

Arbeitskreis „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“
der CDU-Landtagsfraktion

Werkstattgespräch

zum Abschlußbericht der Enquête-Kommission

**„Situation und Zukunft der Pflege
in Nordrhein-Westfalen“**

am 11. April 2005

A. Vorwort der CDU-Arbeitskreismitglieder

B. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen des Abschlussberichts

- 1. Ethische Aspekte in der Pflege**
- 2. Bestandsaufnahme und Prognose des Pflegebedarfs**
 - 2.1 Bedarfsentwicklung
 - 2.2 Pflege durch Angehörige
 - 2.3 Verbesserung der ambulanten pflegerischen Versorgung
 - 2.4 Teilstationäre Pflege
 - 2.5 Stationäre Pflege
 - 2.6 Unterstützende und pflegebegleitende Hilfen
- 3. Palliativ Pflege, Sterben und Tod**
- 4. Qualitätssicherung**
- 5. Arbeitsfeld- und Berufsfeld Pflege**
- 6. Alternative Versorgungsformen**
- 7. Wohnen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit**
- 8. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation**
- 9. Bürgerschaftliches Engagement**
- 10. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen**

A. Vorwort der CDU-Arbeitskreismitglieder

Pflegebedürftig kann jeder werden, sei es altersbedingt oder durch Krankheit, Unfall oder Invalidität und dieser Schicksalsschlag kann den Menschen - auch schon in jungen Jahren - unerwartet treffen. Es muss Ziel einer vorausschauenden Politik sein, den betroffenen Menschen eine menschenmögliche Pflege zu ermöglichen und zu sichern.

Auf Antrag der CDU-Landtagsfraktion hat der Landtag Nordrhein-Westfalen im Jahr 2002 eine Enquête-Kommission zur „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ eingerichtet.

Der Landtag hat die Enquête-Kommission damit beauftragt, die Situation der Pflege in Nordrhein-Westfalen zu untersuchen und zu prüfen, welche Rahmenbedingungen das Land schaffen und welche Impulse es geben muss, um die Qualität der Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten. Eine Aufgabe der Enquête-Kommission war es nach dem Einsetzungsbeschluss des Landtags, auch zu prüfen, inwieweit der Anspruch einer menschenwürdigen Pflege heute erfüllt ist. Dazu sollte die Kommission auch Berichten über Pflegemängel, Vernachlässigungen und Gewalt in der Pflege nachgehen.

Dem Landtag NRW ist mit der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege“ eine Vorreiterrolle in Deutschland zugefallen, da bisher kein anderes Landesparlament in Deutschland eine Enquête-Kommission zur „Pflege“ eingerichtet hat.

Derzeit leben 459.000 pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen. Die Landesregierung hat die Zahl der Pflegebedürftigen zu Beginn der Legislaturperiode um fast 100.000 niedriger angesetzt. Schon im Februar 2002 hat das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik die Zahlen der Landesregierung widerlegt. Noch im Sommer 2002 war die Landesregierung davon ausgegangen, dass es in NRW nur 435.000 Pflegebedürftige gäbe. Sämtliche Hinweise, dass diese Zahlen nicht stimmen können, wurden ignoriert. Die Planungen zur Pflege, die darauf beruhten, gingen somit von falschen Voraussetzungen aus und waren unzureichend.

Ende des Jahres 2001 lebten 135.452 Pflegebedürftige in Heimen. Etwa 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden durch Angehörige und ambulante Pflegedienste in der häuslichen Umgebung versorgt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, wird in Nordrhein-Westfalen“ bis zum Jahre 2040 auf 699.000 steigen, d.h. um annähernd 240.000 Personen bzw. 52,4%.

Große Herausforderungen in der Pflege

Der von der Enquête-Kommission einvernehmlich beschlossene Bericht macht die großen Herausforderungen deutlich, vor der unser Land in der Pflege steht. Damit die Pflege nicht zum „Pflegefall“ wird, muss das Thema Pflege zu einem sozialpolitischen Schwerpunkt auch für die Landesregierung werden.

Der demographische und soziale Wandel unserer Gesellschaft ist unumkehrbar – auch nicht durch eine kurzfristige Steigerung der Geburtenrate und schon gar nicht durch verstärkte Zuwanderung in einer

realistischen Größenordnung. Zukünftig werden die Familien aller Voraussicht nach die Pflege von Angehörigen in geringerem Umfang als heute übernehmen können. Damit wird die Bedeutung der professionellen Pflege wachsen. Diese Entwicklungen sind ein deutliches Signal für die Politik. Sie zeigen den erheblichen Handlungsbedarf heute und für die Zukunft auf.

Zielsetzung der Politik muss es sein, die absehbaren Folgen der demographischen und sozialen Veränderungen durch entsprechende Weichenstellungen zu lenken und Rahmenbedingungen für eine Pflegeinfrastruktur zu schaffen, die der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen Rechnung trägt.

Zwingend erforderlich wird eine ausreichende Personalausstattung im ambulanten und stationären Pflegebereich und eine gute Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. Eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen ist eine wichtige Voraussetzung, um dieses Ziel zu erreichen.

Das Ziel, die Qualität der Pflege in Nordrhein-Westfalen zu sichern und zu verbessern, ist konsequent zu verfolgen. Die Pflegebedürftigen müssen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können, das ihrer Würde als Mensch entspricht. Pflege muss über die Orientierung an rein somatischen Bedürfnissen hinausgehen und den Menschen in seinen seelischen und geistigen Dimensionen gerecht werden.

Damit die Pflege nicht selbst zum „Pflegefall“ wird, muss die Politik Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur schaffen. Dies erreichen wir durch die Stärkung von Rehabilitation und Prävention, die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, die Erleichterung der häuslichen Pflege durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und damit die Entwicklung eines neuen „Hilfe- und Sorgemixes“, die Weiterentwicklung neuer Wohnformen und bessere Hilfen für Menschen mit Demenzerkrankungen. Ziel muss es sein, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verzögern oder mit geeigneten Mitteln zu kompensieren.

