



Pflegekongress 2008

**Gemeinsam initiativ
in Brandenburg**

05. und 06. November

Cottbus

Dokumentation

Impressum

Herausgeber:

QgP
Qualitätsgemeinschaft Pflege
der LIGA der Spitzenverbände
der Freien Wohlfahrtspflege im
Land Brandenburg

Tornowstraße 48
14473 Potsdam

Telefon
0331-28497-29

Internet
www.qgp-brandenburg.de

Mail
info@qgp-brandenburg.de

verantwortlich:

Andreas Kaczynski
Vorstandsvorsitzender der QgP

Zusammenstellung, Layout, DTP:

Wolfgang Siegmann
Kyffhäuserstraße 10
10781 Berlin

Telefon
030-2156934

Copyright © 2009 by QgP
Qualitätsgemeinschaft Pflege
März 2009

Inhaltsverzeichnis

Eröffnung des Pflegekongresses	Seite 5
Dagmar Ziegler Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie	
Eröffnung des Pflegekongresses	Seite 7
Andreas Kaczynski Vorstandsvorsitzender der Qualitätsgemeinschaft Pflege	
Die Pflegeinitiative Brandenburg «Später beginnt jetzt» - und wie geht's weiter?	Seite 10
Ministerin Dagmar Ziegler	
Innovationspreis Pflege - Preisverleihung	Seite 21
Die Preisträger	
10 Jahre QgP - Ein Grund zum Feiern (Ehrung langjähriger QgP-Mitarbeiter/innen)	Seite 23
Andreas Kaczynski	
Erste Erfahrungen mit Pflegestützpunkten aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums	Seite 25
Robert Schüßler Referatsleiter Pflegevertrags- und Vergütungsrecht und Pflegetypen, Bundesministerium für Gesundheit	
Wirkungen des demografischen Wandels: Soziale und pflegerische Anforderungen	Seite 31
Prof. Dr. Roland Schmidt Fachhochschule Erfurt	
Herausforderungen und Perspektiven für eine alternde Gesellschaft	Seite 34
Podiumsdiskussion	
Anhang:	
Kurzprotokolle der Workshops	Seite 57

Eröffnung des Pflegekongresses

Dagmar Ziegler,
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie
(im Wortlaut)

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Landtages,
sehr geehrter Herr Vorsitzender des Landespflegeausschusses,
sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Pflegeinitiative
Brandenburg,
sehr geehrte Mitglieder der Qualitätsgemeinschaft Pflege,
sehr geehrte Gäste,

ich freue mich - und wir haben lange auf diesen Tag hingearbeitet -,
dass wir uns heute hier treffen können.

Ich begrüße Sie ganz herzlich, und sozusagen als Überschrift wähle ich
einmal die Frage "Warum sind wir eigentlich heute hier?"

Es war mir als Ministerin ein wirklich inniges Bedürfnis, das Thema Pflege
nicht nur in die Mitte der Gesellschaft zu rücken, sondern auch in die
Köpfe und in die Herzen unserer Menschen im Land Brandenburg.

Ich bin froh, dass viele Träger, viele Teilnehmer an Projekten und viele
Menschen sich mit eingereicht haben, und dafür bin ich wirklich sehr
sehr dankbar.

Eine Idee zu gebären ist das eine. So viele an einem Strang ziehen zu
sehen, ist das andere. Das ist mit viel Arbeit, mit viel Engagement ver-
bunden, und ich bedanke mich gerade bei Ihnen heute sehr herzlich
dafür, dass Sie daran mitgewirkt haben.

Es galt, die Frage intensiv zu erörtern: Welche Anforderungen stellen
Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch professionelle Pflege-
kräfte im stationären und im ambulanten Bereich und die ehrenamtlich
Tätigen an die Pflege? Es war zu diskutieren, wie man untereinander
neue Potenziale erkennt und sie hebt. Und es galt, Politik und Praxis in
dem Ziel zu vereinen, für unsere pflegebedürftigen Menschen Anfor-
derungen für die Zukunft zu formulieren.

All das waren sehr ambitionierte Ziele, und anderthalb Jahre, die wir
rund hatten, sind eine kurze Zeit gewesen. Aber die Ergebnisse können
sich wirklich sehen lassen - darauf gehe ich später noch tiefer ein - und
wir können uns heute ja eine kleine Zahl von Projekten als Beispiele
neuer Ideen, neuer Wege hier ansehen, und sie werden heute darge-
stellt. Aber wir können eben nur einige hier im Foyer betrachten und
auch nur einige von der großen Zahl an engagierten Beiträgen können
heute prämiert werden. Es ist aber aus meiner Sicht ganz, ganz wichtig,
dass Pflege und die Diskussion um sie in Bewegung geraten ist - und
auch in eine Bewegung in unserem Land, im ganzen Land, nicht nur in
bestimmten Bereichen, in bestimmten Regionen -, sondern dieses The-
ma ist wirklich in den Regionen unseres Landes vollständig angekom-
men.

Ich danke allen, die sich daran beteiligt haben, ob als Projektteilnehmer,
ob als Organisatoren oder als medialer Begleiter, und wir beenden heu-
te das Thema natürlich nicht: Es ist der Abschluss einer öffentlichkeits-
wirksamen Kampagne, aber eben nicht der Abschluss unserer Arbeit.
Pflege stellt in den kommenden Jahren weiter große Herausforderun-
gen an Politik und Gesellschaft, und zwar an beide gleichermaßen.



Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, dass wir diese Veranstaltung zusammen mit der Qualitätsgemeinschaft Pflege im Land Brandenburg durchführen können.

Ich spreche hier mit Sicherheit auch im Namen der vielen Partner der Pflegeinitiative, wenn ich sage, einen ganz besonderen Dank verdient zunächst der Vorstand der Qualitätsgemeinschaft Pflege und sein Vorsitzender, der derzeit zugleich Vorsitzender der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ist, Andreas Kaczynski. Vielen Dank, dass Sie die Pflegeinitiative nicht nur heute mit unter das Dach der jährlich stattfindenden QgP-Tagung nehmen, sondern dass Sie auch perspektivisch für die nachhaltige Wirkung der Pflegeinitiative mitverantwortlich sein wollen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

der Pflegekongress ist aus zweifacher Sicht eine ganz besondere Veranstaltung. Erstens: die Partner der Pflegeinitiative wollen gemeinsam auch einmal in einem feierlichen Rahmen ein Resümee der Pflegeinitiative ziehen und darüber diskutieren, wie die erreichten Ergebnisse verstetigt werden können. Zweitens: heute und morgen begehen wir ein äußerst erfreuliches Jubiläum. Die QgP und die mit ihr verbundene Fachtagung werden zehn Jahre alt. Damit ist eine 10-jährige Erfolgsgeschichte verbunden, in deren Verlauf die QgP mittlerweile zu einer ganz festen Größe für pflegfachliche Themen avanciert ist. Die Tagung ist seit Jahren ein unverzichtbarer Bestandteil der Fortbildung einer Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Pflegeeinrichtungen des Landes Brandenburg, und diese Qualitätsgemeinschaft Pflege bewährt sich als ganz wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Es könnte also keinen besseren Partner für diese Abschlussveranstaltung der Pflegeinitiative geben.

Die Partner und Projekte der Pflegeinitiative haben Themen angestoßen, auf Probleme aufmerksam gemacht, Lösungsmöglichkeiten entwickelt, die wir heute und morgen in den Fokus stellen werden. Ich sagte es bereits: Nicht alles kann öffentlichkeitswirksam heute und morgen dargestellt werden. Aber wir wissen, im Land dreht sich etwas in diesem Thema, und es muss sich auch weiter drehen.

Ich wünsche, dass die zwei Tage mit uns einen guten Verlauf nehmen und dass wir nach zwei Tagen wieder in unsere Tätigkeitsfelder zurückkehren mit dem guten Bewusstsein, es kämpft nicht jeder an seiner Stelle mit hohem Engagement alleine, sondern er hat eine Vielzahl von Mitstreiterinnen und Mitstreitern im Rahmen der Pflegeinitiative und im Rahmen der Fachtagung gefunden, mit denen es auch weiterhin einen regen Austausch gibt, immer im Sinne unserer Pflegebedürftigen Menschen im Lande.

Vielen Dank!

Eröffnung des Pflegekongresses

Andreas Kaczynski,
Vorsitzender der LIGA der Spitzenverbände der Freien
Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg,
Vorstandsvorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsver-
bands, Landesverband Brandenburg,
Vorstandsvorsitzender der QgP (nach dem Redemanuskript)

Sehr verehrte Frau Ministerin Ziegler,
sehr geehrte Vertreter aus Politik und Verwaltung,
sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Kongresses,
sehr geehrte Gäste,

ich freue mich sehr, Sie alle in diesem Jahr hier in der für die Qualitäts-
gemeinschaft Pflege seit zehn Jahren vertrauten Umgebung begrüßen
zu dürfen. Die jährliche Fachtagung der QgP erfährt in diesem, ihrem
10. Jubiläumsjahr eine erfreuliche Erweiterung - der Name „Kongress“
weist schon auf den größeren Rahmen hin - durch die Teilnehmerinnen
und Teilnehmer der Pflegeinitiative Brandenburg und das initiierte
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie. Wir verstehen
das, sehr geehrte Frau Ministerin, auch als eine Anerkennung unserer
fachlichen Arbeit und unseres Einsatzes für mehr Qualität in der Beglei-
tung und Versorgung älterer Menschen in diesem Land. Und darüber
freuen wir uns natürlich.

Ich möchte mich bereits an dieser Stelle herzlich für die gute und kolle-
giale Vorbereitung dieses Kongresses bedanken, insbesondere bei Frau
Kunz, Frau Mey und Frau Mehlis vom Sozialministerium, Frau Donker-
sloot von Labor 3 sowie den Kolleginnen und Kollegen aus der QgP.

Wir blicken mit dieser Tagung, wie schon gesagt, auf 10 Jahre Qualitäts-
gemeinschaft zurück. Ein Zusammenschluss, eine Gemeinschaft von
aktuell 140 Einrichtungen und Diensten, die sich bewährt hat. Standen
1998 die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsrahmens nach EFQM
sowie die Ausbildung von Qualitätsbeauftragten im Vordergrund, so
waren es fünf Jahre später Fragen der Zertifizierung und die Förderung
und Entwicklung integrierter Versorgungsformen mit externen Partnern.

Für die Zertifizierung konnten wir mit der DQS einen versierten Partner
gewinnen, der in Zusammenarbeit mit QgP-eigenen Auditoren zu auch
wirtschaftlich akzeptablen Bedingungen die Zertifizierung von Einrich-
tungen und Diensten anbietet. Von der Möglichkeit, ein Zertifikat nach
DIN-ISO sowie das QgP-Siegel in Anlehnung an EFQM zu erlangen,
hat inzwischen gut ein Sechstel aller Mitglieder, genauer 24, Gebrauch
gemacht. Viele davon bereits zum zweiten Mal, denn wie bei allen Sie-
geln, muss auch unser Zertifikat regelmäßig erneuert werden.

Die bis heute aktuelle Herausforderung der Integration verschiedener
Hilfesysteme und -formen ist jedoch zumeist im Dickicht von Regelun-
gen und Bedenken stecken geblieben. Trotz mehrfacher Ansätze ist es
der QgP lediglich in zwei Landkreisen gelungen, erste Schritte in Rich-
tung einer stärkeren Vernetzung zu gehen: In Teltow-Fläming sowie in
Oder-Spree wurden zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und
Pflegeanbietern ein gemeinsames „Pflegeleitungsmanagement“ und
regelmäßige Konsultationen vereinbart. Weitere Bausteine für eine ab-
gestimmte Versorgung werden in gemeinsamen Fachveranstaltungen
entwickelt. Es wäre zu wünschen, wenn diese Beispiele mehr Schule
machen würden!



Dreh- und Angelpunkt der Qualitätsarbeit ist jedoch das Handbuch der QgP. Mit der Fertigstellung des Qualitätsmanagement-Handbuches 2008 fand ein Arbeitsprozess von fast drei Jahren seinen Abschluss. Bereits 2005 hatte die Mitgliederversammlung der QgP die grundlegende Überarbeitung des Handbuches beschlossen. Das Werk ist mit seinen 881 Seiten unser „gewichtiger“ Beitrag zur Qualitätssicherung, den es umzusetzen gilt. Die neue Gliederungsstruktur wird - nach einer gewissen Einarbeitungszeit - die Arbeit an den einrichtungseigenen Qualitäts-handbüchern erleichtern und reduzieren. Und das auch, weil im Zusammenspiel mit der elektronischen Handbuchversion auf CD jetzt jeder einzelne Text direkt der Bearbeitung und Anpassung vor Ort zugänglich ist.

Das aktuelle „Rüstzeug“ kann sich also sehen lassen, aber sind wir gerüstet für die Herausforderungen der Zukunft?

Die Zukunft ist geprägt von einer demografischen Entwicklung, die die Betreuung und Pflege älterer und alter Menschen zu einer „Schlüsselqualifikation“ unserer Gesellschaft macht. Ob und wie wir mit unseren alt gewordenen, agilen oder hilfebedürftigen, neugierig-wissbegierig oder dementen Mitbürgern umgehen, sagt viel über unseren „inneren“ Zustand. Mit der jüngsten Pflegereform sind erste, notwendige und richtige Schritte für eine tragfähige Versorgung gegangen worden. Sie reichen über die nächsten Jahre, sie reichen aber nicht aus, um dem Wandel in den familiären Strukturen (Stichwort „häusliche Pflege“) und den Bedingungen einer immer älter werdenden Gesellschaft (Stichwort „Pflegebedürftigkeitsbegriff“) gerecht zu werden. Nicht zuletzt auf Grund der notwendigen, weiteren Dynamisierung der Leistungen werden wir deutlich mehr Geld in die Hand nehmen müssen, um ein menschenwürdiges Altern und menschenwürdigere Pflegebedingungen zu garantieren.

Auch die Sanierung der Kassen auf Kosten Pflegebedürftiger und vor allem auf dem Rücken der Pflegenden muss ein Ende haben! Wer öffentlich ständig das Wort „Qualität“ und „Verbraucherschutz“ im Munde führt, der muss hinter den Kulissen auch für die Möglichkeit einer angemessenen Entlohnung sorgen. Es darf keine weiteren „Nullrunden“ oder Abschlüsse weit unter der Inflationsrate geben, wollen wir den Pflegeberuf nicht endgültig kaputtsparen! Der kommende Pflegenotstand ist in einigen Regionen bereits heute zum Greifen nahe!

Neben der restriktiven Ausgabenpolitik der Kassen ist die behördliche Überreglementierung vielleicht das größte Hindernis bei der Entwicklung neuer Wohn- und Versorgungsformen. Manchen Formen, wie den betreuten Wohngemeinschaften für dementiell Erkrankte, droht schon wieder das Aus, wenn etwa das Bauministerium die Einhaltung des Brandschutzes für stationäre Plätze fordert. Aber auch das Sozialministerium scheint die Courage während der Beratungen eines neuen Heimgesetzes verlassen zu haben. Der anfänglich offene Diskurs zwischen allen Beteiligten scheint letztlich doch in einem alle Lebensbereiche abdeckenden ordnungsrechtlichen Regelwerk zu münden. Von Mündigkeit also keine Spur: Aus Angst vor Missbrauch wird auf allgemeine Meldepflicht und umfangreiche Prüfungen statt auf Stärkung der Selbstbestimmung des Einzelnen und die Verantwortung der Gemeinschaft gesetzt. Hier vertut Brandenburg die Chance, mit einem modernen Heimgesetz Maßstäbe zu setzen. Aber vielleicht springt das Ministerium zu unser aller Erstaunen ja doch noch über seinen Schatten?! Denn wozu es uns allen geht und gehen muss ist letztlich der Schutz des Verbrauchers - vielleicht auch vor zu viel Regelung und Bürokratie?!

Und damit sind wir beim „Verbraucherschutz“, ein Wort, das (zu Recht) Konjunktur hat. Die Menschen erwarten heute, dass die Qualität von

Waren und Dienstleistungen stimmt und dass dies erkennbar und nachprüfbar ist. Transparenz, wie wir sie heute von jedem Metzger in Bezug auf die Herkunft seiner Ware erwarten, ist auch für Anbieter sozialer Leistungen ein Gebot der Stunde. Zertifizierungen oder die Veröffentlichung von Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes sind dabei mögliche Bausteine für mehr Verbraucherschutz, allerdings nicht die einzigen. Die „Lebensqualität“ einer Einrichtung oder eines ambulanten Angebotes erschöpft sich eben nicht in Struktur- und Prozessqualität, sondern ist in vieler Hinsicht abhängig von der Einstellung und Zuwendung der Pflegenden und Betreuenden. Und ohne allgemein verständliche und allgemein gültige Kriterien sagen öffentliche Berichte ohnehin weniger aus als die berühmte „Mund-zu-Mund-Propaganda“. Nichts kann den persönlichen Besuch in einer Einrichtung ersetzen - auch kein „Pflege-Navigator“. Es sei denn, man/frau sucht einfach nur den billigsten Anbieter.

Damit spreche ich gerade nicht gegen Qualitätssicherung und Begutachtungsverfahren. Sie sind unabdingbare Voraussetzungen für eine kontinuierlich hochwertige Leistungserbringung. Ich warne nur vor dem Glauben daran, dass alles verregel- und vermessbar ist.

Ich komme zum Schluss:

Die QgP hat in zehn Jahren einen bemerkenswerten Weg zurück gelegt und einen wichtigen Anteil an der Verbesserung der Pflegesituation in diesem Land. Auch nach all diesen Jahren werden wir nicht müde, die Qualität unserer Arbeit immer neu auf den Prüfstand zu stellen, wobei es zukünftig noch mehr darauf ankommen wird, diese Qualität erlebbar, fühlbar und nachprüfbar für Angehörige und/oder zukünftige Bewohner zu machen. Notwendige Bedingung für dieses Bemühen bleibt u. a. eine angemessene und auskömmliche Finanzierung von Pflege und eine Aufwertung des Pflegeberufes, damit wir auch zukünftig engagierte und versierte Menschen für diese schwere Aufgabe finden!

Dem Ministerium sagen wir zu, dass wir die Impulse der Pflegeinitiative in der QgP und ihren Mitgliedern aufgreifen und weiter verfolgt werden. Von allen Beteiligten - Kassen, Ministerium und Sozialhilfeträgern - erwarten wir die notwendige Unterstützung, damit zukunftsweisende Ansätze nicht nur erprobt, sondern auch verstetigt werden können.

Für jetzt wünsche ich uns allen einen offenen Diskurs in diesem „offenen Ambiente“ (open space) - das Wunder der Umgestaltung dieses Raums beeindruckt eins um das andere Mal - spannende und anregende Beratungen!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Die Pflegeinitiative Brandenburg <<Später beginnt jetzt>> - und wie geht es weiter?

Dagmar Ziegler,
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
(im Wortlaut)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich mich auch im Namen aller Partner der Pflegeinitiative ausdrücklich bei Katharina Riedel, der Regisseurin des Kurzfilmes „Menschen(s)kinder“ und ihrem Team bedanken. Ich glaube, ich spreche im Namen aller: Der Film hat uns Fragen vor Augen geführt, die Ausgangspunkt unserer Pflegeinitiative Brandenburg ja auch waren und die wir uns auch nach ihrem Abschluss weiter stellen müssen: Denn wie wollen wir leben, wenn wir alt und möglicherweise hilfsbedürftig, pflegebedürftig sind? Wollen wir solange es irgend geht aktiv sein oder wollen wir uns freiwillig zurückziehen? Was erwarten wir von unserer Familie, von unseren Freunden und auch von der Gesellschaft an Fürsorge? UND ganz wichtig: Wie viel Fürsorge sind wir selbst bereit, anderen angedeihen zu lassen?

So individuell die Antworten auf diese Frage auch ausfallen mögen, auf einen gemeinsamen Nenner können wir uns sicherlich einigen: Lebensqualität will man auch dann nicht einbüßen, wenn sich dauerhafte körperliche oder auch geistige Beeinträchtigungen einstellen. Der Film hat mit eindrücklichen Bildern gezeigt, dass Selbstbestimmtheit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und eine gute Pflege und Betreuung Hand in Hand gehen müssen und dies auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich ist. Der Film hat einen wichtigen Grundsatz kurz und prägnant formuliert, den wir alle kennen: So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich.

Ich möchte zunächst rückblickend etwas zu den Beweggründen sagen, weshalb wir im Dezember 2006 zu einer Pflegeinitiative für das Land unter dem Motto <<Später beginnt jetzt >> aufgerufen haben. Dabei waren drei Motive ganz maßgeblich:

Erstens: Die Pflege und Betreuung insbesondere von alten Menschen muss viel stärker im gesellschaftlichen Bewusstsein präsent sein. Wenn wir für pflegebedürftige Menschen eine angemessene Lebensqualität wollen, kann dies nicht allein durch die Leistungen der Pflegeversicherung, pflegender Angehöriger und professionell Pflegenden erreicht werden. Das reicht nicht. Wir haben es im Film auch gesehen. Gute Pflege ist eine der Voraussetzungen für die Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen, sie ist jedoch nicht damit identisch. Ich wiederhole, was ich auf dem Altenpflege tag 2007 gesagt habe: Pflege und Betreuung gehören in die Mitte der Gesellschaft, sie gehören auf viele Schultern verteilt und werden damit auch transparent! Diese Erkenntnis darf sich nicht erst „später“ sondern muss sich eben „jetzt“ durchsetzen. Und ich möchte betonen, dass wir dieses Ziel erreichen wollen, völlig unabhängig davon, ob es künftig mehr pflegebedürftige Menschen geben wird oder nicht.

Zweitens wollten wir ein realistisches Bild von der Pflege, von Pflegeeinrichtungen und den Leistungen der Pflegenden in die Öffentlichkeit

tragen. Die pflegerische Versorgung in Brandenburg ist überwiegend gut, zu einem Teil sogar sehr gut. Das bestätigt auch der im September veröffentlichte Bericht der Heimaufsicht. Das entspricht auch meinem ganz persönlichen Eindruck, den ich in vielen, vielen Einrichtungen mir erarbeiten konnte und gesammelt habe. Natürlich wissen wir auch: Es gibt Mängel und Defizite - aber sie sind eben nicht die Regel, wie es oft in der Öffentlichkeit suggeriert wird. Und da muss man allen Pflege-skeptikern und auch manchen Medienvertretern sagen: die ganze Wirklichkeit der Pflege ist nicht in der Zeitung zu lesen, aber vielleicht im Pflegeheim nebenan zu besichtigen.

