werden.
- der Staatsregierung Wege zu finden, die eine bessere Planung und schnelle Übersicht zu verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen in Form einer zentralen Reservierungsplattform ermöglichen (z. B. über die bereits vorhandene Pflegedatenbank). Dies könnte einerseits eine bessere Planbarkeit für die Pflegeeinrichtungen gewährleisten und andererseits den pflegenden Angehörigen Wege ersparen, indem sie die Verfügbarkeit von Plätzen direkt abrufen können. Weiterhin ließe sich eine größere Transparenz erreichen, denn der Bedarf und die Verfügbarkeit von Plätzen würden zentral erfasst.
- den Pflegekassen passgenaue Unterstützungsmaßnahmen für die besonders belastete Zielgruppe der Angehörigen von Menschen mit Demenz bereitzustellen, um frühzeitig einer körperlichen und psychischen Überforderung entgegenzuwirken.
- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund eine Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Unterstützung von informellen Pflegepersonen (Familienangehörige etc.) hinsichtlich der Effizienz der bisherigen Maßnahmen. In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, inwieweit eine pauschalierte, unbürokratische finanzielle Unterstützung für (dringend benötigte) Hilfsmittel möglich ist.
- den Pflegekassen die Pflegekurse (§ 45 SGB XI) bei Angehörigen bzw. ehrenamtlich Pflegenden bekannter zu machen. Ziel ist es, eine bessere Unterstützung für pflegende Angehörige in Form von Begleitung und Ansprechpartnern zu gewährleisten, um auftretende Unsicherheiten zu überwinden. Eine gezielte Ansprache von Pflegepersonen – auch mit geringerem Betreuungsaufwand – ist notwendig, um frühzeitig potenziellen Belastungsfaktoren entgegenzuwirken.
- den Pflegekassen sich stärker mit der Qualitätssicherung der Versorgung durch informell Pflegende zu befassen. Diese ist verstärkt in den Fokus zu nehmen, um negative Auswirkungen eines eventuell fehlenden bzw. nicht fallspezifisch aufbereiteten Wissens bei den Pflegenden zu minimieren.

b. Spezifische Empfehlungen

Empfehlungen zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Die Kommission erachtet den weiteren Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten als notwendig. Diese sollen den individuellen Bedürfnissen und der zunehmend schwerer werdenden Lebenssituation der Pflegenden gerecht werden.

Daher empfiehlt die Kommission,

- der Staatsregierung die „Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag“ bei der Bewerbung, gezielten Koordination und Beratung bezüglich dieser Angebote weiterhin zu unterstützen und in diesem Zusammenhang das Landesprogramm der Alltagsbegleitung als niedrigschwelliges Angebot weiterhin gezielt zu fördern und auszubauen.
- der Staatsregierung modellhaft im Freistaat Sachsen eine Fachstelle für pflegende Angehörige, wie beispielhaft in Berlin, zu etablieren (siehe dazu https://www.diakonie-stadtmitte.de/senioren-pflege/fachstelle-fuer-pflegende-angehoerige/).

Empfehlungen zum Angebot der Nachbarschaftshilfe

Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission ist wiederholt der Bedarf an einer stärkeren Transparenz und Qualitätssicherung im Bereich der Nachbarschaftshilfe deutlich geworden.

Daher empfiehlt die Kommission,

- den wesentlichen Akteuren im Pflegereich die Bekanntheit des Angebots und das Engagement im Bereich der Nachbarschaftshilfe bei potentiellen Helferinnen und Helfern noch stärker durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und in Zusammenarbeit mit lokalen Netzwerkpartnern zu fördern. Zudem sind entsprechende Rahmenbedingungen bzw. Maßnahmen so auszugestalten, dass die Nachbarschaftshelferinnen/-helfer zu einer langfristigen Ausübung dieses Engagements befähigt und motiviert werden. Dies bedeutet insbesondere die aktive Betreuung der registrierten Nachbarschaftshelferinnen/-helfer (z. B. Abfrage der Auslastung und Unterbreitung von Angeboten für den wohnortnahen Einsatz) sowie Klarheit über Versicherungsfragen.
- der Staatsregierung die Durchführung einer (regelmäßigen) Evaluation der Nachbarschaftshilfe-Kurse und der Arbeit der Koordinierungsstelle. Zudem sollten daran orientierte Rahmenbedingungen geschaffen und eine langfristige Strategie bis 2030 entwickelt werden.
- der Koordinierungsstelle und den Pflegekassen die Akzeptanz einer Registrierung im Portal „PflegeNetz“ bei den Nachbarschaftshelfern zu erhöhen, um eine schnelle und transparente Vermittlung zwischen Hilfspersonen und Hilfesuchenden zu ermöglichen.
- der Staatsregierung und den Pflegekassen eine Harmonisierung des Übergangs zwischen Alltagsbegleitern und Nachbarschaftshelfern anzustreben, um den Auswirkungen der unterschiedlichen Finanzierungstatbestände entgegenzuwirken.

Exkurs: Empfehlungen zu jungen Pflegenden

Insgesamt kann konstatiert werden, dass dem Thema „junge Pflegende“ sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch in der politischen Debatte nicht die Bedeutung zukommt, die das Thema in anderen Ländern hat. Junge Pflegende sind eine relevante Zielgruppe, die besonderen Unterstützungs- und Hilfebedarf bei der Bewältigung ihres Pflegealltags benötigt. Es gilt in Zukunft spezifische Hilfs- und Unterstützungsangebote in eine Strategie einzubetten und umzusetzen.

Daher empfiehlt die Kommission der Staatsregierung und den Pflegekassen,

- das Thema junge Pflegende durch eine intensivere Debatte gesellschaftlich zu enttabuisieren und insbesondere daraufhin gerichtete Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen.
- die Entwicklung einer umfassenden Strategie, um die jungen Pflegenden mit spezialisierten Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu erreichen. Die Strategie soll die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Entwicklung der jungen Pflegenden fördern.
- die Einbeziehung aller relevanten Akteure bei der Entwicklung einer umfassenden Strategie, insbesondere das Kinder- und Jugendhilfesystem und die Sozialhilfeakteure.
- die Forschung zur Charakterisierung der jungen Pflegenden und deren Bedürfnissen durch geeignete Maßnahmen zu forcieren (u. a. KiFam-Studie zur Situation junger Pflegender, gefördert durch das BMG (2015-2017).
- das Thema junge Pflegende in die Pflegeberatung zu integrieren und spezielle Online- und Telefonberatungsmöglichkeiten zu etablieren und deren Bekanntheit sicherzustellen.
- dass insbesondere im Bereich Schule die Lehrkräfte sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sensibilisiert und zur Thematik geschult werden.
- den Pflegeaspekt (im Sinne der Chancengleichheit pflegender Studierender) konkret in die Hochschulgesetzgebung aufzunehmen (siehe § Abs. 2, Nr. 11 und § 34 Abs. 3 Sächsisches Hochschulfreiheitsgesetz).

3.8.4 Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung

Angehörige sind aufgrund der familiären Pflegesituation im Hinblick auf ihre Selbstorganisation gezielt zu unterstützen und zu begleiten. Wie in den Anhörungen deutlich wurde, ist die finanzielle Selbsthilfeförderung (§ 45d SGB XI) in Sachsen (wie auch in anderen Bundesländern) im Hinblick auf die ausreichende Ausschöpfung der Komplementärförderung der Pflegeversicherung noch stark ausbaufähig. Daher sind nach Auffassung der Kommission weitere Verbesserungen der förderrechtlichen Regelungen sowie der Abbau von Barrieren zur Inanspruchnahme dieser Fördermöglichkeiten anzustreben.

Die Kommission empfiehlt,

- den Landkreisen und kreisfreien Städten die bereitgestellten Mittel im Bereich der Selbsthilfe pflegender Angehörigen noch besser auszuschöpfen, sodass eine sachgerechte und nachhaltige Förderung der Selbsthilfearbeit möglich wird.
- der Staatsregierung und den Kommunen die Bekanntheit der Fördermöglichkeit durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen zu erhöhen. Als ein Beispiel kann hier die Initiative des SMS in Kooperation mit dem KSV zur Erarbeitung eines Katalogs über Fördermöglichkeiten dienen. Dieser sollte nach Möglichkeit schnellstmöglich umgesetzt werden.

- der Staatsregierung die im Berichtszeitraum erneut vorgenommenen Überarbeitungen der BetrAngVO in den nachfolgenden Jahren im Hinblick auf eine einfache und transparente Umsetzbarkeit der förderrechtlichen Regelungen zu prüfen.

3.8.5 Empfehlungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Die Kommission empfiehlt zu diesem Punkt,

- der Staatsregierung gemeinsam mit den Kammern (IHK, HWK) und anderen Vertretern der Wirtschaft Lösungen zu finden und Wege aufzuzeigen, wie die Unternehmen jeweils auf sie zugeschnittene, pflegespezifische Entlastungsmaßnahmen für Unternehmerinnen und Unternehmer selbst und ihre Beschäftigten im Sinne der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln (ähnlich einer Betriebs-Kita) und umsetzen können (beispielsweise flexible Arbeitszeitmodelle, Arbeitszeitkonten oder auch Telearbeit/ Homeoffice), um damit möglicherweise bestehende Vorbehalte der Arbeitgeber gegenüber den gesetzlichen Novellierungen von Pflegezeit und Familienpflegezeit abzubauen. Dies kann beispielsweise durch eine aktive Beratung mit entsprechendem Informationsmaterial von Unternehmen gelingen.
- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund zu prüfen, inwieweit der Anspruch auf Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz bzw. dem Familienpflegezeitgesetz von der Unternehmensgröße entkoppelt werden kann. Dabei gilt es, die Kleinteiligkeit der Unternehmen in Sachsen zu berücksichtigen.
- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund zu prüfen, ob ein Ersatz des Angebotes des zinslosen Darlehens durch eine besser an die Lebenswirklichkeit angepasste Entgeltersatzleistung möglich ist, um Vorbehalte der Pflegepersonen gegenüber dem Familienpflegezeitgesetz abzubauen. Als Vorbild können hier die Regelungen des Elternzeitgesetzes dienen.
- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund die Erwerbsbedingungen so weiterzuentwickeln, dass sich für Personen, die für die Pflege eines Angehörigen den Umfang ihrer Berufstätigkeit für diese Zeit verringern bzw. diese gänzlich aufgeben, so wenige Nachteile wie möglich für die Erwerbsbiografie ergeben .
- die Rahmenbedingungen für die häusliche Versorgung so zu gestalten, dass mehr Männer zur Übernahme der Pflege eines Angehörigen motiviert werden. Vor allem für erwerbstätige Pflegepersonen sollten diese so ausgestaltet werden, dass die Kombination von Beruf und Pflege besser als bisher möglich ist.

3.8.6 Empfehlungen zur sozialen Absicherung

Für Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, besteht seit Januar 2017 eine bessere soziale Absicherung im Hinblick auf die Unfall-, Renten- und auch die Arbeitslosenversicherung. Dennoch lassen sich darüber hinaus insbesondere für den Bereich der Krankenversicherung noch Optimierungspotenziale erkennen, vor allem für Pflegepersonen, denen eine weitere Erwerbstätigkeit aufgrund der hohen pflegerischen Belastung nicht möglich ist.

Daher empfiehlt die Kommission,

- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund den Versicherungsschutz der Pflegepersonen in der gesetzlichen Sozialversicherung zu prüfen und weiterzuentwickeln, z. B. durch eine rentenrechtliche Gleichstellung und Anerkennung von Familienpflege und Kindererziehungszeiten.

- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund die beitragsfreie Mitversicherung des pflegenden Angehörigen in der Krankenversicherung des Pflegebedürftigen analog der Familienversicherung nach § 10 SGB V zu ermöglichen.
- der Staatsregierung zu prüfen, inwieweit Entgeltersatzleistungen für Sorgearbeit von pflegenden Angehörigen, die eine gewisse Dauer und Grenzen überschreiten und zur weitestgehenden Aufgabe eigener Lebensgestaltung führen, möglich sind.

3.9 Literaturverzeichnis

Adamczyk, U. (2016). Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Alltag, S. (2016). Stellungnahme der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Alltag, S.; Nowossadeck, S.; Stein, J.; Hajek, A.; König, H.-H.; Riedel-Heller, S. G. et al. (2017). Regionale Unterschiede bei demografischer Alterung. Psychiatrische Praxis. DOI: 10.1055/s-0043-102151

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

AOK-Bundesverband. (2016). Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2016 AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/07_statement_litsch_pk_pflege_2016_rz.pdf [14.12.2018].

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. (2014). Entlastung für die Seele. Ratgeber für pflegende Angehörige. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen.

BARMER. (2018). Eckpunkte Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege liegen vor. Berlin kompakt. Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt. Nr. 4/24. Mai 2018.

Bestmann, B.; Wüstholz, E.; Verheyen, F. (2014). Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Hamburg: Wineg.

BMFSFJ. (2018). Mehrgenerationenhäuser. Häuser in Ihrer Nähe. http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaeuser/haeuser-in-ihrer-naehe/ [01.08.2018].

BMG. (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Dt. Bundestag.

BMG. (2017a). Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen. Berlin.

BMG. (2017b). Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. 17., aktual. Aufl., Stand: April 2017. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

BMG. (2018). Eckpunktepapier Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflege/Sofortprogramm_Pflege__Eckpunkte.pdf [05.07.2018].

Böcken, J.; Braun, B.; Repschläger, U. (Hrsg.). (2013). Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. 1. Aufl. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Bockting, M. (2016). Ergänzende Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Bockting, M. (2017). Stellungnahme des SSMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Böhme, H. (2017). Stellungnahme in Vertretung der pflegenden Angehörigen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Brysch, E. (2017). Stellungnahme der Deutschen Stiftung Patientenschutz zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

BVA. (2013). Bundesversicherungsamt Tätigkeitsbericht 2013. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/taetigkeitsberichte/2014-08-26_Taetigkeitsbericht-2013.pdf [22.05.2017].

BVA. (2014). Bundesversicherungsamt Tätigkeitsbericht 2014. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/taetigkeitsberichte/TB-2014.pdf [22.05.2017].

BVA. (2015). Bundesversicherungsamt Tätigkeitsbericht 2015. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper/index.html#2 [22.05.2017].

DAK-Gesundheit. (2015). Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg.

Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D., Mnich, E. (2007). EUROFAMCARE (Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe. Characteristics, Coverage and Usage). The National Survey Report for Germany. UKE Hamburg.

Fiedler, F. (2016). Stellungnahme des Bundesverbandes der BerufsbetreuerInnen e. V., Landesvertretung Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Fürst, F. (2016). Stellungnahme der LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung. Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, 24–43.

Geyer, J.; Schulz, E. (2014). Who cares. Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW-Wochenbericht : Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, 81 (14), 294–301.

GKV Spitzenverband. (2008). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zur Auswahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2008_-_08-29_Empfehlungen__7a_Abs3.pdf [06.06.2017].

GKV-Spitzenverband. (2018). Ergänzende Zuarbeit des GKV-Spitzenverbandes zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt". Themenschwerpunkt „Angehörigenpflege. Pflegeunterstützungsgeld". Enquete-Kommission Pflege. Berlin.

Graffmann-Weschke, K. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK Nordost zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Gräßel, E.; Behrndt, E.-M. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs, K. et al.(Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 169–187.

Halek, M. (2017). Stellungnahme des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Universität Witten/Herdecke gGmbH zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hämel, K. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Professur für Gesundheitswissenschaften zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hammer, B. (2018). Ergänzende schriftliche Stellungnahme der Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Anfrage zu aktuellen Zahlen niedrigschwelliger Angebote.

Helms, E.; Dumke, C. (2016). Stellungnahme der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Helms, U. (2016a). Bürgerschaftliches Engagement im Bereich Pflege und Gesundheit. Statement mit Blick auf die Selbsthilfe. 26. Sitzung des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement" des Deutschen Bundestages. 19. Oktober 2016. Berlin. https://www.dag-shg.de/aufgaben/stellungnahmen/ [16.05.2017].

Helms, U. (2016b). Förderung der Selbsthilfe im Aufgabenbereich Pflege in den Bundesländern. Stand der Umsetzung des § 45d Absatz 2 SGB XI. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2016. Gießen, 157–163.

Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Nock, L.; Ischebeck, M. (2017). Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Hoff, A. (2016). Stellungnahme der Hochschule Zittau/Görlitz, Fakultät Sozialwissenschaften, Professur für Soziale Gerontologie zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Enquete-Kommission Pflege (5. Sitzung).

Hofmann, T. (2017). schriftliche Stellungnahme der Industrie- und Handelskammer zu Leipzig (IHK) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 13. Sitzung der Arbeitsgruppe 1. Enquete-Kommission Pflege.

Igl, G. (2016). Sozial- und arbeitsrechtliche Regelungen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. In: ZQP (Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZZQP, 16–23.

Interessenverbund sächsischer MGH e. V. MGH in Sachsen. http://www.mgh-sachsen.de/MGH/MGH-in-Sachsen/ [01.08.2018].

Isfort, M. (2018). Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege- und Patientenversorgung von Menschen in der teil-/vollstationären Pflege. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V..

Kausmann, C.; Simonson, J.; Ziegelmann, J. P.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (2016). Länderbericht zum Deutschen Freiwilligensurvey 2014. Berlin.

Kirchhoff, A. (2017). Stellungnahme der Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Koordinierungsstelle Sachsen. (2017). Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag. http://koordinierungsstelle-sachsen.de/ [06.06.2017].

Kraushaar, R. (2016a). Schriftliche Stellungnahme des BMG zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 3. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Kraushaar, R. (2016b). Stellungnahme des BMG zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 3. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

KSV. (2018). Ergänzende Zuarbeit des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV Sachsen) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt". Themenschwerpunkt „Selbsthilfeförderung". Enquete-Kommission Pflege.

Kuhlmann, B. (2016). Stellungnahme der Pflegekasse AOK PLUS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Landesarbeitsgemeinschaft der Industrie- und Handelskammern im Freistaat Sachsen, Arbeitsgemeinschaft der Sächsischen Handwerkskammern. (2018). Fachkräftesituation der sächsischen Wirtschaft. Monitoring 2018. Ergebnisse einer Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft der Industrie- und Handelskammern und der Arbeitsgemeinschaft der Sächsischen Handwerkskammern.

Landesseniorenvertretung für Sachsen e. V. und Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. (2016). Menschen mit Demenz. In Sachsen gut versorgt. Fachtagung am 13. April 2016 in Dresden..

Leu, A.; Becker, S. (2017). Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers. Eine globale Betrachtung. In: Eggert, S. et al. (Hrsg.), Junge Pflegende. Berlin: ZQP, 31–35.

Linz, B. (2017a). Ergänzende schriftliche Stellungnahme der Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Anfrage zu aktuellen Zahlen niedrigschwelliger Angebote. Enquete-Kommission Pflege.

Linz, B. (2017b). Schriftliche Stellungnahme der Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 13. Sitzung der Arbeitsgruppe 1. Enquete-Kommission Pflege.

Linz, B.; Hunger, K. (2016). Schriftliche Stellungnahme der Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Lotze, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Lux, K.; Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In: Eggert, S. et al. (Hrsg.), Junge Pflegende. Berlin: ZQP, 14–25.

Märten, A. (2017). Schriftliche Stellungnahme des Pflegenetzwerkes Leipzig e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Metzing, S. (2017). Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick. In: Eggert, S. et al.(Hrsg.), Junge Pflegende. Berlin: ZQP, 8–13.

Meusel, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerks Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Naumann, D.; Teubner, C.; Eggert, S. (2016a). ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In: ZQP (Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP, 73–86.

Naumann, D.; Teubner, C.; Eggert, S. (2016b). ZQP-Unternehmensbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf". In: ZQP (Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP, 86–97.

Neu, N. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerkes Landkreis Leipzig zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Nowossadeck, S. (2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56 (8), 1040–1047. DOI: 10.1007/s00103-013-1742-1

Nowossadeck, S.; Engstler, H.; Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Berlin (Report Altersdaten 1/2016).

Pinquart, M. (2016). Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger. Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: ZQP(Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP 60–72.

Pöhler, S. (2016). Stellungnahme des Beauftragten der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verl.-Service.

Schäufele, M.; Köhler, L.; Hendlmeier, I. (2016). Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit Demenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativstudie. In: ZQP (Hrsg.), Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP, 44–59.

Schäufele, M.; Köhler, L.; Teufel, S.; Weyerer, S. (2005). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten. Potentiale und Grenzen. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München, 99–141.

Schöne, C. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK PLUS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege. Eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 189–216.

Seyfert, U. (2017). Stellungnahme in Vertretung der pflegenden Angehörigen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

SMS. (2015). Konzept für die Förderung von Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Aufgabenprofil des Pflegekoordinators sowie Zuwendungsvoraussetzungen und -verfahren für die Förderung von Pflegekoordinatoren durch den Freistaat Sachsen (Stand 31.08.2015).

SMS. (2017). Schriftliche Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 13. Sitzung der Arbeitsgruppe 1. Enquete-Kommission Pflege.

SMS. (2018). Ergänzende schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen" zum Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt", Thema „Nachbarschaftshilfe". Enquete-Kommission Pflege.

Sozialverband VdK Deutschland e. V. (2017). Pflege geht jeden an. Angehörige selbst pflegen. Ein Ratgeber. Berlin.

Statistisches Bundesamt. (2017a). Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [12.12.2016].

Statistisches Bundesamt. (2017b). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich. Pflegebedürftige.

Suhr, R.; Naumann, D. (2016). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Rahmenbedingungen und Bedarfslagen. In: Jacobs, K. et al.(Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 217–228.

Tezcan-Güntekin, H. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Department of Epidemiology & International Public Health zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Viere, C. (2016). Stellungnahme des BMFSJ zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 3. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Wagner, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes Wir pflegen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen".

Weidner, F. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Wetzstein M, Rommel A, Lange C. (2015). Pflegende Angehörige. Deutschlands größter Pflegedienst (GBE kompakt). Berlin: Robert Koch-Institut.

Wir pflegen e. V. (2016). Ergänzende Stellungnahme des Verbandes Wir pflegen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

ZQP (Hrsg.). (2016). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP.

III.b Pflege als Arbeits- und Berufsfeld

Zuwendung geben, anderen Menschen helfen, Ältere unterstützen und durch Pflege zu mehr Selbstständigkeit verhelfen – oftmals verfolgen Menschen diese oder ähnliche ideellen Ziele, wenn sie sich für einen Pflegeberuf entscheiden. Laut einer repräsentativen Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2011 gehört der Pflegeberuf zu einem der meist geschätzten Berufe in Deutschland (Institut für Demoskopie Allensbach, 2011, S. 2). Als weniger attraktiv werden hingegen die Arbeitsbedingungen bewertet (Schichtdienst, Teilzeitarbeit, zunehmende Arbeitsverdichtung etc.), unter denen die Pflegekräfte jeden Tag ihr Bestmögliches leisten, um hilfs- und pflegebedürftige Menschen gut zu versorgen (Isfort, 2013, S. 1082–1083). Dabei gewinnt die professionelle Pflege in Zukunft weiter an Bedeutung. Bereits jetzt ist die Nachfrage nach pflegerischen Dienstleistungen groß und wird im Zuge der wachsenden Anzahl von pflegebedürftigen und hochaltrigen Menschen sowohl im Freistaat Sachsen als auch bundesweit in den kommenden Jahren noch spürbar ansteigen. Der Pflegearbeitsmarkt steht dabei vor der besonderen Aufgabe, den Pool an Beschäftigten nicht nur zu stabilisieren, sondern nach Möglichkeit auch gleichzeitig auszuweiten (Hämel & Schaeffer, 2012, S. 41; Melzer, 2017; Schaar, 2016; Viere, 2016). Der Anspruch an eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung kann dabei nur mit einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Pflegefachkräften erfüllt werden. Umso wichtiger wird die Schaffung und Gestaltung attraktiver Rahmenbedingungen und die Klärung der Frage einer gerechten Entlohnung von Beschäftigten in der Pflege.

4 Beruflich Pflegende

Dieser Abschnitt gibt zunächst eine konkretere Bestimmung des zum Teil recht unterschiedlich verwendeten Begriffes „Beruflich Pflegender“, geht weiterhin auf aktuelle und zukünftige Entwicklungen des Pflegearbeitsmarktes ein und nimmt eine nähere Beschreibung der Beschäftigten in der Pflege im Freistaat Sachsen vor.

4.1 Begriffsbestimmung

Die Pflege ist aufgrund ihres breiten Spektrums beruflich Pflegender mit jeweils unterschiedlichen Berufsabschlüssen und Qualifikationsniveaus ein relativ inhomogenes Arbeits- und Berufsfeld (auch formelle Pflege genannt). Oftmals fehlt eine eindeutige Differenzierung zwischen ausgebildeten Fachkräften, pflegerischen Hilfskräften und Laienpflegenden sowohl im allgemeinen als auch teilweise im politischen Sprachgebrauch. Nicht zuletzt deswegen existieren zahlreiche Begrifflichkeiten mit jeweils unterschiedlicher Definitionsbreite, wenn es um die Beschreibung der Berufsgruppe der beruflich Pflegenden geht. Die amtliche Pflegestatistik des Bundes verwendet den Oberbegriff des **„Pflegepersonals“** und zählt dazu alle Beschäftigten, die in einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung tätig sind und ausschließlich oder teilweise Leistungen im Rahmen des SGB XI erbringen (siehe dazu Kapitel 4.2 bzw. Glossar) (GBE Bund, 2018; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 34–35). Der Beruf ist dort definiert als tatsächlich ausgeübte Tätigkeit (Differenzierung nach Tätigkeitsbereichen). Demnach üben auch **Pflegehilfskräfte** einen „Pflegeberuf“ aus. Bei diesen ist zudem zwischen Helferinnen und Helfern gänzlich ohne grundständige berufliche Ausbildung (z. B. Quereinsteigerinnen und -einsteiger, welche im Arbeitsprozess für ihre Tätigkeit angelernt werden) und staatlich geprüften Pflegehelferinnen und -helfern mit einer je nach Landesrecht ein- bis zweijährigen

Pflegeausbildung zu unterscheiden. **Pflegefachkräfte** sind hingegen Beschäftigte mit einer nach Bundesrecht geregelten dreijährigen berufsfachschulischen Ausbildung in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Je nach bundesrechtlicher Ausbildungskonzeption zählen auch Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger zur Gruppe der beruflich Pflegenden. Des Weiteren können sich Pflegefachkräfte durch Fort- und Weiterbildungen für bestimmte Aufgabenbereiche weiterqualifizieren (z. B. Pflegedienstleitung). Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, sich aus einem bundesweiten Angebot an weit über 100 Pflegestudiengängen akademisch (weiter) zu qualifizieren (siehe Kapitel 5.2, Akademisierung) (Dielmann, 2013, S. 156–158; Igl, 2016, S. 236; Landtag NRW, 2005, S. 271; Pflegestudium.de, 2016, S. 3; Schwinger, 2016, S. 118–119).

Wenn in dem fachöffentlich-politischen Diskurs von einem „Fachkräftebedarf“ gesprochen wird, so ist der Begriffsbestimmung zufolge in aller Regel der Bedarf an Pflegefachkräften mit einer dreijährigen Berufsausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz (bzw. ab dem Jahr 2020 nach dem Pflegeberufsgesetz) gemeint. Häufig werden die Begriffe Pflege(fach)kraft bzw. Pflegepersonal synonym verwendet. In diesem Zusammenhang basieren Analysen und daraus resultierende Hochrechnungen zur Einschätzung des aktuellen und zukünftigen Arbeitskräftebedarfs und -angebots häufig auf unterschiedlichen Datengrundlagen bzw. Definitionen beruflich Pflegender. Die Mehrheit der Studien betrachtet dabei das gesamte in der Pflegestatistik aufgeführte Personal und schließt alle Arbeitsbereiche in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ein, z. B. soziale Betreuung, Hauswirtschaft sowie alle Qualifikationen (Personen ohne Ausbildung, Hilfskräfte) (Altenberichtskommission, 2016, S. 199; Ehrentraut et al., 2015, S. 7; Rothgang, Müller & Unger, 2012, S. 54). Darüber hinaus beschränken sich Auswertungen häufig auf Teilbereiche des pflegerischen Versorgungssettings (ambulante oder stationäre Pflege). Die Situation in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen findet in diesem Kontext kaum Berücksichtigung. Daher sind umfassendere Aussagen über die pflegerische Gesamtversorgungssituation nur bedingt möglich.

4.2 Personalangebot

Nachfolgend werden die Beschäftigten in der Pflege im Hinblick auf deren Merkmale wie Anzahl, Alter und Geschlecht sowie deren Qualifikation näher beschrieben.

Anzahl Beschäftigter in der Pflege

Laut aktueller Pflegestatistik (Berichtsjahr 2015) sind in Sachsen 62 705 Beschäftigte in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege nach SGB XI tätig[69] (siehe Tabelle 8). Dies entspricht aufgrund der hohen Teilzeitbeschäftigung im Pflegebereich umgerechnet 47 629 Vollzeitkräften (VZÄ). Etwa 67 % der Beschäftigten (41 993 bzw. 32 171 VZÄ) arbeiten im Tätigkeitsbereich der unmittelbaren Pflege, darunter 16 608 (bzw. 12 828 VZÄ) in der ambulanten Grundpflege und 25 385 (19 343 VZÄ) in der stationären Pflege und Betreuung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, 22;25-26).

69 In den ambulanten Einrichtungen führen etwa ein Viertel der Beschäftigten ausschließlich Leistungen nach SGB XI durch. Bei etwa der Hälfte der Beschäftigten war dieser Anteil 75 Prozent oder höher. In den stationären Einrichtungen führen fast drei Viertel der Beschäftigten ausschließlich Leistungen nach SGB XI durch. Mehr als drei Viertel ihrer Arbeitszeit nutzen hier fast 90 Prozent der Beschäftigten für die Erbringung von Leistungen nach SGB XI (Richter, 2018a).

Alter

Im Freistaat Sachsen ist die Altersgruppe der 45- bis unter 55-Jährigen sowohl in den ambulanten als auch stationären Pflegeeinrichtungen am häufigsten vertreten (ca. 27 % bzw. 29 %) (Tabelle 8). Beschäftigte unter 25 Jahren sind jeweils in beiden Versorgungssettings am seltensten anzutreffen (ambulant: 6 %; stationär: 8 %). Im Vergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen sind Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten etwas jünger. Etwa 52,6 % der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste waren Ende 2015 unter 45 Jahre alt (Ende 2013: 54,4 %). In der stationären Pflege lag dieser Anteil bei circa 48,2 % (Ende 2013: 49,0 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 29–31).

Wird das Alter der Beschäftigten in der unmittelbaren Pflege betrachtet, zeigt sich, dass die Beschäftigten in der ambulanten Grundpflege am häufigsten der Altersgruppe der 25- bis unter 35-Jährigen angehören (29 %). In der stationären Pflege und Betreuung sind am häufigsten Beschäftigte im Alter von 45 bis unter 55 Jahre (ca. 26,5 %) sowie im Alter von 25 bis unter 35 Jahre (ca. 26,0 %) anzutreffen. Im Vergleich zum Gesamtpersonal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind Beschäftigte in der unmittelbaren Pflege in Sachsen tendenziell etwas jünger. Demnach waren etwa 57 % der Beschäftigten in der ambulanten Grundpflege und 55 % der Beschäftigten in der stationären Pflege und Betreuung unter 45 Jahre alt (vgl. Gesamtpersonal ambulant: 53 %; stationär: 48 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 29–31).

Tabelle 8: Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen, nach Altersgruppen, 2015 nach eigener Darstellung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 30)

	Insgesamt	Im Alter von … bis unter … Jahren				
		unter 25	25 – 35	35 – 45	45 – 55	55 und mehr
	ambulant					
Beschäftigte	**24 201**	1 357	6 354	5 028	6 562	4 900
Anteil in %	100	5,6	26,3	20,8	27,1	20,2
davon Grundpflege	16 608	1 136	4 886	3 422	4 282	2 882
Anteil in %	100	6,8	29,4	20,6	25,8	17,4
	stationär					
Beschäftigte	**38 504**	2 875	8 519	7 149	11 120	8 841
Anteil in	100	7,5	22,1	18,6	28,9	23,0
davon Pflege und Betreuung	25 385	2567	6 600	4 895	6 731	4 592
Anteil in %	100	10,1	26,0	19,3	26,5	18,1
	Insgesamt					
Beschäftigte	**62 705**	4 232	14 873	12 177	17 682	13 741
Anteil in %	100	6,7	23,7	19,4	28,2	21,9

Geschlecht

Ähnlich wie im gesamten Bundesgebiet wird auch im Freistaat Sachsen die professionelle Pflegetätigkeit überwiegend von Frauen ausgeübt. Ende 2015 arbeiteten in Sachsen 53 687 Frauen und 9 018 Männer in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Dies entspricht einem Frauenanteil von insgesamt etwa 86 % (Bundesdurchschnitt Ende 2015: 85 %). Ein ähnlich hoher Anteil an weiblichen Beschäftigten findet sich auch im Tätigkeitsbereich der unmittelbaren Pflege (ca. 86 %). Dabei fällt der Frauenanteil in der ambulanten Grundpflege etwas höher aus als in der stationären Pflege und Betreuung (ca. 88 % bzw. 84 %) (Statistisches Bundesamt, 2017, 10-11;18; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 23–24).

Qualifikation

34 617 Beschäftigte (55 %) in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen verfügen Ende 2015 über eine abgeschlossene Berufsausbildung im pflegerischen Bereich (Tabelle 9). Von diesen arbeiten 15 748 (45 %) in ambulanten und 18 869 (55 %) in stationären Pflegeeinrichtungen. Innerhalb der Berufsgruppe der ausgebildeten Pflegekräfte stellen die staatlich anerkannten Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit 15 962 Beschäftigten die mit Abstand größte Berufsgruppe in der Pflege dar (46 %). Danach erst folgt die Gesundheits- und Krankenpflege mit 24 %. Die Helferberufe in der Kranken- und Altenpflege sind mit 5,4 % bzw. 6,6 % ungefähr gleichstark vertreten. Beschäftigte mit einer hochschulischen Ausbildung im Pflegebereich sind derzeit kaum in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig (0,6 %).

Eine wesentlich geringere Anzahl der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verfügt über einen Berufsabschluss aus dem nichtärztlichen (1 601 bzw. 3 %), dem sozialen (271 bzw. 0,4 %) oder dem hauswirtschaftlichen Bereich (2 747 bzw. 4 %). Knapp 30 % haben einen anderen Berufsabschluss. Weiterhin befinden sich etwa 5 % der Beschäftigten Ende 2015 noch in Ausbildung bzw. haben etwa 3 % keinen Berufsabschluss[70]. Damit fallen die Personalanteile ohne Berufsabschluss im Freistaat Sachsen (ambulant: 2 %; stationär: 4 %) deutlich geringer aus als im Bundesdurchschnitt (ambulant: 5 % bzw. 12 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 23–25, 2018, S. 28–30).

70 nicht in Ausbildung oder Umschulung

Tabelle 9: Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach Berufsabschluss, Sachsen, Ende 2015, eig. Darstellung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 23–25)

Berufsabschluss	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	insgesamt	ambulante Pflegedienste	stationäre Pflege-einrichtungen
Pflegeberufe	**34 617**	**15 748**	**18 869**
Staatlich anerkannte Altenpfleger(innen)	15 962	7 364	8 598
Staatlich anerkannte Altenpflegehelfer(innen)	2 300	930	1 370
Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)	8 356	4 738	3 618
Krankenpflegehelfer(innen)	1 857	789	1 068
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	734	441	293
Heilerziehungspfleger(innen), Heilerzieher(innen)	480	188	292
Heilerziehungspflege-helfer(innen)	62	35	27
Familienpfleger(innen)mit staatlichem Abschluss	204	116	88
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer FHS oder Universität	217	53	164
Sonstiger pflegerischer Beruf	4 445	1 094	3 351
Nichtärztliche Heilberufe[1)]	1 601	376	1 225
Sozialer Bereich[2)]	271	77	194
Hauswirtschaft[3)]	2 747	819	1 928
Sonstiges	18 387	5 680	12 707
Ohne Berufsabschluss	1 923	489	1 434
Auszubildende/ Umschüler(innen)	3 159	1 012	2 147
Zusammen	**62 705**	**24 201**	**38 504**

1) Heilpädagoge, Ergo-, Beschäftigungs-, Arbeits-, Physiotherapeut, Krankengymnast, sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe
2) sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss, Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss
3) Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen, sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss

4.3 Personalbedarf

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Folgen der demografischen Entwicklung gestaltet sich der „Fachkräftebedarf“ nicht nur in Deutschland und Sachsen zu einem Dauerthema in der Arbeitsmarkt- und Ausbildungspolitik. Das Arbeits- und Berufsfeld Pflege ist dabei gleich in doppelter Weise von den Folgen der demografischen Entwicklung betroffen: Mit der Alterung der Bevölkerung wächst die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen. Gleichzeitig verkleinert sich der Pool an Beschäftigten, aus dem

der Bedarf an potentiellen Pflegefachkräften gedeckt werden kann (BMG, 2017b; Hämel & Schaeffer, 2012, S. 41; Melzer, 2017; Schaar, 2016; Viere, 2016). So sinkt beispielsweise im Freistaat Sachsen das Arbeitskräftepotential der Erwerbspersonen (20 bis unter 65 Jahre) im Zeitraum 2014 bis 2030 von 59 auf 52 %. Gleichzeitig steigt bis zu diesem Zeitpunkt die Zahl der Pflegebedürftigen auf etwa 212 000 (V1)[71] (mehr dazu im Kapitel 2.2 „Grundlagen Pflegestatistik" in diesem Bericht) (Pohl et al., 2012, S. 9; Richter, 2017; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016, S. 4, 2018, S. 33).

In Deutschland arbeiten etwa eine Million Menschen (bzw. rund 770 000 VZÄ) im Bereich der Pflege (gemäß SGB XI) (Statistisches Bundesamt, 2017, 10-11;18). Zahlreiche Hochrechnungen auf Basis unterschiedlicher Annahmen bzw. Szenarien prognostizieren bis zum Jahr 2030 ein bundesweites Personaldefizit in der Pflege von etwa 400 000 bis 500 000 Pflegekräften. Getrennt nach Versorgungsbereichen fehlen beispielsweise nach einer Studie von Rothgang et. al (2012) im ambulanten Sektor etwa 180 000 und im stationären Bereich etwa 318 000 VZÄ-Pflegekräfte (Status-quo-Szenario, siehe Tabelle 10) (Altenberichtskommission, 2016, S. 197–199; Ehrentraut et al., 2015, S. 6; Rothgang et al., 2012, S. 54). Werden die potentiellen Auswirkungen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017 (PSG II) in den Prognosen berücksichtigt, fehlen bis zum Jahr 2030 etwa 44 % des für die Sicherstellung des heutigen Versorgungsniveaus notwendigen Personals (517 000 VZÄ). Untersuchungen, die ihre Analysen auf ausgebildete Pflegekräfte beschränken, gehen von einer Personallücke in Höhe von etwa 200 000 Pflegekräften (VZÄ) in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen nach SGB XI aus (Altenberichtskommission, 2016, S. 198).

Auch im Freistaat Sachsen werden laut aktuellen Berechnungen (Status-quo-Szenario) des Statistischen Landesamtes im Jahr 2030 insgesamt 64 300 professionelle Pflegekräfte (VZÄ) benötigt (V 1), um die rund 212 000 Pflegebedürftigen zu versorgen (siehe Tabelle 10). Dies entspricht gegenüber dem Jahr 2015 einem Mehrbedarf von etwa 35 % (ca. 16 000 VZÄ) (Richter, 2017; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2016, S. 4, 2018, S. 33). Ältere Modellrechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Sachsen (IAB Sachsen) rechnen je nach Szenario[72] (Bezugsjahr 2009) mit einem Personalbedarf zwischen 58 900 und 63 200 Vollzeit-Pflegekräften im Jahr 2030 (+ 56 % bzw. + 68 %). Weiterhin wurden in diesen Berechnungen auch die zukünftigen Personalbedarfe auf Kreisebene im Freistaat Sachsen betrachtet. Demnach fallen diese je nach Region sehr unterschiedlich aus. So zeigt sich gegenüber dem Jahr 2009 insbesondere für Dresden (+ 88%) ein starker Anstieg im Personalbedarf (Status-quo-Szenario). Am geringsten fällt der prognostizierte Zuwachs in Görlitz aus (+ 31 %). Die getrennte Betrachtung der Versorgungsbereiche zeigt auf, dass der Personalbedarf sachsenweit im stationären Bereich insgesamt stärker anwächst als im ambulanten Sektor (59 % bzw. 52%). Nach dem Heimsog-Szenario (siehe Tabelle 10) fallen die Bedarfe nochmals deutlich höher aus (Pohl et al., 2012, S. 24–26).

71 Varianten 1 und 2 der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen. V1: Die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung wird unter besonderer Berücksichtigung der Zuwanderung aus jüngster Zeit modellhaft quantifiziert;V2: Umsetzung der Annahmen aus der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante G1-L1-W2).

72 Status-Quo-Szenario bzw. Heimsog-Szenario (siehe Glossar), jeweils ohne technischen Fortschritt in der Pflege; die in den Hochrechnungen genutzten Daten zu den Pflegeprävalenzen basieren auf der vom Sächsischen Sozialministerium für Soziales und Verbraucherschutz in Auftrag gegebenen ARG-Studie von Raffelhüschen et al., 2011.

Tabelle 10: Voraussichtlicher Bedarf an Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Sachsens am Jahresende 2020, 2025, 2030 (Richter, 2017)

Jahr	Voraussichtlicher Bedarf an Beschäftigten	
	V11)	V21)
	Vollzeitäquivalente	
20152)	47.629	
20203)	54.900	54.100
20253)	60.700	59.900
20303)	64.300	63.500
	Veränderung zu 2015 absolut	
2020	7.271	6.471
2025	13.071	12.271
2030	16.671	15.871
	Veränderung zu 2015 in %	
2020	15,3	13,6
2025	27,4	25,8
2030	35,0	33,3

1) Berechnungen durchgeführt jeweils auf der Basis der Varianten 1 und 2 der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen. V1: die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung wird unter besonderer Berücksichtigung der Zuwanderung aus jüngster Zeit modellhaft quantifiziert;V2: Umsetzung der Annahmen aus der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante G1-L1-W2)

2) Ergebnisse der Pflegestatistik 2015. Die Berechnungen für den stationären Bereich erfolgten für die vollstationär betreuten Pflegebedürftigen.

3) Analog zur Veröffentlichung der Ergebnisse der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen sind die Ergebnisse auf volle 100 gerundet.

Es wird deutlich, dass eine Vielzahl an vorliegenden Berechnungen den personellen Mehrbedarf, der durch den Anstieg der Pflegebedürftigen (bzw. Patientinnen und Patienten) verursacht wird, in den Mittelpunkt der Betrachtungen stellt. Gleichzeitig ist jedoch auch ein weiterer Bedarf zu berücksichtigen, der durch den Abgang der zum Basiszeitpunkt Beschäftigten (durch Ausstieg aus dem Beruf bzw. aus dem Arbeitsleben) verursacht wird. In diesem Zusammenhang prognostiziert eine aktuelle Hochrechnung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen für das Jahr 2030 die jeweiligen Personalmehrbedarfe in sächsischen Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär), die sich in Abhängigkeit von unterschiedlicher Verweildauer im Pflegeberuf[73] ergeben. Die auf Grundlage der Pflegestatistik (Berichtsjahr 2015) und der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung durchgeführten Berechnungen liegen sowohl für das beschäftigte Gesamtpersonal in den Pflegeeinrichtungen (SGB XI), für die Untergruppe der Beschäftigten mit einem Berufsabschluss im Pflegebereich[74] als auch speziell für die Altenpflege vor. Je nach angenommenem

73 **Szenario A und B:** Annahme, dass alle zurzeit in der Pflege Beschäftigten diesen Beruf bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben, d. h. Personen, die am 31.12.2030 70 Jahre und älter (Szenario A) bzw. 65 Jahre und älter (Szenario B) sind, scheiden aus dem Beruf aus. Diese angenommenen Altersgrenzen entsprechen etwa den derzeitigen gesetzlichen Regelungen, d. h. Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, die Möglichkeit des früheren Renteneintritts mit oder ohne Abschläge).**Szenario C:** Annahme, dass alle Ende 2015 beschäftigten Personen im betrachteten Zeitraum aus dem Beruf ausgeschieden sind und ersetzt werden müssen, da die durchschnittliche Verweildauer im Beruf kürzer als 10 Jahre beträgt (Richter, 2018b).

74 Beschäftigte folgender Berufsabschlüsse sind enthalten: Staatlich anerkannter Altenpfleger, staatlich anerkannter Altenpflegehelfer, Krankenschwester/Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer/-in, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Heilerziehungspfleger/ Heilerzieher, Heilerziehungspflegehelfer, Familienpfleger mit staatlichem Abschluss, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität, sonstiger pflegerischer Beruf (Richter, 2018b).

Szenario fällt der zusätzlich benötigte Personalbedarf in der Pflege in Sachsen Ende 2030 sehr unterschiedlich aus (siehe Tabelle 11).

In Abhängigkeit des jeweiligen Szenarios und bezugnehmend auf Variante 1 der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung werden im Jahr 2030 gegenüber dem Bezugsjahr 2015 insgesamt zwischen 35 689 und 84 653 **Beschäftigte** zusätzlich in den sächsischen Pflegeeinrichtungen benötigt. Dies bedeutet weiterhin, dass im Betrachtungszeitraum 2016 bis 2030 im Durchschnitt jährlich zwischen 2 379 und 5 644 Beschäftigte zusätzlich in den Pflegeeinrichtungen gebraucht werden.

Bezogen auf die **Beschäftigten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Pflegebereich** ergibt sich gemäß diesen Hochrechnungen im Jahr 2030 ein zusätzlicher Personalbedarf zwischen 18 647 und 46 737 Personen. Dies entspricht einem jährlichen personellen Mehrbedarf zwischen 1 243 und 3 116 Beschäftigten mit einem Pflegeberuf.

Werden die Berechnungen explizit für die Berufsgruppe der **Altenpflegerinnen und Altenpfleger** durchgeführt, ergeben sich in Abhängigkeit des gewählten Szenarios durchschnittliche Jahres-Personalbedarfe zwischen 512 und 1 436 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Demnach werden Ende 2030 im Freistaat Sachsen insgesamt zwischen 7 679 und 21 544 Altenpflegefachkräfte zusätzlich für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen gebraucht (Richter, 2018b).

Im Vergleich zu den verschiedenen Hochrechnungen zum Personalbedarf[75] in den sächsischen Pflegeeinrichtungen fallen die Prognosen zum Personalbedarf für die Krankenhäuser in Sachsen im Jahr 2030 deutlich geringer aus. Darauf verweisen Berechnungen des Statistischen Landesamtes in Kooperation mit der TU Dresden, die in den Jahren 2011 bis 2015 den Bedarf an Beschäftigten (in VZÄ) im sächsischen Krankenhauswesen (Status-Quo-Szenario)[76] vorausberechnet haben. Demzufolge werden gegenüber dem Bezugsjahr 2015 im Jahr 2030 für den „nichtärztlichen Bereich“ knapp 1 000 (ca. 3 %) zusätzliche Beschäftigte in sächsischen Krankenhäusern benötigt (siehe Tabelle 30, Anhang E) (Richter 2018a).

75 Es handelt sich hier um den Mehrbedarf infolge des demografischen Wandels. Der Ersatzbedarf wegen Ausscheidens aus dem Beruf kann nicht geschätzt werden, da das Alter des Krankenhauspersonals nicht statistisch erfasst wird Richter (2018b).

76 aktualisierte Daten auf Grundlage der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung; der Status-Quo-Ansatz lässt nur die Bevölkerungsentwicklung als variable Größe zu, weitere Faktoren (z. B. Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes oder Betreuungsschlüssel) werden als konstant angenommen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist daher zu beachten, dass sich, trotz kaum steigender Zahl der Krankenhausfälle bis 2030, die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten und damit auch die Art der notwendigen Behandlungen stark ändern werden.

Tabelle 11: Zusätzlicher Personalbedarf in den sächsischen Pflegeeinrichtungen 2016 bis 2030 – Zusammenfassung (Richter, 2018b)

Benennung Personalbedarf	Szenario A Alle am 15.12.2015 Beschäftigten, die am 31.12.2030 unter 70 Jahre alt sind, sind dann noch in der Pflege berufstätig.	Szenario B Alle am 15.12.2015 Beschäftigten, die am 31.12.2030 unter 65 Jahre alt sind, sind dann noch in der Pflege berufstätig.	Szenario C Das am 15.12.2015 tätige Personal ist am 31.12.2030 vollständig ausgeschieden (durchschnittliche Verweildauer im Beruf ist kleiner 10 Jahre).
Zusätzlicher Bedarf bis zum Jahr 2030			
	Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen insgesamt		
Stand 15.12.2015	62.705	62.705	62.705
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V1[1)]	35.689	45.297	84.653
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V2[1)]	34.636	44.244	83.600
	darunter Beschäftigte mit einem Berufsabschluss in der Pflege[2)]		
Stand 15.12.2015	34.617	34.617	34.617
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V1[1)]	18.647	23.975	46.737
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V2[1)]	18.065	23.393	46.155
	darunter Altenpflegefachkräfte		
Stand 15.12. 2015	15.962	15.962	15.962
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V1[1)]	7.679	9.670	21.544
Zusätzlicher Bedarf bis Ende 2030 insgesamt* – V2[1)]	7.411	9.402	21.276
Gleichmäßige jährliche Verteilung des Bedarfs über die betrachtete Periode 2016 – 2030			
	Beschäftigte insgesamt		
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V1[1)]	2.379	3.020	5.644
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V2[1)]	2.309	2.950	5.573
	darunter Beschäftigte mit einem Berufsabschluss in der Pflege[2)]		
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V1[1)]	1.243	1.598	3.116
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V2[1)]	1.204	1.560	3.077
	darunter Altenpflegefachkräfte		
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V1[1)]	512	645	1.436
Jährlicher zusätzlicher Bedarf – V2[1)]	494	627	1.418

* *Dieser Mehrbedarf setzt sich somit zusammen aus dem Ersatzbedarf der Beschäftigten, die bis 2030 aus dem Beruf ausscheiden, und dem Mehrbedarf, der durch die Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen verursacht ist.*

1) *Berechnungen durchgeführt jeweils auf der Basis der Varianten 1 und 2 der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen*

2) *Beschäftigte folgender Berufsabschlüsse sind enthalten: Staatlich anerkannter Altenpfleger, staatlich anerkannter Altenpflegehelfer, Krankenschwester/Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger, Heilerziehungspfleger/Heilerzieher, Heilerziehungspflegehelfer, Familienpfleger mit staatlichem Abschluss, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität, sonstiger pflegerischer Beruf*

Bereits heute fehlen in Deutschland Fachkräfte in den Pflegeberufen. Auch wenn es keine amtliche Statistik über die Zahl aller unbesetzten Stellen gibt, lassen sich anhand der Arbeitsmarktberichterstattung der Bundesagentur für Arbeit (BA) Indikatoren für bestehende Engpässe finden: Demnach fehlten im Juni 2018[77] in allen Bundesländern examinierte Fachkräfte und Spezialistinnen und Spezialisten[78] im Bereich der Altenpflege. Auf 100 Stellen kamen rechnerisch nur 27 Arbeitsuchende (ohne Zeitarbeit) (BA, Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung, 2018, S. 18 f.). Im Freistaat Sachsen kamen 2017 auf 100 gemeldete Arbeitsstellen in der Pflege im Durchschnitt sogar nur rund 13 Arbeitsuchende (Bundesregierung, 2018). Eine ausgeschriebene Stelle für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialistinnen und -spezialisten ist deutschlandweit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Durchschnitt 175 Tage vakant (+ 63 % gegenüber dem Durchschnitt aller Berufe). Diese Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage besteht in der Altenpflege bereits seit einigen Jahren und ist damit stärker ausgeprägt als im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Aber auch hier waren im Juni 2018 die ausgeschriebenen Stellenangebote für examinierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und -spezialistinnen und -spezialisten[79] im Bundesdurchschnitt 149 Tage vakant (+ 39 % über dem Durchschnitt aller Berufe) (BA, 2018, S. 18 f.; Faensen, 2016; Kraushaar, 2016; Melzer, 2017; Schaar, 2016). Das vorhandene Arbeitskräftepotenzial reicht auch hier nicht zur Deckung des Arbeitskräftebedarfs aus: Auf 100 Arbeitsstellen kamen nur 62 Arbeitslose (ohne Zeitarbeit). Laut diesen Zahlen hat sich die Arbeitsmarktsituation gegenüber den Vorjahren insgesamt weiter angespannt. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Diskrepanz zwischen Personalbedarf und Angebot noch höher ausfällt als in den aufgezeigten Statistiken, da nur etwa jede zweite freie Stelle bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet wird (BA, 2018, S. 18 f.; Faensen, 2016; Kraushaar, 2016; Melzer, 2017; Schaar, 2016).

4.4 Arbeitsbedingungen in der Pflege

Der berufliche Alltag von Pflegenden ist physisch und psychisch sehr anspruchsvoll. Zudem erschweren oftmals Rahmenbedingungen wie beispielsweise unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung, eine unzureichende Personalausstattung und das Arbeiten unter Zeitdruck den Pflegekräften eine bedarfsgerechte Versorgung der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen. Der Freistaat Sachsen hat bereits in der Vergangenheit die „Pro Pflege Sachsen“ als eine Initiative auf den Weg gebracht, um sich für verbesserte Arbeitsbedingungen in der Pflege starkzumachen (u. a. Teilziele wie die Erhöhung der Vollzeitbeschäftigung, die Reduzierung von befristeten Arbeitsverhältnissen und der Leiharbeit sowie die Anerkennung einer tarifgerechten Entlohnung) (SMS, 2014, S. 1 f.). Dennoch ist die Personalsituation in der Pflege weiterhin angespannt. Der weiteren Ausgestaltung gesundheitserhaltender und attraktiver Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz kommt daher auch in Zukunft eine sehr hohe Bedeutung zu.

4.4.1 Beschäftigungsverhältnis

Im Folgenden wird das Beschäftigungsverhältnis im Hinblick auf den Anteil an Teilzeitarbeit sowie Leiharbeit als auch von befristeten Arbeitsverhältnissen in der Pflege näher charakterisiert.

77 Analyse auf Basis der Daten Mai 2017 bis April 2018 in Relation zum Referenzzeitraum des Vorjahres (BA 2018, S. 27).
78 Anforderungsniveau Spezialistin/Spezialist: Spezialkenntnisse und -fertigkeiten, gehobene Fach- und Führungsaufgaben; Meister- oder Technikerausbildung oder gleichwertiger Fachschul- oder Hochschulabschluss (gemäß Definition KLdB 2010).
79 Angaben umfassen gesamte Berufsgruppe „Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“.

Teilzeitbeschäftigung

Auswertungen des (IAB im Auftrag des damaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege zeigen für das Bezugsjahr 2013 auf, dass die Teilzeitbeschäftigung in der Pflegebranche im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten überdurchschnittlich hoch ausgeprägt ist (Teilzeitquote ca. 27 %, Stand: Dez. 2013). Bundesweit war im Jahr 2013 etwa jede/jeder zweite Beschäftigte in einem Pflegefachberuf in Teilzeit tätig (Krankenpflege: 49 %; Altenpflege: 53 %). Bei den Helferberufen überstiegen die Teilzeitanteile den Gesamtdurchschnitt sogar um mehr als das Doppelte (Krankenpflege: 61 %; Altenpflege: 71 %). Insgesamt war die Teilzeitbeschäftigung in Ostdeutschland etwas stärker ausgeprägt als in Westdeutschland (Bogai et al., 2015, S. 8ff.). Ähnliche Ergebnisse liefert die aktuelle Pflegestatistik. Demnach waren Ende des Jahres 2015 in **Deutschland** insgesamt 65 % der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Teilzeit beschäftigt. Im Vergleich zum stationären Bereich (63,3 %) war dieser Anteil bei den ambulanten Pflegediensten bundesweit höher ausgeprägt (69,3 %) (Statistisches Bundesamt, 2017, 10-11; 18; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 25).

Auch im **Freistaat Sachsen** arbeitete Ende 2015 die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in Teilzeit (69,1 %) (siehe **Tabelle 12**). Im Gegensatz zur Bundesebene war die Teilzeitbeschäftigung in der stationären Pflege mit einem Anteil von 72,4 % in Sachsen stärker ausgeprägt als in der ambulanten Pflege (63,8 %) (Statistisches Bundesamt, 2017, 10-11; 18; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 25). Mit einem ähnlich hohen Anteil von etwa 68,1 % spiegelt sich die hohe Teilzeitbeschäftigung auch in dem Tätigkeitsbereich der unmittelbaren Pflege (ambulante Grundpflege sowie stationäre Pflege und Betreuung) wider. Demnach gingen Ende 2015 etwa 65,3 % der Beschäftigten in der Grundpflege und 69,9 % der Beschäftigten in dem Tätigkeitsbereich der Pflege und Betreuung keiner Vollzeitbeschäftigung nach (Tabelle 12). Getrennt nach Geschlecht zeigt sich, dass in der unmittelbaren Pflege wesentlich mehr Frauen als Männer in Teilzeit arbeiten (70,1 % bzw. 55,1 %) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 26).

Tabelle 12: Teilzeitbeschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach überwiegendem Tätigkeitsbereich, Sachsen, Ende 2015, eig. Darstellung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 26).

Überwiegender Tätigkeitsbereich nach SGB XI (hier: Grundpflege, Pflege und Betreuung)	Beschäftigte			Männlich			Weiblich		
	insgesamt	davon TZ*		insgesamt	davon TZ		insgesamt	davon TZ	
		n	%		n	%		n	%
	ambulante Pflegedienste								
Grundpflege	16 608	10 841	65,3	1 838	879	47,8	14 770	9 962	67,4
Alle Tätigkeiten	24 201	15 442	63,8	2 791	1 351	48,4	21 410	14 091	65,8
	stationäre Pflegeeinrichtungen								
Pflege und Betreuung	25 385	17 739	69,9	3 950	2 312	58,5	21 435	15 427	72,0
Alle Tätigkeiten	38 504	27 872	72,4	6 227	3 569	57,3	32 277	24 303	75,3
	ambulant und stationär								
Grundpflege, Pflege + Betreuung	41 993	28 580	68,1	5 788	3 191	55,1	36 205	25 389	70,1
Alle Tätigkeiten	62 705	43 314	69,1	9 018	4 920	54,6	53 687	38 394	71,5

**TZ: Teilzeit*

Darüber hinaus ist die Teilzeitbeschäftigung in ambulanten und stationären Einrichtungen je nach Qualifikationsniveau unterschiedlich verteilt und zeigt sich insbesondere stark ausgeprägt bei den Helferberufen der Alten- und Krankenpflege (79,7 % bzw. 81,5 %). Bei den ausgebildeten Pflegefachkräften ergeben sich Teilzeitquoten in Höhe von 62,4 % (Altenpflege) bzw. 58,9 % (Gesundheits- und Krankenpflege). Im Gegensatz dazu weisen beispielsweise Pflegekräfte mit einer Hochschulausbildung eine niedrigere Teilzeitbeschäftigung auf (32,3 %). Weitere Angaben zur Teilzeitbeschäftigung in den einzelnen Berufsgruppen können der Tabelle 31 im Anhang F entnommen werden (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 23–25).

Die hohe Teilzeitquote in der Pflege lässt sich u. a. mit dem überdurchschnittlichen Anteil an weiblichen Beschäftigten interpretieren. Die Gründe für die Teilzeitbeschäftigung sind jedoch vielfältig. Während in Westdeutschland hauptsächlich familiäre oder andere persönliche Aspekte die Teilzeitarbeit begründen, arbeiten viele Pflegekräfte in den ostdeutschen Bundesländern nur deshalb in Teilzeit, weil keine Vollzeitstelle zu finden ist. Dies betrifft vor allem die Fach- und Hilfskräfte in der Altenpflege (46 % und 55 %), aber auch die Hilfskräfte in der Krankenpflege (41 %) (Bogai et al., 2015, S. 8–10). Auch im Freistaat Sachsen wird die Teilzeitbeschäftigung am häufigsten mit dem Mangel an einer Vollzeitstelle begründet (37 %) (siehe Tabelle 13) (Richter, 2016). Allgemein begünstigen jedoch auch arbeitsorganisatorische Aspekte (u. a. Arbeitsspitzen in der morgendlichen und abendlichen Grundpflege sowie zu den Mahlzeiten, geteilte Dienste etc.) oder auch die hohe körperliche Belastung im Arbeitsalltag diese Beschäftigungsart (BMG, 2016, S. 69–70; Fürst, 2016; Höhmann et al., 2016, S. 79; Richter, 2016).

Tabelle 13: Gründe Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen, Sachsen 2014 (Ergebnisse des Mikrozensus) (Richter, 2016)

Hauptgründe für Teilzeitbeschäftigung (weibliche Beschäftigte)	%
Krankheit, Unfallfolgen, Behinderungen	/
Persönliche oder familiäre Verpflichtungen	26,9
Betreuung von pflegebedürftigen Personen, Menschen mit Behinderung	/
Betreuung von Kindern	17,1
Sonstige persönliche oder familiäre Verpflichtungen	/
Schulausbildung, Studium oder sonstige Aus- bzw. Fortbildung	/
Vollzeittätigkeit nicht zu finden	36,9
Sonstige Gründe	30,7
Erläuterung „/“ Besetzungswerte unter 5 000 (weniger als 50 erfasste Fälle) sind im Interesse der Ergebnissicherheit und zur Vorbeugung von Fehlinterpretationen mit einem Schrägstrich blockiert. *Die Ergebnisse bilden einen Jahresdurchschnittswert ab.*	

Befristung und Leiharbeit

Basierend auf Auswertungen des Projektes „Lohnspiegel“ des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) fällt der Anteil der **befristet** Beschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland insgesamt relativ hoch aus (Beschäftigte insgesamt 18,7 %). Laut dieser Einkommensdaten, die von 2006 bis Anfang 2013 erhoben wurden, waren im Durchschnitt 17,8 % der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie 23,4 % der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Deutschland befristet tätig. Bei den Helferberufen fiel dieser Anteil noch höher aus (Krankenpflege: 31,7 %, Altenpflege: 32 %). Dies hatte auch Auswirkungen auf das erzielte Einkommen. Befristet Beschäftigte in der Pflege verdienten laut diesen Auswertungen im Durchschnitt etwa 18 % weniger als ihre Kollegen mit unbefristetem Arbeitsvertrag (Bispinck et al., 2013, S. 19–20).

Allgemein gehört der Pflegearbeitsmarkt nicht zu den „klassischen“ Branchen der **Leiharbeit**. Leiharbeitskräfte werden in der Pflege vorrangig zur Kompensation von Personallücken genutzt. Im Freistaat Sachsen gab es zum Stand 31. Dezember 2017 insgesamt 55 871 Leiharbeitskräfte (3,2 % aller Beschäftigten), von denen 420 in der Altenpflege bzw. 498 in den Gesundheits- und Pflegeberufen[80] tätig waren (0,75 % bzw. 0,89 % aller Beschäftigten mit Leiharbeit). Leiharbeit nimmt gemäß diesen Zahlen in der Pflegebranche noch keine bedeutende Stellung ein. Allerdings ist eine zunehmende Tendenz zu erkennen: Ausgehend vom Jahr 2015 (Stand: 31.12.) wuchs der Anteil an Leiharbeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen bis zum Jahr 2017 (Stand: 31.12.) um etwa 23 %, in der Altenpflege sogar um etwa 37 %. Dies könnte möglicherweise auf die begrenzte Verfügbarkeit von Fachkräften in der professionellen Pflege zurückgeführt werden. Des Weiteren bietet Leiharbeit den Beschäftigten unter Umständen auch ähnliche Bezahlungen wie Festangestellten und zum Teil klarere Arbeitsverhältnisse (BAt. Statistik-Service Südost, 2018; Schaar, 2017).

80 Gesundheitspflege, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe

4.4.2 Betreuungssituation

Laut der Daten der aktuellen Pflegestatistik waren Ende 2015 in der ambulanten Grundpflege in Sachsen 7 291 mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (in VZÄ) beschäftigt als im Berichtsjahr 1999 (+132 %). Demgegenüber ist die Anzahl der durch sie betreuten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum weniger stark angestiegen (+ 66 % bzw. 19 647). In der stationären Pflege und Betreuung ist von 1999 bis 2015 hingegen ein geringerer Personalzuwachs (+ 81 % bzw. 8662) zu verzeichnen, während die Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen (voll- und teilstationär) in dieser Zeit um etwa 76 % anstieg (+ 23 339) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, 22; 25-28).

Im Weiteren kann anhand dieser Angaben auch ermittelt werden, wie viele Pflegebedürftige eine Vollzeitkraft innerhalb der jeweiligen Berichtsjahre durchschnittlich zu versorgen hatte. Bei der Interpretation dieser Zahlen muss jedoch beachtet werden, dass diese rechnerisch ermittelten Werte nicht die tatsächlichen Verhältnisse darstellen[81]. Auch hat sich der Pflegebedarf pro Pflegebedürftigem in den letzten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung gewandelt und ist zumeist gestiegen (u. a. hochaltrige, multimorbide Pflegebedürftige). Die Anforderungen an das Personal und die Rahmenbedingungen der Arbeit haben sich dadurch sehr verändert. Daher lassen diese Zahlen keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die tatsächliche Betreuungssituation zu (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, 22; 25-28).

Rechnerisch betrachtet entfielen demnach Ende 2015 auf jeden Vollzeitbeschäftigten in der **ambulanten Grundpflege** im Durchschnitt 3,9 Pflegebedürftige (Bundesdurchschnitt: 4,2). Im Vergleich dazu war im Jahr 1999 ein Beschäftigter (VZÄ) in Sachsen in diesem Bereich noch für etwa 5,4 Pflegebedürftige zuständig. Im Bereich der **stationären Pflege und Betreuung** kamen im Jahr 2015 auf jeden Vollzeitbeschäftigten rechnerisch 2,8 Pflegebedürftige (Bundesdurchschnitt: 2,5). Das Verhältnis Pflegebedürftiger je Beschäftigten (in VZÄ) blieb insgesamt in der stationären Pflege **über die Jahre nahezu unverändert** (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, 22; 25-28).

Regional betrachtet fällt die personelle Ausstattung in ambulanten Pflegediensten im Dezember 2015 sehr unterschiedlich aus. Beispielsweise reichte diese im Bereich der Grundpflege von 3,1 Pflegebedürftigen je Beschäftigtem in der Stadt Leipzig bis 5,2 im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge. Im Vergleich zur ambulanten Pflege ergeben sich für die stationäre Pflege auf Kreisebene homogenere Zahlen (siehe Tabelle 14) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 27–28).

81 So werden Ausfälle von Pflegekräften (Urlaub, Krankheit) sowie die Tatsache, dass dem zu Pflegenden Pflegekräfte 24 Stunden zur Verfügung stehen müssen, nicht berücksichtigt (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 27).

Tabelle 14: Pflegebedürftige je Beschäftigten (VZÄ), Sachsen, (15. Dez. 2015) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018, S. 27)

Kreisfreie Stadt Landkreis Land	Pflegebedürftige je Beschäftigtem (in Vollzeitäquivalenten)1)			
	ambulante Pflegedienste		stationäre Pflegeeinrichtungen	
	insgesamt	darunter in der Grundpflege	insgesamt	darunter in der Pflege u. Betreuung
Chemnitz, Stadt	2,73	4,09	1,88	2,77
Erzgebirgskreis	2,85	4,09	1,71	2,83
Mittelsachsen	2,54	3,32	1,75	2,65
Vogtlandkreis	2,28	3,43	1,81	2,76
Zwickau	2,56	3,61	2,01	2,99
Dresden, Stadt	2,49	3,51	1,93	2,73
Bautzen	2,99	4,53	1,85	2,87
Görlitz	2,79	4,38	1,82	2,74
Meißen	3,24	4,46	2,02	3,02
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3,44	5,19	1,90	2,90
Leipzig, Stadt	2,14	3,12	1,90	2,77
Leipzig	2,72	3,98	1,82	2,71
Nordsachsen	2,91	4,28	1,77	2,65
Sachsen	**2,67**	**3,87**	**1,86**	**2,80**
dagegen Deutschland	2,90	4,23	1,63	2,46

1) Mehrfachzählung bei Beschäftigten in mehrgliedrigen Einrichtungen möglich

4.4.3 Anforderungen an Personaleinsatz und Fachkraftquote

Im Bereich der stationären Langzeitpflege regeln insbesondere gesetzliche Vorgaben an die Träger der Pflegeeinrichtungen die Anforderungen an den qualitativen und quantitativen Personaleinsatz. Sie sind in der Regel in den Vorgaben der Pflegeversicherung (§ 75 SGB XI) zu dem Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen sowie in den Nachfolgegesetzen der Länder zum Heimgesetz des Bundes enthalten (Beine, 2017; Igl, 2016, S. 234–235). Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (PSG II) machte eine Anpassung der rahmenrechtlichen Vorgaben zur Personalausstattung erforderlich, die voraussichtlich erst mit der Einführung eines verbindlichen, bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens im Jahr 2020 ihren Abschluss finden wird (Beine, 2017; Lotze, 2016, 2017; vdek & bpa, 2016, S. 8). Aufgrund der schon seit längerer Zeit sehr angespannten Personalsituation in der Pflege legte die Bundesregierung Ende Mai 2018 zudem ein „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ vor, dessen Regelungen zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. So sollen beispielsweise vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Zuschlag für zusätzliche

Pflegestellen erhalten, um insbesondere den Mehraufwand bei der medizinischen Behandlungspflege auszugleichen. Insgesamt sollen dadurch 13 000 Personalstellen zusätzlich geschaffen werden (BMG, 2018a, 1;3).

a) Personalrichtwerte (§ 75 SGB XI)

In Deutschland existieren für den Bereich der stationären Langzeitpflege bisher keine einheitlichen und wissenschaftlich abgeleiteten Personalschlüssel, die vorgeben, wie viele Pflegebedürftige eine Vollzeitkraft rein rechnerisch zu versorgen hat (Ehrentraut et al., 2015, S. 7 f.). Nach den Vorgaben des Bundesgesetzgebers (§ 75 Abs. 3 SGB XI) ist dies Aufgabe der Landesrahmenvertragspartner[82] in den einzelnen Bundesländern. Im Freistaat Sachsen sind diese Vorgaben, wie in den restlichen Bundesländern auch, in Form von vereinbarten Personalrichtwerten im § 21 Absatz 7 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 1. Juni 2012 festgeschrieben. Die Einrichtungsträger sind innerhalb der einrichtungsindividuellen Vereinbarung jedoch berechtigt, diese Richtwerte in begründeten Fällen zu unter- oder überschreiten, wenn dies im Einklang mit einer fachgerechten Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen steht (Beine, 2017; Greß & Stegmüller, 2016, S. 26–28; Kraushaar, 2016; Schuster, 2016a). So galten bis Ende 2016 im Freistaat Sachsen folgende, in Form von Bandbreiten vereinbarte Personalrichtwerte für die vollstationäre Pflege (Tabelle 15):

Tabelle 15: ***Personalrichtwerte in stationären Einrichtungen, Freistaat Sachsen***

Personal Pflege und Betreuung* (gemäß § 21 Abs. 7 *des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege im Freistaat Sachsen vom 01. Juni 2012)*			
Pflegestufe I	1 : 4,50	bis	1:3,30
Pflegestufe II	1:2,90	bis	1:2,30
Pflegestufe III	1:1,90	bis	1:1,60
Sozialdienst	1:60	bis	1:50

* *Praktikanten, Bundesfreiwilligendienstleistende, Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahres und Mitarbeiter im Rahmen von Arbeitsangelegenheiten nach § 16 SGB II sind nicht in den vereinbarten Personalmengen berücksichtigt*

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die damit verbundene Überleitung von drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade zum Jahr 2017 machte jedoch eine Anpassung dieser bis dato geltenden Personalrichtwerte und damit auch eine Neuverhandlung der Pflegesätze für die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlich (Beine, 2017; BMG, 2016, 68; 200 f.; Greß & Stegmüller, 2016, S. 28 f.; Kuphal, 2016). Bei der Überleitung zum 1. Januar 2017 orientierten sich die Vereinbarungspartner im Freistaat Sachsen an einem von vdek und bpa empfohlenen Schema, welches u. a. die vorrangige Anwendung von Gruppenverhandlungen anstelle von Einzelverhandlungen vorsah (Kraushaar, 2016; vdek & bpa, 2016, 4-8; 11). Nahezu alle vollstationären Einrichtungen nahmen an diesem pauschalen Überleitungsverfahren teil (604 von 617) und erhielten in diesem Zusammenhang einen dreiprozentigen Zuschlag für voraussichtliche Personal- und Sachkostensteigerungen pro Vereinbarungsjahr. Dies wurde von vielen Einrichtungen zur Verlängerung der Vertragslaufzeiten genutzt, sodass daraus mitunter bis zu 10 % Budgetsteigerungen resultierten.

82 Das sind die Landesverbände der Pflegekassen, der örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger und die Pflegeleistungserbringerverbände.

Seit Januar 2017 stehen somit für die voll- und teilstationären Einrichtungen knapp über 1000 zusätzliche Vollzeitstellen im Freistaat Sachsen zur Verfügung (Personalverbesserung im Schlüssel 1:50). Den Leistungserbringern wurde es freigestellt, ob die zusätzlichen Stellen als Stellenneubesetzung oder in Form einer Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitstellen umgesetzt werden. Da zum Zeitpunkt der Umstellung Anfang 2017 noch keine Prognosen zur langfristigen Entwicklung der Bewohnerstruktur und der damit einhergehenden Personalbedarfe prognostiziert werden konnten (Pflegegrad-Mix), erhielten die Pflegeeinrichtungen zusätzlich einen vierprozentigen Risikozuschlag zur Abmilderung von möglichen Budgetschwankungen (Beine, 2017; Greß & Stegmüller, 2016, S. 26ff.; Kraushaar, 2016; Kuhlmann, 2016; Lotze, 2016, 2017; Schuster, 2016a; vdek & bpa, 2016, S. 7f.).

Etwa ein Dreivierteljahr nach der Überleitung zeigten erste Erfahrungswerte seitens der Kostenträger und Leistungserbringer, dass die Umstellung in der Praxis in der Tat zu mehr Personalstellen führte (Beine, 2017). Die daraus resultierende Personalverbesserung sei jedoch noch nicht ausreichend, da die Neueinstellungen bisher noch in keiner deutlichen Entlastung der Beschäftigten resultierten (Füge, 2017; Schaar, 2017). Weiterhin haben die Einrichtungen aufgrund der geringen Verfügbarkeit geeigneter Bewerberinnen und Bewerber Schwierigkeiten, die geschaffenen Personalstellen neu zu besetzen. Auch das Angebot der Umwandlung von Teil- in Vollzeitstellen wird nach Angaben der Einrichtungsträger durch die bereits beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch wenig in Anspruch genommen (Lotze, 2017). Auch gegenwärtig befindet sich die Bewohnerstruktur in den Einrichtungen (Pflegegrad-Mix) in folge der Überleitung noch im Wandel. In diesem Zusammenhang zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Einstufung in den höchsten Pflegegrad fünf mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) im Laufe der Zeit immer seltener wird. Dies hat in der Konsequenz langfristige Auswirkungen auf die daraus abzuleitende Personalausstattung und -finanzierung (Beine, 2017). Es ist über die Zeit mit weiteren Veränderungen zu rechnen, die eventuell nochmalige Anpassungen der Personalausstattung erforderlich machen. Die Festschreibung der konkreten Personalrichtwerte in den Landesrahmenverträgen steht daher zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch aus (Stand: Juli 2018) (Beine, 2017; Lotze, 2016, 2017; Schuster, 2018).

Exkurs: Personalausstattung im Krankenhaus

Seit dem Außer-Kraft-Setzen der Pflegepersonalregelung (PPR) durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz im Jahr 1997 gibt es für deutsche Krankenhäuser mit Ausnahme der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Krankenhausbereich keine bundeseinheitlichen Mindestanforderungen zur Personalausstattung. Unmittelbar nach der Aufhebung der PPR setzte ein intensiver Abbau von Pflegepersonalstellen in den deutschen Krankenhäusern ein, der bereits bis zum Jahr 2007 ca. 52 000 Vollzeitkräfte umfasste. Gleichzeitig haben sich die Anforderungen der Pflegekräfte auch in der stationären Akutpflege aufgrund der demografischen Entwicklung im Laufe der Zeit geändert und äußern sich zumeist in einem höheren Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten (Zunahme älterer multimorbider und demenziell erkrankter Menschen) bei gleichzeitig deutlich kürzeren Verweildauern und einem verstärkten Bürokratieaufwand. Dieser Prozess der Arbeitsintensivierung wird zudem verstärkt durch die im internationalen Vergleich relativ schlechte Betreuungsrelation von Pflegekraft zu Patientin bzw. Patient (Biederbeck, 2017; Kuphal, 2016; Simon & Mehmecke, 2017, S. 93–94). Laut der deutschen Studie „Pflege-Thermometer 2014“ hat eine Pflegefachkraft im Durchschnitt 11,3 Patienten (alle Schichten) zu versorgen (siehe

Tabelle 16). Diese Ergebnisse können allgemein als Indikator für die in deutschen Krankenhäusern stattfindenden Rationalisierungsprozesse betrachtet werden (Isfort et al., 2014, S. 39 f.).