Dies alles ist aber nur auf Grundlage einer soliden finanziellen Grundlage zu verwirklichen. Die finanzielle Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit muss deshalb besser als bisher dem demographischen und sozialen Wandel Rechnung tragen. Dies hat im Interesse des Einzelnen und der gesamten Gesellschaft zu geschehen. Es ist unverantwortlich, die Pflegekassen ausbluten zu lassen und als Konsequenz die Leistungen immer mehr zu beschneiden.

In Zukunft werden die Menschen stärker eigene Vorsorge für das Risiko der Pflegebedürftigkeit leisten müssen. Die Lasten müssen aber auf die Generationen fair verteilt werden. Mehr Eigenverantwortung muss ihnen auch ermöglicht werden. Nur so wird es auch möglich sein, die pflegerische Versorgung stärker am Menschen und an seinen individuellen Bedürfnissen auszurichten und eine Pflege von „Mensch zu Mensch“ zu gewährleisten. Eine rein körperorientierten Pflege, bei der die geistigen und seelischen Bedürfnisse der Menschen weitgehend außen vor bleiben, ist nicht ausreichend.

Zur Gewährleistung einer menschenwürdigen Pflege kommt folgenden Bereichen eine besondere Bedeutung zu:

- **Ethische Aspekte in der Pflege**
- **Würdevolles Sterben**
- **Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation**
- **Wohnen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit**
- **Förderung der Pflegeberufe**
- **Koordination bei Schnittstellenproblemen**
- **Pflegeforschung**
- **Bürokratieabbau**
- **Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

Rudolf Henke

Angelika Gemkow

Ursula Monheim

B. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission von Helmut Wallrafen-Dreisow (Sachverständiger in der Enquête-Kommission) und Irene Mäurer (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach)

1. Ethische Aspekte in der Pflege

Im Mittelpunkt der Pflegepolitik müssen der Mensch, seine Würde und die Gewährleistung dieser Würde auch zu Zeiten fortgeschrittener körperlicher oder geistiger Schwäche und Hilfebedürftigkeit stehen. Menschenwürde kommt jedem Menschen zu, ohne Rücksicht auf seine Eigenschaften, seine Leistungen und seinen sozialen Status. Sie ist auch dem Menschen eigen, der aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr selbständig, eigenverantwortlich und sinnhaft handeln kann. Die Enquête-Kommission hält dieses Verständnis sowohl als Grundlage der Pflegepolitik als auch für die gesellschaftliche Gestaltung von Pflege für bindend: Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.

Zur Wahrung dieses Grundsatzes in der Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen darf ein bestimmtes Maß an pflegerischer Qualität und menschlicher Zuwendung nicht unterschritten werden. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob durch den Betroffenen eine ausreichende Eigenvorsorge betrieben wurde.

Der gesellschaftliche Wandel zu einer Gesellschaft des langen Lebens, erfordert jedoch von jedem einzelnen als auch von gesellschaftlichen Institutionen und politischen Instanzen bewährte Handlungs- und Versorgungsmuster zu überprüfen. So steht zwar immer noch die generationenübergreifende Solidarität im Vordergrund, gleichzeitig erfordert jedoch darüber hinaus der Wandel mehr als bisher von jedem einzelnen für sein Alter vorzusorgen.

Eine rechtzeitige Befassung der Menschen mit dem späteren eigenen Alter und seinen möglichen Entwicklungen und mehr gesellschaftliche Anerkennung für die Thematik von Alter und Pflege können dabei helfen, die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Altern auch bei Pflegebedürftigkeit zu verbessern.

2. Bestandsaufnahme und Prognose

Bis 2040 wird die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen (nach SGB XI-Kriterien) deutlich und kontinuierlich zunehmen; dies betrifft vor allem sehr hohe Altersgruppen. Auch wenn regional unterschiedliche Ausprägungen der Zunahme älterer pflegebedürftiger Menschen zu erwarten sind, ist damit insbesondere in städtischen Ballungsgebieten zu rechnen.

Geeignete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation können Pflegebedürftigkeit verhindern, hinauszögern oder mildern und dadurch dämpfend auf den Anstieg älterer pflegebedürftiger Menschen wirken.

2.1. Bedarfsentwicklung

In NRW verändert sich die familiäre Pflege zu einer Pflege, bei der professionelle Pflegefachkräfte zumindest beteiligt sind. So findet in der häuslichen Pflege eine Verschiebung von Geldleistungen hin zu Sachleistungen (nur Pflegedienst) und einer Kombination der beiden Leistungen statt. Darüber hinaus nimmt die stationäre Pflege an Bedeutung zu.

Regionalprognosen sollen den Kommunen Hinweise geben, wie und in welchen Bereichen professionelle Pflegeangebote entwickelt werden können, insbesondere auch alternative Betreuungs- und Wohnformen.

Ein großer Handlungsbedarf hinsichtlich Kapazitäten, Strukturen und Konzeptionen besteht für die Versorgung und Pflege

- chronisch Kranker
- hochaltriger und dementiell erkrankter Menschen
- älterer Menschen mit Behinderung
- Alleinlebender
- Migranten
- Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung.

Die Versorgungsangebote für diese Bevölkerungsgruppen sollten niederschwellig und wohnortnah sein. Dies beinhaltet eine gut abgestimmte Koordination, Kooperation und Vernetzung der beteiligten Institutionen.

2.2. Pflege durch Angehörige

Durch das Pflegeversicherungsgesetz wird der Beitrag pflegender Familienmitglieder, anderer Angehöriger, Wahlverwandter und Freunde gewürdigt. Die Kommission begrüßt diese Wertschätzung ausdrücklich. Pflegende Angehörige sind nach wie vor eine wichtige Säule der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger.

Doch stellt die oft über Monate und Jahre dauernde Pflege und Betreuung Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor Zerreißproben und konfrontiert pflegende Angehörige mit den Grenzen ihrer Belastbarkeit. Deshalb sind präventive Maßnahmen zur sozialen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger erforderlich:

- Anleitung und Schulung, um Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln.
- Information und Beratung
- Unterstützungsangebote müssen besser erreichbar sein

Dies kann z. B. gelingen, wenn die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI im Sinne von "Supervisionsbesuchen" konzeptionell neu gestaltet werden. Diese Besuche sollten von unabhängigen Stellen erbracht werden, nicht vom betreuenden Pflegedienst oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. (MDK).