Drittens: Die mit dem demografischen Wandel verbundene fortschreitende Alterung der brandenburgischen Bevölkerung ist natürlich eine große Herausforderung für die künftige Gestaltung des Systems Pflege. Nach einer neuen Bevölkerungsprognose des Amtes für Statistik wird die Zahl der über 80-jährigen Menschen, also die Gruppe mit dem höchsten Risiko pflegebedürftig zu werden, von rund 99.000 (2006) auf rund 208.000 Personen in 2030 ansteigen - also sich mehr als verdoppeln. Und deshalb stellen sich natürlich auf Landes- und kommunaler Ebene weiterführende Fragen. Zum Beispiel:

- Wie entwickeln sich die Ansprüche der alten Menschen an Pflege und Betreuung? Auch das haben wir im Film gesehen: Sehr, sehr unterschiedlich.
- Stehen künftig noch genügend Angehörige und professionelle Kräfte zur Verfügung? Oder:
- Welche Angebotsstrukturen brauchen wir, damit auch künftig der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit betreut werden kann?

Diese Überlegungen haben in Brandenburg natürlich nicht erst mit der Pflegeinitiative eingesetzt. Die Richtung der demografischen Entwicklung ist schon seit langem bekannt. Aber es war Anliegen dieser Pflegeinitiative, für die notwendige Weiterentwicklung der Pflege einen kräftigen Impuls zu setzen. Und deshalb haben wir ja alle Akteure in der Pflege aufgerufen, ihre Ideen, ihre eigenen Projekte einzubringen, um sie auch öffentlich zu machen, sie einer breiten Öffentlichkeit darzustellen und damit den notwendigen Entwicklungsprozess zu verstärken. Mit rund insgesamt 114 Projekten, die eingereicht worden sind und sich beteiligt haben, haben wir auch den Beweis angetreten, was in unserem Lande alles schon läuft.

Es standen drei Themenschwerpunkte der Pflegeinitiative Brandenburg im Mittelpunkt. Und zwar:

Zum einen: Die Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung für Pflege und Betreuung

Zum anderen: Die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege

Und zum dritten: Die Sicherung der Qualität.

Das Thema „**Die Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung für Pflege und Betreuung**“ war und bleibt unser Hauptziel, d. h. die Bevölkerung insgesamt und die Verantwortungsträger in den Kommunen für die Situation von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen in ihrem ganz konkreten sozialen Umfeld zu sensibilisieren und auch zu aktivieren. Und das muss einhergehen mit der Erkenntnis - auch auf der Seite der professionellen Pflege -, dass das „System Pflege“ manigfache Wechselwirkungen mit anderen Systemen wie Familie, wie Arbeitswelt, Gemeinwesen und Soziokultur besitzt. Deshalb haben wir

Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung für Pflege und Betreuung

mit der Pflegeinitiative auch begonnen, eine systemübergreifende Sichtweise zu befördern.

Ein gutes Beispiel, was ich hier nennen will, sind die „Lokalen Bündnisse für Familien“, die das Thema Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie eben nicht nur auf die Kinderbetreuung reduzieren. Die Partner der Lokalen Bündnisse haben nämlich erkannt, dass eine steigende Anzahl von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern den Spagat zwischen Beruf und den Pflegeaufgaben für ältere Familienmitglieder leben und damit oft auch überfordert sind. So ist z. B. das Lokale Bündnis für Familie in Guben Kooperationspartner der ehrenamtlichen „Pflegebegleiter“, die pflegende Angehörige auf vielfältige Weise unterstützen. Ebenso öffnen sich zunehmend Freiwilligenagenturen für diese Pflegeethematik. So wurden mehrfach ambulante Besuchsdienste entwickelt, Pflegepatenschaften initiiert und Kooperationen zwischen Freiwilligenagenturen und Pflegeheimen abgeschlossen. Ein anderes sehr gutes Beispiel ist die Migrationsberatungsstelle der Caritas in Eisenhüttenstadt, deren Team sich entschlossen hat, für die meist russischsprachigen Zuwanderer ein niedrighwelliges Angebot für Demenzerkrankte und ihre Familien aufzubauen. All diese Beispiele tragen dazu bei, die Unterstützung der Pflege auch auf eine breitere Basis zu stellen.

Gesellschaftliche Verantwortung tragen aber auch die Arbeitgeber. Wie die Studie zur Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, die derzeit im Auftrag meines Hauses erstellt wird, ergibt, wird die Chance für einen über 80-Jährigen, von seinen Angehörigen in seiner häuslichen Umgebung versorgt zu werden, in 10 bis 15 Jahren nicht einmal mehr halb so groß sein wie heute. Und da wir gleichzeitig in einigen Wirtschaftsbereichen mit einem deutlich zunehmenden Fachkräftebedarf rechnen, müssen wir über das Verhältnis von Erwerbstätigkeit und Pflegeverrichtung neu nachdenken. Viele Beschäftigte, bleiben trotz Pflegetätigkeit erwerbstätig, weil sie auf die Einkünfte angewiesen sind, aber auch weil sie fürchten, den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben nicht mehr zu schaffen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit das Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird. Wir sind auf diese Ergebnisse auch sehr gespannt.

Es hat sich gezeigt, dass das Thema „Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung für Pflege und Betreuung“ auf fruchtbaren Boden gefallen ist. Der intensiven Projektarbeit der 63 Projekte ist dies zu verdanken und beweist, dass in der Pflegefachwelt und darüber hinaus auch wirklich ein Bewusstseinswandel stattfindet hin zu einem übergreifenden Verständnis von Pflege. Das thematische Repertoire der Projekte neben den eben schon erwähnten Ansätzen ist erheblich. Ich will aber trotzdem einige herausragende nennen:

- Ausbau niedrighwelliger Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen vor allem im ländlichen Raum,
- Etablierung von Patenschaften für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen,
- ehrenamtliche Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen,
- Öffentlichkeitsarbeit für die Pflege auf kommunalen Pflegetagen und Fachforen
- Kooperationen von Pflegeeinrichtungen mit KITAs, Schulen und Jugendclubs
- Aufklärung über das Krankheitsbild Demenz im Wohnumfeld. So wurden z.B. Supermarktmitarbeiter, Polizeibeamte und Ortsbürgermeister geschult.

Das sind alles sozusagen keine Ziele und Wunschvorstellungen gewesen, die ich genannt habe, sondern es ist gelbte Praxis, die ich hier genannt habe.

Für diese Fokussierung der Pflegeinitiative auf die Verbreiterung der zivilgesellschaftlichen Ressourcen für die Pflege haben wir auch gewissermaßen „Schützenhilfe“ erhalten durch die in diesem Jahr in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetzlichkeit. Ich denke dabei auch an die Einführung der Pflegestufe 0 insbesondere für demenzkranke Menschen ohne Pflegestufe, die deutliche Erhöhung der Leistungen nach § 45 b von bisher 460 • auf immerhin 1.200-2.400 • im Jahr und die Verdopplung der Fördermittel für den Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und anderen ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Initiativen zur Unterstützung der häuslichen Pflege. Natürlich sind wir dort nicht angekommen, wohin wir wollen, aber es ist schon wenigstens ein weiterer Schritt in die richtige Richtung getan. Wir sind dabei, unsere diesbezüglichen Rahmenregelungen auch zügig anzupassen. Von Brandenburg in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Anträge - kann man mit Fug und Recht sagen - haben auch Resonanz und Niederschlag gefunden, und das ist auch der gemeinsamen Arbeit im Land zu verdanken.

Eine große Herausforderung in Brandenburg stellt für mich die Versorgung der strukturschwachen Gebiete dar. Das Projekt der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg und der Pflegekassen zum „Aufbau von Entlastungs- und Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige im ländlichen Raum“ hat hier wirklich Pionierarbeit geleistet. Es wurden in ländlichen Regionen, die mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten unterversorgt sind, Informationsveranstaltungen durchgeführt und Gemeindevertreter zum Krankheitsbild und der Verbreitung von Demenzerkrankungen beraten. Die Leistungen der Pflegeversicherung und die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind häufig noch zu wenig bekannt und die Bereitschaft, sie in Anspruch zu nehmen - aus den verschiedensten Gründen ist sie relativ gering ausgeprägt, und hier müssen wir alle gemeinsam nacharbeiten. Hierfür könnten z. B. die Beratungseinsätze der ambulanten Pflegedienste besser genutzt werden. Aber in jedem Fall ist es sehr erfreulich, dass sich in allen Landesteilen weitere freiwillig engagierte Menschen für die Betreuungsgruppen und Helferinnenkreise gefunden haben.

Zivilgesellschaftliches Engagement für die Pflege zu gewinnen ist aber auch eine Aufgabe für stationäre Einrichtungen. Einige Einrichtungen sind dabei schon sehr, sehr erfolgreich, andere - das muss man auch sagen- sind dabei noch zögerlich. Die Pflegeinitiative hat Beispiele sichtbar gemacht, wie Altenpflegeeinrichtungen und Gemeinwesen aktiv zusammenwirken können. Zum Beispiel durch die Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen, mit der Kommune und mit engagierten Bürgerinnen und Bürgern, die Zeit und Talente mitbringen. Der Vorstand von LAFIM hat sich das ehrgeizige Ziel gestellt, für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner einen freiwilligen Pflegepaten zu gewinnen und hat hierfür ein wirklich ambitioniertes Konzept entwickelt, das u. a. eine feste hauptamtliche Ansprechperson in den Einrichtungen für eben diese Gewinnung, für die Schulung und die Begleitung von Freiwilligen und Mitarbeitern vorsieht. Und wir erhoffen uns alle davon, dass dieses Modell auch tatsächlich Nachahmung findet, da sich die Einrichtungen damit zum Wohle der BewohnerInnen und Bewohner und auch der MitarbeiterInnen und Mitarbeiter öffnen und die Lebensqualität der Beteiligten verbessern und natürlich auch Transparenz ermöglichen.

Aus-, Fort und Weiterbildung in
der Pflege

Mehr gesellschaftliche Verantwortungsübernahme für Pflege und Betreuung schaffen - die Pflegeinitiative hat hier viele Möglichkeiten sichtbar gemacht und Projekte unterstützt. Und ich bin mir damit ganz sicher, dass wir damit auf dem richtigen Weg sind.

Das Thema **Aus-, Fort- und Weiterbildung** in der Pflege hat uns in der Pflegeinitiative ebenfalls kontinuierlich beschäftigt. Der Dienstleistungssektor Pflege hat bereits jetzt einen sehr hohen Stellenwert in der brandenburgischen Wirtschaft. Oft unterschätzt, nicht beachtet, aber es ist deutlich hervorzuheben, dass es so ist. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird seine Bedeutung aber noch zunehmen. Eine wachsende Zahl von Personen benötigt aufgrund von Multimorbidität und insbesondere demenziellen Erkrankungen Langzeitpflege und erfordert eine höhere Qualifikation von Pflegenden. Die Nachfrage nach gut ausgebildeten Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften wird weiter ansteigen. Da bin ich mir sicher. Bereits jetzt haben Pflegeeinrichtungen in einzelnen Regionen Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen. Ansteigen werden aber auch die Anforderungen an die Pflegeausbildungen, die auf neue Entwicklungen und Änderungen der Aufgabenverteilung reagieren müssen. Wir können in unserem Land auf einem guten Stand der Aus-, Weiter- und Fortbildung aufbauen. Gleichwohl müssen sie noch stärker als bisher als unmittelbares Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung eingesetzt werden. Es muss also wirklich in Aus-, Weiter- und Fortbildung investiert werden!

Pflegeausbildungen müssen nicht nur aktuellen fachlichen Ansprüchen genügen, sondern eben auch zugleich praxisorientiert und auch attraktiv sein. Das setzt voraus, Inhalte, Strukturen und Organisationsformen immer wieder auf den Prüfstand zu stellen und weiter zu entwickeln. Und dies setzt auch voraus, dass Altenpflegesschulen und Pflegeeinrichtungen sich dieser Aufgabe gleichermaßen verpflichtet sehen, beide Ausbildungsorte eng zusammenarbeiten und damit Theorie und Praxis eng miteinander verzahnen.

Seit dem Jahr 2003 - das wissen Sie sicherlich alle - werden in Brandenburg Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach neuem Recht ausgebildet. Im Rahmen der Pflegeinitiative wurde ein landesspezifischer Rahmenplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung in der Altenpflege erarbeitet. Was mir dabei wirklich ganz besonders wichtig ist - diesen Rahmenplan haben Lehrkräfte von ausgewählten Altenpflegesschulen gemeinsam mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen erarbeitet, mit denen sie bei der Ausbildung kooperieren. Denn das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass gute und landesweit verbindliche Grundlagen geschaffen werden konnten für die Verzahnung von Theorie und Praxis einerseits und eine einheitliche fachliche Qualitätsstandard-Schaffung für den theoretischen und praktischen Unterricht an den Altenpflegesschulen sowie in der praktischen Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen. Im Übrigen wird auch in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege seit dem 1. Oktober 2008 nach einem neuen einheitlichen Rahmenlehrplan für die Theorie und die Praxis ausgebildet.

Die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter nehmen als „Lehrer in der praktischen Ausbildung“ eigentlich die Schlüsselrolle für die gesamte Ausbildung ein. Die derzeitigen Empfehlungen des Landes für die Fortbildung von Praxisanleiterinnen und -anleitern genügen inzwischen nicht mehr voll auf den Anforderungen an die praktische Ausbildung. Wir werden deshalb das Niveau dieser Fortbildung fachlich anpassen und auch für verbindlich erklären.

Wir haben uns entschieden, neben der dreijährigen Ausbildung in der Altenpflege eine einjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe zu etablieren und damit die fachliche Basis der Altenpflege zu stärken. Neben den bereits in den Einrichtungen tätigen Hilfskräften sollen auch lebenserfahrene und persönlich geeignete Personen über die Umschulung Zugang zu dieser Ausbildung haben. Der Entwurf des Altenpflegehilfegesetzes wurde den Verbänden der Altenhilfe bereits zur Stellungnahme zugeleitet. Die Landesregierung möchte dieses Gesetz noch in diesem Jahr in den Landtag einbringen, damit die neue Ausbildung möglichst schon im Jahr 2009 angeboten werden kann. Was ganz wichtig ist: Die einjährig ausgebildeten Altenpflegehelferinnen und -helfer können sich unter voller Anrechnung dieser Ausbildung in einer zweijährigen Ausbildung zur AltenpflegerIn qualifizieren. Diese Durchlässigkeit ist uns sehr, sehr wichtig gewesen. Dadurch stehen nämlich den Einrichtungen in den kommenden Jahren ausgebildete Pflegehilfskräfte und Pflegefachkräfte zur Verfügung, die wegen des Geburtenknicks nicht mehr in ausreichendem Maße über die klassische Erstausbildung bereit gestellt werden können. Und deshalb kann ich nur dafür werben, dass Sie gemeinsam mit uns die Chance nutzen, einem Mangel an Fachkräften durch diese Vorgehensweise vorzubeugen.

Eine Herausforderung für die Pflege und insofern ein wichtiges Thema der Pflegeinitiative ist die wachsende Zahl der demenzkranken Menschen. Wir haben schon im Jahr 2004 mit der Verordnung zur Weiterbildung von Fachkräften für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege die Notwendigkeit gesehen, dass es in den Pflegeeinrichtungen spezialisierter Fachkräfte als Multiplikatoren bedarf. Mittlerweile verfügt fast jede stationäre Einrichtung in Brandenburg über eine solche Fachkraft. Allerdings nutzen noch zu wenige deren fachliches Potenzial für eine an den Lebenswelten von demenzkranken Menschen orientierte Alltagsgestaltung. Um hier einen Schritt weiter zu kommen, hat das MASGF im April diesen Jahres Führungskräften aus Pflegeeinrichtungen Gelegenheit zu Information und Austausch über die Einsatzmöglichkeiten dieser gerontopsychiatrischen Fachkräfte angeboten. Nun liegt es an den Einrichtungen selbst, Konzepte und auch Funktionspläne zu erarbeiten, in denen sich das Wissen und Können - das nicht hoch genug geschätzt werden kann - dieser Fachkräfte wiederfindet und zum Nutzen der demenzkranken Menschen und auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden kann. Ich appelliere auch hier an Sie, diese Chance zu nutzen.

Meine Damen und Herren,

eine gute Aus-, Fort und Weiterbildung ist von grundlegender Bedeutung. Völlig klar! Von vielleicht noch größerer Bedeutung ist, wie in der Pflege Beschäftigte pflegebedürftige Menschen sehen und welche Haltung sie ihnen gegenüber entwickeln. Als Menschen, die „versorgt“ werden müssen? Oder als Menschen mit ganz individuellen Vorlieben, mit Wünschen und Ansprüchen an ihr Alltagsleben, das ja eben nicht ausschließlich von der Pflege bestimmt ist und auch nicht bestimmt werden sollte. Was passiert mit gut ausgebildeten jungen Fachkräften, die in ihrem Arbeitsalltag das Gelernte aber nicht immer umsetzen können? Denen es um eine gute Lebensqualität ihrer anvertrauten Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung geht, die aber erleben, dass im Pflegealltag manchmal die Interessen der Institution „Heim“ höher stehen als das Interesse der Bewohner an einem möglichst selbstbestimmten Leben? Wie lange werden sie im Beruf bleiben? Ein großes Problem, was wir zu bewältigen haben! Dies ist wirklich für die Zukunft eine entscheidende Frage. Nach der aktuellen Demografie-Prognose für das Land

Sicherung der Qualität in
Betreuung und Pflege

Brandenburg wird sich die Zahl der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden pflegebedürftigen Personen über 80 Jahre bis 2020 knapp verdoppeln, d. h. es werden rund 13.000 Personen mehr sein als im Jahr 2006. Eine Herausforderung an die Sicherung des Fachkräftebedarfs ebenso wie an die des Hilfskräftebedarfs! Wir tun also gut daran, schon jetzt Konzepte zu entwickeln, Beschäftigte möglichst lange im Beruf zu halten und die Arbeit in der Pflege attraktiver zu machen. Das Ziel der Pflegeinitiative, das Ansehen der Pflegeberufe zu heben, müssen wir wirklich weiterführen, und hier sind auch die Pflegeeinrichtungen selbst gefragt und wir von der politischen Seite werden das dauerhaft positiv begleiten.

Das Thema „**Sicherung der Qualität in Betreuung und Pflege**“ war das dritte Thema, mit dem wir uns intensiv beschäftigt haben. Wir haben vornehmlich die professionell Pflegenden in den ambulanten und stationären Einrichtungen angesprochen und die 46 Projekte in diesem Schwerpunkt haben gezeigt, dass bei Leistungsträgern und Einrichtungen in der Pflege Qualitätsbewusstsein und viel kreatives Potential vorhanden sind.

Insbesondere den Ansatz - die Normalität des Alltags in die Pflege zu holen - finden wir bei unseren Pflegeinitiative-Projekten wieder. Und das ist gut so. Dabei bildet die Betreuung von dementiell veränderten Menschen einen thematischen Schwerpunkt, wie nicht anders zu erwarten war. Die Wirklichkeit von aktuell ca. 31.000 an Demenz erkrankten Menschen in Brandenburg zwingt uns dazu. Die Betreuung Demenzkranker in Pflegeeinrichtungen gehört mittlerweile zur Regelversorgung, und so stehen der Erfahrungsaustausch und die Netzwerkarbeit im Mittelpunkt der Projektarbeit und müssen unbedingt auch weitergeführt werden.

Aber auch für pflegende Angehörige stellt sich die Frage: Wie viel Normalität ist für mich noch möglich? Der Zugang von Pflegefachkräften in die Häuslichkeit ist sehr beschränkt und eine Gewährleistung für eine gute Pflege gibt es nicht. Ein Leben in den eigenen vier Wänden, das ist der Wunsch vieler Pflegebedürftiger und auch der Wunsch vieler Angehöriger. Aber was passiert, wenn die Pflege zur Bürde wird? Konflikte und Gewalt in der Pflege sind dabei leider keine Seltenheit, die Dunkelziffer strafrechtlich relevanter Delikte wird vom Landespräventionsrat jedenfalls als sehr hoch eingeschätzt. Deshalb haben wir den Projektvorschlag des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte aufgenommen, eine zentrale Beratungsstelle für Konflikte und Gewalt in der Pflege einzurichten und in Brandenburg eine Plattform für dieses gesellschaftliche - leider - Tabuthema aufzubauen. Am 01. Juli diesen Jahres wurde die Beratungs- und Beschwerdestelle kurz: „Pflege in Not - Brandenburg“ als gemeinsames Projekt der AOK und des Diakonischen Werks Potsdam mit Unterstützung meines Hauses eröffnet. Pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige, professionell Pflegenden, aber auch Freunde, Nachbarn oder aufmerksame Bürgerinnen und Bürger können sich bei Konflikten, bei Gewissensbissen, bei Schuldgefühlen oder Ähnlichem telefonisch an den Notruf wenden. Weitergehende Beratung und Konfliktmoderation bietet die Beratungsstelle des Diakonischen Werks Potsdam an. Überlastungen und Konflikte in der Pflege erleben auch professionelle Pflegekräfte. Und deshalb ist auch an sie und ihre Einrichtungen dieses Angebot gerichtet. Dafür stehen dann Instrumente wie Schulungen und Mediationen zur Verfügung. Wir erhoffen uns, dass mit dem Notruf und der Beratungsstelle Gewalt in der Pflege ein Stück weit auch dieses Thema aus dieser gesellschaftlichen Grauzone hervor geholt werden kann und es auch in die Normalität des tatsäch-

lich Existierenden gerückt wird. Natürlich kann es nie ausgeschlossen werden, dass Überforderung in Gewaltanwendung mündet. Deshalb soll und muss über das Thema „Gewalt in der Pflege“ offen gesprochen werden und die Inanspruchnahme von Hilfe zu einer Selbstverständlichkeit werden.

In der Pflegeinitiative, meine sehr verehrten Damen und Herren, haben viele Projekte auch Schwerpunkt übergreifend gearbeitet. Mehrere Netzwerke und Verbünde u.a. in den Landkreisen Teltow-Fläming, Oder-Spree, Spree-Neiße und Oberhavel engagieren sich in der Pflegeinitiative für eine verbesserte aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit zwischen lokalen Partnern in der Pflege. So zeigt es sich, dass der Schulterschluss, den die Partner auf Landesebene mit der Pflegeinitiative umgesetzt haben, auch schon in vielen Gebietskörperschaften wirkungsvoll aufgegriffen wurde.