Tabelle 16: Durchschnittliche Relation von Patientenanzahl zu Pflegekräften im Krankenhaus, in drei Schichten (Isfort et al., 2014, S. 39)

	Relation: Patienten zu Pflegekräften im **Frühdienst**	Relation: Patienten zu Pflegekräften im **Spätdienst**	Relation: Patienten zu Pflegekräften im **Nachtdienst**
Mittelwert	8,6	11,7	23,6
Modalwert (häufigst genannter Wert)	8	10	30

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), das zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, zielt u. a. auf eine Verbesserung der Personalsituation in deutschen Krankenhäusern ab. Laut Angaben des BMG entstehen zur Finanzierung der Reform im Zeitraum 2016 bis 2020 für alle Kostenträger insgesamt Mehrausgaben in Höhe von etwa zehn Milliarden Euro. Zur Stärkung der Pflege am Bett wurde u. a. ein Pflegestellen-Förderprogramm mit Fördermitteln bis zu insgesamt 660 Millionen Euro in den Jahren 2016 bis 2018 eingerichtet. Ab dem Jahr 2019 sollen dann bis zu 330 Millionen Euro jährlich als Regelfinanzierung zur Verfügung stehen. Weiterhin gibt es seit dem Jahr 2017 einen jährlichen Pflegezuschlag (als Ersatz des bisherigen Versorgungszuschlags) in Höhe von 500 Millionen Euro, welcher nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt wird (BMG, 2017a, 2018b; Kuphal, 2016). Nach Einschätzungen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) sind jedoch wesentlich höhere Investitionen erforderlich, um die Krankenhäuser mit ausreichend Pflegepersonal auszustatten (Biederbeck, 2017). Darüber hinaus waren die Selbstverwaltungspartner der Krankenhäuser und der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2018 gesetzlich zur Vereinbarung von Personalmindeststandards für solche Krankenhausbereiche verpflichtet, in denen dies aufgrund der Patientensicherheit besonders notwendig ist (Nachtdienst, Intensivstationen). Die Vereinbarung soll zum 1. Januar 2019 wirksam werden (BMG, 2017c). Die vom BMG im Mai 2018 vorgelegten „Eckpunkte zum Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ sehen in einem weiteren Schritt langfristig die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in allen bettenführenden Abteilungen vor. Zudem sehen die Eckpunkte vor, die Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 aus der DRG-Vergütung auszugliedern (BMG, 2018a, S. 3).

b) Fachkraftquote

Gesetzliche Vorgaben darüber, wie hoch der prozentuale Anteil der pflegerisch qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Gesamtmenge des Personals sein soll, gibt es in Deutschland lediglich für die stationären Pflegeeinrichtungen. Die Regelung für diese sogenannte Fachkraftquote in Höhe von 50 % basiert auf der damals noch vom Bund erlassenen Heimpersonalverordnung zum Heimgesetz aus dem Jahr 1993. Es ist jedoch unklar, ob bzw. auf welcher empirischen Grundlage diese Quote basiert. Ungeachtet dessen hat die Fachkraftquote eine wichtige Funktion, um den Abbau von Pflegefachkräften zu verhindern. Im Jahr 2006 wurde die Regelungskompetenz der personellen Mindeststandards auf die Bundesländer übertragen. Diese können in den jeweiligen Heimgesetzen von dieser formalen Quote abweichen.

So gibt es beispielsweise seit Anfang 2016 in Baden-Württemberg eine Regelung, die eine Absenkung zulässt. Danach kann von der fünfzigprozentigen Fachkraftquote abgewichen werden, wenn im Verhältnis zu den Pflegefachkräften in geringem Umfang andere Fachkräfte gemäß deren beruflichen Qualifikation tatsächlich beschäftigt werden. Bedingung ist jedoch zugleich, dass im Tagdienst eine durchschnittliche Präsenzquote erfüllt werden muss, wonach mindestens eine Pflegefachkraft auf 30 Bewohnerinnen bzw. Bewohner vorzuhalten ist. In der Regel darf die Fachkraftquote aber nicht unter 40 % absinken (§§ 8 und 9 LPersVO i. d. F. vom 7. Dezember 2015, Beine, 2017; Ehrentraut et al., 2015, S. 9; Faensen, 2016; Greß & Stegmüller, 2016, S. 26ff.; Schaar, 2017).

Die Mehrheit der Bundesländer hat die quantitative Fachkraftquote (50 %) in den Landesheimgesetzen beibehalten. Im Freistaat Sachsen normiert § 3 Abs. 3 Nr. 2 des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes (SächsBeWoG vom 12. Juli 2012)[83] die Fachkraftquote. Demnach dürfen betreuende und pflegerische Tätigkeiten ausschließlich von Fachkräften bzw. unter angemessener Beteiligung von Fachkräften durchgeführt werden. In stationären Einrichtungen mit mehr als 20 nicht pflegebedürftigen oder mit mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern müssen mindestens 50 % der anwesenden Beschäftigten Fachkräfte sein (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 SächsBeWoG). Für den Bereich der Pflege besitzen die Berufsgruppen der Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie Heilerziehungspflege[84] diesen Fachkraftstatus (gemäß nicht abschließender Aufzählung in der Anlage zu § 18 SächsBeWoGDVO). Zusätzliche Betreuungskräfte (gemäß § 43b SGB XI) fallen nicht unter die Fachkraftquotenregelung (§§ 18 und 19 SächsBeWoGDVO). In stationären Einrichtungen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch im Nachtdienst mindestens eine Fachkraft pro Gebäude anwesend sein (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 SächsBeWoG). Hierbei muss es sich konkret um eine Pflegefachkraft im Sinne des Paragraphen 71 Abs. 3 SGB XI handeln (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 SächsBeWoG i. V. m. § 19 SächsBeWoGDVO). Diese Vorgaben werden vor allem seitens der Vertreterinnen und Vertreter der sächsischen Leistungserbringer als unzureichend bewertet, um eine angemessene Versorgungsqualität für die Bewohner in der Nacht zu gewährleisten. So haben andere Bundesländer wie zum Beispiel Baden-Württemberg die Fachkraftbesetzung in der Nacht über eine Quotenregelung in den Heimgesetzen festgelegt. Danach ist eine ausreichende Personalbesetzung im Nachtdienst gegeben, wenn mindestens eine Beschäftigte bzw. ein Beschäftigter auf 45 Bewohner kommt (§ 10 LPersVO vom 7. Dezember 2015) (Beine, 2017; Füge, 2017; Jarisch, 2017; Schaar, 2017).

Eine ordnungsrechtliche Prüfung der vereinbarten Personalausstattung und der daraus abzuleitenden Anzahl an Fachkräften ist laut Gesetz nicht vorgesehen. Die Kostenträger werden lediglich in Form eines Prüfberichtes darüber informiert, wenn die Einrichtungen den vereinbarten Personalschlüssel unterschreiten (§ 16 SächsBeWoG). Im Rahmen dieser Prüfungen lässt sich im Freistaat Sachsen eine tendenzielle Zunahme der Unterschreitung der Fachkraftquotenregelung von 50 % in den stationären Einrichtungen erkennen (Tabelle 17). Lag der Anteil der geprüften Einrichtungen, welche die Fachkraftquote unterschritten, im Jahr 2015 noch bei etwa 5 % (26), waren es im Jahr 2017 bereits 18 % (107) der Einrichtungen. Die Unterschreitung wird seitens der Träger überwiegend mit dem erschwerten Finden von geeignetem Fachpersonal begründet (Schuster, 2016a; Werner, 2016, 2017).

83 Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG vom 12. Juli 2012) in Verbindung mit der dazugehörigen Durchführungsverordnung (SächsBeWoGDVO vom 5. September 2014).

84 Mit einem erfolgreich abgeschlossenen Lehrgang Behandlungspflege nach Paragraph 34 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 22 SächsGfbWBVO

Darüber hinaus ist es den Trägern stationärer Einrichtungen durch eine Ausnahmeregelung im Heimgesetz möglich, sich bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen von den Personalvorgaben befreien zu lassen (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 HS4 SächsBeWoG i. V. m. § 22 Abs. 2 SächsBeWoG). Nach Angaben der zuständigen Heimaufsichtsbehörde (Kommunaler Sozialverband Sachsen – KSV) wird diese Option auch zunehmend in Anspruch genommen und resultiert in einem steigenden Verwaltungsaufwand, der die Arbeit des KSV zunehmend erschwert (Werner, 2017).

Tabelle 17: Abweichungen von der Fachkraftquote in stationären Einrichtungen, in Jahren (gemäß SächsBeWoG)

Abweichung von der Fachkraftquote	**2015**	**2016**	**2017**
Anzahl durchgeführter Prüfungen	601	643	610
Anzahl geprüfter Einrichtungen:	476	617	595
• davon mit Unterschreitung der Fachkraftquote (50 %)	26	56	107
• davon mit Unterschreitung aufgrund der Ausnahmeregelung (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 SächsBeWoG)	5	6	6

Quelle: KSV Sachsen (Werner, 2016, 2017)

c) Wissenschaftliches Personalbemessungsverfahren

Mit dem Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (PSG II) soll in Deutschland bis zum 30. Juni 2020 erstmals ein einheitliches und empirisch abgesichertes Personalbemessungsverfahren in der stationären Langzeitpflege durch die Pflegeselbstverwaltung[85] auf Bundesebene entwickelt und erprobt werden (§ 113c SGB XI). Ziel ist die Ermittlung einheitlicher Standards, welche vor allem qualitative und quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen (BMG, 2016, S. 68; Greß & Stegmüller, 2016, S. 28 f.; Lotze, 2017). Können die Vertragsparteien im Rahmen der Entwicklung dieses Personalbemessungsverfahrens ein gesetztes Zeitziel nicht erreichen und wird dadurch die fristgemäße Entwicklung und Erprobung des Verfahrens gefährdet, hat das BMG das Recht, einzelne Verfahrensschritte im Rahmen der Ersatzvornahme selbst durchzuführen (Greß & Stegmüller, 2016, S. 30).

Die Einführung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens in Deutschland wird mehrheitlich begrüßt (Beine, 2017; Biederbeck, 2017; Lotze, 2017; Schaar, 2017). Gestützt wird diese Forderung u. a. durch eine aktuelle Studie im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) aus dem Jahr 2016. Deren Ergebnisse zeigen am Beispiel der USA auf, dass wissenschaftliche Personalbemessungsverfahren positive Auswirkungen auf die Pflegequalität haben können. Diese entstünden vor allem durch die Neueinstellung von Pflegefachkräften. Notwendig für eine qualitativ hochwertige Versorgung sei aber die gleichzeitige Vorgabe einer Fachkraftquote, da ansonsten das Risiko bestünde, dass Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung der personellen Mindeststandards eher Pflegehilfskräfte anstellen (Greß & Stegmüller, 2016, S. 6).

Der lange Übergangszeitraum bis zum Vorliegen des Personalbemessungsverfahrens am 30. Juni 2020 wird jedoch im Hinblick auf die angespannte Personalsituation und den damit verbundenen Dauerbelastungen des Pflegepersonals als problematisch

85 Vertragsparteien gemäß Paragraph 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

bewertet. Darüber hinaus führt allein die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens nicht zu einer verbesserten Personalausstattung und Pflegequalität. Basierend auf den Erkenntnissen aus den USA seien weitere entscheidende Faktoren für die erfolgreiche Anwendung von Personalbemessungsverfahren vor allem deren Finanzierbarkeit und Praktikabilität für Vertragspartner und Aufsichtsbehörden. Weiterhin sei es wichtig, dass die Bundesländer einheitliche Personalmindeststandards festlegen und dazu verpflichtet werden, deren Einhaltung zu überprüfen und bei Bedarf auch zu sanktionieren (Greß & Stegmüller, 2016, 6 f.; 27-31).

4.4.4 Entlohnungsbedingungen

Im Hinblick auf die Entlohnung lassen sich zum Teil erhebliche Lohnunterschiede zwischen der Alten- und der Krankenpflege feststellen (Bispinck et al., 2013, S. 6–7; Bogai et al., 2015, S. 13–14). So vergleicht beispielsweise die Studie des IAB im Auftrag des damaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege für das Jahr 2013 die durchschnittlichen Median-Bruttoentgelte von Vollzeitkräften (siehe Tabelle 18) in den Pflegeberufen[86] (Bogai et al., 2015, S. 13–14). Demnach verdient eine vollzeittätige **Fachkraft in der Krankenpflege** in Ostdeutschland ein monatliches Median-Bruttoentgelt von 2 738 Euro (West: 3 139 €). Im Vergleich dazu erhält eine Altenpflegefachkraft in Ostdeutschland 1 945 Euro (West: 2 568 €). Fachkräfte in der Altenpflege verdienen somit in Ostdeutschland knapp 29 % und in Westdeutschland gut 18 % weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege. Für die Helferberufe zeigen sich ähnliche Tendenzen im Hinblick auf die Lohndifferenzen zwischen Alten- und Krankenpflege (Ost: -19 %; West: - 25 %). Hilfskräfte in der Altenpflege erhalten im Osten einen monatlichen Brutto-Medianverdienst in Höhe von 1 495 Euro (in Westdeutschland: 1 855 €). Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege verdienen hingegen in Ostdeutschland im Mittel 1 854 Euro, in Westdeutschland 2 470 Euro. Demnach erhalten Hilfskräfte in der Krankenpflege sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland nur etwa 100 Euro weniger als examinierte Fachkräfte in der Altenpflege (Bogai et al., 2015, S. 11; Bogai et al., 2016, S. 94 f.).

Grundlage der Auswertung war die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. **Das Brutto-Medianentgelt aller Fachkräfte (alle Berufsbereiche)** liegt nach diesen Auswertungen bei 2 099 Euro in Ostdeutschland (West: 2 865 €). Demgegenüber werden Fachkräfte in der Krankenpflege in allen Bundesländern besser vergütet (Ost: +30 %; West: 10 %). Für die Fachkräfte in der Altenpflege zeigt sich ein anderes Bild. Bundesweit liegt deren Einkommen unter dem jeweiligen landesspezifischen Bruttoentgelt aller Fachkräfte (Ost: -7 %; West: -10 %). Ähnliche Tendenzen ergeben auch die Vergleiche der Brutto-Medianentgelte aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Helferberufen (Vergütung Hilfskräfte Krankenpflege: Ost und West: +13 %; Vergütung Hilfskräfte Altenpflege: Ost: – 8 %; West: – 15 %) (Bogai et al., 2015, S. 13–14; Bogai et al., 2016, S. 100).

Noch deutlicher werden die Gehaltsunterschiede zwischen Alten- und Krankenpflege bei einem **Vergleich der Medianentgelte über alle Berufe.** Das Bruttomedian-Entgelt aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 2 317 Euro in Ostdeutschland bzw. bei 3 094 Euro in Westdeutschland. Auch in diesem Vergleich verdienen die

86 Pflegepersonal meint hier gemäß Klassifizierung der Berufe 2010 (KLdB 2010): Fachkräfte in der Krankenpflege (81302), Fachkräfte in der Altenpflege (82102), Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege (81301), Helferinnen/Helfer in der Altenpflege (82101). Durch die Beschränkung auf Vollzeitkräfte gingen nur 44 Prozent der Fachkräfte und Helferinnen/Helfer in der Pflege in die Analysen ein. (Bogai et al., 2015, S. 4).

Fachkräfte in der Krankenpflege durchschnittlich mehr als alle Vollzeitbeschäftigten in Deutschland (Ost: +18 %; West: +1,4 %). Altenpflegefachkräfte verdienen gegenüber allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Osten 16 % und im Westen 17 % weniger. Am stärksten ausgeprägt zeigen sich die Lohndifferenzen bei den Helferberufen in der Alten- und Krankenpflege: Altenpflegehilfskräfte in Ostdeutschland verdienen gut 35 % und in Westdeutschland etwa 40 % weniger als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Auch die Hilfskräfte in der Krankenpflege liegen hier unter dem Referenzwert (Ost und West: je -20 %) (Bogai et al., 2015, S. 14).

Darüber hinaus macht die Studie des IAB deutlich, dass die durchschnittlichen Verdienste neben dem pflegerischen Berufsabschluss auch vom Beschäftigungsort abhängen (Akutpflege, ambulante oder stationäre Langzeitpflege): Bundesweit werden die Pflegefachkräfte (Alten- und Krankenpflege) in den Krankenhäusern mit Abstand am besten entlohnt. Dies gilt auch für die Helferberufe. Die Verdienste in der ambulanten Pflege fallen sowohl für die Fachkräfte als auch die Hilfskräfte in der Alten- und Krankenpflege am geringsten aus. Beispielsweise verdienen Krankenpflegefachkräfte in den Krankenhäusern knapp 30 % mehr als in der ambulanten und 20 % mehr als in der stationären Pflege (Altenberichtskommission, 2016, S. 201; Bogai et al., 2015, S. 21f.).

Verdienstmöglichkeiten im Freistaat Sachsen

Auch im Freistaat Sachsen zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede in der Bezahlung von Alten- und Krankenpflegekräften. Dies verdeutlichen u. a. die Daten der letzten Verdienststrukturerhebung (VSE)[87] des Statistischen Landesamtes (siehe Tabelle 18) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014, S. 126ff.). Die bundesweite Studie des IAB (Bogai et al., 2015) aus dem Jahr 2013 kommt in ihrem Bundesländervergleich sogar zu dem Ergebnis, dass Alten- und Krankenpflegekräfte im Freistaat Sachsen im Ländervergleich mit am geringsten vergütet werden. Danach verdienen Altenpflegefachkräfte in Sachsen mit einem durchschnittlichen Brutto-Medianverdienst in Höhe von 1 784 Euro beispielsweise etwa 1 000 Euro (-56 %) weniger als in Bayern oder Baden-Württemberg. Auch innerhalb Sachsens zeigen sich nach diesen Ergebnissen relativ große Lohndifferenzen zwischen den Fachkräften. Examinierte Altenpflegerinnen und -pfleger erhalten bis zu 38 % weniger Lohn als Krankenpflegefachkräfte (2 657 Euro) und verdienen damit fast genauso wenig wie eine Hilfskraft in der Krankenpflege (1 784 Euro vs. 1 732 Euro) (Bogai et al., 2015, S. 15f.; Bogai et al., 2016, S. 95).

Kranken- und Altenpflegehelferinnen und -helfer in Sachsen erzielen im Vergleich zu ihren Kollegen aus den anderen Bundesländern das geringste Einkommen. Die Krankenpflegehelferinnen und -helfer verfügen über ein Brutto-Medianentgelt in Höhe von 1 732 Euro. Damit beträgt beispielsweise der Lohnabstand zum bestzahlenden Bundesland Rheinland-Pfalz 860 Euro (ca. - 50 %). Die Hilfskräfte in der Altenpflege in Sachsen erhalten im Vergleich dazu ein noch geringeres Entgelt in Höhe von 1 396 Euro. Damit verdienen sie geringfügig mehr als der im Bezugsjahr 2013 geltende Pflegemindestlohn (8 Euro/Stunde, Stand: 1. Juli 2013). Die Lohndifferenz zwischen Hilfskräften in der Alten- und Krankenpflege beträgt demnach 336 Euro (Bogai et al., 2015, S. 15f.; Bogai et al., 2016, S. 95). Diese bestehenden Lohnunterschiede

87 Die VSE findet seit 2006 alle vier Jahre statt, Berichtszeitraum ist für einzelne Daten das Kalenderjahr 2014 und für die meisten Daten der repräsentative Monat April. Für den Freistaat Sachsen wurden Angaben von 3 459 Betrieben und 52 431 Arbeitnehmern erfasst (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2014, S. 3–4).

zwischen den einzelnen Bundesländern sind ein Grund für die Abwanderung vieler sächsischer Pflegefachkräfte in angrenzende und besser zahlende Bundesländer (Faensen, 2016; Schaar, 2016).

Tabelle 18: Verdienste in den Pflegeberufen im Freistaat Sachsen, 2014 (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014, S. 126ff.)

Nr. der Klassifikation	Berufliche Tätigkeit (KldB 2010) Berichtsjahr 2014	Insgesamt			
		Bruttomonatsverdienst (in €, Vollzeit)		Bruttostundenverdienst (in €, Vollzeit)	
		Median	Arithm. Mittel	Median	Arithm. Mittel
81301	Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.)-Helfer	(2 066)	(2 193)	(11,89)	(12,62)
81302	Gesundheits-,Krankenpflege (o.S.)-Fachkraft	2 854	2 814	16,30	16,23
81313	Fachkrankenpflege–Spezialistin/ Spezialist	3 305	3 331	19,02	19,10
82101	Altenpflege (o.S.) – Helfer	(1 577)	(1 636)	9,41	9,42
82102	Altenpflege (o.S.) – Fachkraft	1 962	1 976	11,36	11,67
83132	Heilerziehungspflege, Sonderpäd.-Fachkraft	(2 223)	(2 178)	(12,79)	(12,53)
83133	Heilerziehungspflege, Sonderpäd.-Spezialistin/ Spezialist	(2 459)	(2 357)	(14,14)	(13,56)

o.S.: ohne Spezialisierung
(): Aussagewert eingeschränkt

Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen

Die Studie der PROGNOS AG „Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit“ aus dem Jahr 2014 führt an, dass Pflegekräfte mit tariflicher Entlohnung im Durchschnitt wesentlich mehr verdienen als nichttariflich entlohnte Pflegende (Altenberichtskommission, 2016, S. 201–203; Prognos AG, 2014, 67; 101). Dies spiegelt sich auch in der zuvor erwähnten Verdienststrukturerhebung für Sachsen wider, welche u. a. die Bruttojahresverdienste der Vollzeitbeschäftigten im Wirtschaftsabschnitt Q (Gesundheits- und Sozialwesen) in Abhängigkeit der Tarifbindung für das Jahr 2014 betrachtet (Bruttomedianverdienste: tarifgebunden 39 803 €; nicht tarifgebunden: 23 856 €) (Richter, 2018a). Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch für die aktuellen Verhandlungsergebnisse des Arbeitgeberbrutto (durchschnittliche Personalkosten für Fach- und Nichtfachkräfte) aus den Pflegesatzverhandlungen (Stand: März 2018) für den vollstationären Bereich im Freistaat Sachsen (§ 75 SGB XI)[88] (Schuster, 2018).

Seit der Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichtes im Jahr 2009 erkennen die sächsischen Kostenträger tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen generell als wirtschaftlich an (Kuhlmann, 2016; Schuster, 2016a; Werner, 2017). Dieses Bekenntnis zur tarifgerechten Entlohnung hat der Freistaat Sachsen, neben anderen wichtigen Aspekten zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe, im Jahr 2014 gemeinsam mit den Pflegekassen, Leistungserbringern und dem KSV durch die Unterzeichnung des Positionspapiers „Pro Pflege Sachsen“ aufgegriffen und weiter verfestigt. Die

88 Aktueller Landesdurchschnitt Jahres-Arbeitgeberbrutto: 39 000 €, darunter Liga-Träger 43 500 €, private Träger 33 800 €

Anerkennung von Tariflöhnen durch die Kostenträger ist an die Bedingung geknüpft, dass die Vergütungssteigerung vollständig an die Beschäftigten weitergegeben wird. Laut „Pro Pflege Sachsen“ haben die Leistungserbringer diese Weitergabe im Rahmen der nachfolgenden Vergütungsverhandlung nachzuweisen (Bockting, 2017; Klepsch, 2016; Lotze, 2017; Schuster, 2016a, 2016b). Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurde nun auch der bundesgesetzliche Rahmen für die wirtschaftliche Anerkennung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen in den Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen geschaffen. Seit dem Jahr 2017 (PSG III) können zudem auch nicht-tarifgebundene Einrichtungen ihre nachweislich gezahlten Vergütungen bis zur Höhe des Tarifniveaus durchsetzen (BMG, 2016, S. 64–67; Fürst, 2016; Kuhlmann, 2016; Schaar, 2017; Schuster, 2016b). Die Anforderungen an die Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen (gemäß § 85 Abs. 3 SGB XI) sind in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI zu regeln. Hierbei sind vor allem die in den Pflegesatzverhandlungen geltend gemachten voraussichtlichen Personalkosten inklusive entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum nachzuweisen (§ 85 Abs. 3 SGB XI). Im Freistaat Sachsen wird sich der Nachweis auf eine vom Träger erstellte Liste aller Beschäftigten beziehen, die mit einer Stichprobe im Umfang von wahrscheinlich 25 % durch die Kostenträger über Jahreslohnjournale überprüft werden sollen (Stand: 2018). Eine rahmenvertragliche Regelung (§ 75 SGB XI) ist jedoch noch ausstehend (Schuster, 2018).

Innerhalb der Pflegebranche existiert bisher eine relativ unübersichtliche bzw. kleinteilige Vielfalt an Tarifverträgen, was insbesondere auf die unterschiedlichen Träger in der Sozialwirtschaft zurückzuführen ist (Bogai et al., 2016, S. 106; Lotze, 2017; Schuster, 2016a). Für die letzten Jahre lässt sich im Freistaat Sachsen hauptsächlich im stationären Bereich eine tendenziell positive Entwicklung der tariflichen Anerkennung plausibel nachgewiesener Personalkosten erkennen (Fürst, 2016). Diese Tendenz der zunehmenden Zahlung von Tariflöhnen bzw. Zahlungen in Höhe des tariflichen Niveaus in vollstationären Pflegeeinrichtungen belegen auch aktuelle Ergebnisse aus den dazugehörigen Pflegesatzverhandlungen (§ 75 SGB XI) im Freistaat Sachsen (Stand: März 2018, siehe Tabelle 19, Schuster, 2018). Dennoch sind etwa Dreiviertel (ca. 75,5 %) der zugelassenen Pflegeeinrichtungen (ambulant, stationär) nach SGB XI im Freistaat Sachsen nicht tarifgebunden bzw. zahlen keine tarifähnliche Vergütung (Stand: April 2018)[89]. Oftmals trifft dies vor allem auf den ambulanten Bereich zu. So sind etwa 20 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen in Sachsen tarifgebunden (im Vergleich dazu: 31 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen – inklusive Kurzzeitpflege) (Lotze, 2018). Die Umsetzung von Tariflöhnen im ambulanten Bereich wird insbesondere durch die unterschiedliche Vergütungssystematik in den jeweiligen Rechtsbereichen der Sozialgesetzgebung erschwert (Ehrentraut et al., 2015, S. 26; Fürst, 2016).

89 Aussagen basieren auf Daten über reine Tarifwerke wie AVR Caritas, AVR Diakonie, Tarifvertrag DRK, TVÖD städtischer Einrichtungen; flexible Haustarifvereinbarungen o. ä. Vereinbarungen „bis zur Tarifhöhe“ sind hier nicht erfasst. Weiterhin ist zu beachten, dass es sich hier um Schätzwerte handelt, da in der Verhandlungsstatistik nur solche Pflegeeinrichtungen erfasst werden, die auch auf dieser Basis mit den Kostenträgern verhandeln (Lotze, 2018).

Tabelle 19: Arbeitnehmer-Brutto von Fach- und Nichtfachkräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen (ohne Kurzzeitpflege) gemäß der den verhandelten Pflegesätzen zugrunde liegenden Personalkostenannahmen (Stand: März 2018) (Schuster, 2018)

Qualifikation des Personals in stationären Pflegeeinrichtungen (Stand: März 2018)	Jahresverdienst Arbeitnehmerbrutto (arithm. Mittel), in €	Monatsverdienst (12,5 Monate) Arbeitnehmerbrutto (arithm. Mittel), in €
Landesdurchschnitt Sachsen		
Fachkraft	38 300	3 064
Nichtfachkraft	26 700	2 136
LIGA-Durchschnitt		
Fachkraft	42 500	3 400
Nichtfachkraft	30 000	2 400
Private Träger		
Fachkraft	34 300	2 744
Nichtfachkraft	22 000	1 760

Quelle: KSV Sachsen: Zahlen basieren auf einer Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Pflegesatzverhandlungen, Verhandlungsgegenstand ist dort das plausibel dargelegte durchschnittliche prospektive Arbeitgeberbrutto aller in der Pflege beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Jahr und VZÄ inkl. aller Sozialversicherungsanteile sowie Altersvorsorgezahlungen und Nebenkosten (Berufsgenossenschaft, Fortbildungen, etc.); darin enthalten sind alle Lohnbestandteile (Regelentgelt, Zuschläge für Schichten, Wochenende, Jahressonderzahlungen, Prämien, Familienbezogene Bestandteile etc.)

Pflegemindestlohn

Seit dem Jahr 2010 gibt es einen branchenspezifischen **Pflegemindestlohn**, der auf dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz basiert. Er gilt für alle stationären und ambulanten Einrichtungen (nicht für Privathaushalte als Arbeitgeber). Seit Januar 2018 beträgt der Pflegemindestlohn 10,55 Euro/Stunde (Westdeutschland, Berlin) bzw. 10,05 Euro/Stunde (Ostdeutschland) und liegt damit über dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn. Mit der dritten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen, die im November 2017 in Kraft trat, werden die Pflegemindestlöhne bis 2020 nochmals steigen (siehe Tabelle 20, BMG, 2016, S. 64–67). In der Regel fällt der Verdienst von Pflegefachkräften höher aus als der Pflegemindestlohn. Somit profitieren insbesondere die Hilfskräfte von der Erhöhung. Durch den Mindestlohn wird weiterhin zumindest eine untere Grenze in der Bezahlung festgelegt (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2017; Schaar, 2017).

Tabelle 20: Pflegemindestlohn (in Euro, 2018 bis 2020) (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2017)

von/bis	Mindestlohn West/ Berlin	Mindestlohn Ost
01.01.18 bis 31.12.18	10,55 €	10,05 €
01.01.19 bis 31.12.19	11,05 €	10,55 €
01.01.20 bis 30.04.20	11,35 €	10,85 €

Gründe für Verdienstunterschiede in der Alten- und Krankenpflege

Grundsätzlich stellt sich die Verdienstsituation in der Altenpflege gegenüber der Krankenpflege aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung bzw. Ausgestaltung der Versicherungssysteme anders dar. Im Gegensatz zur Krankenpflege, die durch die gesetzliche Krankenversicherung im Sinne einer Vollkaskoversicherung finanziert wird, basiert die Pflegeversicherung auf einem Teilkaskosystem. Im Rahmen von Vergütungsverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und –trägern werden die Preise für Pflegeleistungen nach dem SGB XI ausgehandelt. Werden die Gehälter der Pflegekräfte in der Altenpflege erhöht, hat das unmittelbare Auswirkungen auf die Pflegesätze. Demnach sind die Gehaltssteigerungen mit höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen bzw. mit steigenden Transferleistungen durch den Staat (Hilfen zur Pflege) verbunden (Kuhlmann, 2016; Lotze, 2017). Ein weiterer Grund für die im Vergleich zur Krankenpflege geringeren Verdienste in der Altenpflege sind die oftmals geringeren Betriebsgrößen von Pflegeeinrichtungen oder –diensten. So arbeiten etwa 76 % der Altenpflegefachkräfte in kleineren Betrieben mit unter 100 Beschäftigten. Die Mehrheit (61 %) der Altenpflegefachkräfte in Deutschland ist nicht tarifgebunden beschäftigt. Die Tarifbindung wird wiederum mit einer steigenden Betriebsgröße wahrscheinlicher. Weiterhin sind Altenpflegerinnen und -pfleger im Vergleich zu den restlichen Pflegeberufen häufiger in einem befristeten Arbeitsverhältnis angestellt. Diese verdienen in der Regel weniger als ihre unbefristet angestellten Kolleginnen und Kollegen. Auch die jeweilige Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen ist eine Erklärung für die unterschiedliche Bezahlung in der Pflege. So lassen sich die vergleichsweise geringen Entgelte in der ambulanten Pflege darauf zurückführen, dass diese zumeist in privater Trägerschaft und zumeist ohne Tarifbindung sind (Bispinck et al., 2013, 10;17;20; Bogai et al., 2016, S. 105 f.; Ehrentraut et al., 2015, S. 11; Lotze, 2017; Schuster, 2016a).

4.4.5 Arbeitsanforderungen und Belastungen

Trotz zum Teil langjähriger Gegenmaßnahmen sind Pflegekräfte die gesundheitlich mit am stärksten belastete Berufsgruppe in Deutschland. Gründe hierfür lassen sich vor allem in den zuvor beschriebenen Rahmenbedingungen als auch in den mit der pflegerischen Tätigkeit im Zusammenhang stehenden typischen Belastungsfaktoren finden (Abeler, 2013, 151; 153ff.; Beine, 2017; Bispinck et al., 2013, S. 26; Fürst, 2016; Höhmann et al., 2016, S. 73ff.; Melzer, 2017).

Zahlreiche Studien haben sich in den letzten Jahrzehnten mit den multifaktoriellen Belastungsfaktoren von Pflegekräften auseinandergesetzt. Eine Arbeit von Höhmann et al. (2016) fasst im Sinne einer Ergebnisübersicht aus diesen nationalen und internationalen Studien sektorenübergreifende[90] Belastungen von Pflegenden zusammen. Dazu gehören beispielsweise das stetige Arbeiten unter Zeitdruck, der Umgang mit Leid und Sterben, der hohe Bürokratieaufwand, aber auch eine mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit (siehe Abbildung 9) (Höhmann et al., 2016, S. 74 f.). Nachfolgend werden wesentliche Belastungsfaktoren beispielhaft erläutert.

Körperliche Anforderungen

Die Ausübung der pflegerischen Tätigkeiten ist oftmals mit erheblichen körperlichen Anstrengungen verbunden, die sich vor allem durch das lange Stehen, häufige Bücken und das Heben und Lagern der Pflegebedürftigen ergeben. Neben planbaren

90 ambulante und stationäre Pflege, Akutpflege im Krankenhaus

Tätigkeiten, bei denen technische Hilfsmittel oder die Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen organisiert werden können, treten im Pflegealltag viele Situationen auf, bei denen die Pflegenden sofort und häufig allein unter teilweise extremen Anstrengungen agieren müssen. Vor allem bei der Pflege von bettlägerigen und bewegungseingeschränkten Pflegebedürftigen wird oftmals eine spontane Hilfestellung notwendig (Abeler, 2013, S. 154; BAuA, 2014, S. 133; Melzer, 2017). Eine weitere Anforderung im Pflegealltag ist der stetige Umgang mit Chemikalien, Ausscheidungen und der Kontakt zu Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit übertragbaren Erkrankungen (z. B. Virusinfektionen). Gleichzeitig besteht ein hohes Risiko für Stich- und Schnittverletzungen (Abeler, 2013, S. 155f.; BAuA, 2014, S. 133; Fürst, 2016).

Arbeitsanforderungen und Belastungen im Pflegealltag
Mikroebene (inter- und intrapersonell)
• Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation (widersprüchliche Arbeitsanweisungen, Verschiebung der Aufgaben: v. a. Übernahme pflegefremder Tätigkeiten) • Interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten • Mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte • Umgang mit Tod, Sterben, Leid • Interaktion mit Patienten *(aggressive, unfreundliche Patienten, zeitliche Beanspruchung)* • Psychosomatische Beschwerden, Stress • Rollenkonflikte und moralischer Stress *(z. B. Berufsideal vs. Arbeitsrealität)* • Vereinbarkeitskonflikt zwischen Beruf und Familie
Mesoebene (arbeitsumfeldbezogen)
• Führungsstil/ Führungsqualität • Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten *(z. B. unzureichende Unterstützung von Arbeitgebern, wenig finanzielle Gratifikation oder Verbesserung der beruflichen Situation* • Geringer Einfluss bei der Arbeit *(nur wenig Gestaltungsspielraum bei der Art, Inhalt und Abfolge der Arbeitsschritte)* • Grundsätzliche Arbeits(zeit)organisation *(Umgang mit Schicht- und Wochenenddiensten, Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben, Überstunden, Zeitdruck, Veränderung des Aufgabenspektrums. Pflegekraft-Patienten-Relationen)* • Quantitative Arbeitsanforderungen • Körperliche Anforderungen (v. a. Heben und Tragen) • Infektionsgefährdung
Makroebene (gesellschaftlich, politisch-rechtlich)
• Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung • Hoher bürokratischer Aufwand • Unzufriedenheit mit der Vergütung • Rationalisierung- und Umstrukturierungsprozesse

Abbildung 9: Physische und psychische Belastungen von beruflich Pflegenden (Höhmann et al., 2016, S. 73–75)

Termin- und Leistungsdruck, quantitative Anforderungen

Im Alltag der professionell Pflegenden lässt sich eine zunehmende Arbeitsverdichtung erkennen. Laut Ergebnissen einer Sonderauswertung zur professionellen Pflege der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) leidet etwa die Hälfte der Beschäftigten aus der Alten- und Krankenpflege unter starkem Termin- und Leistungsdruck (49 % bzw. 52 %) (BAuA, 2014, S. 133; Melzer, 2017). Oftmals müssen zusätzliche Dienste aufgrund des Ausfalls von Kolleginnen und Kollegen geleistet werden (Krankheit, Überstundenabbau). Insbesondere die dauerhafte Befürchtung, aus dem Frei oder sogar aus dem Urlaub geholt zu werden, stellt eine große Belastung für das Privatleben der Pflegekräfte dar (Abeler, 2013, S. 154; Isfort & Weidner, 2010, S. 52–56; Schaar, 2016). Weiterhin wird berichtet, dass dabei die gesetzlich vorgeschriebenen Ruhe- bzw. Pausenzeiten aufgrund von Personalengpässen nicht immer bzw. nicht im vollen Umfang eingehalten werden können (Abeler, 2013, S. 155; Isfort & Weidner, 2010, S. 56; Schaar, 2017). Dies trifft auch auf die täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeiten zu. Angesammelte Überstunden, die nicht zeitnah wieder abgebaut werden können, deuten auf eine unzureichende Stellenbesetzung sowie auf zu geringe Personalschlüssel hin und müssen dauerhaft durch die bereits beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompensiert werden. In einer aktuellen Befragung aus dem Jahr 2017 geben beispielsweise 80 % der Pflegekräfte an, dass die Personalbesetzung mit professionell Pflegenden nicht ausreichend sei (Deutscher Pflegetag, 2018). In der Untersuchung von Bispinck et al. (2013) gab die Mehrheit der befragten Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege an (53 %), im Allgemeinen mehr zu arbeiten, als vertraglich vereinbart (Bispinck et al., 2013, S. 22). Diese insgesamt hohen quantitativen Anforderungen gefährden die Möglichkeit einer ausreichenden Erholung der Pflegekräfte und verlangen eine stets hohe Flexibilität, insbesondere im Hinblick auf die Freizeitgestaltung und das Familienleben (Abeler, 2013, S. 154; Fürst, 2016; Isfort & Weidner, 2010, S. 52–56). Dies bestätigen auch Zahlen des „DGB-Index Gute Arbeit 2017“, wonach im Branchenvergleich deutlich wird, dass Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen die größten Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgrund von arbeitsbedingter Erschöpfung (53 % bzw. 55 %) haben. Je schwerer die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie wird, desto häufiger ziehen Pflegekräfte einen Berufsausstieg in Erwägung (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2017, S. 6; Schaar, 2016).

Hoher bürokratischer Aufwand

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 erfährt die Pflege eine stete und umfangreiche Verrechtlichung und Reglementierung. Kostenträger stellen hohe Anforderungen an Dokumentation, die selbst bei einfachen Versorgungskonstellationen einen erheblichen Aufwand bedeuten. Der hohe Anteil an administrativ-bürokratischen Vorgängen rückt die eigentliche Kernleistung der Pflege in Form einer klaren und einfachen Fürsorge sowie einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Betreuung und Pflege zunehmend in den Hintergrund und bindet darüber hinaus erhebliche personelle Ressourcen. Neben negativen Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte hat dies auch Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen (Expertenkommission Pflege der BGW, 2012, S. 16; Fürst, 2016). Das BMG reagierte auf diese Entwicklungen im Jahr 2013 mit der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation („EIN-STEP“). Für die Steuerung und flächendeckende Implementierung des Verfahrens in den ambulanten und stationären Einrichtungen war das IGES-Institut gemeinsam mit der Expertin Elisabeth Beikirch verantwortlich. Innerhalb der zweijährigen Förderung der Implementierungsstrategie wurde angestrebt, dass mindestens 25 % der circa 25 000

ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland das Strukturmodell einführten. Bereits Mitte 2015 konnte dieses Mindestziel erreicht werden. Mit Stand August 2017 hatte bereits jede zweite Pflegeeinrichtung in Deutschland das Strukturmodell eingeführt (11 550 bzw. circa 47 %) (Beine, 2017; BMG, 2016, S. 73ff.; Die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, 2017). Auch im Freistaat Sachsen wendeten zum Stand Februar 2016 über 30 % der Pflegeeinrichtungen das Modell an und wurde bereits bei den externen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berücksichtigt. Unter den Pflegefachkräften findet das Modell hohe Zustimmung, da es u. a. mehr Vertrauen in die Fachkompetenz der Pflegenden setzt (Beine, 2017; Bockting, 2016b; Faensen, 2016; Fürst, 2016; Lotze, 2016; Sengebusch, 2016). Darüber hinaus sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig, um den hohen Bürokratieaufwand in der Pflege weiter zu reduzieren. Daran anknüpfend setzt sich das „Sofortprogramm Alten- und Krankenpflege“ des BMG aus dem Jahr 2018 für eine stärkere Nutzung digitaler Angebote in der ambulanten und stationären Altenpflege ein (z. B. Abrechnung von Pflegeleistungen, Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Zusammenarbeit zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Ärzteschaft, Dienstplangestaltung). Für jede Einrichtung ist ein Gesamtvolumen von bis zu 30 000 Euro zur Finanzierung dieser Maßnahmen vorgesehen (BMG, 2018a, S. 4).

Gering wahrgenommene Wertschätzung des Berufs

Wie bereits aufgeführt, gibt es in der Bevölkerung ein ambivalentes Bild über die Pflege: Während der Pflegeberuf allgemein mit einem sehr hohen Ansehen und Vertrauen verbunden ist, werden die konkreten Arbeitsbedingungen, die Chancen im Beruf und die Qualität der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen eher negativ bewertet. Diese Einschätzung wird jedoch durch die Berufsgruppe der Pflegenden oftmals nicht so differenziert wahrgenommen. Vielmehr wird das Berufsprestige der Pflege aus deren Perspektive insgesamt als gering eingeschätzt (Isfort, 2013, S. 1082). Dies geht beispielsweise aus einer aktuellen Befragung (Psyma CARE Klima-Index)[91] im Jahr 2017 hervor, wonach 56 % der Beschäftigten in deutschen Pflegeeinrichtungen den Stellenwert der professionellen Pflege als niedrig einschätzen (Deutscher Pflegetag, 2018; Fürst, 2016). Ein ähnliches Stimmungsbild konnte bereits die europaweite NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study) nachzeichnen, wonach jede zweite teilnehmende Pflegekraft aus Deutschland (50 %) das Berufsimage der Pflege in der Gesellschaft als schlecht bzw. sehr schlecht bewertete. Die Werte fielen hier im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern mehr als doppelt so hoch aus. Nur Pflegekräfte aus Polen und der Slowakei gaben noch schlechtere Einschätzungen ab (62 % bzw. 61 %). Dabei stieg der Anteil derer, welche das Berufsimage besonders schlecht einschätzten, mit zunehmender Berufszugehörigkeit an (40 % nach Ausbildungsende vs. 52 % im dritten Berufsjahr) (Hasselhorn et al., 2008, S. 459). Aufgrund solcher und ähnlicher Wahrnehmungen zur Wertschätzung des Pflegeberufes durch die Pflegenden selbst legten auch die Vereinbarungspartner von „Pro Pflege Sachsen“ mit der Forderung einer wertschätzenden Kommunikation von Pflege in der medialen Öffentlichkeit einen Fokus auf die Imagesteigerung des Pflegeberufes (SMS, 2014, S. 1 f.).

91 Psyma CARE Klima-Index – soll ab Januar 2018 als deutschlandweit erster ganzheitlicher Stimmungsindikator im Wachstumsmarkt Pflege jährlich durch das Marktforschungsinstitut Psyma Health & Care erhoben werden, analog zum ifo-Geschäftsklimaindex (Deutscher Pflegetag, 2018).

Qualifikatorisches Ungleichgewicht

In Zeiten sich verschärfender Arbeitsbedingungen und zunehmender De-Qualifizierung werden u. a. Hilfskräften Tätigkeiten im Rahmen der Pflege übertragen, für die sie nicht ausgebildet sind. Examinierte Pflegefachkräfte übernehmen dann in der Folge das Management der Hilfskräfte, für das auch sie unzureichend qualifiziert sind. Dies führt auf seiten der Fach- als auch Hilfskräfte zur Überforderung (Greß & Stegmüller, 2016, S. 18; Höhmann et al., 2016, S. 80). Die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze und der damit verbundenen Stärkung des ambulanten Sektors führt zu einer weiteren Leistungsverdichtung im stationären Sektor, da die Versorgung von Menschen mit höheren Pflegebedarfen hier zunehmen wird (Kuphal, 2016). Darüber hinaus wandeln sich die Pflegebedarfe und geforderten Qualitätsstandards. In den Krankenhäusern werden immer mehr ältere, zum Teil demenziell erkrankte Menschen behandelt. In der stationären und ambulanten Pflege hingegen steigt der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege (z. B. Beatmungspatientinnen und -patienten). Gesundheits- und Krankenpflegekräfte benötigen vermehrt Wissen aus dem Bereich der Altenpflege. Altenpflegerinnen und Altenpfleger benötigen verstärkt Kompetenzen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, um den Anforderungen dieser veränderten Versorgungsbedarfe gerecht zu werden. Diesem Sachverhalt soll u. a. mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung Rechnung getragen werden (BMG, 2016, S. 183; Fürst, 2016; Höhmann et al., 2016, S. 80).

Unzufriedenheit mit der Arbeitsplatzsituation

Die zuvor beschriebenen Belastungsfaktoren können in ihrem Zusammenwirken dazu führen, das Pflegekräfte mit ihrer eigenen Arbeitsplatzsituation unzufrieden sind (Isfort, 2013, S. 1084 f.; Isfort & Weidner, 2010, S. 60 f.). Ergebnisse einer kontinuierlichen Online-Erhebung von Einkommens- und Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in Deutschland (Projekt „LohnSpiegel“) aus dem Jahr 2013 zeigen, dass beruflich Pflegende (Kranken- und Altenpflege), bezogen auf die Kategorien Bezahlung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Menge an Freizeit sowie Arbeitssituation, insgesamt weniger zufrieden sind als alle befragten Beschäftigten insgesamt[92] (Durchschnittswert Pflege: 3,25 vs. Durchschnittwert alle Beschäftigte: 3,44). Die größte Unzufriedenheit zeigt sich bei der Bezahlung (2,37) und der Menge an Freizeit (2,83) (Bispinck et al., 2013, S. 24 f.).

Ähnliche Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit konnte bereits die NEXT-Studie aus dem Jahr 2005 liefern, nach der unter deutschen Pflegekräften im europäischen Vergleich eine nur mittelmäßige Arbeitszufriedenheit vorherrschte[93] (Durchschnittswert: 2,5). Dabei waren Pflegekräfte in der ambulanten Pflege insgesamt zufriedener mit ihrer Arbeit (2,81) als ihre Kolleginnen und Kollegen in Pflegeeinrichtungen (2,65) und Krankenhäusern (2,58). Dies kann möglicherweise durch Merkmale wie eine größere Autonomie, eine oftmals engere Verbindung zu den Langzeitpatientinnen und -patienten sowie eine größere Kontrolle über die Arbeit in der ambulanten Pflege erklärt werden. Im europäischen Vergleich fiel bei den deutschen Pflegekräften insbesondere die geringe Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsperspektiven auf. Dies kann auf die unterschiedlichen Regelungen und Anerkennungen von Fort- und Weiterbildungen zurückgeführt werden, die in der Zuständigkeit des jeweiligen Bundeslandes liegen. Darüber hinaus ist eine Weiterbildung zu einer spezialisierten Pflegekraft keine Garantie auf definierte Zuständigkeitsbereiche (mit Ausnahme der

92 Gemessen anhand einer Skala von 1 (überhaupt nicht zufrieden) bis 5 (in jeder Hinsicht zufrieden).
93 Gemessen anhand einer Skala von 1 (gering) bis 4 (hoch).

Lehrkräfte für Pflegeberufe). Diese Aspekte könnten für Pflegende Barrieren für die Durchführung einer Weiterbildung sein. Insgesamt zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Arbeitsunzufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen (Stordeur et al., 2005, S. 36–37).

4.4.6 Gesundheitliche Folgen und Berufsverbleib

Die beschriebenen Belastungsfaktoren können Auswirkungen auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand haben und sich zum Beispiel in einer belastungsbedingten Arbeitsunfähigkeit, vorzeitigen Berufsausstiegen und Frühverrentungen widerspiegeln (BAuA, 2014, S. 134; Höhmann et al., 2016, S. 76). Altenpflegekräfte gehören nach Auswertungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zu einer der Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen. Diese lagen bezogen auf das Jahr 2016 im Durchschnitt bei 27,2 Tagen (Bundesdurchschnitt: 19,4) (Badura, 2017, S. 303; zit. n. IAQ).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Eine Sonderauswertung der BAuA belegt, dass Pflegende am häufigsten unter Schmerzen im unteren Rücken sowie im Nacken- und Schulterbereich leiden (Tabelle 21). Neben nächtlichen Schlafstörungen kommt auch eine emotionale Erschöpfung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen relativ häufig vor. Diese gehört zu einem der Kernsymptome des Burnout-Syndroms[94]. Pflegekräfte in Pflegeheimen und in der Akutpflege sind dabei häufiger von einem Burnout betroffen als Beschäftigte in der ambulanten Pflege. Trotz des relativ hohen Anteils begeben sich jedoch nur wenige betroffene Pflegekräfte aufgrund der zuvor genannten Beeinträchtigungen auch in Behandlung (Abeler, 2013, S. 154–f.; BAuA, 2014, S. 134 f.; Fürst, 2016; Melzer, 2017; Schaar, 2016; van der Schoot et al., 2005, S. 59).

Können Erkrankungen in ihrer Entstehung ursächlich auf bestimmte Gesundheitsrisiken zurückgeführt werden, die im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen, spricht man auch von Berufskrankheiten (siehe Tabelle 21). Laut Auswertungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) stellen Hauterkrankungen die häufigste Berufskrankheit unter Altenpflegekräften dar (48 %). Erst an zweiter Stelle stehen Erkrankungen, die infolge mechanischer Einwirkungen durch Tragen schwerer Lasten oder kniender Tätigkeiten entstehen können, wie etwa Erkrankungen der Wirbelsäule, der Kniegelenke bzw. Sehnen (40 %). Auch Infektionskrankheiten sind mit einen Anteil von 10 % in diesem Zusammenhang von Bedeutung (10 %) (BGW, 2015, S. 79; Jarisch, 2017).

94 Burnout („ausgebrannt sein“) ist ein Zustand emotionaler Erschöpfung am Beruf, der mit einer Depersonalisation und dem Gefühl der Inkompetenz einhergeht (van der Schoot et al., 2005, S. 57).

Tabelle 21: Gesundheitliche Beeinträchtigungen in Pflegeberufen (BAuA, 2014, S. 134)

Gesundheitliche Beeinträchtigung	Gesundheits- und Krankenpflege	Altenpflege	Andere Berufe
Schmerzen unterer Rücken, Kreuzschmerzen	63,0	69,2	45,6
Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich	65,2	66,5	47,8
Hautreizungen, Juckreiz	21,2	18,2	9,6
Nervosität, Reizbarkeit	40,4	39,4	27,4
Niedergeschlagenheit	30,7	29,8	20,8
Nächtliche Schlafstörungen	49,1	37,4	25,8
Körperliche Erschöpfung	55,7	55,9	34,7
Emotionale Erschöpfung	43,9	37,1	23,6

Quelle BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012; Häufigkeit in %

Berufsverbleib

Viele Pflegekräfte verfügen trotz der hohen Arbeitsbelastungen und der derzeit als schwierig empfundenen Arbeitssituation zunächst über eine starke Berufsbindung und ein prinzipiell hohes Interesse, langfristig im Beruf zu verbleiben. Die eigene Arbeit wird durch die Pflegenden als sinnstiftend und als fachlich anspruchsvoll bewertet (KDA, 2012 zit. n. Höhmann et al., 2016, S. 79; Isfort, 2013, S. 1084; Isfort & Weidner, 2010, S. 60 f.) Trotz bestehenden Wunsches kann sich die Mehrheit der Beschäftigten in der Pflege (59 %) aufgrund der gegenwärtigen Arbeitsbedingungen jedoch eher nicht vorstellen, bis zum Rentenalter ihren derzeitigen Beruf ausüben zu können (Durchschnittswert alle Branchen: 47 %) (Institut DGB-Index, 2016, S. 4). Ein Grund hierfür ist u. a. ein Mangel an spezifischen Unternehmenskonzepten für ältere Beschäftigte, die die Ausübung des Pflegeberufes auch noch im höheren Lebensalter ermöglichen (z. B. Altersteilzeit, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als „Pflegeberaterinnen und Pflegeberater“ etc.) (Isfort & Weidner, 2010, S. 45).

Nach Ergebnissen von Hackmann et al. (2009) sind Beschäftigte in der Altenpflege im Durchschnitt ca. 8,4 Jahre im Beruf tätig. Eine Untersuchung des **Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur** (IWAK) der Goethe-Universität Frankfurt am Main verweist auf eine höhere Verweildauer von Altenpflegekräften von durchschnittlich 19 Jahren, die sich vor allem durch die sehr hohe berufliche Bindung erklären lässt. Fünf Jahre nach Ausbildungsabschluss sind demnach noch 77 % der Altenpflegekräfte in diesem Beruf tätig. Auch nach 15 Jahren ist noch weit mehr als die Hälfte als Altenpflegekraft (63 %) tätig oder kehrte nach einer Unterbrechung zu diesem Beruf zurück. Viele Berufsverläufe in der Altenpflege sind durch einen relativ hohen Anteil an Unterbrechungszeiten gekennzeichnet, welche jedoch zumeist zu keinem endgültigen Berufsausstieg führen (Greß & Stegmüller, 2016, S. 18 f.; IWAK, 2009, 4;10). Ergebnisse aus Studien über Berufsrückkehrer zeigen auf, dass es weniger die beruflichen Inhalte als vielmehr die persönlichen Grenzen im Umgang mit den schwierigen Arbeitsbedingungen waren, die zum Verlassen des Berufes führten. In diesem Zusammenhang wird die Rückkehr in den Pflegeberuf häufig durch pflegeimmanente Motive begründet, wie etwa der Wunsch, anderen Menschen zu helfen (Höhmann et al., 2016, S. 79).

4.4.7 Betriebliche Ressourcen zur Entlastung

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung und dem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials sind die Unternehmen noch stärker als bisher gefordert, die Arbeitskraft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Förderung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit zu stärken und dadurch langfristig an das Unternehmen zu binden. Dabei kommt dem Personalmanagement im Rahmen der Unternehmensführung eine bedeutende Rolle zu (Beine, 2017; Füge, 2017; Görreset al., 2018; Huber, 2010, S. 67). Durch die Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Mitarbeiterbindung können positive Anreize für die Beschäftigten gesetzt werden, um dem Unternehmen langfristig erhalten bleiben. Zu solchen Instrumenten der Mitarbeiterbindung im Berufsfeld Pflege zählen beispielsweise Maßnahmen, wie (Beine, 2017; Füge, 2017):

- Durchführung von Team- und Dienstberatungen nach Möglichkeit nur im Rahmen von regulären Öffnungszeiten von Kindergärten, Schulen und anderen Einrichtungen
- Unterstützung bei der Suche nach einem Kita-Platz
- eine möglichst langfristige, verbindliche und ressourcenschonende Dienstplangestaltung
- Angebot eines unbefristetes Beschäftigungsverhältnisses
- tarifliche Entlohnung
- (finanzielle) Honorierung bei kurzfristigem Einspringen aus dem „Dienstfrei“
- regelmäßige teambildende Maßnahmen und Aktivitäten zur Identifikationsstiftung mit der Einrichtung
- Ausbildungsplatzgarantie für Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- internes Fortbildungsprogramm; Supervision

Aber auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), in welchem in der Regel sowohl Arbeitsschutzstrategien als auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention koordinierend verankert sind, gewinnt als moderne Unternehmensstrategie an Bedeutung (Görres et al., 2018; Huber, 2010, S. 67). Dabei sind Arbeitgeber im Rahmen des **Arbeitsschutzes** (§ 5 ArbSchG) dazu verpflichtet, alle relevanten Gefährdungen, denen die Beschäftigten bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ausgesetzt sind, in Form einer Gefährdungsbeurteilung zu analysieren und basierend auf diesen Erkenntnissen adäquate Arbeitsschutzmaßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Beurteilt werden u. a. Arbeitsbedingungen wie die Gestaltung des Arbeitsplatzes, physikalische oder chemische Einwirkungen, die Gestaltung von Arbeitsabläufen und psychische Belastungen, die sich aufgrund der Tätigkeit ergeben können. Kommt eine Pflegeeinrichtung durch die Gefährdungsbeurteilung beispielsweise zu der Erkenntnis, dass die Gesundheit der Beschäftigten in hohem Maße durch schweres Heben und Tragen gefährdet ist, wäre die Anschaffung von Patientenliftern solch eine Arbeitsschutzmaßnahme. Vor allem im ambulanten Bereich müssen Unternehmen hierzu jedoch in finanzielle Vorleistung treten, wenn sie patientenbezogene Hilfsmittel beschaffen, da die Kosten zum Teil erst nach Widerspruch bzw. nicht zeitnah durch die Pflegekasse erstattet werden. Die Umsetzung des Arbeitsschutzes in den Betrieben wird durch sogenannte Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger überwacht (§ 18 SGB VII). Diese können u. a. Zwangsgelder bei Nichterfüllung der Auflagen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung vollstrecken. Jedoch ist es aufgrund der hohen Anzahl an Betrieben pro Aufsichtsperson nicht möglich, alle Betriebe zu überprüfen. Insbesondere in den vielen kleineren Unternehmen im Freistaat Sachsen sind hier die Zugangswege noch einmal schwieriger (Huber, 2010, S. 67–75; Jarisch, 2017).

In Ergänzung von Arbeitsschutzmaßnahmen können die Unternehmen Maßnahmen der **Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)** einführen. Dies kann insbesondere im Hinblick auf die angespannte Arbeitsmarktsituation und bei der Gewinnung neuer Arbeitskräfte ein Wettbewerbsvorteil für die Unternehmen sein. Bislang werden präventive Maßnahmen oftmals jedoch nur in Form von Projekten bzw. als Einzelmaßnahmen ohne eine koordinierende Verankerung in einem BGM umgesetzt (Görres et al., 2018). Im Gegensatz zum Arbeitsschutz haben Maßnahmen der BGF freiwilligen Charakter, wenn sie auch inhaltlich nicht trennscharf von modernen Arbeitsschutzstrategien zu unterscheiden sind. Die Krankenkassen sind einer der wichtigsten Träger der BGF und damit Ansprechpartner für die Unternehmen. Grundlage dafür ist die Verankerung der Gesundheitsförderung im SGB V (§ 20b Abs. 1 SGB V) (Huber, 2010, S. 67–75; Jarisch, 2017). Die Krankenkassen werden mit dem „Eckpunktepapier Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ der Bundesregierung in Zukunft dazu verpflichtet, zusätzliche Finanzmittel für die Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern aufzuwenden. Die bereits mit dem Präventionsgesetz eingeführten verpflichtenden Leistungen der Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung sollen von aktuell 2,10 Euro auf 3,10 Euro pro Versicherten erhöht werden. Der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in der Pflege wird in diesem Zuge zu einem wichtigen Ziel der Nationalen Präventionsstrategie erklärt (BMG, 2018a, S. 5).

Weitere Regelungen zur Umsetzung von Arbeitsschutzstrategien sowie von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen enthält die „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie“, die gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung und weiteren im Freistaat zuständigen Stellen geschlossen wurde (§ 20f SGB V). Aufgrund der unterschiedlichen Kostenträger bzw. Ansprechpartner mit deren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen ist es für die Unternehmen nicht immer transparent, an welchen Kostenträger sie sich bei der Umsetzung von präventiven oder gesundheitsförderlichen Interventionen zu wenden haben (Huber, 2010, S. 67–75; Jarisch, 2017).

4.5 Berufsrechtliche Regulierung, Selbstverwaltung und Interessenvertretung

In der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung werden entsprechende Dienstleistungen an Patientinnen und Patienten bzw. den Pflegebedürftigen erbracht. Deren besondere Schutzbedürfnisse machen daher eine rechtliche Regulierung der Gesundheits- bzw. Pflegeberufe erforderlich.

Diese müssen zum einen vorgeben, welche Kompetenzen und Qualifikationen Personen besitzen müssen, um im Bereich der Patientenversorgung tätig werden zu können. Zum anderen bedarf es Vorschriften, die eine koordinierende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich regulieren (wer kann bzw. darf was und wie machen?). Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund der sich wandelnden Versorgungsbedarfe der Pflegebedürftigen und der sich damit ändernden Aufgabenprofile und Anforderungen an die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich immer wichtiger (Igl, 2016, S. 232; Junge, 2017; Lotze, 2017; Schwinger, 2016, S. 110).

Das Recht der Gesundheitsberufe ist nicht einheitlich und zusammenhängend in einem Gesetzbuch geregelt, sondern setzt sich aus vielen Einzelgesetzen zusammen. Hierbei kann allgemein zwischen dem direkten und indirekten Berufsrecht (siehe Kapitel 4.5.2) unterschieden werden. Das komplette Bild der rechtlichen Ordnung entsteht somit erst bei der „Zusammenfügung“ der Vorschriften des direkten und indirekten Berufsrechts, welche das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmen (Igl, 2016, S. 233).

4.5.1 Berufsrechte und -pflichten (Berufsordnung)

Die Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) gehören zu den auf der Grundlage von Berufszulassungsgesetzen (direktes Berufsrecht) geregelten Heilberufen und unterliegen im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Das bedeutet, der Bundesgesetzgeber regelt neben der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung die Voraussetzungen zur Zulassung zu diesen Berufen. Regelungen zur Berufsausübung werden hingegen nicht getroffen. Dies ist gemäß der konkurrierenden Gesetzgebung Aufgabe des jeweiligen Bundeslandes. Der Freistaat Sachsen definiert neben den Bundesländern Bremen, Hamburg und dem Saarland Aufgaben und Pflichten für beruflich Pflegende in einer landesrechtlich geregelten Berufsordnung (siehe auch Kapitel 4.5.3, Berufliche Selbstverwaltung, Punkt a.) (Biederbeck, 2017; Dielmann, 2013, S. 156ff.; Igl, 2016, S. 236; Mai, 2017; Schwinger, 2016, S. 118 f.). Diese „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Berufsausübung von Pflegefachkräften“ (Berufsordnung Pflegefachkräfte – PfBO) ist auf Initiative des Sächsischen Pflegerats Ende 2012 in Kraft getreten und legt allgemeine Aufgaben und Pflichten der Pflegenden fest. Sie gilt für Berufsangehörige der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Diese Berufsgruppen gehören gemäß den geltenden leistungsrechtlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zu den Pflegefachkräften. Ausgebildete Pflegefachkräfte erhalten die Berufsordnung gemeinsam mit ihren Berufsurkunden durch den KSV Sachsen ausgehändigt (Kuphal, 2016).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass Pflegefachkräfte in der Regel im Angestelltenverhältnis beschäftigt sind und damit dem Direktionsrecht des Arbeitgebers unterliegen. Die Frage ist, in welchem Verhältnis dieses zu den Berufsordnungen steht, wenn die Rahmenbedingungen die Erfüllung der Berufspflichten nicht zulassen.

4.5.2 Zusammenarbeit und Kooperation

Der zum Teil komplexe Versorgungsbedarf von pflegebedürftigen Menschen erfordert von allen Berufsgruppen in der Gesundheits- und Pflegebranche eine enge Kooperation, deren konkrete Umsetzung durch unterschiedliche rechtliche Vorschriften im direkten und indirekten Berufsrecht vorgegeben wird.

Vorbehaltene Tätigkeiten

Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine rechtliche Regulierung der interdisziplinären Zusammenarbeit, die vorgibt, welche Aufgaben von welcher Berufsgruppe durchgeführt werden können bzw. dürfen (Junge, 2017). Dies kann im Sinne einer abgrenzenden Kooperationsvorschrift durch die Festlegung von vorbehaltenen Tätigkeiten erfolgen, die lediglich eine ausgewählte Berufsgruppe zur Durchführung dieser Tätigkeiten berechtigt und gleichzeitig klarstellt, dass andere Berufsgruppen von diesen Tätigkeiten ausgeschlossen sind. Wie die Vorgaben zur Berufsausübung obliegen Vorschriften zur Kooperation ebenfalls der landesrechtlichen Regelung bzw.

der Regulierung durch die Berufsgruppe selbst (Berufskammer). In diesem Zusammenhang gibt es in der Mehrheit der Bundesländer keine Berufsordnungen, die weiterführende Aussagen zur Kooperation von nicht-ärztlichen Heilberufen enthalten. Auch die landesrechtlichen Berufsordnungen enthalten dazu keine Aussagen. Demzufolge gibt es keine Regelungen, die auf dem Gebiet der Langzeitpflege im Sinne eines exklusiven Berufsvorbehalts eine bestimmte Berufsgruppe für eine bestimmte Tätigkeit zulassen oder diese dafür ausschließen(Igl, 2016, S. 235 f.; SVR Gesundheit, 2007, S. 57 f.)[95]. Informationen über die später im Beruf auszuübenden Tätigkeiten (u. a. mitwirkend/ eigenverantwortlich) lassen sich gegenwärtig nur indirekt aus den bisher geltenden Ausbildungsgesetzen ableiten (Krankenpflegegesetz von 2003, Altenpflegegesetz von 2000). Das im Jahr 2017 beschlossene Pflegeberufegesetz (PflBG), welches im Wesentlichen für alle ab Januar 2020 begonnenen Pflegeausbildungen gelten soll (mehr dazu im Kapitel 5.1, Ausbildung in diesem Bericht), räumt den Pflegeberufen für bestimmte Tätigkeiten bei der Gestaltung des Pflegeprozesses erstmals einen Vorbehalt ein (siehe Referentenentwurf zum PflBG § 4 „vorbehaltene Tätigkeiten“) (Igl, 2016, 236 f.; 242). Diese entbehren inhaltlich jedoch den heute notwendigen regelhaften und eigenverantwortlichen Aufgaben- und Kompetenzerweiterungen und definieren lediglich die bisher geregelte Verantwortlichkeit und Zuständigkeit einer Pflegefachkraft als Vorbehalt. Pflegefachkräfte sind somit unverändert nur mitwirkend und nicht mitentscheidend beteiligt, obgleich sie selbst Leistungsträger sind. Trotz jahrelanger Bemühungen um Professionalisierung der Pflegeberufe befinden sich diese auch nach der Reform des Pflegeberufegesetzes bei rein pflegefachlichen Inhalten immer noch in tradierter Abhängigkeit zur ärztlichen Tätigkeit (Igl, 2016, S. 229–244). Dies wird z. B. bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im Bereich der Inkontinenzversorgung deutlich. Pflegefachkräfte bekommen die Kompetenzen für in der Theorie Erlerntes (KrPflAPrV; AltPflAPrV; Sächsische Rahmenlehrpläne der Gesundheitsfachberufe) in der Praxis rechtlich abgesichert nicht zugesprochen. Sie sind in den Bereichen Wund- oder Inkontinenzmanagement durch ihre Ausbildung und Praxiserfahrung u. U. besser informiert und können den Verlauf besser beurteilen als die/der zu konsultierende Haus- oder Fächärztin/-arzt. Ein weiteres Beispiel im ambulanten Bereich ist die venöse Blutentnahme als originär ärztliche Tätigkeit. Pflegefachkräfte sind per se aufgrund der Ausbildung in der Lage, die venöse Blutentnahme zur medizinischen Diagnostik (per Delegation) fachgerecht durchzuführen, dürfen es aus haftungsrechtlichen Gründen jedoch nicht. Dies sind Entscheidungen, die z. B. eher für eine Substitution medizinischer Leistungen in den Pflegebereich anstelle der Delegation sprechen (Fischer, 2017). Dahin gehend hat auch die Reform des Pflegeberufegesetzes keinen Paradigmenwechsel herbeigeführt, obwohl die Chance bestand.

Entlang des Pflegeprozessmodells sind die Vorbehaltsaufgaben eine wichtige normgebende Satzung zur Klärung von Aufgaben und Aufwertung der Bedeutung der professionellen Pflege in Deutschland. Daraus leitet sich zumindest eine indirekte Berufszulassung für diesen Beruf auf dem Fachgebiet der Pflege ab und ermöglicht dadurch für die Zukunft eine klarere Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten (Igl, 2016, 236 f.; 242). Im internationalen Vergleich, in Ländern mit einer weitgehend akademischen Pflegeausbildung (z. B. Schweden, Großbritannien, USA), existieren weitere Aufgabenfelder (häufig im Kontext mit ANP[96]), wie z. B.:

95 Vorbehaltene Tätigkeiten existieren für nicht-ärztliche Heilberufe nur für Hebammen und MTAs. Diese definieren jedoch streng genommen keinen exklusiven Berufsvorbehalt für diese Tätigkeiten (Igl, 2016, S. 236).

96 Advanced Nursing Practice – Pflegefachkräfte mit akademischer Zusatzqualifikation, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten.

- aufsuchende eigenverantwortliche Beratung/ Prävention von Pflegebedürftigkeit und Krankheiten
- die eigenständige Anamnese, Diagnostik und Therapie bei bestimmten akuten und chronischen Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Asthma, COPD etc.) mittels Laborwerten, apparategestützter Diagnostik etc.
- Durchführung von Impfungen, Wundversorgungen etc.
- die Erlaubnis zur Verschreibung bestimmter Medikamente und Pflegehilfsmittel
- Übernahme von Leitungsfunktionen in interdisziplinären Primärversorgungszentren
- weitere eigenständige Diagnostik- und Therapieaufgaben in der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (Nurse Practitioner oder Physician Assistent in den USA).

Dabei handelt es sich meist nicht um der Pflege vorbehaltene Aufgaben, sondern um Zuständigkeiten der Pflege, welche über Qualifikation, Delegation und Substitution organisiert werden und in enger interprofessioneller Zusammenarbeit (prioritär der Medizin) umgesetzt werden (Weidner, 2017).

Für die in Deutschland nachfolgende Spezialisierung ausgebildeter Pflegefachkräfte laut länderrechtlich geregelter Weiterbildungsgesetze und Weiterbildungsverordnungen fehlen ebenso klare rechtliche Regularien, um die Kompetenzen in der Praxis anwenden zu dürfen.

Folglich sollte die zukünftige Auseinandersetzung mit diesem Thema die bundesweit einheitliche Konkretisierung der vorbehaltenen Aufgaben, die Klärung von vorrangigen Tätigkeiten sowie die daraus abzuleitenden Anpassungen des Haftungs-, Vertrags- und Leistungsrechtes und eine Veränderung in der interdisziplinären Zusammenarbeit beinhalten, um für Rechtssicherheit aller beteiligten Berufsgruppen zu sorgen.

Delegation ärztlicher Tätigkeiten (§ 28 Abs. 1 S. 3 SGB V)

Eine bereits jahrelang erfolgreich umgesetzte und tradierte Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte besteht darin, bestimmte angeordnete Tätigkeiten auf Pflegefachpersonal zu übertragen (Delegation). Die Anordnungen beziehen sich dabei konkret auf eine bestimmte Patientin bzw. einen bestimmten Patienten, wobei der Ärztin bzw. dem Arzt weiterhin die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht obliegt. Die Voraussetzungen für delegierbare Leistungen sind im Jahr 2013 durch die Partner der Bundesmantelverträge in einer Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung[97] festgelegt worden. In einem dazugehörigen Katalog wird beispielhaft aufgeführt, welche Tätigkeiten der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes delegierbar und welche Mindestqualifikation dafür notwendig sind (Igl, 2016, S. 238). Dies sind beispielsweise Tätigkeiten wie Katheterwechsel, Blutentnahmen oder Injektionen und werden u. a. im Rahmen der regulären Ausbildung zur Pflegefachkraft oder in fachspezifischen Weiterbildungen (wie z. B. Pflegefachkraft für Intensivmedizin) erlernt.

Substitution ärztlicher Tätigkeiten (Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V)

Im Jahr 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie beschlossen, nach der beruflich Pflegende (Alten- und Krankenpflege) selbstständig und eigenverantwortlich ärztliche Tätigkeiten übernehmen können (Substitution). In

97 Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 (Stand: 1. Januar 2015).

dieser „Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V“[98], die im Jahr 2012 in Kraft getreten ist, wird in einem abschließenden Katalog aufgelistet, welche ärztlichen Tätigkeiten zur Übertragung möglich sind und welche Qualifikationen eine Pflegekraft besitzen muss, um diese Tätigkeiten ausüben zu können (gemäß § 4 KrPflG bzw. AltPflG). Derzeit werden die Vorgaben dieser Richtlinie zunächst im Rahmen von Modellvorhaben umgesetzt. Basierend auf diesen Vorgaben ist es dafür ausgebildeten Pflegenden im Rahmen dieser Modellprojekte möglich, heilkundliche Tätigkeiten wie beispielsweise eine Wund- und Schmerztherapie oder auch bestimmte Infusionstherapien eigenverantwortlich durchzuführen. Darüber hinaus erhalten Pflegefachkräfte auch die Befugnis zur Verordnung von bestimmten, in der Richtlinie definierten Heil- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten (§ 4 der Richtlinie). Vorausgesetzt wird jedoch immer eine vorherige Diagnose- und Indikationsstellung durch die Ärztin bzw. den Arzt. Somit sind die Pflegefachkräfte zur engen Kooperation und Kommunikation bezüglich der übertragenen Aufgaben mit dem Ärztepersonal verpflichtet (AOK Bundesverband; Igl, 2016, S. 238ff.).

Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V bietet prinzipiell gute Ansatzpunkte im Sinne einer Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte, deren Umsetzung gestaltet sich jedoch aufgrund der komplexen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Genehmigung und Durchführung der Projekte noch schwierig (u. a. Durchführung dieser Aufgaben nur solchen Pflegefachkräften möglich, bei denen dies Ausbildungsinhalt war, Beteiligung von Kranken- und Pflegekassen). So gibt es bundesweit beispielsweise erst ein Modellprojekt in Sachsen-Anhalt an der Universität Halle, die im Rahmen der Modellvorhaben die ersten Pflegefachkräfte ausbildet, die mit ihrem Abschluss diese Aufgaben eigenständig übernehmen dürfen (Biederbeck, 2017; Igl, 2016, S. 240ff.; Junge, 2017; Luntz, 2017).

4.5.3 Berufliche Selbstverwaltung

Dem Gesetzgeber obliegt generell die Entscheidung, ob er die rechtliche Regulierung der Berufsgruppe selbst ausgestaltet oder diese Aufgabe auf die jeweilige Berufsgruppe überträgt. In diesem Fall spricht man auch von beruflicher Selbstverwaltung. Traditionell ist die berufliche Selbstverwaltung in Deutschland in Form von Berufskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert (Schwinger, 2016, S. 111 f.). Ein Beispiel der beruflichen Selbstverwaltung stellt die Pflegekammer dar, welche wie alle anderen Berufskammern auch, nur auf Landesebene gegründet werden kann (weitere Organisationsformen sind denkbar). Sie begründet sich generell durch den Zusammenschluss aller Pflegefachpersonen mit mindestens dreijähriger Ausbildung, die ihren erlernten Beruf auch praktizieren. Die Bundesländer geben den gesetzlichen Rahmen für die Organisation und Struktur der Kammer in Form der jeweiligen Heilberufekammergesetze bzw. in separaten Kammergesetzen vor. Damit sichergestellt werden kann, dass die Kammer die Gesamtheit der Berufsgruppe vertritt, sind die Berufsangehörigen zur Mitgliedschaft verpflichtet. Daher ist mit der Mitgliedschaft auch eine Registrierung der Mitglieder verbunden, welche in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen gestaffelten Mitgliedsbeitrag[99] zahlen. Oberstes Ziel der Pflegekammer ist die Sicherstellung der professionellen Versorgung der Bevölkerung

98 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.

99 Beispielsweise zahlen Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz im Durchschnitt einen monatlichen Beitrag von 8,57 Euro (Mai, 2017).

nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Damit verbunden ist die Förderung der Nutzung dieser Erkenntnisse und der Qualitätssicherung in der Pflege (Biederbeck, 2017; DBfK; Mai, 2017).