Wegen der Erfüllung von Pflegeaufgaben gibt ein großer Teil der Pflegepersonen die Erwerbstätigkeit komplett auf oder schränkt sie ein. Damit ist nicht nur während der Pflegetätigkeit ein Einkommensverlust verbunden, sondern im Anschluss daran oftmals dauerhafte Arbeitslosigkeit und unzureichende Altersversorgung.

Eine Pflegezeitregelung sollte den Anspruch auf Unterbrechung der Erwerbstätigkeit und den Anspruch auf anschließende Rückkehr in den Betrieb beinhalten.

Dabei sollen folgende Grundsätze beachtet werden:

- keine nennenswerte betriebliche Mehrbelastung der Wirtschaft
- die Finanzierung der Pflegezeit soll ein Baustein bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sein.

2.3. Verbesserung der ambulanten pflegerischen Versorgung

Auch in Deutschland soll über die Einführung der DRGs die Bedeutung der Krankenhausversorgung verringert werden. Bei allerdings gleichzeitig gestiegenen Fallzahlen ist für Medizin und Pflege ein Rationalisierungsdruck gegeben. Dieser macht neue Organisations- und Arbeitsmodelle im Krankenhaussektor dringend notwendig.

Ein nahtloser Übergang in anschließende Versorgungsarten wird für Patienten unerlässlich. Deshalb muss das Entlassungsmanagement optimiert, der nationale Pflegestandard "Entlassungsmanagement" flächendeckend in NRW eingeführt und die Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung weiter verbessert werden.

Die Bedeutung des ambulanten Pflegesektors ist enorm gestiegen. Im Vergleich mit vielen europäischen Nachbarländern ist der Entwicklungsstand in Deutschland niedriger. Deshalb muss auch künftig der Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung weiter gefördert werden. Dabei muss das nach wie vor enge und unflexible Angebots- und Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste qualitativ, dem Bedarf der Nutzer entsprechend, weiterentwickelt werden.

Für etliche Patientengruppen müssen adäquate Versorgungsangebote ausgebaut werden: dementiell Erkrankte, Schwerkranke mit technikintensivem Pflegebedarf, für chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Sterbende, Patienten, die mit Abbau der Krankenhausbetten und Einführung der DRGs auf häusliche Pflege angewiesen sind, jüngere Patienten, Migranten, ältere Menschen mit Behinderung, Suchtkranke, Alleinstehende, Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. Diese speziellen Bedarfe sollten bei den Richtlinien häusliche Krankenpflege berücksichtigt werden.

Eine Verbesserung der ambulanten pflegerischen Versorgung muss Arbeitssituation der dort beschäftigten MitarbeiterInnen berücksichtigen. Diese wird durch folgende Faktoren belastet:

- Strukturdefizite auf personalere Ebene
- unangemessene, wenig stützende Rahmenbedingungen
- hoher Arbeits- und Problemdruck
- hoher Verantwortungsdruck.

Daher ist unabdingbar, dass Arbeitsbedingungen den Aufgaben angemessen sind und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes eingeführt werden.

Eine zukünftige zentrale Aufgabe des deutschen Gesundheitswesens ist die Sicherung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung, bei der die ambulante Pflege einbezogen ist.

Zur Qualitätssicherung der ambulanten Pflege ein "Ambulante Dienste Gesetz" in Analogie zur Heimgesetzgebung einzuführen, ist wegen der Tendenz zur Überregulierung kritisch zu betrachten. Den stärksten Schutz vor schlechter Leistung bietet das uneingeschränkte Recht der Pflegebedürftigen, sich den ambulanten Dienst ihres Vertrauens auszuwählen. Die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Kontrollmöglichkeiten durch den MDK machen ein solches Gesetz obsolet.

2.4 Teilstationäre Pflege

Die Angebote der teilstationären Pflege – Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege – haben nicht nur für sich genommen eine wichtige Bedeutung für die pflegerische Versorgung und den unmittelbaren Nutzen der Betroffenen, sondern darüber hinaus sind sie als wesentlicher Bestandteil der Pflegeinfrastruktur zu sehen. Angebote sollten vor allem im Hinblick auf Bedarfe in Wohnquartieren oder in ländlich strukturierten Gebieten weiterentwickelt werden. Zur besseren Nutzung von Tagespflege-Einrichtungen ist deren Refinanzierung im Rahmen des SGB XI zu verbessern. Zudem ist es notwendig, das Heimgesetz auf die spezifischen Anforderungen der Tagespflege auszurichten, um damit eine konzeptionelle Einengung der Tagespflegearbeit zu vermeiden.

2.5 Stationäre Pflege

Der Grundsatz „ ambulant vor stationär“ ist bei einer anstehenden Reform des Pflegeversicherungsgesetzes weiter zu stärken. Im Alter auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Umgebung bleiben zu können, entspricht dem Wunsch der meisten Menschen. Es ist wichtig, dass Pflege im häuslichen wie auch im institutionalisierten Bereich unter menschenwürdigen Umständen erfolgt. Die wachsende Zahl alleinstehender Menschen mit Pflegebedarf erfordert ein breites und differenziertes Angebot an Wohn- und Pflegeinfrastruktur auf der Basis von Wohn-, Pflege- und Hilfeangeboten, die gemeindeorientiert vernetzt sind und eine gesicherte Pflege ermöglichen.

Der heutige und zukünftig in stationärer pflegerischer Versorgung lebende Personenkreis ist durch Multimorbidität und umfassender Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet und erfordert eine qualitative Weiterentwicklung.

Die Anforderungen haben sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert und stellen eine große Herausforderung an die stationären Einrichtungen hinsichtlich der Einstufungssystematik und – praxis, der Personalbesetzung und Vergütung dar.