Die Diskussion um Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung während der Pflegeinitiative überschneidet sich zeitlich mit dem Gesetzgebungsverfahren und der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, und besonders hitzig und zum Teil auch kontrovers wurde mit dem Thema „Pflegestützpunkte“ umgegangen. Natürlich gibt es da sehr unterschiedliche Interessenlagen. Ich gehe jedenfalls davon aus, dass ein Pflegestützpunkt unmittelbar betroffenen Menschen zu helfen hat: In vielen Fällen sind die Betroffenen beim - oftmals plötzlichen - Eintreten von Pflegebedürftigkeit mit all den damit verbundenen Fragen, mit den Formalitäten, mit den erforderlichen Entscheidungen einfach überfordert. Es geht ja nicht nur um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Es geht um Fragen: Was heißt Pflegestufe I oder II? Welche Ansprüche habe ich? Kann ich zu Hause bleiben? Muss meine Wohnung umgebaut werden? Erhalte ich oder meine Angehörigen finanzielle Unterstützung? Von wem? Was passiert aber, wenn das Geld nicht reicht? Erhalte ich auch Unterstützung, wenn eine Pflegestufe abgelehnt wird, ich aber hauswirtschaftlich allein nicht mehr zurechtkomme, aber gerne zu Hause weiter leben möchte? Fragen über Fragen an die unterschiedlichsten Stellen auch noch - nämlich an die Pflegekasse, an die Krankenkasse, an das Sozialamt, das Versorgungsamt, den Rentenversicherungsträger, den Pflegedienst, das Pflegeheim, an Beratungsstellen freier Träger etc. Nicht jeder Betroffene und vielleicht auch nicht jeder von uns durchschaut dieses Dickicht mittlerweile.

Die Pflegestützpunkte sollen alle diese Informations- und Beratungswünsche erfüllen - bis hin zu einem für den Einzelnen passgerecht zugeschnittenen Fallmanagement. Dabei kommt es darauf an, erforderliche Pflege- und sonstige Leistungen so aufeinander abzustimmen, dass sie dem individuellen Bedarf entsprechen. Pflegeberatung soll in den Pflegestützpunkten trägerneutral erfolgen. Sie wird aber und soll aber die vorhandenen Strukturen einbeziehen einschließlich Ehrenamt und Selbsthilfe. Gegebenenfalls wird auch festzustellen sein, dass die vor Ort vorhandenen Strukturen nicht ausreichend oder nicht ausgewogen sind. Die Pflege- und Krankenkassen und die Landkreise sowie die kreisfreien Städte werden als Träger der Pflegestützpunkte eventuelle Lücken schließen müssen und die Angebote koordinieren und vernetzen müssen. Brandenburg hat sich zu den Pflegestützpunkten bekannt und setzt dabei auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen. Wir haben uns das Ziel gesetzt, bis Mitte 2009 zunächst in jedem Landkreis, in jeder kreisfreien Stadt einen Pflegestützpunkt zu errichten. Wir haben es uns zur eigenen Aufgabe gemacht, den Prozess auch zwischen den Trägern der Pflegestützpunkte und den Beteiligten

Pflegestützpunkte

Heimgesetzgebung in Brandenburg

zu begleiten und zu moderieren, wenn nötig. Und ich denke, auch da sind wir auf einem sehr guten Weg.

Ein weiteres dickes Brett, das wir als Land noch zu bohren haben, ist die Heimgesetzgebung, deren Zuständigkeit im Zuge der Föderalismusreform 2006 vom Bund an die Länder gegangen ist. Ich sehe hier für uns als Land ganz klar die Chance, ein modernes, ein schlankes Heimgesetz zu schaffen. Die Definition des bisherigen Anwendungsbereiches orientiert sich an einer veralteten - das wissen wir -, auf heimmäßige Rundumversorgung ausgelegten Sichtweise. Die Angebotslandschaft ist aber, wie wir alle wissen, in den vergangenen Jahren um eine Vielzahl von Formen des betreuten Wohnens gewachsen und von einer Annäherung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geprägt. Eine wesentliche Rolle spielte hierbei auch die in jüngster Zeit erfolgten Änderungen in den Leistungsgesetzen (SGB XI und SGB XII). Durch die Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungen und durch die Einführung des „persönlichen Budgets“ wurden die Grenzen endlich zwischen „ambulant“ und „stationär“ relativiert. Die Neuregelung im Land Brandenburg wird daher diese Entwicklungen aufgreifen und den von rechtlichen Grauzonen geprägten Anwendungsbereich klarstellen. Vor allem aber soll das neue Gesetz die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner festigen und ihr Selbstverständnis hinsichtlich ihrer Stellung als Auftraggeber und Vertragspartner stärken. Das Brandenburgische Gesetz über das Wohnen mit Pflege und Betreuung ist dabei nur eine der tragenden Säulen in einem übergreifenden Ansatz. Es reiht sich in ein sozialpolitisches Gesamtkonzept ein, in welchem Anstrengungen aller Beteiligten gebündelt werden, Pflege und Betreuung aus der Versorgungslandschaft in die Normalität der Gesellschaft zu holen.

Eine Bemerkung muss ich natürlich auf das, was Herr Kaczynski gesagt hat, dann doch noch los werden. Es sei mir erlaubt. Mein Haus und ich, wir springen gerne über Schatten, aber nicht um den Preis des Schutzes der Rechte von hilfsbedürftigen Menschen in unserem Land. Wir wollen und wir setzen uns gemeinsam mit den Landtagsabgeordneten immer wieder damit auseinander: Wir wollen erreichen, dass die Selbstbestimmtheit der Bewohnerinnen und Bewohner gewahrt wird, aber auch der Schutz derer, die nicht mehr selbst in der Lage dazu sind, über diesen Schutz selbst ausreichend Kontrolle auszuüben. Hier ist nicht die LIGA der Spitzenverbände in der Verantwortung, sondern der Gesetzgeber und die Politik. Und jeder Mensch, der in einem Pflegeheim die Pflege nicht erhalten hat oder vermeintlich nicht erhalten hat, wird zur Schlagzeile und bringt einen ganzen Berufsstand und die gesamte Pflegelandschaft unnütz und unberechtigt in Verruf. Und auch deshalb müssen wir diese Abwägung treffen. Wir können uns - da bin ich in tiefem Maße davon überzeugt - nur in dem Maße aus der gesetzlichen Kontrolle verabschieden, wie gleichzeitig die gesellschaftliche Kontrolle und die Selbstkontrolle der Pflegelandschaft erhöht wird. In dem Maße bin ich auch gerne bereit, diese Wechselbeziehung einzugehen und die gesetzliche Kontrolle herunter zu fahren.

Pflegeinitiative - Wie geht es weiter?

Die Pflegeinitiative Brandenburg läuft nunmehr, meine sehr geehrten Damen und Herren, seit 18 Monaten. Aber das ist natürlich eine zu kurze Zeit, um alle Themen, alle Ziele, die wir uns gestellt haben, abschließend zu bearbeiten. Es ist aber, darauf können wir gemeinsam stolz sein, viel erreicht worden. Das muss man deutlich sagen. Für mich steht fest, die „Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung“, die „Weiterentwicklungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und die „Sicherung der Qualität“ sind Daueraufgaben und bilden den Horizont für alle weiteren pflegepolitischen Entscheidungen. Intensiv weiterverfolgen wer-

den wir auch die Themenfelder Transparenz in der Pflege und Verbraucherschutz, natürlich mit dieser neuen Heimgesetzgebung und dem Aufbau von Pflegestützpunkten. Ebenso schreiben wir uns diese so wichtige Fortführung der regionalen Workshops zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen auf die Agenda. Zur Förderung der gesellschaftlichen Verantwortung wurden ja auch bereits verschiedene Veranstaltungen wie das Sommerfest für bürgerschaftlich Engagierte oder die regionalen Dialogwerkstätten zur gemeinwesenorientierten Freiwilligenarbeit durchgeführt. Und all die guten Erfahrungen, die wir da gesammelt haben und die vielen positiven Rückmeldungen haben uns auch darin bestätigt, im nächsten Jahr in dieser Richtung weiter zu arbeiten und mit weiteren Veranstaltungen zu untersetzen.

Der Beratungs- und Informationsbedarf ist ungebrochen. Deshalb werden wir auch unsere Publikationen, die Sie hier alle kennen: „Wegweiser Pflege“, die Broschüre „Pflege und Beruf vereinbaren“, die kurz nachdem wir sie herausgegeben haben, schon längst vergriffen waren, wieder aktualisieren und neu auflegen.

Als eine ganz zentrale Aufgabe sehe ich auch die Fortführung des Good-Practice-Austausches und die damit verbundene Kommunikation, und zwar auf allen Ebenen, die durch diese Pflegeinitiative ja auch initiiert wurden. Viele Projekte sind mit dem Ende der Pflegeinitiative eben nicht abgeschlossen. Sie stellen einen Anfang dar für eine Initiative im ganzen Land.

In der Summe der vielen Einzelmaßnahmen der Pflegeinitiative wurde ein großes Rad für die Pflege bewegt. Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, dieses Rad in Schwung zu halten, damit die Botschaften der Pflegeinitiative Brandenburg „Später beginnt jetzt“ nachhaltig und in einer breiten Öffentlichkeit Gehör finden. Und deshalb geht mein Appell an Sie, den mit der Pflegeinitiative eingeschlagenen Weg gemeinsam miteinander fortzusetzen, sich für diese nachhaltige Wirkung einzusetzen. Die große Zahl innovativer Projekte zeigt uns, dass die Brandenburger Pflegelandschaft sich in die richtige Richtung bewegt - umso mehr, wenn Städte und Gemeinden diese Ansätze auch befördern und begleiten. Denn gemeinsam kann es uns nur gelingen, die guten Beispiele in die Fläche zu tragen. Dazu gehören Mut, dazu gehört Einsatz, den Sie alle gezeigt haben, Lösungen, die anderswo funktioniert haben, dazu gehört auch Mut, zu sagen, dies einmal eigentlich auch im eigenen Anwendungsbereich zu probieren. Dazu lohnt sich für alle an der Pflege direkt und indirekt beteiligten Akteure, auch insbesondere für unsere pflegebedürftigen Menschen weiter zu arbeiten. Ich bin mir sicher, dass diese Initiative, die Sie gemeinsam entwickelt haben mit uns und mit der Sie so viel Zeit und so viel Aufwand auch verbracht haben, nicht wieder versickert in dem Alltag, der uns natürlich auch alle wieder einholt und der uns stets begleitet, sondern dass wir dranbleiben. Und deshalb möchte ich mich noch einmal ganz, ganz herzlich bei Ihnen, bei den Partnern der Pflegeinitiative, bedanken: bei der Gesamtprojektgruppe und der Lenkungsgruppe, und den beteiligten Projekten, die mit viel Einsatz, aber auch - und das brauchten wir unbedingt - mit viel Ideenreichtum und persönlichem Engagement ihren Beitrag für die Weiterentwicklung in der Pflege und für eine positive, fördernde Öffentlichkeit der Pflege in Brandenburg geleistet haben. Es ist ein gemeinsames Verdienst der Partner und der Projekte, dass durch wirklich unzählige Veranstaltungen, Veröffentlichungen und die informativ und themenreich gestaltete Internetplattform der Pflegeinitiative eine Breitenwirkung erzeugt werden konnte, die weit über die Fachöffentlichkeit hinausgeht.

Das Parlament ist nahe dran. Es sind viele Landtagsabgeordnete hier vertreten. Die politischen Rahmensetzungen tun wir. Wir sind aber auf die Initiative im ganzen Land angewiesen. Lassen Sie uns gemeinsam darin weiter arbeiten.

Herzlichen Dank und viel Erfolg weiterhin!

Innovationspreis Pflege - Preisverleihung

Die Preisträger



Das Normale im Besonderen - Die Begleitung von Menschen mit Demenz im Alltag

ASB Alten- und Pflegeheim Betriebs gGmbH - Seniorenhaus „Abendsonne“, 15234 Frankfurt (Oder)

1. Preis

Pflegebegleiter im Land Brandenburg

AWO SANO gGmbH, Sozialakademie Potsdam, 14467 Potsdam

2. Preis

Interessenvertretung von Menschen mit Demenz in fünf ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Unterstützung der Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter durch das ehrenamtliche Engagement von drei Moderatorinnen und Moderatoren

Professionelles und bürgerschaftliches Engagement in der Lebensbegleitung von Menschen mit Demenz

Volkssolidarität Brandenburg e.V., Regionalverband Prignitz-Ruppin, Sozialstation Neuruppin, 16816 Neuruppin

3. Preis

Mit einer **Anerkennung** wurden acht Projekte/Einrichtungen bedacht:

Evangelisches Seniorenzentrum „Florencehort“

14532 Stahnsdorf, OT Güterfelde

Anerkennung

Netzwerk zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Bewohner

Samariteranstalten Fürstenwalde, Altenpflege Wohnheim „Katharina von Bora“, 15517 Fürstenwalde

Anerkennung

Anerkennung	<p>Das LAGO-Siegel: ein Zertifikat für Vertrauen - bundesweites Pilotprojekt in der ambulanten und onkologischen Krankenpflege Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. (LAGO), 14469 Potsdam</p>
Anerkennung	<p>Sturzprävention - aktiv bleiben im Pflegeheim Brandenburger Konzept für stationäre Pflegeeinrichtungen AOK Brandenburg - Die Gesundheitskasse, 14513 Teltow</p>
Anerkennung	<p>Tiertherapie zur Verbesserung der Lebensqualität von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen Senioren- und Pflegezentrum Brandenburg GmbH, 14772 Brandenburg an der Havel</p>
Anerkennung	<p>Gut Zeisigberg Entwicklungsgesellschaft für Gesundheit und Soziales mbH, 15299 Müllrose</p>
Anerkennung	<p>Aufbau von Entlastungs- und Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige im ländlichen Bereich Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V., 14482 Potsdam</p>
Anerkennung	<p>„In Würde alt werden“ - Vom Altersheim Ketzin zum „Kompetenzzentrum für Menschen im Alter“ als Teil des städtischen Gemeinwesens Landesausschuss für Innere Mission (LAFIM), Evangelisches Seniorenzentrum „Kurt Bohm“, 14669 Ketzin</p>

Ehrung der „Gründermütter / -väter“ der Qualitätsgemeinschaft Pflege

Andreas Kaczynski,
Vorsitzender der LIGA der Spitzenverbände der Freien
Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg,
Vorstandsvorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsver-
bands, Landesverband Brandenburg,
Vorstandsvorsitzender der QgP (nach dem Redemanuskript)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Jubiläen dienen sowohl dem Feiern und dem Dank als auch der Selbstvergewisserung dessen, was entstanden und wer dafür verantwortlich ist.

Was entstanden ist, habe ich vorhin bereits skizziert. Wer dafür verantwortlich ist, auf wessen „Schultern“ wir quasi heute stehen, das wird jetzt geklärt. Ich möchte dabei gleich vorwegschicken, dass es die Zeit leider nicht erlaubt, alle zu erwähnen, die sich um die QgP verdient gemacht haben. Wir haben uns deshalb im Vorstand darauf geeinigt, dass wir die „Gründermütter und -väter“ ehren wollen, ohne die diese Arbeit gar nicht möglich gewesen wäre.

Ich freue mich also heute begrüßen zu dürfen:

Angelika Winkler

Sie gab die Initialzündung zur Gründung der QgP und sorgt noch heute als Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft für manchen "Zündstoff" in der Altenhilfedebatte.

Jochen Girke

Er hat Haus und Garten zum ungestörten Arbeiten zur Verfügung gestellt und die Teilnehmerinnen kulinarisch verwöhnt - kein Wunder, dass dabei solch ein gutes Produkt wie das QgP - Handbuch herauskam.

Siegfried Operhalski

Er hat sich von Anfang an in der Arbeitsgruppe engagiert, obwohl zu Beginn keine einzige Einrichtungen der Caritas Mitglied war. Im Sinne seines Auftraggebers war er aus Sicht der Kolleginnen und Kollegen ein "tragendes, von Gott gegebenes Geschenk".

Wolfgang Siegmann

Ohne ihn wäre die „Vermarktung“ der Idee dieser Gemeinschaft und des Handbuches wohl kaum derart gelungen. Seine Spuren hinterlässt er noch heute täglich auf der Homepage der QgP.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie alle haben von Anfang an eng miteinander zusammen gearbeitet und die Grundsteine für den Erfolg der QgP gelegt. Ich danke Ihnen im Namen des Vorstands und sicherlich auch aller hier Anwesenden für die geleistete Arbeit und das große Engagement, dass sie teilweise ja noch heute in den Dienst der Sache stellen.





Also, diese Gruppe bildete den Grundstock, dem sich nachher viele aus den verschiedenen Verbänden hinzugesellten. Sie bereitete auch den Boden für die Qualitätsarbeit, die durch eine weitere Person geprägt wurde, die ich bisher ausgespart habe:

Herrn Joachim F. W. Müller

Er stand uns von Anfang an hoch engagiert als Berater zur Seite. Obgleich seine Initialen nie ganz geklärt wurden, hat er uns aber mit seiner fachlichen Expertise so manche Entwicklung erklärt und ist über die Jahre - vielleicht auch ein wenig durch uns - gar zum Dr. mutiert.

Ich darf also jetzt Herrn Dr. F.W. Müller nach vorne bitten, um die ihm gebührende Ehrung entgegen zu nehmen.

Ich danke Ihnen allen noch einmal ganz herzlich. Es war schön, Sie mal wieder hier vereint zu sehen.



Dr. Joachim F. W. Müller (links)

Erste Erfahrungen mit Pflegestützpunkten aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums

Robert Schüssler,
Referatsleiter Pflegevertrags- und Vergütungsrecht und
Pflegermodelle,
Bundesministerium für Gesundheit (im Wortlaut)

Guten Tag, meine Damen und Herren,

ich freue mich, dass ich es bis elf Uhr geschafft habe. Ich habe den ersten Flieger von Bonn genommen und hatte die Hoffnung, ich bin tatsächlich bis 11.00 Uhr hier. Und es ist gelungen.

An sich sollte heute Herr Dr. von Schwanenflügel zu Ihnen sprechen. Allerdings muss er dringend an einer wichtigen Sitzung zur Vorbereitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs teilnehmen und ist deshalb verhindert. Er hat mich aber gebeten, Sie herzlich zu grüßen und der Veranstaltung hier in Cottbus einen guten Verlauf zu wünschen.

Wie Sie wissen, ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz jetzt schon seit mehr als vier Monaten in Kraft. Das Vertragsrecht der Pflegeversicherung, und hier insbesondere die vertragsrechtliche Regelung zu den Pflegestützpunkten in § 92 c des Elften Buches Sozialgesetzbuch stellt einen Schwerpunkt der Pflegereform dar. Der Gesetzgeber hat die Verpflichtung der Pflege- und Krankenkassen zum Aufbau der Pflegestützpunkte ausdrücklich davon abhängig gemacht, dass die jeweils zuständige oberste Landesbehörde, also das Landesgesundheits- oder Sozialministerium, eine dahin gehende landesrechtliche Bestimmung trifft.

Die erste Erfahrung ist: Die Länder nutzen das ihnen eingeräumte Bestimmungsrecht zur Zeit noch in sehr unterschiedlichem Maße.

Hier in Brandenburg kennen Sie selbst die Situation ja am besten. Aus der Sicht des Bundes ist das Land auf einem guten Weg. FRau Ministerin Ziegler hat mitgeteilt, dass Brandenburg sein Bestimmungsrecht zum Aufbau von Pflegestützpunkten ausüben wird. Allerdings voraussichtlich nicht in Form einer allgemein geltenden Verfügung für alle Pflege- und Krankenkassen im Land, sondern es ist nach meinem Wissen geplant, dieses landesrechtliche Bestimmungsrecht von Fall zu Fall für jeweils einzelne Pflegestützpunkte auszuüben und zunutzen. Wie ich gehört habe, werden schon bald in den ersten drei Kommunen hier in Brandenburg die Voraussetzungen für die Einrichtung von Pflegestützpunkten erfüllt sein. Insgesamt sind wohl 10 Pflegestützpunkte, ich will einmal sagen, in der Pipeline und haben eine Chance, relativ bald aufgebaut zu werden. Bis Mitte des nächsten Jahres soll hier in Brandenburg in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt ein Pflegestützpunkt eröffnet werden. Anschließend soll bis Ende 2011 eine flächendeckende Pflegestützpunkt-Struktur aufgebaut sein. Wichtig ist in Brandenburg, dass die Gebietskörperschaften, also die Kommunen, die Gemeinden, sprich: die kreisfreien Städte und die Landkreise, von Anfang an an den Pflegestützpunkten beteiligt sein sollen. Damit müssten im Kern auch die Voraussetzungen für die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte erfüllt sein.

Die Pflegereform, also das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, sieht eine bundesweite Gesamt-Anschubfinanzierung von 60 Millionen Euro vor.



Brandenburg

Die Pflegestützpunkte können zunächst eine, natürlich von Bedarf abhängige, Grundförderung von jeweils bis zu 45.000 Euro erhalten. Unter der Bedingung, dass auch Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich sowie bürgerschaftlich engagierte Personen nachhaltig im Pflegestützpunkt mitwirken, kann die Förderung um weitere 5.000 Euro auf dann maximal 50.000 Euro erhöht werden - je Stützpunkt natürlich. Die Förderung kann für drei Jahre, also bis Mitte 2011, in Anspruch genommen werden. Für die Verteilung dieser bundesweit bereitgestellten 60 Millionen auf die Länder gilt der sogenannte Königsteiner Schlüssel. Danach stehen für Brandenburg etwas mehr als drei Prozent dieser Mittel, genau sind das 3,15 Prozent von 60 Millionen, zur Verfügung. Dies entspricht einer Höchstfördersumme für alle Pflegestützpunkte im Land Brandenburg von knapp 1,9 Millionen Euro. Damit könnten in Brandenburg bei einer Höchstförderung von jeweils bis zu 50.000 Euro mindestens 38 Pflegestützpunkte gefördert werden.

Soweit mir bekannt ist, unterteilt sich das Land Brandenburg seit der Neubildung der Landkreise im Jahr 93 in 14 Landkreise und vier kreisfreie Städte wie Potsdam oder auch Cottbus. Rein rechnerisch betrachtet könnten also hier in Cottbus ebenso wie in den anderen drei kreisfreien Städten und den 14 Landkreisen jeweils mindestens zwei Pflegestützpunkte mit Hilfe der Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aufgebaut werden.

Wichtig für Brandenburg ist aus meiner Sicht noch Folgendes: Mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ist in Erkner im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger ein sogenannter Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet worden. Initiator ist die Stadt Erkner. Betrieben wird der Pilot-Pflegestützpunkt vom AWO-Kreisverband Fürstenwalde. Kooperationspartner ist die AOK Brandenburg. Derzeit wird der Pilot-Pflegestützpunkt Erkner durch den Landkreis Oder-Spree vertreten und betrieben.

Jetzt stellt sich die Frage: Wie sieht die Situation in den anderen Ländern aus?

Berlin

Wenn alles gut verläuft, kann in Berlin schon in Kürze mit der landesrechtlichen Bestimmung zum Aufbau von Pflegestützpunkten gerechnet werden. Derzeit wird daran gedacht, in den nächsten drei Jahren 24 Pflegestützpunkte neu aufzubauen und die bereits vorhandenen 12 Koordinierungsstellen, die nennen sich „Rund ums Alter“, auszubauen. Die Verhandlungen zum Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung sind offenbar in Berlin in vollem Gange. In den bestehenden Koordinierungsstellen Kreuzberg-Friedrichshain und Treptow-Köpenick sind auch hier mit Hilfe des Bundes Pilot-Pflegestützpunkte eingerichtet worden.