Die Idee der Pflegekammer wird in der deutschen Fachöffentlichkeit zum Teil kontrovers diskutiert. Die unterschiedliche Argumentationslinie kann beispielhaft anhand einer Gegenüberstellung der Positionen des DBfK und des Deutschen Pflegerats (DPR) als Befürworter auf der einen und der Gewerkschaft ver.di sowie des Bundesverbandes der privaten Anbieter sozialer Dienste (bpa) auf der anderen Seite nachgezeichnet werden (siehe dazu Tabelle 22). Lange Zeit schien im Mittelpunkt der Diskussion dabei vor allem der Aspekt der „Interessenvertretung“ zu stehen und weniger die eigentliche Frage, ob es derzeit Defizite in der beruflichen Regulierung und Aufsicht gibt und ob in diesem Fall die Regulierung der Berufsgruppe der Pflegenden durch eine Pflegekammer eine zielführende Lösung darstellen kann (Schwinger, 2016, S. 122 f.).

Umsetzungsstand in den Bundesländern

Mit der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz wurde erstmalig im Jahr 2016 diese berufsständische Form der Selbstverwaltung gegründet. Zuvor war dies im Bereich des Gesundheitswesens allein den Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern vorbehalten (Schwinger, 2016, 110-113). Neben der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gibt es zum Zeitpunkt der Berichtserstellung mit Schleswig-Holstein und Niedersachsen insgesamt drei Pflegekammern in Deutschland. In Baden-Württemberg haben sich in einer im Frühjahr 2018 durchgeführten Befragung 68 % der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer für die Errichtung einer Pflegekammer ausgesprochen. Die dazugehörigen Voraussetzungen sollen nun umgehend geprüft werden (AOK-Verlag, 2018). Weitere Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, Hessen und Brandenburg planen bzw. führen derzeit die Befragung zur Einführung einer Pflegekammer oder möglicher Alternativen durch (AOK-Verlag, 2018; Biederbeck, 2017; Schwinger, 2016, S. 110). Das Bundesland Bayern hat beispielsweise anstelle einer Pflegekammer die „Vereinigung der Pflegenden in Bayern“ als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet, die im Gegensatz zur Pflegekammer keine Pflichtmitgliedschaft und keine Beitragspflicht erhebt, da sie staatlich finanziert wird (Mai, 2017).

Der Freistaat Sachsen befindet sich im Hinblick auf die Errichtung einer Pflegekammer zu diesem Zeitpunkt in einem Entscheidungsprozess. Das dafür zuständige SMS steht dem Anliegen prinzipiell konstruktiv gegenüber. Die Entscheidung muss jedoch von der breiten Mehrheit der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte getragen werden (Bockting, 2016a). Wie die bisherigen Befragungen in anderen Bundesländern aufzeigen, ist dabei aber auch essenziell, dass sich die breite Mehrheit nicht nur für die Errichtung einer Pflegekammer ausspricht, sondern auch bereit ist, einen verpflichtenden Mitgliedsbeitrag pro Monat zu zahlen. Gerade in dieser Frage gab es widersprüchliche Ergebnisse in den Befragungen, wie exemplarisch die repräsentative Befragung in Niedersachsen aufzeigt. In Sachsen erfolgte bereits im Jahr 2011 im Auftrag des Sächsischen Pflegerats (SPR) eine Befragung von circa 13 000 Pflegekräften[100] zur Einführung einer Pflegekammer. Die Mehrheit der teilnehmenden Befragten (circa 70 %) sprach sich darin zwar für eine Pflegekammer aus. Allerdings lag

100 umfasste 41 Krankenhäuser, 98 ambulante Pflegedienste, 22 Pflegeheime, 2 Reha-Einrichtungen.

die Rücklaufquote bei lediglich 20 % (ca. 2 600) (Biederbeck, 2017; Kuphal, 2016). Dieses Umfrageergebnis stellt aufgrund der geringen Beteiligungsquote der Zielgruppe keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar (Bockting, 2016a).

Auf Bundesebene ist die Errichtung einer Bundespflegekammer als zukünftige Spitzenorganisation der beruflichen Selbstverwaltung Pflegender beabsichtigt. Die Gründungskonferenz konstituierte sich Ende September 2017. Voraussichtlich wird sie im Jahr 2019 als Interessenvertretung der Landespflegekammern auf Bundesebene ihren Vollbetrieb aufnehmen können (DBfK; Mai, 2017).

Hauptaufgaben der Pflegekammer

Zu den Hauptaufgaben einer Kammer gehören der Erlass und die Überwachung der Berufsordnung, die Ermöglichung der Mitwirkung der Berufsgruppe an der (unter) gesetzlichen Normgebung sowie die Festlegung von Weiterbildungsstandards, die nachfolgend näher beschrieben werden. Weitere Aufgaben der Pflegekammer fasst unten stehende Übersicht (Abbildung 10) zusammen (Biederbeck, 2017; Junge, 2017; Mai, 2017; Schwinger, 2016, S. 122 f.).

Aufgaben einer Pflegekammer	
• Registrierung der Berufsangehörigen • Berufsaufsicht • Erlass einer Berufsordnung, die regelt: – Berufsbild und Berufsaufgaben – Qualitätsstandards in der Berufsausübung – Berufliche Pflichten – Qualitätssicherung durch Fortbildung – Ethische Pflichten im Beruf	• Weiterbildungsordnung • Abnahme von Prüfungen • Vergabe von Lizenzen und Zertifikaten • Pflegerische Gutachten und Sachverständige • Beteiligung bei Gesetzgebung • Beratung • Öffentlichkeitsarbeit • Statistik und Erhebung von Strukturdaten

Abbildung 10: Aufgaben einer Pflegekammer (Biederbeck, 2017; DBfK; Mai, 2017)

a. Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

Die Berufsordnung ist die Grundlage dafür, das Berufsfeld zu entwickeln („Grundgesetz der pflegerischen Berufsausübung“) (Mai, 2017). Eine Berufsordnung kann durch das zuständige Ministerium per Rechtsverordnung bzw. bei Errichtung einer Pflegekammer durch diese selbst erlassen werden (siehe dazu auch Kapitel 4.5.1). In einer Berufsordnung werden allgemeine und spezielle Berufspflichten definiert. Dazu gehören beispielsweise die Aussagen zum Umgang mit Pflegebedürftigen, zur Anerkennung der eigenen Kompetenzgrenzen, zur Fortbildungsverpflichtung sowie zu Aufklärungs- und Verschwiegenheitspflichten. Die Einhaltung dieser Berufspflichten wird in Bundesländern mit einer Landespflegekammer durch diese überwacht. Dies umfasst auch die Durchführung der Berufsgerichtsbarkeit. Die Maßnahmen innerhalb des Berufsrechts bleiben hier auf Verweise und Verhängung von Geldbußen beschränkt. Der Entzug der Berufszulassung (d. h. der Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) fällt weiterhin in den Kompetenzbereich der dafür zuständigen Landesbehörde (KSV). Es ist zu hinterfragen, inwiefern Doppelstrukturen bei der Aufsicht entstehen bzw. noch verstärkt werden. Weiterhin ist unter dem Aspekt der Aufwand-Nutzen-Abwägung abzuklären, ob es gegenwärtig in diesem Bereich nennenswerte Regulierungsdefizite gibt, da Pflegekräfte vorrangig auf Angestelltenbasis

beschäftigt sind. Es ist davon auszugehen, dass die zuvor genannten Berufspflichten zumindest zum Teil durch das Haftungs- bzw. Arbeitsrecht vorgegeben werden. In welchem Umfang jedoch seitens der Arbeitgeber mögliche Pflichtverletzungen geprüft und geahndet werden, ist intransparent (Schwinger, 2016, 118 f.; 122 f.).

Darüber hinaus ist zu beachten, dass mit dem Erlass einer Berufsordnung und der Definition von Berufspflichten diese auch erstmals für die Öffentlichkeit transparent werden und ggf. auch eingefordert werden können. In diesem Zusammenhang kann bzw. sollte die Pflegekammer als Art „Beschwerdestelle" für Pflegebedürftige, Patientinnen und Patienten und deren Angehörige fungieren und dazu beitragen, die Qualität in der pflegerischen Versorgung zu erhöhen (Junge, 2017; Schwinger, 2016, 118 f.; 122 f.).

b. Führen eines Berufsregisters

Gegenwärtig gibt es kein bundesweit einheitliches Berufsregister, das alle Pflegekräfte mit Besitz einer Erlaubnis zur Führung des Berufs auflistet. Mit der Errichtung von Pflegekammern entstehen landesspezifische Berufsregister, da die Kammermitglieder verpflichtet sind, sich bei Aufnahme oder Beendigung der beruflichen Tätigkeit bei der Berufskammer zu registrieren. Erst die Erfassung der Kammermitglieder macht es u. a. möglich, Verletzungen der Berufspflichten zu sanktionieren, eine missbräuchliche Verwendung der Berufsbezeichnung aufzudecken oder auch valide Statistiken über die Angehörigen dieser Berufsgruppe zu erstellen (z. B. über Anzahl, Alter, Qualifikationen). Die so erhobenen Daten können zur Umsetzung einer verbesserten Fachkräfteplanung bzw. zur Einschätzung von Ausbildungskapazitäten genutzt werden. Darüber hinaus können sie zur gezielten Ansprache und Rückgewinnung von ausgebildeten, aber nicht in dem Beruf tätigen, Pflegekräften dienen (Biederbeck, 2017; Schwinger, 2016, S. 117 f.).

c. Pflicht zur Kompetenzerhaltung/Weiterbildungspflicht

Kammermitglieder sind zur beruflichen Fortbildung verpflichtet. Näheres regeln im Einzelnen die auf Grundlage der jeweiligen Kammergesetze erlassenen Berufsordnungen. Neben Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, die bereits eine Landespflegekammer eingeführt haben, existieren solch gesetzliche Vorgaben weiterhin in den Bundesländern, die eine landesrechtlich geregelte Berufsordnung erlassen haben. Dazu gehört neben dem Freistaat Sachsen, welches als erstes Flächenland im Jahr 2012 eine Berufsordnung auf den Weg gebracht hat, das Saarland, Bremen und Hamburg (Schwinger, 2016, S. 119 f.).

Während demnach die Pflicht zur beruflichen Fortbildung in der Berufsordnung geregelt wird, werden darin keine Aussagen darüber getroffen, dass der Arbeitgeber die angestellten Pflegefachkräfte dafür freizustellen hat und die Weiterbildung finanzieren muss.

d. Definition von Weiterbildungsstandards

Während dem Bundesgesetzgeber die berufsrechtliche Regulierung der Zugangs- und Ausbildungsstandards (Erstausbildung) für die Pflegeberufe obliegt, fallen die Weiterbildungen in den Kompetenzbereich der Länder. Die jeweiligen Weiterbildungstitel als auch deren Ausgestaltung und Lerninhalte können daher je nach Bundesland variieren. Daneben gibt es Weiterbildungen auf hochschulischem Niveau in Form von Masterstudiengängen (u. a. für Fachbereiche wie Pflegemanagement,

Pflegepädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaft – mehr dazu im Kapitel 5, Akademisierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bericht). Diese führen in der Regel nicht zu geschützten Berufstiteln, sodass deren Ausformulierung nicht in die berufliche Regulierung und folglich auch nicht zum Regelungsgegenstand der neuen Pflegekammern gehören. Vor diesem Hintergrund ist der Gestaltungsrahmen der Länder bzw. der Kammern auf die Weiterbildungsangebote beschränkt. Beispielsweise regeln die Kammergesetze in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein nur in sehr allgemeiner Form Anforderungen an Zugangsvoraussetzungen und Umfang sowie zur Anerkennung von „landesfremden" Weiterbildungstiteln. Alles andere (insbesondere Definition von Weiterbildungstiteln sowie Umfang und Lehrinhalte) obliegt der Ausgestaltung durch die Pflegekammer. Es bleibt aber zu hinterfragen, inwieweit die durch die Berufsgruppe selbst ausgestalteten Weiterbildungsanforderungen näher an die Versorgungswirklichkeit rücken können, als es die des Landesgesetzgebers bisher getan haben. Weiterhin bleibt offen, ob die bisher vorhandene Heterogenität der Abschlüsse zwischen den einzelnen Bundesländern dadurch verringert werden kann (Schwinger, 2016, S. 120 f.).

e. Mitwirkung der Berufsgruppe

Im Gegensatz zum Berufsbildungsgesetz (duale Ausbildungsgänge) ist die institutionalisierte Mitwirkung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozessen in den Berufszulassungsgesetzen der Pflegeberufe (Krankenpflege- und Altenpflegegesetz) nicht vorgesehen. Zudem sind die Angehörigen der Pflegeberufe in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems nur schwach verankert. Dabei ist die Einbindung in die untergesetzliche Normgebung (Richtlinien) innerhalb der Gesundheitsversorgung (SGB V) und der Langzeitpflege (SGB XI) zu unterscheiden. Im deutschen Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss das Hauptentscheidungsgremium im Rahmen der Festlegung untergesetzlicher Normen. Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte ist in dieses Gremium nicht eingebunden, obwohl dessen Entscheidungen einen großen Einfluss auf diese Berufsgruppe nehmen (z. B. Erlass der Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege, Richtlinie zur selbstständigen Ausübung zur Heilkunde). Im Gegensatz dazu gestaltet sich das Mitwirkungsrecht der Pflegefachkräfte im Kontext der Langzeitpflege. Insbesondere zu nennen ist hier das gesetzlich vorgegebene Recht auf Mitwirkung bei der Ausgestaltung der Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI). Weitere Mitwirkungsrechte lassen sich auch bei der Gestaltung von Expertenstandards auf Bundesebene finden (gemäß § 113a SGB XI), im Rahmen der Richtlinienfestlegung zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) oder beispielsweise auch im Rahmen der Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen (§ 114a (7) Satz 2 SGB XI). Mit der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene erhalten die jeweiligen Gesetzgeber und Landesregierungen einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner der Pflegeberufe. Deren Beratungsaufgabe innerhalb der Norm- und Gesetzgebung ist dabei als explizite Tätigkeit der Kammer definiert (Junge, 2017; Mai, 2017; Schwinger, 2016, S. 121 f.).

Pflegekammer als weiterer Akteur

Im Hinblick auf die zuvor beschriebenen Aufgaben wird deutlich, dass die Pflegekammer oder andere Formen der beruflichen Selbstverwaltung andere etablierte Akteure wie die Berufsverbände und Gewerkschaften keineswegs ersetzen sollen und auch nicht können. Sie stellt vielmehr eine Ergänzung dar, da die Akteure durch ihre Vertretungsmandate jeweils unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen. So ist ein Ziel der Pflegekammer oder anderer Formen der beruflichen Selbstverwaltung die Sicherung

der pflegerischen Versorgungsqualität. Die Ausgestaltung besserer Arbeitsbedingungen ist hingegen nicht deren primäres Ziel. Zudem besitzt sie keine Tarifautonomie, bietet keine Altersversorgung an und führt auch keine Qualitätsprüfungen (gemäß SGB XI) in stationären Pflegeeinrichtungen durch (Biederbeck, 2017; DBfK). Demzufolge sind weiterhin die etablierten Akteure wie die Berufsverbände und die Gewerkschaften zur Verfolgung und Umsetzung verschiedener Interessensgebiete der Berufsgruppe der Pflegenden notwendig (DBfK; Mai, 2017).

Tabelle 22: Pro- und Contra-Argumente zur Errichtung einer Pflegekammer, Pflege-Report 2016 WIdO (Schwinger, 2016, S. 111)

Pro	Contra
• Verbesserung der Qualität der pflegerischen Dienstleistungen; Schutz vor unsachgemäßer Pflege • Festlegung und Weiterentwicklung von fachlichen Standards; Vereinheitlichung der derzeit stark schwankenden Qualitätsniveaus pflegerischer Dienstleistungen und Ermittlung von diesbezüglichem Forschungsbedarf • Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterqualifizierung der Berufsangehörigen • Schaffung einer Berufsordnung mit ethischen Leitlinien für das Handeln professionell Pflegender • Sanktionen bei Verstößen gegen die Berufsordnung • Definition von Inhalt und Spektrum der Pflege erfolgt nicht mehr durch Dritte • Belange der Berufsgruppe werden gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen gebündelt • Professionalisierungsprozess wird beschleunigt • Registrierung aller Pflegefachkräfte; Fachkräfteprognosen • Kein Ersatz von Berufsverbänden oder Gewerkschaften	• Bestehende Probleme werden nicht gelöst; schlechte Pflegequalität resultiert aus den schlechten Rahmenbedingungen des Berufsalltags (hoher Arbeitsdruck, Überstunden, Einspringen an freien Tagen, zu wenig Zeit für Patientinnen und Patienten) • Berufsrechtliches Disziplinarrecht ist keine wirksame Kontrolle der Berufsausübung • Verpflichtungen zur Weiterbildung sind überflüssig, da in der Verantwortung der Arbeitgeber • Regelungskompetenz für Aus- und Weiterbildung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe • Wahrnehmung beruflicher Belange eher unwahrscheinlich; die jeweiligen Interessen der existierenden Verbände müssten gebündelt werden (Berufsverbände übernehmen weiterhin die fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben und die Gewerkschaften die Tarifpolitik) • höheres Ansehen des Berufs wird durch Kammer nicht erreicht; Ansehen hängt mit Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen zusammen • Bürokratie und zusätzliche Kontrollen • Die entstehenden Kosten stehen in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen. • Zwangsmitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge für die Pflegekräfte sind abzulehnen

Die folgenden Standpunkte sind eine Zusammenfassung der Zusammenstellungen und Flyer auf der Internetseite des DBfK, die in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsorganisationen des Deutschen Pflegerates und der Landespflegeräte erstellt wurden. http://pflegekammer-jetzt.de; (12.07.2015)
Quelle: Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: https://gesundheit-oziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer [Stand 02.03.2015] /
Für einen Überblick über die Positionen des bpa siehe URL: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAINdateien/pflegekammer/index.html; (02.03.2015)

4.6 Handlungsempfehlungen

In den kommenden Jahren werden die fortschreitende Alterung und der Rückgang des Erwerbspersonenpotentials im Zuge der demografischen Entwicklung bundesweit zu einem verstärkten Fachkräftebedarf in der Pflege führen. Ohne geeignete Gegenmaßnahmen wird dies mit wachsenden Arbeitsanforderungen und Belastungen der beruflich Pflegenden einhergehen. Die Pflegeeinrichtungen werden in Zukunft noch stärker als bislang gefordert sein, ihre Beschäftigten durch geeignete Maßnahmen an das Unternehmen zu binden. Die Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und die Frage nach einer angemessenen Entlohnung sind dabei zentrale Zukunftsthemen. Die Kommission begrüßt in diesem Zusammenhang generell die

gemeinsamen Bestrebungen des Freistaates Sachsen sowie der Pflegekassen, Leistungserbringer und des KSV Sachsen, sich für attraktivere Rahmenbedingungen in der Pflege stark zu machen.

4.6.1 Empfehlungen zum Erwerbsumfang

Die Mehrheit des Pflegepersonals im Freistaat Sachsen arbeitet in Teilzeit. Die Kommission betrachtet die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung grundsätzlich als ein wichtiges Arbeitszeitmodell zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Jedoch geht ein nicht unwesentlicher Anteil der Beschäftigten in Sachsen nur deshalb einer Teilzeitbeschäftigung nach, weil es einen Mangel an adäquaten Vollzeitstellen gibt. Die Kommission sieht analog der Vereinbarung „Pro Pflege Sachsen“ in der Arbeitszeitausweitung sowie in der Reduzierung von Leiharbeit und von Befristung von Beschäftigten in der Pflege grundsätzlich einen essenziellen Beitrag zur Abmilderung des Arbeitskräftebedarfs, verbunden mit einer Steigerung der Einkommen der beruflich Pflegenden. Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen als auch eine verbesserte Personalausstattung sind hierbei jedoch entscheidende Voraussetzungen.

Daher empfiehlt die Kommission den Pflegeeinrichtungen und -diensten,

- bestehende Barrieren für eine Vollzeitbeschäftigung zu identifizieren und im Einklang mit den betrieblichen Erfordernissen adäquate Maßnahmen zur Erhöhung des Arbeitszeitumfangs der Beschäftigten abzuleiten.
- die zusätzlich geschaffenen Stellen im Zuge der Überleitung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (PSG II) verstärkt im Sinne einer Umwandlung von vorhandenen Teilzeit- in Vollzeitstellen bzw. vollzeitnahe Teilzeitstellen umzusetzen. Es gilt, entlastende Arbeitsbedingungen und Organisationsabläufe zu schaffen, damit diese Option seitens der bereits beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch in größerem Umfang als bisher in Anspruch genommen werden kann.
- die Teilzeitbeschäftigung durch individuelle und flexible Arbeitszeitmodelle im Rahmen der gesetzlichen und betrieblichen Möglichkeiten anzubieten. Eine freiwillige Teilzeitarbeit sollte dabei immer im Sinne einer möglichen Rückkehr in die Vollzeitbeschäftigung umgesetzt werden.
- den Einsatz von Leiharbeit auf ein notwendiges Maß zu beschränken.
- die Möglichkeit der Entfristung von Arbeitsverhältnissen zu prüfen.

Weiterhin empfiehlt die Kommission:

- den Initiatoren von „Pro Pflege Sachsen“ die Wirksamkeit dieser Initiative zu überprüfen.

4.6.2 Empfehlungen zur Personalausstattung

Der Grundpfeiler für eine hochwertige pflegerische Versorgung im Freistaat Sachsen ist eine quantitativ und qualitativ belastbare Personalausstattung. Die Enquete-Kommission begrüßt das Bestreben zur Entwicklung eines bundeseinheitlichen und wissenschaftlich fundierten Personalbemessungssystems.

Die Kommission empfiehlt daher,

- den Vertragsparteien im Freistaat Sachsen, das bis zum Jahr 2020 zu entwickelnde Personalbemessungsverfahren auf Landesebene schnellstmöglich umzusetzen.

- den Vertragsparteien, die Auswirkungen der seit 2017 stattfindenden Neubegutachtungen (PSG II) auf den Pflegegrad-Mix sowie den daraus abzuleitenden Personalbedarf zu verfolgen und bei Notwendigkeit in den Pflegesatzverhandlungen erneut anzupassen. Kurzfristiges Ziel muss als erster Schritt die Festschreibung der Personalrichtwerte in den Landesrahmenverträgen sein, verbunden mit der Entwicklung und Etablierung von Präsenzrichtwerten für den Personaleinsatz in stationären SGB XI-Bereichen.
- den Einrichtungen, die Veränderungen in der Bewohnerstruktur aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (PSG II) im Hinblick auf eine ausreichende Personalausstattung durch engmaschige Bewohnerstrukturerhebungen zu ermitteln, zu evaluieren und zu veröffentlichen.
- den Vertragsparteien, Beschäftigte in der Pflege mit einer Führungs- und Leitungsfunktion (z. B. Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement) in Zukunft nicht mehr in den regulären Pflegepersonalschlüssel einzubeziehen, sondern zusätzlich zu berechnen.
- der Staatsregierung, eine strukturierte und zentralisierte Berichterfassung zu den Pflege- und Gesundheitsberufen zu entwickeln, mit der eine bedarfsgerechtere Erfassung, Planung und Steuerung des Fachkräfteangebotes in Sachsen möglich wird.
- den Vertragsparteien, im Rahmen der Vergütungsverhandlungen für die Sicherstellung der ambulanten Pflege die Finanzierung von Wegepauschalen und die Vergütung aller tatsächlich erbrachten Einzelleistungen sicherzustellen. In diesem Zusammenhang soll geprüft werden, inwieweit Anreizsysteme für eine nachhaltige mobile Infrastruktur der Pflegedienste entwickelt werden können. Mit der Mehrvergütung könnte eine Möglichkeit geschaffen werden, die personelle Situation im ambulanten Bereich zu verbessern.

4.6.3 Empfehlungen zur Fachkraftquote

Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung wandeln sich die Versorgungsbedarfe pflegebedürftiger Menschen. Dies führt in der Konsequenz auch zu steigenden Anforderungen und neuen Aufgabenprofilen für die Beschäftigten in der Pflege und Betreuung. Im Freistaat Sachsen gibt das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz eine quantitative Fachkraftquote in Höhe von 50 % vor, wobei unter bestimmten Voraussetzungen eine Abweichung möglich ist.

Die Kommission empfiehlt der Staatsregierung, das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG vom 12. Juli 2012) auf folgende Aspekte zu prüfen und ggf. anzupassen:

- die Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments (PBI) für den Freistaat Sachsen zu bewerten und zeitnah umzusetzen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, welche Auswirkungen das PBI auf die derzeitig gültige Fachkraftquote hat und ob bei einer Aufstockung über die Vorgaben des PBI eine Flexibilisierung der Fachkraftquote möglich ist. Außerdem regt die Kommission in diesem Zusammenhang eine Diskussion über das festgelegte Aufgabenspektrum der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte an.
- inwiefern die Ausnahmeregelung zur Möglichkeit der legitimierten Unterschreitung der Fachkraftquote durch die Einrichtungen (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 HS4 SächsBeWoG i. V. m. § 22 Abs. 2 SächsBeWoG) aufgrund der stetig steigenden Inanspruchnahme weiter aufrechterhalten werden soll.
- die Fachkraftbesetzung im Nachtdienst (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 SächsBeWoG) in stationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Dies darf jedoch nicht zu lasten des Tagdienstes erfolgen. Denkbar wäre zum Beispiel eine Quotenregelung wie im Bundesland Baden-Württemberg.
- die Einhaltung der vereinbarten Personalausstattung und der sich daraus abzuleitenden Anzahl an Fachkräften ordnungsrechtlich zu prüfen und bei Nichteinhaltung stärker zu sanktionieren.

4.6.4 Empfehlungen zur Entlohnung

Die Kommission stellt fest, dass die Vergütungsstruktur in der Pflege sowohl bundesweit als auch innerhalb des Freistaates Sachsen aufgrund verschiedener Einflussfaktoren (Tarifbindung, Arbeitsort, Betriebsgröße, Beschäftigungsverhältnis, Trägerart etc.) teilweise sehr heterogen ausfällt. Wenn auch die Vergütung nicht das entscheidende Motivationsmittel zur Ausübung des Berufes darstellt, ist die angemessene Entlohnung nach Auffassung der Kommission ein wesentlicher Hebel zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe und zugleich Ausdruck der gesellschaftlichen Wertschätzung des Berufsbildes. Der Freistaat Sachsen schneidet bei der Entlohnung seiner Pflegekräfte mit Blick auf die anderen Bundesländer vergleichsweise schlecht ab. Weiterhin zeigen sich deutliche Lohndifferenzen zwischen der Alten- und der Krankenpflege (Bogai et al., 2015). Eine Angleichung dieser Lohnunterschiede sowohl im Hinblick auf andere Bundesländer als auch zwischen den Pflegeberufen wird aus Sicht der Kommission als notwendig erachtet. Die Staatsregierung soll sich auf Bundesebene für einen bundesweit einheitlichen Mindestlohn einsetzen. Auf diese Weise kann der Abwanderungssog durch andere Bundesländer wesentlich reduziert werden. Dies muss jedoch mit einer entsprechenden Refinanzierung einhergehen. Die Grundlagen der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen müssen daher stets mit Berücksichtigung finden.

Daher empfiehlt die Kommission,

allgemein

- den Einrichtungen die Vergütung von ambulanten und stationären Pflegekräften auch bei nicht-tariflicher Bezahlung zu vereinheitlichen.
- der Bundesebene bei der Preisgestaltung für Leistungen nach dem SGB V sicherzustellen, dass Vergütungen in tariflicher Höhe durch die Kostenträger refinanziert werden.

Tarifbindung

- Einrichtungen die noch keine Tarifverträge abgeschlossen haben, einen Anschluss an bestehende Tarifverträge.
- den Einrichtungen Tarifverträge flächendeckend anzuwenden und konsequent einzuhalten.
- den Gewerkschaften die kleinteilige Tariflandschaft in Form eines Branchentarifvertrages zu bündeln und die Tarifbindung über die Gewerkschaften generell auszuweiten. Auf diesem Weg kann eine höhere Entgelttransparenz erreicht werden.

Personalkosten in der Pflege (Pflegesatzverhandlungen)

- den Leistungserbringern ihre mit den Pflegestärkungsgesetzen gestärkte Verhandlungsposition in den Pflegesatzverhandlungen zu nutzen, um höhere Löhne bzw. Tariflöhne in der Pflege zu gewähren.
- den Landesrahmenvertragspartnern (§75 SGB XI) zeitnah ein entsprechendes Nachweisinstrument für die Überprüfung der verpflichtenden Weitergabe tariflich vereinbarter Finanzmittel zu erstellen und diese auch rahmenvertraglich festzuschreiben.

4.6.5 Empfehlungen zu Arbeit und Gesundheit

Im Pflegealltag sind beruflich Pflegende einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die sich langfristig negativ auf deren Gesundheitszustand auswirken und beispielsweise eine hohe Arbeitsunzufriedenheit, Fehltage und einen vorzeitigen Berufsausstieg zur Folge haben können. Die Kommission sieht in diesen multifaktoriellen Belastungsfaktoren zentrale Ansatzpunkte für die Entwicklung gezielter Entlastungsmaßnahmen, die den Beschäftigten eine möglichst dauerhafte Ausübung ihres Berufes ermöglichen können. Die Verteilung der Arbeit auf mehr Personal stellt dabei eine der entscheidenden Grundvoraussetzungen zur Entlastung beruflich Pflegender dar und sollte daher stets mitgedacht werden. Insgesamt kommt den Betrieben bei der gesundheitsgerechten Gestaltung im Rahmen des Personalmanagements und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) eine entscheidende Rolle zu. Ziel sollte dabei eine verbindliche Etablierung und Anwendung bereits existierender präventiver Maßnahmen in den regulären Pflegeablauf der Beschäftigten sein.

Daher empfiehlt die Kommission den Unternehmen,

- ein BGM zu implementieren und durch gezielte Interventionen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen und daraus resultierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen beizutragen. Kleinere Träger können dies mit Hilfe von Krankenkassen und kooperierender Gesundheitsdienstleister (Sportvereine, Fitnessstudio, etc.) umsetzen.
- Führungskräften eine Teilnahme an Weiterbildungen zu ermöglichen, die für eine gesundheitsförderliche Führung von Beschäftigten und ein ressourcenschonendes Personalmanagement sensibilisieren. Darüber hinaus sollten diese Schulungen Vorgesetzte dazu befähigen, Beschäftigte gemäß ihrer jeweiligen Qualifikation einzusetzen und dadurch Überforderungen zu verhindern. Dies kann bei Bedarf im Rahmen eines BGM umgesetzt werden.

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zum Umgang mit berufsbezogenen Anforderungen und Belastungen anzubieten. Es gilt, Pflegende – im Sinne der Verantwortungsübernahme zur eigenen Gesunderhaltung (Selbstpflege) – für die tatsächliche Anwendung gesundheitsgerechter Arbeitstechniken und Hilfsmittel zu sensibilisieren.
- Beschäftigten auch noch im höheren Lebensalter die Pflegetätigkeit durch die Entwicklung spezifischer Konzepte und altersgerechter Arbeitsmodelle zu ermöglichen.
- die Schaffung von flexiblen Arbeitszeitmodellen, die zu einer belastungsreduzierenden Organisation der Arbeitszeiten führen (u. a. zur Vermeidung von unvorhersehbarem Einspringen aus dem Frei, Abbau von Überstunden).
- die Entwicklung bzw. den Ausbau von weiteren einrichtungsindividuellen Maßnahmen, die zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen
- im Sinne der Wahrung einer planungssicheren Frei- bzw. Urlaubszeit ein möglichst ressourcenschonendes Personalmanagement umzusetzen.
- die körperlichen Belastungen der Pflegenden durch den erhöhten Einsatz technischer Hilfsmittel und einer angemessenen Personalausstattung innerhalb eines Dienstes auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Weiterhin empfiehlt die Kommission den Landesrahmenvertragspartnern zum Präventionsgesetz (LRV Sachsen),

- die Betriebe bei deren Verpflichtung zum Arbeitsschutz sowie bei deren Aktivitäten zur Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitlichen Interventionen zu unterstützen (§ 3 LRV Sachsen).
- ihre Angebote für das Setting „Betrieb“ besser miteinander abzustimmen und zu verzahnen. Dies schafft mehr Transparenz für die Unternehmen und trägt zu einer schnelleren Lösungsfindung bei.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission,

- der BGW basierend auf der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG) die Unternehmen bei der Einrichtung geeigneter Arbeitsschutzmaßnahmen zu unterstützen. Hierbei können u. a. aufsuchende Beratungen, öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und Seminare seitens der Unfallversicherungsträger zur Sensibilisierung dienen.
- den Verbänden der Pflegekassen die betriebliche Gesundheitsförderung im Hinblick auf die in der Pflege Beschäftigten künftig zu stärken.
- den Unfallversicherungsträgern, eine Nichteinhaltung der verpflichtenden Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG) seitens der Einrichtungen härter zu sanktionieren.
- den Unfallversicherungsträgern und der Staatsregierung zu prüfen, inwieweit in der Abteilung Arbeitsschutz der Landesdirektion Sachsen ausreichend personelle Kapazitäten für eine engmaschige und umfassende Überwachung der Betriebe durch die Aufsichtspersonen (§18 SGB XII) zur Verfügung gestellt werden können.

4.6.6 Empfehlungen zum Bürokratieabbau

Die Kommission begrüßt grundsätzlich die thematische Schwerpunktsetzung durch die Bundesregierung in Form des Projektes zur Entbürokratisierung in der Pflege (EIN-STEP). Darüber hinaus ist jedoch das Ziel eines weiteren Bürokratieabbaus in der Pflege konsequent zu verfolgen, um auf diesem Wege personelle Kapazitäten für die eigentliche Pflege zu erhöhen. Diese Bemühungen dürfen jedoch nicht zu lasten der Pflegequalität gehen.

Daher empfiehlt die Kommission,

- den Einrichtungen, die Implementierung des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation“ (EIN-STEP) konsequent fortzuführen.
- den Einrichtungen, ihre selbstgesetzten Dokumentationspflichten im Rahmen eines Abgleichs mit bundes- bzw. landesspezifischen Vorgaben zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- den Einrichtungen, die notwendigen Bürokratie- und Dokumentationspflichten durch den Einsatz technischer Hilfsmittel für eine schnellere und einfache Datenerfassung nach Möglichkeit zu forcieren und umzusetzen.

4.6.7 Empfehlungen zur Wertschätzung

Eine gering wahrgenommene Wertschätzung des eigenen Berufsbildes wird von vielen Pflegenden als Belastungsfaktor wahrgenommen. Dabei gehören Pflegende zu einer der Berufsgruppen, denen in der Bevölkerung am meisten Vertrauen und ein hohes Ansehen entgegengebracht wird. Im Gegensatz dazu werden jedoch die konkreten Bedingungen, unter denen Pflegearbeit geleistet wird, innerhalb der Bevölkerung eher als unattraktiv bewertet (Isfort, 2013, S. 1085; Schaar, 2016). Nach Auffassung der Kommission sind daher insbesondere Initiativen wie „Pro Pflege Sachsen“ zu fördern, die eine wertschätzende Kommunikation von Pflege in der medialen Öffentlichkeit zum Ziel haben.

Daher empfiehlt die Kommission,

- den Pflegeeinrichtungen, in einem größeren Umfang als bisher strategische Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um der oftmals einseitig negativen Berichterstattung entgegenzuwirken.
- den zentralen Akteuren der Pflege (Kostenträger und Leistungserbringer, Ministerien, etc.) ein differenzierteres Berufsbild nach außen zu tragen, damit die positiven Aspekte des Berufsbildes (z. B. Arbeitsmöglichkeiten, neue berufliche Perspektiven, moderne pflegerische Konzepte) stärker in den Fokus der Medien und der Öffentlichkeit rücken können.
- der Staatsregierung, den Internationalen Tag der Pflege (12. Mai) verstärkt für Aktionen zu nutzen, die der Vermittlung von Wertschätzung für die Arbeit von Pflegekräften in der Öffentlichkeit dienten.

4.6.8 Empfehlungen zur Regelung der Berufsausübung und Kooperation

Mit Blick auf die wachsenden Anforderungen und die sich wandelnden Aufgabenfelder von beruflich Pflegenden ist aus Sicht der Kommission eine weitere Reformierung der Pflegeberufe notwendig. Erste Schritte in diese Richtung stellt das zukünftige Pflegeberufsgesetz der Bundesregierung dar, welches Pflegende für einen flexibleren Einsatz in den verschiedenen Versorgungssettings qualifizieren soll. Der Reformierungsprozess sollte jedoch im Sinne einer weiteren Ausdifferenzierung und Neuzuschneidung des Aufgabenspektrums begleitet werden, insbesondere mit Blick auf die landesrechtlichen Regelungen der Berufsausübung. Dies schließt auch die rechtliche Regelung der Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein.

Daher empfiehlt die Kommission dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit dem Bund

- die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten nach der G-BA-Richtlinie (§ 63 SGB V) auch auf bereits in der Praxis tätige Pflegefachkräfte durch entsprechende Fortbildungen auszuweiten.
- das Verordnungsrecht für Pflegehilfsmittel (Inkontinenzmaterial, Rollatoren etc.) auf dafür qualifizierte Pflegefachkräfte auch außerhalb der G-BA-Richtlinie (§ 63 SGB V) zu übertragen. Dies kann zu einem Bürokratieabbau sowie zu einer verbesserten Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen führen.
- die Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63 SGB V zu vereinfachen, damit das Projekt in die Fläche kommt. Die bessere Ausschöpfung der gesetzlichen Möglichkeiten kann vor allem zur Sicherung der pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum beitragen, wenn ausgewählte Leistungen aus dem hausärztlichen Bereich in den Verantwortungsbereich der Pflegenden übergehen.
- zu prüfen, inwiefern allgemeine Rahmenvorschriften zur Gestaltung der Koordination und Kooperation innerhalb des Leistungsgeschehens in Form eines Allgemeinen Heilberufegesetzes rechtliche Klarheit für die Berufsangehörigen und die Organisationsverantwortlichen in den jeweiligen Einrichtungen schaffen könnte.

4.6.9 Empfehlungen zur beruflichen Selbstverwaltung

Es gibt innerhalb der Enquete-Kommission unterschiedliche Auffassungen, ob eine verpflichtende Verkammerung von Pflegefachkräften zur Stiftung der beruflichen Identität von Pflegenden und zur Weiterentwicklung des Berufsbildes beitragen kann. Die Enquete-Kommission bewertet die Idee zur Errichtung einer Landespflegekammer im Freistaat Sachsen daher unterschiedlich. Letztlich braucht es hinsichtlich einer Entscheidung zugunsten der Errichtung einer Pflegekammer einer breiten Zustimmung aus der Berufsgruppe.

Daher empfiehlt die Kommission der Staatsregierung,

- die Entwicklungen und Gründungsprozesse von Landespflegekammern in den anderen Bundesländern intensiv zu verfolgen und dabei die erzielten Ergebnisse mit den Erwartungen an die Errichtung von Pflegekammern abzugleichen. Zugleich ist die Entwicklung des Aufbaus einer Vereinigung der Pflegenden in Bayern oder anderer Alternativen zu Landespflegekammern zu verfolgen.
- zu beraten, mit welchen anderen geeigneten Instrumenten die an eine Pflegekammer gerichteten Erwartungen gleich oder besser erreicht werden können. Hierbei ist insbesondere zu beraten, wie die Pflegeberufe gestärkt werden können.
- die Pflegekräfte erneut über die Gründung einer sächsischen Pflegekammer oder einer anderen Form der beruflichen Selbstverwaltung in Gestaltung einer repräsentativen Studie zu befragen und diese bei einer Befürwortung entsprechend auf den Weg zu bringen.

4.7 Literaturverzeichnis

Abeler, J. (2013). Sucht unter Pflegekräften. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 151–160.

Altenberichtskommission. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b61680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

AOK Bundesverband. Heilkundeübertragungsrichtlinie. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/richtlinien/index_09647.html [27.11.2017].

AOK-Verlag. (2018). 24.07.2018 – Errichtung von Pflegekammern in den einzelnen Bundesländern. https://www.aok-verlag.info/de/news/Errichtung-von-Pflegekammern-in-den-einzelnen-Bundeslaendern/28/ [02.08.2018].

BA, Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung. (2018). Berichte. Blickpunkt Arbeitsmarkt. Juni 2018. Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg.

BA. Statistik-Service Südost. (2018). Ergänzende Zuarbeit der Bundesagentur für Arbeit zur Veröffentlichung „Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe. Monatszahlen und Jahreszahlen“ der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2017). Nürnberg.

BAuA. (2014). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden.

DBfK. Darum brauchen wir Pflegekammern. https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php [30.11.2017].

Beine, M. (2017). Stellungnahme der Cultus gGmbH der Landeshauptstadt Dresden zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

BGW. (2015). Altenpflege in Deutschland. Zahlen. Daten. Fakten. Hamburg.

Biederbeck, M. (2017). Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Bispinck, R.; Dribbusch, H., Öz, F.; Stoll, E. (2013). Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 21. Düsseldorf: WSI in der Hans-Böckler-Stiftung.

BMG. (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Dt. Bundestag. BMG. (2017a). Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/khsg.html [22.03.2018].

BMG. (2017b). Pflegefachkräftemangel. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html [10.10.2017].

BMG. (2017c). Stärkung der Pflege im Krankenhaus. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html [11.10.2017].

BMG. (2018a). Eckpunktepapier Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflege/Sofortprogramm_Pflege__Eckpunkte.pdf [05.07.2018].

BMG. (2018b). Fragen und Antworten zum Krankenhausstrukturgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/khsg/faq-khsg/?L=0 [04.04.2018].

Bockting, M. (2016a). Ergänzende schriftliche Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 6. Sitzung. Enquete-Kommission.

Bockting, M. (2016b). Schriftliche Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 3. Sitzung. Enquete-Kommission.

Bockting, M. (2017). Schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Bogai, D.; Carstensen, J.; Seibert, H.; Wiethölter, D.; Hell, S.; Ludewig, O. (2015). Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin.

Bogai, D.; Seibert, H.; Wiethölter, D. (2016). Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 92–107.

Bundesregierung. (2018). Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Bundestag, 23. April 2018. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/018/1901803.pdf [04.06.2018].

Deutscher Pflegetag. (2018). Psyma Statement zum Psyma Care Klima-Index 2017. Ganzheitlicher Stimmungsindikator im Wachstumsmarkt Pflege in Deutschland. https://deutscher-pflegetag.de/psyma-CARE-Klima-Index-2017 [25.01.2017].

Die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. (2017). Pressemitteilung. Entbürokratisierung in der Altenpflege erfolgreich eingeführt und Verantwortung an die Trägerverbände übergeben. https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/2017-09-06_08_PM_BMG_Veranstaltung_Entbuerokratisierung.pdf [02.02.2018].

Dielmann, G. (2013). Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem. Eine Übersicht. In: Alscher, M. D. (Hrsg.), Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 149–175.

Ehrentraut, O.; Hackmann, T.; Krämer, L.; Schmutz, S. (2015). Zukunft der Pflegepolitik. Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik.

Expertenkommission Pflege der BGW. (2012). Entwicklungen und Handlungsbedarfe. Positionspapiere I – IV. Eine Bilanz. Hamburg: BGWthemen.

Faensen, M. (2016). Stellungnahme der Landesgeschäftsstelle Sachsen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Fischer, T. (2017). Stellungnahme der Evangelischen Hochschule Dresden zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission.

Füge, M. (2017). Stellungnahme des DRK Landesverband Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Fürst, F. (2016). Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen (Liga) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

GBE Bund. (2018). Pflegepersonal. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8970::Pflegestatistik [14.02.2018].

Görres, S.; Buschmann, L.; Meinecke, P.; Schumski, L.; Stolle, C. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen. 17. Sitzung. Enquete-Kommission.

Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S. (2016). Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Jacobs, K. etal.(Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 3–17.

Greß, S.; Stegmüller, K. (2016). Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Fulda: Hochschule Fulda.

Hämel, K.; Schaeffer, D. (2012). Fachkräftemangel in der Pflege. Viel diskutiert, politisch ignoriert? G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 66 (1), 41–49. doi: 10.5771/1611-5821-2012-1-41.

Hasselhorn, H.-M.; Zegelin-Abt, A.; Wittich, A., Tackenberg, P. (2008). Image der Pflege in Deutschland. Schwester Pfleger 47 (5), 458–461.

Höhmann, U.; Lautenschläger, M.; Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf. Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 73–90.

Huber, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In: Esslinger, A. S. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler, 67–87.

IAQ. Arbeitsunfähigkeitstage von AOK-Mitgliedern nach ausgewählten Berufsgruppen 2016. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV4.pdfhttp://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2015/wido_pm_krstd_2015-03-31.pdf [03.08.2018].

Igl, G. (2016). Rechtsfragen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Langzeitpflege. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 229–244.

Institut DGB-Index Gute Arbeit. (2016). Arbeitsfähig bis zur Rente. Wie die Beschäftigten ihre Perspektive einschätzen. Berlin.

Institut DGB-Index Gute Arbeit. (2017). Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Mit dem Themenschwerpunkt: Arbeit, Familie, private Interessen. Wodurch die Vereinbarkeit behindert wird und wie sie zu fördern ist. Berlin.

Institut für Demoskopie Allensbach. (2011). Berufsprestigeskala. Allensbacher Berichte. Allensbach am Bodensee.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. (2009). Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. http://www.aaa-deutschland.de/pdf/AP_berufsverlaeufe_broschuere.pdf [23.01.2018].

Isfort, M. (2013). Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56 (8), 1081–1087. doi: 10.1007/s00103-013-1747-9

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014). Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Isfort, M.; Weidner, F. (2010). Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Jarisch, H. (2017). Stellungnahme der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Präventionsdienst Dresden, zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Junge, M. (2017). Stellungnahme des Sächsischen Pflegerats (SPR) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission.

Klepsch, B. (2016). Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 2. Sitzung. Enquete-Kommission.

Kraushaar, R. (2016). Stellungnahme des BMG zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 3. Sitzung. Enquete-Kommission.

Kuhlmann, B. (2016). Stellungnahme der AOK Plus zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Kuphal, A. (2016). Stellungnahme des Sächsischen Pflegerats (SPR) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Landtag NRW. (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Lotze, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Lotze, A. (2017). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Lotze, A. (2018). Nachträgliche ergänzende Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Luntz, J. (2017). Stellungnahme der Pflegedirektion des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission.

Mai, M. (2017). Stellungnahme der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Melzer, M. (2017). Stellungnahme der BAuA zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Pflegestudium.de. (2016). Pflege-Studiengänge in Deutschland 2016. Aktuelle Daten und Statistiken. Köln. https://www.pflegestudium.de/fileadmin/user_upload/Inhalte/pflegestudium.de/Pflege-Studieng%C3%A4nge_Deutschland_2016.pdf [11.12.2017].

Pohl, C.; Sujata, U.; Weyh, A. (2012). Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen. Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. Nürnberg: IAB.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. (2017). Branchenmindestlohn: Mindestlöhne in der Pflege steigen. https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2017/07/2017-07-19-mindestlohn-pflege-verordnung.html [02.02.2018].

Prognos AG. (2014). Fachkräftesicherung durch gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege in Thüringen. Erfurt: Freistaat Thüringen, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie.

Richter, B. (2016). Ergänzende schriftliche Stellungnahme des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 2. Sitzung. Enquete-Kommission.

Richter, B. (2017). Ergänzende Zuarbeit des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen zur amtlichen Statistik „Pflege in Sachsen. Ausgabe 2018 (Berichtsjahr 2015).

Richter, B. (2018a). Ergänzende Zuarbeit des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen zur Arbeitsgruppensitzung der AG 2 am 19. und 27. März 2018. Enquete-Kommission.

Richter, B. (2018b). Ergänzende Zuarbeit des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". Handlungsfeld „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld". Themenschwerpunkt „Personalbedarf in der Pflege im Freistaat Sachsen". Enquete-Kommission.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012). Themenreport „Pflege 2030". Was ist zu erwarten. Was ist zu tun. Gütersloh.

Schaar, M. (2016). Stellungnahme der ver.di Gesundheit & Soziales in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Schaar, M. (2017). Stellungnahme der ver.di Gesundheit & Soziales in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

Schuster, P. (2016a). Stellungnahme des SSSG zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 2. Sitzung. Enquete-Kommission.

Schuster, P. (2016b). Stellungnahme des SSG zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 6. Sitzung. Enquete-Kommission.

Schuster, P. (2018). Ergänzende Zuarbeit des SSG zur Arbeitsgruppensitzung der AG 2 am 19. und 27. März 2018. Enquete-Kommission.

Schwinger, A. (2016). Die Pflegekammer. Eine Interessenvertretung für die Pflege? In: Jacobs, K. et al.(Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 109–126.

Sengebusch, U. (2016). Stellungnahme des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung Sachsen (MDK) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Simon, M.; Mehmecke, S. (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (Working Paper Forschungsförderung).

SMK. (2003). Sächsischer Lehrplan für die Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Sächsischer Lehrplan für Altenpfleger/Altenpflegerin, Empfehlungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung von Altenpfleger/Altenpflegerin.

SMS. (2014). Pro Pflege Sachsen. Eine gemeinsame Initiative des SMS, der Pflegekassen, des KSV, und der Leistungserbringer. Dresden.

Statistisches Bundesamt. (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2014). Statistischer Bericht. Verdienststrukturerhebung im Freistaat Sachsen 2014. N I 5 – 4j/14. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2016). 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2015 bis 2030. Ausgewählte Ergebnisse für den Freistaat Sachsen. Gebietsstand: 1. Januar 2016. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2017). Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen. Pflegeeinrichtungen, Beschäftigte und Pflegebedürftige 2015. K VIII 3 – 2j/15. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2018). Statistisch betrachtet. Pflege in Sachsen. Ausgabe 2018. Kamenz.

Stordeur, S.; D´hoore, W.; van der Heijden, B.; Di Biscelie, M.; Maine, M.; van der Schoot, E. (2005). Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. In: Hasselhorn, H.-M. (Hrsg.), Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 30–48.

SVR Gesundheit. (2007). Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.

Van der Schoot, E.; Oginska, H.; Estryn-Behar, M. (2005). Burnout im Pflegeberuf in Europa. In: Hasselhorn, H.-M. (Hrsg.), Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 57–62.

Vdek; bpa. (2016). Empfehlungen des vdek und des bpa zur Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II).

Viere, C. (2016). Stellungnahme des BMFSFJ zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 3. Sitzung. Enquete-Kommission.

Weidner, F. (2017). Die Vorbehaltsaufgabe. Verbindlichkeit im Kontext des deutschen Gesundheitswesens. Prof. Dr. Weidner als Vorstand des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP). Expertengespräche. Bildungszentrum Gesundheit Rhein-Neckar GmbH. Wiesloch, 12.05.2017. Wiesloch.

Werner, A. (2016). Schriftliche Stellungnahme des KSV Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission.

Werner, A. (2017). Schriftliche Stellungnahme des KSV Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission.

5 Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

5.1 Ausbildung

5.1.1 Hintergrund

Gesundheitsfachberufe

Die Pflegeberufe werden den Gesundheitsfachberufen zugeordnet und unterliegen im Freistaat Sachsen dem Schulrecht. Das Berufsbildungsgesetz für Schulen des dualen Berufsbildungssystems findet jedoch keine Anwendung. Stattdessen sind die bundesrechtlich geregelten Berufsgesetze der Pflegeberufe sowie die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen maßgeblich für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Auch die Berufszulassungskompetenz sowie Regelungen zu Ausbildungsziel, Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer und -struktur sowie Vorgaben zum Ausbildungsverhältnis liegen in der Verantwortung des Bundes.

Dem Freistaat Sachsen obliegt es, wie auch den anderen Bundesländern, nähere Regelungen zur inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Ausbildung zu treffen. Sowohl für die Berufsfachschulen (BFS) der Gesundheitsfachberufe als auch für die BFS der Krankenpflegehilfe liegen Lehrpläne und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung vor[101]. Die Prüfung zur Einhaltung der Qualitätsstandards und deren Weiterentwicklung wird durch das Landesamt für Schule und Bildung (LaSuB) in Zusammenarbeit mit dem SMK realisiert. Aufgrund dieser individuellen landesrechtlichen Lösungen ergeben sich sehr differenzierte und keine flächendeckenden Richtlinien. Diese fehlenden landesübergreifenden Standards u. a. für Lehrpläne zur Ausgestaltung der Ausbildung, für die Qualifizierung der Lehrkräfte oder für qualitative Mindeststandards führen insgesamt zu einer Ungleichheit der Gesundheitsfachberufeausbildungen in den Ländern (BMBF, 2014, 29 f.).

Bislang besteht im Freistaat Sachsen die Möglichkeit, an BFS einen der folgenden Gesundheitsfachberufe zu erlernen:

- Altenpflegerin/Altenpfleger,
- Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- (Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger)

Dies kann in Vollzeit, aber auch berufsbegleitend in Teilzeit erfolgen. Nach der dreijährigen Ausbildung mit anschließender staatlicher Prüfung erhalten die Schülerinnen und Schüler bzw. die Auszubildenden einen staatlich anerkannten Berufsabschluss[102].

Zugangsvoraussetzung zu diesen Ausbildungen nach § 6 Altenpflegegesetz (AltPflG) und § 5 Krankenpflegegesetz (KrPflG) ist ein Realschul- bzw. gleichwertiger Abschluss oder ein Hauptschul- bzw. gleichwertiger Abschluss. Letztere Möglichkeit gilt nur in Verbindung mit einer erfolgreich abgeschlossenen, mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder einer abgeschlossenen, mindestens einjährigen Ausbildung

101 Nähere Informationen siehe Lehrplandatenbank, https://www.schule.sachsen.de/lpdb/.

102 Die Berufsbezeichnung für Altenpfleger/-in, für Gesundheits- und Krankenpfleger/-in sowie für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in ist durch Bundesgesetze geregelt (§ 1 AltPflG und § 1 KrPflG). Der Bund regelt nur die sog. Erstzulassung zum Beruf. Fort- oder Weiterbildungsregelungen sind Aufgabe der Länder.

in der Kranken- oder Altenpflegehilfe. Des Weiteren sind ein Nachweis über die gesundheitliche Eignung sowie ein schriftlicher Ausbildungsvertrag mit einem Träger der praktischen Ausbildung notwendig.

Die Ausbildung erfolgt in dualer Form. Das heißt, sowohl die BFS als auch der Praxispartner (z. B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder Pflegedienst) sind mitverantwortliche Akteure in der Ausbildungsphase.

Ausbildungsträger sind die Medizinischen BFS. Dies können öffentliche Schulen sein oder Schulen in privater Trägerschaft, die z. B. an ein Krankenhaus angegliedert sind. Erstere unterliegen dem Sächsischen Schulgesetz (§ 3 SächsSchulG). Die privaten Schulen hingegen fallen unter das Sächsische Gesetz über Schulen in freier Trägerschaft (SächsFrTrSchulG) (SMK, 2017) (siehe Punkt 5.1.2, Statistik).

Für die staatliche Prüfung in der Altenpflege ist das LaSuB zuständig, für alle anderen Gesundheitsfachberufe die Landesdirektion Sachsen. Dem KSV obliegt das Erteilen der Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf.

Die Gesundheitsfachberufe gehören zu den reglementierten Berufen im Sinne der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG über eine gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen. Diese ermöglicht es, den Beruf innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten auszuüben. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) ist ein Instrument, welches dazu dient, die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in das deutsche Bildungssystem einzuordnen. Dies soll die Orientierung im Bildungssystem vereinfachen und zu einer besseren Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa beitragen (BMBF, 2017b). Die darin definierten acht Niveaus können den acht Niveaus des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zugeordnet werden (siehe Abbildung 11). Der EQR dient als europaweites Übersetzungsinstrument für nationale Qualifikationen.

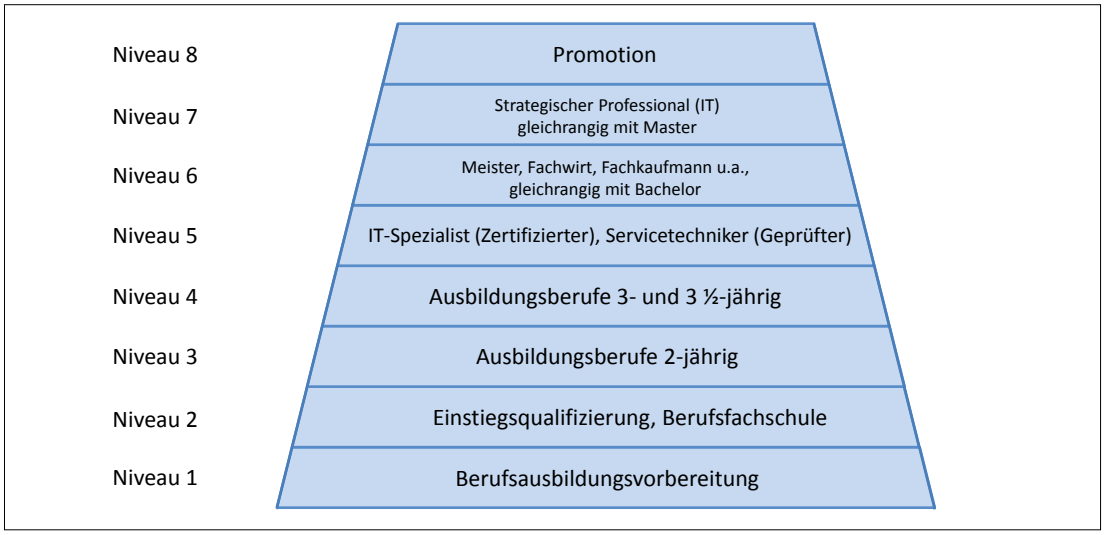

Abbildung 11: Die Kompetenzniveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) (nach IHK, 2018).

Hinsichtlich der Ausbildungen in den Pflegeberufen ist die zweijährige Ausbildung zur Krankenpflegehelferin/zum Krankenpflegehelfer auf Niveau 3 und die dreijährige Erstausbildung in einem Gesundheitsfachberuf auf Niveau 4 eingestuft. Fortbildungen werden auf Stufe 5 verortet. Die Abschlüsse Bachelor und Master finden sich auf dem Niveau 6 bzw. 7 und die Promotion liegt auf Niveau 8.

Die Zuordnung zu den Qualifikationsniveaus erfolgt durch die Inhaltsorientierung an den Berufsgesetzen und Landesberufsordnungen. Nicht berücksichtigt werden die daraus hervorgehenden erwarteten und zu erwerbenden Kompetenzen, welche jedoch für die Einordnung in den EQR bzw. DQR bedeutend sind.

Vor diesem Hintergrund ist die Zuordnung der dreijährigen staatlich anerkannten Ausbildungsabschlüsse in der Pflege innerhalb des DQR auf dem Niveau 4 als kritisch zu bewerten. Berufsverbände halten eine Einstufung auf höherem Niveau für angemessen. In Ländern wie den Niederlanden, Österreich oder Großbritannien wurden die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen zu großen Teilen auf Bachelorebene und damit dem EQR-Niveau 6 zugeordnet. In diesen Ländern erfolgt die Ausbildung zur Pflegefachkraft aber generell mit einem Studium (BMBF, 2014, 39 f; Luntz, 2017).

Staatlich geprüfte Krankenpflegehelferin/
Staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer

Ergänzend zur Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf gibt es die Möglichkeit, eine landesrechtlich geregelte Berufsausbildung in der BFS für Pflegehilfe mit dem Berufsabschluss „Staatlich geprüfte Krankenpflegehelferin“/„Staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer“ zu absolvieren[103]. Sie ist in der Verordnung des SMK über die Berufsfachschulen im Freistaat Sachsen (BFSO) geregelt und befähigt dazu, alte bzw. kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen unter Anleitung einer Pflegefachkraft in einem Pflegeteam qualifiziert zu pflegen und zu betreuen. Aufnahmevoraussetzung für die zweijährige Ausbildung ist der Hauptschul- oder ein gleichwertiger Bildungsabschluss (§ 53 BFSO). Mit erfolgreicher Beendigung kann der mittlere Bildungsabschluss anerkannt werden. Damit ist die Zugangsvoraussetzung für eine weiterführende Fachausbildung erreicht und eine Weiterqualifizierung an einer BFS für einen der Gesundheitsfachberufe bzw. die generalistische Krankenpflegeausbildung wird möglich.

Auf Bundesebene gibt es keine einheitliche Berufsbezeichnung für diese Helferberufe. Folglich kommt es bundesländerübergreifend häufiger zu Schnittstellenproblemen bezüglich der Anerkennung dieser Qualifikation.

Generalistische Pflegeausbildung

Mit der Einführung der generalistischen Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ bzw. zum „Pflegefachmann“ ab 1. Januar 2020 im Rahmen der Pflegeberufereform soll die o. g. Dreiteilung langfristig abgelöst werden. Bis vorerst zum 31. Dezember 2025 besteht die Wahlmöglichkeit (§ 59 PflBG), sich vor dem letzten Ausbildungsdrittel für eine Spezialisierung in der Alten- oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden und den traditionellen Abschluss anzustreben. Nach diesem Übergangszeitraum wird auf Grundlage einer statistischen Analyse durch das BMFSFJ entschieden, inwieweit dieses Wahlrecht beibehalten werden soll.

Abbildung 12 zeigt die verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten in der Pflege und deren Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen.

103 Die Berufsbezeichnung ist in Paragraph 58 BFSO geregelt.

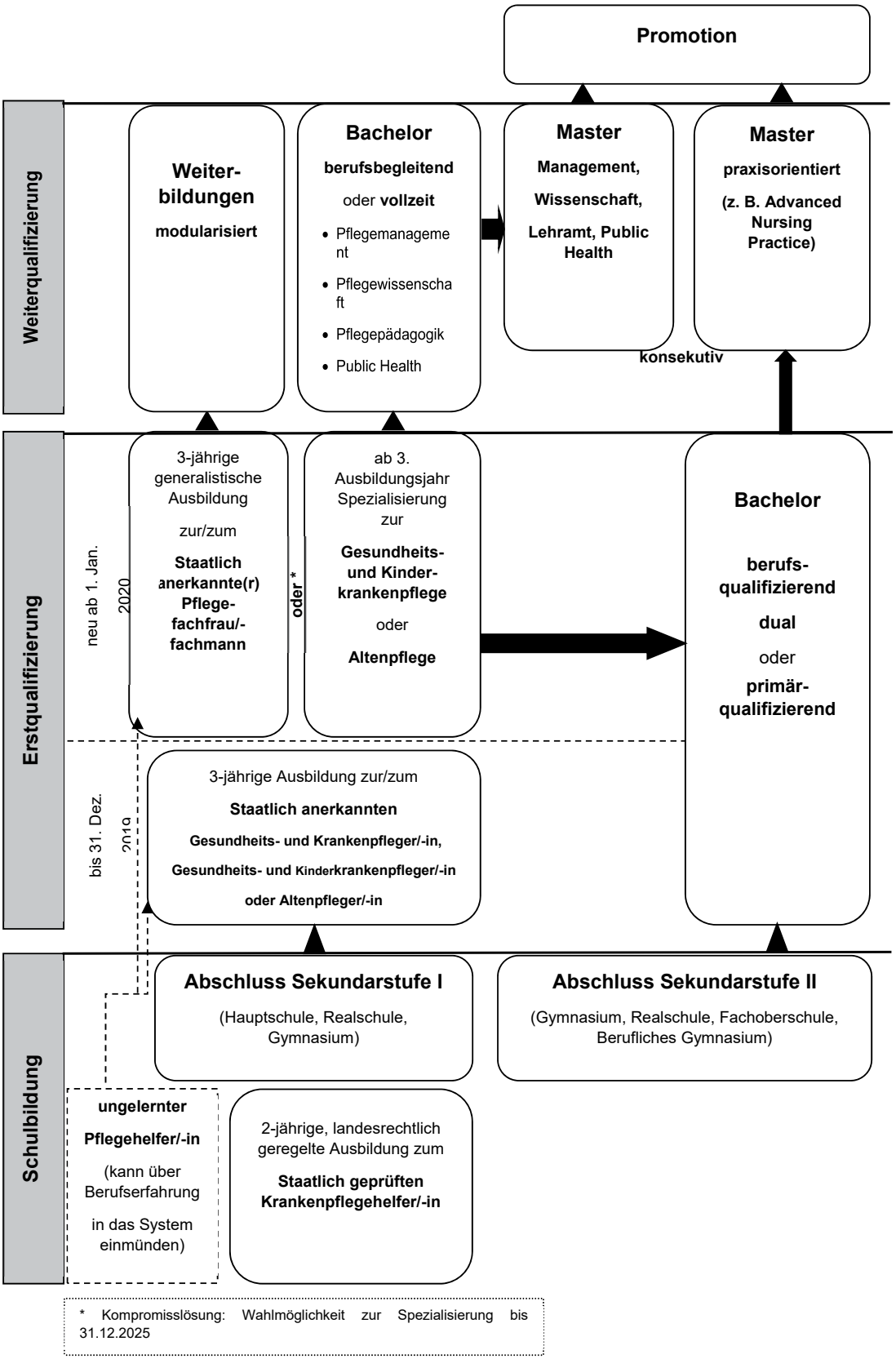

Abbildung 12: Verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten in der Pflege (eigene Darstellung).

Die Ausbildungsreform ist ein wesentlicher Bestandteil der aktuellen Modernisierungsprojekte in den Pflegeberufen. Eine anhaltende Auseinandersetzung mit dieser Thematik wird zukünftig eine bedeutende Rolle spielen. Kritikerinnen und Kritiker weisen auf mögliche, aus der Pflegeberufereform resultierende Attraktivitätsverluste hin. So bestehen beispielsweise Bedenken, dass die Ausbildungszahlen in den drei Pflegeberufen durch eine generalistische Pflegeausbildung zurückgehen könnten, eine Abwertung der Altenpflege herbeigeführt wird, die Qualität der Ausbildung leidet oder Praxiseinsätze in Pflegeeinrichtungen nicht umfassend gewährleistet sind (Bundesärztekammer, 2016; Vincentz Network GmbH, 2018). Mit Blick auf die Umsetzung des PflBRefG und die damit angestrebte Verbesserung und Attraktivitätssteigerung bleiben diesbezüglich erste Erfahrungswerte abzuwarten. Der Prozess der Umstellung wird intensiv begleitet. Ergebnisse werden u. a. durch das BMFSFJ evaluiert. Entstehende Herausforderungen für die Gestaltung der theoretischen und praktischen Ausbildung und deren Organisation sowie Sicherstellung müssen durch die Zusammenarbeit von Ausbildungsträgern, Leistungserbringern, Kostenträgern und Politik bewältigt werden (Fürst, 2016; Reinhart, 2017).

5.1.2 Statistik

Ausbildung an Berufsfachschulen bundesweit

Laut der Schulstatistik des Statistischen Bundesamtes befanden sich im Schuljahr 2015/2016 bundesweit insgesamt 215 229 Schülerinnen und Schüler in einer Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens, davon waren 77,5 % Frauen.

Die Schülerzahl hat sich in den einzelnen Berufen unterschiedlich entwickelt. Während die Ausbildungszahl in der Gesundheits- und Krankenpflege mit 63 611 Schülerinnen und Schülern gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen ist (2014/15: 64 022 bzw. -0,6 %) ist die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung im Vergleich zum Vorjahr erneut deutlich um 1 766 bzw. 2,7 % auf insgesamt 68 051 (2015/16) angestiegen. Auch die Zahl der Altenpflegeschülerinnen und -schüler im ersten Ausbildungsjahr ist mit 23 612 (2015/16) im Vergleich zum Vorjahr wiederum um 299 bzw. 1,3 % gestiegen[104]. Die Geschäftsstelle der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive meldete auf Grundlage ihrer Datenabfrage der Länder, die auch die Eintritte in eine verkürzte Altenpflegeausbildung erfasst, für das Schuljahr 2015/2016 bundesweit 27 246 Eintritte in eine Altenpflegeausbildung.

Auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist ein Anstieg der gesamten Ausbildungszahl um 2,1 % auf 7 074 zu verzeichnen (BMBF, 2017a, 79 f.).

Von besonderer Bedeutung ist jedoch die Abschlussquote, da ein nicht unerheblicher Teil derjenigen, die sich für eine Ausbildung in der professionellen Pflege entscheiden, die Ausbildung abbricht. Die Lösungsquote von Ausbildungsverhältnissen beträgt in Deutschland branchenübergreifend ein Viertel. Dies trifft in etwa auch auf die Pflege zu (BMBF, 2017a, S. 75; Melzer, 2017).

Die folgende Abbildung 13 des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen (2018b) verdeutlicht die Entwicklung der Ausbildungsquote[105] in der Pflege im Vergleich zu den Beschäftigtenzahlen zwischen den Jahren 2007 und 2015. Über diesen

104 Zunehmende Eintritte in eine verkürzte Altenpflegeausbildung sind in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.
105 Zahl der Auszubildenden im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Beschäftigten einer Pflegeeinrichtung bzw. eines Pflegedienstes

Zeitraum ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Beschäftigten sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege erkennbar. Die Ausbildungsquote liegt in der stationären Versorgung 2015 mit 5,6 % nach wie vor deutlich höher als im ambulanten Bereich mit 4,2 %. Insgesamt konnte die Ausbildungsquote im ambulanten Bereich (3,4 %) seit 2007 leicht gesteigert werden. Die Ausbildungsquote im stationären Bereich erreichte im Jahr 2013 mit 6,1 % ihren Höchststand. Dieses Niveau konnte für 2015 nicht gehalten werden. Verglichen mit dem Jahr 2007 (5,4 %) konnte über den Zeitraum bis heute eine marginale relative Steigerung erreicht werden.

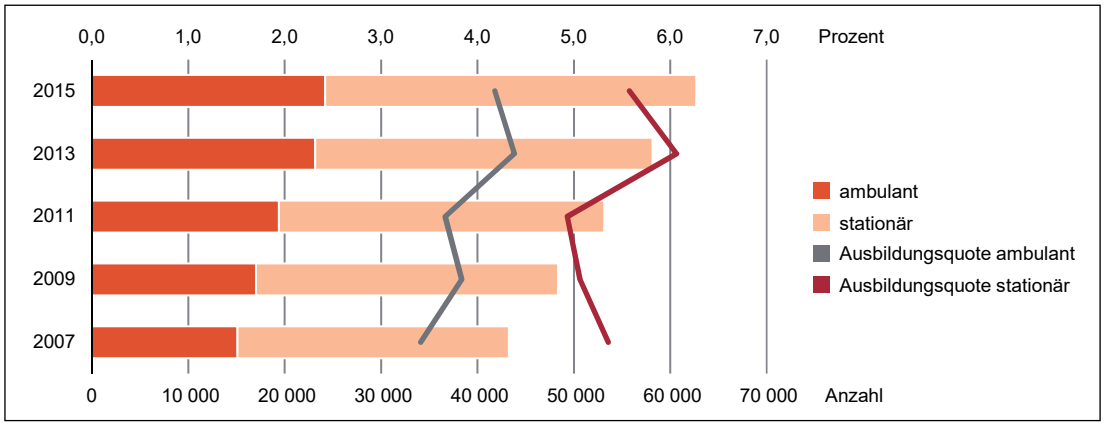

Abbildung 13: Zahl der Auszubildenden im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Beschäftigten in stationären Pflegeinrichtungen bzw. ambulanten Pflegediensten 2007 bis 2015 (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018b).

Statistische Daten für den Freistaat Sachsen

Betrachtet man die Anzahl der BFS im Freistaat Sachsen mit dem Bildungsgang Altenpflege, hat sich diese zwischen den Jahren 2012 und 2017 kaum verändert. Freie Schulen sind im Vergleich zu Schulen in öffentlicher Trägerschaft am häufigsten vertreten (85,5 %) (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Anzahl Berufsfachschulen in Sachsen mit Bildungsgang Altenpflege nach Trägerschaft (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

Schuljahr	Trägerschaft	Anzahl Einrichtungen
2012/2013	öffentlich frei **insgesamt**	9 60 **69**
2014/2015	öffentlich frei **insgesamt**	11 60 **71**
2016/2017	öffentlich frei **insgesamt**	10 59 **69**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Schülerzahlen an sächsischen BFS in den verschiedenen Pflegeberufen nach Geschlecht dargestellt (siehe Tabelle 24). Über den Betrachtungszeitraum der letzten fünf Jahre (2012 bis 2017) ging die Zahl der Auszubildenden in den Berufen Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zurück. Die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/zum Gesundheits- und

Kinderkrankenpfleger sowie zur staatlich geprüften Krankenpflegehelferin/zum staatlich geprüften Krankenpflegehelfer hingegen kann steigende Schülerzahlen verzeichnen. In allen dargestellten Berufszweigen dominieren die Frauen stark das Feld. Männliche Jugendliche machen einen Anteil von etwa 20 bis 25 % der Auszubildenden aus. In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind es mit ca. 10 % deutlich weniger (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

Tabelle 24: Schüler/-innen an sächsischen Berufsfachschulen in Pflegeberufen nach Geschlecht (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

Bildungsgang	Geschlecht	Schuljahr					
		2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017
Altenpfleger/-in	Männlich	1 019	1 033	1 041	1 023	1 012	1 030
	Weiblich	4 190	3 784	3 594	3 630	3 605	3 508
	Insgesamt	**5 209**	**4 817**	**4 635**	**4 653**	**4 617**	**4 538**
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	Männlich	18	17	18	34	35	34
	Weiblich	263	287	286	298	271	301
	Insgesamt	**281**	**304**	**304**	**332**	**306**	**335**
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	Männlich	877	835	761	714	746	696
	Weiblich	2 557	2 466	2 394	2 419	2 493	2 531
	Insgesamt	**3 434**	**3 301**	**3 155**	**3 133**	**3 239**	**3 227**
Staatlich geprüfte/-r Krankenpflegehelfer/-in	Männlich	107	223	287	324	358	410
	Weiblich	411	847	1 062	1 219	1 292	1 198
	Insgesamt	**518**	**1 070**	**1 349**	**1 543**	**1 650**	**1 608**

Eine Auswertung der Zahl der Neuanfänger an sächsischen BFS in Pflegeberufen deckt einen Rückgang auf. Während im Schuljahr 2013/14 noch 1 811 Schülerinnen und Schüler eine Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger begannen, waren es im Schuljahr 2016/17 nur noch 1 683 (-7 %). Eine Steigerung der Ausbildungszahlen im Altenpflegebereich konnte trotz der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive, entgegen dem Trend im Bund, nicht erreicht werden.

Positiv hingegen ist zu vermerken, dass die Zahl der Absolventinnen und Absolventen mit Abschlusszeugnis im Bildungsgang Altenpflege seit 2014/15 (1 146) über die Schuljahre 2015/16 (1 153) bis 2016/17 (1 233) sukzessive leicht ansteigt.

Demnach beginnen zwar weniger Personen eine derartige Ausbildung, aber die Zahl der Absolventinnen und Absolventen steigt.

Bei den weiteren zwei Berufsgruppen der Pflege entwickelten sich die Zahlen positiv. Während in der Gesundheits- und Krankenpflege die Zahl der Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger im gleichen Zeitraum leicht stieg (2012/13: 1 153; 2016/17: 1 197), erhöhte sich die Zahl in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sogar deutlich um knapp 30 % (2012/13: 98; 2016/17: 127) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

Weitere Erfolge sind bei der Zahl der Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger im Bildungsgang Staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer zu verzeichnen. Während 2012/13 noch 850 Personen diese Ausbildung begannen, konnten für das Schuljahr 2016/17 942 Neuanfänger gewonnen werden (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017). Eine Ursache kann die Vollfinanzierung durch die Arbeitsagenturen sein, welche Teil der Maßnahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege ist.

Zahlen zum Verbleib in den Pflegeberufen oder zu durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen liegen nicht vor. Grund dafür ist eine im Freistaat Sachsen – wie auch in den meisten anderen Bundesländern – fehlende regelmäßige, strukturierte und vergleichbare Gesundheitsberufsberichterstattung mit einer systematischen Beschreibung der Angebots- und Nachfrageentwicklung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen.

Vor dem Hintergrund der Altersstruktur der aktuell in der Pflege Beschäftigten wird zukünftig der Bedarf an neuen Pflegekräften weiter deutlich steigen. In ambulanten Pflegediensten im Freistaat Sachsen sind 20,4 % der etwa 24 000 Beschäftigten 55 Jahre und älter. In stationären Pflegeeinrichtungen sind sogar 23,0 % der etwa 38 500 Beschäftigten in dieser Altersgruppe (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018a). Viele dieser Beschäftigten erreichen bis 2030 das Renteneintrittsalter und scheiden aus dem Beruf aus. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um diese Lücke zu schließen. Die aktuellen Ausbildungszahlen werden dafür nicht ausreichen, u. a. aufgrund von beruflichen Wanderungsbewegungen sowie steigenden Bedarfen durch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit.

Insgesamt ist von einem Ungleichgewicht zwischen Pflegebedarf und -angebot auszugehen (Melzer, 2017, 15 f.). Eine gezielte Bedarfsplanung und -steuerung ist ohne diese statistischen Erhebungen und Aufarbeitungen nicht möglich (BMBF, 2014, 37 f.).