Zu einer qualitativen Weiterentwicklung gehört eine Modernisierung vieler stationärer Einrichtungen mit dem Ziel einer konzeptionellen und baulichen Neugestaltung, die sich an den Kriterien Überschaubarkeit, Integration in das Gemeinwesen, Wohnlichkeit und Sicherung der Individualität orientiert. Die Partizipation der BewohnerInnen und Bewohner soll gestärkt und mehr Transparenz im Leistungsgeschehen hergestellt werden. Politik, Kostenträger, Leistungserbringer und die Wissenschaft sind aufgefordert zur Förderung dieses Prozesses geeignete Rahmenbedingungen und die notwendigen Voraussetzungen für die Erhaltung von Lebensqualität im Alter in diesem Versorgungsbereich zu schaffen. Trotz der Knappheit finanzieller Ressourcen sind nachhaltige Modernisierungen und notwendige Anpassungsprozesse auf personeller und konzeptioneller Ebene zu ermöglichen.

Das novellierte Landespflegegesetz beinhaltet eine Kostenbegrenzung pro Platz und eine zusätzliche Reglementierung durch die Höchstbegrenzung der Quadratmeter pro Platz und verhindert so Baukonzepte, die den Bedürfnissen besonderer Gruppen wie bspw. Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen entsprechen. Hier ist der Landesgesetzgeber aufgefordert, bürokratische und unnötige Reglementierungen aufzuheben. Dabei sind die Einrichtungen auch durch die Zunahme der schwer chronisch und gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen vor besondere qualitative Herausforderungen gestellt. Das nordrhein-westfälische Modellvorhaben der Landespflegekonferenz „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ hat hierzu einen wichtigen Weg eingeschlagen.

Eine fachlich angemessene und ausreichende Personalausstattung ist eine wichtige Voraussetzung, um den aktuellen und zukünftigen Bedarfslagen entsprechend eine Modernisierung und Umgestaltung der Heime zu erreichen. Hierbei könnte ein objektives und vor allem transparentes Instrument zur Personalbemessung hilfreich sein. Sinnvoll ist zudem die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen, die es Einrichtungen besser als bisher ermöglichen, auf den individuellen Bedarf der Heimbewohnerinnen und Bewohner einzugehen. In diesem Zusammenhang sind auch nachhaltige Verbesserungen im Management und in der Arbeitsorganisation der Einrichtungen anzustreben. Einrichtungen sind deshalb aufgefordert, alle Möglichkeiten des Personalmanagements auszuschöpfen, um die fachlichen Ressourcen zu optimieren.

Viele der heute eingesetzten Qualitätsmanagementsysteme zielen auf Organisations- und Strukturelemente ab. Was noch zu wenig Beachtung findet, ist die systematische Bewertung der Ergebnisse von Pflegeprozessen auch bezogen auf die individuelle Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen. Pflege- und Betreuungskonzepte, die Kompetenzen pflegerischen

Handelns erweitern, dienen dazu Leistungen optimaler an den aktuellen Bedarfslagen der BewohnerInnen zu orientieren und deren vorhandenen Fähigkeiten zu fördern. Hierzu gehört auch ein verstehender Umgang und die Berücksichtigung der Lebensgeschichte. Die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist in der Regel eine krisenhafte Situation für den Pflegebedürftigen und seine Familie, in der sie professionelle Unterstützung benötigen.

Neben der Entwicklung neuer Pflegekonzepte ist es notwendig, die medizinische Versorgung in den Heimen zu verbessern. Sie sollte alle Fachrichtungen umfassen und die Kooperation von Pflege und Medizin fördern. Beispiele dafür finden sich im Ausland wie das in den Niederlanden präferierte Konzept des Hausarztes.

Eine Pflegeberichterstattung und die Veröffentlichung aller einrichtungsbezogenen Daten von Qualitätsprüfungen bewirken mehr Markttransparenz und –gerechtigkeit. Ein Vergleich der Qualität von Heimen kann zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen.

Studien über die Arbeitsbedingungen in der Pflege und über die Abwanderungsraten aus der Pflege belegen die hohen Belastungen, die in vielen Bereichen mit einer Tätigkeit in der Pflege verbunden sind. Die notwendige Verbesserung der Arbeitssituation ist durch die Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen und Maßnahmen der Gesundheitssicherung möglich.

2.6 Unterstützende und pflegebegleitende Hilfen

Eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Pflegeinfrastruktur ist noch nicht befriedigend organisiert und in ausreichendem Maß vorhanden. Dies trifft auch und vor allem auf pflegeergänzende bzw. –unterstützende Hilfen z.B. im Bereich hauswirtschaftlicher Dienste, technischer Unterstützung oder Wohnraumanpassung zu. Pflegebegleitenden bzw. unterstützenden Hilfen haben zur Stärkung der ambulanten Versorgung wie auch unterfiskalischen Gesichtspunkten einen wichtigen Stellenwert: je besser und ausdifferenzierter die ambulante pflegerische Versorgung einschließlich pflegebegleitender Hilfen ist, desto mehr können vollstationäre Betreuungen vermieden oder zumindest verzögert werden.

Von den möglichen Kostenentlastungen durch den Einsatz effektiver unterstützender Hilfen profitieren nicht nur die Kommunen, sondern in erster Linie die Pflegekassen. Um den finanziellen Anreiz für die Kommunen zu verstärken, entsprechende Strukturen zu fördern, soll deshalb die Möglichkeit geprüft werden, inwieweit für die Kommunen der Einsatz o.g. Hilfen durch eine Fallpauschale aus dem SGB XI refinanziert werden kann.

3. Palliative Pflege, Sterben und Tod

Damit eine veränderte Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer gelebt werden kann, muss der Schutz des Lebens und die Wahrung der Menschenwürde dem Verlangen nach aktiver Sterbehilfe entgegen stehen. Sterben ist Teil des Lebens. - Nur mit diesem Verständnis von Sterben können integrative Modelle der Versorgung und Pflege Sterbender entwickelt werden.

Erfahrungen der Hospiz- und Palliativversorgung sollten auf die übrigen Bereiche und Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungen übertragen und dort integriert werden. Auf kommunalen und landesweiten Gesundheits- und Pflegekonferenzen sollte dieses Thema mehr beachtet werden.

Um in vertrauter häuslicher Umgebung sterben zu können, wie es der Wunsch des größten Teils der Bevölkerung ist, sind die ambulanten pflegerischen Infrastrukturen, die Kooperation ambulanter Dienste und die palliativen Dienstleistungen auszubauen und weiterzuentwickeln.