Sachsen-Anhalt

Das Land Sachsen-Anhalt hat auch eine grundsätzliche positive Haltung zu den Pflegestützpunkten. Eine Entscheidung, ob das Land eine landesrechtliche Bestimmung, wie sie im Rahmen der Pflegereform vorgesehen ist, für den Aufbau von Pflegestützpunkten trifft, ist aber derzeit noch nicht erkennbar. Offenbar soll in Sachsen-Anhalt eine Art vernetzte Pflegeberatung im Sinne der neuen Vorschrift über die Pflegeberatung als Grundlage eines gemeinsamen Konzeptes der Pflegekassen und der Kommunen dienen. In Hettstedt in Sachsen-Anhalt ist ebenso ein Pilot-Pflegestützpunkt mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums eingerichtet worden. Initiator ist die Stadt Hettstedt. Derzeit laufen Verhandlungen mit den Pflegekassen, insbesondere mit der Knappschaft Bahn-See, über den Abschluss eines Pflegestützpunkt-Vertrages.

Wie ist die Lage in Mecklenburg-Vorpommern?

Mecklenburg-Vorpommern

Dort kann mit einer landesrechtlichen Bestimmung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte gerechnet werden. Möglicherweise wird es aber auch ähnlich wie hier in Brandenburg zu Einzelbestimmungen für den jeweiligen Pflegestützpunkt kommen. Derzeit führt das Land Gespräche mit den Kommunen und den Pflege- und Krankenkassen über die Organisation und die Finanzierung der Stützpunkte. Auch dort ist mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ein sogenannter Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet worden, und zwar in Wismar. Meines Wissen war das der erste Pilot, der insgesamt gegründet wurde. Träger ist dort der AWO-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern. Kooperationspartner sind dort die Landes-AOK, die Hansestadt Wismar und der AWO-Kreisverband sowie das Landesgesundheitsministerium.

In Sachsen hat man eine Arbeitsgemeinschaft zum Aufbau von Pflegestützpunkten eingerichtet. Mitglieder sind dort das Land, die Landespflegekassen, die kommunale Seite und die Wohlfahrtsverbände. Derzeit ist noch nicht absehbar, ob und wann eine landesrechtliche Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erlassen wird. Hier muss man auch bedenken, dass in Sachsen meines Wissens im nächsten Jahr Wahlen anstehen. Ob das einen Einfluss hat, lässt sich nicht genau ausmachen. In Plauen ist auf Initiative der Diakonie und ebenso mit Hilfe des Bundesgesundheitsministeriums ein Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet worden. Der Pilot-Pflegestützpunkt in Plauen stimmt derzeit mit den Pflegekassen und mit der Kommune Plauen seine weitere Entwicklung ab. Auch hier lässt sich noch keine konkrete Aussage über das weitere Vorgehen machen.

Sachsen

Und nun das weitere neue Land Thüringen.

Thüringen

In Thüringen kann man sagen, dass dort die Situation eher als zurückhaltend einzuschätzen war. Allmählich scheint aber ein Umdenken im Hinblick auf eine Unterstützung der Idee der Pflegestützpunkte sich anzubahnen. Ob das Land in Zukunft nicht nur örtliche Initiativen zum Aufbau von Pflegestützpunkten positiv begleitet oder selbst das Heft des Handelns in die Hand nehmen wird, muss abgewartet werden. Jedenfalls wird in Jena mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ein Pilot-Pflegestützpunkt aufgebaut. Initiatoren sind dort die Kommune Jena und die Fachhochschule Jena.

Anders sieht es in Hessen aus.

Hessen

Dort ist aufgrund der bekanntermaßen ungeklärten politischen Rahmenbedingungen noch keine abschließende Position eingenommen worden. Es gibt aber erste Überlegungen, einen Pflegestützpunkt je Landkreis zu errichten. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Empfehlungen für den Landespflegeausschuss erarbeiten soll. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass im Landkreis Marburg-Biedenkopf ebenso mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ein Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet worden ist. Träger dieses Pilot-Pflegestützpunktes ist der Landkreis Marburg-Biedenkopf.

Sehr gut sieht die Situation aus in Rheinland-Pfalz. Dort ist die erste landesrechtliche Bestimmung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Form einer allgemeinen Verfügung erlassen worden. Der Aufbau der Stützpunkte dort erfolgt auf der Grundlage der sogenannten Beratungs- und Koordinierungsstellen des Landes, die man dort in Kurzform die sogenannten „Beko-Stellen“ nennt. Derzeit gibt es bereits 135 Beko-Stellen in Rheinland-Pfalz. Ziel ist, auf der Grundlage dieser Beratungs- und Koordinierungsstellen ein flächendeckendes Netz

Rheinland-Pfalz

von dann auch 135 Pflegestützpunkten zu errichten. Jeder dieser Pflegestützpunkte soll rund 30.000 betroffene Bürger und Bürgerinnen beraten. Das Land profitiert hier offenbar von seiner schon länger vorhandenen guten Pflegeberatungsstruktur, die seit Jahren intensiv aufgebaut wird. Man kann sagen, dass zwischen allen Beteiligten in Rheinland-Pfalz ein Grundkonsens über die Notwendigkeit von Pflegestützpunkten im Land besteht. Außerdem befindet sich der Entwurf eines Landesrahmenvertrags in der Abstimmung, der das Nähere regeln wird über die Pflegestützpunkte.

Das Land Rheinland-Pfalz hat gemeinsam mit dem Landkreis Mainz-Bingen, mit dem Träger der Beko-Stelle Ingelheim und den Vertretern mehrerer Kassen den Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim errichtet. Auch dieser wurde mit Mitteln des Bundesgesundheitsministeriums finanziell gefördert.

Saarland Auch das Saarland hat bereits eine Bestimmung, eine landesrechtliche Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten getroffen und bereits Mitte August als Allgemeinverfügung im dortigen Amtsblatt verkündet. Danach haben die Kranken- und Pflegekassen in jedem Landkreis und in der Region Saarbrücken zumindestens einen Pflegestützpunkt einzurichten. Insgesamt sind die Pflegestützpunkte bereits bis Mitte Februar 2009 zu errichten. Auch dort ist die Situation so, dass in Sankt Wendel mit Hilfe des Bundesgesundheitsministeriums ein Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet wurde. Träger ist dort die Landesvertretung der Ersatzkassen. Der Landkreis Sankt Wendel ist dort Kooperationspartner des Pilot-Pflegestützpunktes.

Baden-Württemberg Auch das Land Baden-Württemberg steht der Einrichtung von Pflegestützpunkten sehr positiv gegenüber. Die Pflegestützpunkte sollen auf der Grundlage der vorhandenen Strukturen aufgebaut werden, wie es ja auch die Pflegereform vorsieht. Es soll für jeden Kreis und für jede kreisfreie Stadt einen Pflegestützpunkt geben. Wann die Bestimmung des Landes erlassen werden kann, hängt natürlich von der Entscheidung des Landeskabinetts ab, die aber schon in Kürze erwartet wird. Im Landkreis Esslingen hat die Kommune Denkendorf einen Pilot-Pflegestützpunkt ebenso mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums eingerichtet. Hier kann man sagen, dass die AOK dort schon einen Pflegeberater im Pilot-Pflegestützpunkt einsetzt und damit Vorbildfunktion hat. Darüber hinaus haben alle anderen Kassen auch bereits Ansprechpartner bereitgestellt. Die Zusammenarbeit der Kassen funktioniert dort ausgesprochen gut.

Bayern In Bayern, das dürfte klar sein, muss sich die neue Regierungskoalition noch eine Position erarbeiten, ob sie von ihrem Bestimmungsrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten Gebrauch machen wird. Das Konzept des Bayerischen Staatsministeriums sieht zunächst eine telefonische Erstberatung vor, der sich dann eine bedarfsorientierte Weitervermittlung an den örtlich zuständigen Pflegestützpunkt anschließt. Auch hier gibt es einen Pilot-Pflegestützpunkt, nämlich in Nürnberg. Er ist von der Rummelsberger Stiftung eingerichtet worden und wird zukünftig von der Zentralen Anlaufstelle Pflege, genannt „Zapf“, betrieben.

Hamburg Wie ist die Lage in Hamburg?
Dort soll eine bedarfsgerechte Einrichtung von miteinander vernetzten Pflegestützpunkten erfolgen. Angestrebt wird dort eine Rahmenvereinbarung zwischen den Pflege- und Krankenkassen sowie den Stadtbezirken. Je Pflegestützpunkt sollen zwei Beschäftigte der Pflegekassen und eine beratende Person aus der Kommune eingesetzt werden. Derzeit kann man davon ausgehen, dass in den sieben Bezirken der Han-

sestadt zunächst jeweils ein Pflegestützpunkt errichtet wird. Ob und wann es eine allgemeine Bestimmung zur Errichtung von Pflegestützpunkten geben wird, ist zur Zeit noch nicht geklärt. Es gibt aber auch dort einen Pilot-Pflegestützpunkt mit finanzieller Unterstützung der Bundesgesundheitsministeriums. In diesem Pilot-Pflegestützpunkt arbeiten unter anderem auch Beschäftigte des schon bestehenden Pflegetelefons Hamburg. Träger der Einrichtung ist die Hamburgische Pflegegesellschaft.

Von Bremen ist bekannt, dass es eine Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bereits erlassen hat. Mir liegt sie allerdings noch nicht vor. Es sollen zunächst drei Pflegestützpunkte errichtet werden. Zwei davon in Bremen und eine in Bremerhaven. Einen Pilot-Pflegestützpunkt gibt es in Bremen als einzigem Bundesland nicht.

Bremen

Schleswig-Holstein ist recht optimistisch, was den Aufbau der Pflegestützpunkte anlangt. Die Planungen beziehen sich auf je einen Pflegestützpunkt pro Landkreis und kreisfreier Stadt. Insgesamt sollen bis zu 40 Pflegestützpunkte entstehen. Den Kommunen soll es überlassen bleiben, bei Bedarf bis zu drei weitere Pflegestützpunkte einzurichten. In Flensburg wird mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ein Pilot-Pflegestützpunkt aufgebaut, der Vorbildfunktion haben soll für die anderen aufzubauenden Pflegestützpunkte im Land. Initiator ist die Stadt Flensburg. Derzeit wird mit den Pflege- und Krankenkassen über das weitere Vorgehen verhandelt.

Schleswig-Holstein

In Niedersachsen streben die Kassen und die Kommunen eine Kooperationsvereinbarung an, auf deren Basis bis Sommer 2010 eine Erprobungsphase zum Aufbau von Pflegestützpunkten stattfinden soll. Das Land moderiert hierbei und möchte nach derzeitigem Kenntnisstand sein Bestimmungsrecht zum Aufbau von Pflegestützpunkten nutzen. Im Gespräch ist, dass jeder Kreis einen Pflegestützpunkt bekommen soll. Mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums ist in Hannover-Langenhagen ein Pilot-Pflegestützpunkt aufgebaut worden. Träger ist die Stadt Langenhagen und die Region Hannover. Region Hannover: Das ist ein Zusammenschluss von allen zwanzig Kommunen einschließlich der Landeshauptstadt Hannover. Der Pilot-Pflegestützpunkt in Langenhagen wird von einem Lenkungsausschuss gesteuert, dem auch der Ersatzkassenverband angehört. Der VdAK in Siegburg hat zugesagt, die Pflegeberater bereit zu stellen.

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen, das bevölkerungsreichste Land der Republik, plant auf der Grundlage vorhandener Strukturen einen sukzessiven Aufbau von drei Pflegestützpunkten je Landkreis und kreisfreier Stadt. In der Endstufe wäre dann mit 160 bis zu 200 Pflegestützpunkten zu rechnen. Ein Landesrahmenvertrag liegt bereits als Entwurf vor. In Moers und in Mönchengladbach haben sich mit Hilfe des Bundesgesundheitsministeriums, also mit finanzieller Unterstützung, bereits zwei Pilot-Pflegestützpunkte gebildet, so dass es insgesamt in der gesamten Republik nunmehr 16 Pilot-Pflegestützpunkte gibt. Träger des Pilot-Pflegestützpunktes in Moers ist die Pflege- und Krankenkasse der Knappschaft Bahn-See. Träger des Pilot-Pflegestützpunktes in Mönchengladbach ist das dortige Amt für Altenhilfe der Kommune. Die Pflegekassen bieten in Mönchengladbach nicht nur Beratung im Pflegestützpunkt, sondern auch zugehende Beratung zu Hause an. Die Finanzierung erfolgt auch durch die Kommune Mönchengladbach.

Nordrhein-Westfalen

Insgesamt sind die Erfahrungen des Bundesgesundheitsministeriums mit dem Aufbau der Pflegestützpunkte in den Ländern recht gut. Wir haben ja gesehen: Einige haben schon ihre Allgemeinverfügung erlassen. Andere planen, wie in Brandenburg, einzelne Bestimmungen für

jeden einzelnen Pflegestützpunkt. Die kleineren Länder, also Bremen, das Saarland und Rheinland-Pfalz, haben es bereits geschafft, ihre landesrechtliche Bestimmung zu treffen. In den flächenmäßig und einwohnermäßig größeren Ländern dauern die Verfahren und Entscheidungsprozesse naturgemäß etwas länger. Mit jedem weiteren Land, das die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch landesrechtliche Regelung bestimmt, rückt das Ziel eines bundesweiten Netzes von Pflegeberatungsstellen und Pflegeberatungseinrichtungen näher.

Ich bin sehr optimistisch, dass sich der Aufbau und die Einrichtung von Pflegestützpunkten mit dem Jahreswechsel beschleunigen wird, denn mit dem Beginn des Jahres 2009 erhalten die Pflegeversicherten aufgrund der Pflegereform und der dortigen Neuregelungen einen Rechtsanspruch auf eine Beratung durch einen Pflegeberater. Soweit im jeweiligen Land bereits Pflegestützpunkte bestehen, muss die Pflegeberatung zwingend in den Pflegestützpunkten durchgeführt werden. Dies geht natürlich nur unter der Voraussetzung, dass der oder die Beratungsbedürftige auch tatsächlich wünscht, im Pflegestützpunkt oder vom Pflegestützpunkt zu Hause beraten zu werden. Natürlich ist es weiterhin möglich, dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen sich weiterhin in der Geschäftsstelle ihrer Pflegekasse oder auch telefonisch beraten lassen. Die Versicherten haben also hier ein Wahlrecht, ob sie sich an den Pflegestützpunkt wenden oder ob sie ihr Beratungsrecht in der Geschäftsstelle der Kasse ausüben wollen.

Abschließend will ich noch erwähnen, dass das Kuratorium Deutsche Altershilfe von seiten des Bundesgesundheitsministeriums beauftragt worden ist, im Rahmen des Modellprojekts zur Versorgung Pflegebedürftiger den Aufbau der Pilot-Pflegestützpunkte, von denen es ja 16 in Deutschland gibt, zu koordinieren und zu fördern. Ich will an dieser Stelle dem Kuratorium Deutsche Altershilfe für seine gute Arbeit danken. Ich wünsche dem Land Brandenburg und allen weiteren Ländern im Namen von Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt weiterhin viel Erfolg für den landesweiten Aufbau einer guten und gut erreichbaren Infrastruktur zur Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Schönen Dank für die Aufmerksamkeit.

Fragen

Fragen:

Eine Nachfrage bezieht sich auf möglicherweise vorhandene Erfahrungen mit der Arbeit von Pflegestützpunkten in ländlichen Regionen.

Herr Schüßler meinte dazu, er könne vier Monate nach Beginn der Einrichtung von Pflegestützpunkten noch über keine diesbezüglichen Erfahrungen berichten. Am ehesten wären diese aus Rheinland-Pfalz mit seiner dichten Infrastruktur, die auch tief in ländliche Bereiche hinein reiche, zu erwarten. Ihm seien jedoch zur Zeit noch keine Aussagen hierzu bekannt.

Pflegebedürftigkeit und Familien im demographischen Wandel

Prof. Dr. Roland Schmidt,
Fachhochschule Erfurt (Manuskript Dr. Schmidt)

In den Jahren 1999 bis 2005 schlug sich ein moderater Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI vornehmlich in einer vermehrten Nachfrage nach vollstationärer Pflege und in der Nebensache als leichter Trend zu vermehrter Inanspruchnahme von Sachleistungen in der häuslichen Pflege nieder. Parallel relativierte sich die Bedeutung der Sorgearbeit von Angehörigen auf weiterhin hohem Niveau nur leicht.

Entscheidend für die weitere Nachfrage nach Pflege sind

1. der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (= *Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit*),
2. die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen (= *Entwicklung der Pflegeorte*),
3. die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten (= *Versorgungspräferenzen*),
4. die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifender Diagnostik, Behandlung und Betreuung (= *Rationalisierung der Versorgungsstruktur*) sowie
5. die Flexibilisierung der Pflege durch Überwindung der Dichotomie ambulant vs. stationär in neuen Wohnformen mit einem Mix von Wohnen und Dienstleistung (= *Generierung neuer Pflegedienstleistungen und Pflegearrangements*).

zu 1) Die heutige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) wird nicht konstant bleiben. Das Statistische Bundesamt geht von einem weiteren, nun aber verlangsamten Anstieg der Lebenserwartung aus. Positiv wirken auch in Zukunft die verbesserten Lebensumstände und die Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung, dämpfend hingegen schlägt die Ausschöpfung der „Sterblichkeitsreserve“ in jüngeren Jahrgängen zu Buche.

Die Verminderung des Sterblichkeitsrisikos im Alter ab 60 Jahren ist v.a. durch den medizinischen Fortschritt bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach ca. 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, sollte es gelingen, lebensverkürzende Effekte z.B. durch Übergewichtigkeit zu kompensieren. Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Im demographischen Wandel steigt zwar die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht proportional. Eine „Kompression der Morbidität“ mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich an. Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, sinkt bei höherer Bildung (Gründe: besserer Zugang zur medizinischen Versorgung in Folge besserer Lebens- und Arbeitsbedingungen, höheres Bewusstsein für gesunden Lebensstil). Angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren wird einsinkendes Pflegeisiko auch in Zukunft vermutet.



zu 2) Auch Pflegeorte und Pflegearrangements werden Veränderungen durchlaufen. Familienstrukturen tendieren im demographischen Wandel zur „Bohnenstangenverwandtschaft“ und durch erhöhte Mobilitätsanforderungen zur „multilokalen Familie“. Wird Generationensolidarität in der Familie praktiziert und greifen beide Trends ineinander, wandelt sich die direkte Unterstützung immer häufiger in ein Management häuslicher Arrangements - über längere Distanzen hinweg und bei emotionalem Zuspruch. Es steigt der Anteil der kinderlosen Paare in der Zukunft.

Auf der Grundlage von Modellrechnungen zu den mittel- und langfristigen Änderungen der Haushaltsstrukturen kann argumentiert werden, dass der Trend zur Singularisierung überlagert wird durch die Pluralisierung der Lebensformen im (hohen) Alter. Ein Aspekt gewinnt in diesem Kontext zukünftig an Gewicht: Der Geburtenrückgang hierzulande resultiert v.a. aus dem steigenden Anteil von Frauen bzw. Paaren, die zeitlebens kinderlos bleiben. Deren persönliche Ressourcen - insbesondere die fehlende soziale Unterstützung in der Familie, die die Basis der Sorgearbeit leistet, auf der dann die Pflegedienstleistung „aufsetzt“ - sind im Falle von Pflegebedürftigkeit deutlich limitiert. Insbesondere diese Teilgruppe wird vermehrt auf Settings angewiesen sein, die verlässliche und sich ggf. verdichtete Dienstleistungen verbinden mit einer Wohnqualität, die eine Kompensation von Beeinträchtigungen in Selbstpflege und Selbstversorgung ermöglicht.

zu 3) Die *Versorgungspräferenzen der Menschen liegen eindeutig nicht in der vollstationären Pflege. Man zieht i.a.R. nicht freiwillig in eine Institution, sondern dies erfolgt, wenn Erschwerungsfaktoren in der häuslichen Pflege wirken und/oder Stressoren im privaten Unterstützungsnetzwerk krisenförmigen Verlauf annehmen.*

Eine konsequente „Ambulantisierung der Pflege“ setzt voraus, dass man personen- und netzwerkbezogenen Dienstleistungen entwickelt, die geeignet sind, die Selektivität der Leistung in der häuslichen Pflege (keine soziale Betreuung, keine allgemeine Anleitung und Beaufsichtigung, keine Tagesstrukturierung) zielgenau zu überbrücken. Eine solche Profilierung ambulanter Pflegedienste müsste sich ausrichten an primären und sekundären Stressoren, die, empirisch gesichert, die häusliche Situation vielfach dominieren und die Sorgearbeit von Angehörigen in die Zerreißprobe führen. Dies impliziert auch besser abgestimmte Care-Strukturen vor allem in Hinblick auf Komplikationen auf

- der Personenebene (z.B. Demenz in Verbindung mit aggressivem Verhalten oder fortschreitende Demenz mit beginnender Inkontinenz etc.) und/oder
- der Person-Umwelt-Ebene (z.B. stressmindernde Interventionen wie niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Besuchsdienste und Betreuungsgruppen).

zu 4) Pflegebedürftigkeit folgt aus chronischer Krankheit und/oder Behinderung. Das Potential von Gesundheitsförderung, Primärprävention und medizinisch Rehabilitation wurde bis dato allerdings nur unzureichend genutzt. Die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen und die Systemgrenzen zwischen Gesundheits- und Pflegeversicherung haben dies wesentlich verursacht.

Mit dem GKV-WSG und dem Pflege-WEG deutet sich im Leistungsrecht an, dass diese Grenzen partiell durchlässiger werden. Eine Ratio-

nalisierung der Versorgung wurde eingeleitet durch (a) strukturelle Impulse (z.B. wissenschaftsbasierte Gesundheitsziele zur Stärkung von Primär- und Tertiärprävention), (b) Sekundärprävention durch v.a. strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und durch Formen neben der Regelversorgung und (c) systemübergreifende Versorgung (z.B. Integrierte Versorgung, nun auch unter Einbezug des SGB XI) und Leistungsverschränkungen von SGB V und SGB XI (v.a. spezialisierte ambulante Palliativversorgung und besondere medizinische Behandlungspflege, die auch bei im Heim lebenden Kranken verordnet werden kann).

zu 5) Ein inflexibles Leistungserbringungsrecht und ein altbackenes Ordnungsrecht, in dem veränderte Versorgungsstrukturen durch die alleinige Fixierung auf den Heimbegriff nicht reflektiert wurden, haben in der Vergangenheit das Entstehen von Formen „intelligenter“ Mischungen der Elemente „Wohnen“, „Betreuung“ und „Pflege“ außerhalb des Standardleistungskatalogs systematisch erschwert, mancherorts behindert. Dies gilt gleichermaßen für Versorgungsformen, die auf geteilter Verantwortung von Angehörigen und Pflegediensten basieren.