5.1.3 Das Pflegeberufegesetz – Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Nach der Zustimmung des Bundesrates ist das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG) vom 17. Juli 2017 stufenweise in Kraft getreten. Die bis dahin im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz[106] getrennt geregelten Pflegeausbildungen wurden in dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG) zusammengeführt. Die generalistische Ausbildung ermöglicht den Zugang zu allen Bereichen der Pflege. Ziel ist es, u. a. durch verbesserte Rahmenbedingungen in der Pflege und einer Aufwertung des Berufsfeldes Pflege, mehr Menschen für die Pflegeausbildung zu gewinnen. Das Gesetz gilt für alle Ausbildungen, die ab dem 1. Januar 2020 begonnen werden. Bis dahin sind mit dem Erlass einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie einer Finanzierungsverordnung seitens des Bundes weitere wichtige Voraussetzungen zur Umsetzung der Reformen zu schaffen (BMFSFJ, 2017b, 2017c, 1 f.).

Ablauf der Ausbildung nach Neuregelung

Alle Auszubildenden erhalten ab 2020 in den ersten zwei Jahren eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung. Anschließend wird eine schulische Zwischenprüfung erforderlich. Das Bestehen dieser ist jedoch keine Voraussetzung für die weiterführende Ausbildung. In dem folgenden dritten Ausbildungsjahr besteht die Wahlmöglichkeit, entweder die generalistische Ausbildung fortzusetzen oder sich für

106 Dies regelt auch den Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

eine Vertiefung in der Pflege alter Menschen oder von Kindern und Jugendlichen zu entscheiden. Dies gilt laut § 58 PflBG nur bei Vorliegen eines Ausbildungsvertrages mit einer entsprechenden Einrichtung. Während die generalistische Ausbildung nach Abschluss zu der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau/ Pflegefachmann“ berechtigt, welche europaweit anerkannt ist, erhalten Auszubildende nach der Spezialisierung einen gesonderten Berufsabschluss in der Alten- oder Kinderkrankenpflege.

Das vorläufige Fortbestehen beider Ausbildungsvarianten ist als Kompromisslösung auf Bundesebene entschieden worden. Sechs Jahre nach Beginn der neuen Pflegeausbildung soll der Bedarf für die gesonderten Abschlüsse geprüft und seitens des Deutschen Bundestages über eine Fortführung oder Aufhebung entschieden werden.

Ziel der neuen Berufsausbildung ist es, die Pflegefachkräfte zu befähigen, Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen zu pflegen. Bereits während der Ausbildung können im Rahmen der praktischen Anteile sowie der Wahl der Ausbildungseinrichtungen vertiefende Kenntnisse erlangt werden. Weitere Spezialisierungen sind, wie bisher auch, in beruflichen Fort- und Weiterbildungen zu erwerben. Diese werden in Verantwortung der einzelnen Bundesländer geregelt.

Der Bund finanziert eine Fachkommission, welche u. a. für die Erarbeitung eines Musterrahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung eingesetzt wurde. Darüber hinaus finanziert er den Aufbau unterstützender Angebote und Forschung. Diese Aufgabe obliegt dem Bundesinstitut für Berufsbildung (§§ 53 und 54 PflBG).

Zugangsvoraussetzungen

Zugangsvoraussetzung für die neue Pflegeausbildung ist die zehnjährige allgemeine Schulbildung oder ein Hauptschulabschluss zusammen mit dem Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen mindestens zweijährigen Berufsausbildung bzw. der erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Krankenpflegehelferausbildung. Dieser Abschluss kann auf eine weitergehende Ausbildung verkürzend angerechnet werden (§ 11 Abs. 1 PflBG).

Finanzierung der neuen Pflegeausbildung

Die berufliche Pflegeausbildung ist, unabhängig vom gewählten Abschluss, für die Auszubildenden unentgeltlich. Der Freistaat Sachsen hat dies mit der Förderrichtlinie Ausbildungszuschuss Altenpflege erreicht. Zum Stand Juni 2017 wurden in diesem Rahmen mehr als 4,7 Millionen Euro für die Erstattung von Ausbildungskosten bewilligt. Diese Maßnahme trägt zu einer unmittelbaren Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung bei. Unterstützt werden Auszubildende an BFS für Altenpflege in freier Trägerschaft. Darüber hinaus sieht das reformierte PflBG zukünftig die Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung vor.

Bislang waren Ausbildungsbetriebe in der Altenpflege gegenüber nicht ausbildenden Betrieben durch die mit der Ausbildung verbundenen Kosten teilweise am Markt benachteiligt. Dieses Ungleichgewicht in der Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird durch das neue Umlageverfahren fairer gestaltet. Die einheitliche Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung nach dem reformierten PflBG erfolgt nun durch einen auf Landesebene organisierten Ausgleichsfonds (Teil 2 Abschnitt 3 PflBG). An diesem Ausgleichsfonds nehmen laut § 26 Abs. 3 PflBG Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeinrichtungen, das jeweilige Land, die soziale

Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung teil. Ein Umlageverfahren stellt sicher, dass ausbildende Einrichtungen gleichermaßen an der Finanzierung beteiligt sind wie nicht-ausbildende Einrichtungen. Eine Sicherung der Fachkräftebasis sowohl in der ambulanten als auch stationären Pflege wird dadurch unterstützt.

Herausforderungen des neuen Pflegeberufegesetzes auf Landesebene

Laut der Stellungnahmen des SMK (Große, 2017)[107] und des SMS (Bockting, 2017a) bestehen die Herausforderungen insbesondere in dem vom Bund vorgegebenen, sehr engen Zeitplan für die Umsetzung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie der Finanzierungsverordnung. Grundsätzlich sind weiterführende Regelungen und Ausführungen bzw. Präzisierungen des Bundes notwendig, um die Umsetzung des Pflegeberufsgesetzes auf Landesebene zielgerichtet voranzubringen. Eine Erarbeitung dieser findet auf Bundesebene statt. Erst nach Zustimmung zu den Verordnungen durch den Bundesrat gemäß § 56 Abs. 3 PflBG können auf Länderebene eigene Regelungen (u. a. Landes-Lehrpläne, schulinterne Curricula) getroffen werden. Die Lehrpläne werden zu gegebenem Zeitpunkt im Auftrag des SMK durch die zuständige nachgeordnete Behörde, das LaSuB, unter Hinzuziehung einer Expertenkommission (Lehrplankommission) erarbeitet. Seitens des SMS erfolgt eine regelmäßige Information der Mitglieder des Landespflegeausschusses über den aktuellen Sachstand. Vor der Umsetzung der neuen Lehrpläne müssen die Lehrkräfte entsprechend geschult werden, um die veränderten Regelungen in der Praxis umsetzen zu können.

Eine zusätzliche Herausforderung ergibt sich aus den differenzierten Zuständigkeiten der involvierten Ministerien (SMS, SMWK, SMK, SMF), da dies mit einem erheblichen Abstimmungsaufwand untereinander verbunden ist. Diesen gilt es für eine gelungene Umsetzung des PflBG auf Landesebene zu bewältigen.

5.1.4 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege startete die Bundesregierung unter Federführung des Bundesfamilienministeriums im Dezember 2012 die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ mit einer geplanten dreijährigen Laufzeit bis zum 31. Dezember 2015. Rund 30 Partner waren an der Offensive beteiligt, darunter zählen neben den beteiligten Bundesministerien die Länder, die Bundesagentur für Arbeit, die Wohlfahrtsverbände, die Verbände der privaten Einrichtungsträger, die Berufs- und Fachverbände der Altenpflege und die Kostenträger.

Ziel war es, die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege zu fördern und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes zu erhöhen.

Der im Januar 2015 veröffentlichte Zwischenbericht zeigt eine positive Tendenz bei den Ausbildungszahlen. Im ersten Jahr der Offensive konnte zwar noch keine Steigerung der Ausbildungszahlen gegenüber dem vereinbarten Referenzjahr 2010/11 erreicht werden, doch insgesamt wurde über die Umsetzungsjahre hinweg die Zahl der Ausbildungseintritte auf einem sehr hohem Niveau gehalten bzw. leicht erhöht. Beispielsweise erreichte die Zahl der Eintritte in eine (verkürzte) Altenpflegeausbildung im Schuljahr 2013/14 mit bundesweit 26 740 einen neuen Spitzenwert (Altenberichtskommission, 2016, S. 22; BMBF, 2017a, S. 129).

107 nach ministerienübergreifender Abstimmung zwischen SMK, SMS sowie SMWK

Einige Maßnahmen gehen über die Laufzeit der Offensive hinaus. Beispielsweise hat der Bund durch Änderung des § 7 Altenpflegegesetz die bestehenden Möglichkeiten zur Ausbildungsverkürzung für berufliche Weiterbildungen bei Vorliegen entsprechender Vorkenntnisse erweitert (Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege vom 13. März 2013).

Darüber hinaus wurde die zunächst bis zum 31. Dezember 2017 befristete Vollfinanzierung von nicht verkürzbaren beruflichen Weiterbildungen durch die Arbeitsagenturen beziehungsweise die Jobcenter aufgrund des fortwährenden Fachkräftemangels in der Altenpflege für alle Eintritte in die Altenpflegeausbildung bis zum 1. Januar 2020 verlängert (BMFSFJ, 2017a). Für alle Umschulungen in der Altenpflege, die bis zum 31. Dezember 2019 begonnen werden, wird die Förderung für drei Jahre durch das PflBRefG geregelt. Für die neuen Pflegeausbildungen ist ab Januar 2020 die dreijährige Fördermöglichkeit nach dem PflBRefG dauerhaft sichergestellt (BMFSFJ, 2018).

5.1.5 Initiative „Pro Pflege Sachsen“

Ähnlich der initiierten Offensive auf Bundesebene startete im Mai 2014 auf Landesebene im Freistaat Sachsen die gemeinsame Initiative „Pro Pflege Sachsen“ des SMS, der Pflegekassen, des KSV und der Leistungserbringer. Als drei große Ziele wurden die Stärkung der Qualität und des Ansehens der Pflege, die Förderung der Ausbildung von Fachkräften und deren Verbleib im Freistaat sowie die Unterstützung niedrigschwelliger Angebote vereinbart. Bezüglich der Ausbildungssituation wurden als Ziele eine verbesserte Auslastung der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze und die Schulgeldfreiheit für die dreijährige Altenpflegeausbildung vereinbart. Die Zahl der Schulplätze soll erhalten bleiben bzw. bei Bedarf ausgebaut werden. Eine Aktualisierung des dafür entwickelten Rechenmodells wurde ebenfalls festgelegt (SMS, 2014).

Laut einer Stellungnahme des SMS (Bockting, 2016, S. 2) wurden im Jahr 2016 in Sachsen Altenpflegerinnen und Altenpfleger über Bedarf ausgebildet. Ein Mangel an Ausbildungsplätzen besteht demnach aus Sicht des SMS nicht. Vielmehr sollte der Schwerpunkt darauf liegen, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um die im Freistaat Sachsen ausgebildeten Fachkräfte im Land zu halten.

In einer weiteren Stellungnahme des SMS zum aktuellen Stand der Umsetzung der Initiative „Pro Pflege Sachsen“ (Bockting, 2017b) wird berichtet, dass eine Zwischenauswertung zur bisherigen Zielerreichung nicht vorgesehen ist. Auch eine Information zu erzielten Fortschritten erfolgt lediglich freiwillig durch die einzelnen Vertragspartner. Hinsichtlich der Anpassung des Rechenmodells zur Ermittlung des Bedarfs an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege ist vorerst keine Aktualisierung geplant. Folglich wird weiterhin von einem durchschnittlichen jährlichen Bedarf von 800 bis 900 Absolventinnen und Absolventen ausgegangen. Diese Zahl kann laut aktueller amtlicher Schulstatistik 2016/17 erfüllt werden. Über den Zeitraum der Initiative konnten die Zahlen für Auszubildende in der Pflege relativ stabil gehalten werden. Inwiefern die Initiative einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, wurde bislang nicht untersucht (Schulstatistik 2016/17; entnommen aus Bockting, 2017b).

Im Allgemeinen ist im Kontext der Ausübung des Pflegeberufes nicht allein die Zahl der Ausbildungsanfänger/-innen und Absolventen/-innen im Pflegeberuf zu beobachten – wichtig ist auch der möglichst lange Verbleib im Pflegeberuf. Im Rahmen der Initiative können dazu keine belastbaren Angaben gemacht werden (Bockting, 2017b).

5.1.6 Attraktivität der Ausbildung

Aktuell ist die Wahrnehmung des Pflegeberufes durch häufige Kritik am System sowie an den Arbeitsbedingungen teils stark negativ besetzt. Doch trotz der vielen Herausforderungen in der Praxis bietet der Pflegeberuf so viele verschiedene Möglichkeiten wie kaum ein anderer Beruf. Diese positive Seite sollte verstärkt in den Blick der Gesellschaft rücken. Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung werden neben der Vergütung u. a. in der Kommunikation eines positiven Berufs- und Karrierebildes, in der Vielfalt an Einsatz- und Tätigkeitsbereichen sowie in der Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung nach europäischen Standards und Zugangsvoraussetzungen als international anerkanntes Berufsbild gesehen.

Als häufigste Gründe für den Einstieg in eine Pflegeausbildung werden das Interesse an der Arbeit mit kranken und pflegebedürftigen Menschen und soziales Engagement angegeben. Doch steigen beispielsweise etwa 25 % der in der Altenpflege Beschäftigten im ersten Berufsjahr nach der Ausbildung wieder aus. Die Ursachen dafür werden u. a. in der Diskrepanz zwischen hoher Eingangsmotivation und der Realität in der Berufspraxis (Zeitdruck, hohe Aufgabendichte in kurzer Zeit, Multimorbidität etc.) gesehen (BMBF, 2017a, 75 f.; Hasseler, 2014, 4 ff.). Deshalb ist es dringend notwendig, sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine fundierte Ausbildung und Tätigkeit in den Pflegeberufen sicherstellen. Dazu gehören beispielsweise der Theorie-Praxis-Transfer sowie eine kontinuierliche, vertraglich geregelte und anerkannte Praxisbegleitung und -anleitung. Diese fehlt häufig oder ist aufgrund fehlenden Personals kaum umsetzbar und Auszubildende werden oft wie Fachkräfte eingesetzt. Auch die Vermittlung berufspolitischer und gesellschaftlicher Aspekte sollte einen größeren Stellenwert in der Ausbildung einnehmen.

Darüber hinaus erscheint für den Verbleib in der Ausbildung wie in der anschließenden Berufstätigkeit die Frage wichtig: Ob und wie kann gewährleistet werden, dass der/die Auszubildende in den drei Jahren tatsächlich alles lernt, was er/sie in der späteren Berufspraxis benötigt? Inhaltlich sollten in der Ausbildung u. a. Themen der Gesundheitsförderung und Prävention wie eigene Grenzen respektieren, Burn-out-Prophylaxe, Umgang mit Stress, gewaltfreie Pflege etc., deutlich stärker als bisher in den Fokus genommen werden. Langfristig sollen die Auszubildenden sowie fertig ausgebildete Pflegefachkräfte ihre Arbeitsbelastung besser reflektieren und die eigenen Ressourcen schützen können.

Eine Studie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Schwanke et al., 2011, Görres et al. 2018) zeigte erstmals den Optimierungsbedarf der Bildungseinrichtungen und Praxislernorte im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Interventionen auf. Laut der Ergebnisse wird den Themen Gesundheitsförderung und Prävention von der Mehrheit der Schulleitungen eine hohe Bedeutung (95,3 %) zugemessen. Eine curriculare Integration hat bereits in nahezu allen Schulen (98,1 %) stattgefunden. Dennoch vertritt fast die Hälfte der befragten Schulleitungen (49,4%) die Ansicht, dass die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen an ihren Pflegeschulen nicht ausreichen, um die Auszubildenden adäquat auf die Anforderungen und Belastungen des Pflegeberufes vorzubereiten. Insbesondere in den Praxislernorten wird dringender Handlungsbedarf gesehen.

Auch die Vermittlung berufspolitischer Aspekte gehört zu wichtigen Lerninhalten.

Eine zusätzliche Herausforderung ist der Personalmangel bei steigendem Pflegebedarf. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung allein durch Pflegefachkräfte ist als nicht ausreichend zu bewerten, so dass zukünftig mehr Helferinnen und Helfer, Angehörige, Laien und nachbarschaftlich Engagierte hinzugezogen werden müssen. Pflegefachkräfte der Zukunft werden somit vermehrt andere Menschen bei der Pflege anleiten, schulen und den Pflegeprozess steuern und weniger selbst Tätigkeiten wie Grundpflege oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme durchführen. Deshalb muss eine stärkere Ausrichtung zur Entwicklung von Organisations-, Management- sowie Beratungs- und Schulungskompetenzen in der Ausbildung erfolgen als bisher. Eine derartige Ausrichtung befördert wiederum die Vielfalt an Einsatz- und Tätigkeitsbereichen und steigert in Folge die Attraktivität wie auch die Pflegequalität (Simon, 2017).

Die Botschaft „Pflegen kann jeder“, die lange Zeit vermittelt wurde, gilt heute weitgehend als widerlegt. Im Ergebnis trug die Botschaft kaum zu einem positiven Image des Pflegeberufes bei und der Ansatz zur Absenkung der Zugangsniveaus erscheint vor dem Hintergrund der Abbruchquoten eher kontraproduktiv. Allerdings könnte die Verbesserung der vertikalen wie horizontalen Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungs- und Ausbildungsniveaus einen wichtigen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung leisten. Die konsistente Weiterentwicklung über die verschiedenen Qualifikationsstufen ermöglicht eine stufenweise Vertiefung bis hin zur Expertise. Schulabschlüsse wären demnach nicht das ausschlaggebende Kriterium für den Beginn einer qualifizierenden Maßnahme, sondern mitentscheidend sind Praxiserfahrungen und der berufliche Werdegang (Biederbeck, 2017; Simon, 2017).

Jedoch scheitert die Anwendung und Umsetzung des Erlernten häufig an den fehlenden rechtlichen Zuschreibungen oder einem realitätsgerechten Profil der Eigenständigkeit von Pflegeberufen mit klarer Zuweisung deutlich erweiterter Handlungs- und Gestaltungsspielräume für ausgebildete Pflegefachkräfte (KrPflG, AltPflG) (siehe Kapitel „Arbeitsbedingungen und berufliche Selbstverwaltung“, Abschnitt Zusammenarbeit und Kooperation).

Im Anschluss an eine pflegefachliche Ausbildung besteht die Möglichkeit einer Spezialisierung z. B. in Bereichen der onkologischen oder intensivmedizinischen Pflege. Diese Weiterbildungen sind in Deutschland jeweils landesrechtlich (Weiterbildungsgesetze und Weiterbildungsverordnungen) und damit sowohl qualitativ (staatliche Anerkennungen, Zertifizierung) als auch quantitativ (Fachthemen) sehr different geregelt. Hierbei bedarf es sowohl bundesrechtlicher als auch landesrechtlicher Anpassungen, um die Vielfalt im pflegerischen Beruf abbilden und auch um Karrieremöglichkeiten gestalten zu können, die die Attraktivität des Pflegefachberufes wieder steigen lassen (siehe Berichtsteil „Arbeitsbedingungen und berufliche Selbstverwaltung“, Abschnitt Zusammenarbeit und Kooperation).

Bezüglich der Ausbildungsvergütung besteht eine große Spannbreite zwischen ambulanten und stationären Ausbildungsbetrieben, da diese frei über die Höhe bestimmen können – außer sie sind tariflich gebunden. Innerhalb der Ausbildungseinrichtungen der jeweiligen Versorgungsart gehen die Ausbildungsvergütungen ebenfalls weit auseinander. Dies kann sich als deutlicher Wettbewerbsnachteil bzgl. der Gewinnung

von Auszubildenden auswirken. Tabelle 25 zeigt die Brutto-Ausbildungsvergütungen in der stationären und ambulanten Altenpflege für das Ausbildungsjahr 2017/2018[108] (Lotze, 2018).

Tabelle 25: Jahres-Brutto-Ausbildungsvergütungen in der stationären und ambulanten Altenpflege für das Ausbildungsjahr 2017/2018 (Lotze, 2018).

Ambulante Pflege; Anzahl der Anträge gesamt 806			
	1. Ausbildungsjahr	2. Ausbildungsjahr	3. Ausbildungsjahr
Durchschnitt	9.730€	10.820€	11.584€
Minimum	2.090€	2.490€	4.780€
Maximum	22.021€	26.795€	21.402€
Stationäre Pflege; Anzahl der Anträge gesamt 2.976			
	1. Ausbildungsjahr	2. Ausbildungsjahr	3. Ausbildungsjahr
Durchschnitt	11.492€	12.501€	13.819€
Minimum	3.341€	4.356€	2.027€
Maximum	18.417€	22.738€	24.338€

Die Durchsetzung einer einheitlichen, tarifgebundenen Ausbildungsvergütung ist notwendig. Dies hätte eine deutliche Attraktivitätssteigerung zur Folge und häufige Wechsel der Ausbildungsbetriebe aufgrund nicht zufriedenstellender Ausbildungsvergütung könnten vermieden werden (Lotze, 2017).

5.2 Akademisierung

5.2.1 Hochschulische Ausbildung

An den Hochschulen für angewandte Wissenschaft und Universitäten wird bundesweit eine Vielfalt an Studiengangstypen im Bereich der Pflege angeboten, die sich insbesondere danach unterscheiden lassen, ob sie für die direkte patientenbezogene Pflege qualifizieren und mit einer Berufsanerkennung nach PflBG abschließen oder nicht.

Für die direkte patientenbezogene Pflege werden derzeit noch vorwiegend duale ausbildungsbegleitende (in Sachsen derzeit an der Dresden International University) oder duale ausbildungsintegrierende (in Sachsen derzeit an der Evangelischen Hochschule Dresden) Bachelorstudiengänge in Kooperation mit BFS für Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege angeboten. Sie schließen sowohl mit einem Bachelorabschluss als auch parallel mit dem Staatsexamen nach Alten- bzw. Krankenpflegegesetz ab. Mit Inkrafttreten des PflBG am 1. Januar 2020 liegt regelhaft die alleinige Verantwortung für das Bachelorstudium in der Pflege bei den Hochschulen und Universtäten im Rahmen ihrer Selbstverwaltung. Auch die Organisation und Qualität der weiterhin vorgeschriebenen Praxisphasen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen obliegt den Hochschulen und Universitäten. Fragen zu der notwendigen Finanzausstattung sind auf Landesebene zu regeln (Fischer, 2017).

108 Die Anzahl der ausgewiesenen Anträge beinhaltet auch Teilzeitstellen. Dies ist bei der Interpretation des Mindestwertes zu berücksichtigen. Die Statistik basiert auf vorhandenen Daten. Nicht alle Ausbildungsbetriebe stellen Anträge auf Ausbildungsvergütung. Ein Antrag wird je Auszubildenden gestellt. Minimum/Maximum: der Betrag (Brutto), der von einer Einrichtung in dem Ausbildungsjahr min./max. an den/die Auszubildende/-n gezahlt wird.

Neben den dualen ausbildungsbegleitenden Studiengängen besteht die Möglichkeit, primärqualifizierende Studiengänge anzubieten. Bei diesem Studiengangstyp ist die Ausbildung komplett in ein Hochschulstudium überführt. Die Verantwortung für die gesamte Ausbildung, sowohl in Theorie als auch in Praxis, obliegt damit der Hochschule. Dies umfasst die curriculare Konzeption und Durchführung sowie die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen und die Praxisbegleitungen. Entsprechende Gestaltungsmerkmale sind im Pflegeberufegesetz verankert (Teil 3, § 37-39 PflBG).

Für bestehende Modellstudiengänge, bei denen die Hochschulen mit BFS kooperieren, wurde eine Übergangslösung getroffen. § 67 PflBG sieht für diese Modelle eine Übergangsfrist bis Ende 2031 vor. In diesem Rahmen verpflichten sich beteiligte Schulen ebenfalls, ein hochschulisches Niveau der Lehrangebote sicherzustellen (Fischer, 2017; Klewer, 2017).

Der Zugang zum Pflegestudium wird nach landesrechtlichen Regelungen zum Hochschulzugang (§ 17 Sächsischen Hochschulfreiheitsgesetz – SächsHSFG) geregelt. Die mögliche Anrechnung gleichwertiger Leistungen sowie eine erfolgreich abgeschlossene berufliche Pflegeausbildung sollen das Pflegestudium verkürzen.

Wenn kein Abitur vorhanden ist, kann der Zugang auch über die Berufsausbildung in Kombination mit der entsprechenden beruflichen Eignung sowie dreijähriger Berufserfahrung erfolgen. Ein Beratungsgespräch und das Bestehen der Hochschulzugangsprüfung sind weitere Voraussetzungen. Darüber hinaus ermöglicht die zweijährige Weiterbildung zur Fachpflege (nach Sächsischer Weiterbildungsverordnung für Gesundheitsfachberufe – SächGfbWBVO), welche ähnlich einer Meisterausbildung anzusehen ist, den Zugang zum Studium. Sie ist landesrechtlich geregelt. Für diese Studieninteressierten ist lediglich das Beratungsgespräch notwendig, keine Prüfung.

Im Sinne der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen sind diese Regelungen als wichtige Option anzusehen (Klewer, 2017).

Auf der Bachelorebene gibt es darüber hinaus folgende weitere Studiengangstypen:

- **Managementbezogene Studiengänge** (Pflegemanagement bzw. Management im Gesundheitswesen). Einige Hochschulen setzen für diese Studiengänge einen Abschluss in einem Pflegeberuf voraus, andere nicht. Die Studiengänge enden in keinem Fall mit einer Berufsanerkennung in einem Pflegeberuf.
- **Pflegewissenschaftliche Studiengänge.** Diese Studiengänge sind pflegespezifisch ausgerichtet und zielen auf bereits berufserfahrende Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen bzw. Altenpfleger/-innen ab. Sie enden ebenfalls nicht mit einer Berufsanerkennung.
- **Pflegepädagogische Studiengänge**. Diese Studiengänge bilden Lehrkräfte für die BFS in der Pflege und andere Heilberufe aus. Die Struktur und das Niveau (Bachelor / Master) dieser Studiengänge divergieren zwischen den Bundesländern. In Sachsen qualifiziert die TU Dresden für das Lehramt an den Schulen des Gesundheitswesens.

Auf der Masterebene gibt es bundesweit ebenfalls managementbezogene und pädagogische sowie zusätzlich auch klinisch-patientenorientierte oder pflegewissenschaftlich ausgerichtete Masterstudiengänge. In Sachsen wird derzeit noch kein Studiengang mit pflegespezifischer Ausrichtung auf Masterniveau angeboten. Es besteht bislang nur die Möglichkeit, interdisziplinäre und fachverwandte Masterangebote zu belegen (Fischer, 2017).

5.2.2 Statistik

Bundesweit ist eine steigende Tendenz von Absolventinnen und Absolventen in Studiengängen der Pflegewissenschaft bzw. des Pflegemanagements zu erkennen. Während im Wintersemester 2012/13 noch insgesamt 8 321 Studierende in einem derartigen Studiengang eingeschrieben waren, stieg die Zahl im Wintersemester 2015/16 bereits auf 11 805 Studierende. Der größte Teil (90,7 %) strebt einen Hochschulabschluss[109] an. Universitäre Abschlüsse dagegen sind deutlich weniger verbreitet (Statistisches Bundesamt, 2016).

Bei einem Vergleich dieser Studierendenzahlen mit den Zahlen im Freistaat Sachsen wird ein begrenztes und überwiegend auf den Standort Dresden konzentriertes primärqualifizierendes[110] Studienangebot für die Fachrichtung Pflege im Freistaat deutlich. Laut Hochschulentwicklungsplan soll in Görlitz zukünftig ein neuer Pflegestudiengang etabliert werden, dessen spezielle Ausrichtung seitens der Hochschule jedoch noch nicht bekannt gegeben wurde.

Folgende Übersicht zeigt die Hochschulen, Universitäten und Berufsakademien mit dem Studienangebot der Fachrichtung Pflege bzw. fachverwandten Angeboten. Entsprechende Abschlussniveaus und Studienplatzkapazitäten sind ebenfalls aufgeführt (siehe Tabelle 26). Es gibt Vollzeit-, Teilzeit- und berufsbegleitende Angebote, sowie duale Studiengangsmodelle. Die Anzahl der primärqualifizierenden Studiengänge, die eine Ausübung des Pflegeberufes ermöglichen, ist, wie auch hier ersichtlich wird, sehr gering.

109 ehemals Fachhochschulabschluss

110 primärqualifizierend für den Pflegeberuf: befähigt zur Ausübung des Pflegeberufes und somit unmittelbar zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten. Reine Management- bzw. wissenschaftliche Studiengänge zählen hier nicht mit hinein.

Tabelle 26: Studienangebot der Hochschulen, Universitäten und Berufsakademien im Fachbereich Pflege und fachverwandten Angeboten im Freistaat Sachsen (SMWK, 2018).

Hochschule	Studienangebot	Bachelor	Master	primärqualifizierend für den Pflegeberuf	Kapazität[1]
Berufsakademie Sachsen – Studienakademie Breitenbrunn[3]	Soziale Gerontologie	x	-	-	15
Berufsakademie Sachsen – Studienakademie Plauen[3]	Gesundheits- und Sozialmanagement	x	-	-	50
Dresden International University	Health Care Management	-	x	-	20
Dresden International University	Palliative Care	-	x	-	derzeit ausgesetzt
Dresden International University	Präventions-, Therapie- und Rehabilitationswissenschaften	x	-	-	20
Dresden International University	Pflege	x	-	x	20
Evangelische Hochschule Dresden	Pflege dual	x	-	x	40
Evangelische Hochschule Dresden	Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement, berufsbegleitend	x	-	-	derzeit ausgesetzt
Fachhochschule Dresden	Pflege- und Gesundheitsmanagement	x	-	-	k.A.
Hochschule für Ökonomie und Management (Standort Leipzig)	Gesundheits- und Sozialmanagement	x	-	-	k.A.
Hochschule für Ökonomie und Management (Standort Leipzig)	Public Health	-	x	-	k.A.
Hochschule Mittweida	Gesundheitsmanagement	x	-	-	nicht zugangsbeschränkt[2]
Hochschule Zittau/Görlitz	Management im Gesundheitswesen	x	x	-	30 15
Hochschule Zittau/Görlitz	Heilpädagogik/ Inclusion Studies	x	-	-	30
Hochschule Zittau/Görlitz	Soziale Gerontologie (weiterbildend)	-	x	-	10
Technische Universität Dresden	Gesundheitswissenschaften/ Public Health	-	x	-	20 alle zwei Jahre
Westsächsische Hochschule Zwickau	Pflegemanagement	x	-	-	nicht zugangsbeschränkt
Westsächsische Hochschule Zwickau	Digital Health	x	-	-	nicht zugangsbeschränkt
Westsächsische Hochschule Zwickau	Gesundheitsinformatik	x	-	-	nicht zugangsbeschränkt
Westsächsische Hochschule Zwickau	Gesundheitsmanagement	x	-	-	40
Westsächsische Hochschule Zwickau	Angewandte Gesundheitswissenschaften (weiterbildend)	-	x	-	nicht zugangsbeschränkt
Westsächsische Hochschule Zwickau	Gesundheitswissenschaften	-	x	-	nicht zugangsbeschränkt
Westsächsische Hochschule Zwickau	Medizin- und Gesundheitstechnologien	-	x	-	nicht zugangsbeschränkt

1) Die Kapazität ist in Studienplätzen pro Jahr angegeben.
2) Bei den staatlichen Hochschulen bedeutet „nicht zugangsbeschränkt“, dass keine Studienkapazität festgelegt ist.
3) Kein Hochschulstatus

Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen (2017) fasst jährlich die Zahlen für Studierende in Pflegestudiengängen an sächsischen Hochschulen zusammen. Diese Zahlen beruhen auf einer anderen statistischen Fächerabgrenzung als in Tabelle 25 und beziehen damit nicht alle o. g. Studiengänge ein.

Demnach begannen im Freistaat Sachsen im Wintersemester 2012/13 59 Studierende ein Studium der Fächergruppe Pflegewissenschaft/-management. Bis zum Wintersemester 2016/17 stieg diese Zahl leicht auf 73. Insgesamt waren im Studienjahr 2012 230 und im Jahr 2016 395 Studierende in dieser Ausrichtung immatrikuliert. Im Studienjahr 2012 konnten 65 Absolventinnen und Absolventen einen Pflegestudiengang abschließen. Im Studienjahr 2016 waren es 61. Die Kapazitäten sind demnach nicht ausgeschöpft (siehe Kapitel 5.2.3).

Um eine Weiterentwicklung und einen Ausbau der Studiengänge im Bereich Pflege in Sachsen voranzubringen, haben sich die Hochschule Zittau/Görlitz, die Westsächsische Hochschule Zwickau und die Evangelische Hochschule Dresden im Juni 2018 über Möglichkeiten verständigt. Der Sächsische Hochschulentwicklungsplan 2025 sieht die Einrichtung des Studienfaches „Pflegewissenschaft/-management“ an der Hochschule Zittau/Görlitz vor, welches als ein abgestimmtes Angebot auf die Angebote der Westsächsischen Hochschule Zwickau und der Evangelischen Hochschule Dresden entwickelt werden soll.

Folgende Entwicklungen an den beteiligten drei Hochschulen sollen in einem gemeinsamen Prozess erörtert und umgesetzt werden (Tabelle 26):

Tabelle 27: ***Geplante Entwicklung der Pflegestudiengänge der drei beteiligten sächsischen Hochschulen in Dresden, Zittau/Görlitz und Zwickau (Evangelische Hochschule Dresden. 2018).***

Hochschule	Studiengänge	Stand
Hochschule Zittau/Görlitz	Implementierung eines Bachelor-Studiengangs Pflege Mitwirkung an Masterkonzept (gemeinsam mit der ehs)	30 Plätze in Vorbereitung
Westsächsische Hochschule Zwickau	*Bachelor Pflegemanagement und Gesundheitsmanagement* (ohne Berufszulassung gem. Pflegeberufegesetz) *Master Gesundheitswissenschaft und Angewandte Gesundheitswissenschaften*	Überarbeitung im Rahmen der Reakkreditierung Überarbeitung im Rahmen der Reakkreditierung
	Hochschulinterne Diskussionen zu weiteren Optionen z. B. in Richtung Pädagogik im Gesundheits- und Pflegebereich zur Ausbildung der Praxisanleiter	
Evangelische Hochschule Dresden (ehs)	*Bachelor of Science Pflege* Dual (mit Berufszulassung gem. Pflegeberufegesetz) Berufsbegleitender, verkürzter *Bachelor of Science Pflege* (Schwerpunkt Praxisentwicklung) für erfahrene Pflegefachleute in der direkten patientennahen Pflege *Master Community Health Nursing (CHN)* – gemeindenahe Pflege/ Advanced Nursing Practice (ANP)	Neugestaltung des Studiengangs in Folge des Pflegeberufegesetzes ab 2020; Ausbau auf bis zu 80 Studienplätze Konzept liegt vor (entwickelt mit Mitteln des BMBF „Offene Hochschulen“), Start kurzfristig möglich Konzept liegt vor (entwickelt mit Mitteln des BMBF „Offene Hochschulen“), Erprobung ab 2019, Regelbetrieb ab 2020 möglich

Bezüglich perspektivisch einzuführender Masterangebote für patientenorientierte Aufgaben ist es wichtig, dass sich die Hochschulen bei ihrer einer Schwerpunktbildung abstimmen. Die Zurverfügungstellung erarbeiteter hochschulindividueller Konzeptionen soll zu Transparenz beitragen und landesweite Strategien ermöglichen.

5.2.3 Chancen und Risiken der hochschulischen Pflegebildung

Bedeutung und Zielsetzung

Die in den Paragraphen 37 bis 39 PflBG geregelte hochschulische Pflegebildung soll zukünftig regelhaft, statt wie bisher modellhaft, ein Pflegestudium ermöglichen. Der Mehrwert des Studiums geht u. a. aus den in § 37 formulierten Zielen der akademischen Ausbildung hervor. Die Absolventinnen und Absolventen sollen demnach in der Lage sein,

- hochkomplexe Fälle zu steuern und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu bringen,
- pflegerische Versorgungen weiterzuentwickeln und mitzugestalten,
- forschungsgestützte Problemlösungen im Handlungsfeld umzusetzen,
- Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
- sich kritisch-reflexiv und analytisch mit theoretischem und praktischem Wissen auseinanderzusetzen,
- innovative Lösungsansätze zu entwickeln und zu implementieren sowie
- Qualitätsmanagementkonzepte, Leitlinien und Expertenstandards mitzuentwickeln.

Der hochschulischen Qualifikation kommt besonders vor dem Hintergrund der veränderten quantitativen und qualitativen Anforderungen an die pflegerische Versorgung eine wachsende Bedeutung zu. Vermehrt prägen chronisch erkrankte, multimorbide Menschen das Bild der Pflegebedürftigen, was zugleich eine gesteigerte Komplexität in allen Versorgungsbereichen bedeutet. Durch das Studium soll die Chance genutzt werden, Pflegende für die Praxis zu qualifizieren, die den aktuellen und zukünftigen Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht werden können. Dies soll sich schließlich positiv auf die Versorgungssituation im Praxisfeld auswirken. Weitere positive Effekte sind die Steigerung der Bewerberinnen- und Bewerberzahlen in den Pflegeberufen und eine Verbesserung des Pflege-Images, auch in der Altenpflege.

Wie sich die Studierendenzahlen ab 2020 mit der Überführung in ein primärqualifizierendes Studiengangsmodell entwickeln, bleibt vorerst abzuwarten. Bei einer Fortschreibung der bisherigen Studienplatzkapazitäten wird der vom Wissenschaftsrat 2012 beschriebene notwendige Anteil von 10 bis 20 % an akademischen Akteuren im Gesundheitswesen (Wissenschaftsrat, 2012) auch langfristig nicht erreicht werden können (Fischer, 2017; Reinhart, 2017; Reuschenbach, 2017). Dieser empfohlene Anteil basiert jedoch nicht auf einer wissenschaftlichen Bedarfserhebung in der Bevölkerung, sondern auf einer Überschlagsrechnung.

Chancen und Risiken für die Akteure

Die Chancen einer hochschulischen Pflegebildung sind durchaus als vielfältig zu bewerten. Für Studierende ergeben sich Kompetenzerweiterungen durch verbessertes Reflexionsvermögen, kritisches Denken, Erwerb wissenschaftlicher und methodischer Kompetenz sowie Möglichkeiten einer erweiterten Karriere- und Beschäftigungsmöglichkeit (Käble & Pundt, 2016, S. 46), sofern die Aufgaben- und Einsatzbereiche differenziert nach Qualifikationsniveaus der Pflegeberufe klar definiert und rechtlich

abgesichert sind (DBfK e. V., 2011, S. 15–22). Konzepte zur Umsetzung eines Qualifikationsmixes in den Einrichtungen gibt es bereits (Görres et al., 2016, S. 6–15; VPU, 2014). Diese gilt es weiterzuentwickeln. Diese Aspekte tragen zu einer weiteren Attraktivitätssteigerung in den Pflegeberufen bei (Käble & Pundt, 2016, S. 46).

Im Februar 2018 hat die Robert-Bosch-Stiftung ein Manifest „Mit Eliten pflegen“ veröffentlicht (2018), welches sich ebenfalls intensiv mit den Hintergründen zum Bedarf an akademischen Pflegekräften befasst. Fazit ist u. a., dass eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nur mit einem guten Qualifikationsmix und mit deutlich mehr akademischen Pflegekräften gelingen kann.

Für den Theorie-Praxis-Transfer besteht die Chance, dass pflegewissenschaftliche Aspekte am Patientenbett ankommen. Umgekehrt können Problemlagen in der pflegerischen Versorgung verstärkt in der theoretischen Auseinandersetzung berücksichtigt werden (Landtag Baden-Württemberg, 2016, 67 ff.). Zudem birgt dieser Synergieeffekt Potential für innovative Ideen, um die Pflegequalität fördern und ausbauen oder technisches Potenzial besser nutzen zu können.

Für Pflegebedürftige sowie Patientinnen und Patienten kann, laut angloamerikanischer Studienergebnisse, aus dem Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen ein verbessertes Behandlungs- und Versorgungsniveau resultieren. Auch wenn die Ergebnisse aus anderen Ländern nicht direkt übertragbar sind, besteht die Annahme, dass mit der Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus auch in der direkten Versorgung in Deutschland eine Verbesserung der Patientinnen- und Patienten- sowie Bewohnerinnen- und Bewohnerversorgung zu erwarten ist (Lademann et al., 2016); Heyelmann, 2015; Lüftl, K. & Kerres A., 2012; zit.n. Reuschenbach, 2017). Studien zu Auswirkungen des vermehrten Einsatzes akademischer Pflegekräfte belegen, dass dieser sich auf eine verringerte Mortalität der Pflegebedürftigen auswirkt (Fischer, 2017; Gkantaras et al., 2016). Die Versorgungs- und Pflegequalität wiederum ist ein Aushängeschild für die Leistungserbringer und steigert den Wert als Arbeitgeber.

Risiken der hochschulischen Qualifikation sind kaum beschrieben. Risiken, die hinsichtlich einer umfassenden Akademisierung bestehen, werden in der Rekrutierung ausreichender Anwärterinnen und Anwärter bzw. in einer langen Ausbildungsdauer gesehen. Weiterhin werden als Risiken ein erschwerter Berufseinstieg oder die fehlende Akzeptanz bei anderen medizinischen Berufsgruppen in der Pflegepraxis benannt (Simon, 2017). Auch die Vergütung akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte kann hinsichtlich der Kostenerhöhung als Risiko gewertet werden.

5.2.4 Spezialisierung durch Akademisierung

Grundsätzlich ist bei den Studienmöglichkeiten im Berufsfeld Pflege zwischen berufsqualifizierenden Abschlüssen und Pflegemanagement-Studiengängen zu unterscheiden. Erstere werden mit einer Berufszulassung in der Alten- oder Gesundheits- und Kranken- oder Kinderkrankenpflege abgeschlossen. Die Absolventinnen und Absolventen sind akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte für die direkte Patient/-innen- und Bewohner/-innenversorgung. Pflegemanagement-Studiengänge hingegen richten sich meist an bereits mehrjährig berufstätige Pflegefachkräfte mit abgeschlossener Pflegeausbildung, die sich für den Management-, Forschungs- oder pflegewissenschaftlichen Bereich vom Patientenbett weg weiterqualifizieren möchten. Studierende sollen in diesem Rahmen auf die Übernahme von Leitungspositionen vorbereitet werden.

Alle derzeitigen Pflegestudiengänge, die für den Einsatz in der Pflegepraxis qualifizieren, treten mit dem Anspruch auf, die Versorgungssituation in der Praxis positiv zu beeinflussen, weil Absolventinnen und Absolventen neben den Kompetenzzielen der Ausbildung erweiterte Kompetenzen für das Praxisfeld mitbringen. Die Befürchtung, dass Studierende der Pflege die Pflege am Bett ablehnen würden, konnte mithilfe von Erfahrungsberichten aus Modellstudiengängen widerlegt werden (Landtag Baden-Württemberg, 2016, S. 67) Die Absolventinnen und Absolventen sollen als „reflektierte Praktiker“ (Knöfler et al., 2012) die veränderten und gestiegenen Anforderungen in der Pflege meistern. Durch diese erweiterten Tätigkeitsfelder stellt die Akademisierung keine Bedrohung für die angespannte Personalsituation dar, sondern eher eine Entlastung.

In vielen Studiengängen werden analog den länderrechtlich geregelten Weiterbildungen in den Gesundheitsfachberufen weitere zertifizierte Qualifikationen angeboten – z. B. als Gerontopsychiatrische Fachkraft, als Wundexpertin/-e, als Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit oder als Praxisanleitung. Besonders für die Altenpflege sind solche Zusatzqualifikationen hilfreich, um die gesetzlichen Anforderungen im Sinne der jeweiligen Heimgesetze umsetzen zu können (Reuschenbach, 2017). Bachelorabsolventinnen und -absolventen können auch in der Wissenschaft Fuß fassen, ein Masterstudium anschließen und promovieren. Entsprechende Studienangebote auf Masterniveau gibt es in Sachsen aktuell noch nicht. Auch deutschlandweit sind sie bislang kaum verbreitet. Ursachen werden u. a. in der Schwierigkeit der Rekrutierung von genügend qualifizierten Lehrkräften an den Hochschulen gesehen (Reinhart, 2017).

Für die berufliche Einmündung nach dem Studium sind von Verbänden und Fachgesellschaften in den vergangenen Jahren Vorschläge zum Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung veröffentlicht worden. Diese sollen sicherstellen, dass hochschulgebildete Pflegepersonen ihre erworbenen Kompetenzen anwenden können und damit zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen (DGP & DPR, 2014). Der erfolgreiche Einsatz von Pflegeakademikerinnen und -akademikern hängt stark von der Anpassung der rechtlichen Regularien und der Akzeptanz der Leistungserbringer ab, denn nur wenn in der Praxis entsprechende Beschäftigungsfelder definiert und rechtlich abgesichert werden, bleiben die Maximalqualifizierten dem Berufsfeld und auch dem Freistaat Sachsen erhalten – andernfalls wandern sie ab.

In diesem Zusammenhang ist es zunächst Aufgabe der jeweiligen Landesregierungen, ein möglichst bundesweit einheitliches und abgestimmtes sowie rechtlich geregeltes Einsatz- und Aufgabenfeld festzulegen und dies umzusetzen (Reinhart, 2017).

Die Ausbildung akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte könnte langfristig auch zu einer Entlastung anderer Berufsgruppen, z. B. Ärztinnen und Ärzten, beitragen. Als Vorbild kann die international anerkannte Spezialisierung in Advanced Nursing Practice (ANP) dienen (siehe auch Punkt 2.4 und Text „Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen“, Punkt Ländliche Räume).

Eine Etablierung derartiger Studiengänge in Deutschland erfordert des Weiteren eine bedarfsgerechte Ausstattung der Lehreinrichtungen – Synergien mit medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten werden dabei positiv bewertet. Ziel ist es, nicht nur Perspektiven pflegeunterstützender Berufsfelder zu fördern, sondern auch attraktive Entwicklungsmöglichkeiten für Personen mit höheren Bildungsabschlüssen vorzuhalten (Vincentz Network GmbH, 2017). Aktuell ist die Akademisierung

in Deutschland überwiegend an sozialwissenschaftlichen Fakultäten von Hochschulen angesiedelt – weniger an medizinischen Fakultäten. Ausbildungsschwerpunkte liegen deshalb häufig in praxisferneren Wissenschaftsbereichen und sind weniger an einer praktischen Ausrichtung mit klinischen Schwerpunkten orientiert (Simon, 2017).

Unabhängig von der Ausrichtung des Studiums erfordert die gleichzeitige Etablierung der Akademisierung der Pflege als wichtige Säule neben der Berufsausbildung unbedingt den Ausbau entsprechender Lehrstühle an den Hochschulen und Universitäten sowie genügend qualifiziertes Lehrpersonal. Dies ist aktuell noch nicht in dem Maße verfügbar, um eine flächendeckende akademische Ausbildung anbieten zu können (Biederbeck, 2017; Simon, 2017).

Die Ausweitung der Akademisierung des Pflegeberufes sollte jedoch nicht zu lasten der pflegerischen Berufsausbildung gehen. Der steigende Bedarf an ausgebildeten Pflegefachkräften erfordert eine Qualifizierung möglichst vieler Pflegekräfte auf den verschiedenen Qualifikationsniveaus. Bedenken, dass daraus ein Verdrängungswettbewerb zwischen den verschiedenen Fachebenen entstehen könnte, sind aufgrund des stetig wachsenden Bedarfs auf all diesen Ebenen nicht zu unterstützen – im Gegenteil, es können durch die richtige Förderung der verschiedenen Säulen der Berufsqualifikation sogar Synergieeffekte erreicht werden (Simon, 2017).

5.2.5 Auswirkungen speziell auf die Altenpflege

Nicht nur die generalistische Ausbildung, sondern auch die regelhafte hochschulische Bildung hat laut der Ergebnisse vielfältiger Modellprojekte deutlich positive Effekte auf die Altenpflege. Aktuell ist die Anzahl an Modellstudiengängen, die im Studium eine Altenpflegeausbildung integrieren, sehr gering. Die meisten der derzeitigen „dualen“/ausbildungsintegrierenden Studiengänge kooperieren mit Schulen, die eine Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege anbieten (Reuschenbach, 2017).

Zukünftig werden neben den Ausbildungsbetrieben[111] und den BFS auch Hochschulen über die durch sie verantwortete Praxisbegleitung Einfluss auf die Altenpflegepraxis haben. Erfahrungsberichte aus einem Modellprojekt, in dem die Hochschule die Einsätze in der Altenpflegepraxis begleitet hat, zeigen positive Effekte für die Studierenden und positive Effekte auf die Versorgungsqualität (Fischer et al., 2015; Lüftl & Kerres, 2012).

Studierende mit gerontologischem Schwerpunkt sind gegenüber Auszubildenden eher in der Lage, für die Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung alternative Versorgungswege zu erschließen, sie kommunizieren umfangreicher mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, bringen eher wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis ein und können leichter mit hochkomplexen Fällen umgehen.

Mit der Akademisierung des Pflegeberufes wird gleichermaßen ein Ausbau der Pflegeforschung einhergehen. Die gewonnenen neuen Erkenntnisse auf diesem Fachgebiet führen langfristig zu einer verbesserten Pflegequalität (Biederbeck, 2017).Auch im zukünftigen Hochschulstudium wird den Lernenden die Möglichkeit gegeben, vielfältige Einsatzfelder kennenzulernen. Mit dem Anspruch der Arbeitgeber, qualifizierte Absolventinnen und Absolventen zu gewinnen, stehen Altenpflegeeinrichtungen zukünftig im Wettbewerb mit Kliniken und ambulanten Pflegediensten. Dies erhöht

111 diese führen die Praxisanleitung durch

den Handlungsdruck zur Attraktivitätssteigerung der Altenpflege für die Arbeitgeber. Daraus ergibt sich für die Lernenden und Mitarbeitenden die Chance, die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu verbessern.

5.3 Herausforderung der Umsetzung der Praxisanteile in Ausbildung und Studium

Es bestehen verschiedene Modelle für die Umsetzung des Praxislernens. Eine Differenzierung kann nach *arbeitsgebundenem Lernen* (Lernen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsprozess), *arbeitsverbundenem Lernen* (räumliche Nähe von Arbeits- und Lernort, das Lernen dient der Reflexion der Arbeit) und *arbeitsorientiertem Lernen* (Lernen in simulierten Arbeitsumgebungen) vorgenommen werden.

Quantitativ am stärksten ausgeprägt ist das *arbeitsgebundene Lernen* in Form des Lernens und Arbeitshandelns in realen Arbeitsprozessen bzw. des Lernens durch Instruktion. Das Pflegeberufegesetz schreibt einen Umfang von 2 500 Stunden für diese Form des Praxisanteils vor. Dabei ist die Qualität der Arbeitsumgebung in den meisten Fällen wenig geeignet, die Kompetenzaneignung und das Lernen zu unterstützen.

Praxisanleiterinnen und -anleiter unterstützen seitens der Pflegeeinrichtung diesen Prozess. Sie sind im Rahmen einer Fachweiterbildung dazu qualifiziert, die Pflegeausbildung für die praktische Anleitung der Auszubildenden am jeweiligen Arbeitsplatz durchzuführen. Laut § 6 Abs. 3 PflBG ist von den Einrichtungen eine Praxisanleitung im Umfang von mindestens 10 % der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit sicherzustellen. Vorgesehen ist ebenfalls die Unterstützung durch die Pflegeschule bzw. Hochschule in Form einer zu gewährleistenden Praxisbegleitung im angemessenen Umfang. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird seitens der Praxis wegen des Fachkräftemangels und des in § 9 Abs. 2 PflBG Schlüssels[112] sowohl seitens der Pflege-, als auch seitens der Lehrkräfte kritisch bewertet (Schöne, 2017).

Formen des *arbeitsverbundenen Lernens* sind Lern- und Arbeitsaufgaben, in der Praxis durchgeführte Projekte, kollegiale Beratungen und die Praxisbegleitung. Diese Lernangebote sollen zu einem theoriegeleiteten Verständnis der Pflegepraxis führen.

Modelle des *arbeitsorientierten Lernens* sind das Lernen durch Simulationen, z. B. in Skills-Labs. Ein entsprechendes Good Practice Beispiel des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden wird nachfolgend kurz vorgestellt (Technische Universität Dresden, 2017):

Das Medizinische Interprofessionelle Trainingszentrum (MITZ) bietet originär Lehreinheiten für Medizinstudierende der Human- und Zahnmedizin an. Zusätzlich wird mit verschiedenen Partnern, auch BFS für Gesundheitsfachberufe, kooperiert. Vor Ort werden vorrangig medizinisch-praktische Fertigkeiten sowie kommunikative Kompetenzen gelehrt. Interprofessionelles Lernen ist ein positiver Nebeneffekt, der sich aus den gemeinsamen Kursen der Medizinstudierenden mit Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern ergibt. Das Konzept des MITZ besteht aus zwei Säulen:

112 mindestens eine hauptberufliche Lehrkraft in Vollzeit auf 20 Ausbildungsplätze

- dem Skills Lab:
  Unter klinikanalogen Bedingungen und an realitätsnahen Human-Modellen können alle wesentlichen Fertigkeiten und Kompetenzen aufgebaut werden. Lehrangebote sind z. B. Wundversorgung, Anlegen von Flexülen.

- dem Programm Standardisierte Patienten/-innen:
  Ziel des Trainings mit standardisierten Patientinnen und Patienten („Schauspielpatienten/-innen“) ist der Erwerb eines professionellen Kommunikations- und Interaktionsverhaltens im Umgang mit Patientinnen und Patienten. Trainingsinhalte sind z. B. Erheben einer (Pflege-)Anamnese, Umgang mit ängstlichen Patientinnen und Patienten oder Überbringen schlechter Nachrichten. Die Evangelische Hochschule Dresden hat für ihren dualen ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengang „Pflege dual“ darüber hinaus eigene Fallvignetten mit dem MITZ entwickelt und setzt standardisierte Patientinnen und Patienten regelhaft im Studiengang ein.

Durch diese praxisnahe Übung kann den Auszubildenden und Studierenden der Übergang in den Berufsalltag deutlich erleichtert werden. Gleichzeitig werden durch das ausgelagerte praktische Lernen Personalressourcen in den Pflegeeinrichtungen teilweise entlastet. Das 2020 in Kraft tretende reformierte Pflegeberufegesetz sieht darüber hinaus auf der Basis einer landesrechtlichen Genehmigung vor, dass ein geringer Anteil von Praxiseinsätzen in Einrichtungen durch didaktische Formen wie Simulation ersetzt werden darf (§ 38, 3).

Derartige Modelle können Lösungsansätze für die flächendeckende, qualitativ hochwertige und attraktive Ausbildung in den Gesundheitsberufen sein.

Für alle drei Modelle bedarf es jedoch didaktisch durchdachter Umsetzungen und entsprechender Finanzierungen (Luntz, 2017; Reuschenbach, 2017).

International gehören Simulationstrainings zum Standard der zumeist hochschulischen Ausbildung in der Pflege, um komplexe Kompetenzen im Bereich der Problemlösung und klinischen Entscheidungsfindung sowie der Teamfähigkeit herauszubilden, die auf anderem Wege kaum gezielt trainiert werden können. Neben den bereits angeführten Skillstrainings und Programmen mit Simulationspatientinnen und -patienten werden hier insbesondere täuschend echte Szenarien nachgestellt (high fidelity simulation) (Doolen et al., 2017, Cantrell et al., 2017). Diese können die gesamte Spanne der Patientinnen- und Patientenversorgung abdecken (Routineversorgung, Notfälle, Geburtshilfe, Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Operationen, Palliativpflege, häusliche Pflege, Pflegeheim, Krankenhaus) und finden in realitätsnah eingerichteten Simulationsräumen statt. Genutzt werden neben echten Ausrüstungsgegenständen (Betten und Einrichtung, aber auch Geräte zur Messung von Vitalzeichen etc.) und Verbrauchsmaterial hoch-technologische Puppen, die anhand von programmierten Szenarien und durch Bedienpersonal aus einem Kontrollraum gesteuert werden. Die Fallbearbeitung erfolgt in der Regel in Teams, die oft multiprofessionell zusammengesetzt sind und damit der Berufsrealität entsprechen. Inzwischen wird auch Virtual Reality eingesetzt, um die Simulation für die Lernenden noch effektiver zu machen (Foronda & Bauman, 2014; Jenson & Forsyth, 2012). Entsprechende Programme können bereits von kommerziellen Anbietern bezogen werden.

Simulierte, standardisierte Szenarien werden international, aber auch in Deutschland eingesetzt, um die praktischen Kompetenzen von Pflegenden zu prüfen. Sogenannte „Objective Standardised Clinical Examinations (OSCE)“ dienen dazu, praktische Prüfungen einheitlich zu gestalten und ein definiertes Anforderungsniveau einzuhalten,

was bei der Prüfung mit echten Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen nicht immer gegeben ist. Die Verbreitung von OSCEs wird in den nächsten Jahren auch in Deutschland massiv zunehmen, da in Zukunft zum Abschluss des Medizinstudiums erstmals eine praktische Prüfung gehören wird, die auf OSCEs aufbaut (Fischer, 2017).

5.4 Nachwuchsgewinnung

Um zukünftig genügend Personal für die Pflege vorhalten zu können, werden Pflegekräfte auf allen verschiedenen Qualifikationsniveaus und mit den unterschiedlichsten Erwerbsbiografien benötigt – ob als examinierte Pflegefachkraft, Hilfskraft, berufliche/-r Wiedereinsteiger/-in, Berufsrückkehrer/-in, Pflegefachkraft mit akademischem Abschluss oder Quereinsteiger/-in nach Umschulung.

Auf der anderen Seite wird es eine Herausforderung, zukünftig genügend qualifiziertes Lehrpersonal für die Ausbildung und Weiterqualifizierung von Pflegefachkräften vorhalten zu können. Für Schulen, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in großen Städten und Ballungsräumen wird dies ein geringeres Problem sein als für solche in ländlichen Räumen (Schöne, 2017).

Neben Fachkräften sind auch Menschen mit geringerer Schulbildung für die Pflege unverzichtbar, deshalb ist es wichtig, auch sie im Bereich der Helfer/-innen- und Assistent/-innenausbildung in die Pflegeberufe einzubinden. Wichtig ist jedoch, die Menschen, die sich für den Pflegeberuf entscheiden – egal auf welcher Qualifikationsebene – nicht nur zu finden, sondern auch zu halten, zu binden und gegebenenfalls sogar zurückzugewinnen (Reinhart, 2017).

Auszubildende und Studieninteressierte

Trotz der bundesweiten Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive sowie der Initiative Pro Pflege Sachsen wird es zukünftig eine Herausforderung in der Pflege sein, die Ausbildungszahlen möglichst hoch zu halten oder entsprechend des Bedarfs zu steigern. Damit steht die Pflege mit anderen Ausbildungsberufen, die ebenfalls einem Fachkräftemangel vorbeugen wollen und mit attraktiven Berufs- und Finanzierungsbedingungen werben, in Konkurrenz um junge Auszubildende. Die Attraktivität der Pflegeausbildung und des Pflegeberufes ist demnach von zentraler Bedeutung (Augurzky & Heger, 2016, 41 f.).

Die Vorzüge des Pflegeberufes werden häufig von dem schlechten Image und der Kritik an den Arbeitsbedingungen überschattet. Einen starken Einfluss auf die Entscheidung zum Pflegeberuf hat auch die Berufsempfehlung. Laut einer Studie von Buxel (2011) zu Arbeitsalltag, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit, in der knapp 4 000 Pflegerinnen und Pfleger aus dem Krankenhaus- und Altenpflegebereich befragt wurden, würden lediglich zwischen 30 und 40 % ihren Beruf weiterempfehlen (Augurzky & Heger, 2016, 41 f.; BMAS, 2017, 53 f.; Klewer, 2017; Reinhart, 2017).

Instrumente wie Informationsbereitstellung über Online-Medien, Tage der offenen Tür, Informationstage, Image-Kampagnen, Ausbildungsmessen und Erfahrungsberichte von Pflegefachkräften können helfen, Vorurteile abzubauen, sind jedoch nicht als hinreichendes Mittel anzusehen. Derartige Initiativen der Schulen sind wichtig, um auf die verfügbaren Ausbildungsplätze aufmerksam zu machen und diese zu besetzen

(Schöne, 2017). Beispielsweise wird seitens des DRK Landesverbandes Sachsen eine Ausbildungsoffensive für den gesamten Freistaat als notwendig erachtet, um eine breite Öffentlichkeitswirksamkeit zu erreichen und weiterhin genügend Interessierte für den Pflegeberuf oder ein Pflegestudium zu gewinnen (Füge, 2017).

Des Weiteren bieten sich frühzeitige Angebote für Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen in Form von Berufsorientierungspraktika an, um bestehende Vorurteile abzubauen und das Tätigkeitsfeld „Pflege“ in der Praxis kennenzulernen (Dosch, 2017). Dabei ist entscheidend, dass die Praktikantinnen und Praktikanten eine umfassende Betreuung erhalten. Dies bindet zwar Personalressourcen, kann jedoch einen entscheidenden Beitrag zu einer nachhaltigen Gewinnung motivierter Nachwuchspflegekräfte beitragen. Zu kurze Einblicke in den Pflegeberuf ohne viel Kontakt zum Pflegebedürftigen können hingegen kontraproduktiv wirken und in eine Entscheidung gegen die Ausbildung in der Pflege münden.

Beispiel für einen innovativen Ansatz zur regionalen Nachwuchskräftesicherung im Pflegeberuf ist das Konzept „care4future“. Bis 2013 wurde dies vom BMAS gefördert und ist aktuell Teil der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)[113]. Ein regionales Netzwerk zwischen allgemeinbildenden Schulen, BFS, Unternehmen der Pflegebranche und weiteren Partnern vor Ort wird aufgebaut. Kern des Projektes ist ein gemeinsam von den Partnern entwickeltes Curriculum mit einer Dauer von bis zu einem Jahr. Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler, die gerade selbst in der Ausbildung sind, vermitteln den Schülerinnen und Schülern an den allgemeinbildenden Schulen grundlegende pflegerische Inhalte auf Augenhöhe. Diese praxisnahe Berufsorientierung baut Hemmnisse ab und bringt junge Menschen langfristig mit dem Pflegeberuf in positiven Kontakt. In Sachsen bestehen bereits einige Netzwerke, z. B. im Raum Chemnitz und Leipzig, die dieses care4future-Konzept nutzen. Herausforderung bezüglich einer stärkeren Verbreitung ist jedoch, das Interesse der allgemeinbildenden Schulen zu gewinnen und sich gegen zahlreiche Angebote anderer Berufszweige durchzusetzen (Jarisch, 2017).

Als besonders wichtiger Schritt für die Gewinnung Auszubildender wird die Einführung der Schulgeldfreiheit bewertet. Zuvor wirkten entstandene Kosten für Auszubildende als besonders großes Hemmnis bei der Entscheidung für den Pflegeberuf (Biederbeck, 2017; Schaar, 2017).

Darüber hinaus sollen junge Menschen durch Förderprogramme und Stipendien nicht nur im Ausbildungsberuf, sondern auch in einem Pflegestudium finanziell unterstützt werden. Diese Möglichkeit befürwortet u. a. der DBfK e. V. und hält diesen Ansatz für zielführend, um zusätzlich für den Pflegeberuf zu begeistern (Biederbeck, 2017).

Auch die im neuen Pflegeberufegesetz vorgesehenen vorbehaltenen Tätigkeiten können einen positiven Einfluss auf die Gewinnung von Studieninteressierten haben. Durch die Kopplung von Pflegeaufgaben an bestimmte Qualifikationen, die Abkehr von der Auffassung „Pflegen kann jeder“ sowie einem Angebot über vielfältige Weiterbildungs-, Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten wird das Berufsfeld Pflege auch für Abiturientinnen und Abiturienten wieder interessanter (Klewer, 2017).

113 Link: www.care4future.de/; letzter Zugriff: 13.11.2017.

Auch an den allgemeinbildenden Schulen wird aktiv für den Pflegeberuf geworben, um die Lücke offener Ausbildungsplätze zu schließen. Im Rahmen derartiger Informationsangebote können auch junge Männer gezielt angesprochen und geschlechterstereotype Vorurteile abgebaut werden. Langfristig soll es gelingen, mehr Männer für das Berufsfeld Pflege zu gewinnen (Dosch, 2017).

Quereinsteiger

Ein weiterer Ansatz, Pflegekräfte – speziell für die Altenpflege – zu gewinnen, ist die Einbeziehung der Personengruppe der lebens- und berufserfahrenen Menschen. Die Agentur für Arbeit leistet durch die Initiierung zahlreicher Altenpflegeumschulungen einen wichtigen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege. Dies wird durch die verstärkte Förderung im Rahmen der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ ermöglicht. Diese sieht die dreijährige Vollfinanzierung von Altenpflegeumschulungen vorerst bis zum geplanten Start der neuen Pflegeausbildung zum 1. Januar 2020 vor (siehe Kapitel 5.1.4). Der späte Wechsel aus anderen Berufen in die Pflege weist demnach eine positive Entwicklung auf dem Pflegearbeitsmarkt auf.

Seitens der Bundesagentur für Arbeit wird außerdem die berufsbegleitende Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Altenpflegefachkräften unterstützt (Altenberichtskommission, 2016, S. 22; Ehrentraut et al., 2015, S. 11).

Ausländische Auszubildende

Eine verstärkte Ausbildung von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund zu Pflegekräften auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus kann ebenfalls ein Mittel sein, um dem drohenden Fachkräftemangel abzumildern. Den Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Zugewanderten kann dadurch eine berufliche Perspektive eröffnet werden. Die größten Herausforderungen ergeben sich im Erwerb der sprachlichen Voraussetzungen sowie in der Sensibilisierung für und im Umgang mit kulturellen Unterschieden. Darüber hinaus muss auch die Akzeptanz von Pflegebedürftigen sowie von Berufskolleginnen und -kollegen gegenüber Pflegekräften mit Migrationshintergrund bzw. ausländischen Pflegekräften gefördert werden – teilweise bestehen ablehnende Haltungen. Zielgerichtete Unterstützungsangebote sollten etabliert werden (Beine, 2017; Große, 2017; Schöne, 2017).

Aus einer Stellungnahme des SMK (Große, 2017), in der auf entsprechende Daten des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen verwiesen wird, geht hervor, dass die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund[114] in allen Ausbildungsberufen der Pflege steigt. Die Entwicklung wird mit zweijährigem Abstand in Tabelle 28 aufgezeigt.

114 Gemeint sind jene, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen und die selbst oder deren Eltern (bzw. ein Elternteil) oder Großeltern nach Deutschland zugewandert sind, ungeachtet ihrer gegenwärtigen Staatsangehörigkeit und ungeachtet des Aufenthaltsstatus.

Tabelle 28: Schüler/-innen und Neuanfänger/-innen an berufsbildenden Schulen im Freistaat Sachsen in den Schuljahren 2012/13 bis 2016/17 nach ausgewählten Bildungsgängen (Große, 2017).

Schuljahr	Schüler/-innen		Neuanfänger/-innen	
	insgesamt	darunter mit Migrationshintergrund[115]	insgesamt	darunter mit Migrationshintergrund
		Altenpfleger/-in		
2012/2013	4 817	72	1 509	37
2014/2015	4 653	121	1 669	64
2016/2017	4 538	283	1 683	132
		Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in		
2012/2013	304	1	102	0
2014/2015	332	4	133	0
2016/2017	335	4	127	3
		Gesundheits- und Krankenpfleger/-in		
2012/2013	3 301	27	1 104	7
2014/2015	3 133	47	1 168	25
2016/2017	3 227	75	1 197	31
		Staatlich geprüfte/-r Krankenpflegehelfer/-in		
2012/2013	1 070	40	742	30
2014/2015	1 543	61	950	33
2016/2017	1 608	70	942	42

Beispielprojekte, welche sich der Unterstützung der beruflichen Ausbildung junger Asylsuchender annehmen, sind u. a. die Dresdner Initiative „VAbA – Vorbereitung junger Asylsuchender auf eine berufliche Ausbildung“ und die Initiative „Beruf schafft Zukunft“ der AWO Akademie Mitteldeutschland. Ziel ist es, realistische Perspektiven aufzuzeigen und erste berufliche Kompetenzen zu vermitteln. Eine pädagogische Begleitung ist von großer Bedeutung, um persönliche, fachliche und sprachliche Qualifikationen richtig einschätzen zu können und eine passgenaue Entwicklung zu unterstützen. Diese individuelle Betreuung erhöht die Chance einer nachhaltigen Berufsorientierung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Amt für Wirtschaftsförderung, 2016; Schöne, 2017).

Ausländische Fachkräfte

Neben der Ausbildung und Bindung von Personal im Freistaat Sachsen gilt auch das Werben ausländischer Fachkräfte für die Pflege als zusätzliches Personalgewinnungsinstrument. Leitlinie dabei ist der Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur internationalen Anwerbung von Gesundheitsfachkräften. Unternehmen, die dies umsetzen, ziehen eine überwiegend positive Bilanz und würden wieder ausländische Fachkräfte einstellen. Anfänglich bestehende Defizite, z. B. in der Sprache, dem Fachwissen oder der Praxiserfahrung, werden mithilfe von

115 Die Angaben der Schülerinnen und Schüler zu diesem Sachverhalt beruhen auf Freiwilligkeit.

Anpassungsqualifizierungen abgebaut. Positiv hervorzuheben ist die überwiegend bestehende hohe Einsatzbereitschaft der internationalen Fachkräfte. Weitere Chancen, die sich aus dieser Art der Beschäftigungsverhältnisse ergeben, entstehen nicht nur aus einem erweiterten Bewerberinnen- und Bewerberpool, sondern auch aus der kulturellen und fachlichen Vielfalt des Personals. Zusätzliche Impulse aus einer anderen Vorbildung und kulturellen Perspektive können sich positiv auf die Unternehmen auswirken, sodass sich der erhöhte Organisations-, Betreuungs- und Integrationsaufwand für beide Seiten lohnt (Beine, 2017).

Im Rahmen eines Pilotprojektes des Bundeswirtschaftsministeriums (BMWi) 2012 bis 2015 konnten umfassende praktische Erfahrungen mit vietnamesischen Schülerinnen und Schülern in Altenpflegeeinrichtungen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen gesammelt werden (Braeseke & Krieger, 2017). Auch in Sachsen laufen derartige Projekte. Zum Beispiel kooperiert die Cultus gGmbH mit einem Bildungsträger, um einige vietnamesische Auszubildende für den Einsatz in ihren Pflegeeinrichtungen vorzubereiten (Beine, 2017).

Des Weiteren läuft seit April 2018 das Projekt „Aufbau eines Fachkräftenetzwerkes kleiner Träger im ländlichen Raum Ostsachsens zur Organisation begleitender Maßnahmen der Integration vietnamesischer Pflegekräfte“[116]. Träger des Projektes ist das Internationale Begegnungszentrum St. Marienthal in Ostritz sowie die DPFA Akademiegruppe GmbH in Görlitz. Das Land unterstützt ebenfalls. Ziel ist es, vietnamesische Pflegekräfte zur Deckung des Bedarfs an Pflegefachkräften im ländlichen Raum zu gewinnen. Dafür sollen Mentorinnen und Mentoren ausgebildet werden, die die ausländischen Pflegekräfte künftig bei der Bewältigung des Arbeitsalltages, aber auch bei der Bewältigung des täglichen Lebens unterstützen. Es soll dazu beitragen, die vietnamesischen Auszubildenden für eine längerfristige und über die Ausbildung hinausgehende Tätigkeit in der Region zu halten.

Ein wichtiger Schritt bezüglich der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse war das Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes des Bundes[117] im Jahr 2012. Damit wurden die Verfahren zur Bewertung ausländischer Berufsqualifikationen im Zuständigkeitsbereich des Bundes vereinfacht, vereinheitlicht und für bisher nicht anspruchsberechtigte Zielgruppen geöffnet. Der Zwischenbericht des Bundes – fünf Jahre nach Einführung des Anerkennungsgesetzes – zieht eine positive Bilanz. Demnach unterstützt das Gesetz u. a. die verbesserte Integration in den Arbeitsmarkt sowie eine qualifikationsadäquate Beschäftigung (BMBF, 2017).

Auch die Sächsische Staatsregierung steht der Anwerbung von ausländischem Pflegepersonal offen gegenüber. Aufwand und Nutzen derartiger Initiativen sollten jedoch im Einzelfall geprüft werden. Die Ausbildung entsprechender Kräfte soll dabei hierzulande üblichen Standards (z. B. in der Bezahlung) entsprechen (Bockting, 2016).

116 siehe http://www.demografie.sachsen.de/fachkraftenetzwerk-in-ostsachsen-zur-integration-vietnamesischer-pflegekraefte-8968.html.

117 „Anerkennungsgesetz“ ist die Kurzform für das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ (BQFG).

5.5 Fort- und Weiterbildung

5.5.1 Hintergrund

Im § 8 Berufsordnung Pflegefachkräfte (PflBO) sind Regelungen zur Fort- und Weiterbildung getroffen. Demnach sind Pflegefachkräfte verpflichtet, ihre Kompetenz dem jeweils aktuellen Wissensstand anzupassen. Der Umfang an kompetenzerhaltenden Maßnahmen soll sich mindestens nach den Vorgaben der unabhängigen und freiwilligen Registrierung[118] für beruflich Pflegende richten. Dabei ist auf eine gleichmäßige Förderung unterschiedlicher Kompetenzbereiche zu achten. Funktions- oder arbeitsfeldbezogene Weiterbildungen richten sich in der Regel nach dem Gesetz zur Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen im Freistaat Sachsen (SächsGfbWBG) und der zugehörigen Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe (SächsGfbWBVO).

Laut § 24 SächsGfBWBVO können in den Gesundheitsfachberufen Weiterbildungen für folgende Funktionen durchgeführt werden:

- Leitungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen
- Praxisanleitung
- Leitungsaufgaben in Pflegeeinrichtungen

Für die Berufe in der Krankenpflege und Altenpflege können Weiterbildungen zur Fachkraft in folgenden Arbeitsfeldern und für folgende Funktionen durchgeführt werden:

- Intensivpflege und Anästhesie
- operativer und endoskopischer Funktionsdienst
- Onkologie
- Nephrologie
- Psychiatrie
- Geriatrie
- Rehabilitation und Gerontopsychiatrie
- Schwerstpflege und Gerontopsychiatrie
- Palliativ- und Hospizpflege
- Hygiene und Infektionsprävention
- Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen

Die allgemeinen gesetzlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche Fortbildung zur Aktualisierung des Fachwissens verlangen, sind jedoch nicht mit einem bestimmten Zeitumfang verknüpft und werden in der Regel weder überprüft noch bei Nichterfüllung sanktioniert. Einen Lösungsansatz birgt die berufliche Meldepflicht, welche bislang nicht besteht. Mithilfe dieser wäre eine systematische Erfassung des jeweiligen Fort- und Weiterbildungsstatus der Pflegekräfte möglich. Eine Weiterentwicklung auf dieser Ebene kann zu einer Schaffung und Sicherung eines einheitlichen Qualitätsstandards beitragen (BMBF, 2014, S. 64; Registrierung beruflich Pflegender, 2017).

118 Diese ist bei dem Deutschen Pflegerat e. V. möglich.

Vor dem Hintergrund der gewachsenen Anforderungen in der Pflege muss die allgemeine Pflege durch geordnete Spezialisierung erweitert werden. Aktuell sind pflegeberufliche Fachweiterbildungen innerberuflich angesiedelt und auf Länderebene geregelt. Diese differenzierten und individuellen Regelungen führen zu einem unübersichtlichen Weiterbildungs- und Spezialisierungsangebot (Reinhart, 2017).

5.5.2 Qualität in der Angebotslandschaft und Nachfrage

Ein weiterer Punkt ist die Qualität und das Qualifikationsziel der bestehenden Fort- und Weiterbildungsangebote. Die SächsGfbWBVO gibt zwar den Rahmen für entsprechende Angebote vor, die inhaltliche Gestaltung obliegt jedoch dem Anbieter selbst. Demnach kann die Weiterbildungsqualität zwischen den zahlreichen Angeboten auf dem Bildungsmarkt stark differieren. Teilweise werden im Freistaat Sachsen Weiterbildungen ohne staatliche Anerkennung und ohne Aufstiegschancen angeboten. Diesem qualitativ fragwürdigen „Wildwuchs“ derartiger Angebote sollte gegengesteuert werden (Junge, 2017).

Trotz des bestehenden Bedarfs an spezialisierten Fachkräften werden Angebote zu einigen Fachweiterbildungen in Sachsen nicht in dem Umfang nachgefragt, wie erwünscht. Dies ist u. a. auf fehlende Kapazitäten bei Pflegenden durch Personalengpässe zurückzuführen. Das Pflegepersonal kann oft nicht für Fort- und Weiterbildungen freigestellt werden, da es dringend in den Einrichtungen benötigt wird. Diese Einrichtungen benötigen jedoch Fachkräfte mit speziellen Qualifikationen, um eine gute Pflegequalität gewährleisten und den vielfältigen individuellen Bedürfnissen der zu Pflegenden gerecht werden zu können. Herausforderung ist es, diese Diskrepanz zukünftig aufzuheben und gezielte Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen (Kuphal, 2016; Schöne, 2017).