Dies kann in Form integrierter Versorgungsverbünde geschehen. Wenn Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, andere ambulante Anbieter (Apotheken, Physiotherapeuten etc.) und Alten- und Pflegeheime ineinander greifende Versorgungsangebote schaffen, kann die gewünschte Effizienzsteigerung erzielt werden.

In Einrichtungen der stationären Altenhilfe sollen Bedingungen geschaffen werden, die ein humanes Sterben ermöglichen. Eine bewohnerorientierte Sterbebegleitung setzt die

Zusammenarbeit und koordinierte Hilfe verschiedener Berufsgruppen voraus: Pflegekräfte, Soziale Dienste, Ärzte, Seelsorger, Angehörige, Ehrenamtliche.

Besondere Bedeutung haben die Schmerztherapie und die Behandlung nicht mehr einwilligungsfähiger Bewohner und die Behandlung in Notsituationen. Neben einer entsprechenden psychosozialen Begleitung sind Räume zu schaffen, die eine Sterbe- und Trauerkultur für die Sterbenden, deren Angehörige, aber auch die MitarbeiterInnen möglich machen.

Für den Krankenhausbereich sollen palliativversorgende Leistungen und Sterbebegleitung mit entsprechenden personellen und sachlichen Ausstattung der Stationen und im ambulanten Bereich mit hinreichender finanzieller Vergütung sicher gestellt werden.

Ehrenamtliche Sterbebegleiter sollten qualifiziert eingesetzt werden. Dies macht personelle Ressourcen zur Begleitung des ehrenamtlichen Engagements erforderlich.

Zur Ausbildung klinischer Pflegeexperten bedarf es für Studienprogramme entsprechender Professuren für Palliativpflege. In Deutschland existieren nur wenige Lehrstühle für Palliativmedizin, auch diese sollten in NRW weiter ausgebaut werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Palliativversorgung und Sterbebegleitung sind notwendig, um Pflegenden Kenntnisse im Bereich der Symptomkontrolle und des Symptommanagements, der Schmerzversorgung und der Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung und Übelkeit zu vermitteln sowie den Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zu schulen und zu unterstützen.

4. Qualitätssicherung in der Pflege

Die Qualität in der Arbeit mit und für ältere Menschen darf nicht dem Zufall überlassen werden. Die Begriffe Leben und Qualität werden je nach dem Blickwinkel des Betrachters unterschiedlich gefüllt und bewertet. Objektive und subjektive Kriterien machen die individuelle Auffassung von Lebensqualität aus.

Oberstes Ziel einer jeden Einrichtung in der Altenpflege sollte die Schaffung von Zufriedenheit und Wohlergehen für die älteren pflegebedürftigen Menschen sein. Weiterhin sollte die Erhaltung und Wiedergewinnung einer möglichst selbstständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens angestrebt werden.

Deshalb sollten sich Einrichtungen der Altenpflege bei Art, Inhalt und Ausführung von Dienstleistungen an folgenden allgemeinen Prinzipien orientieren: Würde, Privatheit, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit und Selbstverwirklichung. Dies bedeutet die uneingeschränkte Anerkennung der eigenen Wertvorstellungen eines Menschen durch die Achtung seiner Einzigartigkeit und seiner persönlichen Bedürfnisse. Das Recht, möglichst allein, ungestört und unbeeinträchtigt zu sein, sowie unbehelligt Beziehungen zu anderen Menschen pflegen zu können. Ohne Rechtfertigung gegenüber anderen zu denken und zu handeln, einschließlich des Rechts, ein abgewogenes Risiko einzugehen. Die Möglichkeit, unbeeinflusst aus einer Reihe vorhandener Möglichkeiten wählen zu können. Die Wahrung aller garantierten Bürgerrechte, die Verwirklichung persönlicher Wünsche und Fähigkeiten in allen Bereichen des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der üblichen Normen.

Erforderlich ist eine breit angelegte „Konzertierte Aktion für Menschenwürde in der Pflege“ unter Beteiligung des Landes, der Verbände und der Einrichtungen der Pflege. Sowohl Pflege- und Leitungskräfte als auch die an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sind für die besondere Situation in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu sensibilisieren.

Es muss sichergestellt werden, dass die Aufgaben beim Pflegebedürftigen kooperativ bewältigt werden. Angehörigenpflege und die Fach- und Hilfskräfte müssen sich sinnvoll ergänzen. Die Pflegebedürftigen müssen sich bewegen und beschäftigen können und dürfen nicht sich selbst überlassen sein. Dafür bedarf es mehr Kapazität und spezielle Schulungen, damit die Fachkräfte die Koordinierung dieser Aufgaben besser bewältigen können.

Eine Verbesserung der Dokumentation des Pflegeprozesses kann erzielt werden durch Instrumente, die eine regelmäßige und systematische Vorgehensweise leiten und eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen unterstützen. Pflegekräfte müssen den Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner genau beobachten, Risiken und Pflegeprobleme sicher und rechtzeitig erkennen und dokumentieren.

Ebenso wichtig ist es die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu sehen und zu unterstützen.

Pflegeplanungen sind laufend zu aktualisieren, Ergebnisse und die Wirksamkeit der Maßnahmen müssen systematisch durch Pflegevisiten überprüft werden. Vorbeugende Maßnahmen z. B. zur Verhinderung von Stürzen und die Beachtung besonderer Risiken sollten stets berücksichtigt werden..

Die ergebnisorientierte Qualitätserfassung muss künftig mehr Gewicht erhalten. Das erfordert die Schaffung einer neuen Basis für die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Insgesamt sollten die Instrumente der öffentlich kontrollierten Qualitätssicherung in der Pflege weiterentwickelt und aufeinander abgestimmt werden, dies trifft vor allem auf die Heimaufsicht und den MDK.

Die Implementierung und dauerhafte Sicherung anerkannter Management-Systeme ist aufwendig. Sie bindet sowohl erhebliche Personal- als auch Finanzressourcen, die in die Pflegesatzvereinbarungen einfließen müssen. Qualitätsentwicklung zu fordern und die Anerkennung der erforderlichen Kosten zu lassen, führt zu Zerrbildern, die der Weiterentwicklung der Pflegequalität nicht dienlich sind. Diese Kosten müssen Gegenstand der Vergütungsvereinbarungen in der ambulanten und stationären Altenpflege sein. Die Kostenträger werden aufgefordert, Anstrengungen zu unternehmen, um die besonderen Bemühungen auf diesem Gebiet zu belohnen und dieses fördernd öffentlich darzustellen.