Mit der Ermöglichung neuer Vertragstypen (Gesamtversorgungsvertrag, Einzelpflegekräfte, Poolen von Leistungen und Pflegestützpunkte) hat der Gesetzgeber im SGB XI die erforderlichen Flexibilisierungen eingeleitet. Es kommt nun darauf an, diese Spielräume zu nutzen, damit sich zwischen der „Pflege in der Familie“ und der „Pflege im Heim“ vermehrt Mischformen entwickeln können. Diese sind angesichts der „Multilokalität schlank werdender Familienstrukturen“, die häufig hin zu nachrückenden Generationen im Falle von Kinderlosigkeit zudem abreißen, unabdingbar, will man „geteilte Verantwortung“ ermöglichen und den derzeitigen „Sog ins Heim“ durch Alternativen minimieren.

Was das Sozialrecht in ersten Schritten eröffnet hat, muss nun auf der ordnungsrechtlichen Ebene in fachlich adäquaten Heimgesetznovellierungen der Bundesländer folgen. Hier tut sich durchaus eine (neue) Schnittstellenproblematik auf, die im schlimmsten Fall die o.g. Flexibilisierungen nochmals konterkarieren könnte.

Herausforderungen und Perspektiven für eine alternde Gesellschaft

Podiumsdiskussion (im Wortlaut, redigiert)



Teilnehmer/innen (von links nach rechts):

Prof. Dr. Roland Schmidt,
FH Erfurt

Anja Kistler,
Geschäftsführerin des DBFK Nordost e.V.

Prof. Dr. Sieglinde Heppener,
Mitgl. des Landtages u. Vorsitzende des Seniorenrates
des Landes Brandenburg

Gunter Fritsch,
Präsident des Landtages Brandenburg

Andreas Kaczynski,
Vorsitzender der LIGA der Spitzenverbände der Freien
Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg

Moderation: Tanja Donkersloot

Moderatorin: Das Thema ist für uns als Agentur so richtig aktuell geworden vor gut anderthalb Jahren. Wir verfolgen es seitdem natürlich noch intensiver und stellen fest, dass das Thema an Aktualität auf jeden Fall eine viel größere Rolle spielt, als wir das vorher angenommen hatten. Es hat sich auch in den gestrigen Workshops und den Beiträgen heute gezeigt, dass die Problematik sich nicht einmal annähernd entschärft. Erschwerend kommt hinzu: Brandenburg ist ein Auswanderungsland. Aber man kann auch sagen: "Ich stelle mich den Herausforderungen im Land Brandenburg!" Was Sie ja tun. Sonst würden Sie hier nicht sitzen. Eine Kernfrage in der Diskussion, wie wir sie verfolgen, ist die Frage nach den Standards. Ist das eine Diskussion, die ein wenig als obsolet gelten kann, weil die Standards, die wir heute diskutieren, eigentlich in Zukunft gar nicht mehr haltbar sind?

Frau Heppener, wie beurteilen Sie die Qualitätsstandards heute? Geht das, was Qualität in der Pflege betrifft, in eine richtige Richtung oder haben wir die richtige Richtung sogar schon längst eingeschlagen?

Sieglinde Heppener: Nun muss ich sagen, dass ich zur gleichen Zeit einen etwas engeren, aber auch zugleich einen etwas weiteren Horizont habe. Einen engeren Horizont: Ich bin nicht Leiterin einer Einrichtung. Ich bin nicht verbunden mit einem Pflegedienst oder mit einem Träger, sondern ich bin einfach nur eine alte Frau, die sich Gedanken macht über die Art und Weise, wie sie einmal in naher oder vielleicht sogar in nächster Zukunft leben wird.

Der weite Horizont ist der, dass ich als langjährige Vorsitzende des Seniorenrats des Landes Brandenburg und jetzt auch als Landtagsabgeordnete mit einem Wahlkreis natürlich vor allen Dingen in die Heime und Einrichtungen, Wohngemeinschaften, gehe, die in meinem Bereich sind, und dort mit offenen Augen gucken kann. Das, was dort geleistet wird, so wie die Arbeit organisiert wird, so wie die dort Tätigen, auch die Leiterinnen für neue Möglichkeiten offen sind, das überzeugte mich so, dass ich sage, wir haben die richtigen Standards. Und mit der Fähigkeit, sich auf neue Möglichkeiten, neue Fragen einstellen zu können, denke ich, sind wir auch zukunftsfest. Aber ich möchte noch einmal sagen, das ist mehr so ein Standpunkt des laienhaften Betrachtens dieser Angelegenheiten.

Aber ich gehe eben doch in die Heime mit der Frage "Möchtest du hier leben?" Und ich kann sagen, dass ich mir dort, wo ich war, sehr gut vorstellen könnte zu leben. Auch deshalb kümmert sich der Seniorenrat ganz besonders um die in diesem Bereich Tätigen. Immerhin waren wir ja die, die den Tag der Altenpflege initiiert haben, der dann zu dieser wunderbaren Pflegeoffensive geworden ist.

Moderatorin: Wenn wir über Qualität und Standards sprechen, Herr Schmidt, da gibt es Unmengen von Zahlen, die das Thema beschreiben. Wie verlässlich sind denn diese Zahlen? Mit welcher Verbindlichkeit wird über das Thema diskutiert?

Roland Schmidt: Ich will klar sagen: Es gibt niemals eine feste, stabile Vorstellung dessen, was Qualität sein kann. Qualität ist immer etwas, wo unterschiedliche Beteiligte einen sehr unterschiedlichen Blick darauf haben. Sie können - diplomatisch vornehm ausgedrückt - sagen: Qualität ist immer ein Aushandlungsgeschehen. Sie können es martialisch ausdrücken: Qualität ist immer auch ein Kampfbegriff, wo unterschiedliche Interessen aufeinander prallen.

Wenn man die augenblickliche Qualitätslandschaft anguckt, dann ist natürlich relativ klar, dass gerade im Bereich der sozialen Pflegeversicherung durch eine sehr stark ausgebaute und sehr betonte Form der Qualitätskontrolle das professionelle Handwerk der Pflege im Moment sehr stark hervorgehoben wird, wenn Sie so wollen. Wenn Sie den Blick verändern, und Sie gehen beispielsweise auf die Perspektive von Heimbewohnern oder auf die Perspektive von Nutzern sozialer Dienstleistungen, dann haben Sie unter Umständen eine völlig andere Perspektive. Dann steht nicht das Pflegehandwerkliche im Vordergrund, sondern Fragen des Wohlbefindens. Das wird vermutlich auch die Rolle unserer Kollegin von der BIVA gewesen sein, die heute nicht anwesend sein kann aus. Wo ist eigentlich bei all dem, was wir in den letzten Jahren an Qualitätsimpulsen bekommen haben, die subjektiv empfundene, die gefühlte Lebensqualität von Bewohnern? Das ist ein Element, was systematisch zu kurz gekommen ist.

Qualitätsbegriff aus
verschiedenen Perspektiven

fehlende Messkriterien von
(Ergebnis-)Qualität

Die ganze Debatte erinnert mich manchmal an Kindergarten-Niveau. Ein sozialwirtschaftliches Unternehmen ist verpflichtet, ein gutes Ergebnis im Sinne eines Effektes, einer Befindlichkeitsverbesserung beim Bewohner herzustellen. Und wir haben in den letzten Jahren im Bereich der Pflege immer sehr stark über Strukturmerkmale von Diensten und Einrichtungen diskutiert. Das wird vermutlich durch das Ordnungsrecht, die Diskussion um Heimgesetze, noch einmal verstärkt. Wir haben Aspekte herausgeriffen wie Prozessqualität, Stichpunkt Pflegeprozesssteuerung. Aber was wirklich Ergebnisse pflegerischen Handelns als Befindlichkeitsverbesserung beim Bewohner oder beim Pflegekunden sind, das steht sozusagen als ein ziemliches Fragezeichen da und ist ziemlich nebulös geblieben. Es ist viel gemacht worden. Aber eigentlich ist es fachlich noch überhaupt nicht überzeugend, weil das Entscheidende nämlich fehlt: Ein Konsens über Kriterien, anhand derer ich Qualität in der Pflege messen kann im Sinne des Ergebnisses und im Sinne des Wohlbefindens. Ich denke auch, das ist das ganze Dilemma im Augenblick in der Debatte über Transparenz in der Pflege, weil da Daten kolportiert werden, die eigentlich nicht wirklich aussagefähig sind. ...

Ich gucke immer gerne ins Gesundheitswesen hinein. Die haben das viel intelligenter und übrigens mit Blick auf Qualitätsindikatoren im Schweinsgalopp geschaffen unter Einbeziehung der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und damit auch der Ärzteschaft. Die Medizin ist immer, wenn Sie so wollen, fachlich und ausgerichtet auf die Akteure. Im Bereich der Pflege obsiegt in Deutschland immer ein obrigkeitsstaatlicher hoheitsvoller Gestus, egal, ob das jetzt heimgesetzlich motiviert ist oder pflegevertragsrechtlich.

Moderatorin: Die Frage, die sich dann für mich stellt als irgendwann sicherlich auch Pflegebedürftige: Die Politik muss ja trotzdem auch von dem Qualitätsbegriff ausgehen. Man muss ja einen begrifflichen Konsens finden. Wenn man sich heute noch nicht einmal richtig einig ist, woraus denn die Qualität besteht, wie ist es dann möglich, die zunehmende Problematik für die Jahre ab 2020, 2030 zu diskutieren? Eigentlich wird das Ganze doch ein bisschen tönern unter den Füßen.

Herr Fritsch, wie geht das Land Brandenburg an das Thema heran?

Gunter Fritsch: Ich denke auch, man kann kein einzelnes objektives Kriterium für Qualität ansetzen. Der Begriff "Pflege" alleine hat ja schon so etwas wie Abhängigkeit in sich. Und ich denke, ein wichtiges Kriterium ist: fühlen die Menschen sich da wohl? Ich habe neulich einen Zeitungsartikel gelesen. Da wurden die Mitarbeiter der Pflegeheime gefragt, ob sie denn da wohnen wollten, und sie haben wohl zu 75 Prozent mit dem Kopf geschüttelt. Das ist natürlich dann schon ein Problem. Aber ich habe auch den Bericht gelesen über die Auszeichnung des ersten Preisträgers hier in Frankfurt/Oder. Die Umstellung des Tagesablaufs. Also nicht der Einwohner des Heimes richtet sich nach dem vorgegebenen Tagesablauf, sondern umgekehrt: Der Tagesablauf passt sich den Bedürfnissen der Bewohner an. Das, glaube ich, ist ein ganz wichtiges Merkmal für Qualität.

Und dann kommt natürlich eins dazu: Ich kann die Frage "Ist das ein gutes Heim?" aus ganz verschiedenen Blickwinkeln stellen. Sie haben das eben schon angedeutet. Aus Sicht des Betreibers des Heims: Was habe ich für einen Überschuss am Jahresende? Je ehrlicher gemein-

nützig ein Träger ist, desto seltener wird er sich hoffentlich diese Frage stellen.

Aber ich kann sie auch aus medizinischer Sicht stellen: Ist da das Sicherheitsrisiko niedrig? Ist die Gesundheitsbetreuung optimal?

Oder ich kann sie mir aus der Sicht der Einwohner bzw. auch der Angehörigen - in schweren Fällen können sie das ja noch besser beurteilen als der Einwohner selbst - stellen und sagen: Fühle ich mich da wohl? Habe ich das Gefühl, hier kann ich meinen Lebensabend verbringen und auch noch etwas Sinnvolles dabei tun? Nicht nur aufbewahrt werden, betreut werden, sondern auch gestaltend meine letzten Jahre erleben. Und da finde ich diesen heiß umstrittenen Denkansatz, nicht als Pflegekräfte qualifizierte weitere Mitarbeiter einzustellen, um den Leuten eine menschliche Zuwendung und auch kreative Beschäftigung zu ermöglichen, schon sehr spannend. Ich halte es bei allem Für und Wider in der Abwägung überwiegend für einen positiven Gedanken.

Wenn das aber dazu führt, dass die regulären, ausgebildeten Pflegekräfte ersetzt werden durch diese "Hilfskräfte", dann haben wir so einen typisch kapitalistischen Trend, wie wir ihn nicht haben wollen. Das soll ja wirklich ein zusätzliches Qualität steigerndes Angebot sein.

Moderatorin: Herr Kaczynski, wenn wir uns über "Standards einhalten" unterhalten: Wir haben heute morgen auch in der Zusammenfassung der Workshops kurz darüber gesprochen, dass sehr viele Pflegefachkräfte abwandern in die Administration bzw. in die Überprüfung von diesen Standards. Ist das eine Aussage, die Sie so unterstreichen? Oder wie sollte man die Einhaltung solcher Qualität jetzt und natürlich auch in Zukunft, wenn die Problematik sich verschärfen wird, gewährleisten?

Abwanderung von Pflegefachkräften in die Verwaltung und zu Prüfinsititutionen

Andreas Kaczynski: Sie meinen die Aufstockung des Medizinischen Dienstes, der ja in Zukunft noch wesentlich intensiver wird prüfen wollen und prüfen müssen. Das wird sicherlich die Situation auf dem Arbeitsmarkt, die ja jetzt schon angespannt ist, noch einmal potenzieren. Das ist ein Problem, dem wir uns stellen müssen. Man kann Qualität nicht hineinprüfen in Einrichtungen. Die Prüfintensität sagt noch nicht wirklich etwas aus über die Qualität, die der einzelne Bewohner dort erlebt. Qualität ist sowieso etwas Individuelles. Das ist ja alles schon gesagt worden. Ob der Einzelne dort möglichst selbstbestimmt sein Leben leben kann, ob er mit seiner Biografie dort auch gut aufgehoben ist, ob er Normalität erlebt, möglichst viel Normalität, ich glaube, wir haben dafür eine Menge inzwischen getan.

Wenn ich nur daran denke, wie sich der Bau von Pflegeheimen in den letzten Jahren schon verändert hat. Wir haben inzwischen ja schon die dritte Generation von Pflegeheimen. Keiner stellt heute mehr so einen "Kasten" da hin, weil keiner darin wohnen will. Also insofern, glaube ich, sind wir da auf dem richtigen Wege. Wir haben an der Stelle eine Diversifikation in verschiedene Wohnformen. Das finde ich alles ganz wichtig und richtig. Wichtig ist jetzt, dass das Bauministerium nicht einen Riegel vorschiebt und dass wir sowohl von der Finanzierung wie vom Personal her die Möglichkeiten haben, das auch entsprechend zu gestalten, weil diese Diversifikation betriebswirtschaftlich nicht ganz einfach zu "handlen" ist. Es macht schon einen Unterschied, ob ich eine große "Kiste" betreibe oder ob ich mehrere Wohngruppen dort zu betreuen habe. Ansonsten muss natürlich all dem, was wir wollen, auf der anderen Seite auch entsprechend Rechnung getragen werden.

Zielgerechte Personalauswahl
und -bildung

Moderatorin: Wenn ich Qualität oder Zufriedenheit abfrage, welchen Standard, welchen Maßstab lege ich dann da an? Reicht es, wenn ich sage, "wie geht's uns denn heute", "geht's uns gut?", "Wunderbar!". Ist das dann der Standard, den ich eingehalten habe? Welchen Anteil können die Pflegenden selber einbringen, ohne dass es eine zusätzliche Belastung sein müsste, um so eine Qualität ständig zu wahren, Frau Kistler?

Anja Kistler: Ich denke, alle Kollegen sind sich einig: Pflege ist an vielen Stellen Kommunikation. Das heißt, wenn unsere Mitarbeiter an der Stelle sehr erfahren sind, wenn sie gut geschult sind, ist das die halbe Miete. Nichtsdestotrotz sind die Rahmenbedingungen mittlerweile so eng geworden, dass die Mitarbeiter gar keine Kraft mehr haben, angemessen zu reden. Und die Qualität, die spürt man. Die spürt man in diesem Verhältnis, denn wir sprechen ja über Langzeitversorgung, über Langzeitbeziehungen. Die Qualität entsteht da, wo sich zwei anlächeln, sage ich jetzt einfach einmal demonstrativ an dieser Stelle. Natürlich arbeiten wir daran, dass Dekubiti nicht entstehen, dass Kontraktoren nicht entstehen. Alle diese Dinge, wo wir pflegerisch wissen, das muss nicht sein, wenn wir die Prophylaxen gut und angemessen betreiben. Aber Pflege ist primär einmal Beziehung und nicht nur Handwerk, wie Sie gerade auch sehr gut sagten.

Moderatorin: Hat das trotzdem eine Auswirkung auf die Personalauswahl in einem Heim, wenn ich sagen möchte, ich muss Qualität wahren? Also das Beispiel, was wir beim ersten Preisträger gestern gehört haben, dass eigentlich jeder für alles zuständig ist? Ich habe selber in einem Pausengespräch mit einer Teilnehmerin gesprochen. Sie sagte: "Wahrscheinlich braucht man trotzdem auch die richtige Leitung dafür, um so etwas durchzusetzen, denn es wird einfach nicht jeder mitmachen." Wie beurteilen Sie die Offenheit?

Anja Kistler: Jeder, der Pflege gelernt hat, hat einen ganz schlimmen Satz ganz früh gehört: "Das haben wir schon immer so gemacht!" Daran leidet leider auch die ganze Berufsgruppe. Aber der Punkt ist: Wenn sich Kollegen auf den Weg machen und Pflegedienstleitungen wirklich auch Kollegen akquirieren können, die Ideen haben, die gut ausgebildet sind - und ich bin ein Verfechter der akademischen Ausbildung, wo wir ja auch landesweit Modellprojekte haben - dass wir diese Kollegen auch wirklich zum Bewohner bringen oder zum Patienten. Aber das ist eine andere Baustelle. Dass wir einfach Leute haben, die noch einmal anders denken können und dann auch anders agieren. Natürlich spielt das Team eine ganz große Rolle.

Und wenn die abends einmal ein Bier zusammen trinken oder mal Freitags zusammen in die Disco gehen, wenn es ein junges Team ist, dann werden die auch anders arbeiten. Dann werden am Sonntagmorgen die Kollegen nicht hängen gelassen und einer sagt, ich komme heute nicht zur Arbeit, ich habe Kopfschmerzen. Der wird kommen, und der Tag wird besser laufen, als wenn er nicht gekommen wäre.

Moderatorin: Herr Schmidt, sehen Sie bei den Studierenden, die Sie betreuen, schon ein Umdenken, eine andere Herangehensweise, eine andere Motivation, mit dem ganzen Thema umzugehen?

Roland Schmidt: Diese Studierenden gibt es irgendwie nicht.

Anja Kistler: Doch, doch, doch.

Roland Schmidt: Das ist eine sehr heterogene Gruppe. Ich denke, es gibt einige Dinge, die man im Bereich der Pflege im Augenblick diskutiert und überlegt, und zwar auch im Kreise derjenigen, die das Pflegehandwerk und die Pflegebeziehungsarbeit ausüben. Nicht jede Pflegefachkraft ist ideal eingesetzt in der Pflegeprozesssteuerung. Es ist ein ziemlich anspruchsvoller kognitiver Vorgang, einen Hilfeprozess über eine Zeit hinweg zu planen, mit realistischen Zielvorstellungen zu definieren und dieses zu kontrollieren. Ich vermute, dass wir in den nächsten Jahren innerhalb der Pflegeberufe deutlicher eine Hierarchie bekommen werden zwischen denjenigen, die letztlich eine Steuerungsverantwortung im Sinne der individuellen Fallsteuerung, Pflegeprozesssteuerung, ausüben, und wir werden auf der anderen Seite Mitarbeiter in der Pflege haben, die ihren Schwerpunkt auf die Durchführung von Verrichtungen und auf die Gestaltung von Kommunikation legen. Mein Eindruck ist, dass man in der Pflege - im Nachhinein betrachtet - zu lange Zeit von der Illusion gelebt hat, dass sozusagen alle die gleichen Voraussetzungen mitbringen und identisch arbeiten können.

Es gibt einen zweiten Punkt, auf den ich hinweisen möchte. Wenn wir uns vor allen Dingen auch den Bereich der ambulanten Strukturen anschauen und jetzt nicht nur vom Heim ausgehen, wird es auch erforderlich sein, dass es Pflegefachkräfte gibt. Das wird dann beim Träger möglicherweise eine Person sein, die auch in der Lage ist, neue Dienstleistungen in der Pflege zu entwickeln, im Projekt zu realisieren, in der Praxis auszutesten und entsprechend dann auch zu evaluieren. Was hat's denn bitte gebracht? Ist das, was wir uns davon versprochen haben, auch eingetroffen?

Ich mache die Erfahrungen in Thüringen, nicht Brandenburg. Von daher muss ich das ausdrücklich dazusagen, dass es ambulante Dienste gibt, die schon mit dem Ausbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes fachlich überfordert sind. Und das ist sozusagen der zweite Aspekt: Wir brauchen in der Pflege zukünftig auch Mitarbeiter, die, wenn Sie so wollen, managerielle Kompetenzen im Sinne von Care Management mitbringen.

Und auf ein Letztes möchte ich hinweisen, weil es noch einmal anschließt an Ihre Qualitäts-Frage. Etwas, was in der ganzen Diskussion über die Veröffentlichung - demnächst - von Prüfberichten häufig in den Hintergrund geht: Es gibt innerhalb des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nun auch die Bestimmungen, dass unter bestimmten Bedingungen neu entwickelte Expertenstandards in der Pflege zu implementieren sind als eine Voraussetzung der Zulassung zur Versorgung. Das heißt, Sie brauchen auch in den Einrichtungen und Diensten, also in beiden Varianten, zumindestens auf der Trägerebene auch in der Zukunft Qualifikationen im Bereich der Pflege, wenn es darum geht, wie implementiere ich eigentlich Aussagen in Richtung eines evidenzbasierten, also eines überlegenen, bewiesenen und belegten Vorgehens in der Pflege. Ich will damit andeuten, dass hier eine Ausdifferenzierung Raum greift. Da schließe ich an die Sorge, die Sie formuliert haben: Wenn also die Anforderungen wachsen, wie ist denn eigentlich heute die Landschaft in den Einrichtungen aufgestellt, um dieses auch im Sinne von Personalentwicklung in der Pflege abbilden zu können? Dann diskutieren wir über

Ausdifferenzierung:
zukünftig Hierarchisierung und
Spezialisierung zur Schaffung
von Karrierechancen?

verbindliche Umsetzung von
Expertenstandards erfordert
qualifiziertes Personal

angemessene Betriebsgrößen, über möglicherweise erforderliche Fusionen, um auch Mitarbeitern in der Pflege entsprechende Karriere-möglichkeiten zu eröffnen. Denn das ist relativ klar: Wir werden in der Pflege auch mit anderen Branchen um junge Leute dahin gehend konkurrieren, wo sie später einmal ihre berufliche Zukunft und ihre Ausbildung machen. Da muss man auch irgendwo attraktiv sein als Beruf und man muss letztlich auch jungen Leuten die Möglichkeit geben, dass man in der Pflege auch Karriere machen kann. Alles andere wäre eine Illusion aus meiner Sicht.