Auszubildende, die Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung erhalten, können auch bei Umschulungen in die neuen Pflegeberufe – wie bisher bei Umschulungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – Lehrgangskosten über die Weiterbildungsförderung nach SGB III von den Agenturen für Arbeit erhalten. Damit wird dauerhaft sichergestellt, dass eine vollständige Förderung auch von nicht verkürzbaren Ausbildungen möglich ist (BMFSFJ, 2017b).

Hinsichtlich der Weiterbildungsbedarfe akademisch ausgebildeter Pflegekräfte bietet die bestehende Weiterbildungsverordnung in der Pflege in Sachsen bislang kaum Angebote. Zukünftig wird es die Herausforderung sein, Angebote in diese Richtung weiterzuentwickeln (Fischer, 2017; Luntz, 2017).

5.5.3 Besondere Herausforderungen für Berufseinsteiger

Eine besonders zu berücksichtigende Personengruppe sind die Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger. Ziel der Ausbildung ist es, die Auszubildenden so zu qualifizieren, dass sie den Anforderungen des Berufsalltags gewachsen sind. Wichtiges Element dabei ist der Theorie-Praxis-Transfer. Die o. g. modernen Modelle zum praxisorientierten Lernen (siehe Kapitel 5.3) sowie die zahlreichen Praktika sind eine gute Vorbereitung. Dennoch ist besonders die Berufseinstiegsphase eine Maximalherausforderung für die Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger. Aufgrund des verbreiteten Personalmangels gibt es kaum Übergangsphasen, in denen die zukünftig generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte strukturiert eingearbeitet werden können.

Stattdessen agieren sie unmittelbar nach Einstieg als vollwertige Pflegekraft. Um an dieser Stelle nicht zu überfordern und sie nicht sich selbst zu überlassen, wäre eine Unterstützung in dieser Zeit erforderlich.

Nach der ersten Phase ist es wichtig, den Lernprozess fortzusetzen. Deshalb sollte ebenfalls für den Ansatz „Lebenslanges Lernen“ sensibilisiert werden. Dies birgt die Chance, diese Menschen mithilfe abgestimmter Fort- und Weiterbildungskonzepte in der Bildungssystematik strukturiert zu begleiten und sie langfristig bei der persönlichen Weiterentwicklung zu unterstützen (Luntz, 2017).

5.5.4 Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege

Pflege ist eine sektoren- und hierarchieübergreifende Aufgabe, in der die verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten idealerweise Hand in Hand durch die verschiedenen Professionen bewältigt werden müssen. Zu starke Hierarchien können an dieser Stelle als Barrieren wirken. Dies trifft ebenso auf die klare Trennung der unterschiedlichen Wege der Berufsqualifizierung in der Pflege zu. Aktuell schränken die strenge Einhaltung formaler Zugangsvoraussetzungen und eine zu kurz greifende Durchlässigkeit zwischen den bestehenden Ausbildungsmöglichkeiten (wie Pflegehelferausbildung, Berufsausbildung im sekundären Bildungssektor und primärqualifizierendes Studium) eine attraktive Gestaltung und Anschlussmöglichkeiten der persönlichen Berufswege ein (Simon, 2017).

Durch eine Optimierung des Bildungssystems könnten Absolventinnen und Absolventen zu einer sukzessiven Weiterqualifizierung motiviert werden. Ein zielführender Ansatz dafür ist der mit zukünftigen beruflichen Aufgaben abgestimmte ausbildungsbezogene Kompetenzerwerb. Demnach müssten Ausbildungsmodelle der unterschiedlichen Bildungsstufen, einschließlich Assistenten- und Helferqualifikationen, möglichst horizontal und vertikal durchlässig bzw. anschlussfähig sein. Dies kann die Motivation fördern und einen positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme von Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten haben. Ein positiver Effekt auf die Verweildauer im Beruf kann daraus ebenfalls resultieren.

Erste Schritte hinsichtlich dieser Durchlässigkeit und einer Flexibilisierung von Bildungswegen lassen sich in der Zunahme von dualen Studiengängen sowie vereinzelten Projekten zur Anerkennung von in anderen Bereichen erworbenen Kompetenzen erkennen (BMBF, 2014, 45 ff.; Junge, 2017).

Ein weiterer Weg, der attraktive Entwicklungsmöglichkeiten für bereits beruflich Qualifizierte bietet, ist ein berufsbegleitendes Studium. Diese Weiterqualifikation mit Perspektive kann dazu beitragen, erfahrene und kompetente Fachkräfte im Pflegeberuf zu halten. Organisatorisch und finanziell ist dieses Modell jedoch für viele – besonders Frauen – aufgrund der Schichtarbeit, Vereinbarkeit mit der Familie und ggf. anfallender Studiengebühren schwer umsetzbar (Fischer, 2017).

Mit steigender Qualifikation wächst mitunter auch das Risiko, dass hochqualifizierte Pflegekräfte die Praxis verlassen, um beispielsweise in der Lehre, dem Management oder der Forschung zu arbeiten. Das Modell der „Joint Appointments“ greift diese Thematik auf. Der Ansatz beinhaltet die parallele Anstellung von Professoren an einer Hochschule und in einer Pflegeeinrichtung. Dies erfordert einen hohen Grad an Organisation, hat jedoch den Vorteil, dass Pflegewissenschaft und Pflegepraxis einen

unmittelbaren gegenseitigen Einfluss aufeinander haben. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung wird unterstützt. Pflegeeinrichtungen können somit ihrer Verantwortung für die Entwicklung praxisrelevanter Forschung gerecht werden (Fischer, 2017).

5.5.5 Finanzierungsmöglichkeiten von Weiterbildungsmaßnahmen

Weiterbildungsmaßnahmen können direkt durch den Arbeitgeber finanziert werden. Die Kostenübernahme ist jedoch nicht verpflichtend. Zusätzliche Fördermöglichkeiten, um Weiterbildungen zu finanzieren, werden im Folgenden kurz vorgestellt:

- der „Weiterbildungsscheck – betrieblich“
  richtet sich an sächsische Unternehmen mit weniger als 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Mit der Förderung können sowohl Unternehmer/-innen bzw. Selbstständige als auch Beschäftigte, Auszubildende, dual Studierende, Werkstudentinnen/-studenten und Praktikantinnen/Praktikanten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Elternzeit und sogar Arbeitslose mit einer Einstellungszusage an Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung teilhaben. Dabei werden in der Regel 50 % der Weiterbildungskosten durch einen Zuschuss gefördert (SAB, 2017).

- der „Weiterbildungsscheck – individuell“
  richtet sich an Beschäftigte, Auszubildende und Berufsfachschülerinnen und -schüler (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr), Wiedereinsteiger/-innen und Berufsrückkehrer/-innen (z. B. arbeitslose Nichtleistungsempfänger/-innen), die sich beruflich weiterbilden möchten. Dabei werden bis zu 80 % der Weiterbildungskosten durch einen Zuschuss gefördert (SAB, 2017).

- das Aufstiegs-BAföG[119] nach Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)
  zielt darauf ab, Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Aufstiegsfortbildung finanziell zu unterstützen und Existenzgründungen zu fördern. Es ist ein umfassendes Förderinstrument für die berufliche Fortbildung in grundsätzlich allen Berufsbereichen und unabhängig davon, in welcher Form die Fortbildung durchgeführt wird. Die Förderung setzt sich aus einem Zuschuss und einem Angebot der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) über ein zinsgünstiges Darlehen zusammen (SAB, 2017).

- Bildungsprämie
  richtet sich an Erwerbstätige mit niedrigem Einkommen. Gefördert werden individuelle berufsbezogene Weiterbildungen. Der Staat zahlt auf Bundesebene 50 % der Weiterbildungskosten, maximal 500 Euro (BMBF, 2017c).

- Bildungsgutschein
  trägt dazu bei, Arbeitslose bzw. Arbeitssuchende bei der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen oder drohende Arbeitslosigkeit bei Erwerbstätigen zu verhindern. Die Bildungsgutscheine werden von der Agentur für Arbeit ausgegeben. Dies gilt nur für Weiterbildungen, die für diese Förderung durch eine AZAV-Zertifizierung[120] zugelassen sind (BMBF, 2017c).

119 bisher „Meister-BAföG“
120 AZAV: Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung

5.6 Handlungsempfehlungen

5.6.1 Empfehlungen zum Pflegeberufegesetz

Im Juli 2017 wurde mit dem Beschluss zum PflBRefG ein wichtiger Schritt für die Neuausrichtung der Pflegeausbildung getan. Weiterführende Regelungen und Ausführungen bzw. Präzisierungen des Bundes stehen jedoch noch aus. Für die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung im Freistaat Sachsen unter Mitarbeit der zuständigen Fachreferate des SMK, des SMS und des SMWK sind die gesetzlichen Vorgaben des Bundes eine wichtige Voraussetzung. Mit der Vorlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Juni 2018 wurde ein weiterer wichtiger Meilenstein gelegt, ebenso mit der Finanzierungsverordnung.

Die Kommission empfiehlt weiterhin,

- der Staatsregierung die drei ehemaligen schulischen Pflegeausbildungen, sowie die Hochschulen mit berufsqualifizierenden Studiengängen bei der Einrichtung der Fachkommission zur Erstellung des Landeslehrplans einzubeziehen. Unabhängig vom Vorliegen der Bundesvorgaben der Rahmen-Lehrplankommission könnte die Fachkommission auf Landesebene bereits grundlegende Sachverhalte bearbeiten. Eine Gründung dieser sollte zeitnah erfolgen und nicht auf die angekündigte Vorstellung des Rahmenlehrplans durch den Bund frühestens zum 1.07.2019 warten, da in diesem Fall eine Umsetzung auf Landesebene bis zum 1.09.2020 kaum möglich ist. Nur durch intensive Vorarbeit auf Landesebene kann der ehrgeizige Zeitplan zur Umsetzung des neuen PflBG gelingen. Eine wissenschaftliche Begleitung von Anfang an und eine Berücksichtigung von Erfahrungen von Absolventinnen und Absolventen der jeweiligen Ausbildungswege werden ebenfalls empfohlen. Informationen seitens des Bundes zu Zwischenergebnissen der Kommission zur Rahmenlehrplanentwicklung sind eine wichtige Voraussetzung für die vorbereitende Arbeit auf Landesebene.
- der Staatsregierung die Umsetzung des PflBRefG im Freistaat Sachsen federführend und die vielfältigen aus dem Gesetz resultierenden Verhandlungsaufträge steuernd zu begleiten.
- der Bundesregierung unter Initiative der Staatsregierung, sich bei der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Ausbildung der Pflegeberufe eng mit den anderen Bundesländern abzustimmen und auf einheitliche Vorgaben hinzuarbeiten. Hierbei sind insbesondere Lehrpläne und Anforderungen an das Lehrpersonal zu fokussieren.
- der Bundesregierung unter Initiative der Staatsregierung, auf eine Vereinheitlichung der bisher landesrechtlich geregelten Pflegehelfer- und Assistenzberufe in den einzelnen Bundesländern hinzuwirken.
- der Staatsregierung sich stärker für die Umsetzung einer einheitlich tarifgebundenen Ausbildungsvergütung einzusetzen.
- der Staatsregierung im Rahmen des reformierten PflBG die Rolle bzw. den Status der medizinischen Berufsfachschulen zu überprüfen.
- der Staatsregierung, eine Prüfung der Kapazitäten und Möglichkeiten der Umsetzung des pädiatrischen Pflichteinsatzes im Freistaat Sachsen.
- dem SMS und SMWK die Hochschulen bei der Ausführung des PflBG zur hochschulischen Pflegeausbildung (§§ 37 ff.) zu unterstützen. Zwar sichern diese im Rahmen ihrer Selbstverwaltung unter Einhaltung des Hochschulfreiheitsgesetzes das Studienangebot, doch Fragen der Finanzierung, der Gestaltung der staatlichen Prüfungen, die im Rahmen des Hochschulstudiums zu absolvieren sind,

sowie Fragen der Zuständigkeit bei der Umsetzung durch die Hochschulen sind noch offen.

- in den neuen Curricula für Pflegeberufe auf Landesebene – und in nächster Ebene auch schulintern – zukünftig die Pflege von Menschen mit besonderen Bedarfskonstellationen (z. B. Menschen mit Behinderungen, Demenzerkrankten, Multimorbiden oder kultur- und diversitätssensible Pflege) stärker zu berücksichtigen. Als Ausbildungsziel ist dies bereits im § 5 PflBG geregelt.
- der Staatsregierung die Lehrpläne der Pflegeberufe inhaltlich deutlicher an der Berufspraxis auszurichten. Insbesondere sollten Themen wie Gesundheitsförderung und Prävention für formell und informell Pflegende sowie für Pflegebedürftige, aber auch berufspolitische Aspekte sowie die Befähigung zur Pflegeprozesssteuerung, Anleitungs-, Beratungs- und Schulungskompetenz stärker, als bislang in § 5 PflBG formuliert, fokussiert werden.
- die Pflegeschulen und Praxispartner sollen dies in der theoretischen und praktischen Ausbildung ebenfalls verstärkt berücksichtigen. Eine Unterstützung von politischer Seite durch vertiefende gesetzliche und finanzielle Regelungen ist notwendig, um den erweiterten Handlungsrahmen der Schulen in diesem Bereich zu fördern.
- dem Bundesgesetzgeber im Rahmen einer Novellierung des PflBRefG, eine Eigenständigkeit von Pflegeberufen mit klaren Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichen anhand einer realitätsgerechten Profilbildung zu erarbeiten und in die Gesetzgebung einfließen zu lassen. Eine verstärkte Substitution ärztlicher Aufgaben in den Tätigkeitsbereich der Pflegefachkräfte sollte an die Stelle der reinen Delegation treten und rechtlich abgesichert sein. Über entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten sollte diskutiert werden. Ein erster Schritt sollte sein, die im neuen Pflegeberufegesetz formulierten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachkräften für die Praxis in der Lehre zu entwickeln und die Berufsordnung im Freistaat Sachsen entsprechend anzupassen.
- darüber hinaus auf Landesebene zeitnah Lösungsmöglichkeiten für folgende, im Zuge der Umsetzung der Pflegeberufereform offen gebliebene Fragen zu entwickeln:
  - Art und Weise der Anrechnung der akademischen Pflegeausbildung auf Ausbildungsplatzkapazitäten in der Praxis
  - Finanzierung und Anpassung der Qualifikationen im Zusammenhang mit dem gesteigerten Umfang an Praxisanleitung. Eine entsprechende Anpassung des Umfanges der Praxisanleiterinnen- und Praxisanleiterausbildung sollte über das definierte Mindestmaß hinausgehen – so wie es in anderen Bundesländern bereits praktiziert wird.
- die Ergebnisevaluation der Vorschriften über die Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege nach § 62 Abs. 1 PflBG auf Bundesebene nach dem Jahr 2026 zu nutzen. Daraus sollten auf Landesebene für den Freistaat Sachsen spezifische Maßnahmen zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge abgeleitet werden.
- des Weiteren im Freistaat Sachsen eine regelmäßige, strukturierte und vergleichbare Gesundheitsberufsberichterstattung einzuführen. Eine systematische Erfassung der Angebots- und Nachfrageentwicklung in den Gesundheitsfachberufen sowie des Angebots an Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen bildet die Grundlage für eine gezielte Bedarfsplanung und -steuerung.

5.6.2 Empfehlungen zur Attraktivität der Ausbildung und des Pflegeberufs

Die Kommission empfiehlt,

- den Akteuren in der Pflege die bestehenden Möglichkeiten der vielfältigen Wege in die Pflegeberufe in der Öffentlichkeit bekannter zu machen. Eine breite Information über die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen kann Barrieren für die Entscheidung zum Pflegeberuf abbauen. Gerade auch die Option, sich als Pflegefachkraft weiter in einem Bachelor-Studiengang qualifizieren zu können, kann aufgrund der damit gebotenen Karrieremöglichkeiten einen großen Anreiz für die Entscheidung zum Pflegeberuf bieten.
- bezüglich der Umsetzung des § 19 PflBG als nächsten Schritt eine schnellstmögliche Durchsetzung einer einheitlich tarifgebundenen Ausbildungsvergütung. Als Maßstab sollte die aktuelle Vergütung der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege nach TVÖD dienen. Über die Einfügung einer Ausbildungsumlage in den Gesamtpflegesatz wäre in diesem Zusammenhang ebenfalls zu diskutieren. Eine Allgemeinverbindlichkeit könnte unter Beteiligung entsprechender Akteure über einen angemessenen Muster-Tarifvertrag geregelt werden.
- der Staatsregierung die Überprüfung der Fördermittelausstattung aller Pflegeschulen mit dem Ziel der Verbesserung der Ausstattung der Pflegeschulen, um sowohl die Ausbildungsbedingungen als auch die Ausbildungsqualität für Lehrkräfte und Lernende attraktiver zu gestalten.
- die Potenziale der Digitalisierung zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege stärker zu nutzen. Nicht nur Leistungserbringer, sondern auch Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sollten hinsichtlich dieser Entwicklung berücksichtigt werden. Das Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege des Bundes vom Mai 2018 beinhaltet eine 40-prozentige Kofinanzierung (einmalig) für die Anschaffung von entsprechender digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12 000 Euro. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission die gleichberechtigte Einbindung der Berufsfachschulen in das Förderprogramm der Bundesregierung zur Digitalisierung.
- dem SMWK eine stärkere Digitalisierung an den sächsischen Hochschulen voranzutreiben. Ziel ist es, umfangreiche digitale Lehrmedien (z. B. Zugang zu Datenbanken) und im nächsten Schritt stärkeres Distanzlernen sowie den Einsatz von Simulationen umzusetzen. Langfristig ist diese fortlaufende Modernisierung zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit und der Qualität der Ausbildung unverzichtbar.
- auf Bundesebene die aktuelle Einstufung der dreijährigen staatlich anerkannten Ausbildungsabschlüsse in der Pflege innerhalb des DQR auf dem Niveau 4 zu überarbeiten und anzuheben. Eine Anpassung der Einstufung in das DQR-Niveau 5 könnte zu einer verbesserten internationalen Wettbewerbsfähigkeit und einer gehobenen Akzeptanz der Ausbildungsberufe in der Pflege führen.
- der Staatsregierung auf Länderebene bis zu einer möglichen Novellierung des PflBRefG, mit den betroffenen Berufsständen nach internationalem Vorbild langfristig über eine teilweise Substitution medizinischer Leistungen in den Pflegebereich anstelle der Delegation zu verhandeln bzw. positive Ergebnisse aus den Modellprojekten nach § 63 c SGB V regelhaft für Pflegefachberufe zu implementieren sowie erfolgreich erprobte Ansätze wie Community Health Nursing, Advanced Nursing Practice weiter zu fördern und auszubauen.
- mögliche Hemmnisse bei Initiierung und Umsetzung derartiger Modellprojekte zu ergründen und durch den Bundesgesetzgeber abzustellen.
- der Staatsregierung in den Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Pflegediensten feste und den Anforderungen gerecht werdende Personalmengen und -schlüssel

anzusetzen. Deren Einhaltung ist zu kontrollieren, ggf. sind Zielvereinbarungen abzuschließen bzw. Sanktionen vorzunehmen. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass Auszubildende nicht für das Erreichen von Personalschlüsseln oder Personaluntergrenzen berücksichtigt werden.
- den Ausbildungsstätten verstärkt darauf hinzuwirken, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen (verhaltens- und verhältnispräventiv) für Auszubildende im Rahmen ihrer Berufssozialisation einen wachsenden Stellenwert erhalten.

5.6.3 Empfehlungen zur Akademisierung

Aktuell erfolgt der Großteil der pflegerischen Berufsqualifizierung im Freistaat Sachsen, wie in weiten Teilen Deutschlands, im Rahmen der schulischen Ausbildung. Im internationalen Vergleich ist ein Trend in Richtung einer stärkeren Akademisierung der Pflegeberufe deutlich zu erkennen. Die Regelungen des reformierten PflBG zur Akademisierung der Pflegeberufe signalisieren bereits eine Bewegung in diese Richtung. Auch im Freistaat Sachsen gibt es bereits einige Angebote für hochschulische Qualifikationen in der Pflege. Über die Weiterentwicklung und den Ausbau der Studiengänge im Bereich Pflege in Sachsen haben sich die Hochschule Zittau/Görlitz, die Westsächsische Hochschule Zwickau und die Evangelische Hochschule Dresden verständigt. Langfristiger Plan ist es, ein aufeinander abgestimmtes, nach Schwerpunkten gegliedertes akademisches Angebot sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterniveau zu entwickeln. Ziel ist es auch, für die Pflege am Bett hochqualifiziertes Personal auszubilden.

Nachfolgend werden Handlungsempfehlungen gegeben, die langfristig zu einer erfolgreichen Akademisierung in der Pflege beitragen können.

Ergänzend wird den Empfehlungen vorangestellt, dass diese auf Basis der aktuellen Gestaltung der Pflegelandschaft vorerst nur bedingt realisierbar sind. Deshalb gilt es, die gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Pflege so anzupassen, damit für die Leistungserbringer der Einsatz akademischer Pflegekräfte attraktiv wird und deren Einsatzgebiete in der Praxis gesichert sind. Um die Bachelorabsolventinnen und -absolventen der pflegequalifizierenden Studiengänge qualifikationsangemessen einzusetzen und deren erweiterte Kompetenzen in der Praxis nutzen zu können, sind entsprechende Konzepte zur Umsetzung eines Qualifikationsmixes in den Einrichtungen zu erarbeiten. Eine innerbetriebliche Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen ist für diesen Prozess wichtig. Grundlegende Rahmenbedingungen sind auf Bundes- und Landesebene so zu gestalten, dass eine stärkere Akademisierung der Pflege möglich wird. Unter anderem müssen Einsatzmöglichkeiten in der Praxis und Finanzierungsfragen akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte geklärt werden.

Die Kommission empfiehlt weiterhin,

- der Staatsregierung im Rahmen des Hochschulentwicklungsplanes die Erarbeitung eines ganzheitlich abgestimmten und an den Schätzungen des Wissenschaftsrates[121] ausgerichteten, flächendeckenden Konzeptes für die Studienangebotslandschaft im Fachbereich Pflege im Freistaat Sachsen. Um Ressourcen effektiv einzusetzen, wird die Schwerpunktlegung an den verschiedenen Hochschulstandorten als geeignet erachtet. Von dem Versuch, innerhalb eines Bundeslandes an jedem Standort möglichst viele verschiedene Spezialisierungen anzubieten, wird

121 Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt eine Akademisierungsquote in der Pflege von ca. 10 %.

abgeraten. Eine geeignete Grundlage bietet das im Juni 2018 vorgelegte Papier der sächsischen Hochschulen *„Pflege in Sachsen“ Gemeinsame Absprache in der Weiterentwicklung und im Ausbau der Studiengänge im Bereich Pflege in Sachsen“*. Ein erster Schritt ist die Einrichtung des Studienganges „Pflegewissenschaft/-Management“ an der Hochschule Zittau/Görlitz, welcher ab WS 2020/21 starten soll. Entsprechende finanzielle Mittel sind dafür seitens des Landes bereitzustellen. Konkrete Bedarfe an akademisch ausgebildeten Pflegekräften sind zu ermitteln und die Studienplatzkapazitäten danach auszurichten. Während kurzfristig der Fokus zunächst auf der Schaffung ausreichender Studienplätze für die Bachelorausbildung in der Pflege liegen sollte, erfordert die strategische Planung ebenfalls den Ausbau anschließender Masterangebote für die patienten- und pflegebedürftigenorientierte Versorgung (z. B. für die Intensivpflege, Gerontologie oder Psychiatrie). Bachelorabsolventinnen und -absolventen erhalten dadurch perspektivisch weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten.

- die Schaffung neuer Ausbildungs-/Weiterbildungsstudiengänge mit entsprechenden Schwerpunktsetzungen in Family- und Community Health Nursing, um damit Präventionsansätze noch stärker im System zu verankern. Beispielsweise liegt ein entsprechendes Konzept der Evangelischen Hochschule für einen Studiengang Master Community Health Nursing (CHN) vor. Dessen Erprobung ist ab 2019 geplant. Ein Regelbetrieb wäre ab 2020 möglich.
- landesweit eine Empfehlung für ein einheitliches Curriculum zu den primärqualifizierenden Pflegestudiengängen zu entwickeln, die einen inhaltlichen Rahmen vorgibt. Die verfassungsrechtlich geschützte Freiheit von Forschung und Lehre darf dabei jedoch nicht verletzt werden. Die hochschulübergreifende staatliche Studiengangsvereinheitlichung liegt in der Verantwortung des Bundes. Vorgelagerte Maßnahme wäre demnach die Schaffung entsprechender bundesrechtlicher Vorgaben. Durch die Vereinheitlichung von Strukturen, Zielen, Inhalten und Prüfungen hätten Arbeitgeber eine bessere Orientierung, wie Absolventinnen und Absolventen angemessen eingesetzt werden können.
- eine verstärkte Berücksichtigung der Vorgaben zur Umsetzung des neuen PflBG und enthaltenen Zielvereinbarungen im Hochschulkontext. Die Kommission empfiehlt in diesem Zusammenhang u. a.
  - dem SMWK Regelungen zur Finanzierung der grundständigen Pflegeausbildung an den Hochschulen (Primärqualifizierung),
  - dem SMS Regelungen zur Umsetzung der Praxisanleitung und Praxisbegleitung sowie
  - dem SMK Regelungen zur Handhabung mit Kooperationsverträgen zwischen Hochschulen, Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen zu finden.

  Dies macht eine entsprechende Mittelausstattung der Praxis bzw. der Hochschule erforderlich. Dafür wäre eine Anpassung der bis Ende 2024 abgeschlossenen Zuschussvereinbarung mit den sächsischen Hochschulen notwendig.
- freiwillige hochschulübergreifende Absprachen über Eckpunkte von Personalausstattung und Qualifikationsanforderungen für die Lehrkräfte der Pflegestudiengänge zu treffen, da diese zukünftig auch Verantwortung für die Praxis übernehmen sollen. Besonders die Anleitung und Begleitung von Studierenden in der Praxis bindet viele Ressourcen. Verbindliche Regelungen sind jedoch aufgrund der Freiheit von Forschung und Lehre nicht umsetzbar.
- der Staatsregierung sich auf Bundesebene weiterhin dafür einzusetzen, das Pflegeberufegesetz für eine akademische Ausbildung durch die Berufsakademie zu öffnen, um vorhandene Kapazitäten für die Ausbildung zu nutzen. Kriterium für die Einrichtungen sollte jedoch die Vergabe der staatlichen Abschlussbezeichnung „Bachelor“ sein, um den akademischen Charakter des Studiums sicherzustellen.

- auf Bundes- und Landesebene über die Umsetzung einer Entwicklungsförderung des akademischen Mittelbaus sowie von Doktorandenprogrammen zu diskutieren, um langfristig gut qualifiziertes Lehrpersonal für die Pflegestudiengänge ausbilden zu können. Aktuell ist der zukünftige Lehrkräftebedarf für die akademische Ausbildung noch nicht abzuschätzen. Dafür sind aus Sicht der Kommission zukünftig Vorgaben durch den Bund erforderlich. Auch die Forschung und Strukturentwicklung kommt durch den fehlenden wissenschaftlichen Nachwuchs teilweise zu kurz, da das verfügbare akademische Personal vorwiegend in der Lehre beschäftigt ist. Karrierewege für akademische Nachwuchskräfte sollten attraktiv gestaltet und bekannt gemacht werden, um vorhandene Personallücken langfristig zu schließen.
- Qualitätskriterien für hochschulische Lehreinrichtungen, für die Pflege sowie für das hochschulische Praxislernen einzuführen. Eine Arbeitsgruppe der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft entwickelt derzeit solche Qualitätskriterien. Ergebnisse werden Ende 2018 erwartet.
- akademisch ausgebildetes Pflegepersonal systematisch in den Pflegeprozess einzugliedern. Dafür sind qualifikationsadäquate Einsatzmöglichkeiten und Zuständigkeitsbereiche in der Praxis zu entwickeln und eine Abgrenzung dieser zu nicht akademisch ausgebildetem Pflegepersonal vorzunehmen. Entsprechende Vorbehaltsaufgaben für die jeweiligen Qualifikationsstufen können ein adäquates Mittel sein. Der daraus resultierende Skill-Grade-Mix ist systematisch in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Die Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012) zum Anteil akademisch qualifizierter Pflegekräfte soll vorerst als Orientierung dienen. Langfristig sollte diese von einem kontinuierlichen Personalmonitoring abgelöst werden. In diesem kann eine Abbildung konkreter Bedarfe, aufgeschlüsselt nach fachlichen Spezialisierungen, erfolgen.
- durch die Bildung tragfähiger lokaler und regionaler Partnerschaften zwischen Hochschule und Praxiseinrichtung bereits während des Studiums den Übergang in den Beruf zu erleichtern, um ein frühzeitiges Abwandern in andere Berufe zu verhindern.
- den akademischen Einrichtungen beispielsweise in Kooperation mit dem Statistischen Landesamt, den Berufseinstieg der Absolventinnen und Absolventen und den Verbleib im Beruf zu evaluieren, um dadurch kritische Faktoren für die Berufszufriedenheit und den Verbleib im Beruf zu identifizieren.

5.6.4 Empfehlungen zur Umsetzung der Praxisanteile in Ausbildung und Studium

Die Praxisanleitung ist ein elementarer Bestandteil für die schulische und akademische Ausbildung. Engpässe in der Umsetzung der Praxisanleitung sollen dringend behoben werden. Ein Ansatz dafür ist, aus Sicht der Kommission, die Aufwertung und Neuregelung der Praxisanleiterinnen- und Praxisanleiter-Weiterbildung, u. a. durch eine Überarbeitung der Weiterbildungsordnung sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter. Eine regelmäßige Weiterbildung sollte verpflichtend sein.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission,

- im Hinblick auf die Begleitung von zukünftig mehr Bachelorstudierenden während ihrer Ausbildung eine Qualifikation auf gleicher Bildungsebene. Deshalb sollten Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter perspektivisch zum Studium motiviert und dahin gehend unterstützt werden. In diesem Zusammenhang sollte über die Erweiterung des Studienangebotes im Freistaat in Richtung Pädagogik im

Gesundheits- und Pflegebereich zur Ausbildung der Praxisanleiter diskutiert und zeitnah Studiengangskonzepte vorgelegt werden.

- der in § 6 Abs. 3 PflBG geforderte Umfang von 10 % für die praktische Betreuung durch Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter muss durch die Hochschulen sichergestellt und in der Personalplanung berücksichtigt werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die tatsächliche Umsetzung zu legen. Den Einrichtungen sind dafür entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- auf Bundesebene die notwendige Anzahl von Lehrkräften an Pflegeschulen im Zusammenhang mit der Lehrer-Schüler-Relation (Schlüssel 1:20) zu überprüfen. Zusätzliche Aufgaben, z. B. Praxisbetreuung, erhöhter Lernförderbedarf einzelner Schülerinnen und Schüler, sozial-psychiatrischer Betreuungsbedarf sowie Schul- und Curriculumsentwicklung, erfordern einen erheblichen Zeitaufwand und sollten in die Berechnung einbezogen werden.
- die Auszubildenden gänzlich bei der Berechnung des jeweiligen Personalschlüssels in den Pflegeeinrichtungen außen vor zulassen.
- in Ergänzung zum klassischen theoretischen und praktischen Lernen neue Modelle umzusetzen, die den Theorie-Praxis-Transfer unterstützen. In diesem Zusammenhang sollte den Pflegeschulen und Hochschulen die Umsetzung neuer Formen des praktischen Lernens – z. B. des arbeitsverbundenen und des arbeitsorientierten Lernens – erleichtert werden. Eine vermehrte Umsetzung der bestehenden Regelung gemäß § 38 Abs. 3 PflBG zur Ersetzung geringer Anteile der Praxiseinsätze in Einrichtungen durch praktische Lehreinheiten an der Hochschule nach landesrechtlicher Genehmigung könnte ebenfalls zu einer Qualitätssteigerung und Entlastung der Praxis beitragen..
- der Bundes- bzw. der Staatsregierung derartige Modelle zur Entwicklung, Erprobung und Implementierung innovativer Lehr- und Simulationsformen in der Pflegeausbildung und im Pflegestudium zu fördern, die auch Aspekte des digitalen Lehrens und Lernens umfassen.

5.6.5 Empfehlungen zur Nachwuchsgewinnung

Nach aktuellen Prognosen wird es u. a. aufgrund von beruflichen Wanderungsbewegungen sowie steigenden Bedarfen durch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit eine große Herausforderung, genügend Pflegekräfte auf den verschiedensten Qualifikationsstufen auszubilden. Die meisten der aktuell Beschäftigten erreichen bis 2030 das Renteneintrittsalter und scheiden aus dem Beruf aus. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um diese Lücke zu schließen. Die aktuellen Ausbildungszahlen werden dafür nicht ausreichen.

Die Kommission empfiehlt der Staatsregierung eine Auswertung der Ergebnisse der Initiative Pro Pflege Sachsen durchzuführen sowie eine Aktualisierung des Rechenmodells zur Ermittlung des Bedarfs an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege vorzunehmen.

Über die Quantität der Ausbildungszahlen hinaus müssen die Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie die Berufszufriedenheit in den Blick genommen werden. Diese haben einen besonderen Einfluss auf das Ergreifen des Pflegeberufes, dessen dauerhafte Ausübung oder einen Wiedereinstieg. Diese Faktoren gilt es langfristig zu verbessern und erreichte Fortschritte öffentlichkeitswirksam zu kommunizieren, um einen positiven Wandel des Images des Pflegeberufes zu erreichen.

Auch der Bedarf an Lehrkräften an den Pflege- bzw. Hochschulen muss berücksichtigt werden. Lehrpersonal muss in ausreichender Zahl und mit entsprechendem Qualifikationsniveau einsetzbar sein. Die Kommission empfiehlt dem SMK und dem SMWK, entsprechende Maßnahmen zur Absicherung des Lehrkräftebedarfs zu entwickeln.

Weiterhin empfiehlt die Kommission,

- den Ausbildungsträgern vor Ausbildungsbeginn umfangreich über die Inhalte und beruflichen Möglichkeiten der schulischen bzw. akademischen Ausbildung in der Pflege weiterhin und verstärkt zu informieren. Durch eine fundierte Beratung im Vorfeld können Missverständnisse ausgeräumt, Vorurteile abgebaut und die Entscheidung für den Pflegeberuf unterstützt werden. Eine gute Informationskultur kann auch die Abbrecherquote reduzieren und interessierte Auszubildende können für alle Qualifikationsebenen gewonnen werden.
- auf kommunaler bzw. Landesebene die Schaffung von Beratungsangeboten, durch welche die Pflegeberufe den Menschen, die über einen Wiedereinstieg in den Beruf oder über einen Wechsel aus einem anderen Berufsfeld nachdenken, in geeigneter Form nähergebracht werden. Dabei sollte das Angebot von Teilzeitausbildungen für diesen Personenkreis ausgeweitet werden.
- allen beteiligten Akteuren den Zugang und Möglichkeiten zur Ausbildung für Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern und auszubauen.
- Weiterbildungsangebote und Maßnahmen für Pflegekräfte in bzw. nach Elternzeit anzubieten, um diesen eine Rückkehr in die Tätigkeit zu erleichtern.
- den Trägern von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten die Finanzierung von Fortbildungen für Pflegekräfte und die entsprechenden Freistellungen unter Fortzahlung der Vergütung sicherzustellen.
- der Staatsregierung und den Ausbildungsträgern Informationen über alle beruflichen und akademischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte im Freistaat Sachsen in einer Datenbank zusammenzustellen.
- der Staatsregierung eine Aufhebung der Kopplung der Ausbildungszahlen für die Gesundheitsfachberufe an den Krankenhausplan durchzusetzen. Dies betrifft öffentliche Schulen, die in der Trägerschaft einem Krankenhaus eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt als medizinische Berufsfachschulen angegliedert sind. Die Förderung der notwendigen Investitionen für die Ausbildungsstätten ist in § 11 SächsKHG geregelt. Die Höhe der Jahrespauschalen ist u. a. an die Zahl der Krankenhausbetten gekoppelt. Diese Maßgabe limitiert die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze gegenüber den tatsächlich möglichen. Vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Pflege sollte über diese Entkopplung diskutiert werden.
- ambulanten Diensten sich einzeln oder in Verbünden zukünftig weiterhin oder verstärkt in der Ausbildung zu engagieren. Die Förderung des Nachwuchses im ambulanten Sektor ist notwendig, um die Bedarfe aller Sektoren möglichst gleichrangig zu bedienen. Nur mit einer breit aufgestellten Ausbildungslandschaft kann dem Personalmangel in den verschiedenen pflegerischen Einrichtungen entgegengetreten werden.
- Ausbildungsträgern und Pflegeeinrichtungen sowie der Agentur für Arbeit, Ausbildungs- und Studienumsteiger gezielt anzusprechen und zu beraten, um auch Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger für den Pflegeberuf zu gewinnen.

Das Verhindern einer Abwanderung in Sachsen ausgebildeter Pflegekräfte in andere Bundesländer oder Staaten sowie das Verhindern vorzeitiger Berufsausstiege sind die Erfolgsfaktoren zur Sicherung des sächsischen Fachkräftebedarfes.

Die Gewinnung ausländischer Fachkräfte durch Anpassungsqualifizierungen sowie die Ausbildung von Zuwanderern im pflegerischen Bereich ist aus Sicht der Kommission als ein weiterer Baustein zur Unterstützung für die zukünftige Fachkräftesicherung anzusehen. Über diesen Qualifikationsweg können aufgrund des damit verbundenen hohen Verwaltungs- und Ausbildungsaufwandes lediglich geringe Zahlen an Fachkräften gewonnen werden. Eine Steigerung entsprechender Ausbildungszahlen ist dadurch erschwert. Der Erwerb der deutschen Sprache spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle und wird als Voraussetzung für einen Ausbildungsabschluss und eine anschließende Integration in den pflegerischen Arbeitsmarkt betrachtet.

Aus Sicht der Kommission ist deshalb der Erwerb der deutschen Sprache für diese Zielgruppe zu fördern. Darüber hinaus sind Barrieren zur schnellen Anerkennung internationaler Berufsabschlüsse abzubauen. Ein Aufbau auf bis dato erfolgreiche Modellprojekte zur Gewinnung ausländischer Pflegekräfte wird empfohlen.

5.6.6 Empfehlungen zu Fort- und Weiterbildung

Die Kommission empfiehlt,

- auf Landesebene aufbauend auf der generalistischen Pflegeausbildung, Fachweiterbildungen anzubieten, die eine Spezialisierung und Vertiefung ermöglichen. Dazu soll systematisch und wissenschaftlich ermittelt werden, welcher Bedarf für Fachweiterbildungen besteht. Daraus kann ein einheitliches und übersichtliches Weiterbildungs- und Spezialisierungsangebot generiert werden. Fragen der Organisation, Zuständigkeiten und Finanzierung sowie auch Fragen zur Steuerung und Kontrolle der Umsetzung der Fort- und Weiterbildung bis hin zur Pflicht (§ 8 PflBO) sind ebenfalls zu diskutieren.
- im Anschluss an die allgemeine Pflegeausbildung die Möglichkeit einer strukturierten Spezialisierung anzusetzen, die bislang zufällig umgesetzte Maßnahmen ablöst. In der Pflege gewinnt eine zunehmende Spezialisierung aufgrund der Komplexitätszunahme an Bedeutung. Im hochschulischen Bereich sind entsprechende Masterangebote zu entwickeln, die zu einer erweiterten und vertieften Pflegequalifizierung (Advanced Nursing Practice) führen und auch eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen erlauben.
- Weiterbildungseinrichtungen in Zusammenarbeit mit den Hochschulen sowie Einrichtungsträgern durch spezialisierte Fort- und Weiterbildung eine hohe Versorgungsqualität auch für Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen zu unterstützen.
- Weiterbildungseinrichtungen in Zusammenarbeit mit den Hochschulen sowie Einrichtungsträgern mit Blick auf die wachsende Bedeutung der Prävention für die Pflege, verstärkt Qualifikationsmaßnahmen für Leitungs-, Fach- und Assistenzpersonal zu etablieren, die eine strategische Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Pflegeeinrichtungen unterstützen.
- den Kostenträgern und Leistungserbringern gemeinsame Strategien für die Möglichkeit der Umsetzung berufsspezifischer Weiterbildungsmaßnahmen festzulegen. Ein Ansatz ist es, die Freistellung für den Besuch von fachbezogenen beruflich-praktischen Bildungsangeboten systematisch in der Personalbemessung und in den Pflegesätzen zu berücksichtigen.

5.6.7 Empfehlungen zu Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewegen

Die Kommission empfiehlt,

- den Hochschulen die im SächsHSFG vorgesehenen Möglichkeiten für ein Studium ohne Hochschul- oder Fachhochschulzugangsberechtigung nach § 17 bekannter zu machen, um die Zahl fachlich qualifizierter Studienanfängerinnen und Studienanfänger zu steigern. Durch die Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen kann das Interesse an einem weiterqualifizierenden Studium ebenfalls erhöht werden.
- über private Anbieter hinaus auch öffentliche Angebote zu weiterbildenden, berufsbegleitend organisierten Studiengängen auszubauen und möglichst studiengebührenfrei anzubieten. Die Vereinbarkeit von Studium, Beruf und Familie gilt es dabei zu unterstützen.
- der Staatsregierung die Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationsstufen zu fördern. Ansätze dafür sind beispielsweise aufeinander aufbauende Bildungsangebote sowie berufsbegleitende Studienmöglichkeiten. Diese Durchlässigkeit im System der Ausbildung im Pflegeberuf kann einen erheblichen Beitrag zur Attraktivität des Pflegeberufes leisten. Zur Prüfung von Möglichkeiten wird ein Blick über die Ländergrenzen des Freistaates Sachsen hinaus in andere Bundesländer empfohlen.
- die Einrichtung von „Joint Appointments“ zwischen Pflegeeinrichtungen und Hochschulen mittels landesrechtlicher Regelungen zu initiieren. Nach diesem Ansatz sind Hochschullehrkräfte zu einem Teil weiter in einer Pflegeeinrichtung/einem Krankenhaus beschäftigt und können dort Verantwortung für die Entwicklung und praxisrelevante Forschung tragen; der vollständige Rückzug aus der Praxis wird verhindert.

5.7 Literaturverzeichnis

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Amt für Wirtschaftsförderung. (2016). Fachkräfteallianz Dresden. Projekt VAbA – „Vorbereitung junger Asylsuchender auf eine berufliche Ausbildung“.

Augurzky, B.; Heger, D. (2016). Faktenbuch Pflege 2016. Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (rwi).

Beine, M. (2017). Stellungnahme der Cultus gemeinnützige GmbH zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Biederbeck, M. (2017). Stellungnahme des DBfK e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

BMAS. (2017). Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung. Berlin/Bonn: BMAS.

BMBF (Hrsg.). (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Stand: Februar 2014. Bonn: BMBF.

BMBF. (2017). Berufliche Anerkennung ausländischer Abschlüsse zahlt sich aus. Pressemitteilung des BMBF 060/2017. Berlin.

BMBF. (2017a). Berufsbildungsbericht 2017. Bonn: BMBF.

BMBF. (2017b). Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR). https://www.dqr.de/ [22.12.2017].

BMBF. (2017c). Rund um Weiterbildung. Bundesprogramme. http://www.bildungspraemie.info/de/-bundesprogramme.php [14.12.2017].

BMFSFJ. (2017a). Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege. In: BMFSFJ (Hrsg.), altenpflegeausbildung.net. Berlin. https://www.altenpflegeausbildung.net/fachinformationen/ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive.html [17.10.2017].

BMFSFJ. (2017b). Pflegeberufegesetz. Weiterentwicklung der Pflegeberufe. In: BMFSFJ (Hrsg.), altenpflegeausbildung.net. Berlin. https://www.altenpflegeausbildung.net/pflegeberufegesetz.html [12.10.2017].

BMFSFJ. (2017c). Pressemitteilung vom 7. Juli 2017. Bundesrat stimmt Gesetz zur Pflegeberufereform zu. In: BMFSFJ (Hrsg.), altenpflegeausbildung.net. Berlin. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/bundesrat-stimmt-gesetz-zur-pflegeberufereform-zu/117338 [12.10.2017].

BMFSFJ. (2018). Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege. Dresden. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/altenpflegeausbildung/ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive/ausbildungs–und-qualifizierungsoffensive-altenpflege/77248 [05.06.2018].

Bockting, M. (2016). Schriftliche Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 3. Sitzung. Enquete-Kommission.

Bockting, M. (2017a). Schriftliche Stellungnahme des SMS zu der Thematik „Berufsausbildung in den Pflegeberufen, Akademisierung der Pflege sowie Fort- und Weiterbildung“.

Bockting, M. (2017b). Schriftliche Stellungnahme des SMS zum Umsetzungsstand der Initiative Pro Pflege Sachsen.

Braeseke, G.; Krieger, J. (2017). Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege. Informationen für Arbeitgeber. Berlin: BMWi.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2016). Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Bundestags-Drucksache 18/7823. Berlin: Bundesärztekammer.

Bundestag. (2018). Ausschuss für Gesundheit. https://www.bundestag.de/gesundheit [05.07.2018].

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (Hrsg.). Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Bundestags-Drucksache 18/7823. Berlin: bpa e. V.

Buxel, H. (2011). Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Münster.

Cantrell, M., Franklin, A., Leighton, K., Carlson, A. (2017). The Evidence in Simulation-Based Learning Experiences in Nursing Education and Practice: An Umbrella Review. Clinical Simulation in Nursing, 12, 634–667.

DBfK e. V. (2011). Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 2. Aufl. Berlin.

DGP & DPR. (2014). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) und des Deutschen Pflegerates (DPR). Zentrale konzeptionelle Eckpunkte für eine breit aufgestellte hochschulische Pflegebildung. https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/140319_dpr-dgp_stena_hochschulische_qualifikation.out.pdf?m=1395841265& [08.08.2018].

Doolen, J., Mariani, B., Atz, T., Horsley, L., O'Rourke, J., McAfee, K., Cross, C. (2017). High-Fidelity Simulation in Undergraduate High-Fidelity Simulation in Undergraduate Nursing Education: A Review of Simulation Reviews. Clinical Simulation in Nursing, 7, 290–302.

Dosch, E. (2017). Stellungnahme der Universität Vechta zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Ehrentraut, O.; Hackmann, T.; Krämer, L.; Schmutz, S. (2015). Zukunft der Pflegepolitik. Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12275.pdf [01.09.2017].

Evangelische Hochschule Dresden. (2018). „Pflege in Sachsen". Gemeinsame Absprache in der Weiterentwicklung und im Ausbau der Studiengänge im Bereich Pflege in Sachsen. Dresden.

Fischer, T. (2017). Stellungnahme der Evangelischen Hochschule Dresden zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Fischer, U.; Scherb, R.; Matic, K.; Reuschenbach, B. (2015). Neue Wege gehen. Pflegezeitschrift, 67 (10), 614–617.

Foronda, C.; Bauman, E. (2014). Strategies to Incorporate Virtual Simulation in Nurse Education. Clinical Simulation in Nursing, 8, 412–418.

Füge, M. (2017). Stellungnahme des DRK Landesverband Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Fürst, F. (2016). Stellungnahme der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Gkantaras, I.; Mahfoud, Z. R.; Foreman, B.; Thompson, D. R.; Cannaby, A.-M.; Deshpande, D. H. et al. (2016). The effect of Nurse GraduaTeness on patient mortality: a cross-sectional survey (the NuGaT study). Journal of Advanced Nursing, 72 (12), 3034–3044. doi: 10.1111/jan.13059

Görres, S.; Buschmann, L.; Meinecke, P.; Schumski, L.; Stolle, C. (2018). Schriftliche Stellungnahme der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen". 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S. (2016). Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, 6–15.

Große, S. (2017). Schriftliche Stellungnahme des SMK zu der Thematik „Berufsausbildung in den Pflegeberufen, Akademisierung der Pflege sowie Fort- und Weiterbildung“.

Hasseler, M. (2014). Zukunft der Altenpflege. Ein Berufsbild am Scheideweg. Hannover. https://www.vincentz-wissen.de/videos/Zukunft%20der%20Altenpflege%20-%20ein%20Berufsbild%20am%20Scheideweg–VIVI__79VBjGgAGvLP13xSrYFcWf# [23.08.2017].

IHK. (2018). Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR). http://ihk-bic.de/ihk-praxisstudium/deutscher-qualifikationsrahmen-dqr/ [02.01.2018].

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D.; Hylla, J. (2016). Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip).

Jarisch, H. (2017). Stellungnahme der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Jenson, C.; Forsyth, D. (2012). Virtual Reality Simulation: Using Three-Dimensional Technology to Teach Nursing Students. Computers, Informatics, Nursing, 6, 312–318.

Junge, M. (2017). Stellungnahme des Sächsischen Pflegerates (SPR) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Käble, K.; Pundt, J. (2016). Pflege und Pflegebildung im Wandel. Der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, 46.

Klewer, J. (2017). Stellungnahme der Westsächsischen Hochschule Zwickau zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Knöfler et al. (2012). Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. Padua – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 7 (5), 246–251.

Kuphal, A. (2016). Stellungnahme des Sächsischen Pflegerates (SPR) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Landtag Baden-Württemberg. (2016). Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission. „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Stuttgart.

Lotze, A. (2017). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Lotze, A. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zum Thema: Ausbildungsvergütung in der stationären und ambulanten Altenpflege für das Ausbildungsjahr 2017/18.

Lüftl, K. & Kerres A. (2012). „Ich denk mal, dass andere Bereiche (…) die mit Handkuss nehmen“. Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 12 (01), 39–50.

Luntz, J. (2017). Stellungnahme der Pflegedirektion des Carl Gustav Carus Klinikums zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Melzer, M. (2017). Stellungnahme der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Mesech, S. (2017). Stellungnahme des Lehrerverbandes Berufliche Schulen Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Registrierung beruflich Pflegender. (2017). http://www.regbp.de/home.html [11.10.2017].

Reinhart, M. (2017). Stellungnahme der Theologischen Hochschule Friedensau zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Reuschenbach, B. (2017). Stellungnahme der Katholischen Stiftungshochschule München zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Robert-Bosch-Stiftung. (2018). Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland (Manifest). https://www.qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user_upload/downloads/032_18-02-21_RBS_Broschuere_360__Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf [11.07.2018].

SAB. (2017). Sächsische Aufbaubank. Förderprogramme. https://www.sab.sachsen.de/ [14.12.2017].

Schaar, M. (2017). Stellungnahme der Gewerkschaft ver.di zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schöne, K. (2017). Stellungnahme der AWO Akademie Mitteldeutschland zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 13. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schwanke, A.; Bomball, J.; Schmitt, S.; Stöver, M.; Görres, S. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeschulen. Ergebnisse einer Studie zur Bundesweiten Vollerhebung in Pflegeschulen. In: Pflegewissenschaft, 04/2011, 205 – 11.

SMK. (2017). Berufsfachschule für Altenpflege. http://www.schule.sachsen.de/4972.htm [09.10.2017].

SMS. (2014). Pro Pflege Sachsen. Eine gemeinsame Initiative des SMS, der Pflegekassen, des KSV und der Leistungserbringer. Dresden.

SMWK. (2018). Schriftliche Stellungnahme zum Handlungsfeld 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung, Akademisierung der Pflege in Sachsen.

Simon, M. (2017). Stellungnahme der Universität Basel zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Statistisches Bundesamt. (2016). Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Wiesbaden (Wintersemester 2015/2016).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2017). Statistische Kennzahlen zur Ausbildungslandschaft in der Pflege. Schriftliche Stellungnahme von Dr. Richter, Statistisches Landesamt, Oktober 2017. Kamenz: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2018a). Statistisch betrachtet. Pflege in Sachsen. Ausgabe 2018. Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Faltblatt/SB_Pflege_2018.pdf [21.02.2018].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2018b). Zahl der Auszubildenden im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Beschäftigten einer Pflegeeinrichtung/eines Pflegedienstes. Kamenz.

Technische Universität Dresden. (2017). MITZ – Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum. https://tu-dresden.de/med/mf/mitz [12.12.2017].

Vincentz Network GmbH. (2017). Mai: „Advanced Nursing Practice gehört die Zukunft“. Hannover. http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Mai-Advanced-Nursing-Practice-gehoert-die-Zukunft [02.03.2018].

Vincentz Network GmbH. (2018). Reichlich Ärger um Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Hannover. http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Reichlich-Aerger-um-Ausbildungs-und-Pruefungsverordnung/(cpg)/A3514?cpg=A3514&utm_source=newsletter&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Altenpflege_Newsletter_26_KW&utm_content=Reichlich-Aerger-um-Ausbildungs-und-Pruefungsverordnung [05.06.2018].

VPU. (2014). Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis unter Berücksichtigung des Qualifikationenmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt. Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken.

Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf [17.07.2018].

III.c Wichtige Eckpunkte der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur

6 Zuständigkeiten, Kompetenzen und Schnittstellen in der pflegerischen Versorgung

6.1 Die Rolle des Bundes, des Landes und der Kommunen

Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz. Jenseits der im SGB XI und im Zuge der Pflegestärkungsgesetze den Ländern explizit durch Ermächtigung eingeräumten Zuständigkeiten haben die Länder gemäß Art. 72 Abs. 1 GG demnach die Gesetzgebungskompetenz, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat. Den Ländern verbleibt somit überall dort die Gesetzgebungszuständigkeit, wo der Bund keine abschließende Regelung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung getroffen hat. Nach § 9 Satz 1 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Weiterhin obliegt den Ländern die Finanzierung der Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen, welches durch Landesrecht näher bestimmt wird, so § 9 Satz 2 SGB XI. Daraus lässt sich allerdings kein Anspruch der Pflegeeinrichtungen gegen die Länder auf Investitionsförderung begründen (Klie et al., § 9 Rn. 8).

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind daher sämtlich in die Investitionsförderung der Länder einzubeziehen. Der damit eng verbundene Bereich der Sozialversicherung ist jedoch Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung und unterliegt teilweise der Verantwortung des Bundes. Diese Schnittstelle birgt organisatorische Herausforderungen.

Die Pflegekassen ihrerseits sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen (§12 SGB XI)

Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ländern und den weiteren an der Durchführung der Pflege beteiligten Institutionen zur Gewährleistung der erforderlichen Pflegeinfrastruktur ist gemäß § 8 Abs. 1 und 2 SGB XI vorgesehen. Doch auch an die Bedeutung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wird in diesem Zusammenhang appelliert (Juristischer Dienst des Sächsischen Landtages, 2017; Schuster, 2018; Sommerfeld, 2018).

Den Kommunen kommt insbesondere als Träger der Sozialhilfe mit der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege eine besondere Rolle zu (Schuster, 2018). Seit der Umsetzung des PSG III werden sie stärker in die Pflicht genommen. Sie sollen sich intensiv mit der pflegerischen Sozialplanung auseinandersetzen und Versorgungsnetzwerke aufbauen. Im Idealfall besteht die Rolle der Kommune darin, die Entwicklung und Moderation einer bedarfsgerechten und wohnortnahen informellen und formellen Beratungs- und Pflegeinfrastruktur im Zusammenspiel von Case und Care Management zu übernehmen. Auf Landesebene ist es eine wichtige Aufgabe, diese Entwicklung kommunaler Strukturen zielgerichtet zu begleiten und zu unterstützen (Bockting, 2017; Weidner, 2018).

Im Freistaat Sachsen wurde auf Landesebene entschieden, die nach § 7c Abs. 1 Satz 1 SGB XI mögliche Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht umzusetzen. Die Sächsische Staatsregierung spricht sich anstelle der Einführung von Doppelstrukturen und damit verbundenen steigenden Personalaufwendungen für die Stärkung und den Ausbau der bereits implementierten vernetzten Pflegeberatung (Pflegenetz Sachsen und Pflegekoordinatoren) aus. Für die fortschreitende Verbesserung der bestehenden Netzwerkstrukturen ist die enge Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen unverzichtbar.

Um eine gut aufgestellte pflegerische Versorgungsinfrastruktur zu gewährleisten, müssen sowohl die Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene als auch die zivilgesellschaftlichen Akteure auf regionaler Ebene ihre Verantwortung wahrnehmen. Eine besondere Rolle spielt dabei die Handlungsfähigkeit der Kommunen (Altenberichtskommission, 2016, VI; Hausen, 2017). Demnach sollte die Planung von Maßnahmen der kommunalen Daseinsvorsorge grundsätzlich als ein integrierter und zentraler Bestandteil der Stadt-, Gemeinde- und Ortsentwicklung verstanden werden. Gesamtkonzepte, die auf die verbesserte Teilhabe und Lebensqualität der älteren und pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet sind, sind vorrangig umzusetzen. In diesem Prozess ist die Kommune Träger der Gesamtverantwortung für die Altenhilfe und sorgt als steuernder und koordinierender Akteur für die Einbindung der Beteiligten. Bund und Länder unterstützen die Kommunen in diesem Prozess politisch und wo nötig auch finanziell (Altenberichtskommission, 2016, VIII).

Mit der Richtlinie „Regionale Pflegebudgets“, welche im Mai 2018 beschlossen wurde, stellt der Freistaat Sachsen im Rahmen des „Zukunftspakts Sachsen“ zusätzliche Mittel zur Unterstützung der Kommunen zur Verfügung. Die sächsischen Landkreise und kreisfreien Städte erhalten kurzfristig 50 000 Euro. Diese Mittel sollen u. a. die Arbeit der Pflegekoordinatoren unterstützen und den Kommunen dabei helfen, ihre regionalen Strukturen den tatsächlichen Bedürfnislagen besser anzupassen (SMS, 2018a).

Besondere Herausforderungen ergeben sich aus den unterschiedlichen Entwicklungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Aufgrund der unterschiedlichen regionalen und demografischen Veränderungen, sind für die Einzelregionen individuelle Fachplanungen notwendig. Entscheidend für eine regionaldifferenzierte Versorgung ist, dass sich Leistungserbringer und -träger an den spezifischen Bedarfen der Bevölkerung vor Ort orientieren. Dies ist nicht die alleinige Aufgabe der kommunalen Planung, sondern sie gibt Planungshilfen. Demnach setzt eine verbesserte bedarfs- und bedürfnisorientierte pflegerische Versorgung eine enge Zusammenarbeit der Kommunen mit den Leistungsträgern und -erbringern voraus (siehe auch Kapitel 7.4) (Hämel, 2017; Helms & Dumke, 2016; Sommerfeld, 2018).

Aus finanzieller Sicht betrachtet, ist nach Hochrechnungen des Raffelhüschen-Gutachtens (2011, S. 23; S. 65 ff.) bezüglich der Ausgabenentwicklung der Landkreise für die Grundsicherung im Alter zukünftig von einer deutlichen Steigerung auszugehen. Da die Pflegeversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit lediglich sozial absichern soll, ist bei dieser Teilkostenversicherung[122] mit steigenden Pflegekosten und damit zusammenhängenden ansteigenden Kosten der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen für die pflegerische Versorgung zu rechnen. Langfristig kann dies zu einer Verschiebung der Leistungen aus dem SGB XI hin zu Leistungen des

122 ugs. „Teilkasko-Versicherung“, siehe Glossar

SGB XII führen. Sowohl für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (KSV Sachsen) als auch für die Kommunen ergeben sich daraus steigende Ausgaben für die Hilfe zur Pflege und damit verbunden erhebliche finanzielle Belastungen.

6.2 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung kommt es durch Schnittstellenprobleme teilweise zu Fehl- oder Unterversorgungen von Pflegebedürftigen. Ursachen werden besonders in den unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien der Kranken- und Pflegeversicherung gesehen.

So treten beispielsweise Probleme bei der Abrechnung der Leistungen in der medizinischen Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auf. Des Weiteren gibt es Organisationschwierigkeiten bei der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Es bestehen vielfältige Optimierungspotenziale in diesen Bereichen (Nitsche-Neumann, 2017; Simon, 2017).

Die sektorale Trennung der Versorgung ist auch für Pflegebedürftige häufig schwer zu durchdringen. Betroffene sind auf Unterstützung durch Angehörige oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer angewiesen, da sie nicht selten mit den komplexen Versorgungsübergängen überfordert sind (Hämel, 2017; Pöhler, 2016).

Besonders häufig treten Schnittstellenprobleme beim Versorgungsübergang von Krankenhausbehandlungen in die Anschlussbehandlung auf und es kommt zu Lücken in der durchgehenden Versorgung. Auftretende Probleme sind meist Kommunikationsstörungen, mangelhafte Informationsweiterleitung und Therapieunterbrechungen. Daraus können vermeidbare Komplikationen resultieren und zu Wiederaufnahmen ins Krankenhaus führen (Heberlein & Heberlein, 2017, 217 ff.). Auch bezüglich der medikamentösen Versorgung bestehen beim Übergang von stationärer in die ambulante Behandlung deutliche Optimierungspotenziale. Patienteninnen bzw. Patienten und Angehörige fühlen sich nach der Entlassung in die eigene Häuslichkeit häufig schlecht über Wohnraumanpassungsmaßnahmen oder die verordnete Medikation informiert. In der Folge kann das mit Verunsicherung oder sogar gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen. Dies ist nicht zuletzt mit sozialen und gesundheitlichen Risiken sowie aus ökonomischer Sicht mit erheblichen Folgekosten verbunden.

Vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 72 SGB V), dem gesetzlichen Sachleistungsanspruch der Versicherten (§ 2 SGB V) und der bestehenden Pflicht zur Sicherstellung des Entlassmanagements durch die Krankenkassen (§ 39 Abs. 1a SGB V) bedarf diese Situation dringender Verbesserung.

Weitere Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern bestehen insbesondere in Bezug auf Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (SGB IX). Bezüglich der Übernahme von Betreuungsdiensten in die Regelversorgung treten bei den Übergängen Probleme bei Zuständigkeiten (neuer Leistungserbringer) und Anspruchsprioritäten (neue Sachleistungen) auf (Jacobs et al., 2016, 148 f.). Auch das 2017 verabschiedete Bundesteilhabegesetz bietet dafür vorerst keine entscheidende Lösung an (BMAS, 2018, 27 ff.; Pöhler, 2016).

Die Trennung der Sozialgesetzbücher wirkt in vielen Fällen als Barriere in der Ausgestaltung eines ganzheitlichen Pflegesystems.

Eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation sollte das Ziel von ganzheitlichen Konzepten zur pflegerischen Versorgung sein. Nach aktuellen Erkenntnissen wird das Versorgungsmanagement (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V) als geeignete Möglichkeit bewertet, um die gesamte medizinische und pflegerische Versorgung auch unter Berücksichtigung der Transparenz und Effektivität zu organisieren (Heberlein & Heberlein, 2017, S. 219; Landtag Mecklenburg-Vorpommern, 2016, 143 f.). Case-Management, Care-Management sowie Quartiersansätze sind dabei von besonderer Bedeutung, um bestehende Schnittstellen beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung, die ambulante oder die stationäre Pflege zu überwinden (Helms & Dumke, 2016; Pöhler, 2016) (siehe Kapitel 7). Die Möglichkeit, präventive Hausbesuche regelhaft vorzuschalten, könnte ein zusätzlicher Beitrag zu einer verbesserten Information und Beratung sein (Weidner, 2018).

Durch diese auf Kontinuität ausgelegten Steuerungskonzepte kann es gelingen, Versorgungsprobleme zu vermeiden. Zum richtigen Zeitpunkt kann regional und morbiditätsorientiert die richtige Unterstützung vermittelt und Versorgungsübergänge begleitet werden. Grundvoraussetzung dafür ist jedoch eine gute lokale Vernetzung der Akteure, um die Abläufe fließend ineinander übergreifend und ohne Versorgungslücken zu gestalten (Meusel, 2017). Eine höhere Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens könnte daraus folgen und entstehende Synergien könnten Kosten sparen – aber insbesondere würden die Pflegebedürftigen profitieren (Hausen, 2017; Pöhler, 2016).

Im Freistaat Sachsen berät der bestehende Landespflegeausschuss neben Fragen der Pflegeversicherung auch Ansätze zu sektorenübergreifenden Schnittstellen im Pflegesystem (Bockting, 2017).

Darüber hinaus besteht nach Maßgabe des § 90a Abs. 1 SGB V die Möglichkeit, nach landesrechtlichen Bestimmungen ein gemeinsames Gremium mit den beteiligten Akteuren zu bilden. Dies gibt ebenfalls Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ab (Juristischer Dienst des Sächsischen Landtages, 2017). Dieses Gemeinsame Landesgremium mit 13 Mitgliedern und 2 Patientenvertretern arbeitet seit 2013[123].

Um die Qualität des Entlassmanagements in der Pflege zu sichern, wurden 2004 durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) die nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ entwickelt (Heberlein & Heberlein, 2017, 222 ff.). Seit Oktober 2017 gibt es einen verbindlichen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement, welcher den Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung regelt (§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V). Dieser umfasst auch die Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung des Versicherten unter Einbindung der Pflegeeinrichtung im Sinne des Paragraphen 11 Abs. 4 S. 4 SGB V. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese neue Regelung in der Praxis etabliert. Eine Evaluierung des Prozesses sowie der Ergebnisse ist bundesgesetzlich nicht vorgesehen. Auch Sanktionierungen bei Nichteinhaltung des Rahmenvertrages sind nicht geregelt.

123 Link: https://www.gesunde.sachsen.de/landesgremium.html

Auf der kommunalen Ebene besteht eine Zusammenarbeit mit den Pflegekassen, um die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nach § 69 SGB XI zu unterstützen. Diese findet vorwiegend in den Bereichen regionale Bedarfsanalyse und Prozessevaluierung, Zulassung, Steuerung und Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen, sozialräumliche Angebotsentwicklung und Projektarbeiten mit Quartiersbezug statt. Im kommunalen Auftrag agieren die Pflegekoordinatoren mit ihrer Vor-Ort-Beratung neben dem Beratungsangebot der Pflegekassen. Sie sind eine wichtige wohnortnahe Anlaufstelle für eine umfassende neutrale Beratung, Vermittlung von Angeboten sowie Begleitung (siehe Kapitel 8.3.1). Die strukturierte Abstimmung mit den regionalen Partnern der komplexen Angebotslandschaft formeller und informeller Pflege über sektorale Grenzen hinweg spielt eine bedeutende Rolle. Aufgrund der kommunalen Verantwortung ist die Ausgestaltung dieses Angebotes individuell sehr unterschiedlich. Dennoch ist sicher, dass Pflegekoordinatoren dazu beitragen können, bestehende Schnittstellen im System zu überwinden. Sie fungieren als Lotsen im Pflegenetzwerk und verstärken den Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren. Darüber hinaus kann sich diese Vernetzung positiv auf die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirken (Graffmann-Weschke, 2017; Hausen, 2017; Schuster, 2018; Schwabe, 2017).

Im Freistaat Sachsen wurde der Handlungsbedarf bereits erkannt. Im Rahmen der Arbeit des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V wurden Marienberg und Weißwasser als Modellregionen für ländliche Gesundheitszentren ausgewählt. Dabei soll u. a. auf die Schaffung von sektorenübergreifenden Lösungen gezielt werden, um vorhandene ärztliche Kapazität und Synergien effektiver nutzen zu können. Es ist ebenfalls vorgesehen, zu prüfen, ob es Maßnahmen für die Nachhaltigkeit der medizinischen Versorgung von Heimbewohnerinnen/-bewohnern bedarf und, wenn ja, welche Ansatzpunkte diesbezüglich möglich sind (SMS, 2018).

Ein im Juni 2018 in Baden-Württemberg abgeschlossenes Modellprojekt[124] zur sektorenübergreifenden Versorgung ist noch umfangreicher. Ansatz dieses Projektes ist es, ambulante und stationäre Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege und palliative Medizin sowie ehrenamtliche Strukturen enger miteinander zu verzahnen und zusammenzudenken. Damit sollen Sektorengrenzen abgebaut und Impulse für zukünftige Versorgungskonzepte gegeben werden (Deutsches Ärzteblatt, 2018).

Ein weiteres Gremium, das auf Landesebene arbeitet, ist das Steuerungsgremium zur Landesrahmenvereinbarung Präventionsgesetz[125], ebenso wie Kranken- und Pflegekassen sowie die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. daran, mithilfe engagierter Netzwerkpartner u. a. in dem Zielbereich „Gesund im Alter“ im Freistaat Sachsen Projekte zur Gesundheitsförderung zu implementieren. Unterstützend wird u. a. durch die zuständigen Träger der Landesrahmenvereinbarung noch in 2018 eine Informations- und Vernetzungsstelle zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bei der Geschäftsstelle der Landesrahmenvereinbarung eingerichtet. Ziel ist es, stationäre Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen zu beraten, zu begleiten und zu vernetzen. Bis Ende 2019 sollen Träger und

124 Link zum Abschlussbericht: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf.

125 besteht aus 9 Vertretern der GKV/SPV, 1 Vertreter des SMS, 1 Vertreter des SMWA, 1 Vertreter des SMK, 1 Vertreter des SMI, 3 Vertretern der gesetzlichen Rentenversicherung, 1 Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung, 2 Vertretern der kommunalen Spitzenverbände in Sachsen sowie 1 Vertreter der BA.

Akteure stationärer Pflegeeinrichtungen sensibilisiert und befähigt werden, Steuerungsstrukturen im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu initiieren, um gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zu realisieren.

Die Landesrahmenvereinbarung erfüllt damit den gesetzlichen Auftrag aus dem Präventionsgesetz, den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen gemäß Bundesrahmenempfehlung zu fördern und setzt damit die Nationale Präventionsstrategie um.

6.3 Exkurs: Finanzierung

6.3.1 Einleitung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen zum 1. Januar 1995 sollte die Grundlage für eine umfassende Lösung der Pflegeproblematik (so Bundestagsdrucksache 12/5617) geschaffen werden.

Bis dato hatten die Pflegebedürftigen bzw. die Angehörigen im Rahmen der Unterhaltspflicht die Kosten der Pflege selber zu tragen bzw. wurden die Kosten im Rahmen der Sozialhilfe übernommen.

Bis zur Einführung des Sozialgesetzbuch XI ist dabei erkennbar, dass insbesondere die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege angestiegen ist.

So wuchs im „[…] früheren Bundesgebiet […] die Zahl der Leistungsberechtigten von rund 165 000 im Jahr 1963 auf rund 546 000 im Jahr 1990. Mit der deutschen Wiedervereinigung kamen weitere Leistungsberechtigte hinzu. Daher stieg die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland im Jahr 1991 sprunghaft auf rund 655 000 Personen an. 1992 lag sie bei rund 675 000 Personen. Danach ging die Zahl der Empfänger zum Teil stark zurück. Besonders deutlich war der Rückgang in den Jahren 1996 und 1997 durch das Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes zum 1.1.1995 und den daraus resultierenden Leistungen bei der häuslichen Pflege (seit April 1995) beziehungsweise bei der stationären Pflege (seit Juli 1996).“ (Statistisches Bundesamt, 2013).

Das SGB XI sah mit seiner Einführung vor, insbesondere die finanziellen Belastungen von Pflegebedürftigkeit zu mildern (Bundestagsdrucksache 12/5617). Als Teilkostenversicherung sieht sie indes die Begrenzung der Höhe bei grundsätzlich allen Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Leistungsumfang richtet sich allerdings bei den meisten Leistungsarten nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit; darüber hinausgehende Leistungen müssen allerdings vom Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln oder durch die Sozialhilfe finanziert werden (Udsching & Schütze, 2017, Einl. Rn. 2.).

6.3.2 Aktuelle Entwicklungen

Seit Inkrafttreten des SGB XI fanden nicht unerhebliche Veränderungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung statt, welche Auswirkungen auf die Zahl der Leistungsempfänger, die Leistungen selbst und deren Finanzierung haben. Hinsichtlich des Kreises der Empfängerinnen und Empfänger und der Möglichkeiten der Leistungen durch die aktuellen Reformen wird auf Kapitel 1.3, Veränderungen durch die neuen

Pflegestärkungsgesetze, verwiesen. Bezüglich der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (siehe Abbildung 14) ist seit 1995 bundesweit ein stetiger Anstieg der Einnahmen und Ausgaben erkennbar (BMG, 2017).

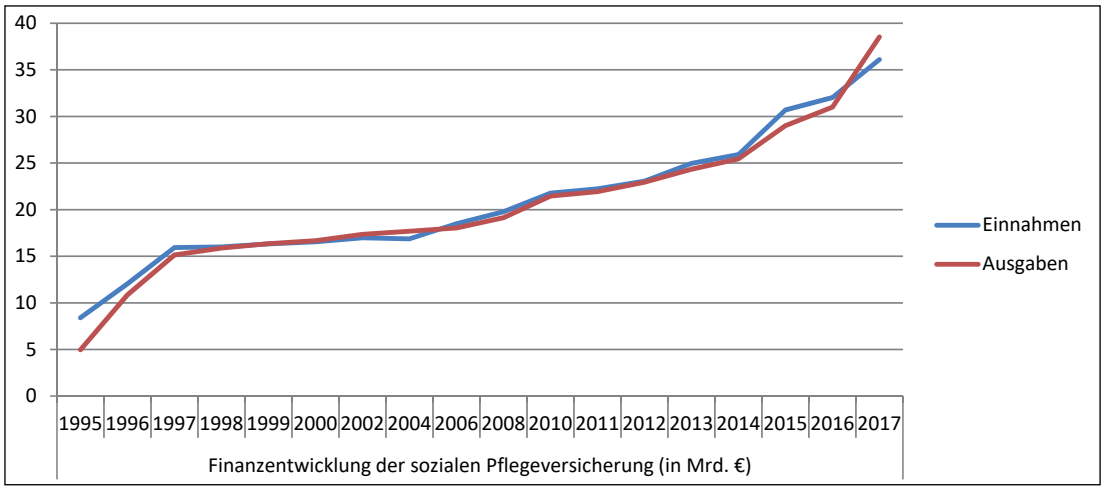

Abbildung 14: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (BMG, 2017).

Bezüglich der Ausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege ist eine unterschiedliche Tendenz erkennbar. So stiegen auf Bundesebene die Ausgaben von ca. 0,2 Milliarden Euro brutto auf 9,1 Milliarden Euro im Jahr 1994 an. Nach Einführung der Pflegeversicherung sanken die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe um mehr als zwei Drittel (68 %) auf jeweils rund 2,9 Milliarden Euro im Zeitraum 1999 bis 2002.

Seit 2003 ist ein leichter Anstieg der Ausgaben zu erkennen und im Jahr 2013 gab der Staat für die Hilfe zur Pflege 3,8 Milliarden Euro brutto aus (Statistisches Bundesamt, 2013).

Für den Freistaat Sachsen zeichnet sich dieser Trend weiter fort. Während im Jahr 2012 die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege fast 61 Millionen Euro betrugen, lagen diese im Jahr 2016 bereits bei rund 73,2 Millionen Euro (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017).

6.3.3 Herausforderungen

Die Herausforderungen im Bereich der Finanzierung sind insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung zu sehen.

Im Fachbeitrag des Statistischen Landesamtes „Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in Sachsen – Entwicklungen 1999 bis 2015 und ein Ausblick bis 2030“ wird bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg von mehr als einem Viertel an pflegebedürftigen Personen gegenüber dem Jahr 2015 gerechnet. „In den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird sich unter angenommenen Voraussetzungen die Zahl der zu betreuenden Personen von 98 733 im Jahr 2015 auf wahrscheinlich mehr als 130 000 erhöhen (….). Das entspricht einem Anstieg von rund einem Drittel.

Unter der Annahme, dass sich das Verhältnis der ambulant zu den stationär betreuten Personen bis 2030 nicht ändert, werden dann mehr als 63 000 Personen (…) ambulant zu versorgen sein und etwa 68 000 (…) stationär.“ (Richter, 2018).

Dieser Anstieg wird entsprechende Auswirkungen auf die Ausgabenseite der Pflegeversicherung haben. Unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen dürfte dies zu steigenden Beitragssätzen (Udsching & Schütze, 2017, Vorbemerkungen zu §§ 131–139, Rn. 1) und/oder zu einem Anstieg der Eigenanteile führen bzw. vermehrt die kommunalen Haushalte (Hilfe zur Pflege) in Anspruch nehmen.

6.4 Handlungsempfehlungen

Die Herausforderung, die es in Bezug auf die Organisation der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur zu bewältigen gilt, ist eine der großen, gesamtgesellschaftlichen Aufgaben vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit älterer und behinderter Menschen.

Bund, Land und Kommunen sind ebenso wie die Akteure vor Ort und jede und jeder Einzelne als Teil der Gesellschaft dazu aufgefordert, Verantwortung für die positive Entwicklung der pflegerischen Versorgung zu übernehmen.

Durch eine gelungene Kombination von professionellen Hilfen, institutionellen Angeboten, bürgerschaftlichen Unterstützungen und nachbarschaftlichen und familiären Hilfen kann, im Sinne des Modells der sorgenden Gemeinschaft, diese Aufgabe bewältigt werden.

Der Freistaat Sachsen wird dabei sowohl seiner pflegerischen Strukturverantwortung im Sinne von § 12 SGB XI als auch seiner koordinierenden und steuernden Funktion zur Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse in unserem Land gerecht.