Eine systematische und regelmäßige Pflegeberichterstattung mit den wichtigsten Qualitätsindikatoren, bei der die einzelnen Institutionen der Pflege Zugang zu ihren Ergebnissen erhalten, der Gesamtbericht jedoch anonym veröffentlicht wird, kann für die einzelne Einrichtung ein wesentliches Instrument zur Entwicklung der Pflegequalität darstellen. Darüber hinaus ist eine derartige Pflegeberichterstattung als Instrument zur Suche nach den Ursachen der Qualitätsmängel und zur Planung für eine regionale Versorgung zu nutzen. Eine solche Pflegeberichterstattung sollte auf kommunaler bzw. regional kleinteiliger Ebene flächendeckend im Rahmen der stationären und ambulanten Pflegeversorgung durchgeführt werden. Als Teil dieser Pflegeberichterstattung sollten alle bei Qualitätsprüfungen gesammelten Daten kurzfristig veröffentlicht werden.

5. Arbeits- und Berufsfeld Pflege

Die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs bedarf dringend einer Aufwertung. Neben Imagekampagnen ist es insbesondere erforderlich, den Pflegeberuf substantiell attraktiv zu machen. Dazu gehören gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Durchstieg zur Fachhochschulreife, sichtbare Karrierechancen, eine leistungsgerechte Bezahlung, Unterstützung im Umgang mit arbeitsbedingten Belastungen für die Pflegenden und eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Wesentliche Voraussetzungen für die Gewährleistung einer qualitativ und menschlich hochwertigen Pflege ist die bedarfsgerechte Personalbemessung in pflegerischen Einrichtungen. Anzahl und Qualifikation des Personals muss sich am tatsächlichen Bedarf der Pflegebedürftigen ausrichten. Zur Ermittlung dieses Bedarfs werden für die betriebliche Praxis verlässliche empirische Verfahren benötigt.

Die Qualifikationen müssen an die zunehmend differenzierten Versorgungsbedarfe angepasst werden, insbesondere in den Bereichen:

- Diagnostik und Therapie
- Prävention und Rehabilitation
- Psychiatrische Pflege und Betreuung
- Kultursensible Pflege
- Vernetzung, Schnittstellen- und Case-Management
- Qualitätssicherung
- Angehörigenarbeit
- Ethik in der Pflege

Auch die ambulanten Pflegedienste müssen durch ihr Angebot und entsprechende Leistungsvereinbarungen flexibel auf die sich ändernden Bedarfe der Pflegebedürftigen reagieren können. Nur so lässt sich die Qualität und Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflege verbessern.

Die Sicherung fachlich qualifizierter Pflege beginnt bei der bedarfsgerechten Bereitstellung von Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen. Verfahren sind zu entwickeln, die den zukünftigen Bedarf an beruflich Pflegenden sowie der benötigten Qualifikationen ermittelt. Dabei hat sich eine Kontingentierung von Ausbildungsplätzen durch die Landesregierung in der Vergangenheit als kontraproduktiv erwiesen.

Seit 2005 kann die Arbeitsverwaltung nach SGB III zudem nur noch die zweijährige Ausbildung fördern. Die Anerkennung als Pflegefachkraft verlangt aber eine dreijährige Ausbildung. Angesichts des zukünftig noch steigenden Bedarfs an Fachkräften in der Pflege besteht daher ein dringender Handlungsbedarf von Seiten des Gesetzgebers, zur bisherigen Regelung zurückzukehren. Da für Pflegefachkräfte noch ausreichend Bedarf auf dem ersten Arbeitsmarkt besteht, ist es sowohl aus arbeitsmarkt-, wie auch aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll, dass jeder Auszubildende, der einen betrieblichen Ausbildungsplatz nachweisen kann, zukünftig auch einen Platz in einer Pflegeschule oder einem Fachseminar für Altenpflege erhält.

Aber nicht nur quantitativ, auch qualitativ muss die Pflegeausbildung dem Bedarf und damit den sich verändernden und steigenden Anforderungen in den Einrichtungen anpassen werden. So steigt bspw. die Zahl der gerontopsychiatrisch oder mehrfach erkrankten alten Menschen in den Pflegeeinrichtungen stetig an. Um hinreichend auf die Praxis vorzubereiten, müssen in der Ausbildung die entsprechenden fachlichen und personalen Kompetenzen vermittelt werden.

Ebenso steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die vor Jahren aus anderen Ländern zugewandert sind. Hier sind besondere kommunikative Kompetenzen gefordert, damit Pflegekräfte auf die individuellen sprachlichen und kulturellen Bedürfnisse der alten Menschen eingehen können.

Die Qualifikation und Kooperation der Lehrkräfte in der theoretischen Ausbildung und der Praxisanleitungen im berufspraktischen Teil der Ausbildung ist ein zentraler Ansatzpunkt, um die Qualität der Pflegeausbildung zu verbessern. Die verbesserte Aus- und Fortbildung einer angemessenen Anzahl von Fachlehrern an Pflegeschulen und Fachseminaren ist ebenso anzustreben wie die Entwicklung systematischer Curricula, die insbesondere den Theorie-Praxistransfer stärker unterstützen.

Modellprojekte sind zu initiieren, um Erfahrungen für eine generalistische Pflegeausbildung, also die einheitliche Ausbildung für angehende Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte mit anschließender Differenzierung der Fachbereiche, zu sammeln. Ein Entwicklungsschritt kann auch eine gemeinsame Grundausbildung sein. Hier kann und sollte auf die Erfahrungen aus dem europäischen Raum zurückgegriffen werden.