Ausdifferenzierung durch fachliche Spezialisierung

Anja Kistler: Ausdifferenzierung in der Pflege haben wir ja schon. Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft. Also da sind wir ja auf dem Weg. Was, denke ich, kommen wird, ist Spezialisierung noch einmal ganz anders. Und hier müssen natürlich auch die Gelder da sein, dass man sich qualifizieren kann. Den Wundmanager, Diabetesberater gibt es schon lange, einfach Themen, wo Kollegen sich dann spezialisieren können und in der Einrichtung oder trägerübergreifend arbeiten und beraten können. Die spannende Geschichte ist ja zum Beispiel, dass Ärzte sich mittlerweile Wundmanager auch wirklich in Kooperation halten. Andere Ärzte sagen, "ich mache Betaisodonna drauf und gut".

Moderatorin: Sie sagten soeben, die Ausdifferenzierung ist noch nicht so ausgestaltet, wie es momentan bzw. gar in Zukunft nötig wäre?

Andreas Kaczynski: Ich glaube, das hat gestern Ministerin Ziegler auch schon deutlich gemacht. Wir brauchen Eingangsstufen, die jetzt auch zum ersten Mal geschaffen werden, um die Schwelle für den Pflegeberuf abzusenken. Auch angesichts der demographischen Zahlen werden wir uns über eine Ausdifferenzierung in verschiedene Tätigkeiten noch einmal unterhalten müssen. Denn einmal ganz betriebswirtschaftlich gesagt: Eine teure examinierte Pflegekraft wird nicht mehr alle Verrichtungen machen können, sondern sie wird entweder planerisch tätig sein oder vor allen Dingen die medizinischen Leistungen wahrnehmen, während viele andere Betreuungsleistungen, Grundpflegeleistungen, anders wahrgenommen werden müssen.

Also man braucht ein Gesamtpaket und man wird sicher auch noch in andere Bereiche, nämlich in den nachbarschaftlichen Bereich hineingehen müssen, in den ehrenamtlichen Bereich und so weiter. Für mich macht sich die Qualität auch daran fest, wie gut die Einrichtung oder der Dienst eben auch in die Umgebung eingebettet ist, wie offen ein solches Haus ist, das keine Insel darstellt, dass Menschen dort hineinfinden, dass Angehörige nicht völlig aus der Verantwortung gelassen werden. Auch das ist ein ganz wichtiges Thema.

Oder wenn man nach der Zufriedenheit fragt, dass so etwas auch unterstützt wird, also dass Menschen sich artikulieren können, dass man sie sprachfähig macht. Dafür gibt es ja gute Beispiele im Demenzleibereich. Dass man mit einer entsprechenden Unterstützung mit Einbindung von anderen Strukturen, von Angehörigen oder von Ombudsteu-leuten etc., durchaus ein Gegenüber schaffen kann gegenüber der beruflichen Tätigkeit. Und ich glaube, die ist notwendig, denn jeder hat seine Perspektive. Jeder hat auch seine Interessenlage, und man kann auch betriebsblind werden. Wenn wir das alles ernst nehmen wollen, wenn wir Transparenz und Verbraucherschutz ernst nehmen wollen, dann müssen wir all diese Themen auch entsprechend absichern und entfalten. Sonst haben wir nachher nur Papiere.

Moderatorin: Das sind jetzt alles Begriffe, die zunehmend eine Rolle spielen, fast als wird ein ganzer Bereich ein bisschen erwachsen. Es geht um Markt. Es geht um Karrierechancen. Es geht um Management. Wir haben ja auch die Aufforderung im SGB XI, dass eigentlich mehr Markt in der Pflege gefördert werden soll. Da spielt natürlich die Qualitätsfrage eine große Rolle. ... Jetzt ist Brandenburg für einen Pflegemarkt ein relativ kompliziertes Bundesland, weil wir ja mit der Fläche zu tun haben. Welche Marktbedingungen, welche Marktstrukturen hat das Land Brandenburg für sich erkannt, Herr Fritsch?

Gunter Fritsch: Brandenburg steht auf jeden Fall erst einmal vor dem Problem der demographischen Entwicklung. Ich vermute einmal, dass in den Vorträgen gestern und heute das Thema hinreichend behandelt worden ist. Wir übernehmen die Mehrheit in der Gesellschaft für Senioren. Und es ist ganz eindeutig: Wer heute Lehrer wird oder wer heute Altenpfleger wird, wird in Brandenburg nicht arbeitslos. Das ist klar.

Ich denke auch, es gibt optimale, optimierte Größenstrukturen für Pflegeeinrichtungen. Ich denke einmal an unsere Häuser in Letschin beispielsweise, mitten im Oderbruch. Die kann man nicht beliebig groß machen, weil man dann zu große Entfernungen, zu große Einzugsgebiete hat. Die Leute mögen schon überwiegend gerne in der gewohnten Umgebung bleiben, auch wenn sie die nicht täglich nutzen können. Das halte ich für eine ganz wichtige Geschichte. Zu kleine Einrichtungen andererseits sind unwirtschaftlich. Die kann man auch nicht betreiben.

Außerdem sind natürlich die Ansprüche sehr unterschiedlich. So wie der Arzt für jeden Patienten eine eigene Therapie festlegt, habe ich natürlich jemanden im Heim, der stark dement ist, anders zu behandeln als jemanden, der da nur liegt, weil er einen Oberschenkelhalsbruch hatte und gerade nicht laufen kann. Und so muss ich auch die Mitarbeiter entsprechend ihren Talenten einsetzen. Das ist schon gesagt worden.

Was das Leitungspersonal angeht, muss man natürlich zusätzlich zu der guten Ausbildung, die sie brauchen, um das alles sachgerecht organisieren zu können, die Fähigkeit zur Motivation der Mitarbeiter noch einmal betonen. Wenn ich Chefs habe, die die beste wissenschaftliche Ausbildung haben, ihre Mitarbeiter aber nicht mitgerissen bekommen oder gar nicht selber so mitreißend sind, dann wird das alles nicht funktionieren. ...

Auch die Schwerpflegebedürftigen haben ja noch ein paar Jahre vorher gehabt. Das klang vorher schon an. Die kommen aus einem vollen Berufsleben. Dann werden sie Rentner, sind noch fit, fahren noch Ski, gehen skaten. Irgendwann geht das nicht mehr und irgendwann kommen sie in eine Einrichtung. Wo fängt die an? Wir haben jetzt zunehmend diese neuen betreuten Wohnformen. Ich habe hier dieses gemeinsame Rundschreiben MASGF und Bauministerium ... als Handreichung für die Bau- und Mietämter. Das geht dann los von der Senioren-WG über intensiver betreute Wohnformen bis hin zum richtigen Pflegeheim, wo dann auch baurechtlich immer unterschiedliche Anforderungen gestellt werden. Und da sind natürlich die Bauordnungsämter teilweise sehr restriktiv, weil sie eben sagen, wir müssen das so absichern. Wenn da irgendetwas passiert, kriegen wir die Schuld. Und das wollen wir nicht. Die haben also da ein bisschen Ängstlichkeit.

Ausdifferenzierung durch unterschiedliche Wohnkonzepte

Pflegebereich:
„Markt“ oder „Wettbewerb“

Moderatorin: Wenn es so viele Auflagen gibt, die natürlich auch sicher notwendig sind, ist dann der Begriff "Markt" in der Pflege machbar? Ist das ein passender Begriff? Oder weckt das unter Umständen Erwartungen oder auch Wünsche, die dann ... nicht realisierbar sind?

Gunter Fritsch: Wenn Sie jetzt "Markt" meinen in dem klassischen Sinne der Europäischen Union: alles privatisieren, privatisieren, privatisieren? Das glaube ich überhaupt nicht, dass das ein Allheilmittel ist. Eine motivierte Belegschaft muss da sein, die sich darum kümmert, die die Außenkontakte - auch zu den Behörden - hält.

Wir haben noch ein zweites Problem: Das sind ja dynamische Prozesse. Selbst eine Truppe, die sich zu einer Senioren-WG zusammenfindet und erst einmal nur Wohnungen mietet und dort gemeinsam wohnt, bleibt ja nicht so alt, wie sie ist. Die werden ja älter. Die wachsen ja rein in eine Gruppe, die der Betreuung bedarf. Das sind ja alles keine geschützten Begriffe. Die sind ja alle noch fließend. Auch darum gibt es ja noch keine echten Standards und Definitionen. Das entwickelt sich jetzt erst - bis dahin, dass sie zu Pflegefällen werden.

Wie organisiere ich denn die Bauauflagen, die ich für die Senioren-WG noch ganz niedrig halten kann, mit zunehmendem Älterwerden der Truppe? Muss ich die jetzt alle umlegen in eine andere Einrichtung? Das mögen die überhaupt nicht. Kann ich die baulichen Maßnahmen anpassen? Also da kann man nur empfehlen, mit den örtlichen Behörden ganz engen Kontakt zu behalten, sie ruhig auch einzuladen und das zu beobachten, um da eben nicht zu überflüssigen Auflagen zu kommen, die das Ganze wieder auseinanderfliegen lassen.

Moderatorin: Ich bleibe noch ein bisschen hartnäckig beim Marktbegriff im Sinne von Angebot und Nachfrage. Sie haben soeben gesagt, wer in die Altenpflege geht, wird erst einmal nicht arbeitslos. Das ist auch durchaus ein "natürlich nachwachsender Rohstoff", wenn man so will.

In einem Vorgespräch hat man gesagt, es sollten vielmehr Leute gründen. Wir haben ja auch heute Morgen von einer Gründung gehört. Aber in dem Moment, wo das Unternehmerische aufgesetzt wird, habe ich zu tun mit Konkurrenz. Und dann - im Sinne von Angebot und Nachfrage - fange ich doch wieder an, vom Markt zu sprechen. Jetzt hat sich gezeigt, dass nicht einmal die Banken, die ja sehr wirtschaftlich orientiert sind, alleine ihren Markt regeln können. Wie soll das denn die Pflege machen? Gibt es ökonomische Daten, woran man einen Markt festmachen kann, Herr Schmidt?

Roland Schmidt: Um es einmal so zu sagen: Der ökonomische Begriff "Markt" trifft auf die Pflege annähernd nirgends zu. Es sei denn, ich bin im reinen Selbstzahler-Segment. Das klammere ich einmal aus. Sie müssen sich immer vorstellen, der Pflegebedürftige öffnet ja nicht sein privates Portemonnaie und bezahlt den Dienstleister, sondern er hat einen Sozialversicherungsanspruch gegenüber seiner Pflegekasse, und der Schadensfall, den der MDK überprüft hat, ist eingetroffen. Er bezieht jetzt Leistungen und der Dienst oder die Einrichtung rechnet mit der Pflegekasse ab. Also die Konsumenten- und die Finanzierrolle ist immer im Sozialbereich und in der Sozialversicherung generell aufgespalten in zwei unterschiedliche Positionen. Sie haben nie eine echte Tauschbeziehung in unserer Sozialbranche. Vom reinen Selbstzahlerbereich einmal abgesehen.

Das, was jetzt der Gesetzgeber in der Pflegeversicherung von Anfang an gemacht hat und was unter Umständen manchmal dazu führt, dass man den Begriff "Markt" da verwendet, obwohl es eigentlich von der Definition her nicht stimmt, ist, dass er sagt: "Ich möchte einen Wettbewerb haben der Dienste und Einrichtungen um Pflegebedürftige und ihre Haushalte, die ihnen Vertrauen schenken." Also er organisiert das Wettbewerbsprinzip sozusagen auf die Beziehungsebene zwischen Pflegebedürftigem/Haushalt und Leistungserbringer.

Es ist im gesamten Sozialrecht in der Bundesrepublik Deutschland nur in der Pflegeversicherung möglich, hier das Wettbewerbsprinzip einzusetzen, weil die Pflegeversicherung keine volle Bedarfsdeckung macht und damit sozusagen die Gefahr abgewendet ist, dass sich der Hilfebedürftige und der Dienstleister zu Lasten des Kostenträgers verbünden und quasi Leistungen erbringen und konsumieren, die nicht bedarfsnotwendig sind. In keinem anderen Sozialversicherungs- oder Fürsorgebereich ist das Wettbewerbsprinzip dort organisiert, wo sie es in der Pflegeversicherung haben.

Wenn man es ökonomisch korrekt ausdrücken will, dann ist Pflegeversicherung ein Wettbewerbsdreieck, in das diese Elemente eingeführt wurden. Man kann von einem Quasi-Markt sprechen.

Es gibt übrigens auch Projekte und Versuche, das ein Stück weiter zu treiben. Denken Sie bitte an die Formulierung § 8 Absatz 3, die Experimentierklausel der Pflegeversicherung, wo der Gesetzgeber geschrieben hat, man soll mit persönlichen Budgets in der Pflege experimentieren. Und man hat das ja in einem großen Projekt im Feldversuch in der Bundesrepublik Deutschland gemacht, unter anderem auch in Erfurt. Von daher bin ich da nun etwas näher dran an dieser Stelle. Also eine Geldleistung in Sachleistungshöhe zum Sachleistungseinkauf flankiert durch Case Management. Dann haben Sie natürlich, wenn Sie so wollen, eine radikalisierte Situation, wo sehr viel stärker quasi die Nachfragemacht des in seiner Kaufkraft gestärkten Pflegehaushalts eine Rolle spielt.

In der nächsten Legislaturperiode gibt es ja die große Pflegeversicherungsreform unweigerlicherweise. Da kommt dann auch die Frage der Nachhaltigkeit der Finanzierung hoch, über die wir uns im Augenblick hinweg gemogelt haben. Und dann wird man abwarten, in welche Richtung es geht.

Ich kann Ihnen nur heute schon deutlich intimerweise sagen von Paul Schiffer, VdAK, dass das BMG schon den Besuch des Hohen Kommissars der Europäischen Union hatte, der klar gesagt hat, Pflege ist nicht Health Care, Gesundheitswesen, sondern Pflege ist etwas, was Dienstleistung ist. Von daher ist die Geldleistung primär. Also die große Frage ist, ob wir hier in der Bundesrepublik Deutschland an unserem Sachleistungsprinzip dauerhaft festhalten können. Das wird irgendwann ein Streit zwischen Bundesregierung und Europäischer Kommission sein. Nur, wenn Sie solche Formen von Geldleistung statt Sachleistung haben, dann haben Sie zwar immer noch keinen ökonomisch korrekten Markt. Aber Sie haben deutlich eine Steuerung des Pflegegeschehens durch die Haushalte und Betroffenen, so sie kognitiv dazu in der Lage sind.

Sie wissen jetzt, worauf ich abhebe.

Moderatorin: Herr Fritsch, zum Thema Finanzierung?

Pflegebereich:
Daseinsvorsorge oder
Gewinnorientierung?

Gunter Fritsch: Ja, ich glaube, ich verstehe jetzt langsam, was Sie mit der Frage nach "Markt" verstehen. Durch die steigenden Fallzahlen sagen wir natürlich alle, klar, da ist ein Markt. Aber vielleicht meinen Sie es ja noch kapitalistischer, als ich Sie jetzt verstanden habe?

Wenn die Frage "Markt" heißt "Darf Pflege gewinnorientiert werden?", dann muss ich einen anderen Begriff einführen und das Thema Daseinsvorsorge ins Spiel bringen. Es gibt ja ein paar Bereiche, die sind klassisch im kommunalen Bereich Daseinsvorsorge. Es würde nie ein Mensch auf die Idee kommen, Kindergärten zu betreiben, um eine hohe Kapitalrendite heraus zu holen, oder Abwasser oder Trinkwasser oder Schule oder Gesundheitswesen. Und da fangen wir schon an zu zucken. Beim Gesundheitswesen löst sich das schon so ein bisschen auf. Und wenn ich die Europäische Union höre, dann möchten die immer mehr Themen aus dem Bereich Daseinsvorsorge herausnehmen. Die klassische Daseinsvorsorge, auf die jeder Bürger einer Gemeinde Anspruch hat, darf nicht gewinnorientiert arbeiten. Sie darf nur Kosten deckende Gebühren erheben. Und wenn wir ein Bewusstsein in dieser Gesellschaft erreichen könnten, wollen wir zumindest die klassische Pflege, vielleicht noch nicht so das betreute Wohnen oder Senioren-WGs, aber die, wo der Mensch wirklich völlig abhängig ist, als Daseinsvorsorge verstehen, nicht als gewinnorientiert ...

Andreas Kaczynski: ... Im lokalen Markt ist es durchaus kampfsentscheidend, was ich für diesen Preis der Pflegestufe eins, zwei, drei dann im einzelnen anbiete, was ich also in das Paket packe. Das ist schon kriegsentscheidend für den einzelnen Anbieter. Insofern glaube ich schon, dass wir sehr viele Marktelemente haben. Wir haben nur ein Problem. Wir haben ja auf der anderen Seite mit dem, der es letztlich bezahlt, einen ganz starken Monopolisten sitzen. Das ist ein ganz großes Problem, was weder vom Verbraucher wirklich zu beeinflussen ist noch vonseiten der Anbieter. Die Selbstzahler sind letztlich zu vernachlässigen. Aber trotzdem sind ganz bewusst Marktelemente eingeführt worden. Wir haben Privatisierungen in weitem Maße. Wir haben heute wesentlich mehr private ambulante Dienste im Land Brandenburg als gemeinnützige, die in den Wohlfahrtsverbänden organisiert sind. Das ist gewollt gewesen an der Stelle.

Pflegebereich als Arbeitsmarkt

Und wir haben natürlich einen Arbeitsmarkt. Wir kämpfen ja inzwischen hier um die letzten Fachkräfte im Land Brandenburg. Auch das wird in Zukunft kampfsentscheidend sein. Also insofern haben wir einen Markt, der sicherlich auch viele Nachteile hat. Das muss man ganz klar sagen.

Moderatorin: Herr Schmidt!

Roland Schmidt: Ich würde immer sagen, wir haben Wettbewerb. Wir haben nicht Markt. Wir haben einen Wettbewerb und einen Quasi-Markt. Nur ein Beispiel: Wenn ich bei Ihnen, die Sie eine stationäre Einrichtung haben, leben würde, würden quasi Ihre Trägerverbände zusammen mit den Spitzenverbänden der Pflegekasse auf Landesebene darüber befinden, wieviel ich aus meinem privaten Portemonnaie zu zahlen habe für den Bereich beispielsweise der Verpflegung. Das entscheide ich nicht als derjenige, der rechtlich primärer Kostenträger ist, sondern das entscheiden die Trägerorganisationen der Leistungserbringer zusammen mit den Trägerorganisationen der Pflegekassen. Also, um deutlich zu machen, was ich meine: Das passt alles überhaupt nicht. Das ist hoheitlich überformt.

Ich muss Ihnen an einer Stelle - sorry, das macht man ungerne gegenüber einem Landtagspräsidenten - widersprechen. Per Definition haben Sie eine leistungsgerechte Vergütung, die prospektiv beschlossen wird. Und in diesem Finanzierungsinstrument ist es möglich, sowohl rote Zahlen zu schreiben und den Bestand der Einrichtung zu riskieren als auch schwarze Zahlen zu schreiben und Rücklagen zu bilden. Der Unterschied zwischen freigemeinnützig und privatgewerblich besteht darin, dass ich im freigemeinnützigen Bereich diese Rücklagen quasi nicht privat für andere Zwecke verwenden kann. Sie müssen in der Pflege sogar Rücklagen bilden. Wenn Sie nur eine leicht schwarze Null haben, sind Sie völlig unfähig, irgendetwas an Innovation im Bereich des Dienstleistungssektors überhaupt vorfinanzieren zu können. Sie haben kaum Möglichkeiten, im Sinne von Personalentwicklung etwas zu machen ... und ... letztlich den Kapitaldienst für Kredite zu bedienen, wo eine Landesregierung ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Finanzierung der Infrastruktur in der Pflege nicht nachkommt.

Das ist nämlich ein Punkt, den wir sehr häufig leicht aus dem Auge verlieren. Die eigentliche Finanzkonstruktion in der Pflegeversicherung ist: Die Pflegekasse finanziert den laufenden Betrieb, und für die Investitionskosten ist die Landesregierung verantwortlich.

Ich habe es in Brandenburg damals durch meine engen Kontakte zum Sozialministerium mitbekommen. Ich war ja mit derjenige, der damals den Altenbericht des Landes mitverfasst hat. In Brandenburg wie auch in den anderen neuen Ländern hatten wir nach der Wende das Glück, dass die Sondermittel aus dem Bundeshaushalt zur Sanierung bzw. zum Neubau der Heimlandschaften da waren, verbunden mit der Setzung, dass wir pro 100 65jährige und ältere drei Pflegeplätze benötigen. Alles, was darüber hinauskommt und sich in den letzten Jahren entwickelt hat, ist frei finanziert. Also auch alleine aus dem Grund, dass sich Landesregierungen hier in dem investiven Bereich - jetzt drücke ich mich hoch diplomatisch aus - zum großen Teil dezent zurückgehalten haben in den letzten Jahren. Denn wie wollen Sie ansonsten gegenüber einem Bankhaus als solventer Geschäftspartner erscheinen, wenn Sie nicht eine Eigenkapitaldecke haben und auch in der Lage sind, Projekte dieser Größenordnung darzustellen. Also, ich möchte klar und deutlich sagen, im sozialwirtschaftlichen Bereich geht es gar nicht anders heutzutage und in der Pflege erst recht, ohne dass Sie letztlich irgendwo eine Rendite erwirtschaften oder dass Sie entsprechende Rücklagen bilden. Hier haben manche Träger angesichts der Rücklagen mittlerweile schon fast Probleme mit der Gemeinnützigkeit.

Gunter Fritsch: Darf ich mal danken, dass Sie mir nicht widersprochen haben. Ich habe von Gewinnen gesprochen und nicht von Überschüssen und Rücklagen. Die gehören zum langfristigen Finanzierungskonzept als Kosten natürlich dazu. Aber hier eben das Wort Aktiengesellschaften, und als Sie von Wettbewerb sprachen, fiel hier das Wort Konkurrenz. Das meinen wir. Und das ist die Sorge, dass dieser Gedanke "das ist Daseinsvorsorge" immer mehr ausgehöhlt und unterwandert wird und dann doch irgendwann Kapitalinteressen zum Zuge kommen, und das wäre dann systemschädlich.