Ziel ist, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, eine bedarfsgerechte, alle Regionen gleichermaßen abdeckende, qualitativ solide und finanzierbare Versorgungsstruktur weiter auszubauen und zu stabilisieren.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission,

- dem Freistaat Sachsen gemeinsam mit den Akteuren des SGB XI bis zum Ende des Jahres 2020 verbindliche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der vollstationären Pflegestruktur zu entwickeln.
- allen Akteuren des SGB XI dafür Sorge zu tragen, dass ausreichend Kapazitäten vollstationärer Pflegeeinrichtungen vorhanden sind bzw. geschaffen werden.
- allen Akteuren des SGB XI wirksame Maßnahmen im Vorfeld einer Heimaufnahme zu ergreifen, um das Ziel des sogenannten Kompressionsszenarios des Gutachtens „Alter, Rente, Grundsicherung“ zu erreichen. Zahlreiche Handlungsempfehlungen dieses Berichts bieten dafür gute Beispiele und Orientierung.
- dem Freistaat Sachsen, ein Konzept zu entwickeln, künftige Belastungen pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und -bewohner und ihrer Angehörigen zu erleichtern. Dies kann sowohl auf dem Weg institutioneller Förderung (Investitionsprogramm) als auch individueller Förderung (Pflegewohngeld) oder anderer geeigneter Maßnahmen erfolgen. Die Kommission sieht darin einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Altersarmut und Hilfebedürftigkeit im Pflegefall.
- zu prüfen, inwieweit im Freistaat Sachsen ein Landespflegegesetz eingeführt werden muss, in dem die Aufgaben des Landes, der Kommunen und anderer Beteiligter zur Umsetzung ihrer jeweiligen Sicherstellungsaufträge geregelt sind. Den Kommunen wäre damit ein klarer gesetzlicher Auftrag und eine stärkere Planungs- und Vollzugskompetenz zugewiesen.

- den bestehenden Gremien Landespflegeausschuss und Landesgremium nach § 90a SGB V, sich noch intensiver als bisher mit den Schnittstellenproblemen an den Versorgungsübergängen und zwischen den Sozialgesetzbüchern auseinanderzusetzen.
- im Sinne der Umsetzung vielfältiger bedarfsgerechter pflegerischer Angebote, zukünftiger Projekte sowie einer präventiven Langzeitstrategie eine noch engere Zusammenarbeit der Staatsregierung mit der kommunalen Ebene sowie den Kostenträgern, Leistungserbringern und den weiteren beteiligten Akteuren. Ziel ist es, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung in der Gesundheitsversorgung und Pflege voranzutreiben, um ein adäquates Versorgungsangebot besonders in ländlich peripheren Räumen anbieten zu können.
- den Kommunen ihre durch PSG III gestärkte Rolle hinsichtlich der Entwicklung und Moderation einer bedarfsgerechten, informellen und formellen Beratungs- und Pflegestruktur in der Praxis umzusetzen.
- den Kommunen die Pflegekoordinatoren für vernetzende und steuernde Aufgaben im Prozess der Entwicklung differenzierter und bedürfnisgerechter Pflege-, Betreuungs- und Vernetzungsangebote stärker mit einzubeziehen. Diese können als Impulsgeber und Lotsen im System agieren.
  Eine engere Zusammenarbeit der Pflegekoordinatoren mit den Case-Management-Akteuren vor Ort ist ebenfalls zu unterstützen. Der finanzielle Spielraum der Pflegekoordinatoren für besondere Projekte ist dauerhaft zu sichern und weiterzuentwickeln.
- allen Akteuren des SGB XI, den landesweiten Ausbau von Case-Management-Modellen ähnlich den bestehenden Modellprojekten im Land voranzubringen.
- allen Akteuren des SGB XI, das im Sachstand vorgestellte Modellprojekt in Baden-Württemberg als möglichen Best Practice Partner für den Aufbau sektorenübergreifender pflegerischer Versorgung heranzuziehen. Dieses geht über den Ansatz der Modellregionen Marienberg und Weißwasser als ländliche Gesundheitszentren hinaus. Für bestehende Herausforderungen, z. B. Möglichkeiten der Finanzierung, Organisationsstruktur vor Ort sowie Akzeptanz und Unterstützung durch beteiligte Berufsgruppen müssen möglichst zeitnah Lösungen gefunden. Gespräche der entsprechenden Akteure sollten sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene forciert werden.
  Ziel ist es, gemeinsame Ressourcen bestehender Strukturen (z. B. Tagespflegeeinrichtungen) zu nutzen und Pflegebedürftige profitieren von niedrigschwelligen Übergängen zwischen den aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgungseinrichtungen. Kurze Wege bieten die Chance einer hohen Versorgungsqualität.
- den Leistungserbringern, die Möglichkeiten der Digitalisierung und Vernetzung auch in der Pflege stärker zu nutzen, um damit besonders die Versorgung der ländlichen Räume zu sichern. Fördermöglichkeiten sowie gesetzliche und politische Rahmenbedingungen sind seitens der Staatsregierung zu überprüfen und dahin gehend anzupassen.
- im Zusammenhang mit neuen Versorgungskonzepten und -strukturen (Präventive Hausbesuche, Pflegenetzwerk, Quartiersmanagement, Case und Care Management, Advanced Nursing Practice, Community Health Nursing, usw.) ist auch die Qualität damit verbundener Angebote zu prüfen und zu sichern. Möglichkeiten, um dies zu gewährleisten, müssen auf den Weg gebracht werden. Vorzugsweise sind dafür bestehende Strukturen einzusetzen.
- den Akteuren des SGB V die Überprüfung der Umsetzung des 2017 eingeführten verpflichtenden Entlassmanagements sowie ein besseres Zusammenspiel mit den Akteuren des SGB XI.

- die Bereitstellung statistischer Daten zur Pflege durch das Statistische Landesamt an die Kommunen zu verbessern. Dies ist Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Planung der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur.
- hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung die öffentliche Diskussion zum Thema Prävention zu intensivieren und den Stellenwert neben Kuration und Rehabilitation neu zu definieren. Langfristig ist es, dem internationalen Vorbild folgend, auf Bundes- und Landesebene notwendig, eine zukunftsorientierte Präventionspolitik weiter zu verfolgen. In diesem Diskurs sind u. a. pflegebezogene Fragen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Sachsen zu erörtern sowie das Thema Prävention und Pflege insgesamt stärker in den Fokus zu nehmen und Forschungsvorhaben oder Modellprojekte auszubauen (z. B. Prävention von Pflegebedürftigkeit, Prävention im ambulanten Bereich, Präventionsmaßnahmen für Pflegepersonal etc.).

6.4.1 Empfehlungen zum Exkurs Finanzierung

Einhergehend mit den Herausforderungen, wie sie in den anderen Kapiteln des vorliegenden Berichtes dargestellt wurden, erscheint es zielführend, auch die Finanzierung und Systematik der Sozialgesetzgebung, insbesondere der Pflegeversicherung, kritisch zu betrachten.

Die Enquete-Kommission empfiehlt daher,

- der Bundesregierung zu prüfen, ob eine Harmonisierung der relevanten Sozialgesetze bzw. schrittweise Aufhebung der Sektorengrenzen möglich ist, um aktuell herrschende Sektorengrenzen und Schnittstellen-problematiken zu überwinden und zukunftsfähig gestalten zu können.
- der Bundesregierung zu prüfen, inwieweit eine Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen kann. Im Zuge dieser Überprüfung sollte im Interesse der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler neben der Beitragsstabilität auch die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung beachtet werden.
- der Bundesregierung zu prüfen, inwieweit die soziale Absicherung (Rentenanspruch, Krankenversicherung) pflegender Angehöriger zu reformieren ist, um finanzielle Risiken bei reduzierter oder aufgegebener Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflegeübernahme – vor allem von Frauen – abzumildern.
- der Bundesregierung/Staatsregierung auf eine stärkere Inanspruchnahme/Ermöglichung von individuellen Budgetlösungen zur eigenverantwortlichen Sicherstellung der pflegerischen Hilfen (z. B. einheitliche Kriterien für persönliches Budget) und gleichen Zugang zu Leistungen unabhängig von der Versorgungsform hinzuwirken.
- der Staatsregierung zu prüfen, welcher Investitionsbedarf zukünftig nötig ist, um finanzielle Risiken von Pflegebedürftigen und/oder (pflegenden) Angehörigen abzumildern (z. B. durch Pflegewohngeld, (Teil)Übernahme von Eigenanteilen stationärer Pflegeeinrichtungen), alternative Wohnmöglichkeiten auch bei Pflege zu stärken und Innovationen in der Pflege zu fördern (z. B. durch ein Innovationsförderungsprogramm Pflege). Dazu gehören auch Investitionen in den Erhalt bereits bestehender Einrichtungen, bei denen z. B. neue Bau-, Sicherheits- und Brandschutzvorschriften nachträglich umgesetzt werden müssen.
- den Leistungsträgern eine Verlässlichkeit bei der Refinanzierung von Investitionen für die Leistungserbringer zu gewährleisten.

6.5 Literaturverzeichnis

Altenberichtskommission. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Bockting, M. (2017). Stellungnahme SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

BMAS. (2018). Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG). Berlin (Stand: 1. Januar 2018). http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [22.03.2018].

BMG. (2017). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.pdf [04.10.2018].

Deutsches Ärzteblatt. (2018). Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg abgeschlossen. Berlin. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96502/Modellprojekt-zur-sektorenuebergreifenden-Versorgung-in-Baden-Wuerttemberg-abgeschlossen [05.06.2018].

Graffmann-Weschke, K. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK Nordost zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hämel, K. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hausen, A. (2017). Stellungnahme der Katholischen Stiftungsfachhochschule München zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Heberlein, I.; Heberlein I. (2017). Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: Jacobs, K. eta.(Hrsg.), Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 217–228.

Helms, E.; Dumke, C. (2016). Stellungnahme der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S. (Hrsg.). (2016). Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer.

Juristischer Dienst des Sächsischen Landtages. (2017). Rechtsgutachten zu den vom Bundesgesetzgeber erteilten Landesermächtigungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Im Auftrag der Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ vom 06.03.2017. Dresden: Sächsischer Landtag.

Klie, T.; Krahmer, U.; Plantholz, M. (Hrsg.). Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Lehr- und Praxiskommentar).

Landtag Mecklenburg-Vorpommern. (2016). Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Wahlperiode 2011-2016. 1. Auflage. Schwerin: Landtag Mecklenburg-Vorpommern.

Meusel, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Nitsche-Neumann, L. (2017). Ausgewählte Probleme in der ambulanten Versorgung. Überblick aus Sicht des ambulanten Pflegedienstes Lebensdank Pflegemanagement GmbH. Dresden.

Pöhler, S. (2016). Stellungnahme des Beauftragten der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Raffelhüschen, B.; Hackmann, T.; Metzger, C. (2011). Alter, Rente, Grundsicherung. (ARG). Eine Studie für Sachsen. Dresden: SMS.

Richter, B. (2018). Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in Sachsen – Entwicklungen 1999 bis 2015 und ein Ausblick bis 2030. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Fachbeitrage/Fachbeitrag_01_2018.pdf [04.10.2018].

SMS. (2018a). Gesundheit & Pflege – Staatsregierung beschließt Maßnahmenpaket für eine gute Versorgung im Freistaat Sachsen. Medienservice Sachsen. Dresden. https://medienservice.sachsen.de/medien/news/217737?page=1 [25.06.2018].

SMS. (2018b). Gemeinsames Landesgremium nach § 90a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch im Freistaat Sachsen. 7. Sitzung des GemLG am 16. März 2018 (Anlage zum Beschluss 2). https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/BF_Protokoll_Anlage%20zu%20Beschluss%202_Endfassung_26.03.2018.pdf [15.08.2018].

Schuster, P. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Städte- und Gemeindetags (SSG) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. Handlungsfeld „Pflegerische Versorgungsinfrastruktur“. Themenschwerpunkt „Rolle der Kommunen im Pflegesektor im Freistaat Sachsen“. Enquete-Kommission Pflege.

Schwabe, S. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerks Vogtlandkreis zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Simon, M. (2017). Stellungnahme der Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 14. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Sommerfeld, Y. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Landkreistags (SLKT) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. Handlungsfeld „Pflegerische Versorgungsinfrastruktur“. Themenschwerpunkt „Rolle der Kommunen im Pflegesektor im Freistaat Sachsen“. Enquete-Kommission Pflege.

Statistisches Bundesamt. (2013). Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege 2013. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?__blob=publicationFile [04.10.2018].

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2017). Auszahlungen und Einzahlungen der Sozialhilfeträger für Leistungen nach dem SGB XII von 2011 bis 2016 (in 1 000€). https://www.statistik.sachsen.de/html/845.htm#article7238 [04.10.2018].

Udsching, P.; Schütze, B. (Hrsg.). (2017). SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. 5. Auflage. C.H.Beck Verlag: München.

Weidner, F. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

7 Lebensraum Quartier

Mit der Auseinandersetzung eines bedarfsgerechten Wohnumfeldes im Kontext der Pflege und Altenhilfe sind Begriffe wie „gemeindenahe Versorgung“, „altersgerechte Quartiersentwicklung“ oder auch „Sozialraumorientierung“ in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus gerückt. Zur Erfüllung des Wunsches älterer Menschen, auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit möglichst lange im vertrauten Umfeld leben zu können, erscheinen quartiersorientierte Handlungsansätze zukunftsträchtig (Universität Bielefeld, 2012, S. 3). Auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) sieht die Zukunft der Pflege im Hinblick auf die Finanzierbarkeit und Überalterung der Gesellschaft in einer Verlagerung der sozialen Betreuung und Pflege in die Wohngebiete (Gohde, 2017). Ein zumeist unfreiwilliger Umzug in stationäre Einrichtungen lässt sich auf diese Weise vermeiden bzw. zumindest hinauszögern (Kremer-Preiß & Stolarz, 2005, S. 11). Insbesondere für ältere Menschen hat das Quartier bzw. der Sozialraum als Wohnumfeld eine große Bedeutung, da ihr Bewegungsradius größtenteils auf dieses Wohnviertel beschränkt ist (Altenberichtskommission, 2016, S. 221). Adäquate Leistungen im Hinblick auf Prävention, Versorgung, Betreuung und Wohnen müssen daher direkt in die Wohnviertel gebracht und miteinander vernetzt werden (Gohde, 2017).

7.1 Quartiersbegriff

Es gibt unterschiedliche Ansätze zur Bestimmung und Eingrenzung des Begriffs „Quartier“. Das KDA spricht hierbei von einem überschaubaren Wohnumfeld, welches sich auf eine Wohnsiedlung, ein Stadtviertel oder auch auf eine kleine Gemeinde oder ein ganzes Dorf beziehen kann (Kremer-Preiß & Stolarz, 2005, S. 11). Diesem Verständnis nach muss das Quartier als ein von den Bewohnerinnen und Bewohnern mitzugestaltender Sozialraum begriffen werden, mit dem sie sich identifizieren. Daher sollte eine Obergrenze von 25 000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Hinblick auf die Quartiersgröße bzw. den Ausdehnungsraum nicht überschritten werden. Die Mehrheit der Quartiersprojekte bezieht sich jedoch auf den direkten sozialen Nahraum und ist eher kleinräumig ausgerichtet. So liegt die Obergrenze bei den Nachbarschafts-Quartieren zwischen 3 000 bis 5 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Viele Quartiere sind noch kleiner und haben zwischen 500 und 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Gohde, 2017). Aus diesem Grund können konkrete „Grenzen“ eines Quartiers nur durch die Kommune vor Ort festgelegt werden.

Auch wenn der Schwerpunkt der altersgerechten Quartiere auf der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren bzw. Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf liegt, sollte eine vorgenommene Einteilung des Quartiers alle dort lebenden Personengruppen mit einbeziehen (Generationen-Mix). Auf diesem Weg entstehen „sorgende Gemeinschaften“ (Caring Communities) innerhalb der Kommune, in denen die Verantwortung in geteilter Form wahrgenommen wird.

7.2 Strukturmerkmale eines Quartiers

Bei der Quartiersentwicklung geht es letztlich um die Aufgabe der Gestaltung des Lebensumfeldes für alle dort lebenden Generationen. Somit sollte ein Quartier bzw. ein Sozialraum für eine bedarfsgerechte Versorgung seiner Bewohnerinnen und Bewohner auf folgende Strukturmerkmale bzw. Ziele abzielen (Abbildung 15): (Gohde, 2017; Michell-Auli, 2011, S. 7–10):

Wesentliche Strukturmerkmale eines Quartiers:

a. Bedarfsgerechte Wohnangebote
b. Bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote
c. Tragende soziale Infrastruktur
d. Generationsgerechte räumliche Infrastruktur und Mobilität
e. Wohnortnahe Beratung und Begleitung

Abbildung 15: Strukturmerkmale eines Quartiers (Gohde, 2017)

a. Bedarfsgerechte Wohnangebote

Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers haben unterschiedliche Bedürfnisse und Wohnwünsche. Diese gilt es, in Form von bedarfsgerechten Wohnangeboten zu erfüllen. Nicht zuletzt aus präventiven Gesichtspunkten sind Wohnungen und Wohnquartiere im Sinne der Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut so anzupassen, dass sie auch von Menschen mit Hilfs- bzw. Pflegebedarf möglichst lange bewohnt werden können. Das Thema „Leben und Wohnen bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“ wird in diesem Bericht separat behandelt (siehe Kapitel 1) und wird daher an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

b. Bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote

Eine Voraussetzung für die Entwicklung eines altersgerechten Quartiers ist die umfassende Dienstleistungserbringung im Sinne sozialraumorientierter Versorgungsansätze. Diese Aufgabe wird vor allem von den Akteuren der Sozialwirtschaft realisiert. Dahinter verbirgt sich ein weites Spektrum unterschiedlicher Organisationen und Dienstleister aus den Bereichen der Gesundheit, Pflege und Prävention, Soziales und der Wohlfahrt (u. a. Kranken- und Pflegekassen, Bildungsträger, Einrichtungen der Altenhilfe, Haus- und Fachärzte, Pflegedienste) (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 13-14). Diese Angebote können jedoch nicht von den jeweiligen Leistungserbringern allein vorgehalten werden, da oftmals nicht nur eine Dienstleistung, sondern ein ganzer Hilfe-Mix benötigt wird. Darunter ist „die Zusammensetzung von Aktivitäten und Unterstützungsleistungen gemeint, die zur individuellen Gestaltung des Alltags notwendig sind […] [und] eine Vernetzung von verschiedenen professionellen und ehrenamtlichen Diensten dar [stellt]“ (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2009, S. 10). Notwendig wird daher ihr Zusammenschluss in lokalen Versorgungsnetzwerken (Wohnungswirtschaft, Kommune, Bürgerschaft).

Ein umfassendes bzw. bedarfsorientiertes Angebot an Hilfs- und Dienstleistungen lässt sich durch städtische Quartiere leichter vorhalten, als es Quartieren im ländlichen Raum aufgrund der strukturellen Gegebenheiten möglich ist (u. a. weite Wege, Qualität und Quantität der Angebote und Leistungserbringer, Fachkräftebedarf, oftmals größerer Bedarf an hauswirtschaftlichen Dienstleistungen) (Alltag, 2016; Graffmann-Weschke, 2017; Neu, 2017; Seyfert, 2017). Es existieren bereits Modelle bzw. Ansätze, um die Daseinsvorsorge und somit die bedarfsgerechte Versorgung mit Dienstleistungen auch im ländlichen Raum zu verbessern. So gibt es beispielsweise die sogenannten „Multiplen Häuser“, welche mehrere Nutzungsfunktionen (Mehrfunktionenhaus) ähnlich dem Prinzip des „Car Sharing“ erfüllen. So kann das Multiple Haus zu unterschiedlichen Tagen der Woche von verschiedenen Dienstleistern genutzt werden (Arztpraxen, Friseursalon, Lebensmittelverkauf, Physiotherapie, Café etc.). Diese teilen sich als regelmäßige Nutzerinnen und Nutzer die Grundmiete sowie Nutzungsgebühren für das Haus. Je mehr Orte so ein Multiples Haus vorhalten und sich untereinander vernetzen, desto kürzer sind die Wege für die mobilen Dienstleister

und desto attraktiver werden die ländlichen Regionen als potenzielles Arbeitsumfeld. Weiterhin können auf diese Weise auch mobilitätseingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner die ansonsten nur schwer erreichbaren Dienstleister wohnortnah erreichen. Ein solches Modellprojekt in Sachsen ist zum Beispiel das „Netzwerk Multipler Häuser Wurzener Land“ im Landkreis Leipzig. Für die Gemeinden Lossatal und Thallwitz wurde ein Netzwerkkonzept für sieben Dörfer ausgearbeitet und Ende November 2016 das erste Multiple Haus in Sachsen eröffnet (Neumann, 2017). Weiterführende Informationen zu bedarfs- und bedürfnisgerechten Dienstleistungsangeboten können auch dem Kapitel 2 in diesem Bericht entnommen werden.

c. Tragende soziale Infrastruktur

Eine wesentliche Voraussetzung für ein gemeinschaftliches Zusammenleben im Quartier bzw. Sozialraum ist die soziale Infrastruktur (Aufbau und Weiterentwicklung von Sozialbeziehungen). Ein bewährter Ansatz ist dabei die Nachbarschaftsarbeit, die u. a. darauf abzielt, Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen, aus denen sich soziale Netzwerke und darüber hinaus auch nachbarschaftliche Hilfs- und Unterstützungsangebote ergeben können (Michell-Auli, 2011, S. 7). Die Nachbarschaft beschreibt dabei einen überschaubaren und fußläufig erreichbaren Nahraum, der wiederum in das Wohnviertel übergeht. Sie wird auch als dritter Sozialraum bezeichnet, der zwischen dem Privaten (erster Sozialraum) und dem Staat (zweiter Sozialraum) vermittelt. In diesem Sozialraum wird Solidarität gelebt und werden niedrigschwellige Angebote zum Helfen vorgehalten. Grundlegende Gestaltungsprinzipien von sozialen Nahräumen mit und für ältere Menschen sind Partizipation und Inklusion. Deren Anwendung bestimmt, ob ein Altwerden selbstbestimmt und in aktiver Teilhabe im jeweiligen Wohnviertel möglich ist. Diese Gestaltungsprinzipien bedingen sich gegenseitig und sind in der Lage, Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger sowie deren Zusammenhalt zu stärken. Dies trifft in besonderem Maße für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zu. Durch die partizipative und aktive Einbeziehung der Bürgerschaft wird deren sozial-nachbarschaftliches Netz gefestigt und zugleich entsteht ein „Gefühl des Gebrauchtwerdens“. Oftmals werden die in der Nachbarschaftsselbsthilfe und im Ehrenamt Tätigen seitens der professionellen Dienstleister jedoch als Konkurrenz empfunden. Partnerschaftliche Wertschätzung des Ehrenamts ist in den Leitbildern professioneller Altenhilfe noch nicht nachhaltig verankert, obwohl die professionellen Pflegesysteme von der ergänzenden Einbeziehung von Freiwilligen profitieren (Müller, 2017).

Ein Beispiel für einen möglichen Ansatz zur partizipativen Pflege inklusiver Nachbarschaften in einem städtischen Wohnviertel ist das Pilotprojekt „Gruna – ein inklusiver und partizipativer Stadtteil im mittleren Osten Dresdens“, der durch die Interessengemeinschaft Sigus e. V. entwickelt wurde. Dieser Stadtteil hat 13 200 Einwohnerinnen und Einwohner und einen relativ hohen Anteil an Seniorinnen und Senioren mit langjähriger Wohnortbindung. In dem Projekt wurden Rahmenbedingungen und Infrastrukturen geschaffen, die Nachbarschaftshilfe möglich machen. Dazu zählen insbesondere folgende Komponenten:

- Anlaufstelle für engagierte Nachbarinnen und Nachbarn (Information, Einsatzmöglichkeiten etc.)
- Nachbarschaftsknoten und -netze in Wohngebieten (Begegnungsräume, etc.)
- Orte der (technischen) Alltags-Selbsthilfe (Reparaturstützpunkte etc.)
- Aufbau fester Partnerschaften zu anderen Akteuren (Verwaltung, Politik, professionellen Hilfsangeboten, Kultur und Wirtschaft)

Die Bündelung dieser vier Komponenten schafft einen festen Anlaufpunkt im inklusiven Sozialraum Gruna. Der Erfolg hängt vom gelingenden Aufbau aktiver Nachbarschaften, deren Vernetzung untereinander und mit weiteren Akteuren des Quartiers ab (Müller, 2017).

d. Generationsgerechte räumliche Infrastruktur und Mobilität

Eine aktive Teilnahme am Sozialleben ist eng mit der Verfügbarkeit einer generationsgerechten räumlichen (physischen) Infrastruktur verbunden. Neben der Schaffung von Begegnungsräumen (z. B. Bürgertreffpunkte) spielt in diesem Kontext die barrierefreie Ausgestaltung von öffentlichen Gebäuden und Räumen eine zentrale Rolle (Michell-Auli, 2011, S. 8). So haben gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention sowohl Bund und Länder als auch die Kommunen dafür Sorge zu tragen, den öffentlichen Raum barrierefrei zu gestalten (Kremer-Preiß, 2014, S. 91). Aufgrund der Ratifizierung des Übereinkommens der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2009 ist auch der Freistaat Sachsen wie alle anderen Bundesländer in der Pflicht, alle damit im Zusammenhang stehenden Rechtsvorschriften und politischen Programme auf Landesebene an die UN-BRK anzupassen. Dies wird mit dem Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention realisiert. Artikel 9 fordert für Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten Zugang für alle sozialen und öffentlichen Räume, um die volle Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Dies umfasst neben öffentlichen Gebäuden auch Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen (u. a. Schulen, Wohnhäuser, Arbeitsstätten, medizinische Einrichtungen) (SMS, 2016, S. 79–85).

Die Aufgabe der barrierefreien Ausgestaltung von öffentlichen Räumen und Gebäuden für das Land Sachsen definiert das Sächsische Integrationsgesetz. Grundlage ist dabei vor allem die Sächsische Bauordnung (SächsBO), die entsprechende bauordnungsrechtliche Anforderungen und die Technischen Baubestimmungen vorgibt. Das zweite Gesetz zur Änderung der Sächsischen Bauordnung, welches am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, passte die Anforderungen zum barrierefreien Bauen weiter an (SMS, 2016, S. 86–89).

Weiterhin sind die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der weitere Verbleib im Wohnviertel auch von dem Angebot einer mobilitätsfördernden (Verkehrs-)Infrastruktur abhängig. Die Vorhaltung und Sicherstellung dieses strukturellen Angebotes zeigt sich vor allem im ländlichen Raum als entscheidendes Kriterium und besondere Herausforderung im Quartier. Basierend auf Ergebnissen der vom Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften (VSWG e. V.), dem Verband der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft e. V. (vdw Sachsen) und der Sächsischen Aufbaubank (SAB) veröffentlichten „Schwarmstadtstudie“ (2016) lassen sich für zahlreiche Regionen im Freistaat Sachsen Schrumpfungstendenzen aufgrund der starken Sogeffekte der Ballungszentren Dresden und Leipzig erkennen. Die Bedeutung einer verkehrsfördernden Infrastruktur, u. a. im Sinne eines gut ausgebauten Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) und damit einhergehende Anbindung des Umlandes, wird vor diesem Hintergrund vom VSWG e. V. als entscheidendes Kriterium zum Erhalt von ländlichen bzw. in der Peripherie liegenden Wohnvierteln gesehen (Brylok & Winkler, 2016). Die Bedeutung dieser Thematik spiegelt sich auch in der im Jahr 2015 von der Staatsregierung eingerichteten „Strategiekommission für einen leistungsfähigen ÖPNV/ SPNV in Sachsen“ wider. Diese hatte sich zum Ziel gesetzt, anhand eines ausgearbeiteten Maßnahmenkatalogs den öffentlichen Personennahverkehr im Freistaat Sachsen für die kommenden 10 bis 15 Jahre zukunftssicher weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse wurden im Dezember 2017 vorgelegt. Demzufolge sollen

zukünftig 80 % aller Einwohnerinnen und Einwohner im Freistaat Sachsen an das ÖPNV-Grundnetz angebunden werden (mindestens Zweistundentakt). Weiterhin ist die Etablierung spezifischer Angebote zur besseren Anbindung ländlicher Regionen (z. B. Plusbus) vorgesehen (SMWA/ ÖPNV-Strategiekommission, 2015, S. 7–8).

e. Wohnortnahe Beratung und Begleitung (Care und Case Management)

Für die Bewohnerinnen und Bewohner eines Wohnviertels muss ein Anlaufpunkt zur Verfügung stehen, an den sie sich bei Unterstützungs- und Hilfebedarf wenden können. Eine zentrale und wohnortnahe Beratungsstelle im Quartier bzw. Sozialraum ist insbesondere bei den derzeit zahlreichen Beratungsmöglichkeiten[126] sowie der großen Vielfalt an niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten und den unterschiedlichen Bezeichnungen und Qualifikationsanforderungen (Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Betreuungshelferinnen und -helfer, Nachbarschaftshelferinnen und -helfer etc.) im Freistaat Sachsen von Bedeutung (Seyfert, 2017; Vodenitscharov, 2017). Dabei gilt es, bei einem vielfältigen Hilfebedarf auch ein möglichst umfassendes Spektrum von Leistungen für den Betroffenen abzudecken (Michell-Auli, 2011, S. 9–f.). Für das Angebot eines individuell abgestimmten Hilfemixes (Case Management) sind eine systematische Schnittstellenarbeit und der Aufbau von Kooperationsbeziehungen unabdingbar (Care Management) (Meusel, 2017; Michell-Auli, 2011, S. 9f.). Dieser Aufgabe kommen im Freistaat Sachsen beispielsweise die seit 2016 eingesetzten Pflegekoordinatoren in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten nach (siehe Kapitel 8). In Sachsen gibt es zum Beispiel mit dem Pflegenetzwerk Vogtlandkreis, dem Pflegenetzwerk Landkreis Leipzig oder auch dem Geriatrienetzwerk Radeburg (GerN) erste gute Ansätze, wie eine solche zentrale und wohnortnahe Beratungsstruktur innerhalb eines solchen Versorgungsnetzwerkes umgesetzt werden kann (siehe Beispiele für Versorgungsmodelle im Kapitel 7.6). Zwischen dem Case und dem Care Management besteht somit eine enge Wechselbeziehung. Erst wenn das Care Management erfolgreich im Hinblick auf die Entwicklung einer funktionierenden Leistungsinfrastruktur ist, können die Beratungsstrukturen darauf zurückgreifen und eine umfassende Beratung (im Quartier) anbieten (Meusel, 2017; Michell-Auli, 2011, S. 9f.). Die Pflegeberatung der Pflegekassen nach dem Case-Management-Ansatz (gemäß § 7a SGB XI) ist dabei als ein Bestandteil innerhalb eines komplexen Versorgungsnetzwerkes in die Care-Management-Strukturen eingebunden (BMG, 2017, S. 121ff.; Schöne, 2017). Voraussetzung für eine gelingende und umfassende Beratung ist somit die enge Zusammenarbeit der Pflegenetzwerke mit den Pflegekassen und den weiteren zusammenlaufenden Schnittstellen (Neu, 2017; Schöne, 2017) (siehe auch Thema „Pflegeberatung der Pflegekassen“ Kapitel 8).

7.3 Akteure und Konzepte zur Quartiersentwicklung

Quartierskonzepte wurden lange Zeit durch (städte-)bauliche Elemente im Sinne der Barrierearmut und -freiheit geprägt. Dieser Aspekt ist weiterhin als wesentlicher Bestandteil der Konzeptentwicklung zu betrachten. Jedoch ist in den letzten Jahren die baulich geprägte Quartiersentwicklung um soziale Angebote im öffentlichen und halböffentlichen Raum erweitert worden. So sind neben den kommunalen Planungsämtern eine Vielzahl an Akteuren (Wohlfahrtsverbände, Versicherer, Servicedienstleister, Wohnungsunternehmen etc.) bei der Gestaltung und Entwicklung des Wohnviertels

126 z. B. Koordinierungsstelle Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag; Pflegekoordinatoren in den Pflegenetzwerken, Sozialämter; Pflegeberaterinnen/-berater der Pflegekassen, Internetportal Pflegenetz; Geriatrienetzwerke; Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen

hinzugekommen. Aus diesem Grund obliegt die Initiierung von altersgerechten Quartieren nicht ausschließlich den Kommunen, sondern kann auch von anderen Akteuren wie der Bürgerschaft oder der Wohnungswirtschaft ausgehen (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 18).

Ergebnisse einer Untersuchung des KDA und der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2007 geben einen Überblick über das jeweilige Engagement der Hauptakteure von Quartiersprojekten (siehe Abbildung 16). Die prozentuale Verteilung der Akteure verdeutlicht eine komplett andere Ausrichtung der Wohlfahrtsproduktion im Rahmen der Quartiersentwicklung, als es im klassischen Pflegemarkt der Fall ist. Daraus ergeben sich neue Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung unterhalb der einzelnen Akteure, welche für eine erfolgreiche Quartiersentwicklung von zentraler Bedeutung sind (Gohde, 2017).

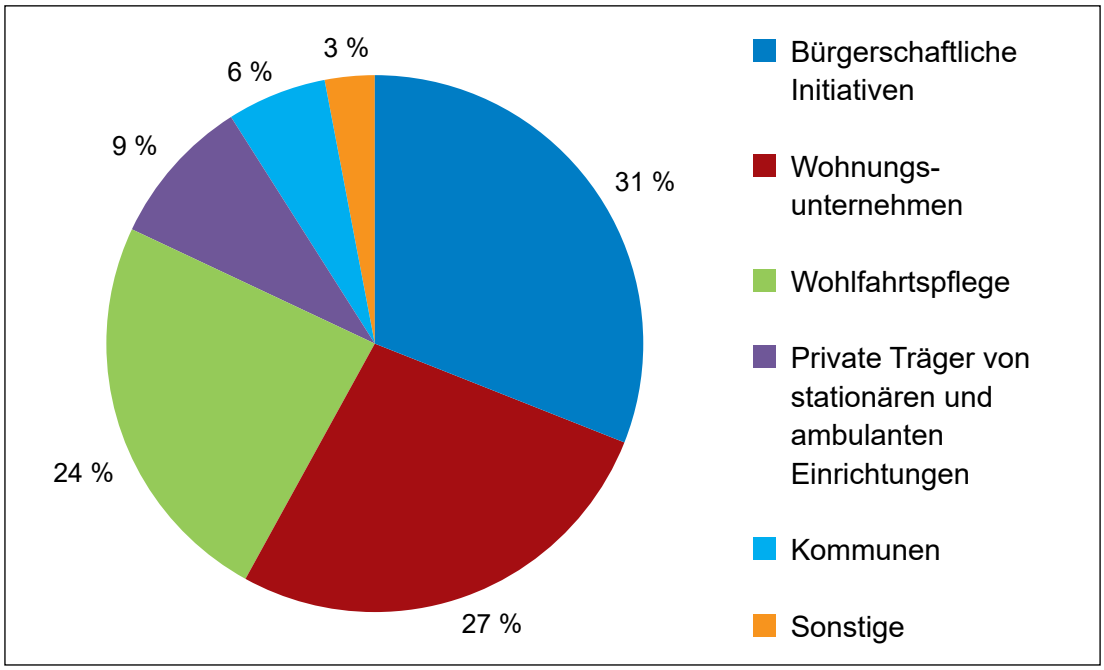

Abbildung 16: Hauptakteure von Quartiersprojekten (nach Gohde, 2017)

Im Freistaat Sachsen setzen sich beispielsweise die Wohnungsgenossenschaften des VSWG e. V. bereits seit langer Zeit bei der Gestaltung des Wohnumfeldes und der Schaffung von Netzwerken im Quartier ein. Wesentliche Partner sind vor allem die Akteure aus der Sozialwirtschaft (Integration von unterschiedlichen Betreuungsdienstleistungen und Tagespflegestützpunkten im Quartier). Die Zusammenarbeit mit den Kommunen fällt jedoch recht unterschiedlich aus. Während in einigen Städten gemeinsame Konzepte entwickelt werden und der Austausch gefördert wird, sind andere Städte und Gemeinden noch sehr zurückhaltend. Ein wesentliches Instrument ist die integrierte Sozialraumplanung. Neben baulichen Kriterien sollte diese auch soziale und kulturelle Themen sowie die medizinische Versorgungsqualität und den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) in den Fokus rücken (Brylok & Winkler, 2016).

7.4 Verantwortlichkeit der Kommunen

Bei der Initiierung von altersgerechten Quartieren bzw. Sozialräumen nehmen die Kommunen aufgrund ihrer demokratischen Legitimation eine wichtige Schlüsselrolle ein. Im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge fungieren sie als „neutraler“ Netzwerkpartner, da sie die Interessen aller Bürgerinnen und Bürger vertreten (Michell-Auli, 2011, S. 11). Nach Artikel 20 Absatz 1 des Grundgesetzes sind die Kommunen verfassungsrechtlich dem Sozialstaatsprinzip verpflichtet. Dies wird im Rahmen der Gemeindeordnungen der jeweiligen Bundesländer entsprechend konkretisiert (Michell-Auli, 2011, S. 11). Somit gehört es zu ihren Aufgaben, wesentliche wirtschaftliche und soziale Einrichtungen für die Versorgung der Bevölkerung für alle sichtbar und zugänglich zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind sie wichtige Vermittler zwischen den Dienstleistern und der Bürgerschaft oder auch den Dienstleistern untereinander (über Kontaktstellen, Onlineportale etc.). Sie können fördernd auf lokale Eigeninitiativen einwirken, indem sie Tagungsräumlichkeiten und Fachpersonal bereitstellen oder den Aufbau von Seniorennetzwerken unterstützen (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 9 f.). Auch die Bundesregierung unterstreicht in dem „Siebten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ aus dem Jahr 2016 die besondere Rolle der Kommunalpolitik für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung und gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen (Altenberichtskommission, 2016, S. 221). In diesem Zusammenhang leitet sich für die Kommune eine prinzipielle und spezifische Verantwortlichkeit bei der Quartiersentwicklung ab. Dies umfasst zum einen die Überwachung der Ergebnisqualität aller gesetzten Ziele (u. a. Identifikation von Quartieren, kleinräumige, quartiersbezogene Datenerhebung). Auf der anderen Seite hat die Kommune auch eine direkte Umsetzungsverantwortung (Michell-Auli, 2011, S. 11 f.).

Sozialraumorientiertes Quartiersmanagement

Für die Begleitung und Umsetzung eines Quartierskonzepts bedarf es eines Quartiersmanagements. Die Aufgaben des Quartiersmanagements werden von der Kommune festgelegt und reichen von der Koordination der verschiedenen Akteure, der Aktivierung der Bürgerschaft, der Begleitung von Baumaßnahmen im öffentlichen Bereich, der Stärkung sozialer Netze bis hin zur Begleitung von Einzelprojekten innerhalb der jeweiligen Handlungsfelder (Gohde, 2017). Neben der Begleitung von Investitionen im Wohnviertel ist das Quartiersmanagement auch Ansprechpartner für die sozialen Belange der Bürgerinnen und Bürger. Mit der Unterstützung eines Quartiersmanagements versetzen sich die Kommunen in die Lage, die sozialen Strukturen innerhalb eines Quartiers besser zu identifizieren, zu planen und zu steuern. Bereits seit über zehn Jahren werden Formen des Quartiersmanagements in Sachsen über alle Programme der Städtebauförderung hinweg gefördert. Dabei werden zwei Drittel der Personalkosten durch Bund und Land gestellt. Ein Drittel finanziert die Kommune selbst. So gibt es zum Zeitpunkt der Berichterstellung in Sachsen 46 Quartiersmanager, die hauptsächlich über das Programm „Soziale Stadt – Investitionen im Quartier“ finanziert werden. Weiterer Förderbedarf wird in diesem Bereich seitens des SMI gesehen (Köppl, 2017).

Altersgerechte Sozialraumplanung und -gestaltung

Zur Ermittlung des Versorgungsgrades und einer möglichen Über- oder Unterversorgung mit bestimmten Angeboten und Strukturen innerhalb einer Region ist ein kleinräumiger Bezug notwendig (Hämel, 2017). Als Orientierungshilfe zur altersgerechten Ausgestaltung der kommunalen Infrastruktur liegt der Altenhilferahmenplan

des Landes Sachsen aus dem Jahr 2007 vor. Dieser dient als Rahmenplan bei der Erstellung von kommunalen Altenhilfeplänen im Sinne eines seniorenpolitischen Gesamtkonzepts (SMS, 2007, S. 78). Derzeit ist eine integrierte Sozialplanung in den Kommunen und Landkreisen sowohl für die gesamte Gebietskörperschaft als auch in den einzelnen Sozialräumen noch nicht Standard. Darauf muss hingearbeitet werden. Im Hinblick auf die besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen erfolgt zwar zunehmend eine Untersetzung der integrierten Sozialraumplanung mit entsprechenden Fachplanungen (z. B. Senioren-Sozialraumplanung). Umfassende kommunale Altenhilferahmenpläne bzw. ein seniorenpolitisches Gesamtkonzept existieren jedoch bisher nur in einigen wenigen Landkreisen und Kommunen in Sachsen (z. B. Bautzen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) (Neumann, 2017).

Eine Voraussetzung für eine altersgerechte Sozialraum- bzw. Altenhilfeplanung ist eine umfassende „Ist-Analyse“ der demografischen Situation und die Ermittlung von Angeboten und Bedarfen auf kommunaler Ebene. Dafür müssen die Kommunen auf aussagekräftige Daten zurückgreifen können (Gohde, 2017). Die Datengrundlage bilden derzeit vor allem die Daten des Statistischen Landesamtes sowie die Ergebnisse des Gutachtens „Alter. Rente. Grundsicherung“ von Raffelhüschen, Hackmann & Metzger aus dem Jahr 2011 (Neumann, 2017). Weiterhin bedarf es nach Angaben des Sächsischen Landkreistages (SLKT) stetig aktualisierter, kleingliedriger Daten der Kranken- und Pflegekassen bezüglich der Anzahl der Pflegebedürftigen sowie zu Art und Umfang der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen innerhalb des konkreten Sozialraumes (Neumann, 2017). Im Hinblick auf vorhandene Angebote steht den Kommunen durch eine Erweiterung des Projektes „PflegeNetz Sachsen“ (siehe nächster Abschnitt) des SMS ein Tool zur Verfügung, durch welches auch Informationen auf der Ebene der Sozialräume abgerufen werden können (Richter, 2017).

Sozialraumorientierte Versorgungsnetzwerke (vernetzte Pflegeberatung)

Bei der altersgerechten Sozialraumgestaltung geht es vor allem um die Initiierung und Weiterentwicklung von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen Bürgerinnen und Bürgern, Gesundheits- und Pflegewesen sowie der Verwaltung (Altenberichtskommission, 2016, S. 221). Bereits im Jahr 2008 wurde auf Bundesebene mit den Pflegestützpunkten die Möglichkeit zur Etablierung und Umsetzung solcher Vernetzungsstrukturen auf Grundlage des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PWG) geschaffen. Im Freistaat Sachsen wurde stattdessen im Jahr 2009 eine Kooperationsvereinbarung über eine „vernetzte Pflegeberatung“ zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger unter der Beteiligung des Freistaates Sachsen geschlossen (mehr zu diesem Thema im Berichtsabschnitt 8 „Beratungsstrukturen“). Damit wurde den Kommunen aufgrund der unterschiedlichen Bedarfe und Strukturen innerhalb der Landkreise die Möglichkeit gegeben, eine bedarfsangepasste Versorgungs- und Beratungsinfrastruktur zu konzipieren. In Ergänzung dazu entwickelte das Land Sachsen das Internetportal „PflegeNetz“, welches Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und weiteren Akteuren aus dem Pflegebereich eine erste Informations- und Anlaufstelle für Fragen rund um das Thema Pflege in Sachsen bietet (Neumann, 2017; SMS, 2015, S. 1). Darüber hinaus haben interessierte Bürgerinnen und Bürger sowie Betroffene seit August 2017 auch Zugriff auf die sachsenweite Pflegedatenbank, die in das Internetportal integriert wurde (SMS, 2017c) .

Nach Implementierung der „vernetzten Pflegeberatung“ im Jahr 2009 zeigt sich derzeit noch ein sehr heterogener Umsetzungsstand in den Landkreisen. Beispielhaft zu erwähnen sei hier der Vogtlandkreis, dem bereits eine umfassende Implementierung gelungen ist (eine Beschreibung dieses Pflegenetzwerkes Vogtlandkreis erfolgt im Kapitel 7.6 „Praxisbeispiele Sachsen“). Ein weiteres Beispiel ist der Landkreis Meißen mit seinem Pilotprojekt „KARMANT-Koordiniertes Quartiersmanagement im ländlichen Raum“, in welchem bereits 2014 und 2015 Beratungsstrukturen für ältere Menschen und Pflegebedürftige erprobt und in den Gemeindeverwaltungen etabliert werden konnten (Neumann, 2017; SMS, 2015, S. 2).

Besondere Herausforderungen im ländlichen Raum

Insbesondere für Quartiere bzw. Sozialräume im ländlichen Raum stellt die Sicherstellung einer stabilen Versorgungsstruktur im Rahmen der altersgerechten Sozialraumplanung eine besondere Herausforderung dar. Im Vergleich zu städtischen Quartieren sind die Auswirkungen der demografischen Alterung hier stärker und früher ausgeprägt. Die Sicherstellung der Versorgung bedeutet hier vor allem die Gewährleistung einer bedarfsorientierten Pflegeinfrastruktur (Neu, 2017; Neumann, 2017). In diesem Zusammenhang sind u. a. strukturelle Gegebenheiten wie weite Wege zu den Beratungs- und Versorgungsangeboten, ein ausgeprägter Fachkräftebedarf sowie ein zumeist größerer Bedarf an hauswirtschaftlichen Dienstleistungen aufgrund der spezifischen Wohnsituation (große Häuser, Bauernhöfe etc.) zu berücksichtigen und erschweren teilweise einen gezielten und differenzierten Ausbau dieser Versorgungsangebote (Alltag, 2016; Graffmann-Weschke, 2017; Helms & Dumke, 2016; Neu, 2017; Seyfert, 2017). Vor allem die Gewinnung der Hausärzteschaft für eine Zusammenarbeit innerhalb der regionalen Versorgungsnetzwerke ist noch ausbaufähig. Als mögliche Gründe für die schwere Erreichbarkeit dieser Zielgruppe könnten Faktoren wie Überlastung, das Alter oder auch mangelndes Interesse gelten (Neumann, 2017; Schwabe, 2017). Weiterhin ist die Etablierung von wohnortnahen Beratungsstrukturen unter den besonderen Gegebenheiten im ländlichen Raum vor besondere Herausforderungen gestellt. Eine feste Beratungsstruktur wird zumeist aufgrund der weiteren Wege von den Bewohnerinnen und Bewohnern außerhalb eines Kerndorfes sowie der umliegenden Gemeinden eher wenig genutzt. Aus diesem Grund bietet beispielsweise das Pflegenetzwerk des Landkreises Leipzig bei den Vor-Ort-Beratungen in seinen sieben Sozialräumen eine zusätzliche mobile Beratungsstelle an. Die von den Bürgerinnen und Bürgern bisher sehr gut angenommene rotierende Beratungsstelle ist dabei zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Sozialräumen des Landkreises vor Ort (Neu, 2017).

7.5 Fördermöglichkeiten

Neben verschiedenen Förder- und Zuschussprogrammen, die direkt auf das altersgerechte Bauen und Modernisieren (Wohnraumförderung der Länder) oder Verbesserungen innerhalb der Wohnung (Leistungen der Pflegekassen nach SGB XI, Darlehen der KfW-Förderbank) abzielen, gibt es im weiteren Kontext auch Förderprogramme, die bestimmte Maßnahmen zur Quartiersentwicklung finanziell unterstützen (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 35). Im Folgenden werden beispielhaft einige Förderprogramme für die Quartiersentwicklung vorgestellt, die u. a. auch Bestandteil der Anhörungen waren.

Programme zur Städtebauförderung

Die Städtebauförderung ist eng mit dem Thema der Barrierefreiheit verbunden und wird als ein wichtiges Ziel in der Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern definiert. Mit der Verwaltungsvereinbarung aus dem Jahr 2015 wurde die Barrierearmut bzw. Barrierefreiheit als Förderschwerpunkt in sämtlichen Programmen explizit herausgestellt und nochmals stärker in den Mittelpunkt gerückt. So können die Länder die Bundesmittel aller Städtebauprogramme seit 2007 grundsätzlich auch für den Ausbau einer barrierefreien Wohnumgebung innerhalb der Stadtquartiere einsetzen. Gemäß des Artikels 104 b GG werden ihnen die Finanzhilfen zur Städtebauförderung zugewiesen. Die Umsetzung der Programme erfolgt in geteilter Zuständigkeit durch Land und Gemeinden (BMG, 2016, S. 75 f.).

Allgemein unterstützen Programme der Städtebauförderung in Form eines Gesamtkonzepts eine Reihe von Maßnahmen zur Erreichung definierter städtebaulicher Ziele. Neben Bund und Land haben die Kommunen im Regelfall ein Drittel der Kosten zu tragen. Im Freistaat Sachsen bringen die Kommunen mindestens 10 % der Fördermittel selbst auf. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung gibt es in Sachsen 425 Gemeinden. Von diesen können derzeit 272 mit Programmen der Städtebauförderung unterstützt werden, da sich diese nur auf städtebauliche Gebietskulissen beziehen. Die damit verbleibenden, ländlich geprägten Gemeinden finden im Rahmen dieser Fördermaßnahmen keine Berücksichtigung (Köppl, 2017).

Ein wichtiges und bereits langjähriges Programm zur Förderung von Quartieren ist das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt – Investitionen im Quartier“. Unterstützt werden damit vor allem strukturschwache Stadt- und Ortsteile mit städtebaulichen Investitionen in Infrastruktur, Wohnqualität und -umfeld (BMG, 2016, S. 75 f.). Nach Angaben des SMI wurde seit dem Programmstart im Jahr 1999 finanzielle Unterstützung in Höhe von 129,7 Millionen Euro an bisher 20 Städte in Sachsen genehmigt (SMI, 2017a). Programme wie dieses können zwar keine umfassende Finanzierung von Maßnahmen einer altersgerechten Quartiersentwicklung leisten, jedoch lassen sich gewisse Anknüpfungspunkte zu den ausgeschriebenen Gebietskulissen herstellen. Bereits die finanzielle Förderung eines Quartiersmanagers (siehe Kapitel 7.4) kann die Aktivitäten der verschiedenen Akteure innerhalb des Quartiers steuernd voranbringen (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 37).

Förderprogramm „Barrierefreies Bauen – Lieblingsplätze für Alle“

Das Förderprogramm „Barrierefreies Bauen – Lieblingsplätze für Alle“ ist eine weitere Möglichkeit zur Schaffung eines altersgerechten bzw. bedarfsangepassten Wohnumfeldes (Neumann, 2017). Es wird vom SMS im Rahmen der Richtlinie zur investiven Förderung von Einrichtungen, Diensten und Angeboten für Menschen mit Behinderungen (Richtlinie Investitionen Teilhabe) vom 21. Dezember 2015 umgesetzt und wurde auch für das Jahr 2017 mit einem Fördervolumen von 2,5 Millionen Euro neu aufgelegt. Aufgrund des weiterhin anhaltenden Bedarfs an Investitionen im Bereich des barrierefreien Bauens wurde entschieden, das Investitionsprogramm auch im Jahr 2018 im Rahmen der oben genannten Richtlinie fortzuführen (SMS, 2017a, S. 1). Die Landkreise bzw. kreisfreien Städte entscheiden über die konkrete Fördermittelvergabe. Insbesondere für Menschen mit Behinderung; aber auch allen anderen Menschen mit Unterstützungsbedarf soll ein gleichberechtigter Zugang

zu öffentlich zugänglichen Einrichtungen (insbesondere im Kultur-, Freizeit-, Bildungs- und Gesundheitsbereich) geschaffen werden. Die Förderung von öffentlicher Infrastruktur und öffentlicher kommunaler Gebäuden ist hingegen in der Regel nicht möglich (SMS, 2017b).

Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Seit 2001 hat der Freistaat Sachsen bereits über den Zeitraum von zwei Förderperioden die Mittel der Europäischen Union (EU) für die regionale Entwicklung und Integrierte Stadtentwicklung eingesetzt (SMI, 2017b). So konnten beispielsweise innerhalb der EU-Förderperiode 2007 bis 2013 mit Hilfe von Finanzmitteln in Höhe von insgesamt 112,2 Millionen Euro 20 Städte (bzw. 23 benachteiligte Stadtquartiere) gefördert werden. Eines dieser Stadtquartiere ist zum Beispiel das Reitbahnviertel Chemnitz. Hier entstand mit Hilfe der EFRE-Unterstützung das neugebaute Reitbahnhaus als Anlaufstelle für Kinder, Erwachsene mit und ohne Behinderung sowie Senioren. In diesem Gebäude sind eine Tagespflege, zwei Wohnungen für Tagesmütter sowie eine Praxis für Physiotherapie untergebracht. Durch ein in der Nähe befindliches Frühförderzentrum können Synergieeffekte genutzt werden (SMWA & SMI, 2015, S. 16 f.) Auch zukünftig profitieren sächsische Städte und Gemeinden im Rahmen der aktuellen Förderperiode 2014 bis 2020 von dem EU-Förderprogramm. Ausgewählte Quartiere mit Benachteiligungen sollen dabei durch die geförderten Maßnahmen an den Entwicklungsstand der Gesamtstädte angepasst bzw. deren Entwicklungsrückstände verkleinert werden. Ein Schwerpunkt der EFRE-Förderung ist dabei die soziale und wirtschaftliche Belebung der Wohnquartiere (Sächsisches Staatsministerium des Innern, 2017b).

Bündnis für bezahlbares Bauen und Wohnen

2015 wurde die Arbeitsgruppe (AG) „Altersgerechter Umbau im Quartier“ gegründet, die aus dem vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) initiierten „Bündnis für bezahlbares Wohnen und Bauen“ hervorging. In der AG wurden nicht nur Handlungsempfehlungen für Maßnahmen an Wohngebäuden selbst erarbeitet, sondern auch quartiersbezogene Handlungsansätze („vom Gebäude zum Quartier“), die alle entscheidenden Akteure auf die Anforderungen und die stärkere Einbeziehung des altersgerechten Umbaus in die Quartiersentwicklung aufmerksam machen sollten. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits mit der Inklusion des KfW-Programm-Ansatzes „Energetische Stadtsanierung“ gemacht (BMG, 2016, S. 76 f.).

Idee der Quartierfonds – Bündelung von Finanzierungsquellen

Die Bündelung und Kombination von Finanzmitteln kann ein Ansatz sein, um auf die verschiedenen Interessenslagen der Akteure und deren zur Verfügung stehende Mittel zu reagieren. Solche Quartierfonds können entweder zweckgebunden für den Bereich „Wohnen im Alter“ eingerichtet oder aber auch offen für andere Bereiche der Quartiersentwicklung genutzt werden. Erste Erfahrungen mit solchen Quartiers- oder Stadtteilfonds werden in Deutschland bereits seit einigen Jahren gesammelt (z. B. „Quartiersfonds Stadtentwicklung“ der Stadt Dortmund). Darüber hinaus sind seit dem Jahr 2010 Verfügungsfonds in sämtlichen Städtebau-Förderprogrammen bis zu einer Höhe von 50 % förderfähig. Verfügungsfonds fördern neben privatem Engagement auch die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure innerhalb des Wohnquartiers und begünstigen die flexible Verwendung von Mitteln der Städtebauförderung sowie die Einbindung von Privatkapital. Verfügungsfonds über Städtebauförderprogramme

sind auf die jeweilige Gebietskulisse eingegrenzt. Daher wäre es gewinnbringend, diese Fondsmodelle auch auf nicht ausgewiesene Gebiete oder zum Beispiel auf themenbezogene Maßnahmen der altersgerechten Quartiersentwicklung auszubauen (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., S. 38 f.).

7.6 Praxisbeispiele Sachsen

Im Rahmen der Anhörungen wurden der Kommission zahlreiche quartiersbezogene Ansätze bzw. Projekte vorgestellt, welche die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger innerhalb der Wohnquartiere ausgestalten. In diesem Abschnitt soll ein Überblick über diese Praxisbeispiele aus dem Freistaat Sachsen durch eine jeweils kurze zusammenfassende Beschreibung gegeben werden.

Projekt „Chemnitz+ – Zukunftsregion lebenswert gestalten“

Dieses Projekt unter der Leitung des VSWG e. V. wird neben vier anderen Regionen durch Mittel der BMBF-Forschungsförderung „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“ in dem Förderzeitraum von 2014 bis 2018 unterstützt. Es räumt dem altersgerechten Wohnumfeld einen hohen Stellenwert ein und zielt auf die Gewinnung von Lösungsansätzen, welche die Wohnung mit einer effektiven und am Bedarf ausgerichteten Gesundheits- und Dienstleistungsinfrastruktur vernetzen (VSWG e. V., 2014). Ziel soll die Entstehung eines integrativen Versorgungskonzeptes sein, in dem die eigene Wohnung und das Quartier im Fokus stehen. Werden die regionalen Kooperationsstrukturen der einzelnen Akteure im Anschluss weiter ausgebaut, können innovative Lösungen in der Region „Mittleres Sachsen“ erzielt werden (VSWG e. V., 2014). Bislang (Stand 2016) konnten durch das Projekt viele Ergebnisse und Konzepte erarbeitet werden, die bereits in die Phase der Erprobung übergegangen sind (z. B. Katalog kleiner Anpassungsmaßnahmen, Bewegungsbroschüre etc.) (Brylok & Winkler, 2016).

Netzwerkansatz „soziale Kümmerer“ (VSWG)

Ein weiteres Beispiel eines bereits erfolgreich in die Praxis transferierten Netzwerkansatzes aus dem Projekt „Chemnitz+“ sind die „sozialen Kümmerer“. Diese sind als niedrigschwelliges Angebot mit sozialer Ausrichtung zu verstehen und können damit vom eingesetzten hauptamtlichen Quartiersmanager unterschieden werden, welcher überwiegend für die Organisation und Koordination von Aufgaben zuständig ist. Quartiere, wenn sie als inklusiver Sozialraum gedacht werden, benötigen eine niedrigschwellige Kontaktstelle, die den Bewohnerinnen und Bewohnern bei der Bewältigung sich verändernder Alltagsabläufe zur Seite steht. Soziale Kümmerer (angebunden an wohnungswirtschaftliche Akteure oder soziale Dienstleister) können von allen Bewohnerinnen und Bewohnern eines Quartiers aufgesucht werden und leiten im Bedarfsfall Hilfsangebote ein. Dieser Netzwerkansatz stellt durch die örtliche Zusammenarbeit mit den entsprechenden Akteuren den Zugang zu wohnortnahen Dienstleistungs- und Unterstützungsleistungen sicher. Die sozialen Kümmerer wurden in einer Pilotphase von Juni bis Dezember 2016 sowie von Januar bis Dezember 2017 durch das SMS (FöRL Soziale Arbeit) gefördert (Brylok & Winkler, 2016; VSWG e. V.).

Pflegenetzwerk „Vogtlandkreis“

Das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis wurde von 2012 bis 2014 im Rahmen der Richtlinie „Demografie“ zur Etablierung eines funktionierenden Versorgungssystems für ältere Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf sowie ihrer Angehörigen gefördert. In dem Pflegenetzwerk sind die beteiligten Akteure (Träger der Sozialversicherung, des Landkreises, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer) miteinander vernetzt und kooperieren unter Einbindung sozialer und bürgerschaftlicher Initiativen sowie Selbsthilfevereinigungen bzw. -organisationen. Das vorrangige Ziel ist dabei die Sicherstellung einer optimalen Koordination der Leistungen aus den unterschiedlichen Versorgungssegmenten. Hierfür gibt es seit 2012 eine hauptamtlich tätige Netzwerkkoordinatorin, welche die Stelle seit 2016 als Pflegekoordinatorin weiterführt (Sächsische Staatskanzlei, 2016). Eine wichtige Voraussetzung ist dabei ein begleitendes Angebot einer bedarfsorientierten Beratung (siehe Kapitel 7.4.) Hier wurde durch das Pflegenetzwerk bis zum heutigen Zeitpunkt ein differenziertes Beratungsangebot etabliert. Allen Netzwerkpartnern wurde im Rahmen dieses Systems ein Beratungsniveau zugeordnet. Netzwerkpartner mit einem höheren Beratungsniveau sind demzufolge geeignete Ansprechpartner für Ratsuchende mit großem Unterstützungsbedarf. Dieses Angebot wurde in Kooperation mit den Pflegekassen erstellt. Im Qualitätshandbuch ist klar definiert, welche Beratungsleistungen von den Netzwerkpartnern durchgeführt werden können und ab wann die Pflegekassen die Beratung übernehmen. Die Beratung durch das Pflegenetzwerk erfüllt vorrangig eine Lotsenfunktion und grenzt sich dadurch klar von der gesetzlichen Pflegeberatung der Pflegekassen ab (Schwabe, 2017).

Modellprojekt Geriatrisches Netzwerk Radeburg (Seniorenberatung)

Seit 2011 ist das Geriatrische Netzwerk Radeburg (GerN) eine von insgesamt vier Modellregionen (Görlitz, Leipzig, Chemnitz, Radeburg) in Sachsen, die im Rahmen eines zu etablierenden Versorgungsnetzwerkes älteren Menschen passgenaue und individuelle Unterstützungsleistungen zur Verfügung stellen möchten. Gefördert wurde das Projekt durch das SMS sowie die Kranken- bzw. Pflegekassen und seit 2017 durch das SMS. Zu den Leistungen zählt seit 2014 auch die in Kooperation mit der Stadt Radeburg angebotene Seniorenberatung im Bürgerbüro. Sie stellt sowohl für Seniorinnen und Senioren als auch Angehörige eine zentrale Anlaufstelle für eine umfassende soziokulturelle Beratung (Prävention, Wohnraum, Leistungsbeantragung Pflegekassen etc.) dar und geht somit über das klassische Angebot der gesetzlichen Pflegeberatung der Pflegekassen hinaus (Meusel, 2017; Vodenitscharov, 2017). Das Beratungsangebot des GerN ergänzt gezielt Angebote, bei denen die gesetzliche Pflegeberatung insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit vor Ort und der Erreichbarkeit Defizite aufweist. Die Leistungen der Netzwerkpartner werden von einer geriatrischen Sozialarbeiterin mit einer Zusatzqualifikation im Case Management bedarfsorientiert an die Bürgerinnen und Bürger vermittelt und geplant (Meusel, 2017). Für ein erfolgreiches Gelingen der Netzwerkarbeit wird ein sektorenübergreifendes Case Management als unerlässlich angesehen, das eine weitestgehend unabhängige Beratung mit einschließt (Meusel, 2017; Vodenitscharov, 2017).

Seniorengenossenschaften – Beispiel bürgerschaftlichen Engagements

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem damit einhergehenden Mehrbedarf an professionellen Versorgungsstrukturen scheint eine vermehrte Investition in ergänzende Versorgungsstrukturen gewinnbringend. Ein solch ergänzendes Solidarmodell stellen die Seniorengenossenschaften dar (SMS, 2013, S. 3).

Der Grundgedanke einer Seniorengenossenschaft basiert auf dem Prinzip der gegenseitigen Unterstützung und Selbsthilfe. Getragen wird dies über ein Zeittauschsystem. Der Helfende bekommt für seine geleistete Hilfestellung keine monetäre Entschädigung, sondern eine Stundengutschrift auf einem Zeitkonto der Seniorengenossenschaft (siehe Abbildung 17). Ist der Helfende zukünftig selbst auf Hilfe in diesem System angewiesen, kann er die in Anspruch genommenen Leistungen durch sein Zeitkonto decken. Unmittelbare Unterstützungsleistungen, die im Rahmen dieser Genossenschaften geleistet werden, sind u. a. Fahrdienste und handwerkliche oder auch hauswirtschaftliche Hilfen. Dennoch wird es aufgrund der zunehmenden Professionalisierung der Pflege immer schwieriger, für eine Nachbarin oder einen Nachbarn rechtlich abgesichert eine Unterstützungsleistung zu erbringen, da hierfür bestimmte gesetzliche Qualifikationen vorliegen müssen. Weiterhin wirkt sich das Konkurrenzdenken der professionellen Pflegedienstleister hemmend auf den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu ehrenamtlichen Unterstützungsdienstleistern aus (Esswein, 2017). Vorreiter finden sich in anderen Bundesländern wie Baden-Württemberg (Riedlingen, Landkreis Biberach) oder Bayern (Kronach, Landkreis Kronach). Auch in Sachsen gibt es bereits erste Initiativen zur Anwendung dieses Solidarmodells. So wurde im Jahr 2014 die „Generationsgemeinschaft Chemnitz-Rabenstein und Umland“ gegründet (Fischer-Kilian, 2017) und auch das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis etablierte eine Seniorengenossenschaft (Schwabe, 2017). Darüber hinaus basiert ein Ansatz des Dresdner Vereins „Alt werden in Gemeinschaft“ (AWIG e. V.) auf diesem Tauschkonzept. Laut SMI gab es 2017 fünf Anträge, darunter vier Neuanträge. Eine großflächige Verbreitung des Konzepts der Seniorengenossenschaften kann in Sachsen bisher jedoch noch nicht beobachtet werden (Esswein, 2017).

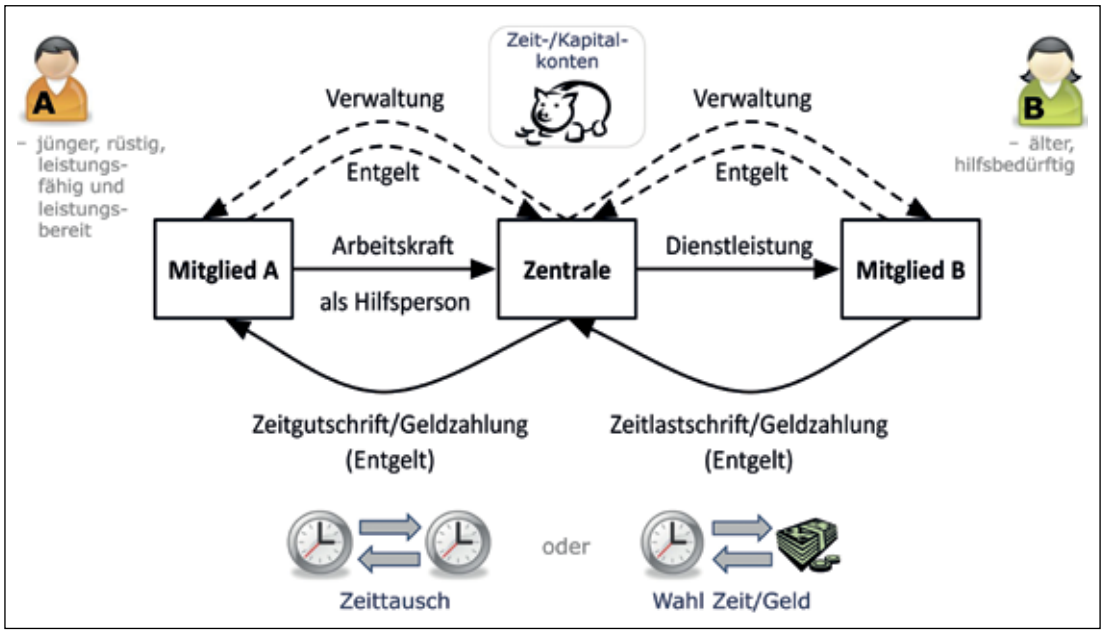

Abbildung 17: Konzept einer Seniorengenossenschaft (Esswein, 2017)

7.7 Handlungsempfehlungen

Die Kommission stellt fest, dass die spezifischen Bedürfnisse von älteren und pflegebedürftigen Menschen neben der Ausgestaltung der Wohnung auch bei der Gestaltung ihres Wohnumfeldes Berücksichtigung finden müssen, damit soziale Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben weiterhin möglich ist. Nach Auffassung der Kommission liegt die Zukunft daher in quartiersbezogenen Handlungskonzepten, welche

vernetzte und bedarfsgerechte Versorgungsangebote direkt in den Quartieren bzw. Sozialräumen älterer und pflegebedürftiger Menschen vorhalten. Bereits bestehende Ansätze und Projekte in diesem Bereich zeigen, dass solche quartiersbezogenen Versorgungsmodelle für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur auch im Freistaat Sachsen gegenwärtig, aber insbesondere zukünftig eine immer größere Bedeutung einnehmen.

7.7.1 Empfehlungen zur Entwicklung von Quartierskonzepten

Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission wurde deutlich, dass im Freistaat Sachsen bereits Ansätze und Konzepte zur Entwicklung altersgerechter Quartiere bzw. Sozialräume existieren, die es aber weiterhin nachhaltig zu fördern und auszubauen gilt.

Daher empfiehlt die Kommission,

Zur Quartiersentwicklung

- der Staatsregierung vorrangig solche Quartierskonzepte zu unterstützen, die in Zusammenarbeit von Kommunen, Wohnungsunternehmen, der Sozialwirtschaft, Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen und den Bürgerinnen und Bürgern des Quartiers entwickelt werden.
- den Kommunen als Hauptakteure bei der Planung von Quartiersvorhaben zu fungieren. Sie müssen hierzu ihre Rolle in der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung verstärkt wahrnehmen. Das bedeutet insbesondere eine intensive Auseinandersetzung mit der Mobilisierung von Akteuren, Initiierung von Netzwerken, Entwicklung und Moderation neuer Kooperationsformen, dem Projektmanagement mit verschiedenen Partnern sowie mit der Gestaltung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern einer umfassend verstandenen Wohnpolitik.
- den Akteuren der Quartiersentwicklung die Gestaltung solcher Quartiere, die sich an den Bedürfnissen aller Generationen gleichermaßen orientiert und so das Zusammenleben von Jung und Alt fördert (Generationen-Mix).
- den Beteiligten an der Quartiersentwicklung eine Orientierung am Leitbild einer Caring Community („sorgende Gemeinschaft“). Dies beinhaltet, Lebensräume für alle Generationen zu gestalten und zugänglich zu machen. Solch ein Politikansatz wird der UN-BRK gerecht.

Zum sozialraumorientierten Quartiersmanagement

- der Staatsregierung und den Kommunen die Quartiersmanagement-Strukturen im Freistaat Sachsen weiter auszubauen und finanziell zu fördern. Langfristiges Ziel sollte eine Verstetigung dieser Strukturen sein.
- der Staatsregierung und den Akteuren der Quartiersentwicklung zur Umsetzung von Quartierskonzepten ein hauptamtliches Quartiersmanagement zu etablieren, das die Angebote vor Ort steuert und auch als Anlaufstelle für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer fungiert.
- der Staatsregierung den niedrigschwelligen Ansatz der „sozialen Kümmerer“ (Beispiel Projekt „Chemnitz+“) weiterhin jährlich zu unterstützen und, wenn möglich, auszubauen. Darüber hinaus wird die Prüfung weiterer ministerieller Möglichkeiten (z. B. SMI) zur Förderung und Weiterentwicklung dieses Ansatzes empfohlen.

zur Kooperation und Vernetzung

- den Kommunen die Initiierung eines Pflegediskurses, der alle beteiligten Akteure im Quartier bei der kommunalen Planung und den zu erarbeitenden Lösungsansätzen involviert. Eine mögliche Plattform für diesen Austausch bieten beispielsweise Netzwerkkonferenzen, welche von den Pflegenetzwerken in Sachsen angeboten und durchgeführt werden.
- der Staatsregierung und den Kommunen alle beteiligten Akteure durch entsprechende Informationsmaßnahmen zur Initiierung von quartiersbezogenen Handlungsansätzen zu sensibilisieren und deren Vernetzung weiter zu fördern.
- den Kommunen durch geeignete Rahmenbedingungen den Aufbau und die Stabilisierung der Kooperationsbeziehungen zwischen dem professionellen Wohlfahrtssystem und der nachbarschaftlichen Selbsthilfe zu fördern. Hierzu ist das Aufgabenprofil ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen transparent und eindeutig von dem der professionellen Pflege abzugrenzen.

7.7.2 Empfehlungen zur Stärkung der Kommunalpolitik

Bei der Sicherstellung einer bedarfsorientierten Versorgung und der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen spielen die Kommunen als zentrale und wohnortnahe Ansprechpartner eine entscheidende Rolle und gelten als wichtige Partner bei der Quartiersentwicklung. Vor diesem Hintergrund ist die Kommunalpolitik in dieser Aufgabe durch entsprechend abzuleitende Maßnahmen gezielt zu unterstützen.

Für eine erfolgreiche Quartiersentwicklung ist darüber hinaus das enge Zusammenwirken von Case- und Care- Management-Strukturen eine zwingende Voraussetzung. So kann auch eine bedarfsgerechte Beratung im Quartier nur bei einer Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringer gelingen. In den Anhörungen der Kommission ist in diesem Zusammenhang wiederholt die Bedeutung einer/eines wohnortnahen, bürgernahen Lotsin/Lotsen deutlich geworden, die/der zum einen die Hilfesuchenden durch das Versorgungssystem leitet und zum anderen die Vernetzung der einzelnen Akteure und Dienstleister im System koordiniert und organisiert. Im Freistaat Sachsen existieren mit den Pflegekoordinatoren in den Pflegenetzwerken bereits Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung wohnortnaher Beratungsstrukturen .Mehr dazu kann unter dem Punkt „Pflegekoordinatoren“ dem Berichtsteil 8 „Beratungsstrukturen“ entnommen werden.

Daher empfiehlt die Kommission,

Zur altersgerechten Sozialraumplanung

- der Staatsregierung gemeinsam mit den Kommunen, eine Gesamtstrategie für die Entwicklung von Quartieren zu konzipieren, zum Beispiel im Sinne der Weiterentwicklung des Altenhilferahmenplanes des Landes. Die Umsetzung kann unterstützend begleitet und durch Bereitstellung von Fachinformationen gefördert werden. (z. B. Beratungsbüro auf Landesebene)
- den Kommunen, sich verstärkt bei der kommunalen Altenhilfeplanung am jeweils aktuellen Altenhilferahmenplan (seniorenpolitisches Gesamtkonzept) des Freistaates Sachsen zu orientieren.
- der Staatsregierung, den Altenhilferahmenplan von 2007 zu aktualisieren und zukünftig regelmäßig (mindestens alle fünf Jahre) den aktuellen Entwicklungen anzupassen

- der Staatsregierung gemeinsam mit den Kommunen, einen Leitfaden für die Quartiersentwicklung zu erstellen.

Zum Ausbau sozialraumorientierter Versorgungsnetzwerke (Pflegenetzwerke)

- der Staatsregierung und den Kommunen, das Angebot an Dienstleistungen innerhalb eines Quartiers in Form des Hilfe-Mixes durch die Förderung der verstärkten Zusammenarbeit von professionellen und ehrenamtlichen Dienstleistern zu lokalen Versorgungsnetzwerken (Pflegenetzwerke) weiter auszubauen.
- den Kommunen (Pflegekoordinatoren), im Rahmen einer Untersuchung die Barrieren zu erfassen, die seitens der Hausärztinnen und Hausärzte bestehen, als Netzwerkpartner mit den regionalen Pflegenetzwerken zusammenzuarbeiten und gleichzeitig die positiven Effekte der Netzwerkarbeit für diese Zielgruppe transparent herauszuarbeiten.

Zur wohnortnahen Beratung und Betreuung

- den Kommunen, die Bürgerschaft für die wohnortnahen Beratungsangebote durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu sensibilisieren. Erst die Kenntnis dieser Angebote macht eine breite Inanspruchnahme in der Bevölkerung möglich.
- der Staatsregierung, den Kommunen sowie den Pflegekassen, die bestehenden Beratungsstrukturen bedarfsgerecht auszubauen, zu komplettieren und weiter zu vernetzen und somit einer weiteren Ausbreitung von Mehrfachstrukturen im Beratungssystem entgegenzuwirken. Neben den Pflegekassen sind alle weiteren Kostenträger bei der Entwicklung solcher Angebote mit einzubeziehen.
- dem Freistaat Sachsen, das Internetportal „PflegeNetz Sachsen“ bzw. die darin integrierte Pflegedatenbank im Hinblick auf Vollständigkeit, Zentralisierung und Verwendbarkeit für die Nutzerinnen und Nutzer weiter auszubauen. So kann es eine gute Basis für die enge Zusammenarbeit von Kommunen, Leistungserbringern und Kostenträger als auch der fortlaufenden Vernetzung der Akteure bieten.

Zur Absicherung der Versorgung im ländlichen Raum

Die Mehrheit der Einwohnerinnen und Einwohner Sachsens lebt im ländlichen Raum. Die Kommission betrachtet es daher als ein langfristiges Ziel, insbesondere in diesen Regionen auf die Sicherstellung einer stabilen Versorgungsstruktur für ältere Menschen hinzuwirken.