Veränderungen im Fort- und Weiterbildungsbereich sind dringend, damit pflegerisches Wissen im Laufe des Berufslebens nicht verloren geht. Pflegerisches Handeln muss sich stets an den aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen orientieren. Dabei haben sich Fort- und Weiterbildungen, die sich nur auf Einzelne beziehen, in der Praxis als nur wenig veränderungswirksam erwiesen. Angesichts der steigenden Anforderungen in der professionellen Pflege muss die Organisationsstruktur pflegerischer Einrichtungen im Sinne lebendigen Lernens verändert werden, so dass Leitungen, Teams und einzelne Spezialisten gemeinsam an der Optimierung professioneller Pflege und Betreuung arbeiten können.

Die Fort- und Weiterbildung im Bereich der Altenpflege muss besser strukturiert werden. Nach dem Vorbild in anderen Ausbildungsberufen sollten Fortbildungen, in denen alltagsorientierte Inhalte vermittelt und vertieft werden und Weiterbildungen mit einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsinhalten und einer staatlichen Anerkennung, getrennt werden. Dabei sollten Weiterbildungsangebote modularisiert werden (Grund- und Aufbauangebote), um das Angebot flexibel auf die aktuellen Bedürfnisse anzupassen. Die ständige Fort- und Weiterbildung muss eine verpflichtende Anforderung für Einrichtungen und Pflegekräfte sein und durch gezielte Anreize gefördert werden.

Die Altenpflege bietet neue Chancen für Quereinsteiger auf dem Arbeitsmarkt des Dienstleistungssektors, die es systematisch zu nutzen gilt. Menschen, die ehrenamtlich tätig waren, ohne Berufsausbildung sind oder denen ein Wiedereinstieg in ihren erlernten Berufen nicht möglich ist, bietet die Arbeit als Pflegehelferinnen oder Pflegehelfern neue Perspektiven. Träger nutzen die Chance, aus dem Potenzial dieser Helfer gezielt diejenigen auszusuchen, die für die Ausbildung zur Pflegefachkraft geeignet sind. Hier wäre eine engere Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt empfehlenswert.

Die Rahmenempfehlungen und die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in Nordrhein-Westfalen sehen vor, dass ein Anbieter häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, von

einer Krankenpflegekraft geleitet werden muss. Da die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen ein ausreichendes Maß an krankpflegerischem Wissen vermittelt, führen die Regelungen zu einer Diskriminierung der Altenpflege. Dies ist spätestens seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.10.2002, mit der die Altenpflege als „Heilberuf“ gewertet wurde, nicht mehr gerechtfertigt, da auf diese Weise die Selbstständigkeit des Altenpflegeberufs beschnitten wird und den Altenpflegekräften Aufstiegsmöglichkeiten genommen werden. Das wirkt sich negativ auf die Attraktivität der Ausbildung sowie des ganzen Berufs aus. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Pflege empfiehlt sich dringend die Beseitigung dieser Diskriminierung.

Zurzeit ist eine Pflegefachkraftquote von 50 Prozent in stationären Einrichtungen gesetzlich vorgeschrieben. Diese Fachkraftquote bildet den erforderlichen quantitativen und qualitativen Pflegebedarf aber nur unzureichend ab und kann nur als Mindestquote gewertet werden. Der Anteil an Fachkräften muss sich nach der individuellen Bedürfnislage der Pflegebedürftigen richten und Art und Umfang der zu leistenden Pflege in den jeweiligen Einrichtungen entsprechen.

Eine menschenwürdige Pflege lässt sich nur durch die enge Zusammenarbeit von pflegerischen, hauswirtschaftlichen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Professionen gewährleisten. Angesichts dieser Multiprofessionalität in den stationären Einrichtungen erweist sich die Einengung des Fachkraftbegriffs auf Pflegefachkräfte als obsolet und verhindert die Gewinnung der benötigten personellen Ressourcen sowie den Einsatz multiprofessioneller Teams.

Leistungsträgern sowie den Verantwortlichen in den Einrichtungen der pflegerischen Versorgung sind aufgefordert, der Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen in der Pflege höchste Priorität einzuräumen. Die Entspannung der Arbeitssituation gewährleistet eine menschenwürdige Pflege und wird letztlich auch als Gesundheitssicherung der Pflegenden wirksam.

Wesentliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Arbeitssituation und Qualität in der professionellen Pflege und Betreuung sind:

- Die zu erzielende Qualität einer Einrichtung und die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erbringende Pflege- und Betreuungsleistung muss vom Träger klar definiert werden.
- Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen am Pflegeprozess beteiligten Professionen müssen geklärt und abgegrenzt werden. Dies bedarf einer Vereinbarung innerhalb der Selbstverwaltung, basierend auf einer Tätigkeitsanalyse und Folge einer Neudefinition der jeweiligen Personalschlüssel.
- Die Vereinbarkeit von Familie und einem Beruf mit Schichtdienst muss verbessert werden.
- Die Arbeitsorganisation und Dienstplanung muss optimiert werden, damit vor allem unnötige und kurzfristige Überstunden vermieden werden.
- Realistische Arbeitszeitbemessungen sind Grundlage der Pflegequalitätssicherung. Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege muss die Organisation der Einsätze überprüft werden. Hier verursachen zu knapp kalkulierte Zeitbudgets und häufige Personalwechsel bei der Versorgung einzelner Pflegebedürftiger Mängel in der Qualität der Pflege und stellen auch für die Pflegekräfte eine erhebliche Belastung dar.

- Pflegekräfte müssen von unnötiger Bürokratie entlastet werden.
- Frühzeitige Förderung des Gesundheitsbewusstseins und –verhaltens der Pflegenden sowie eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Strukturen und Prozesse am Arbeitsplatz ist Aufgabe aller Akteure in der Pflege.

6. Alternative Versorgungsformen

Die Entwicklung wohnortnaher Versorgungskonzepte stellt einen wichtigen Ansatz zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur dar. Dabei gilt es mobile Hilfs- und Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege, stationäre Einrichtungen und Wohnangebote mit gesicherter Pflege miteinander zu verbinden. Grundlage ist der Bedarf der im Wohnquartier oder Stadtteil lebenden Bevölkerung.

In Bezug auf die Weiterentwicklung von Betreuungsformen verdienen Ansätze des betreuten Wohnens und gemeinschaftliche Wohnformen mit einer gesicherten Pflege sowie Hausgemeinschaften hohe Aufmerksamkeit. Von besonderer Bedeutung ist, dass neue Konzepte in Wohn- und Siedlungsstrukturen integriert werden und eine träger- und angebotsübergreifende Kooperation zur Regel wird.