Moderatorin: Aber ist das jetzt nicht ein gewisser Paradox, Frau Heppener? Einerseits ist die Anforderung, es darf Wettbewerb in dieser klassischen fast schon aggressiven Form nicht geben, weil das Thema sich dafür auch nicht unbedingt eignet. Andererseits haben wir es ja

„Gewinne“ versus
„Überschüsse“/„Rücklagen“?

künftig mit einer Problematik zu tun, wo mehr Leute auch motiviert werden sollten, in das Thema einzusteigen. Und für viele spielt doch der schnöde Mommon als Motivation bei allem guten Willen einfach eine Rolle. Kann man den wirklich ganz von diesem Thema trennen?

Gunter Fritsch: Aber da müssen wir doch unterscheiden! Wettbewerb um bessere Qualität, dagegen hat niemand etwas zu sagen. Wettbewerb, um das meiste Geld aus dem System zu ziehen, das ist das, was wir jetzt gerade kritisieren.

Moderatorin: Aber ist es nicht trotzdem in Anbetracht der vor uns liegenden Aufgaben fast schon eine Notwendigkeit, sich auch davon zu verabschieden, damit man trotzdem irgendwie daraus einen größeren finanziellen Vorteil ziehen kann? Es muss ja nicht sein, dass man sich maßlos bedient. Frau Heppener?

Sieglinde Heppener: Also ich habe jetzt den Eindruck, dass wir eine etwas abwertende Haltung zum Markt, zu Marktgesetzen haben. Dass wir den Markt prinzipiell mit Ausbeutung gleichsetzen. Ich denke, dass alles, was wir tun, Marktgesetzen folgt, und dass das, was unser Präsident möchte, Daseinsvorsorge auf hohem Niveau, natürlich auch Kosten verursacht und bezahlt werden muss, also damit auch Marktgesetzen folgt. Denn es geht ja eigentlich nur darum, dass man seine Zwecke verfolgt mit den besten Mitteln und zu den geringsten Kosten. Jeder, der das tut, wird sich am Markt durchsetzen. Und ich glaube, jeder, der auch in der Pflege etwas bewirken will, muss sich dieser Frage stellen. Und in dem Sinne wissen wir, dass der Pflegebereich ein sich entwickelnder Markt ist schon von den Dimensionen, die damit zu bewirken sind, aber auch von wachsenden Ansprüchen, der Differenzierung zwischen den Menschen, die Pflege nachfragen. Es ist ein sich differenzierender, sich entwickelnder Markt, und es wird sich eben der durchsetzen, der diese neuen Ansprüche mit den geringsten Kosten bewirken kann.

Das hat nichts damit zu tun, dass man versucht, die Kosten zu drücken auf Kosten eben der Ansprüche, denen Pflege überhaupt genügen muss. Und da wären wir wieder bei Deiner Daseinsvorsorge. Aber ich würde mich wehren, sozusagen Pflege als Markt a priori zu verteufeln. Wenn man bei dem bleibt, was Herr Schmidt sagte, dann wäre also der Pflegebereich das tolle Beispiel für soziale Marktwirtschaft.

Moderatorin: Frau Kistler.

Pflegebereich als „Nebenmarkt“/„Schwarzmarkt“

Anja Kistler: Zwei bis drei Dinge gehen mir durch den Kopf. Erstens, es gibt bereits einen Nebenmarkt. Es gibt Kollegen, die bei Menschen direkt angestellt sind oder schwarz arbeiten - das wissen wir auch alle - , wo Pflegegeld bezogen wird und dann aus privater Tasche bezahlt wird. Gucken Sie ins Internet. Sie werden so etwas finden. Mein Mann ist Altenpfleger und beguckt das gut und pflegt auch in der Regel nicht mehr im Pflegeheim. Denn jeder Kollege sagt, einen zu pflegen, auch wenn sie 24 Stunden verantwortlich sind, ist ein Spaziergang zu dem, was ich sonst erlebe. Und da wird wirklich gute Pflege gearbeitet. Wenn dann der Mensch weiß, was er tut.

Die zweite Sache ist: Wir haben gerade schon das Szenario entwickelt, Pflege wird zum knappen Gut. Lassen Sie uns darüber nachdenken. Was passiert dann mit dem Markt? Und uns?

Pflege = knappes Gut
--> Folgen?

Moderatorin: Ich stelle die Frage in den Raum. Was wird passieren?

Andreas Kaczynski: Ich finde, wir haben uns ein bisschen verlaufen in diese Marktproblematik. Dass Viele Probleme haben, überhaupt noch die Leute zu finden, die pflegen können, ... das ist das ganz knappe Gut. Wir werden natürlich auch über die Finanzierung von Pflege reden müssen. Ich denke, das ist eine Lücke vor allem in Westdeutschland. In Brandenburg spielt das noch nicht diese starke Rolle.

Anja Kistler: Vielleicht in Potsdam?

Andreas Kaczynski: Auch weniger. Die polnischen, ukrainischen, rumänischen und so weiter Krankenschwestern reisen hier alle durch. Aber nichtsdestotrotz ist es ganz klar ein Signal dafür, dass wir eine Versorgungslücke haben. Im demenziellen Bereich, und zwar im familiären Kontext, ist momentan eine 24-Stunden-Versorgung schlichtweg nicht bezahlbar.

Und da ist auch das, was ich bisher wahrgenommen habe im Bundesgebiet, was da an Modellprojekten versucht wird. Rheinland-Pfalz hat ja versucht, beispielsweise durch eine entsprechende Co-Finanzierung dann relativ günstig Pflege anzubieten und so weiter. Das ist alles bisher nicht überzeugend. Wir haben da ein Problem.

Das Problem der Schwarzarbeit wird sich vielleicht in dem Maße erledigen, wie sozusagen die Länder selber dann die Kräfte auch brauchen, und die polnische Krankenschwester eben nicht mehr kommt, weil sie dann in Polen auch vernünftig verdient.

Aber das Grundproblem ist, dass wir Pflege bezahlbar halten müssen und dass wir das nicht so lösen können, dass wir jeden Pflegebedürftigen irgendwo stationär möglichst günstig unterbringen und versorgen, und damit einfach abfrühstücken. Das wollen wir ja alle nicht. Wir wollen, dass der Einzelne in seiner Häuslichkeit bleibt so lange wie möglich, dass er noch so viel Wohnqualität wie möglich hat und so viel Alltag erleben kann wie möglich. Aber das hat seinen Preis. Und deswegen glaube ich, dass die nächste Pflegereform vor allen Dingen einerseits auch eine Frage sein wird, was den Pflegebegriff angeht, aber auch, was die Finanzierung von Pflege angeht. Hier wird sich die Gesellschaft schlichtweg am Scheideweg befinden und das wird, glaube ich, noch eine ganze Menge Knirschen verursachen. So, wie wir im Moment aufgestellt sind, wie wir Pflege organisiert haben, wird man das nicht über zwanzig Jahre fortschreiben können.

Finanzierungsproblem
verantwortlich für
Schwarzarbeit in der Pflege?

Moderatorin: Ein Thema, was in dem Zusammenhang dann immer wieder zur Sprache kommt, wir haben es auch in den Workshops gemerkt, ist das Thema Ehrenamt. Frau Heppener, besteht die Gefahr, dass man die Gesellschaft mit der Anforderung nach ehrenamtlicher Tätigkeit auch überfordern kann?

Ehrenamt als Lösung?

Sieglinde Heppener: Das ist ein weiteres Feld, wenn man über Ehrenamt nachdenkt. Generell haben wir ja eine sinkende Bevölkerungszahl bei einer wachsenden Zahl der Menschen, die über 65 Jahre sind und hier bei uns leben. Es ist klar, dass dann auch die Menschen, die für ein Ehrenamt zur Verfügung stehen, weniger werden.

Aber erstens, dafür würde ich mich sehr einsetzen, das Ehrenamt muss etwas sein, was sozusagen dazukommt zu dem, was bei uns auf diesem Gebiet geleistet wird. Es darf nicht das, was - Daseinsvorsorge - von den Kommunen zu leisten ist, ersetzen. Es muss etwas sein, was dazu kommt.

Aber es ist gut, dass da etwas bei uns dazu kommt. Ich glaube mit dem Ehrenamt geht auch eine wichtige Wirkung des Menschlicher-Werdens unserer Gesellschaft einher.

Drittens darf man das Ehrenamt nicht nur von der Seite sehen, dass da ehrenamtliche Arbeit für andere Menschen geleistet wird, sondern es ist auch wichtig für die Menschen, die selbst im Ehrenamt sind. Wenn wir Alten nach unseren Ängsten gefragt werden, ist die eine Angst ja, "Wie werde ich leben, wenn ich mir einmal selbst nicht mehr helfen kann?". Aber die zweite Frage ist dann sofort, dass wir Angst davor haben, nicht mehr gebraucht zu werden. Dieses Erlebnis, dass man da gebraucht wird, macht das Ehrenamt so wichtig für die ganze Gesellschaft, eben auch für die Leute, die sich da engagieren.

Und weiter wissen wir, dass vieles, was unsere Gesellschaft sehr schön macht, nicht mehr möglich wäre, ohne dass sich Ehrenamtler einbringen. Sie gehen in die Heime. Sie haben den Besucherdienst. Sie fahren aus. Sie lesen vor. Sie reden mit Menschen. Und das kann, glaube ich, niemand anderes machen als Menschen, die zu Ihnen kommen. Ganz abgesehen davon, dass dieser Bereich nicht der einzige Bereich ist, wo ehrenamtliche Arbeit wichtig ist. Der gesamte Jugend-, Erziehungsbereich, die Schulen, überall dort werden Ehrenamtler unbedingt gebraucht und sind dort wichtig.

Moderatorin: Es wird in so vielen Bereichen ein Ehrenamt gebraucht. Wie können Leute motiviert werden, ausgerechnet in der Altenpflege ehrenamtlich aktiv zu werden?

Sieglinde Heppener: Motivation entsteht dadurch, dass in der ganzen Gesellschaft, nicht durch hier mal eine Auszeichnungsveranstaltung, eine andere Haltung entsteht. Da spielt auch der Komplex eine Rolle, dass so, wie man lebt, geboren wird, man eben auch einmal krank wird. Und es muss etwas ganz Normales für die Gesellschaft sein, dass mit uns Menschen leben, die unsere Hege und unsere Hilfe brauchen. Das muss in der Gesellschaft klar sein.

Aber die Ehrenamtler brauchen auch Qualifizierung. Nicht nur, dass wir meinen, sie müssten etwas lernen, sondern es ist auch eine Form der Wertschätzung ihrer Arbeit, dass man ihnen Möglichkeiten gibt, sich in diesem Ehrenamt weiterzubilden.

Und als Letztes: Es ist zwar nicht die Hauptfrage, aber es muss für uns eine Rolle spielen. Es geht dabei ja meistens auch um Rentnerinnen und Rentner. Und wir haben in unserem Lande Menschen, die eine sehr kleine Rente bekommen. Es darf nicht sein bei uns in Brandenburg, dass wir Menschen haben, die sich das Ehrenamt nicht leisten können. Und deshalb brauchen wir eine Möglichkeit, diesen Menschen ihre Aus-

gaben zu ersetzen. Das muss nicht allein aus dem Landeshaushalt sein, auch die Kommunen könnten sich daran beteiligen. Und das sind eben in einem Flächenland manchmal enorme Dinge: Fahrtkosten, Telefonkosten und so weiter. Diesen ganzen Komplex müssen wir im Auge haben, wenn wir für das Ehrenamt eintreten. Aber ich sage noch einmal, das ist der Bereich, der unsere Gesellschaft menschlich macht. Und das wollen wir uns erhalten.

Moderatorin: Herr Kaczynski, wie kann man Ehrenamt effektiv gestalten? Was sind Ihre Vorstellungen, Gedanken dazu?

Andreas Kaczynski: Eines hat ja Frau Dr. Heppener schon gesagt. Ich brauche Rahmenbedingungen.

Man macht vor allen Dingen ständig die Erfahrung, dass es da, wo interessante Tätigkeiten angeboten werden, eigentlich nicht an Ehrenamtlichen mangelt. Also zum Beispiel die Hospizbewegung. Da bekomme ich jedes Mal die gleiche Antwort von Hospizgruppen. Wenn sie neue Ehrenamtliche suchen, dann haben sie einen unglaublichen Run. Ob die nachher alle die Ausbildung überstehen, ist noch einmal etwas anderes. Für interessante Tätigkeiten und eben nicht nur Hilfstätigkeiten, sondern wo ich wirklich als Mitarbeiter geachtet werde, wo ich etwas mit hinzubringe, was eine hauptamtliche Kraft so zum Teil gar nicht leisten kann, entweder meine eigene Erfahrung oder einfach Zeit in einem Maße einbringen kann, die eine berufliche Kraft da nicht investieren kann, bestehen starke Anreize.

Und wir müssen uns in Brandenburg nicht verstecken. Wir haben von allen ostdeutschen Bundesländern die höchste Quote an Ehrenamt. Und da hat auch die Landesregierung einiges gemacht, um das aufzuwerten. Aber es ist klar, man braucht Rahmenbedingungen, die einerseits auch wieder etwas mit Finanzen zu tun haben. Nicht in übermäßigem Maße, aber eben so, dass ich nicht noch meine Privatschatulle öffnen muss, um beispielsweise überhaupt von A nach B zu kommen.

Aber daneben ist es viel wichtiger, dass die Einrichtung beispielsweise eine Ansprechperson benennt, dass ganz klar ist, was für eine Aufgabe ich dort wahrnehme, dass es klare Vereinbarungen gibt, dass eingehalten wird, dass ich das eben ehrenamtlich mache und nicht "der kleine Finger - die ganze Hand" genommen wird etc. Ich denke, das ist inzwischen auch in der Ehrenamts-Debatte schon sehr gut entfaltet worden. Es gibt förderliche Rahmenbedingungen für das Ehrenamt, die eine Einrichtung dann wirklich bereichern können. Aber das erfordert von der Einrichtung, dass sie ein eigenes Konzept dafür entwickelt.

Moderatorin: Kann denn ein Reglement oder so eine Art Konzept auch dafür sorgen, dass Ehrenamtliche nicht über das Ziel hinausschießen, dass sie zu aktiv sind in ihrem Ehrenamt, Frau Kistler?

Anja Kistler: Sagen wir es so: Die Betreuung, nicht das Konzept, hilft an der Stelle. Das kann ich nur unterstreichen, es muss ein Ansprechpartner da sein. Sonst kann das kontraproduktiv sein. Dann können die Mitarbeiter vor Ort gegebenenfalls gegeneinander ausgespielt werden. Ich denke, da haben wir auch Erfahrungen. Freiwilligen-Management geht ja schon lange so durch unsere Einrichtungen durch. Der Anfang ist, glaube ich, immer die ganz große Hürde. Danach können zwei, drei

sich dann auch ein bisschen gegenseitig stützen. Hier kommt einfach das Kaffeetrinken, das dann auch mal monatlich sein muss oder vierteljährlich, je nach dem. Das ist einfach hier existenziell wichtig. Und ich glaube, da haben wir - die kirchlichen Träger - es vielleicht auch ein bisschen leichter, wo ein Pastor sich dessen vielleicht annimmt etc.

Moderatorin: Herr Schmidt, spielt das Ehrenamt in der wissenschaftlichen Betrachtung eine Rolle?

Roland Schmidt: Sie können ganze Regalmeter an Literatur über das Ehrenamt innerhalb von kürzester Zeit zusammentragen, wenn Sie sich nur die letzten drei, vier Jahre angucken. Wissen Sie, es gibt immer so Thematisierungsschwellen und -phasen. Wenn Sie dann eine Enquete-Kommission "bürgerschaftliches Engagement" haben, dann erscheint gleich eine neue Serie von Bänden. Entsprechend, wenn Landesregierungen dieses Thema hochhalten, dann gibt es auch die entsprechenden Berichte. Das ist, glaube ich, nicht unbedingt eine Frage des Wissens darüber, welche fördernden Strukturen das Ganze benötigt. ...

Als interessante Entwicklungen fand ich in der letzten Zeit, dass mittlerweile der Gesetzgeber Impulse dafür setzt, dass eine Leistung, wenn ich es einmal manageriell ausdrücken kann, eine hybride Organisationsstruktur voraussetzt, also sowohl eine hauptamtliche als auch eine ehrenamtliche. Denken Sie bitte an den Bereich der niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Da sind per Definition sozusagen beide Elemente in ganz bestimmter Rollenverteilung drin.

Oder denken Sie daran, als wir uns heute Morgen quer durch die Bundesrepublik über das Schicksal der Pflegestützpunkte haben informieren lassen, was dort deutlich wird: Wenn Sie mehr Knete haben wollen, dann müssen Sie ehrenamtlich arbeiten. Also da gibt es auch materielle Anreize im Sinne von höherer Alimentierung an dieser Stelle.

Oder denken Sie ganz banal in den Bereich beispielsweise der Hospizlichkeit hinein. Ich war lange Jahre in Berlin-Pankow mitverantwortlich für die Albert-Schweitzer-Stiftung. Da hat der Geschäftsführer auch irgendwann geplant, in Richtung Hospiz zu gehen, und meine Frage war ganz einfach: Welche Erfahrungen haben wir in der Stiftung eigentlich mit der Gewinnung und Begleitung bürgerschaftlichen Engagements? Denn dieses ist Voraussetzung, weil ich beim Hospiz keine Vollfinanzierung habe. Aus gutem Grund, möchte ich betonen. Wenn sich dann hier herausstellt, dass ein Träger in diesem Feld keine Erfahrungen hat, hat er einfach schlechte Karten. Also ich möchte das Ganze abrunden, indem ich deutlich mache, dass das je nach den angebotenen Dienstleistungen nicht immer nur eine Frage des schönen Etiketts "jetzt auch Ehrenamt" ist, sondern das hat Ernstcharakter in manchen Bereichen gewonnen, und derjenige ist besser aufgestellt, der dort Erfahrung hat.

Das ist übrigens auch eine Chance, wie Sie sich von der Aktiengesellschaft abgrenzen können. Denn, dass man ehrenamtlich bei Aktiengesellschaften arbeitet, habe ich bislang seltener mitbekommen.

Moderatorin: Womit wir fast wieder beim Thema Wettbewerb wären. Das greifen wir jetzt nicht noch einmal auf. Mein Blick auf die Uhr sagt mir, dass wir vielleicht auch einmal kurz in den Saal reingucken sollten, ob sich inzwischen Fragen aus Ihrer Mitte aufgetan haben. Jetzt haben Sie dazu Gelegenheit. ...

Fragen:

Herr Debel (?), Gemeinschaftswerk Nauen: Eine Frage an Herrn Professor Schmidt. Sie haben uns ganz viel gesagt zu Versorgungsstrukturen, zu Versorgungsbedarfen, die Sie identifiziert haben. Und da haben wir uns nicht nur um die Finanzen herumgemogelt, sondern zum Beispiel um den Pflegebedürftigkeitsbegriff, der ja auch zur Zeit sehr in der Diskussion ist. Wie müsste der denn - sicher nur kurz skizziert - aussehen, um auf diese Versorgungslage zu reagieren? Für meine Begriffe spielt er auch eine nicht unmaßgebliche Rolle in der Qualität der Leistungserbringung und da ist es ja, glaube ich, eine ziemlich gewaltige Aufgabe, den Begriff neu zu definieren und das System dabei noch finanzierbar zu halten. Da interessiert mich Ihre Meinung.

Pflegebedürftigkeitsbegriff und
Finanzierungsprobleme

Roland Schmidt: Sie haben genau das Richtige angesprochen. ... Ich bin sehr gespannt, wie dieser Zielkonflikt für eine nächste Pflegeversicherungsreform ausgeht: Quasi Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und gleichzeitig Sicherung der Finanzierungsgrundlagen. Das wird spannend.

Wenn ich einen Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickle, der mehr Tatbestände einbezieht, also auch den Bereich dessen, was man stationäre soziale Betreuung nennt in der ambulanten Situation, dann bedeutet dieses natürlich, dass mehr Pflegebedürftige zumindestens in die Pflegestufe eins hinein kommen, dass zu einem Prozentsatz x auch mehr Pflegebedürftige eine höhere Pflegestufe bekommen. Und dann haben Sie natürlich gleich ein Finanzierungsproblem.

Das Finanzierungsproblem können Sie dadurch lösen, dass Sie rein technisch sozusagen das Gesamtbudget Pflege insgesamt konstant halten und bei den Leistungshöhen in den Pflegestufen nachjustieren. Also "eins" kriegt dann eben weniger. In der Pflegeversicherung allein ist das sozusagen ein Summenspiel, wenn Null rauskommen soll, alte und neue Regelung.

Es gibt aber einen Kostenträger, der schon aufjault. Das ist der Sozialhilfeträger. Der hat nämlich dann das Problem an der Backe, dass mehr Leute eine Pflegestufe eins bekommen, die Leistungen abgesenkt werden und dadurch natürlich die Ausgaben Hilfe zur Pflege nach Paragraph 61 SGB XII entsprechend steigen werden. Das ist einfach ein Dilemma. Ich deute an, das geht über das SGB XI hinaus und es gibt da auch noch ganz andere Interessenslagen. Wenn ich richtig informiert bin, ist im Augenblick wohl auch die Diskussion in den dafür zuständigen Gremien und berufenen Kommissionen eine sehr schwierige.

Sie können jetzt die Fragen stellen, ich weite den Pflegebedürftigkeitsbegriff aus, um auch allgemeine, nicht verrichtungsbezogene Anleitung und Beaufsichtigung darunter zu fassen. Oder ich kann Unterstützung bei Tagesstrukturierung darunter fassen. Alles Dinge, die man mit Blick auf ganz bestimmte Bedarfslagen in der Pflege gut argumentieren kann.

Sie können grundsätzlich auch noch etwas Anderes machen, was jetzt hier in der Diskussion nicht im Blick ist: Es ist natürlich auch eine unterschiedliche Situation, ob ein Pflegebedürftiger in einem Haushalt lebt und soziale Unterstützung durch Angehörige hat oder ob ein Pflegebedürftiger in einem Haushalt lebt, wo er sie nicht hat und wo es unter Umständen keine Angehörigen gibt. Sie können dann auch noch überlegen, gucke ich mir nur die Person an und lege sie sozusagen auf den

Seziertisch und blicke mit MDK-Pflegebedürftigkeitsaugen auf die Person oder würdige ich die Person in ihrem sozialen Umfeld? Also "person in environment", wie man in den USA dann sagen würde, und ich gucke auch die unterschiedlichen Umweltressourcen an.

Denn der springende Punkt bei der ganzen Diskussion ist in der Tat auch eine Debatte um das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegeleistungen. Das ist in vielen Fällen ein dankenswerterweise bereitgestellter Mitnahmeeffekt. Aber nicht etwas, was zielgerichtet dazu führt, schwierige pflegerische Bedarfssituationen letztlich zu befriedigen. Also das deute ich an. Ich spekuliere heute in Cottbus, dass wir auch in diesem Zusammenhang noch einmal eine Debatte über das Pflegegeld bekommen, ob dieses auch sozialpolitisch zielführend ist.