Daher empfiehlt die Kommission,

- den Kommunen die regionalen Versorgungsmodelle in Kooperation zwischen Pflegekoordinatoren der Pflegenetzwerke und der Sozialplanung der Landkreise sowie den ländlichen Kommunen (weiter) zu entwickeln.
- der Staatsregierung die regionalen Planungsverbände bei der Umsetzung des Grundsatzes 6.1.2. des Landesentwicklungsplanes 2013 zu unterstützen.
- der Staatsregierung und den Kommunen sogenannte Sogeffekte hin zu Ballungszentren wie Dresden oder Leipzig durch koordinierte Förder- und Unterstützungsmaßnahmen abzumildern (z. B. durch Ausbau und bessere Taktung der Angebote des ÖPNV gemäß dem Maßnahmenkatalogs der ÖPNV-Strategiekommission, Sicherung der Nahversorgung durch Kooperationen oder Stärkung der lokalen Bewusstseinsbildung).
- der Staatsregierung und den Kommunen Projekte zur Umsetzung und gemeinsamen bzw. geteilten Nutzung von Infrastruktureinrichtungen (z. B. in Form der

Multifunktionshäuser) als Kompensation ansonsten fehlender pflegerischer und gesundheitsbezogener Infrastruktur in ländlichen Kommunen zu fördern und in die Fläche zu bringen.

Förderung der barrierefreien Gestaltung des öffentlichen Raumes

Bei der barrierefreien Gestaltung des öffentlichen Raumes sind die im Sächsischen Aktionsplan (S. 127ff.) aufgeführten Maßnahmen zur Erreichung des Ziels eines inklusiven Sozialraums als Vorgabe der UN-BRK verbindlich anzuwenden.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission den Kommunen,

- gemäß des Aktionsplans die barrierefreie Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit **öffentlicher Gebäude im Freistaat Sachsen** schrittweise herzustellen.
- Finanzmittel aus allen Programmen der Städtebauförderung des Bundes, der Regional- und der Strukturfondförderung der EU sowie von Landesmitteln zu nutzen, um öffentliche Räume entsprechend barrierearm bzw. barrierefrei umzugestalten.
- alle relevanten Akteure bei der Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu öffentlichen Einrichtungen über das Förderprogramm „Barrierefreies Bauen – Lieblingsplätze für Alle“ des SMS zu unterstützen.

7.7.3 Empfehlungen zur Aktivierung der Bürgerschaft

Die soziale Infrastruktur ist ein wesentliches Kennzeichen eines funktionierenden Quartiers. Vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung gewinnt eine aktive Bürgerschaft im Sinne der gegenseitigen Fürsorge und Verantwortung im Quartier zunehmend an Bedeutung.

Daher empfiehlt die Kommission,

- der Staatsregierung die Entwicklung der sozialen Infrastruktur in den Quartieren durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen gezielt zu unterstützen (z. B. durch quartiersnahe Modellprojekte), und den Kommunen, die Eigeninitiative der Bürgerschaft durch fördernde Rahmenbedingungen zu stärken.
- dem Land Sachsen eine dauerhafte Initiierung und Etablierung des Konzeptes der Seniorengenossenschaften anzustreben. Das im Jahr 2013 veröffentlichte Gutachten „Sachsen füreinander. Seniorengenossenschaften in Sachsen –Chancen und Perspektiven“ des SMS liefert bereits gute Ansatzpunkte zur Gestaltung und Etablierung dieses Konzepts und sollte hierbei Berücksichtigung finden.

7.7.4 Empfehlungen zu Förderstrategien von Quartiersansätzen

Im Rahmen der Kommissionsarbeit wurde wiederholt das Ressortdenken als ein praktisches Hemmnis für die Umsetzung nachhaltiger Gestaltungs- und Förderprogramme identifiziert. Daher ist nach Auffassung der Kommission zukünftig eine ressortübergreifendere Förderstrategie unter der Beteiligung mehrerer Ministerien (SMS, SMI, etc.) anzustreben, die verlässlichere Strukturen schaffen kann.

Daher empfiehlt die Kommission der Staatsregierung,

- die Überarbeitung und bessere Abstimmung der gegenwärtigen Förderrichtlinien. Die von der Sächsischen Staatsregierung im Jahr 2018 eingesetzte Kommission zur Vereinfachung und Verbesserung von Förderverfahren ist in diesem

Zusammenhang ein wichtiger Schritt. Die von der Kommission im Mai 2019 vorzulegenden Empfehlungen können hierfür genutzt und möglichst zeitnah in der Förderpraxis umgesetzt werden.

- die transparente Zusammenfassung von bestehenden Förderprogrammen zu einem Förderkatalog, die für die Entwicklung altersgerechter Quartiere Anwendung finden können. Als mögliche Grundlage für verstärkte Transparenz kann die Förderdatenbank FÖMISAX dienen. Dazu ist ein einheitlicher Ansprechpartner zu bestellen.
- die Förderprogramme des Landes um spezifische Fördermöglichkeiten für ländlich geprägte Kommunen und Landkreise zu ergänzen, da diese gegenwärtig von Programmen der Städtebauförderung aufgrund der jeweiligen Begrenzung der Förderung auf die städtebauliche Gebietskulisse nicht umfassend bedacht werden.
- das Förderprogramm „Barrierefreies Bauen – Lieblingsplätze für Alle“ zu erhalten und auszubauen
- die verstärkte Berücksichtigung von Quartierfonds für eine sektorenübergreifende Finanzierungsform von Quartierskonzepten.

7.8 Literaturverzeichnis

Alltag, S. (2016). Stellungnahme der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Altenberichtskommission, 7. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1481719799&hash=b680818ddbd3bf52ab5b552edcbcb4ffa02c1168&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2016].

Brylok, A.; Winkler, S. (2016). Stellungnahme des Verbandes Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG e. V.) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 7. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

BMG (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Dt. Bundestag.

BMG. (2017). Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. 17., aktual. Aufl., Stand: April 2017. Berlin: BMG, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

BMWi. (2017). Perspektiven für den ländlichen Raum. Abschlussbericht der Workshop-Reihe „Perspektiven für den ländlichen Raum“ der Dialogplattform Einzelhandel. Berlin.

Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. Gemeinsam im altersgerechten Quartier. Nationale Abschlusskonferenz des HELPS-Projektes. http://www.deutscher-verband.org/aktivitaeten/projekte/abgeschlossene-projekte/abgeschlossene-projekte/helps/altersgerechtes-quartier.html#c718 [09.11.2016].

Esswein, W. (2017). Stellungnahme des Centrums für Demografie und Diversität, TU Dresden zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. Enquete-Kommission Pflege.

Fischer-Kilian, B. (2017). Stellungnahme der Seniorengemeinschaft Kronach Stadt und Land e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Gohde, J. (2017). Stellungnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Graffmann-Weschke, K. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK Nordost zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Hämel, K. (2017). Stellungnahme der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Helms, E.; Dumke, C. (2016). Stellungnahme der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Köppl, M. (2017). Stellungnahme des Sächsischen SMI zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Kreis Mettmann. (2013). Rahmenkonzept für eine seniorengerechte Quartiersentwicklung. https://www.mettmann.de/soziales/senioren/pdf/rahmenkonzept_quartiersentwicklung.pdf [12.12.2016].

Kremer-Preiß, U. (2014). Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter : Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln: KDA. http://www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-wohnatlas.html [06.08.2017].

Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2005). Werkstatt-Wettbewerb Quartier. Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Köln.

Lotze, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen (vdek) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Meusel, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Michell-Auli, P. (2011). Quartiersentwicklung. Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf. Köln. https://www.google.de/search?num=100&q=kda+quartiersentwicklung+ziele+politischer+handlungsbedarf;&gws_rd=ssl [04.01.2017].

Müller, P. (2017). Stellungnahme des Vereins Sigus e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Netzwerk: Soziales neu gestalten. (2009). Zukunft Quartier. Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 1. Hilfe-Mix. Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung.

Neu, N. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerkes Landkreis Leipzig zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Neumann, J. (2017). Stellungnahme des Sächsischen Landkreistages (SLKT) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Sächsische Staatskanzlei. (2016). Demografische Entwicklung – Pflegenetzwerk Vogtlandkreis. http://www.demografie.sachsen.de/28728.htm [31.01.2017].

SMI. (2013). Landesentwicklungsplan 2013. 1. Aufl. Dresden.

SMI. (2017a). Bauen und Wohnen – Bund-Länder-Programm »Soziale Stadt – Investitionen im Quartier«. http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/15207.htm [17.01.2017].

SMI. (2017b). Bauen und Wohnen – EU-Programme zur Stadtentwicklung. http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/670.htm [18.01.2017].

SMS. (2007). Altenhilfe-Rahmenplan. Dresden: Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung.

SMS. (2013). Sachsen füreinander. Seniorengenossenschaften in Sachsen. Kurzfassung des Gutachtens zur Etablierung von Seniorengenossenschaften.

SMS. (2015). Konzept für die Förderung von Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Aufgabenprofil des Pflegekoordinators sowie Zuwendungsvoraussetzungen und -verfahren für die Förderung von Pflegekoordinatoren durch den Freistaat Sachsen (Stand 31.08.2015).

SMS. (2016). Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

SMS. (2017a). Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zum Investitionsprogramm Barrierefreies Bauen 2018 „Lieblingsplätze für alle“ vom 04. August 2017. Dresden.

SMS. (2017b). Investitionsprogramm Barrierefreies Bauen 2017. http://www.soziales.sachsen.de/lieblingsplaetze.html [02.02.2017].

SMS. (2017c). Staatsministerin Barbara Klepsch präsentiert neue Pflegedatenbank für Sachsen. http://www.sms.sachsen.de/Pflegedatenbank.html [22.08.2017].

Schöne, C. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK PLUS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schwabe, S. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerks Vogtlandkreis zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Seyfert, U. (2017). Stellungnahme in Vertretung der pflegenden Angehörigen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

SMWA; SMI. (2015). Lebenswerte Quartiere. Nachhaltige Stadtentwicklung in Sachsen, gefördert aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung. Dresden: SMWA, Verwaltungsbehörde EFRE; SMI, Ref. Städtebauförderung.

SMWA/ ÖPNV-Strategiekommission. (2015). Abschlussbericht der Strategiekommission für einen leistungsfähigen ÖPNV/SPNV in Sachsen. 15. Dezember 2017.

Universität Bielefeld. (2012). Synopse. Altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger: Eine qualitative Bestandsaufnahme von Quartiersprojekten und Unterstützungsangeboten zur Quartiersentwicklung. https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=synopse+altersgerechte+quartiersentwicklung [04.01.2017].

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (2016). Stellungnahme des Verbandes Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG e. V.) zur Drucksache 6/3474 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Vodenitscharov, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

VSWG e. V. Soziale Kümmerer. http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/aktivitaeten/soziale-vorsorge/sozialer-kuemmerer/ [06.07.2018].

VSWG e. V. (2014). Chemnitz + Zukunftsregion lebenswert gestalten. http://www.zukunftsregion-sachsen.de/entwicklung/index.html [19.01.2017].

Werner, A. (2017). Stellungnahme des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV Sachsen) zur Drucksache 6/3474 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

8 Beratungsstrukturen

Im Freistaat Sachsen findet die pflegerische Versorgung größtenteils im häuslichen Bereich statt (mehr dazu siehe Kapitel 3 in diesem Bericht). Damit pflegende Angehörige bestmöglich unterstützt und die Pflege gut organisiert werden kann, ist eine umfassende und gute Beratung eine der zentralen Voraussetzungen. Eine frühzeitige Beratung kann weiterhin dazu beitragen, Gesundheitsproblemen von Angehörigen und Pflegebedürftigen auch präventiv zu begegnen. Die Beratungsmöglichkeiten sind jedoch für Pflegebedürftige und deren Angehörige aufgrund deren Vielfalt selten überschaubar und die Qualität der Angebote sehr heterogen (GKV-Spitzenverband, 2012, S. 3 f.; ZQP, 2016b, S. 3, 2017). Die Hauptverantwortung der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen tragen die Pflegekassen (Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI) (GKV Spitzenverband, 2015). Die mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz getroffenen Regelungen zielen aber darauf ab, die Beratungsleistungen auch auf kommunaler Ebene weiter auszubauen (Weidner, 2018). Dieser Berichtsabschnitt gibt einen zusammenfassenden Überblick über bestehende Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege im Freistaat Sachsen. Anschließend werden ausgewählte Beratungsleistungen der Pflegekassen als auch kommunale Angebote näher beschrieben. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Beratung ein übergreifendes Querschnittsthema darstellt und daher auch in anderen Berichtsteilen thematisiert wird (u. a. Pflege durch Angehörige, Quartier, Wohnen).

8.1 Grundsätzliches

Die Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege in Deutschland sind vielfältig. Das ZQP konnte im Jahr 2015 deutschlandweit etwa 4 500 Beratungsangebote im Bereich Pflege im Rahmen einer systematischen Recherche ermitteln. Die Verantwortung der Pflegekassen zur Beratung bei Pflegebedürftigkeit ist gesetzlich definiert. Die Pflegekassen kommen dieser Verpflichtung auf unterschiedlichste Weise entsprechend nach. Sie beraten entweder selbst oder kooperieren mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die dann die Beratungen im Auftrag der Pflegekassen durchführen (siehe auch Kapitel 8.2). Neben den Pflegekassen bieten auch die COMPASS – Private Pflegeberatung, ambulante Pflegedienste, kommunale Stellen oder auch Einrichtungen der Wohlfahrtspflege Beratungen zum Thema Pflege an. In der Regel sind Beratungsleistungen für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige kostenfrei. Darüber hinaus bestehen diverse (kostenpflichtige) Angebote privater Unternehmen. Weiterhin können auch zugelassene Träger im Auftrag der Pflegekassen Pflegekurse nach § 45 SGB XI für pflegende Angehörige anbieten (mehr dazu siehe Kapitel 3). Nachgefragt werden im Zusammenhang mit dem Thema Pflege auch Angebote zur Pflegerechtsberatung, welche vor allem bei Fragen bezüglich der Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringern und Pflegebedürftigen unterstützen. Weiterhin findet Beratung aber auch im Zusammenhang mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement der Krankenhäuser Anwendung. Neben den hauptamtlichen Beratungsangeboten haben sich darüber hinaus auch im Bereich der Selbsthilfe zahlreiche Beratungsangebote entwickelt (u. a. Beratungsstellen, Telefon- oder Online-Beratung) (ZQP, 2016b, S. 3 f.).

Dieses breit gefächerte Angebot an Beratungsstrukturen zur Thematik Pflege, verbunden mit einer großen Auswahl an niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten, wurde auch im Rahmen der Anhörungen der Enquete-Kommission wiederholt durch die befragten Sachverständigen als eine große Herausforderung für Ratsuchende im Freistaat Sachsen benannt. Trotz oder gerade wegen dieser Vielzahl

an vorhandenen Beratungsmöglichkeiten ist es nicht immer leicht herauszufinden, wann, wohin bzw. an wen Betroffene sich bei inhaltlichen und organisatorischen Fragen zum Thema Pflege wenden können. Eine große Bedeutung kommt daher einer wohnortnahen Beratungsstelle als zentraler Anlaufpunkt im Quartier bzw. Sozialraum zu (Märten, 2017; Neu, 2017; Seyfert, 2017; Vodenitscharov, 2017; Wagner, 2016) (mehr dazu siehe Kapitel 3.5 sowie siehe Kapitel 8.2). Neben bundesweit verfügbaren Beratungsleistungen können Pflegebedürftige und deren Angehörige im Freistaat Sachsen auf spezifische Beratungsangebote zurückgreifen, die auf die regionale Versorgungslandschaft ausgerichtet sind. Dazu gehören beispielsweise Angebote wie die „vernetzte Pflegeberatung“ in den kommunal angesiedelten Pflegenetzwerken (siehe Kapitel 8.3.1), das dazugehörige ergänzende Online-Portal „PflegeNetz“ mit Pflegedatenbank des Freistaates Sachsen und die „Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag“, die seit Ende 2015 im Auftrag des SMS arbeitet (siehe dazu auch Kapitel 1.5 „Entlastung und Hilfe“ im Berichtsteil „Pflege durch Angehörige“). Diese und weitere landes- und bundesweite Beratungsangebote im Bereich Pflege fasst die Tabelle 32 im Anhang G zusammen.

8.2 Beratungsstrukturen der Pflegekassen

Im Fall einer Pflegesituation sind die Betroffenen und insbesondere deren Angehörige auf eine niedrigschwellige und umfassende Beratungsleistung angewiesen, um ihre oftmals komplexen Problemlagen zu bewältigen. Für die Ermöglichung einer bedarfsgerechten Auswahl und Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen sind die Pflegekassen in der gesetzlich definierten Verantwortung, ihre Versicherten unterstützend zu beraten (GKV-Spitzenverband, 2012, S. 3). In der Pflegeversicherung sind dazu in den letzten Jahren u. a. folgende definierte Beratungsansprüche etabliert worden:

- Rechtsanspruch auf Information und Aufklärung (§ 7 SGB XI)
- Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)
- Anspruch auf eine wohnortnahe Infrastruktur zur Pflegeberatung (Einrichtung von Pflegestützpunkten gemäß Landesrecht)
- Verpflichtende Beratungsbesuche für Geldleistungsempfänger, je nach Pflegegrad mindestens halbjährlich bis vierteljährlich (§ 37 Abs. 3 SGB XI)
- Anspruch auf Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI

Individuelle Pflegeberatung (7a SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf kostenfreie Pflegeberatung (§ 7a SGB XI). Anders als in Bundesländern mit Pflegestützpunkten (§ 7c SGB XI)[127] erfolgt die Beratung im Freistaat Sachsen ausschließlich als individuelle Leistung der Pflegekassen, die auf Wunsch auch in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erfolgt. Auch pflegende Angehörige und weitere Helferinnen und Helfer haben einen eigenen (freiwilligen) Anspruch auf Pflegeberatung (BMG, 2017, S. 121ff.; Märten, 2017; Schöne, 2017). Mehr dazu siehe Kapitel 3.5.

127 Sachsen hat sich im Jahr 2009 alternativ für eine „vernetzte Pflegeberatung“ in kommunal angesiedelten Pflegenetzwerken entschieden, mehr dazu im Kapitel 8.3.1

Die im Jahr 2009 eingeführte individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ergänzte die bis dato bestehenden Angebote der Information und Aufklärung um den individuellen Anspruch auf ein Fallmanagement (Case Management). Die Pflegeberatung sollte grundsätzlich als eine umfassende Beratungsleistung konzipiert sein, welche die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans unter Berücksichtigung der ganzheitlichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen beinhaltet (Schöne, 2017; ZQP, 2016b, S. 3 f.) (siehe dazu auch Kapitel 3.5). Bei der AOK PLUS beispielsweise, bei der die überwiegende Mehrheit der sächsischen Pflegebedürftigen (72 %) versichert ist, wurden im Jahr 2016 im Freistaat Sachsen 26 500 solcher individuellen Pflegeberatungen angeboten, davon 12 300 im Rahmen eines Hausbesuches (ca. 46 %) (Kuhlmann, 2016; Schöne, 2017). Im Folgejahr fiel diese Zahl mit 27 700 Beratungen etwas höher aus. Etwa 41 % fanden dabei auf Wunsch als Hausbesuch statt. Im Jahr 2018 wurden in Sachsen bis einschließlich April 10 200 individuelle Pflegeberatungen durchgeführt. Bleibt es bei dem Beratungsbedarf, so ist für das laufende Jahr von ca. 30 600 Beratungen auszugehen. Damit hat sich die Nachfrage bzw. auch die Inanspruchnahme der Pflegeberatung jährlich sukzessive und auch deutlich erhöht (im Vergleich zu 12 300 Beratungen im Etablierungsjahr 2009). Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Beratung zeigen Ergebnisse einer Nutzerbefragung des Zentrums für Sozialforschung in Halle im Auftrag der AOK-Gemeinschaft aus dem Jahr 2016, dass etwa 90 % der AOK-Versicherten, die die Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, mit dieser Leistung auch zufrieden waren. Weiterhin gab jeweils knapp die Hälfte der Befragten an, dass sich ihre Lebenssituation durch die Beratung verbessert hätte (48 %). Acht von zehn Befragten bevorzugten in diesem Zusammenhang eine persönliche Beratung in der eigenen Häuslichkeit (Schöne, 2017; 2018).

Damit eine bedarfsgerechte und zwischen den einzelnen Akteuren gut abgestimmte Hilfestellung möglich ist, kann sich die Beratungsleistung in den meisten Fällen nicht nur auf die Themen des SGB XI beschränken. Vielmehr benötigen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater neben der Kenntnis der vielfältigen Leistungsinformationen des Pflegebedürftigen (z. B. Genehmigungszustand zu beantragten SGB-V-Leistungen, Inanspruchnahme Kurzzeitpflege, Tagespflege) auch Informationen über die angrenzenden Leistungsgebiete sowie die verschiedenen regionalen Kostenträger und Leistungserbringer, um aus diesem Versorgungsnetzwerk eine individuelle und passgenaue Versorgung für den Pflegebedürftigen zu vermitteln (Schöne, 2017). Für die ganzheitliche Beratung nach dem Case-Management-Ansatz müssen daher eine enge Kooperation und ein damit verbundener wechselseitiger Informationsfluss gewährleistet sein. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine Beratung über eine reine Auskunftsleistung hinausgehen. Die Pflegeberatung der Kassen kann demzufolge nur einer von mehreren Bausteinen innerhalb eines komplexen Versorgungsnetzwerkes sein und muss in die vorhandenen Care-Management-Strukturen eingebunden werden (BMG, 2017, S. 121ff.; Neu, 2017; Schöne, 2017; Sommerfeld, 2018).

Zwingende Voraussetzung für eine gelingende und umfassende Beratung in Sachsen ist daher die enge Zusammenarbeit mit den Pflegekoordinatoren der Pflegenetzwerke sowie den weiteren zusammenlaufenden Schnittstellen (Neu, 2017; Schöne, 2017; Schuster, 2018). Pflegekassen, denen es gelingt, ein wohnortnahes Beratungsnetz und Ansprechpartner im Quartier vorzuhalten, sind nah an den Bedürfnissen der Betroffenen und Hilfebedürftigen (Märten, 2017). Den Pflegekassen im Freistaat Sachsen gelingt es bislang nur teilweise, dem Angebot einer wohnortnahen Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) gerecht zu werden (Märten, 2017; Meusel, 2017; Schöne, 2017; Schuster, 2018; Sommerfeld, 2018). Einige Pflegekassen bieten ihre Beratung hauptsächlich telefonisch an. Hierbei stellen die fehlende Möglichkeit der visuellen

Einschätzung der Pflegesituation und die oftmals langen Warteschleifen bis zum Erhalt einer Auskunft Barrieren für die Betroffenen dar, diese auch in Anspruch zu nehmen (Märten, 2017; Meusel, 2017). In ländlichen Regionen bevorzugen insbesondere die älteren Ratsuchenden einen regionalen, ihnen vertrauten Akteur für ein Beratungsgespräch (Pfarrerinnen und Pfarrer, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, Vermieterinnen und Vermieter, Nachbarinnen und Nachbarn etc.) Darüber hinaus lagert vor allem die private Pflegeversicherung die Beratungsleistung oftmals auf externe Dienstleister (z. B. COMPASS (Meusel, 2017).

Qualität der Beratung

Eine gute und umfassende Beratung ist auch der Schlüssel für eine gute pflegerische Versorgung. In Deutschland gibt es zwar zahlreiche Beratungsangebote im Bereich der Pflege, die Qualität ist jedoch höchst unterschiedlich. Aufgrund einer fehlenden allgemeingültigen konzeptionellen Grundlage sind die Beratungsinhalte und der Ablauf sowie die Dokumentation und Auswertung der Beratung nicht einheitlich geregelt. Beispielsweise wird die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sehr unterschiedlich umgesetzt und nicht für alle Anspruchsberechtigten in gleicher Weise gewährleistet. Auch Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI verlaufen sehr heterogen und sind oftmals vom Zufall bzw. von der Person, die berät, abhängig. In der Beratungspraxis lassen sich in diesem Zusammenhang verschiedene Probleme identifizieren (u. a. unklare Beratungsaufträge, zu enge Zeitfenster, unzureichende Nutzerorientierung, Umgang mit Beratungsergebnissen, geringe Nutzung von Synergieeffekten aus unterschiedlichen Beratungsangeboten) (ZQP, 2016b, S. 4, 2017).

Im Jahr 2016 nahm das ZQP diese Defizite im Bereich der Beratungsqualität in der Pflege zum Anlass, gemeinsam mit Akteuren aus Wissenschaft, Politik und dem Gesundheits- und Pflegebereich den „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“ zu entwickeln. Dieser definierte in umfassender Weise die Anforderungen an eine gute Beratung in der Pflege und schaffte für Politik und Praxis eine erste valide Grundlage zur Weiterentwicklung der Beratungsqualität in der Pflege (ZQP, 2016a, 2017). Der Qualitätsrahmen legt Ziele der Beratung fest und unterscheidet für den Beratungsprozess Begrifflichkeiten wie beispielsweise Information, Aufklärung, Schulung und Beratung. Qualitätskriterien werden u. a. für den Beratungsprozess selbst, für die Kompetenz der Beratenden sowie für die Rahmenbedingungen der Beratung festgelegt. Demnach sollen die Ergebnisse des Beratungsprozesses für den Ratsuchenden transparent sein, die einzelnen Prozessschritte und Ergebnisse sind zu dokumentieren. Weiterhin sollte der Beratungsprozess evaluiert werden (ZQP, 2016a).

Auch bei den Ratsuchenden selbst herrscht oft Unklarheit darüber, was sie von einer Beratungsleistung erwarten dürfen. Aus diesem Grund hat das ZQP im Jahr 2017, basierend auf dem „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“, eine Checkliste mit zehn zentralen Merkmalen einer guten Beratung für Pflegebedürftige und deren Angehörige herausgegeben (ZQP, 2017).

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz hatte der Gesetzgeber auf Bundesebene auf diesen Optimierungsbedarf im Bereich der Beratungsqualität mit der Forderung nach bundeseinheitlichen Pflege-Beratungsrichtlinien zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (§ 17 Abs. 1a SGB XI) reagiert. Diese wurden im Mai

2018 vom GKV-Spitzenverband unter der Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbundes Bund der Krankenkassen (MDS) beschlossen und durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt[128].

Weiterhin wurden mit Beschluss vom 22. Mai 2018 auch die dazugehörigen Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater des GKV-Spitzenverbandes überarbeitet und um die Thematik „Fortbildung“ ergänzt (§ 7a Abs. 3 SGB XI)[129]. Demnach wird grundsätzlich empfohlen, dass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor allem Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter mit einer entsprechenden Weiterbildung sein sollen. Darüber hinaus ist die Anerkennung einer nachweislich erworbenen und für die Weiterbildung relevanten Qualifikation möglich (AOK Plus; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 2018, S. 2; GKV Spitzenverband, 2008, 2018; Graffmann-Weschke, 2017).

Auch für die Beratungspflichtbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI war der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger ambulanter Pflegedienste vom Bundesgesetzgeber aufgefordert (PSG II), „Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche“ zu beschließen (AOK Plus). Diese sind nach abschließender Beratung im erweiterten Qualitätsausschuss seit dem 29. Mai 2018 in Kraft. Der Nachweisbogen für die Leistungserbringer, der auf Grundlage dieser Empfehlungen ebenfalls überarbeitet wurde, bedarf noch der Freigabe durch das BMG, sodass zunächst der bisherige Nachweisbogen bis auf Weiteres gilt (Schöne, 2018).

8.3 Kommunale Beratungsstrukturen

Die Kommunen nehmen im Rahmen der Daseinsvorsorge ebenfalls zahlreiche Beratungsaufgaben wahr. Mit der Einführung von Pflegekoordinatoren im Freistaat Sachsen wurde die koordinierende Rolle der Kommunen deutlich gestärkt (Sommerfeld, 2018). Darüber hinaus wurden auch mit den Regelungen des dritten Pflegestärkungsgesetzes strukturelle Voraussetzungen dafür geschaffen, die Kompetenzen der Kommunen im Bereich der Beratung weiter auszubauen (Erprobung neuer Beratungsstrukturen in Modellprojekten; Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten).

8.3.1 Pflegekoordinatoren (vernetzte Pflegeberatung)

Im Freistaat Sachsen wird die Pflegeberatung seit dem Jahr 2009 in kommunal angesiedelten Pflegenetzwerken angeboten. Grundlage ist die unter der Beteiligung des Freistaates Sachsen von den Landesverbänden der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger und des SMS geschlossene Kooperationsvereinbarung über die „vernetzte Pflegeberatung“ (sozialraumorientierte Versorgungsnetzwerke). Mehr dazu auch siehe Kapitel 7.4 (Neumann, 2017; SMS, 2015, S. 1; Schuster, 2018).

Seit dem Jahr 2016 werden sogenannte Pflegekoordinatoren in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten eingesetzt, um die Implementierung und den gezielten Ausbau dieser kommunalen Beratungs- und Versorgungsstrukturen steuernd zu unterstützen. Eingesetzt werden Pflegekoordinatoren im Rahmen einer anteiligen

128 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien).

129 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018.

Finanzierung in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Auf der Grundlage des „Konzepts für die Förderung von Pflegekoordinatoren“[130] konnten die Kommunen einen Förderantrag stellen, in welchem die kommunalen Besonderheiten Berücksichtigung fanden. Alle kreisfreien Städte und Landkreise erhielten für die Jahre 2015 bis 2017 eine Zuwendung (Bockting, 2016; Neu, 2017; Neumann, 2017; Schöne, 2017). Vorbehaltlich der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel ist die Förderung bis zum Jahr 2019 gesichert und darüber hinaus geplant (SMS, 2015, S. 5).

Mit der Einführung der Pflegekoordinatoren haben die Bürgerinnen und Bürger und Akteure einen festen Ansprechpartner (persönlich, telefonisch, online) und Mittler im Versorgungsnetzwerk erhalten. Als eine Art „Lotse“ leitet er die Rat- und Hilfesuchenden durch das System (Weitervermittlung an die Netzwerkpartner) (Neu, 2017; SMS, 2015, S. 4; Sommerfeld, 2018). Je nach Beratungsbedarf greift er dabei auf die unterschiedlichen Netzwerkpartner im Versorgungssystem zurück (Care und Case Management, mehr dazu siehe Kapitel 7.2). Pflegekoordinatoren haben in diesem Sinne die Kenntnis darüber, welche Angebote es in der Region gibt und welcher regionale Netzwerkpartner zu welchen Inhalten beraten kann. Damit unterscheidet sich das Beratungsangebot klar von der gesetzlichen Pflegeberatung der Pflegekassen (§ 7a SGB XI) (Neu, 2017; Neumann, 2017).

Die Pflegekoordinatoren haben die Aufgabe[131], die Implementierung und (Weiter-) Entwicklung der vernetzten Pflegeberatung zu koordinieren, anzuregen und aktiv vor Ort zu gestalten. Hierfür sollen in den Pflegenetzwerken verschiedene Leistungserbringer (z. B. Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) sowie Ansprechpartner aus dem Ehrenamt mitwirken. Zudem sollen die Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten u. a. die vielfältige Unterstützungslandschaft von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, den Nachbarschaftshelferinnen und -helfer sowie der „vorpflegerischen“ Altenhilfe in Form von Alltagsbegleitern vor Ort initiieren und bewerben. Weiterhin zählt auch die Werbung für Generationsgenossenschaften oder das Initiieren einer Beratungsstelle für Demenzkranke zum Aufgabenspektrum des Pflegekoordinators. Darüber hinaus wirken sie bei der Erarbeitung und Aktualisierung der Altenhilferahmenplanung des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt mit (insbesondere Modellierung künftiger Über- und Unterversorgung im stationären Bereich); einschließlich Sensibilisierung für die Konsequenzen der demografischen Entwicklung in den jeweiligen kommunalen Gremien (Bockting, 2016, S. 2 f.).

Durch vierteljährlich durchgeführte Netzwerkkonferenzen und nach Bedarf organisierte Arbeitsgruppensitzungen stehen die Pflegekoordinatoren im stetigen Erfahrungsaustausch untereinander (Neu, 2017; SMS, 2015, S. 3).

Der Aufbau und die Ausgestaltung von Beratungsstrukturen werden von den Pflegenetzwerken in den jeweiligen Landkreisen recht unterschiedlich umgesetzt. Dies hängt u. a. auch von den besonderen kommunalen Versorgungs- und Beratungsbedarfen ab. Beispielsweise gibt es Landkreise, die in allen Kommunen mobile Beratungsstellen des Kreissozialamtes eingeführt haben (u. a. der Landkreis Leipzig, mehr dazu im Kapitel 1.4 im Berichtsteil Quartier). Andere Landkreise haben eine stärkere Einbindung der Stadt- und Gemeindeverwaltungen im Kreisgebiet gewählt, damit für Ratsuchende ein wohnortnäheres Beratungsangebot vorgehalten werden

130 Konzept für die Förderung von Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Aufgabenprofil des Pflegekoordinators sowie Zuwendungsvoraussetzungen und -verfahren für die Förderung von Pflegekoordinatoren durch den Freistaat Sachsen (Stand: 31.08.2015).

131 Eine ausführliche Beschreibung der Aufgaben des Pflegekoordinators kann auch dem „Konzept für die Förderung von Pflegekoordinatoren“ entnommen werden (SMS, 2015).

kann. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Umsetzungsmodelle des Vogtlandkreises sowie des Landkreises Meißen. Beispielsweise hat das Pflegenetzwerk „Vogtlandkreis“ in enger Abstimmung mit den Pflegekassen in einem Qualitätshandbuch definiert, welche Leistung von einem Netzwerkpartner aus dem etablierten Beratungsniveausystem (feste Ansprechpartner aus dem Netzwerk mit einem Beratungsniveau 1 bis 4) erbracht werden kann und ab welchem Zeitpunkt die Pflegekasse hinzugezogen werden sollte (mehr dazu siehe Kapitel 7.6) (Neu, 2017; Neumann, 2017; Schwabe, 2017; Sommerfeld, 2018).

Der Aufbau der Beratungsstrukturen ist dabei nicht als abgeschlossener, sondern vielmehr als fortlaufender Prozess zu betrachten. Wesentliches Element ist die Steuerung, Koordinierung und die Schaffung einer Möglichkeit des Austausches und der Vernetzung der wesentlichen Akteure vor Ort. Dies ist eine Daueraufgabe. In diesem Zusammenhang ist es elementar, dauerhaft verlässliche Finanzierungsstrukturen für eine Verstetigung des bisher Erreichten als auch für den möglichen weiteren Ausbau zu schaffen. Es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die den Pflegekoordinatoren angedachten Aufgaben bei gewissenhafter Umsetzung kaum durch eine Person allein zu leisten sind. Daher ist über eine Erweiterung der staatlichen Förderung nachzudenken. Gleichzeitig kann die Arbeit der Pflegekoordinatoren nur unter der Bedingung wirksam und effizient gestaltet werden, wenn darüber hinaus auch die zu vernetzenden Akteure im Pflegenetzwerk über adäquate finanzielle und personelle Kapazitäten verfügen. Dies wird teilweise als problematisch eingeschätzt (Neu, 2017; Schöne, 2017; Sommerfeld, 2018).

8.3.2 Modellkommunen zur Pflegeberatung

Das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz III, welches insbesondere die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege stärken soll, hat auch Auswirkungen auf die bisher etablierten Pflegeberatungsstrukturen. Die Kommunen bzw. die für die Hilfe zur Pflege verantwortlichen Träger der Sozialhilfe (SGB XII) haben nach diesen Regelungen die Möglichkeit erhalten, für ihren Zuständigkeitsbereich Modellvorhaben zur Pflegeberatung bei der zuständigen obersten Landesbehörde zu beantragen. Voraussetzung dafür ist, dass diese Modellkommunen gemäß landesrechtlichen Bestimmungen vorgesehen sind. Bundesweit können auf diesem Weg bis zu 60 Modellkommunen mit einer befristeten Laufzeit von fünf Jahren errichtet werden. Die Verteilung der Modelle erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Bundesländer. Demzufolge würden dem Freistaat Sachsen drei Modellkommunen zustehen. Eine Modellkommune mit ihrer Beratungsstelle ist dann neben ihrer eigenen Beratung (z. B. im Bereich Sozialhilfe) auch vollständig für die Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), die Beratungseinsätze in der Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3 SGB XI) sowie die Pflegekurse (§ 45 SGB XI) zuständig. Laut § 123 Absatz 5 SGB XI haben die Modellkommunen mit den Landesverbänden der Pflegekassen Vereinbarungen u. a. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote sowie zur sächlichen, finanziellen und personellen Zusammenarbeit zu treffen (Bockting, 2017; Schöne, 2017). Unter dieser Maßgabe ist es den bisherigen Beratungsanbietern bzw. den Pflegekassen zwar weiterhin möglich, die bestehende Pflegeberatung in dieses Angebot der Modellkommune zu integrieren. Eine von den Pflegekassen angebotene Pflegeberatung nach § 7a SGB XI außerhalb der Modellvorhaben ist jedoch voraussichtlich kaum mehr realisierbar. Anzumerken ist die mit der Einführung der Modellkommunen einhergehende eingeschränkte Wahlfreiheit für den Pflegebedürftigen bzw. die pflegenden Angehörigen. So hat die Kommune einen stärkeren Einfluss darauf, wer in der eigenen Häuslichkeit den Beratungseinsatz durchführt, und nicht mehr die Betroffenen. Für die Hilfesuchenden ist es zumeist nicht einfach, zu unterscheiden, an

welchen Orten nur die Beratung der Modellkommunen genutzt werden kann und in welchen Fällen die aufsuchende Beratung der Pflegekassen erfolgt. Für die Versicherten kann dadurch ein doppelter Klärungsaufwand entstehen, da die Leistungsentscheidung auch bei der Übernahme der Pflegeberatung durch die Modellkommunen weiterhin den Pflegekassen obliegt (Schöne, 2017).

Im Freistaat Sachsen liegen zum Zeitpunkt der laufenden Anhörungen der Enquete-Kommission keine solchen landesrechtlichen Vorschriften für die Errichtung von Modellkommunen vor (Bockting, 2017; Schöne, 2017; Schuster, 2018; Sommerfeld, 2018). Gründe liegen u. a. darin, dass mit den zustehenden drei Modellkommunen kein flächendeckendes Beratungsangebot vorgehalten werden könnte. Weiterhin sollen laut Bundesgesetzgeber Modellkommunen vorrangig solche Kommunen sein, die noch keine langjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit im Bereich der Beratung haben. Dies trifft auf Sachsen mit den etablierten Pflegenetzwerken und den Pflegekoordinatoren nicht zu. Sachsen hat in diesem Zusammenhang bereits eine gute Beratungsstruktur auf einer freiwilligen Basis aufgebaut, sodass mit dem Errichten der Modellkommunen lediglich eine Doppelstruktur entstehen würde (Bockting, 2017). Darüber hinaus ist die Beantragung der Modellvorhaben allgemein sehr bürokratisch und für die Kommunen in finanzieller Hinsicht risikobehaftet ausgestaltet (Schuster, 2018).

8.3.3 Exkurs: Kommunales Initiativrecht für Pflegestützpunkte

Weiterhin wurde in Deutschland mit dem Pflegestärkungsgesetz III ein auf fünf Jahre (31.12.2021) begrenztes kommunales Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten eingeführt (§ 7c Abs. 1a SGB XI). Demnach können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe bis zu dieser Frist auf Basis landesrechtlicher Vorgaben den Abschluss einer Vereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten von den Pflege- und Krankenkassen verlangen. Die Laufzeit des Pflegestützpunkts ist unbegrenzt und in gemeinsamer Trägerschaft und Finanzierung mit den Pflegekassen zu führen. Durch diese gesetzliche Regelung wird den Pflegekassen das Recht auf Mitsprache bezüglich einer bedarfsgerechten Errichtung von Pflegestützpunkten genommen, obwohl sie diese finanziell tragen muss (Schöne, 2017).

Dieses Initiativrecht kann von den Kommunen nur auf Grundlage von landesrechtlichen Vorschriften ausgeübt werden (Schöne, 2017). Eine solche landesrechtliche Vorgabe liegt zum Zeitpunkt der laufenden Anhörungen der Enquete-Kommission im Freistaat Sachsen nicht vor (Schöne, 2017; Schuster, 2018; Sommerfeld, 2018). Somit kann seitens der Kommunen auch kein Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangt werden (eine differierende Gesetzesauslegung kann jedoch nicht ausgeschlossen werden) (Schöne, 2017).

8.4 Handlungsempfehlungen

In den Anhörungen der Kommission konnte aufgrund der großen Komplexität der Pflege-Thematik ein sehr hoher Beratungsbedarf seitens der pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen festgestellt werden (siehe dazu auch Kapitel 3, Pflegende Angehörige). So existiert zwar eine große Vielfalt unterschiedlicher Beratungs- und Informationsmöglichkeiten. Jedoch wurde in diesem Zusammenhang wiederholt auf die Wichtigkeit einer wohnortnahen und ganzheitlichen Beratung durch eine feste Ansprechpartnerin/einen festen Ansprechpartner verwiesen. Die Kommission erachtet

es daher als zielführend, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen ganzheitlichen und niedrigschwelligen Beratungsansatz ermöglichen. Neben den Pflegekassen nehmen hierbei die Kommunen im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge eine bedeutende Rolle ein. Aus diesem Grund sind die nachfolgenden Handlungsempfehlungen in enger Verbindung mit den im Berichtsteil „Lebensraum Quartier“ aufgeführten „Empfehlungen zur Stärkung der Kommunalpolitik“ (Kapitel 7.7.2) zu verstehen.

8.4.1 Übergreifende Empfehlungen zur Beratung

Beratungsleistungen sind grundsätzlich als niedrigschwellige Angebote zu konzipieren, um Ratsuchenden eine schnelle und effiziente Inanspruchnahme von Hilfe zu ermöglichen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine enge Kooperation zwischen allen Akteuren, die Beratungen für Bürgerinnen und Bürger bzw. Pflegebedürftige und deren Angehörige im Freistaat Sachsen anbieten.

Die Kommission empfiehlt,

- den Pflegekassen und den Kommunen ihre Zusammenarbeit als Träger der Daseinsvorsorge und kommunalen Altenhilfe sowie als Träger der Pflegeversicherung zu verbessern (u. a. Kooperationsbereitschaft zur Zusammenarbeit, wechselseitiger Informationsaustausch unter Beachtung des Datenschutzes). Dies ist eine entscheidende Voraussetzung für eine ganzheitliche Beratungsleistung
- der Staatsregierung und den Kommunen auch die Etablierung von solchen Beratungsstrukturen zu prüfen bzw. weiterzuentwickeln, mit denen im Sinne der Prävention frühzeitig einer drohenden Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden kann (z. B. Schaffung einer Anlaufstelle bzw. präventive Hausbesuche für eine frühzeitige Beratung/ Vermittlung etc.). Sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Koordinierung durch eine zentrale Schnittstelle (z. B. Pflegekoordinatoren in den kommunalen Versorgungsnetzwerken).
- den Anbietern von Beratungsleistungen Informationsmaterialien und die persönliche Beratung in leicht verständlicher Sprache anzubieten.
- den Anbietern von Beratungsleistungen internetbasierte Unterstützungs- und Beratungsangebote weiter auszubauen.
- den Anbietern von Beratungsleistungen kultursensible Beratungsangebote zu etablieren bzw. auszubauen, bei denen insbesondere auch Sprachbarrieren verringert werden können.
- den Anbietern von Beratungsleistungen durch geeignete Maßnahmen die Hemmschwellen und Ängste bei (älteren) Menschen zum Aufsuchen einer Beratungsstelle abzubauen.
- der Staatsregierung zu prüfen inwiefern die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen (PSG III) zu einem flächendeckenden Ausbau der Beratungsleistungen auf kommunaler Ebene (Modellkommunen, Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten etc.) in Landesrecht umgesetzt werden sollen

8.4.2 Empfehlungen zu Beratungsstrukturen der Pflegekassen

Das Beratungsgeschehen (Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI) gehört zu den originären Aufgaben der Pflegekassen. Dabei gewinnt in Zukunft auch das präventive Potential der Pflegeberatung im Zuge der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung, wenn es darum geht, Pflegearrangements in der eigenen Häuslichkeit langfristig zu stabilisieren. Damit Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen schnell

und effizient vermittelt werden können, ist eine qualitativ gute und wohnortnahe Verfügbarkeit der Pflegeberatung entscheidend. Bisher gelingt es den Pflegekassen im Freistaat Sachsen nur teilweise, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Daher empfiehlt die Kommission den Pflegekassen,

- einheitliche Mindeststandards für die Beratung im Bereich Pflege zu etablieren, um so einen entscheidenden Beitrag für die Weiterentwicklung der Beratungsqualität zu leisten. Die auf Bundesebene erlassenen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes bieten dazu erste Ansatzpunkte (u. a. Pflege-Beratungsrichtlinien zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI).
- ihre bisherige Form der Pflegeberatung hinsichtlich Erreichbarkeit, Transparenz und Niedrigschwelligkeit zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
- alle als Pflegeberaterinnen und -berater tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen zu Case Managern gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (weiter) zu qualifizieren.
- dem Wunsch vieler Leistungsempfänger der Pflegeversicherung entsprechend Rechnung zu tragen, der persönlichen Beratung in Form einer aufsuchenden Beratung vor Ort verstärkt nachzukommen.

8.4.3 Empfehlungen zu kommunalen Angeboten

Kommunen gestalten das unmittelbare Lebensumfeld der Bürger. Aus diesem Grund ist es zielführend, die kommunalen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Bereich der Pflege zu stärken. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung war die Einführung der Pflegekoordinatoren in den kommunalen Versorgungsnetzwerken. Diese stellen einen wichtigen und wohnortnahen Ansprechpartner für die ratsuchenden Bürgerinnen und Bürger dar und verfügen über ein breites Wissen über Netzwerkpartner im System. Nach Auffassung der Kommission sind diese Strukturen nachhaltig zu stärken.

Daher empfiehlt die Kommission,

- der Staatsregierung zur aktiven Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung die Förderung der Pflegekoordinatoren durch das Land Sachsen zu verstetigen und dauerhaft verlässlich auszugestalten und ggf. auszubauen. Es bedarf mindestens einer unbefristeten Vollzeitstelle eines Pflegekoordinators pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt. Pflegekoordinatoren müssen personell und finanziell aufgabengerecht ausgestattet werden. Dabei ist die Anzahl je kreisfreier Stadt bzw. Landkreis an die Bewohnerstruktur und damit die potenzielle Nachfrage anzupassen.
- der Staatsregierung den finanziellen Spielraum für die PflegeNetze für besondere Projekte zu erhöhen, um besonders in ländlichen Regionen annähernd gleichwertige Versorgungsverhältnisse zu schaffen.
- den Kommunen die Pflegekoordinatoren für ihre Arbeit mit entsprechenden Budgets auszustatten.
- die Arbeit der Pflegekoordinatoren zu evaluieren.
- Kommunen in ländlichen Regionen die Einführung von aufsuchenden mobilen Beratungsmöglichkeiten, die zusätzlich zu festen Beratungsstellen als niedrigschwellige Angebote zur Verfügung stehen (siehe Beispiel Pflegenetzwerk Landkreis Leipzig).

8.5 Literaturverzeichnis

Adamczyk, U. (2016). Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

AOK Plus. Pflegeberatung. Einheitliche Standards für die Beratung. http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/pflege/beratung/index.html [09.05.2018].

Bockting, M. (2016). Ergänzende Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Bockting, M. (2017). Stellungnahme des SMS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Böhme, H. (2017). Stellungnahme in Vertretung der pflegenden Angehörigen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. (2018). Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien) sowie zum Entwurf der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern Berlin.

BMG. (2017). Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. 17., aktual. Aufl., Stand: April 2017. Berlin: BMG, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

GKV Spitzenverband. (2008). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zur Auswahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebedueftigkeit/2008_-_08-29_Empfehlungen__7a_Abs3.pdf [06.06.2017].

GKV-Spitzenverband. (2012). Pflegeberatung. Hürth: CW Haarfeld.

GKV Spitzenverband. (2015). Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Kommunen_Pflege_barrierefrei.pdf [15.05.2018].

GKV Spitzenverband. (2018). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/pflegeberatung.jsp [28.08.2018].

Graffmann-Weschke, K. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK Nordost zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Gräßel, E.; Behrndt, E.-M. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs, K. et al.(Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 169–187.

Helms, E.; Dumke, C. (2016). Stellungnahme der Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 5. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Kuhlmann, B. (2016). Stellungnahme der Pflegekasse AOK PLUS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. 4. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Märten, A. (2017). Schriftliche Stellungnahme des Pflegenetzwerkes Leipzig e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Meusel, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 11. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Neu, N. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerkes Landkreis Leipzig zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Neumann, J. (2017). Stellungnahme des Sächsischen Landkreistages (SLKT) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

SMS. (2015). Konzept für die Förderung von Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Aufgabenprofil des Pflegekoordinators sowie Zuwendungsvoraussetzungen und -verfahren für die Förderung von Pflegekoordinatoren durch den Freistaat Sachsen (Stand 31.08.2015).

Schöne, C. (2017). Stellungnahme der Pflegekasse AOK PLUS zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schöne, C. (2018). Nachträgliche ergänzende Stellungnahme der AOK Plus zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Schuster, P. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Städte- und Gemeindetags (SSG) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. Handlungsfeld „Pflegerische Versorgungsinfrastruktur”. Themenschwerpunkt „Rolle der Kommunen im Pflegesektor im Freistaat Sachsen”. Enquete-Kommission Pflege.

Schwabe, S. (2017). Stellungnahme des Pflegenetzwerks Vogtlandkreis zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Seyfert, U. (2017). Stellungnahme in Vertretung der pflegenden Angehörigen zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 10. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Sommerfeld, Y. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Sächsischen Landkreistags (SLKT) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. Handlungsfeld „Pflegerische Versorgungsinfrastruktur”. Themenschwerpunkt „Rolle der Kommunen im Pflegesektor im Freistaat Sachsen”. Enquete-Kommission Pflege.

Vodenitscharov, S. (2017). Stellungnahme des Geriatrischen Netzwerkes Radeburg (GerN) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“. 8. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

Wagner, A. (2016). Stellungnahme des Verbandes Wir pflegen e. V. zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”, Enquete-Kommission Pflege.

Weidner, F. (2018). Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) zur Drucksache 6/3472 „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen”. 17. Sitzung. Enquete-Kommission Pflege.

ZQP. (2016a). Beratung zur Pflege verbessern. Presseinformation vom 29.02.2016. https://www.zqp.de/beratung-zur-pflege-verbessern/ [09.05.2018].

ZQP. (2016b). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. 1. Auflage. Berlin: ZQP.

ZQP (2017). Neue Checkliste bietet Bürgern Qualitätsmaßstab für Pflegeberatung. Presseinformation vom 19.04.2017. https://www.zqp.de/neue-checkliste-bietet-buergern-qualitaetsmassstab-fuer-pflegeberatung/ [20.04.2018].

Minderheitenvoten

Minderheitenvotum der Mitglieder des Landtages Susanne Schaper (DIE LINKE), Kerstin Lauterbach (DIE LINKE), Enrico Stange (DIE LINKE), Klaus Tischendorf (DIE LINKE) und Horst Wehner (DIE LINKE)

Vorwort:

Der vorliegende Bericht der Enquete-Kommission beschreibt die Problemlagen in der Pflege und Maßnahmen, wie diesen begegnet werden kann. Die Staatsregierung sollte die Handlungsempfehlungen konsequent umsetzen. Dann wäre für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie für die professionell Pflegenden schon viel gewonnen.

Der Freistaat Sachsen kann und muss beim Thema Pflege endlich seinen Gestaltungsspielraum nutzen und Verantwortung für eine qualitativ gute Pflege übernehmen. Dazu gehören beispielsweise

- die Novellierung des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes,
- Quartiersentwicklungskonzepte,
- die im Zusammenhang mit Pflege besonders wichtigen Ausbildungen der Heilmittelerbringer (Physio-/Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden und Podologinnen und Podologen) für die Auszubildenden endlich kostenfrei zu gestalten
- ferner die Aufstockung der Zuschüsse zu Investitionskosten,
- zudem Präventionsmaßnahmen, um Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und beruflich Pflegende lange gesund zu halten
- und vieles mehr.

Die auf der Bundesebene angeschobenen Verbesserungen z. B. durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz sind erste wichtige Schritte in die richtige Richtung. Jedoch gehen die Forderungen der Fraktion DIE LINKE an vielen Punkten weiter, da das System Pflege strukturell neu geordnet werden muss. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, muss von der Gesellschaft solidarisch getragen, d. h. finanziert werden. Die wichtigsten Maßnahmen auf der Bundesebene aus Sicht der Fraktion DIE LINKE sind folgende:

- Die Lohndifferenzen zwischen Beschäftigten in der Altenpflege und in den Krankenhäusern müssen überwunden werden. Es muss auf eine bundesweit ähnlich hohe Vergütung für Pflegekräfte und einen Flächentarifvertrag hingearbeitet werden.
- Im Zuge der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes sollen die Bundesländer die Curricula abstimmen.
- Die Sozialgesetzbücher V und XI müssen harmonisiert werden, um sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

- Für pflegende Angehörige darf die Übernahme von Pflegeverantwortung nicht einhergehen mit dem Armutsrisiko; ihr Engagement muss sozialversicherungsrechtlich wie Kindererziehungszeiten behandelt beziehungsweise eine Entgeltersatzleistung gezahlt werden.
- Für Krankenhäuser und Pflegeheime muss es verbindliche Personalbemessungsvorgaben geben, die eine qualitativ gute Pflege sichern und die Beschäftigten vor Überlastung schützen. Dabei dürfen Auszubildende über alle drei Ausbildungsjahre nicht in die Personalschlüssel eingerechnet werden.
- Insbesondere für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum sind Fahrtkostenpauschalen notwendig sowie eine Reform der Leistungsvergütung mit dem Ziel, dass jede Einzelleistung vergütet wird.

Die Forderungen der Fraktion DIE LINKE, die über den Berichtstext hinausgehen, sind kapitelbezogen die Folgenden:

zu Kapitel 1 Leben und Wohnen bei Pflege- und Unterstützungsbedarf:

Eine Wohnung und damit ein Zuhause zu haben ist ein elementares Bedürfnis des Menschen. Jedoch sind in den letzten zehn Jahren die Mieten für neuvermietete Wohnungen in Großstädten und Ballungsräumen um bis zu 50 Prozent gestiegen. Weder die Lohnentwicklung noch die der Renten hält damit Schritt. Das führt mehr und mehr dazu, dass Haushalte mit geringen oder mittleren Einkommen keinen bezahlbaren Wohnraum mehr finden. Die Zahl der Sozialwohnungen in Deutschland ist 2016 im Vergleich zum Vorjahr um 46.000 auf 1,22 Millionen gesunken. Im Jahr 2002 gab es 2,5 Millionen Sozialwohnungen. Ihre Zahl hat sich somit seitdem um mehr als die Hälfte reduziert. Besonders drastisch ist die Situation für Rentner in Deutschland: 48 Prozent von ihnen erhielten 2016 im Durchschnitt eine Rente von unter 800 Euro. In vielen Fällen kommt es zum sogenannten „Lock-in Effekt“: Junge Menschen, die wegen Nachwuchses oder berufsbedingt umziehen wollen oder müssen, finden keine größere Wohnung und ältere Menschen bleiben in für sie zu großen Wohnungen, weil ein neues Mietverhältnis an anderer Stelle unbezahlbar ist. Diese Zustände müssen dringend verändert werden, um lebensphasen- und altersadäquat wohnen zu können. Älteren Menschen, bei denen es die Gesundheit (noch) zulässt bzw. die Pflegebedürftigkeit nur gering ausgeprägt ist, sollten möglichst lange in den eigenen vier Wänden wohnen können.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Es müssen niedrigschwellige Wohnraumberatungsangebote in Verantwortung der Kommunen entstehen.
- Die Mittel für das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ sollten aufgestockt werden.
- Für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen muss in Sachsen ein einheitlicher Ansprechpartner zur Fördermittelkulisse bestellt werden, der die Anspruchsberechtigten zu den für sie geeigneten Beratungs- und Informationsangeboten lotst. Häufig reichen individuelle Anpassungsmaßnahmen wie z. B. das Entfernen von Schwellen in Wohnungen bzw. Häusern aus, um die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu steigern und damit den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern.
- Für alternative Wohnformen müssen Qualitätsstandards hinsichtlich Personalrichtwerten, Baurecht, Brandschutz und Hygiene getroffen werden.

- Es gibt Fälle, in denen eine für den Lebensunterhalt ausreichende Rente vorhanden ist, jedoch kein zusätzliches Kapital für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und altersbedingt keine Kreditaufnahme möglich ist. Für solche Fälle sollen Möglichkeiten der Förderung geschaffen werden.

zu Kapitel 2 Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger:

Pflege ist in erster Linie Beziehungsarbeit. Es geht darum, Vertrauen aufzubauen, um den Pflegebedürftigen ganzheitlich wahrnehmen und versorgen zu können. Für diese personenzentrierte Pflege braucht es vor allem Zeit, die das aktuelle System Pflege nicht vorsieht. Durch Profitorientierung wird qualitativ gute Pflege wortwörtlich nicht belohnt. Das führt zu Frustration bei den Pflegenden und gegebenenfalls sogar zur Verstärkung der Pflegebedürftigkeit bei den Betroffenen. Daher muss das System so verändert werden, dass die Bezugspflege mit den Schwerpunkten Förderung der Selbständigkeit, Aktivierung und Bedürfnisorientierung wieder möglich wird.

Die vier häufigsten Mängel in Sachsen 2017 bei Kontrollen durch die Heimaufsicht waren bauliche Mängel, Mängel bei der Arzneimittelgabe, Mängel bei den Personalvorgaben (Unterschreitung Fachkraftquote) sowie Hygienemängel[1]. Die Folgen – insbesondere des Personalmangels – für die Pflegebedürftigen listet der „5. Bericht des MDS über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ auf: Bei jedem vierten Pflegebedürftigen erfolgte die Wundversorgung nicht nach aktuellem Wissensstand. Relevante Gewichtsverluste wurden nicht erkannt, da nicht regelmäßig gewogen wurde. Die Dekubitusprophylaxe erfolgte oft mangelhaft, da z. B. Bewegungsmaßnahmen oder Hautinspektionen nicht regelmäßig durchgeführt wurden. Und sogar fünf Prozent der Pflegebedürftigen erhielten nur einmal im Monat Unterstützung beim Duschen. Auch die Schulungsquote in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen, die alle zwei Jahre nachgewiesen werden muss, hat sich „deutlich verschlechtert“: Während 2013 noch 95,1 Prozent der geprüften Heime und Dienste die Anforderung erfüllten, waren es 2016 nur noch 74 Prozent.

Gesundheitliche Versorgung Pflegebedürftiger

Ein grundsätzliches kommunikatives Problem im Bereich Pflege kann die Experten-Laien-Kommunikation zwischen Arzt bzw. Pflegepersonal und Patient sein. Hohes Lebensalter und vorhandene kognitive Einschränkungen (2016 waren 71 Prozent aller Menschen, die in einem Heim lebten, dement oder psychisch beeinträchtigt) verschärfen das Kommunikationsgefälle. Ärzte und Pflegepersonal müssen sich darauf kommunikativ einstellen, z. B. durch die Verwendung von Leichter Sprache. Auch Patienteninformationen sollten stets unter diesem Aspekt erstellt werden.

Die historisch gewachsene, strikte Trennung zwischen SGB V und SGB XI ist in der Praxis ein Hindernis für eine gelingende kontinuierliche Versorgung Pflegebedürftiger. Daher müssen diese beiden Sozialgesetzbücher harmonisiert werden.

1 Drs 6/13417

Demenz

Die Zahl der Menschen mit Demenz wird von heute etwa 1,7 Millionen. Menschen auf etwa zwei Millionen Menschen im Jahr 2030[2] ansteigen. Dieser Trend verstärkt den Druck, ausreichend qualifiziertes und für den Umgang mit den an Demenz Erkrankten geschultes Pflegepersonal zu gewinnen. Besondere Bedeutung hat das Thema im Kontext Krankenhaus: 40 Prozent aller über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern weisen kognitive Störungen auf, fast jeder Fünfte leidet an Demenz[3].

Informationen zur Sensibilisierung bietet u. a. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, z. B. mit der Broschüre „Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus“[4]

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Anwendung kurzer kognitiver Screening-Tests bei der Aufnahme ins Krankenhaus, um Menschen mit Demenz zu identifizieren und ihnen entsprechend dem Krankheitsbild angemessene Pflege zukommen zu lassen.
- Sensibilisierung von Ärzten und Pflegepersonal für die besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, aber auch im ambulanten sowie (teil) stationären Bereich.

Menschen mit Behinderungen

Aufgrund ihrer Wichtigkeit an dieser Stelle die Begriffsbestimmung aus Artikel 1, Absatz 2, der UN-Behindertenrechtskonvention: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnenbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkungen mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Neben Gründen wie Unwissenheit oder Scham spielen in diesem Zusammenhang die irrige Annahme, dass die Beeinträchtigung(en) mit dem Alter einhergehen, oder mangelnde soziale Einbindung bis hin zur Vereinsamung eine Rolle.

Durch medizinische Entwicklungen haben auch Menschen mit Behinderungen eine zunehmend höhere Lebenserwartung. Somit erweitert sich der Kreis derer, die Assistenz benötigen. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, muss das Ausbildungsspektrum in den Pflegeberufen um spezielles Wissen bezüglich der Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen und deren Unterstützung erweitert werden, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Zu den Pflegeleistungen gehören Assistenz und so lange wie möglich Teilhabe am öffentlichen Leben.

2 https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, aufgerufen am 04.10.2018
3 https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/menschen-mit-demenz-im-akutkrankenhaus/im-detail
4 https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/patienten_mit_demenz_im_krankenhaus_komplett.pdf]

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Es gilt Konzepte zu entwickeln, um ältere Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf zu erreichen und ihnen gegebenenfalls die ihnen zustehenden Leistungen zu verschaffen (z. B. mittels „ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung“).
- Zum Glück haben auch Menschen mit Behinderungen eine steigende Lebenserwartung. Um ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, soll eine neue Ausbildung „Assistenz“ über die Dauer von drei Jahren etabliert werden. Die Inanspruchnahme dieser Lebensbegleitung soll für Menschen mit Behinderungen über persönliche Budgets ermöglicht werden.
- Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen durch Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) soll gefördert werden. Grundlage bildet §119c SGB V. Die in MZEB vorgehaltene besondere Expertise sowie hochspezialisierte Versorgungsmöglichkeiten sind eine geeignete Form, Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu begleiten.
- Im Sinne von UN-BRK und des Bundesteilhabegesetzes müssen Leistungsansprüche unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sein.

Kultur- und diversitätssensible Pflege

Wenn der Freistaat „nicht nur Alterspionier, sondern auch Fortschrittspionier“ sein möchte, wie die Sozialministerin Barbara Klepsch, sagt, dann sollte der Freistaat die Ausbildungs-, Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund ausbauen.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Die Entwicklung konkreter Arbeitshilfen und Standards für die kultursensible Gestaltung der Arbeit im Bereich der Altenhilfe und Pflege wird empfohlen.

Gewalt in der Pflege

Die beste Prävention besteht darin, Pflegende und Pflegebedürftige vor Überlastung zu schützen.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Für beruflich Pflegende empfehlen sich in diesem Zusammenhang Fallbesprechungen im Team und Supervision. Diese Maßnahmen können Teil eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein.

Besonders für den **ländlichen Raum** müssen neue Versorgungsmodelle erarbeitet werden.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Neben Mobilitätskonzepten, z. B. Patiententransporte, die insbesondere die fachärztliche Versorgung ermöglichen, bedarf es integrierter Versorgungsmodelle. Sie können einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte sowie therapeutische Berufe und Apotheken sein.
- Dabei müssen auch sektorenübergreifende Angebote „unter einem Dach“ entstehen, um den Patienten eine zentrale Anlaufstelle in Wohnortnähe anzubieten. Solche Medizinischen Versorgungszentren / Polikliniken erleichtern sowohl kommunikativ als auch logistisch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne einer patientenorientierten Versorgung.
- Mit dem Konzept der Gemeindeschwester kann eine sozialraumorientierte und niedrigschwellige Versorgung erreicht und das Konzept der „Sorgenden Gemeinschaft“[5] umgesetzt werden. Außerdem empfehlen sich von den Kommunen verantwortete Sozialstationen. Der Ansatz des Advanced Nursing Practice ist unbedingt zu fördern. Dies würde gleichzeitig den Pflegeberuf attraktiver machen und mehr Vollzeitarbeitsverhältnisse ermöglichen.
- Zu diesem Zweck müssen Pflegefachkräfte jedoch rechtlich abgesichert neue Kompetenzen zugewiesen bekommen. Geeignetes Mittel wäre die Substitution statt Delegation von Aufgaben im Sinne von Primary Nursing.
- Es bedarf einer Landesbedarfsplanung für die Pflege. Anhand einer Datenbank sollen freie Plätze in den unterschiedlichen Versorgungsformen von den Einrichtungen und Diensten verpflichtend gemeldet und zentral erfasst werden, damit Angehörige und mit den Pflegekoordinator*innen zusammenarbeitende Berater*innen schnell eine geeignete Versorgung Pflegebedürftiger organisieren können.
- Auch die Begleitung Sterbender gehört zur Pflege, ob ambulant oder stationär. Für diese sensible letzte Lebensphase muss eine fachlich fundierte und zugewandte Begleitung möglich sein, um Artikel 8 der Pflege-Charta zu erfüllen: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht, in Würde zu sterben“.
  Leider kann dieses Recht in Heimen und Krankenhäusern, wo die meisten Menschen sterben, nicht immer umgesetzt werden.
- Hospizleistungen müssen ambulant und stationär gleich vergütet werden.

zu Kapitel 3 Pflegende Angehörige:

Pflegende Angehörige sind die tragende Säule im deutschen Pflegesystem.

Zugleich ist die familiär organisierte Pflege im 21. Jahrhundert kaum mehr realisierbar: Mit der zunehmenden Mobilität der Familienmitglieder entfernen sich die Generationen mehr oder minder weit voneinander. So kann eine Unterstützung im Alltag nicht stattfinden. Durch eine Vielzahl sozioökonomischer Faktoren gestalten sich Familie[6] und Familienleben heute anders als in der Vergangenheit.

5 „Eine sozialintegrierte, vernetzte Versorgung setzt ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure, neue Kooperationen zwischen sozialen Diensten, Netzwerken, Kommunen und anderen Trägern (z. B. der Wohnungswirtschaft) voraus.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): 7. Altenbericht, Berlin, S. 52)

6 In Sachsen bekam eine Frau im Jahr 2015 durchschnittlich 1,59 Kinder (Statistisches Landesamt Sachsen (2018): https://www.statistik.sachsen.de/html/426.htm).

„Regelmäßige Unterstützung wird vor allem von Personen im jungen Seniorenalter geleistet. […] Ein Drittel der unterstützenden Angehörigen leistet Pflege im engeren Sinne. Das heißt, 4,5 Prozent der 40-bis 85-Jährigen erbringen Pflegeleistungen – privat oder ehrenamtlich.“[7]

Der überwiegende Teil auch der informell Pflegenden sind Frauen. Noch immer sind sie es, die zugunsten von Kindererziehung und der Übernahme von Pflegeverantwortung beruflich kürzer treten (Teilzeit), im Beruf pausieren oder sogar ganz aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Das hat neben zusätzlichen logistischen und psychischen Belastungen vor allem Geldeinbußen in der Gegenwart und damit auch im eigenen Alter zur Folge. Verschärft wird dieser Fakt durch die nach wie vor ungleiche Bezahlung von Männern und Frauen (Gender Pay Gap). 2016 verdienten Frauen in Sachsen reichlich 11 Prozent weniger als Männer[8].

Eine Versicherungskontenstichprobe der Deutschen Rentenversicherung untersuchte die Beschäftigungsverläufe von Pflegepersonen nach Beendigung der Pflegetätigkeit. Ein Teil der Pflegepersonen konnte berufstätig bleiben beziehungsweise ihm gelang der Wiedereinstieg in den Beruf. Jedoch ist das Risiko, langfristig aus dem Beruf auszuscheiden, für pflegende Angehörige deutlich höher als bei anderen Beschäftigten. Das Risiko steigt, je länger gepflegt wird.

„Außerdem ist bei Pflegepersonen mit längeren Phasen der Erwerbsunterbrechung im Lebenslauf vor der Pflege das Risiko erhöht, ihre Berufstätigkeit dauerhaft aufzugeben“[9] Zwar zahlt die Rentenversicherung seit 2017 höhere Beiträge für pflegende Angehörige an die Rentenversicherung, diese entsprechen aber noch nicht einmal den Rentenpunkten, die erreicht würden, wenn die Pflegeperson in ihrem Beruf immer nur das Durchschnittseinkommen verdient hätte.[10]

Nicht alle Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Einige haben aus Unwissenheit oder Scham keinen Antrag gestellt oder ein solcher wurde abgelehnt. Diese Menschen werden von pflegenden Angehörigen versorgt und sind statistisch nicht zu erfassen. In der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III) wurde ihre Zahl für das Jahr 2002 auf etwa 4,4 Millionen Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten[11] geschätzt. 2016 wurde diese Zahl auf 4,7 Personen[12] geschätzt. Es muss davon ausgegangen werden, dass Teile dieser Personengruppe auch in Sachsen leben.

Den Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf gegenüber stehen immer weniger Erwerbspersonen. Hinzu kommt, dass in Sachsen schon jetzt weniger Pflegebedürftige durch Angehörige versorgt werden (41 Prozent, Quelle: STALA. Bericht 6-007, S. 16) als im Bundesdurchschnitt (48,8 Prozent). Das lässt sich mit unterschiedlichen sozialen Prägungen und Erwerbsbiografien in Ost und West erklären. Während in der alten BRD das klassische Familienbild mit dem Mann in der Rolle

7 Deutsches Zentrum für Altersfragen [Hrsg.]: Nowossadeck, Sonja; Engstler, Heribert; Klaus, Daniela: Hilfe und Unterstützung durch Angehörige, Berlin, 2016
8 https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gleichstellungsatlas, aufgerufen am 04.10.2018
9 https://ejournals.duncker-humblot.de/doi/abs/10.3790/sfo.65.5.112, aufgerufen am 11.08.2018
10 https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/rente-pflege-von-angehoerigen-macht-aermer/23629440.html?ticket=ST-1744999-Jn2b7wwMbQ22WgBqFho9-ap2, aufgerufen am 15.11.2018
11 Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten, München, S. 62
12 Geyer, Johannes; Schulz, Erika (2014): Who Cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: DIW Wochenbericht, 14 / 2014, S. 294-301, S. 295

des Versorgers gelebt wurde und Ehefrauen bis 1977 sogar die Zustimmung ihres Ehemannes benötigten, um berufstätig zu sein, war die Berufstätigkeit von Männern und Frauen in der DDR Alltag.

Die Überantwortung der Pflege an den Markt hat katastrophale Folgen, denn „marktwirtschaftliche Logik [ist, Anm. d. Verf.] ...unvereinbar mit der eigensinnigen Logik humaner Dienstleistungen“[13] (Remmers, 2018) und „mit zunehmend erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Unternehmenspolitiken [sind, Anm. d. Verf.] ideelle und fachliche Bezüge zunehmend in die Defensive geraten“ (Brandenburg, 2018)“.[14]

Damit sich auch in Zukunft Angehörige dafür entscheiden, sich für ihre Nächsten zu engagieren, müssen finanzielle und erwerbsbiografische Nachteile und Probleme beseitigt und die Gleichstellung von Mann und Frau im Berufsleben erreicht werden.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- gleiches Entgelt für gleichwertige Arbeit, unabhängig vom Geschlecht (vgl. Europäische Säule sozialer Rechte, 2.).
- Mitversicherung des pflegenden Angehörigen über die Krankenversicherung des Pflegebedürftigen (Familienversicherung, § 10 SGB V), eine Entgeltersatzleistung für pflegende Angehörige sowie die rentenrechtliche Gleichbehandlung von Pflegezeiten mit Kindererziehungszeiten.
- Außerdem müssen auch die Angehörigen antrags- und stimmberechtigt in politischen Entscheidungsgremien vertreten sein, insbesondere im Qualitätsausschuss des Bundestages sowie in regionalen Pflegekonferenzen. Um die pflegenden Angehörigen nicht sozial abzuhängen, sollten Selbsthilfekontaktstellen befördert werden.
- Für pflegende Angehörige soll eine Fachstelle eingerichtet werden, die Beratung, Begleitung und Anbindung an Selbsthilfe koordiniert. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales soll hier steuernd agieren.
- Pflegende Angehörige sollen das Recht auf Freistellung von der Arbeit bis zu einem Jahr haben, analog zu Kindererziehungszeiten.
- Die Staatsregierung soll sich auf der Bundesebene für eine Entgeltersatzleistung für pflegende Angehörige einsetzen.
- Die Beiträge an die Rentenversicherung für pflegende Angehörige sollen erhöht werden.
- Speziell zur Lage junger Pflegender sollte mehr geforscht werden, um zielgruppenspezifische Angebote zur Unterstützung machen zu können. Darüber hinaus sind besondere Rechtsansprüche zu gewähren (ähnlich Nachteilsausgleich).Für eine positive Entwicklung in Deutschland spielen vier Faktoren eine Rolle: „die gesellschaftliche und persönliche Identifikation der jungen Menschen, eine zuverlässige Forschungsgrundlage als Türöffner für Politik und Öffentlichkeit, eine Gesetzgebung und Engagement für Kinderrechte sowie die wichtige Führungsrolle von NGOs und Medien.[15]“

13 https://www.vorwaerts.de/artikel/gewinnstreben-fuersorge-pflege-unvereinbar
14 https://www.vorwaerts.de/artikel/pflege-qualitaets-qualifizierungsoffensive-brauchen, aufgerufen am 12.09.2018
15 Salzmann, Benjamin (2018): Viel Verantwortung, wenig Unterstützung. Fachtag zu Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung, in: Dr. med. Mabuse 234, S. 17

zu Kapitel 4 Beruflich Pflegende:

Der Pflegenotstand ist nur zu beheben, wenn man ihn strukturell angeht. Dabei muss man ehrlich sein: Es wird keine kurzfristige Lösung geben. Wohl aber kann man das System neu aufsetzen.

Dazu müssen die Sozialgesetzbücher V und XI angeglichen, bundesweit vergleichbare Arbeitsbedingungen u. a. durch gesetzliche Personalbemessung und Flächentarifverträge geschaffen, familien- und altersfreundliche Arbeitszeitmodelle sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Berufsfeldes entwickelt und die Verantwortung für gesundheitspolitische Entscheidungen wieder in die Hände des Gesetzgebers gelegt werden.

Aufgrund zunehmender Mobilität und sich verändernder familiärer Strukturen und der Tatsache, dass die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in Sachsen bis 2030 stark steigen wird, wird der Bedarf an professioneller Pflege zunehmen – zumal die Pflegebedürftigen immer älter und multimorbider werden.

Im Moment sind die Arbeitsbedingungen so stark belastend (kaum verlässliche Dienstpläne, Personalmangel etc.), dass Pflegekräfte durchschnittlich nur acht Jahre im Beruf verbleiben oder ihre Arbeitszeit reduzieren.

In einer Studie[16] des DGB und ver.di gaben 59 Prozent der Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie 46 Prozent der Altenpflegerinnen und -pfleger an, dass sie in den letzten zwölf Monaten mehr Arbeit in der gleichen Zeit schaffen mussten. Dass das zu Einbußen bei der Qualität führt, bestätigten 46 Prozent der Befragten derselben Studie. Die größte Belastung ist nach Angaben der Beschäftigten jedoch der ständige Zeitdruck bzw. die Hetze, die den Arbeitsalltag bestimmt. Im Durchschnitt aller anderen Branchen fühlen sich nur 55 Prozent gehetzt.

Diese Rahmenbedingungen, unter denen tagtäglich gepflegt wird, müssen verbessert werden. Dann werden sich auch wieder mehr Menschen für dieses an sich wunderbare Berufsfeld entscheiden bzw. dahin zurückkehren.

Die Definition von Pflege des International Council of Nurses beschreibt das Ziel, wohin sich Pflege in Deutschland wieder entwickeln muss:

„Pflege[17] umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

16 https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/gute-arbeit/materialien-und-studien/ver-di-arbeitsberichterstattung/++co++03e8782c-b20f-11e8-b7c9-525400f67940, aufgerufen am 05.10.2018

17 Pflege meint hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Die fürsorgende Funktion von beruflich Pflegenden muss viel weiter in den Mittelpunkt gerückt werden, um die besonders schutzbedürftige Gruppe der Pflegebedürftigen und ihre Rechte zu schützen. Es ist ein Skandal, dass die Politik wesentliche Entscheidungen an die sogenannte Selbstverwaltung auslagert und Pflege in politische Entscheidungsprozesse nicht einbezogen wird. Logische Folge und leider bittere Realität ist, dass weder die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen noch der Beschäftigten ausreichend berücksichtigt werden. Der Staat muss seinen Schutzpflichten zur Wahrung der Grundrechte Pflegebedürftiger nachkommen und gesundheitspolitische Entscheidungen steuern.