Moderatorin: Um mich herum nur Einverständnis. Gibt es weitere Fragen? Eine Frage, die ich selber noch herausgehört habe. Wir haben das Thema Finanzierung tatsächlich ein wenig umschiffert. Es wird von allen Seiten gesagt, das ist ein Dilemma, das ist ein Dilemma. Natürlich muss man erst ein Problem definieren, bevor man nach Antworten suchen kann. Es ist ja häufig so, dass man jede Menge Antworten hat, aber gar nicht so richtig weiß, was das Problem ist. Hier haben wir das Problem ganz klar. Aber gibt es schon erste Lösungsansätze, wie man es trotzdem irgendwie bezahlbar machen kann im Sinne von Motivation, im Sinne von Versorgung? Also, dass es allen gerecht werden kann?

langfristige Finanzierbarkeit
oder Zweiklassen-Pflege?

Roland Schmidt: Es wird - entschuldigung, salopp formuliert - sauschwierig. Sie müssen sich überlegen, die großen Belastungen auf die Pflegeversicherung kommen dann durch, wenn die geburtenstarken Nachkriegsjahre in die pflegenahen Jahrgänge kommen. Das ist eine langfristige Perspektive. Das ist nach dem Jahr 2030.

Das ist übrigens ja auch der Trick: Die Rürup-Kommission hat ihre Berechnungen mit dem Jahr 2030 abgebrochen, denn bis dahin konnte man das glatt rechnen, und im Jahr 2035 wäre das schon alles in die Schiefelage geraten. Da kann man natürlich immer ganz schön rumtricksen.

Jetzt können Sie natürlich mit gutem Recht sagen: Meine Güte, der arme Sozialpolitiker - und der ist da wirklich arm dran - wie soll er letztlich in Richtung eines so lang gezogenen Zeitrahmens - 2030 - diskutieren? Wir haben leider in der Sozialversicherung aber das Problem, dass die Sozialversicherung sich verbietet, kurzfristige radikale Umsteuerungen vorzunehmen. Denn unter Umständen, wenn Sie irgendwann sagen, jetzt müssen wir doch aus der solidarischen Pflegeversicherung in kapitalgedeckte Verfahren umswitchen, dann belasten Sie natürlich ganz bestimmte Jahrgänge doppelt, weil sie die aktuellen Ausgaben für die jetzt Pflegebedürftigen durch ihre Beiträge mitfinanzieren müssen. Gleichzeitig müssen sie sich ihren eigenen Kapitalstock aufbauen. Ob das mit dem Kapitalstock angesichts der Finanzmarktkrise dann immer so das Wahre ist, will ich jetzt einmal nicht erörtern. Da wird man sicherlich die eine oder andere dringende Regulierung benötigen.

Damit will ich nur deutlich machen: Wenn Sie irgendwo so einen Aspekt von Generationengerechtigkeit im Blick haben, kann man solche Veränderungen eigentlich nur über einen sehr langfristig langgezogenen Zeitraum herbeiführen, in dem solche Systeme umgestellt werden.

Und jetzt gehöre ich zu denjenigen, die an der Stelle fürchterlich anfangen können rumzuätzen. Wir kennen die Probleme seit langem. Wir kennen sie mit Blick auf die dauerhafte Finanzierung der Pflegeversicherung seit Inkrafttreten des SGB XI, und wir kennen unterschiedliche Hochrechnungen, die letztlich mit verschiedenen Zahlenbatterien im Kern das Problem immer benennen. Das, was ich hier eigentlich - in der Bundespolitik, muss ich jetzt deutlich sagen, denn die ist dafür verantwortlich - sehe, ist, dass man sich von Legislaturperiode zu Legislaturperiode davor drückt, auch dem Bürger zu kommunizieren, was die Grausamkeiten sein werden, wenn wir unser soziales Sicherungsniveau in einer demografisch alternden Gesellschaft aufrecht erhalten wollen. Denn das ist ja nicht nur die Pflegeversicherung. Das ist der Gesundheitsfonds. Das ist genauso letztlich auch das Problem der Rentenversicherung. Und da kommt sozusagen "Hölzchen zum Stöckchen", und die Quasi-Addition der Drucksituation gibt dem natürlich auch erst einmal das richtige Gewicht.

Also mir ist zumindestens klar, wenn ich das heutige Niveau sozialer Sicherheit in Deutschland gerne auch in Zukunft haben möchte, weiß ich, es wird in jedem Fall irgendwann sehr, sehr teuer. Wir werden letztlich dann, nachdem wir unseren eigenen Geldbeutel aufmachen müssen, gemäß Opportunitätskosten überlegen, was wir uns leisten wollen und was uns eigentlich wichtig ist.

Also kurz gesagt: Ich bin da mittlerweile etwas grimmig, weil wir in der Sozialversicherung eigentlich kein grundsätzliches Wissensproblem haben. Wir haben ein Problem, letztlich die Handlungen aus dem Wissen herauszuziehen und einzuleiten. Und das scheint in der Kurzfristigkeit von Legislaturperioden - egal wie die politischen Wandfarben gerade gestrichen sind - durch die Bank weg irgendwo sehr schwer zu gelingen.

Andreas Kaczynski: Wenn man jetzt in der Konsequenz der Rentenverneuerung denkt, dann bedeutet das ja, dass das Anspruchsniveau sinken wird. Werden wir dann nicht wie in der Diskussion mit der Medizin über die Zweiklassen-Medizin, nicht letztlich doch auch in einer Zweiklassen-Pflege landen? Das heißt, es wird irgendwie eine Grundpflege geben, die notwendig ist, und alles andere, was wir im Prinzip ja jetzt zum Teil schon haben, wird unterschiedliche Niveaus haben. Es sei denn, der Einzelne hat noch für sich vorgesorgt, wie auch immer er das machen soll. Weil er ja schon seine Rentenlücke nicht gefüllt kriegt, wird er seine Pflegeplätze auch nicht gefüllt bekommen.

Gibt es einen Wissenschaftler, der überhaupt eine Alternative dazu sucht, was wir zukünftig mindestens an Standards leisten müssen? Alles andere ist dann das persönliche Vergnügen der Familie und jedes einzelnen Betroffenen, ob er sich das noch leisten kann oder nicht. Denn auch der Sozialhilfeträger wird nicht bereit sein, da über ein Mindestmaß hinaus noch weiter zu leisten. Denn wo soll er es hernehmen?

Roland Schmidt: Kurze Antwort darauf: Im SGB V-Bereich und im SGB XI-Bereich gibt es mehrfach im Gesetz "wie ein roter Faden" die Formulierung, die Leistung hat dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse zu entsprechen (SGB V), an anderer Stelle "wissenschaftlicher Erkenntnisse" zu entsprechen (auch SGB V) und SGB XI kennen Sie: "medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse". Das Wichtige ist jetzt an den Professionen. Und es ist in der Ärzteschaft genau so wie

im Bereich der Pflege, dass die Professionen ausdefinieren, was der allgemein anerkannte Stand der Kunst ist. Das können nur die Professionen. Und dann, wie auch im Bereich Pflegeversicherung mit den Expertenstandards, befinden die in der Tat Beteiligten, also sowohl die Leistungsträger als auch die Leistungserbringer.

Sie können im bestehenden Recht keine zwei Klassen bilden. Der Eindruck im Gesundheitswesen kommt dadurch zustande, dass ich natürlich in der privaten Krankenversicherung unter Umständen auch Leistungen in Anspruch nehmen kann, wie Medikamente, die im Bereich der GKV noch nicht im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit auf Herz und Nieren geprüft sind und womöglich noch nicht zugelassen sind, weil noch nicht klar ist, ob es sozusagen eine tatsächliche Progression in der Patientenversorgung ist oder ob es letztlich nur ein Medikament ist, wo man die Bestandteile leicht verändert, um damit dickes Geld zu verdienen. ...

Pflege gemäß
„Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“
schon heute nicht finanzierbar?

Anja Kistler: Wenn wir heute eine Pflegeplanung nach einem anerkannten Pflegemodell schreiben, da sind wir sicherlich einer Meinung, dann wäre das der Stand unseres Wissens. Wenn alle Standards einbezogen sind etc. Wenn ich das jetzt zeitlich bewerten würde, dann werden alle Kollegen, die hier sitzen und die das verantworten, sagen, das bekomme ich nicht rein in die Zeiten, die mir in der ambulanten oder in den Stunden, die mir pro Tag in der stationären Pflege zur Verfügung stehen. Das heißt, wir sind heute schon an dem Punkt, dass das nicht erfüllt ist, was der Gesetzgeber uns vorgibt.

zukünftig:
neue Versorgungsstil-Varianten
und geografische Mobilität der
Pflegebedürftigen?

Roland Schmidt: Ich glaube, mit Blick auf die Zukunft haben wir heutzutage überhaupt noch keine Vorstellungen davon, welche Versorgungsstilvarianten sich noch entwickeln werden. Bitte denken Sie schon einmal daran, dass britische Baugesellschaften in Nordspanien Seniorenhäuser errichtet haben, weil es einfach für englische Rentner finanziell attraktiv ist, bei den damaligen, nicht den heutigen, spanischen Lebenshaltungskosten mit ihren britischen Pensionen dort zu wohnen. Also, wenn Sie später einmal die Chance haben wollen, dieses brandenburgische Heimgesetz, das jetzt anders heißt, umgehen zu wollen, dann müssen Sie überlegen, ob Sie für die "Toskana-Fraktion" unter den späteren Pflegebedürftigen, die den Raum global nutzen, nicht unter Umständen Pflege woanders anbieten, wo die Baukosten niedriger sind, wo Sie nicht die Pflegefachkräfte aus dem Land rausholen, sondern sie dort bleiben, wo sie groß geworden und sozialisiert sind. Und dann wird der Pflegebedürftige mobil.

Andreas Kaczynski: Also die Zukunft liegt in Polen?

Roland Schmidt: Warum nicht? Sie haben ja schon solche Formen der Pflege von demenzkranken Menschen aus der Schweiz in Thailand. Also Globalisierung kann auch bedeuten, dass wir ganz andere Formen von Arbeitsteilung in der Pflege bekommen.

Moderatorin: Ein letztes Wort an Frau Heppener.

Sieglinde Heppener: Es wurde schon darauf hingewiesen, dass es sich um Fragen/Probleme handelt, für deren Lösung es sich eigentlich

verbieten müsste, da nach kurzfristigen Lösungen im Rahmen einer Legislaturperiode zu suchen. Und ich glaube, das müssen wir uns tatsächlich auch vergegenwärtigen. Wir können die Kompliziertheit des Problems beschreiben, aber wir müssen uns auch sofort sagen, wir werden nicht plötzlich und ganz schnell die eine Lösung finden, mit der wir dieses Problem lösen können, sondern das ist etwas, was in der Entwicklung mit Hilfe der Wissenschaft, der Erfahrung und Ihnen allen zu lösen ist. Wenn man sich die Geschichte betrachtet, haben wir wenigstens den einen Trost, dass die Menschheit immer die Fragen, die vor ihr standen, dann gelöst hat, wenn sie so dringend wurden, so herangereift sind, dass sie zu lösen waren. Und sie sind in der Regel - es ging mal hoch, mal runter - gelöst worden. Wir haben hier ja wild spekuliert, was durch Globalisierung alles möglich ist.

Ich wollte noch einmal sagen, es gibt ganz sicher nicht die eine Lösung, diesen Königsweg, auf dem wir das lösen, aber zum Beispiel das, wovon heute schon gesprochen wurde, dass natürlich auch durch Prävention, durch eine gesunde Lebensweise der jetzt Lebenden das Problem nicht aus der Welt geschafft werden kann, aber sich doch ein wenig freundlicher gestaltet. Auch an solche Fragen müssen wir natürlich denken, ohne den Ernst der Fragestellung insgesamt zu vergessen.

Kurzprotokolle des Open Space «Was bewegt die Pflege?» anlässlich des Pflegekongresses 2008 in Cottbus, 05./06. November 2008

Thema der Arbeitsgruppe 1

Fehlplatzierung in der Pflege

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- Problemstellung / Erwartungshaltung:
 - moderne Ansätze in der Sozialgesetzgebung versus realen Strukturen in der Pflege
 - steigende Bürokratisierung / Ökonomisierung der sozialen Arbeit
 - differente Bewertung / Handhabung in den einzelnen Landkreisen
 - Versorgungslücken bei der Pflege / Nachsorge von Schlaganfallpatienten
 - nicht bedarfsgerechte Unterbringung von jungen Menschen mit körperlichen Behinderungen in Einrichtungen mit hochaltrigen, schwerstpflegebedürftigen Menschen
- Lösungsansätze / Ideen:
 - neue Begriffsbestimmung „Pflege“ → komplexes Budget bestehend aus Pflege und Eingliederungshilfe
 - Aufhebung der strikten Trennung der ambulanten und stationären Wohnformen
 - Schaffung finanzieller und organisatorischer Durchlässigkeit → „Chancen der Durchmischung“
- Resümee:
 - Begriff „Fehlbelegung“ ist falsch!
 - richtig: Fehlversorgung

Workshop einberufen von

Rainer Kluge

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Edeltraut Schlosser
Michaela Sura
Kerstin Meierholz
Matthias Teut
Rita Straka
Monika Neumann

Grette Doll
Georg Laschuk
Susann Kögler
Bärbel Handwerk

Protokoll dokumentiert von

Doreen Wagner

Thema der Arbeitsgruppe 2

Können wir Pflegefachkräfte durch Pflegehilfskräfte ersetzen?

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- um die geforderte Qualität bringen zu können, werden 6 Stunden bezahlt und müssen 8 gearbeitet werden
- Fachkräfte müssen sein, ohne Hilfskräfte geht es nicht
- Pflege (besonders Altenpflege) sollte sich selber positiver darstellen
- Intensiver Erfahrungsaustausch

Workshop einberufen von

Tanja Schiller

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Karin Dahse
Schneider, Gudrun
Weber, Sandra
Werling, Babara
Lerke, Angelika
Birgitt Mirr
Daniela Sohn
Eva Kunz

Katharina Ullmann
Christian Derd
Tatjana Alizade
Maren Voß- Wortmann
Silke Greinert

Protokoll dokumentiert von

Anika Konzack

Thema der Arbeitsgruppe 3

Niedrigschwellige Betreuung - Ehrenamt

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- Ohne Ehrenamt geht es nicht
- Ehrenamtliche ← Betroffene (Alte Menschen, Angehörige) → Hauptamtliche
- Positiv:
 - Entlastung
 - Lebensfreude
 - Wertschätzung / Respekt
 - Lebensqualität
 - Lebenserfahrung
- (Pfeil zu Betroffenen) Anerkennung „Dankeschön“
- Klare Kompetenz → niedrigschwellige Betreuung

Vision:

→ Ehrenamt ist Teil eines multiprofessionellen Teams

Niedrigschwellige Betreuung

§ 45a

§45b ? Finanzierung

§45c

→ fehlende **Anerkennung**

→ Biografiearbeit → Ehrenamt als Chance

→ Aufbau und Festigung von Beziehungen

→ Viele Themen

Workshop einberufen von

Frau Liselotte Bischoff

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Frau Seeger
Frau Mustatic

Es waren einige mehr, haben aber zu plötzlich den Raum verlassen, so dass ich nicht alle Namen erfassen konnte
Ca. 10 Pers. waren anwesend

Protokoll dokumentiert von

Kathrin Hagen

Thema der Arbeitsgruppe 4

Beschwerdemanagement

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- Erfahrungsaustausch im Umgang mit Beschwerden
- Beschwerdemanagement wird in allen Einrichtungen praktiziert und ist vergleichbar
- WAS WIRD ERWARTET? (laut Heimgesetz)

Workshop einberufen von

Herrn Ney

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Frau Gitte
Frau Schrödter
Frau Giese
Frau Hannuschke
Frau Dölle
Frau Isensee
Frau Stallmann
Frau Bullmann

Frau Brusch
Frau Schultz
Frau Schulz
Herr Schröder
Frau Borchert

Protokoll dokumentiert von

Anika Konzack

Thema der Arbeitsgruppe 5

Familienfreundliches Unternehmen

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

Ziel:

Kompetentes Personal binden
 Selbstverwirklichung auch mit Familie (Kind Großeltern)
 Zukunftsorientierte Personalplanung sicherstellen
 Positive Ausstrahlung des Unternehmens nach außen/innen

Maßnahmen, um Ziele zu erreichen

Voraussetzungen/ Merkmale

Flexible Dienstzeiten

Flexible Betreuungsangebote für Kinder
 rund um die Uhr
 auch für Weiterbildungszeiten
 Tagesmütter betriebsgebunden(?)
 standortnah, betriebseigene Einrichtung
 Gesetzliche Voraussetzungen

..... Bundesförderung für Aufbau Kinderbetreuung im
 Unternehmen? zeitlich- befristet 3 Jahre

Gesundes Betriebsklima
 z.B. Vereinbarungen für Tätigkeit an Feiertagen
 (Kinder haben Vorrang?)

Rahmenbedingungen

Personalentwicklung (auf Wunsch des Arbeitnehmers)

- Teilzeitarbeit für ältere Mitarbeiter
- Kapazitätsorientierte AV
- Vollzeitbeschäftigung

Weiterbildungsangebote

- Personalmix alt/ jung
- finanzielle Anreize
- Leistungsbestandteile vom Lohn
- Erfolgsbeteiligung

Finanzierung von Qualifikationen und Bildung

- an das Unternehmen
- Karrieremöglichkeiten

Präventionsmöglichkeiten anbieten (Sport, Massage, ...)

Kommunikationslinien und Kultur

- transparente Unternehmensziele
- Kontakte zu Schulen/ Kitas pflegen (Praktikumsplätze/ Ausbildung anbieten)

gute Infrastruktur
 gesellschaftliche Entscheidungen müssen
 getroffen werden

Kostensätze müssen dementsprechend ausgerichtet sein

offene Fragen an die Politik

flexible Kinderbetreuung (Was für Rahmenbedingungen müssen gegeben sein?)

- z.B. Tagesmutter in gemieteter Wohnung - Wäre das möglich?
- Einsatzzeiten
- Wie werden die Kosten gedeckelt?

Unternehmen im ländlichen Raum

- Infrastruktur fehlt – nachteilig für Unternehmen

Antrag

Sozialministerium fördert Projekt „flexible Kinderbetreuung“ als Netzwerk mit Einbindung Kommune und Unternehmen

Als Fortführung Pflegeinitiative Teil II

Ziel/ Antrag

Bindung junger Menschen im Land Brandenburg

Workshop einberufen von

Petra Lehmann

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Wienke Schuschieß

Cornelia Kossatz

Petra Adam

Stefanie Krippner

Rudolf Volkmer

Heike Rath- Lukoschat

Babara Hülsbeck

Anke Holz

Anegret Kersten

Marika Möhle

Kathrin Elsner

Andreas Röder

Heike Voigt

Matthias Dehmel

Protokoll dokumentiert von

Thema der Arbeitsgruppe 6

PDL´s – Spagat zwischen Erwartungen der Träger und Wünschen der Bewohner, Angehörigen, Mitarbeitern

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- Wünsche der Verbraucher müssen beachtet werden
- starke Fluktuation
- mangelnde Führungsqualitäten, Managementqualitäten → Verbesserungen notwendig um Fluktuation / Resignation vorzubeugen
- PDL hat immer weniger mit Pflege zu tun, sondern eher mit den Kassen (Spagat besteht eventuell auch zu den Kassen und nicht zu den Trägern? AOK als einer der schwierigsten Verhandlungspartner); auch Personalführung läuft nebenbei

- Aufgaben der PDL´s:
 - „knallharter Manager“
 - Personalführung: fordern und kontrollieren
 - Aufgaben werden sich reduzieren: nur auf Pflege, Begleitung muss von außen kommen
 - muss delegieren können
 - Fähigkeit ein Team zu führen und zu formen

- PDL ist Unternehmerin
- Unterschied ob man 5 oder 70 Mitarbeiter anleiten muss
- schwieriges Bild nach außen (z.B. zu kurze Pflegezeiten)
- Menschenführung ist ein wichtiger Punkt: nur pflegerische Erfahrungen reichen nicht
- Spaß soll in die Arbeit transportiert werden!

- Was ist das Schwierigste?
 - neue Gesetze und Standards in ihrer Umsetzung (Anleitung der Mitarbeiter!)
 - Dienstpläne gestalten, Umbruch der Dienstpläne bei Krankheit
 - junge Leute fehlen, sind aber wichtig
 - Kassen fordern und erwarten, aber wollen nicht finanzieren
 - Berufsgruppen treten nicht gemeinsam auf (Pflege und Ärzte)
 - Entlassungsmanagement fehlt

- Wünsche der PDL:
 - mehr Zeit für die Bewohner
 - mehr Zeit für die Mitarbeiter

- Wünsche Geschäftsführung:
 - Qualifizierung der PDL
 - Altenpfleger sollten PDL werden dürfen!

Workshop einberufen von

Gabriele Tammen-Parr (Pflege in Not)

Mitwirkende der Arbeitsgruppe



Später beginnt jetzt



Pflegeinitiative Brandenburg

Sabine Fischer (VZB) Kornelia Kurzawa (Volkssolidartät) Steffen Große (Volkssolidartät) Elke Brätsch (Seniorenzentrum) Frau Freimuth (Pflegeheim) Frau Fraulu (Pflegeheim) Frau Wegner (LOS / GA)	Frau Gäbel (Pflegeheim) Herr Geske (Pflegeheim) Frau Orthmann (Sozialstation) Frau Richter (Sozialstation) Herr Lehmann (ASB) Frau Bartolf (LDS) Herr Mey (MASGF)
---	---

Protokoll dokumentiert von

Doreen Wagner

Thema der Arbeitsgruppe 7

Kernbereich Pflege

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

1. Aufbau von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten
2. Unterschiedliches Niveau trotz gleicher Startbedingungen
3. Austausch zur fachlichen Begleitung bei Umstrukturierungsprozessen

Workshop einberufen von

Molle

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Nicht dokumentiert

Protokoll dokumentiert von

Hochmuth Thomas

Thema der Arbeitsgruppe 8

Entwurf brandenburgisches Heimgesetz

Inhalte/Ziele/Empfehlungen/Vereinbarungen

- Trennung von staatlichen Schutz und Gebäudeanforderungen
- Trennung von Bauordnung/ Heimgesetz
- BauO: Anforderungen an betreutes Wohnen möglicherweise Sonderbauten, kein wirken des Heimgesetzes
- Heimgesetz: 3 Einordnungskriterien:
 1. Selbstverwaltende WG
 2. eingeschränkte Selbstständigkeit
 3. Einrichtungen
- Entwurf Heimgesetz wird noch verfeinert; Anforderungen für Kriterien werden noch in Durchführungsbestimmungen und der Anpassungen der Heimmindestbauverordnung konkretisiert

Workshop einberufen von

Detlef Liebisch

Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Herr Künzel
u.A.

Protokoll dokumentiert von

Hochmuth Thomas