Die ungleiche Bezahlung von Männern und Frauen für die gleiche Arbeit ist auch im Berufsfeld Pflege ein Problem und schlägt sich in der Tatsache nieder, dass Männer in der Krankenpflege häufiger Vollzeitstellen innehaben als Frauen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Altenpflege: In Sachsen arbeiten 88 Prozent der Altenpflegerinnen in Teilzeit, wobei Teilzeit von einer halben Stelle bis zu einem Arbeitsvolumen, das nur wenige Stunden unter Vollzeit liegt, reicht. Die Hälfte der Altenpflegerinnen würde gern eine Vollzeitstelle annehmen, findet aber keine. Arbeitssuchende Altenpflegerinnen sind zu einem Viertel alleinerziehend. Für sie und alle anderen Beschäftigten müssen familienfreundliche Arbeitszeitmodelle und Kinderbetreuungsplätze organisiert werden. Die hohe Teilzeitquote und die in Sachsen besonders schlechte Bezahlung (Median in der Altenpflege 2017 in Sachsen: 2.203 Euro brutto im Monat, Bundesmedian: 2.744 Euro) führten im letzten Jahr zu einer Vakanzzeit in der Altenpflege von 153 Tagen.

Grundsätzlich muss darauf hingewirkt werden, dass die Entgelte der Gesundheitsfachberufe, der Assistenzberufe und auch der Mindestlohn in Ost und West angeglichen werden.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Aufnahme von Vertretern der Pflege in alle gesetzlich vorgeschriebenen Gremien und ihre Ausstattung mit Antrags- und Stimmrechten, besonders im Qualitätsausschuss auf Bundesebene und in regionalen Pflegekonferenzen.
- Entwicklung von Vollzeitarbeitskonzepten (z. B. mittels Primary Nursing).
- Flächentarifvertrag, der mindestens 3.000 Euro Bruttoverdienst pro Monat für Pflegefachkräfte sichert. Der Pflegemindestlohn muss bei mindestens 14,50 Euro liegen und bundeseinheitlich sein.
- Wir fordern eine bundeseinheitliche Personalbemessung.
- Die Entgelte in der Altenpflege müssen an das Niveau der Kranken- und Gesundheitspfleger*innen angehoben werden, damit mit Blick auf die generalistische Ausbildung keine Potentiale für die Altenpflege verschenkt werden.
- Die Vergütung muss grundsätzlich nach Qualifikation und nicht nach Einsatzort erfolgen.
- Eine wie auch immer geartete Selbstorganisation der Pflege ist unbedingt zu begrüßen und notwendig, um mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe zu agieren und gleichzeitig eine legitimierte Interessenvertretung gegenüber der Politik zu haben.

zu Kapitel 5 Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Auf Initiative unserer Fraktion hat das Statistische Landesamt weitere Berechnungen zum jährlichen Personalbedarf in sächsischen Pflegeeinrichtungen bis 2030 angestellt. Das Ergebnis widerspricht den Einschätzungen der Staatsregierung, dass eine Erhöhung der Ausbildungszahlen nicht notwendig ist, ganz im Gegenteil: Es besteht ein zusätzlicher jährlicher Bedarf von bis zu 3.100 Personen mit einem Berufsabschluss in der Pflege, darunter bis zu 1.430 zusätzliche Altenpflegekräfte. Schon die Zunahme an Pflegebedürftigen bis 2030 erklärt den Mehrbedarf. Außerdem gehen viele beruflich Pflegende in den nächsten Jahren in Rente. Verschärft wird die Situation von der derzeit relativ kurzen Verweildauer im Beruf durch miserable Arbeitsbedingungen und schlechte Vergütung. Außerdem bleiben viele der gut ausgebildeten Pflegefachkräfte nach ihrem Abschluss nicht in Sachsen.

Der Pflegenotstand muss strukturell angegangen werden. Dazu gehört auch, alle mit Pflege zusammenarbeitenden Berufsgruppen (Ergo- / Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Medizinisch-technische Assistent*innen, Operationstechnische Assistent*innen etc.) in den Blick zu nehmen, da ihre Arbeit für das Pflegesystem ebenfalls von enormer Bedeutung ist.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Bereits in der Schule können positive Anknüpfungspunkte an das Thema Pflege geschaffen werden. Ein geeigneter Ansatz ist „care4future“[18]. Dieser sollte in Sachsen verstärkt umgesetzt werden.
- Um mehr Menschen für die Ausbildung im Berufsfeld Pflege zu gewinnen, muss über Anreize wie beispielsweise „Examensprämie“, Einstellungsgarantien u. ä. nachgedacht werden.
- Für die Betreuung während der Ausbildung muss der Schlüssel Lehrer:Schüler von derzeit 1:20 verbessert werden.
- Für den verpflichtenden Einsatz in der Pädiatrie während der Ausbildung (ab 2020) sollen die freien Plätze an zentraler Stelle erfasst und vergeben werden, um einen reibungslosen Ausbildungsablauf zu gewährleisten.
- Für die Fort- und Weiterbildung sind Verantwortliche zu bestellen. Bund und Länder sollten dazu ein entsprechendes Konzept erarbeiten und auskömmlich finanzieren.
- Die Akademisierung der Pflege hebt die Pflegeausbildung in Deutschland auf europäisches Niveau und macht sie vergleichbar. Das ist nicht nur zeitgemäß, sondern im Sinne der zunehmenden Mobilität von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Aber auch die Versorgung der Pflegebedürftigen kann dadurch zunehmend evidenzbasiert erfolgen.
- Es muss eine Berichterstattung zu den Gesundheitsfachberufen auf den Weg gebracht werden, um transparent zu machen, wo Pflegekräfte verbleiben.
- Die Pflege ist körperlich und psychisch anstrengend. Weitere Faktoren wie Dauerstress oder Dokumentationsaufwand verstärken die Belastung, die viele Pflegefachkräfte zur Aufgabe des Berufs veranlasst. Um dem entgegenzuwirken, sind auf Bundesebene Konzepte zu erarbeiten, die berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Pflege bieten und gleichzeitig Fachwissen im Berufsfeld binden, z. B. durch Weiterbildung zum Kodierer, berufsbegleitendes Studium, Lehrtätigkeiten o. ä.

18 https://care4future.de/care4future-konzept/, aufgerufen am 04.0.2018

- Nötig sind Konzepte, um in Sachsen gut ausgebildete Fachkräfte im Freistaat zu halten.
- Es müssen Anreize geschaffen werden, die beruflich Pflegenden im Beruf halten, z. B. „Durchhalteprämien“. Grundsätzlich sollte der Gesetzgeber Berufsgruppen, die für die Daseinsvorsorge besonders wichtig sind (Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen, Rettungssanitäter*innen, Feuerwehr, …), definieren und diese besonders fördern. Denkbar wären z. B. doppelte Rentenpunkte.
- Insbesondere für den ländlichen Raum sind neue Versorgungskonzepte notwendig – bereits jetzt sind Modellprojekte nach § 63 c SGB V möglich. Diese sind auszubauen, um Advanced Nurse Practitioner bzw. Gemeindeschwestern flächendeckend zu etablieren.
- Es müssen durchlässige Bedingungen für Quereinsteiger in das Berufsfeld Pflege geschaffen werden. Die Potenziale intrinsisch motivierter und aufgrund biografischer (Pflege)Vorerfahrungen geeigneter Personen sollen nicht verschenkt werden.
- Die Staatsregierung soll die vielfältigen mit der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes einhergehenden Abläufe koordinieren und dabei besonders darauf achten, dass die Altenpflege sichergestellt werden kann und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen ergreifen.
- Die Ausbildung für alle pflegeassoziierten Berufsgruppen soll für die Auszubildenden kostenfrei sein.

zu Kapitel 6 Zuständigkeiten, Kompetenzen und Schnittstellen in der pflegerischen Versorgung:

Die Versorgung im ländlichen Raum muss sowohl in der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes als auch in den Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern besonders berücksichtigt werden. Bereits jetzt kommen zunehmend im ländlichen Raum, aber auch den Ballungszentren Versorgungsverträge nicht zustande oder werden aufgekündigt. Das liegt zum einen am Fachkräftemangel, zum anderen auch an der Profitorientierung des Systems an dieser Stelle. Denn Wege und Fahrzeiten werden nicht ausreichend vergütet, und so ziehen sich immer mehr ambulante Dienste aus Gründen der Wirtschaftlichkeit aus der Versorgung zurück.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Um eine Landesbedarfsplanung Pflege zu ermöglichen, sollten Versorgungslücken, insbesondere in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, erforscht werden, wie es beispielsweise das Pflegenetz Vogtlandkreis in Kooperation mit der Hochschule Zwickau schon getan hat. Auf dieser Grundlage sollte, zusammen mit kommunalen Bedarfen / Angeboten sowie Daten der Pflegekassen zu Pflegebedürftigen, eine Landesbedarfsplanung Pflege eingeführt und durch das Sächsische Ministerium für Soziales gesteuert werden.
- Wege und Fahrzeiten sind angemessen zu vergüten.

zu Kapitel 7 Lebensraum Quartier:

Die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention müssen in allen Politikfeldern mitgedacht werden, so auch im Quartier: Quartierskonzepte machen das Quartier für alle Generationen lebenswert und fördern das Miteinander. Dazu bedarf es eines

Quartiersmanagements, das eng mit den Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren vor Ort zusammenarbeitet. Gemeinsam können Bedarfe von Pflegebedürftigen erkannt und entsprechende Angebote entwickelt werden. Der Quartiersmanager hat dabei das gesamte Quartier im Blick, während der Fokus der Pflegekoordinatoren auf der Vermittlung von Hilfs- und Beratungsangeboten zur Prävention und Versorgung von Pflegebedürftigkeit liegt.

Mit zunehmendem Unterstützungs- und Pflegebedarf verringert sich der Aktionsradius der älteren Menschen. Umso wichtiger werden Barrierefreiheit, die schnelle Erreichbarkeit von Gesundheitsdienstleistern und Einkaufsmöglichkeiten für die Dinge des täglichen Bedarfs. Aber auch die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr, Sitzgelegenheiten und Begegnungsräume sind wichtig, um insbesondere der Vereinsamung vorzubeugen. In diesem Zusammenhang ist die Öffnung stationärer Einrichtungen hin zu Quartiershäusern zu fördern. So können Begegnungen zwischen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und Menschen aus dem Quartier ermöglicht und Teilhabe und soziales Miteinander für beide Gruppen langfristig gesichert werden.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Die Integrierte Sozialraumplanung muss Standard in jeder sächsischen Kommune sein. Vor Ort müssen Daten zu Demografie, Bedarfen und Angeboten in Verbindung mit kleingliedrigen Daten der Kranken- und Pflegekassen bezüglich Pflegebedürftiger und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erhoben, verknüpft und stetig aktualisiert werden.
- Anhand dieser Daten können Quartiersmanager Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen Verwaltungs-, Gesundheits- und Pflegewesen sowie der Bürgerschaft (weiter)entwickeln. Zu diesem Zweck sollten die Mittel für Quartiersmanager durch den Freistaat aufgestockt werden, um generationenübergreifendes Quartiersmanagement flächendeckend zu implementieren. Auf ein Musterkonzept für Quartiersplanung und -entwicklung ist hinzuarbeiten. Eine Ko-Finanzierung durch den Freistaat kann als Anreiz dienen, dieses Anliegen schnellstmöglich umzusetzen und diese für das Gemeinwesen wichtige Arbeit dauerhaft zu ermöglichen. Außerdem sollte der Freistaat Sachsen ein Beratungsbüro einrichten, welches die Entwicklung von Quartierskonzepten in den Kommunen fachlich unterstützt.
- Bei der Erstellung von städtebaulichen Konzepten und Aktionsplänen zu barrierefreien Gemeinden müssen die Belange von Menschen mit Behinderungen noch stärker berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck sollten Beauftrage für Menschen mit Behinderungen, Behindertenbeiräte und örtlich zuständige Verbände in Planungen stimmberechtigt einbezogen werden. Der Freistaat sollte Finanzierungslücken durch bedarfsgerechte Mittelaufstockung kompensieren.
- Insbesondere für den ländlichen Raum empfiehlt sich die Einrichtung von Multifunktionshäusern, die über die Woche verteilt von unterschiedlichen Anbietern (Sozialberatung, mobile Dienstleistungen etc.) genutzt werden.
- Im Sinne der Prävention muss es Angebote zur körperlichen Aktivierung und Förderung der Selbständigkeit genauso geben wie solche zur geistig-kulturellen Anregung und dem Erhalt von sozialen Kontakten, um Vereinsamung entgegenzuwirken.

zu Kapitel 8 Beratungsstrukturen:

Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollte unabhängig von Kostenträgern erfolgen.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Die Staatsregierung soll die Pflegekoordinator*innen finanziell und personell besser ausstatten, sodass sie perspektivisch nicht nur „Lotsen im System“ sind, sondern Beratungsangebote an sie angedockt werden können, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen möglichst unabhängig beraten zu können.

Finanzierung – Weiterentwicklung der Gesetzlichen Pflegeversicherung zur Pflegevollversicherung

Wir sind der Auffassung, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, von der Solidargemeinschaft zu tragen ist. Daher wollen wir eine Pflegevollversicherung, die alle pflegerelevanten Leistungen übernimmt und in die alle Einkommensformen einbezogen werden. Die Beitragsbemessungsgrenzen sollen abgeschafft werden.

Die Fraktion DIE LINKE ergänzt die Handlungsempfehlungen der Kommission wie folgt:

- Wir empfehlen dem Bund, zur Finanzierung der tariflichen Entlohnung eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeleistungen vorzunehmen. Dabei wird die Orientierung an der Bruttolohnentwicklung empfohlen, da sich der Preis der Pflegeleistungen größtenteils aus den Pflegepersonalkosten ableitet.
- Wir empfehlen dem Freistaat Sachsen, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass der mit dem I. Pflegestärkungsgesetz angelegte Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umgewandelt wird und so eine kurzfristige Finanzierungsgrundlage für Tariflöhne und einer verbesserten Personalausstattung zu schaffen.
- Wir empfehlen der Staatsregierung, sich auf Bundesebene für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zur Pflegevollversicherung, in die alle einzahlen, einzusetzen, um das Pflegerisiko solidarisch zu tragen und zu finanzieren.

Minderheitenvotum des Mitgliedes des Landtages: Silke Grimm (AfD-Fraktion)

1. Vorbemerkung

Die Mehrheit der in dem Bericht der Enquete-Kommission getätigten Feststellungen und Bewertungen werden geteilt und unterstützt. Dennoch ergaben sich bei einigen bearbeiteten Themenbereichen innerhalb der Enquete-Kommissionen abweichende Meinungen zu denen im Bericht dargelegten Aussagen, Bewertungen und Feststellungen. Dadurch wird es notwendig ergänzende Handlungsempfehlungen darzulegen. Bei anderen Themen werden Handlungsempfehlungen durch abweichende Bewertung der Sachstandserhebungen nicht unterstützt. Mit nachfolgendem Minderheitsvotum sollen, gegliedert nach den einzelnen Themenbereichen, diese vom Bericht abweichenden Feststellungen, Bewertungen und Handlungsempfehlungen erläutert und dargestellt werden.

2. Bedürfnisse und Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger

Im Bericht der Enquete Kommission wird aufgezeigt, dass erhebliche Verbesserungsbedarfe bezüglich der Berücksichtigung verschiedener Bedürfnisse und Bedarfe von Pflegebedürftigen im Pflegeprozess existieren und welche Ansatzpunkte dazu führen, dass die Bedürfnisse und Bedarfe stärker berücksichtigt werden.

Die Ursache für die konstatierten Defizite wurde jedoch nicht vollumfänglich ergründet. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 1995 stiegen die Ausgaben in diesem Bereich von rund 5 Mrd. Euro jährlich auf 38,52 Mrd. Euro im Jahre 2017. Der über diesen Zeitraum immer weiter fortschreitende Professionalisierungs-, Formalisierungs- und Ökonomisierungsprozess sollte das Pflegesystem immer effektiver, aber vor allem effizienter machen – auch um den Ausgabenanstieg einzudämmen. Ergebnis dieser Entwicklungen sind nicht nur die Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen und der damit einhergehende Attraktivitätsverlust der Pflegeberufe, sondern auch die immer weiter abnehmende Möglichkeit in den standardisierten Pflegesettings individuelle Bedürfnisse und Bedarfe der Pflegebedürftigen berücksichtigen zu können. Genannt seien beispielsweise die nach Zeit- und Kostenaufwand pauschalisierten Leistungskomplexe in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI. Ambulante Pflegedienste erhalten also eine pauschalierte Vergütung für eine Pflegeleistung, bspw. eine Ganzkörperwäsche. Dass unter diesen Vergütungsvoraussetzungen nicht nur individuelle Bedürfnisse durch standardisierte Prozesse unberücksichtigt bleiben, sondern auch das Pflegepersonal systematisch unter Zeit- und Leistungsdruck steht, liegt auf der Hand.

Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Bedarfe von Pflegebedürftigen ist ein erheblicher Aspekt bei der Bewertung der Pflegequalität. Um die Pflegequalität zu fördern, bedarf es entsprechender auch finanzieller Anreize. Pauschale Vergütungssysteme, wie sie derzeit gegeben sind, können nicht als geeignetes Mittel angesehen werden, eine gute Pflegequalität zu honorieren, da die Pflegequalität nicht direkt erlöswirksam ist. Die theoretische Steuerungsfunktion der Pflegequalität bei der Wahl des Leistungserbringers ist bei derzeitigem Mangel an Pflegekräften, Leistungserbringern und stationären Pflegeplätzen nicht gegeben.

Die ergänzende Handlungsempfehlung an den Bundesgesetzgeber, die Staatsregierung und die Kostenträger lautet somit, dass die Rationalisierung des Pflegeprozesses in den Hintergrund treten muss. Sowohl eine individualisierte und vor allem auch qualitätsorientierte Finanzierung der Pflegeleistungen sind die Voraussetzung dafür, die Pflegequalität, also auch die Bedürfnisse und Bedarfe, stärker im Pflegeprozess berücksichtigen zu können. Ebenso sollte der Qualitätsaspekt stärker bei Preisverhandlungen Berücksichtigung finden. Dies betrifft sowohl ambulante, als auch stationäre Pflegeleistungen.

3. Kultur- und diversitätssensible Pflege

Aus den Sachverständigenanhörungen, aber auch aus der Analyse der Entwicklungen in anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen, wurde eine zunehmende ethnisch-kulturelle Differenzierung des Alters durch die steigende Zahl älter werdender Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund festgestellt. Darauf aufbauend wurde die Notwendigkeit abgeleitet, dieser Entwicklung gerecht zu werden und kultur- sowie diversitätssensible Aspekte stärker bei der Pflege zu berücksichtigen.

Die Entwicklungen anderer, vor allem westdeutscher, Bundesländer können nicht ohne weiteres auf die Entwicklung im Freistaat Sachsen übertragen werden. Der Ausländeranteil[1] im Freistaat Sachsen lag im Jahr 1990 bei 1,1%. Er stieg bis zum Jahr 1997 auf 2,3%. Der Ausländeranteil blieb dann lange Zeit konstant und war zwischen 2010 und 2013 sogar rückläufig. Im Zuge des vermehrten Zustroms von Asylbewerbern seit dem Jahr 2015 stieg der Ausländeranteil Sachsen auf zuletzt 4,2% im Jahr 2017.[2] Verglichen zum bundesdeutschen Durchschnitt mit 11,2% und dem Ausländeranteil im Land Nordrein-Westfahlen mit 12,4%, ist der Ausländeranteil in Sachsen als relativ gering zu bewerten. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund[3] im Freistaat Sachsen liegt mit 6,5% etwas höher als der Ausländeranteil. Auch der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist im Freistaat Sachsen wesentlich geringer als im Bundesdurchschnitt mit 22,5% und dem Durchschnitt im Land Nordrein-Westfahlen mit 27,2%.

Hinzu kommt, dass Ausländer und die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Sachsen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung und auch der ausländischen Bevölkerung im Bundesdurchschnitt, sehr jung ist. Das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung in Sachsen lag im Jahr 2016 bei 46,7 Jahren. Ausländer in Sachsen sind im Durchschnitt 31,6 Jahre und im Bundesdurchschnitt 37,7 Jahre alt. Pflegebedürftigkeit tritt vor allem in älteren Altersklassen auf. Bundesweit sind nur 13,5% der Pflegebedürftigen unter 60 Jahre alt. Der Ausländeranteil in der Bevölkerung ab 65 Jahren und auch der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung ab 65 Jahren sind in Sachsen seit Jahren konstant niedrig. In der über 65 Jährigen Bevölkerung sind 0,6% Ausländer und 2,2% Personen mit Migrationshintergrund[4].

1 Das statistische Bundesamt definiert eine ausländische Person wie folgt: *„Ausländer/innen sind Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Absatz 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Ausländer/innen gehören zu den Personen mit Migrationshintergrund. Sie können in Deutschland geboren oder zugewandert sein.“*

2 Landtag Sachsen (2018), Drucksache 6/14094.

3 Das statistische Bundesamt definiert den Migrationshintergrund wie folgt: *„Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören im Einzelnen alle Ausländer, (Spät-)Aussiedler und Eingebürgerten. Ebenso dazu gehören Personen, die zwar mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil Ausländer, (Spät-)Aussiedler oder eingebürgert ist.“*

4 Landtag Sachsen (2018), Drucksache 6/14094.

Aus Gründen des geringeren Anteils der ausländischen Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sowie deren jungen Durchschnittsalter im Freistaat Sachsen, hat die Notwendigkeit den Aspekt „Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländern“ stärker zu berücksichtigen derzeit keine Relevanz im Freistaat Sachsen. Dies wird sich auch in naher Zukunft nicht ändern. Die Aussage, dass „die ethnisch-kulturelle Differenzierung des Alters durch steigende Zahl älter werdender Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund“ eine Herausforderung des demografischen Wandels in Sachsen ist, kann somit nicht aufrechterhalten werden. Die daraufhin abgeleiteten Handlungsempfehlungen zur kultur- und diversitätssensiblen Pflege im Bericht der Enquete-Kommission mangelt es somit an statistischer Relevanz.

Ebenso wird auf § 1 Abs. 5 SGB XI verwiesen. Hier wird normiert, dass individuelle Bedürfnisse des Pflegebedürftigen bei den Leistungen zu berücksichtigen sind. Daher ist auch immer in jeder einzelnen Pflegesituationen die Pflegeplanung personenindividuell durchzuführen – also die Definition von Pflegezielen und daraufhin die Ableitung entsprechender Pflegemaßnahmen anhand der individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Pflegebedarfe des Pflegebedürftigen. Es kann also mit Nichten konstatiert werden, dass bisher strukturell verschiedene Pflegebedarfe einzelner Bevölkerungsgruppen unzureichend berücksichtigt werden. Eine stärkere Fokussierung auf die sehr kleine Gruppe der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund bedarf es somit nicht.

Vielmehr bedarf es verbesserter Rahmenbedingungen, dass die individuellen Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche von Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegesituationen generell stärker Berücksichtigung finden. In diesem Zusammenhang wird auf den zweiten Abschnitt dieses Minderheitsvotums verwiesen. Die Formalisierung und Standardisierung von Pflegeprozessen hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Individualität der Pflegesituation immer weiter abgenommen hat. Die ergänzende Handlungsempfehlung an den Bundesgesetzgeber lautet daher, dass die Rahmenbedingungen zur stärkeren Berücksichtigung individueller Bedarfe und Bedürfnisse zu verbessern sind.

4. Altersgerechte Wohnraumanpassung

Im Bericht der Enquete-Kommission wurde ein hoher Bedarf an altersgerechtem und barrierearmen/ barrierefreiem Wohnraum im Freistaat Sachsen erörtert. Es wurden Hindernisse für die altersgerechte Gestaltung von Wohnraum und dem Wohnumfeld aufgezeigt. Diese Hindernisse sind die Nichteignung von Bestandsgebäuden, fehlende finanzielle Eigenmittel der Bauträger und fehlende Fördermöglichkeiten oder Förderlücken. Insbesondere wiesen die Sachverständigen des Verbandes Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG e. V.) in der 7. Sitzung der Enquete Kommission am 05.12.2016 darauf hin, dass es besonders in Sachsen eine Herausforderung sei, die Bezahlbarkeit des barrierefreien oder barrierearmen Wohnraumes zu sichern. Die Sachverständigen stellten eine eigens durchgeführte Studie vor, in der Obergrenzen für tragbare Mietkosten verschiedener Mietergruppen ermittelt wurden. Die tragbare Maximalmiete in Sachsen beträgt demnach 6,50 EUR/m². Im ländlichen Raum sei die finanzielle Leistungsfähigkeit der Mieter tendenziell noch niedriger. Insbesondere wurde auch darauf hingewiesen, dass „steigende politische Anforderungen (z. B. im energetischen Bereich)“ sich negativ auf die Finanzierbarkeit von Anpassungsmaßnahmen auswirken die Anforderungen dazu führen, dass in Folge die Miete die Zahlungsfähigkeit der Mieter übersteigt.

Es ergibt sich somit ein Zielkonflikt zwischen der Sicherung von Barrierefreiheit/ Barrierearmut des Wohnraumes und der Erfüllung der politisch gesetzten Anforderungen an Neubauten und Modernisierungsmaßnahmen, wie zum Beispiel die energetischen Anforderungen, wenn eine tragbare Maximalmiete nicht überschritten werden soll. Die Sicherung barrierefreier und barrierearmer Wohnräume muss höhere Priorität, als die Erfüllung politisch gewollter und nicht immer wirtschaftlicher Anforderungen haben. Beispielsweise sind Maßnahmen zur Senkung des Energiebedarfes von Wohngebäuden nur sinnvoll, wenn sich ein entsprechendes Einsparpotential bei den Wohnnebenkosten ergibt, die höher sind, als der Anstieg der Kaltmiete. Es ergibt sich somit eine ergänzende Handlungsempfehlung an die sächsische Staatsregierung sowie dem Bund, die Anforderungen, insbesondere die energetischen Anforderungen nach der Energieeinsparverordnung (EnEV), an Bau und Modernisierung von Wohnraum auf Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und so anzupassen, dass durch die Herstellung von Barrierearmut/ Barrierefreiheit eine tragbare Miete gesichert werden kann.

5. Pflegende Angehörige

Im Bericht der Enquete-Kommission wurde die Situation der pflegenden Angehörigen sowie die Herausforderungen, mit denen diese konfrontiert werden, beschrieben. Unter anderem wurden Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie finanzielle Belastungen für pflegende Angehörige dargestellt.

Durch die Wandlung der familiären Verhältnisse und zunehmender beruflicher Mobilität wird es in Zukunft immer schwieriger, Angehörige für die Pflege gewinnen zu können. Zusammen mit dem zunehmenden Pflegekräftemangel wird die Absicherung der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger immer schwieriger.

Die Enquete Kommission konstatierte daher richtigerweise, dass es dringender Verbesserungen für pflegende Angehörige bedarf. Ergänzend hierzu soll festgestellt werden, dass die Pflege von Angehörigen den gleichen Stellenwert braucht, wie die Betreuung und Erziehung von Kindern. Um dies zu erreichen, richten sich weitere Handlungsempfehlungen an den Bund. Es bedarf der Entwicklung einer Entgeltersatzleistung für Personen, die eine Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben müssen, wenn sie Angehörige pflegen wollen. Als Vorbild kann hier das Elterngeld bzw. Elterngeld Plus gelten. Das Ziel muss sein, dass Familienarbeit als gleichwertig zu einer Berufstätigkeit anerkannt wird.

Ein weiterer Aspekt sind die Aufwendungen, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige haben und nicht durch das Pflegegeld der Pflegekasse gedeckt werden können. Eine Studie ermittelte, dass in einem durchschnittlichen Pflegehaushalt der wöchentliche Zeitaufwand 63 Stunden und der monatliche finanzielle ungedeckte Aufwand 360 Euro betragen.[5] Gerade bei schwerer Pflegebedürftigkeit sind die tatsächlichen Aufwendungen viel höher, als das Pflegegeld. Übersteigen die Aufwendungen die Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen, tragen auch die pflegenden Angehörigen teilweise oder vollständig anfallende Kosten. Daher lautet eine weitere Empfehlung an den Bund, dass sich die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stärker an der Lebenswirklichkeit anzupassen sind. Hierzu sind die Leistungsbeträge so anzupassen, dass ungedeckte Aufwendungen reduziert werden.

5 Hielscher, V; Kirchen-Perters, S; Nock, L. (2017): „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“, Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf.

6. Beruflich Pflegende

Im Bericht der Enquete-Kommission wurde die berufliche Situation sowie die Rahmenbedingungen für beruflich Pflegende dargestellt und zahlreiche Ansatzpunkte beschrieben, wie auch zukünftig genügend Pflegekräfte gewonnen werden können. Nachfolgend wird auf einige dieser genannten Aspekte gesondert eingegangen.

6.1. Arbeitsbedingte Belastungen

Im Bericht wurde konstatiert, dass Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse in den Pflegeberufen überdurchschnittlich stark vorherrschen. Zudem wurde aufgezeigt, dass ein hoher Anteil der Beschäftigten in der Pflege starken physischen und auch psychischen Belastungen ausgesetzt ist. Es wurde aufgezeigt, dass die hohen Arbeitsbelastungen die überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten, die hohe Teilzeitbeschäftigungsquote und die hohe Anzahl von Personen, die vorzeitig aus dem Beruf aussteigen, beeinflusst.

Die von den Mitgliedern der Enquete Kommission abgeleiteten Handlungsempfehlungen orientieren vor allem an der Senkung der Belastungssituation über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (z. B. Entlohnung, Personalausstattung, Gesundheitsmanagement und Prävention, Bürokratieabbau). Ein Aspekt zur Reduzierung der arbeitsbedingten Belastungen bleibt im Bericht und in den Handlungsempfehlungen unberücksichtigt. Die Höhe der Arbeitsbelastung wird durch zwei Faktoren beeinflusst. Das sind zum einen die fokussierten Arbeits- und Rahmenbedingungen und zum anderen ebenso die Belastungsdauer. Dass genau diese Belastungsdauer ein relevanter Faktor zur Beeinflussung der Belastungssituation ist, konnte bereits eingangs dargestellt werden, indem aufgezeigt wurde, dass ein beachtlicher Teil der Pflegekräfte in Teilzeit tätig ist, weil die Belastungen eine Vollzeittätigkeit nicht zulassen.

Eine ergänzende Handlungsempfehlung an die Tarifpartner, die Kostenträger und den Bund lautet, dass auf die Absenkung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 35 Stunden bei vollem Lohnausgleich hingewirkt werden muss. Hierdurch können nicht nur die arbeitsbedingten Belastungen gesenkt und dadurch der Gesundheitszustand verbessert werden, sondern der Pflegeberuf erhält einen deutlichen Attraktivitätsgewinn um hierdurch dem Mangel an Pflegekräften zu begegnen.

6.2. Entlohnung

Im Bericht der Enquete-Kommission wurde beschrieben, dass sich Verbesserungen in der Entlohnung von Pflegekräften durch die gedeckelten Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung entweder in höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen oder in höheren Belastungen des Sozialhilfeträgers widerspiegeln. So besteht derzeit ein Spannungsverhältnis zwischen der finanziellen Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen einerseits und der Entlohnung von Pflegekräften andererseits. Gleiches trifft zu, wenn sich Personalschlüssel in Pflegeeinrichtungen verbessern und die Pflegesachleistungsbeträge konstant blieben.

Damit die Verbesserungen in der Entlohnung von Pflegekräften und die im Bericht angemahnten Personalschlüsselverbesserungen nicht nur zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, wird zusätzlich empfohlen, dass der Bundesgesetzgeber die

Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung entsprechend anhebt. Die Mehrbelastungen können beispielsweise über die Zahlung eines regulären und dauerhaften Steuerzuschusses in die soziale Pflegeversicherung kompensiert werden.

6.3. Reform der Pflegeberufe durch das Pflegeberufegesetz

Im Bericht der Enquete-Kommission wurde die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeberufe beschrieben. Mit der Reformierung der ehemals drei eigenständigen Ausbildungsberufe in der Altenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege wird die Erwartung einer Attraktivitätssteigerung und damit die Erhöhung der Ausbildungszahlen sowie die Flexibilisierung des Arbeitskräfteangebotes verbundenen.

Der Wandel der Pflegeberufe zum generalistischen Pflegeberuf des Pflegefachmannes/-frau wird als kritisch bewertet. Pflegepersonal, welches universell einsetzbar sein soll, muss durch die Berufsausbildung in die Lage versetzt werden, eigenständig durch fundiertes Fachwissen und Fähigkeiten die Pflege aller Altersgruppen planen, durchführen und evaluieren zu können. In einer generalistischen Ausbildung kann dies nur über die Rationalisierung des etablierten Ausbildungsprozesses einhergehend mit steigenden Leistungsanforderungen und Leistungsdruck oder aber über die Verlängerung der Ausbildungsdauer erreicht werden. Beide Alternativen sind abzulehnen. Kompetente Pflegefachkräfte können in einer Ausbildungsdauer von drei Jahren nur in den drei eigenständigen Pflegeberufen ausgebildet werden. Die verabschiedete Pflegeberufsreform wird einen massiven Nachqualifizierungsbedarf der Absolventen zu Lasten der Leistungserbringer mit sich bringen. Dieser ist abzulehnen.

Eine abschließende Bewertung über die konkreten Ausbildungsinhalte ist erst nach Verabschiedung des Rahmenlehrplanes auf Bundesebene und der Landes-Lehrpläne möglich. Vermuten lässt sich, dass es zu einer Kompression der Lehrinhalte kommen wird und die Anforderungen an die Auszubildenden dadurch steigen werden. Daher ist auch die von der Mehrheit der Mitglieder der Enquete Kommission abgeleitete Handlungsempfehlung, die aktuelle Einstufung der dreijährigen staatlich anerkannten Ausbildungsabschlüsse in der Pflege innerhalb des DQR vom Niveau 4 auf das Niveau 5 anzuheben, kritisch zu hinterfragen. Die Ausbildung zur Pflegefachkraft muss mit einer zehnjährigen Schulbildung problemlos möglich sein. Der Zugang zur Ausbildung darf nicht durch die Anhebung des Ausbildungsniveaus erschwert werden. Der einzig richtige Weg zur Steigerung der Attraktivität und der Qualität in der Pflege über den Ansatz der Qualifizierung des Pflegepersonals, kann nur die Etablierung eines berufspraktischen Pflegestudiums, wie es Teil 3 des Pflegeberufegesetzes vorsieht, und der damit vermehrte Einsatz von akademisch ausgebildetem Pflegepersonal in der Praxis sein.

Ob die erhoffte Attraktivitätssteigerung für einen generalistischen Pflegeberuf in der Umsetzung der Reformen eintreten wird, erscheint ebenso fraglich. Vielmehr kann es genauso zu einem Attraktivitätsverlust kommen. Viele Auszubildende in der Pflege haben sich aktiv für das Erlernen eines der drei Pflegeberufe entschieden, weil sie mit einem bestimmten Personenkreis arbeiten möchten. Beispielsweise schätzen Altenpfleger die vergleichsweise langen Pflegebeziehungen zu den Bewohnern, die bei kurzen Verweildauern in Krankenhäusern in dieser Form nicht zu Stande kommen können.

Daher lauten die Handlungsempfehlungen an den Bund, die Reform der Pflegeberufe zu überdenken und bei sich abzeichnendem mangelndem Interesse am generalistischen Pflegeberuf oder bei zurückgehenden Ausbildungszahlen zum alten Ausbildungsmodell der drei Pflegeberufe für die grundständige Ausbildung zurück zu kehren. Weiterhin soll das Niveau für die Pflegeausbildung nicht angehoben werden, um eine breite Masse an potentiellen Pflegekräften die Ausbildung zu ermöglichen.

6.4. Gewinnung von Pflegefachkräften im Ausland

Die Mehrheit der Mitglieder der Enquete Kommission sprach sich dafür aus, dass mehr Ausländer oder Personen mit Migrationshintergrund für eine Ausbildung zur Pflegekraft gewonnen werden sollten. Ebenfalls sollen vermehrt Pflegekräfte im Ausland zur Tätigkeit in Deutschland angeworben werden. Auf Probleme durch Sprach- und Kulturbarrieren sowie der Akzeptanz durch die Pflegebedürftigen wurde verwiesen.

Der Lösungsansatz, fehlende Pflegekräfte aus dem Ausland zu gewinnen oder Ausländer für eine Ausbildung im Pflegeberuf zu gewinnen, wird kritisch gesehen. Die entscheidenden Faktoren, warum in Deutschland und Sachsen ein Pflegekräftemangel herrscht, sind die in Sachsen im Bundesvergleich unterdurchschnittliche Entlohnung, die beanspruchenden Arbeitsbedingungen und die mangelnde Wertschätzung für Pflegekräfte. Priorität muss also die Verbesserung der Rahmenbedingungen haben und nicht die Rekrutierung von Pflegepersonal, das bereit ist, unter den herrschenden Rahmenbedingungen zu arbeiten.

Zudem darf durch den Einsatz ausländischen Pflegepersonals die Pflegequalität nicht sinken. Zum einen sind hier im Ausland erworbene Berufsabschlüsse, v.a. in Drittstaaten erworbene Abschlüsse, bezüglich der Vergleichbarkeit mit der deutschen Pflegeausbildung kritisch zu hinterfragen. Zum anderen ist der Pflegeprozess durch Interaktion von Pflegekraft und zu Pflegendem geprägt. Ein gegenseitiges Vertrauen ist für diese Abhängigkeitsverhältnisse essentiell. Die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind bei der Pflege zu berücksichtigen. Sprach- und Kulturbarrieren wirken hier als Hemmnis.

Daher lauten abweichende Handlungsempfehlungen an den Bund, die Staatsregierung und die Leistungserbringer im Pflegebereich, die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte, v.a. aus Drittstaaten, nicht als wesentlichen Lösungsansatz für den Mangel an Pflegekräften zu begreifen und den Schlüssel zur Gewinnung von Pflegekräften an der Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen des Berufes zu sehen. Der Einsatz kultur- und sprachfremden Pflegepersonals bedarf immer vorausgehender Schulungsmaßnahmen, die deutsche Kultur und das deutsche Pflegewesen kennenzulernen und anzunehmen. Dieser Prozess dauert mitunter mehrere Jahre und muss auch noch berufsbegleitend erfolgen. Ein Aufenthaltsstatus mit langer Bleibeperspektive ist hierfür essentiell.

6.5. Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)

Ein Ansatz zur Gewinnung von Pflegekräften wurde in der Enquete-Kommission nicht in Betracht gezogen. Über das Absolvieren eines Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ), bzw. eines Freiwilligendienstes, können potentielle Auszubildende auch für Pflegeberufe begeistert werden. Es richtet sich somit eine ergänzende Handlungsempfehlung an den Bundesgesetzgeber und an die Leistungserbringer, die Rahmenbedingungen

der Freiwilligendienste zu verbessern, um diese attraktiver zu machen. Hier sind vor allem die finanziellen Leistungen zu verbessern. Außerdem sind zusätzliche Plätze zu schaffen. Derzeit gibt es zum Beispiel im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) mehr Interessierte, als freie Plätze.[6]

6 Landtag Sachsen (2018), Drucksache 6/14233

Minderheitenvotum des Mitgliedes des Landtages: Volkmar Zschocke (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Der Handlungsbedarf in der Pflege ist an vielen Stellen akut. Neben den langfristigen Empfehlungen, die dieser Bericht zur Verbesserung der Situation von Angehörigen, Angestellten und Betroffenen in der Pflege vorlegt, ist es angeraten, schnellstmöglich erste wichtige Maßnahmen zur Umsetzung zu bringen. Folgende zehn Maßnahmen können noch in dieser Legislaturperiode von der Staatsregierung bzw. den jeweilig zuständigen Fachministerien auf den Weg gebracht werden:

1. Anpassungen am SächsBeWoG vornehmen, um alternativen Wohnformen die rechtlichen Grundlagen zu geben und deren Ausbau zu begünstigen,
2. die Entwicklung einer ressortübergreifenden Handlungsstrategie für die Quartiersentwicklung unter Leitung der Staatskanzlei und die Bereitstellung von Fördermitteln für ein Landesförderprogramm Quartiersentwicklung,
3. die kontinuierliche Vereinfachung und Verbesserung von Förderverfahren im Bereich Wohnen im Sinne einer Absenkung von Beantragungshürden und administrativen Anforderungen,
4. die Erarbeitung von Maßnahmekatalogen zur Stärkung der Prävention für Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Menschen mit erwartbarem Pflegebedarf im Freistaat,
5. ein offensives Werben sowie die Installation einer Beratung für eine pflegesensible Unternehmenskultur,
6. die repräsentative Befragung aller Pflegekräften zur Umsetzung einer Landespflegekammer oder einer anderen Form der Interessenvertretung
7. die Nutzung des Internationalen Tags der Pflege (12. Mai), um das Berufsbild der Pflegekräfte positiv hervorzuheben (z. B. durch öffentlichkeitswirksame Aktionen),
8. die Entwicklung, Umsetzung, regelmäßige Evaluation und Fortschreibung eines Handlungsplans zur Entlastung pflegender Angehöriger unter verbindlicher Beteiligung von Interessenvertretern pflegender Angehöriger (z. B. „wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V.“),
9. die Einarbeitung kultursensibler Aspekte in die Lehrpläne für Auszubildende im Bereich Pflege im Zuge der anstehenden Änderungen für die Generalistik in der Pflegeausbildung,
10. das Vorantreiben der Festschreibung von Personalrichtwerten in den Landesrahmenverträgen, verbunden mit der Entwicklung und Etablierung von Präsenzrichtwerten für den Personaleinsatz in stationären SGB XI-Bereichen.

Zusätzlich zu diesen Sofortmaßnahmen wurde ein langfristiger Vorschlag der GRÜNEN-Landtagsfraktion nicht in den Gesamttext aufgenommen:

Es wurde in den Sachverständigenanhörungen darauf hingewiesen, dass die Förderpraxis eine große Hürde für pflegende Angehörige hinsichtlich der Einrichtung von Selbsthilfeaktivitäten ist. Unter dem Punkt 3.8.4. ist in diesem Sinne der Staatsregierung zu empfehlen, auf eine Vereinheitlichung der Förderpraxis und der Förderbedingungen in den einzelnen Bundesländern hinzuwirken und dabei die bürokratischen Anforderungen der Beantragung von Fördermitteln auf ein notwendiges Maß zu beschränken.

Anhang

Verzeichnis der Anhänge

Anhang A:	Einsetzungsbeschluss	389
Anhang B:	Angehörte Sachverständige in der Enquete-Kommission	393
Anhang C:	Schriftliche Stellungnahmen der Enquete-Kommission	399
Anhang D:	Übersicht über gegenwärtige Wohn- und Versorgungsformen	403
Anhang E:	Personalbedarf sächsischer Krankenhäuser	407
Anhang F:	Teilzeitbeschäftigung	409
Anhang G:	Beratungsangebote im Überblick	411

Anhang A: Einsetzungsbeschluss

DRUCKSACHE 6/3472

Sächsischer Landtag
6. Wahlperiode

Antrag

der CDU-Fraktion und SPD-Fraktion

Thema: **Einsetzung der Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“**

Der Landtag möge beschließen:

I. Nach § 27 Absatz 1 der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtages wird eine Enquete-Kommission eingesetzt, die sich mit der Sicherstellung der Versorgung und der Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen auseinandersetzt.

II. Ziel ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, wie im Freistaat Sachsen eine nachhaltige und pflegerisch hochwertige Versorgung älterer Menschen auf Dauer sichergestellt werden kann.

III. Besonders zu beachtende Handlungsfelder sind:
1. die Entlastung, Unterstützung und Begleitung der pflegenden Angehörigen und weiterer Helfer durch eine Einbindung der Familie und des Ehrenamts in die professionelle Pflegelandschaft;
2. die Absicherung von Pflegebedürftigen und Pflegenden;
3. die Stärkung einer möglichst langen Pflege in Selbstbestimmung durch ein stabiles Hilfenetz im ambulanten sowie stationären Bereich;

Dresden, 3. Dezember 2015

Unterzeichner: Frank Kupfer
Datum: 03.12.2015

Frank Kupfer MdL
CDU-Fraktion

Unterzeichner: Dagmar Neukirch
Datum: 03.12.2015

i. V.
Dirk Panter MdL
SPD-Fraktion

Eingegangen am: 03.12.2015

Ausgegeben am: 04.12.2015

4. die besondere Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen und deren Angehörigen;
5. die Voraussetzungen und Herausforderungen einer kultursensiblen Altenpflege;
6. die Verzahnung der Pflege mit der gesundheitlichen Versorgung unter Beachtung der Angebote von Rehabilitation und Prävention;
7. die Untersetzung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich unter Beachtung von regionalen Besonderheiten der ländlichen Regionen und der Ballungsgebiete;
8. die Umsetzung des Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes und Auswirkungen auf geförderte Einrichtungen nach Artikel 52 Pflegeversicherungsgesetz;
9. eine Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung, Dokumentation sowie Entbürokratisierung der Pflege;
10. die Sicherung der professionellen Hilfs- und Pflegeangebote durch ausreichend und gut qualifiziertes Personal;
11. Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der akademischen Professionalisierung;
12. Fragen der Forschung u. a. in den Bereichen der klinischen und patientenorientierten Pflege, der pflegerischen Versorgung und der technischen Ausstattung;
13. die Prüfung der aktuellen Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen sowie der Lohn- und Vergütungssituation;
14. Fragen der Umsetzung im Zusammenhang mit Veränderungen im Ausbildungssystem und Möglichkeiten beruflicher Selbstverwaltungsformen;
15. die Fragen eines vernetzten berufs- und institutionsübergreifenden Versorgungssystems.

IV. Die Enquete-Kommission nimmt als Grundlage eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der Pflege im Freistaat Sachsen vor. Dafür und für ihre weitere Arbeit sol- len gesicherte statistische Forschungsergebnisse und Daten, insbesondere die Studie „Alter, Rente, Grundsicherung“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz genutzt werden.

V. Die Enquete-Kommission ist aus 20 Mitgliedern zu besetzen, die von den Fraktionen nach dem Stärkeverhältnis benannt werden. Jede Fraktion hat das Recht, zusätzlich ein weiteres Mitglied zu benennen, das nicht Mitglied im Landtag ist. Stimmberechtigt sind nur die Mitglieder des Sächsischen Landtages.

VI. Die Arbeit der Enquete-Kommission soll spätestens am 1. Januar 2016 aufgenommen werden.

VII. Die Enquete-Kommission soll bis zum 31. Dezember 2017 einen abschließenden Bericht vorlegen. Die Schwerpunkte des Einsetzungsbeschlusses sind als Leitfaden zu verstehen. Sollte die Enquete-Kommission in ihrer fachlichen Arbeit feststellen, dass diese der Ergänzung bedürfen, kann sie diese weiter konkretisieren und gegebenenfalls verändern und auch andere themenbezogene Bereiche einbeziehen.

Begründung:

Die Pflege übernimmt in Gegenwart und Zukunft eine tragende Rolle in unserer Gesellschaft. Die Zahl der Pflegebedürftigen hat zwischen 1999 und 2011 um 17 %

zugenommen und auch das Gutachten „Alter, Rente, Grundsicherung – Eine Studie von Sachsen“ von Professor Dr. Bernd Raffelhüschen zeigt deutlich, dass der Freistaat im Bereich des Altenquotienten bundesweit einen Spitzenplatz einnimmt. Diese Veränderungen der Pflege- und Altersstruktur, die zunehmende Entfernung jüngerer Menschen vom Lebensort ihrer Angehörigen sowie Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt ergeben besonders im Bereich der Pflege neue Anforderungen an Politik und Gesellschaft.

Um den damit zusammenhängenden Herausforderungen entsprechend Rechnung zu tragen, soll der Sächsische Landtag eine Enquete-Kommission einsetzen. Diese soll Handlungsempfehlungen mit dem Ziel erarbeiten, wie im Freistaat Sachsen eine nachhaltige, pflegerische Versorgung auf Dauer sichergestellt werden kann.

Dabei gilt es, einen umfassenden Blick auf die pflegerische Versorgung älterer Menschen unter stetiger Einbeziehung aller relevanten Akteure – insbesondere des Sächsischen Städte- und Gemeindetages, des Sächsischen Landkreistages und des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen - zu werfen. Dabei müssen auch die Familien der Pflegebedürftigen, pflegende Angehörige und das Ehrenamt beachtet werden.

Es soll dabei grundsätzlich angestrebt werden, solange wie möglich, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können und in Würde alt zu werden. Darauf aufbauend sollen die Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich und deren Bedarfe entsprechend Beachtung finden. Weiterhin gilt es Möglichkeiten der beruflichen Selbstverwaltung, beispielsweise die Einrichtung einer Pflegekammer zu prüfen und Wege aufzuzeigen, wie der Personalbedarf auch künftig gesichert werden kann.

Anhang B: Angehörte Sachverständige in der Enquete-Kommission

Bestandsaufnahme zur Pflegesituation in Sachsen	
2. Sitzung am 07.03.2016 4. Sitzung am 13.06.2016	3. Sitzung am 11.04.2016 5. Sitzung am 02.09.2016
Barbara Klepsch	Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz
Dr. Bernd Richter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Andreas Werner	Kommunaler Sozialverband Sachsen
Jürgen Neumann	Sächsischer Landkreistag
Peer Schuster	Sächsischer Städte- und Gemeindetag
Regina Kraushaar	Abteilungsleiterin „Pflegesicherung und Prävention“ im Bundesministerium für Gesundheit
Christiane Viere	Unterabteilungsleiterin, Abteilung „Demografischer Wandel, Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege“ im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Dr. Matthias Faensen	Vorsitzender der Landesgeschäftsstelle Sachsen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
Friedhelm Fürst	Kaufmännischer Vorstand Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen e. V. und Vertreter der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen
Andrea Kuphal	Stellvertretende Vorsitzende des Sächsischen Pflegerates
Manuela Schaar	Gewerkschaftssekretärin Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) Landesbezirk Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Bernd Kuhlmann	Geschäftsführer AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Annett Lotze	Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Sachsen, Referatsleiterin Pflege
Thorsten Zöfeld	Leiter der Regionaldirektion Chemnitz der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS)
Dr. Ulf Sengebusch	Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
Annelie Wagner	Verband der pflegenden Angehörigen, wir pflegen e.V.

Prof. Dr. Andreas Hoff	Hochschule Zittau/Görlitz; Professor für Soziale Gerontologie und Dekan der Fakultät für Sozialwissenschaften
Uwe Adamczyk	Mitglied des Landesverbandsvorstandes des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V.
Sophie Alltag	Uni Leipzig, Institut f. Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
Stephan Pöhler	Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
Eva Helms und Christiane Dumke	Landesinitiative Demenz Sachsen e.V.
Fred Fiedler	Landesgruppensprecher des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen e.V. Sachsen

Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ **Themenschwerpunkt: Wohnen und Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz** 7. Sitzung am 05.12.2016	
Corinna Schroth	Stellvertretende Vorsitzende Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V.
Claudia Schöne	Leiterin Geschäftsbereich Pflege/Häusliche Krankenpflege AOK PLUS
Paul-Friedrich Loose	Landesgeschäftsführer BARMER GEK Sachsen
Dr. Matthias Faensen	Vorsitzender der Landesgeschäftsstelle Sachsen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa).
Matthias Steindorf	Bereichsleiter Soziale Arbeit und Bildung/Mitglied der Geschäftsleitung, Referent Entgelte PARITÄTISCHER Sachsen
Alexandra Brylok	Referentin Soziales und Projekte Sächsische Wohnungsgenossenschaften e.V. (VSWG)
Sven Winkler	Referent Betriebswirtschaft Sächsische Wohnungsgenossenschaften e.V. (VSWG)
Simone Wenzler	Referatsleiterin Wohnungswirtschaft, Wohnraumförderung, Wohngeld, Sächsisches Staatsministerium des Innern
Ralph Beckert	Landesgeschäftsführer Sozialverband VdK Sachsen e. V.

Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ Themenschwerpunkt: Altersgerechtes Wohnumfeld/Sozialraum und Quartiersentwicklung 8. Sitzung am 23.01.2017	
Dr. Jürgen Gohde	Ehemal. Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V. und jetziger Kurator
Dr. Peter Müller und Sabine Müller-Schwerin	Verein Sigus e.V. Dresden
Prof. Dr. Werner Esswein	Technische Universität Dresden, Centrum für Demografie und Diversität
Michael Köppl	Sächsisches Staatsministerium des Innern, Referat Städtebau- und EU-Förderung
Bianca Fischer-Kilian	Seniorengemeinschaft Kronach Stadt und Land e.V.
Silke Schwabe	Koordinatorin Pflegenetzwerk Vogtlandkreis
Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov	Geriatrisches Netzwerk Radeburg

Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ Themenschwerpunkt: Angehörige, Ehrenamt, Selbsthilfe sowie Pflegeberatung/ Beratungsleistungen 10. Sitzung am 19.05.2017	
Dr. Katharina Graffmann-Weschke	Leiterin AOK Pflege Akademie, Projekt „Pflege in Familien fördern“
Ulrike Seyfert	Vertreterin pflegende Angehörige
Heidi Böhme	Vertreterin pflegende Angehörige
Annika Kirchhoff M. A.	Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen
Claudia Schöne	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, Leiterin Geschäftsbereich Pflege/Häusliche Krankenpflege
Nils Neu	Landkreis Leipzig, Sozialamt, Pflegekoordinator

Handlungsfeld „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ Themenschwerpunkt: Bedürfnisse, Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger 11. Sitzung am 12.06.2017	
Prof. Dr. Anita Hausen	Professorin für Versorgungsforschung und Versorgungskonzepte mit Schwerpunkt pflegerische Versorgung im Alter, Katholische Stiftungsfachhochschule München
Prof. Dr. Kerstin Hämel	Professorin für Gesundheitswissenschaften, Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
JProf. Dr. Margareta Halek	Juniorprofessorin, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)/ Universität Witten/ Herdecke gGmbH
Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften/ AG 3 Epidemiologie & International Public Health
Eugen Brysch	Vorsitzender der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Dr. med. Sylvia Schneider-Schönherr	Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. (LVHP e. V.)
Sandy Meusel B. A.	Staatlich anerkannte Sozialarbeiterin, Casemanagerin, Geriatrisches Netzwerk Radeburg (GerN)

Handlungsfeld „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld“ Themenschwerpunkt: Berufsbildung in den Pflegeberufen, Akademisierung der Pflege sowie Fort- und Weiterbildung 13. Sitzung am 29.09.2017	
Prof. Dr. Margarete Reinhart	Hochschullehrerin Theologische Hochschule Friedensau
Prof. Dr. Jörg Klewer	Professur für Pflegewissenschaften Westsächsische Hochschule Zwickau
Prof. Dr. Thomas Fischer	Professur für Pflegewissenschaften Evangelische Hochschule Dresden, externes Mitglied der Enquete-Kommission
Sabine Mesech	Schulleiterin Medizinische Berufsfachschule am Städtischen Klinikum Dresden
Michael Junge	Sächsischer Pflegerat
Jana Luntz	Direktorin Geschäftsbereich Pflege Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Kerstin Schöne	Leiterin AWO Akademie Mitteldeutschland, Schulleiterin Berufsfachschule Sozialwesen

Handlungsfeld „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld“ Themenschwerpunkt: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Berufliche Selbstverwaltung 14. Sitzung am 06.11.2017	
Prof. Dr. Michael Simon	Tenure Track Assistenzprofessor Universität Basel Institut für Pflegewissenschaft
Dr. Marlen Melzer	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Dresden)
Erna Dosch	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Vechta, Fachgebiet Altern und Gesellschaft / Zentrum Altern und Gesellschaft
Manuela Schaar	Gewerkschaftssekretärin ver.di – Landesbezirk Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Landesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen
Hanka Jarisch	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Präventionsdienst Dresden, Leiterin der Bezirksstelle
Dr. Marliese Biederbeck	Geschäftsführerin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Südost Bayern – Mitteldeutschland e.V.
Dr. Markus Mai	Präsident Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Matthias Beine	Geschäftsführer Cultus gemeinnützige GmbH der Landeshauptstadt Dresden
Annett Lotze	Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Sachsen, Referatsleiterin Pflege
Andreas Werner	Kommunaler Sozialverband Sachsen

Handlungsfeld: Pflegerische Versorgungsinfrastruktur Themenschwerpunkt: Prävention bei Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und beruflich Pflegenden 17. Sitzung am 26.03.2018	
Stephan Koesling	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Heiko Kotte	Alternierender Vorsitzender Steuerungsgremium Landesrahmenvereinbarung, Bereichsleiter Gesundheitsförderung AOK PLUS

Anhang C: Schriftliche Stellungnahmen der Enquete-Kommission

I. Bestandsaufnahme

Bestandsaufnahme zur Pflegesituation in Sachsen	
Barbara Klepsch	Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz
Regina Kraushaar	Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Michael Bockting	Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Enquete-Kommission
Dr. Bernd Richter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Annelie Wagner	Verband der pflegenden Angehörigen wir pflegen e.V.
Andreas Werner	Kommunaler Sozialverband Sachsen

II. Handlungsfelder

Handlungsfeld 1 „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ Themenschwerpunkt: Angehörige, Ehrenamt und weitere Helferinnen und Helfer	
Andreas Märten	Pflegenetzwerk Leipzig e.V.
Kerstin Hunger, Bianka Hammer (geb. Linz)	Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag
Andreas Werner	Kommunaler Sozialverband Sachsen
Dr. Thomas Hoffmann	Industrie- und Handelskammer Leipzig
Kerstin Steinacker	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Referentin
Bianka Hammer (geb. Linz)	Koordinierungsstelle für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag

Handlungsfeld 1 „Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamt“ Themenschwerpunkt: Bedürfnisse, Bedarfskonstellationen Pflegebedürftiger	
Marius Milde	AOK PLUS (Intensivpflegebedürftige)
Dr. Klaus Heckemann	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dr. Fabian Magerl	BARMER GEK Landesvertretung Sachsen
Andreas Eichhorst	Verbraucherzentrale Sachsen (Intensivpflegebedürftige)
Sophie Alltag, Dr. Tobias Luck, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller	Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
Angela Burzick	Kranken- und Seniorenpflege GmbH Schwester Angela Burzick (Intensivpflegepatienten)

Handlungsfeld 2 „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld“ Themenschwerpunkt: Berufsbildung in den Pflegeberufen, Akademisierung der Pflege sowie Fort- und Weiterbildung	
Dr. Bruno Bartscher	Sächsisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, Referatsleiter
Steffen Große	Sächsisches Staatsministerium für Kultus, Referatsleiter
Prof. Dr. Bernd Reuschenbach	Katholische Stiftungshochschule München, Professor für Pflegewissenschaft und Gerontologie

Handlungsfeld 2 „Pflege als Arbeits- und Berufsfeld“ Themenschwerpunkt: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Berufliche Selbstverwaltung	
Dr. Bernd Richter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Michael Bockting	Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Enquete-Kommission
Annett Lotze	Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Sachsen, Referatsleiterin Pflege
Peer Schuster	Sächsischer Städte- und Gemeindetag
Andreas Werner	Kommunaler Sozialverband Sachsen
Dr. Tilo Görl	GKV-Spitzenverband
Deniz Putz	Statistik-Service Südost Bundesagentur für Arbeit
Dr. Ulf Sengebusch	Geschäftsführer Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen

Handlungsfeld 3 „Pflegerische Versorgungsinfrastruktur“ Themenschwerpunkt: Rolle der Kommunen, Schnittstellen, Sozialraum und Quartiersentwicklung, Beratungsstrukturen und Prävention	
Jürgen Neumann	Sächsischer Landkreistag
Yvonne Sommerfeld	Sächsischer Landkreistag
Peer Schuster	Sächsischer Städte- und Gemeindetag
Andreas Märten	Pflegenetzwerk Leipzig e.V.
Prof. Dr. Stefan Görres	Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung
Prof. Dr. Frank Weidner	Direktor Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V.
Dr. Ulrike Rothe	TU Dresden, Privatdozentin für Epidemiologie und Versorgungsforschung

Anhang D:
Übersicht über gegenwärtige Wohn- und Versorgungsformen

Tabelle 29: *Synopse der Wohn- und Versorgungsformen (Blüher & Jacobs, 2015)*

Wohn- und Versorgungsform	Rechtsform/Vertragslage	Finanzierung	Grad der Selbstbestimmung	Vorteile	Nachteile	Zielgruppe
Vollstationäre Pflege	**Gesetzeslage**: Heimgesetz (HeimG) **Träger**: Juristische Person, die das Heim unterhält (in der Regel GmbH) **Verträge**: Heimbewohner schließen einen Heimvertrag mit dem Träger (Behandlungsvertrag) / der Träger schließt Verträge mit den Krankenkassen	Kosten der Pflege werden von der Pflegekasse finanziert. Unterkunft und Verpflegung können im Rahmen der Pflegeversicherung übernommen werden.	Geringe Möglichkeit, das Wohnumfeld an persönliche Bedürfnisse anzupassen und den Alltag selbst zu gestalten	Umfassendes Pflege- und Betreuungsangebot für alte Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ihren Haushalt zu führen	Vergleichsweise kostspielige Versorgungsform, die lediglich auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet ist	Eignet sich für die stationäre Unterbringung von Personen mit ausgeprägtem Pflegebedarf (rund um die Uhr)
Betreutes Wohnen	**Gesetzeslage**: Wohnen- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) **Träger**: juristische Person, die das Betreute Wohnen unterhält: i. d. R. GmbH oder eingetragene Vereine (e. V.) **Verträge**: Bewohner schließen Mietverträge und/oder Pflegeverträge mit dem Träger	Kosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Bei Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen können diese von der Pflegekasse übernommen werden	Geringe Möglichkeit, das Wohnumfeld zu beeinflussen, jedoch freie Gestaltung des Wohnalltags	Bewohner profitieren von einer psychosozialen Betreuung und Beratung sowie von einem hohen Maß an sozialer Integration in der Einrichtung	Geringere Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit als in privaten Haushalten	Eignet sich für Bewohner, die über ein hohes Maß an Selbstständigkeit verfügen und geringem Pflegebedarf

Wohn- und Versorgungsform	Rechtsform/Vertragslage	Finanzierung	Grad der Selbstbestimmung	Vorteile	Nachteile	Zielgruppe
altersgerechtes barrierefreies Wohnen	**Gesetzeslage**: allgemeines Privatrecht (BGB) bzw. Mietrecht **Träger**: Bewohner oder Eigentümer der Wohneinheit **Verträge**: Bewohner schließen einen Miet- bzw. Kaufvertrag und geben bei Bedarf die altersgerechte Sanierung der Wohnung in Auftrag	Miet- und Kaufkosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren Umbaukosten können über die Pflegeversicherung und/ oder KfW-Kredite finanziert werden	Hohes Maß an Gestaltungsfreiheit des eigenen Wohnumfelds sowie an Selbstbestimmung im Wohnalltag	Bewohner können in den angestammten Wohnungen verbleiben, ohne einen Umzug in Kauf zu nehmen	Beim Auszug aus einer angepassten Mietwohnung kann der Vermieter den Rückbau der Veränderungen verlangen	Eignet sich für Bewohner, die über ein hohes Maß an Selbstständigkeit verfügen und geringem Pflegebedarf
Gemeinschaftliches Wohnen	**Unterschiedliche Gesetzeslage**: allgemeines Privatrecht (BGB) / Mietrecht / Eingetragene Vereine (e. V.) / eingetragene Genossenschaft (e.G.)	Miet-, Kauf- oder Beitrittskosten sind zunächst von den Bewohnern zu tragen	Hohes Maß an Gestaltungsfreiheit des eigenen Wohnumfelds sowie an Selbstbestimmung im Wohnalltag	Selbstbestimmung, Gestaltungsfreiheit und Möglichkeit, auf Angebote der nachbarschaftlichen Hilfe zurückzugreifen	In der Regel selbstinitiierte Wohnprojekte: bisher geringes Angebot	Eignet sich für selbstständige Bewohner, die von der sozialen Unterstützung im Setting profitieren können und wollen

Wohn- und Versorgungsform	Rechtsform/Vertragslage	Finanzierung	Grad der Selbstbestimmung	Vorteile	Nachteile	Zielgruppe
Demenz- und Pflege-WG	**Gesetzeslage**: Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) **Träger**: i. d. R. Sozial- oder Pflegedienste **Verträge**: WG-Bewohner schließen einzelne Mietverträge mit dem Vermieter (Träger). Zusätzlich können Bewohner selbst eine BGB-Innengesellschaft bilden. Aus diesem Gesellschaftsvertrag ergeben sich einzelne Rechte und Pflichten der Mitmieter untereinander	Gemäß PNG (BMG 2013) werden Demenz- und Pflege-WGs mit einem Betrag bis zu 10.000 EURO gefördert. Zusätzlich kann ein Pauschalbetrag von 200 EURO pro Bewohner beantragt werden	Bewohner bzw. ihre Angehörige können auf Pflege und Betreuung Einfluss nehmen.	Professionelle Pflege in familienähnlichen Lebens- und Wohnstrukturen. Angehörige können auf Pflege und Betreuung Einfluss nehmen und/oder auch sich selbst in die Pflege einbringen.	Erfordert den Umzug in eine neue Wohnsituation	Eignet sich für Menschen, die einen erhöhten Pflege- oder Betreuungsbedarf haben und in einer Gruppe integriert werden können und möchten
Siedlungsgemeinschaften	**Gesetzeslage / Träger**: i. d. R. eingetragene Genossenschaft (e.G.) oder eingetragener Verein (e. V.) **Verträge**: Bewohner einer Siedlung haben i. d. R. Mietverträge mit dem Vermieter (z. B. Wohnungsbaugesellschaft WBG) bereits geschlossen. Zusätzlich können Pflege- und Betreuungsverträge mit Pflegediensten geschlossen werden.	Mietkosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Zusätzliche Pflegekosten können von der Pflegekasse finanziert werden	Hohes Maß an Gestaltungsfreiheit des eigenen Wohnumfeldes (oft partizipative Konzepte) sowie des eigenen Wohnalltags	Die angestammte Wohnsituation bleibt erhalten, zusätzlich verfügt man über ein soziales Netzwerk, das über das Wohnen hinausgeht. Es besteht die Möglichkeit, auf Angebote der nachbarschaftlichen Hilfe zurückzugreifen	Bisher geringes Angebot. Die Initiierung solcher Projekte erfordert Absprachen und Synergien zwischen Stadtverwaltung, WBG und Pflegediensten	Eignet sich für selbstständige Bewohner, die von der sozialen Unterstützung im Setting profitieren können und wollen

Wohn- und Versorgungsform	Rechtsform/Vertragslage	Finanzierung	Grad der Selbstbestimmung	Vorteile	Nachteile	Zielgruppe
Pflege im Ausland	**Gesetzeslage**: keine vorgeschriebene Rechtsform **Träger**: i. d. R. private Unternehmen **Verträge**: unterschiedlicher Art im Rahmen des allgemeinen Privatrechts	Sämtliche Wohn- und Pflegekosten sind zunächst vom Bewohner zu tragen	Unterschiedlich je nach dem spezifischen Angebot	Unter Umständen geringere Pflege- und Betreuungskosten als in Deutschland	Erfordert einen Umzug ins Ausland	Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine belastbare Datenlage, die eine Einschätzung solcher Pflegearrangements ermöglicht

Anhang E: Personalbedarf sächsischer Krankenhäuser

Tabelle 30: *Personalbedarf der sächsischen Krankenhäuser 2020, 2025 und 2030 (Status-quo-Ansatz) (Richter, 2018a)*

Personal	Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten						
	Basis-jahr 2015	Variante 1[1)]			Variante 2[1)]		
		2020	2025	2030	2020	2025	2030
Insgesamt							
nichtärztliches Personal	35.219	36.625	36.523	36.195	35.627	35.548	35.319
ärztliches Personal	7.929	8.246	8.223	8.149	8.021	8.003	7.952
Insgesamt	43.149	44871	44745	44344	43648	43551	43271
zusätzlicher Bedarf im Vergleich zu 2015							
nichtärztliches Personal	x	1.406	1.303	976	407	329	100
ärztliches Personal	x	317	293	220	92	74	22
Insgesamt	x	1.722	1.597	1.195	499	403	122
zusätzlicher Bedarf im Vergleich zu 2015 in Prozent							
nichtärztliches Personal	x	4	3,7	2,8	1,2	0,9	0,3
ärztliches Personal	x	4	3,7	2,8	1,2	0,9	0,3
Insgesamt	x	4	3,7	2,8	1,2	0,9	0,3

1) Berechnungen durchgeführt jeweils auf der Basis der Varianten 1 und 2 der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen

Anhang F: Teilzeitbeschäftigung

Tabelle 31: Teilzeitbeschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, nach Berufsabschluss, Sachsen, Ende 2015, eig. Darstellung (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017, S. 23–25)

Berufsabschluss	Beschäftigte	Davon Teilzeit	
	Anzahl	Anzahl	Prozent
Pflegeberufe	**34 617**	**23 293**	**67,3**
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger(innen)	15 962	9 968	62,4
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer(innen)	2 300	1 832	79,7
Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)	8 356	4 922	58,9
Krankenpflegehelfer(innen)	1 857	1 514	81,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	734	440	59,9
Heilerziehungspfleger(innen), Heilerzieher(innen)	480	369	76,9
Heilerziehungspflegehelfer(innen)	62	53	85,5
Familienpfleger(innen) mit staatlichem Abschluss	204	165	80,9
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer FHS oder Universität	217	70	32,3
Sonstiger pflegerischer Beruf	4 445	3 960	89,1
Nichtärztliche Heilberufe1)	1 601	1 183	73,9
Sozialer Bereich2)	271	192	70,8
Hauswirtschaft 3)	2 747	2 219	80,8
Sonstiges	18 387	14 975	81,4
Ohne Berufsabschluss	1 923	1 452	75,5
Auszubildende/ Umschüler(innen)	3 159	-	-
Zusammen	**62 705**	**43 314**	**69,1**

1) Heilpädagoge, Ergo-, Beschäftigungs-, Arbeits-, Physiotherapeut, Krankengymnast, sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe
2) sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss, Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss
3) Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen, sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss ohne Praktikanten, Helfer im Freiwiligen Sozialen Jahr, Bundesfreiwilligendienst

Anhang G:
Beratungsangebote im Überblick

Tabelle 32: Übersicht zu bundes- und landesweiten Beratungsangeboten, nach Zielgruppen (eigene Darstellung)

Zielgruppe	Beratungsangebot	Verantwortlicher	Reichweite
persönlich			
Pflegebedürftige (Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach SGB XI)	**Individuelle und kostenfreie Pflegeberatung (§7a SGB XI)** → Analyse des Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines individuellen Versorgungsplans durch einen persönlichen Pflegeberater vor Ort Beratungsorte: • Geschäftsstelle der Pflegekasse • Zu Hause • (Pflegestützpunkt – nicht in Sachsen)	Pflegekassen (GKV)	bundesweit
Pflegende Angehörige, weitere Helfer/ Pflegepersonen	**Anspruch auf kostenfreie Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)** eigener (freiwilliger) Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), insbesondere Fallbegleitung durch Informationen über Entlastungsangebote (u.a.u. a. Pflegekurse, Tagespflege)	Pflegekassen (GKV)	bundesweit
Pflegende Angehörige bzw. pflegebedürftige Versicherte mit Pflegegrad 2 bis 5, die ausschließlich Pflegegeld beziehen	**Beratende Begleitung und Hilfestellung (§ 37 Abs. 3 SGB XI)** Verpflichtender Beratungseinsatz für Angehörige, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen ohne professionelle Unterstützung zu Hause pflegen Beratungseinsatz bei Pflegegrad 2 und 3: 1x pro Halbjahr Beratungseinsatz bei Pflegegrad 4 und 5: 1x pro Vierteljahr	Pflegekassen (GKV)	bundesweit

Zielgruppe	Beratungsangebot	Verantwortlicher	Reichweite
Mitglieder einer privaten Pflegepflichtversicherung	**Pflegeberatung** Für privat Versicherte wird die Pflegeberatung durch das Unternehmen angeboten. Weitere Informationen erhalten Sie unter: COMPASS Private Pflegeberatung – www.compass-pflegeberatung.de Beratung erfolgt telefonisch oder optional als privater Besuch vor Ort	„COMPASS Private Pflegeberatung“ (PKV)	bundesweit
Pflegebedürftige, Angehörige, Rat- und Hilfesuchende	**„vernetzte Pflegeberatung“** Beratung bzw. Weitervermittlung an verschiedene Ansprechpartner aus dem regionalen Pflegenetzwerk (Ehrenamt, Pflegekassen, regionale Pflegedienstleister und weitere Hilfs- und Unterstützungsangebote vor Ort („Lotsenfunktion“))	Pflegekoordinator im jeweiligen Pflegenetzwerk	Sachsenweit In jedem Landkreis bzw. kreisfreien Stadt
Internetbasierte Informations- und Beratungsangebote, Datenbanken			
Pflegebedürftige, Angehörige und weitere Helfer	**Internetportal „Pflegenetz“ mit integrierter Pflegedatenbank** https://www.pflegenetz.sachsen.de/ Informationsportal mit Themenseiten rund um die gesetzlichen Möglichkeiten in der Pflege. Die landesweite Pflegedatenbank kann bei der Recherche nach den geeigneten Ansprechpartnern und regionalen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten genutzt werden.	SMS	sachsenweit
Studierende und Mitarbeitende der sächsischen Universitäten und Hochschulen, die einen Angehörigen pflegen sowie weitere Interessierte	**„digitaler Pflegewegweiser“** Informationen rund um das Thema Pflege, mit Pflege-Glossar	Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen	sachsenweit

Zielgruppe	Beratungsangebot	Verantwortlicher	Reichweite
Betroffene, Angehörige, Beratungsstellen und Einrichtungen	**Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland** http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de Adress- und Strukturdatenbank, die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung verwaltet und damit die Zielgruppe bei der zeitnahen Suche nach geeigneten Angeboten unterstützt	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	bundesweit
Pflegende Angehörige, weitere Helfer wie Freunde und Nachbarn, die Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld pflegen	**Psychologische Onlineberatung** Hilfeportal pflegen-und-leben.de persönliche Unterstützung und psychologische Begleitung bei seelischer Belastung aufgrund der Pflegesituation (kostenlos, anonym, datensicher)	gemeinnützige Gesellschaft Catania in Berlin	bundesweit
Angehörige, pflegebedürftige Versicherte	**Online-Angebote der Pflegekassen zur Suche einer passenden Pflegeeinrichtung, z. B.:** • **vdek-Pflegelotse** www.pflegelotse.de • **AOK-Pflegeheim-Navigator** https://www.pflege-navigator.de/ • **Knappschaft** www.der-pflegekompass.de/	jeweilige Pflegekasse	bundesweit
Angehörige von Menschen mit Demenz	E-Learning-Kurs https://elearning.wegweiser-demenz.de/ Information und Beratung zum Thema Demenz (Strategien, Tipps, Hilfsangebote, Finanzierung etc.)	Deutsche Alzheimer Gesellschaft mit Unterstützung des BMFSFJ	bundesweit
Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige	**Informationsportal „Wege zur Pflege“** www.wege-zur-pflege.de Informationen zu den Themen Pflege, Wohnen, Demenz und Familienpflegezeit	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	bundesweit

Zielgruppe	Beratungsangebot	Verantwortlicher	Reichweite
	Telefonische Beratungsangebote		
Pflegebedürftige, Angehörige, weitere Helfer und interessierte Bürger	**Telefonische Beratung bzw. Weitervermittlung zu niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten** Rufnummer 0371 - 91 89 84 619 • Landesprogramm der Alltagsbegleitung • anerkanntes Unterstützungsangebot der Nachbarschaftshilfe • weitere anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag	Koordinierungsstelle Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag (im Auftrag des SMS)	sachsenweit
Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige	**„Das Pflegetelefon“** 030 20179131 (montags bis donnerstags, 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr) Servicetelefon: Beratung zu den Angeboten vor Ort, direkter Ansprechpartner auch in kritischen oder belastenden Situationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	bundesweit
Angehörige, Betroffene, professionelle Helfer	**Alzheimer-Telefon** Fragen zum Thema Demenz, speziell zur Alzheimer-Krankheit Servicenummer 01803-17 10 17* bzw. Festnetznummer 030 - 2 59 37 95 14	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz	bundesweit
Pflegebedürftige, Angehörige, Interessierte	**Bürgertelefon zur Pflegeversicherung** 030/340 60 66-02 Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung	Bundesministerium für Gesundheit	bundesweit

Zielgruppe	Beratungsangebot	Verantwortlicher	Reichweite
Junge Pflegende (Kinder und Jugendliche)	**Nummer gegen Kummer** 116111 Anonymes und kostenloses Beratungs- und Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche, die sich um ein krankes bzw. hilfsbedürftiges Familienmitglied kümmern	Nummer gegen Kummer e.V.	bundesweit
Geriatrische Patienten	**Geriatrienetzwerke** In den Geriatrienetzwerken stehen die Netzwerkkoordinatoren als Ansprechpartner zur Verfügung, wenn es darum geht, älteren Menschen, die aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf haben, eine adäquate Versorgung zu vermitteln	Sächsische Kliniken der 4 Modellregionen	Regionen Görlitz, Leipzig, Chemnitz, Radeburg Chemnitz
Leistungsberechtigte nach dem SGB XII	**Soziale Hilfen/ Hilfe zur Pflege nach SGB XII, u. a.:** • Hilfe zur Pflege im Heim • Hilfe zur Pflege zu Hause Beratungsstellen informieren über Fragen der Sozialhilfe und angrenzende Gebiete	örtliche Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.	landesweit