Nach wie vor ist aber zu sehen, dass soziale Netze von Familien, Nachbarschaft und bürgerschaftlichem Engagement wichtig sind und bleiben und die oben dargestellte wohnortnahe Versorgung ohne „private“ Hilfen nicht vollständig ist.

Die kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung kann aufgrund der demographischen Entwicklung nicht von anderen Planungsfeldern (Sozial-, Bauland-, Wohnungspolitik u.a.) unabhängig betrachtet werden. Planungen müssen insgesamt die Tatsache des immer größer werdenden Anteils von älteren Menschen, die mit zunehmendem Alter Unterstützung benötigen, berücksichtigen und z.B. den Wohnbedürfnissen der älteren Generation Rechnung tragen. Kommunale Pflegeplanung sollte sich an örtlichen Strukturen orientieren und wohnortnahe, vernetzte Versorgungskonzepte initiieren bzw. unterstützen. Hierbei ist auch die nachhaltige Förderung von sozialen Netzen, Nachbarschaftshilfen und auch generationenübergreifenden Projekten einzubeziehen.

7. Wohnen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Der überwiegende Teil der älteren Menschen möchte so lange wie möglich selbständig in der vertrauten Umgebung wohnen bleiben. Veränderte Wünsche und Bedürfnisse an ein Wohnen und Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit verbunden mit der demographischen Entwicklung müssen in der Gestaltung der Wohnungs- und Pflegepolitik aufgegriffen werden.

Die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebot an Wohnraum für alle Lebenslagen, der z. B. die Erfordernisse nach Barrierefreiheit erfüllt, ist eine wichtige Voraussetzung auch bei einsetzender

Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Dies erfordert auch Anpassungsmaßnahmen im bestehenden Wohnungsbestand.

Neben der Ausstattung individuellen Wohnraums, ist es erforderlich Stadtteile und Wohnquartiere auf die Bedürfnisse älterer Menschen auszurichten. Die neuen Wohnungsbauförderrichtlinien können von der Wohnungswirtschaft und den örtlichen Sozial- und Stadtplanern genutzt werden, Angebote an überschaubaren, quartiers- bzw. stadtteilbezogenen Wohn- und Pflegeangeboten weiter zu entwickeln.

Ein zweiter wichtiger Aspekt zur Unterstützung des selbständigen Wohnens sind wohnortnahe Informations- und Beratungsangebote, die zu örtlichen Angeboten vermitteln und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen abklären. Ratsuchende ältere Menschen, pflegebedürftige Personen und deren Angehörige sind dabei unabhängig zu beraten.

Der Verbleiben im eigenen Zuhause kann weiterhin gesichert werden, wenn die Unterstützung bedarfsgerecht und auf Dauer sichergestellt ist. Dazu ist es erforderlich die Kooperation und Vernetzung der vorhandenen Hilfe-, Beratungs- und Pflegeangebote weiter zu entwickeln. So können Leistungen auch wohnortnah zugänglicher werden und sich flexibel an den sich wandelnden Bedürfnissen der älteren Menschen anpassen.

Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass eine „Rund-um-die-Uhr“ notwendige Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht mehr sichergestellt werden kann und eine stationäre Betreuung erforderlich wird.

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben sich den veränderten Bedürfnissen und Erwartungen sowohl baulich als auch konzeptionell bereits vielfach angepasst. Leben und Wohnen in überschaubaren Wohnbereichen, die Sicherheit und Geborgenheit geben und alltagsnah gestaltet sind, lösen mehr und mehr die „krankenhausähnlichen“ Alten- und Pflegeheime ab.

Eine Weiterentwicklung sollte sich an Haus- und Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen orientieren, die in den Stadtteil, das Gemeinwesen integriert sind. Sie schließen dann die Unterstützung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen in deren vertrauter Umgebung ab.

Zur Zeit wird die Entwicklung von neuen Wohn- und Betreuungsformen noch vielfach durch nicht klare gesetzliche Regelungen behindert. Dies führt auch zu Investitionshemmnissen bei neuen Projekten. Einerseits gilt es die fachliche Weiterentwicklungen voranzutreiben, die sich stärker an den individuellen Lebens- und Wohnbedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientieren muss aber andererseits geht es auch weiterhin darum dem berechtigten Schutzanspruch der zu unterstützenden Menschen Rechnung zu tragen.

8. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Es gilt die Vorstellung zu überwinden, wonach Pflege den Stellenwert einer letzten Instanz in der Versorgungskette erhält. Ziel ist es, Strategien zu entwickeln, durch präventive und rehabilitative Maßnahmen das Pflegerisiko zu verringern. In diesem Sinne sind Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung als Teilaufgaben der Pflege zu verstehen. Bislang bezieht sich Rehabilitation im SGB V in erster Linie auf die Integration in das Arbeitsleben. Präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Leistungen vor und bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI werden kaum gewährt. Die ökonomischen Folgen gehen zu Lasten der Pflegeversicherung. Mit Blick auf die Lebensqualität alter Menschen und die Möglichkeiten der Kostenreduzierung durch Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sollte die geriatrische Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention im SGB V in Form eines Leistungsanspruchs stärker berücksichtigt werden.

Ökonomischen Fehlanreize, die ein konsequentes und vernetztes Vorgehen bei der Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit derzeit behindern, könnten vorläufig dadurch bearbeitet werden, dass die Pflegeversicherung als leistungspflichtiger Rehabilitationsträger im Rahmen des SGB V anerkannt wird. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen könnten durch eine Änderung des § 5 des SGB V geschaffen werden. Eine Integration des SGB XI in das SGB V ist abzulehnen, da der Pflegesektor einer anderen Logik folgt als der SGB V und nicht marginalisiert werden darf.

Sowohl die Rehabilitation bei bestehender Pflegebedürftigkeit als auch die Rehabilitation durch die Pflege muss gefördert werden. Wichtig ist, dass der Personenkreis mit der Pflegestufe 0 dabei einen Anspruch auf präventive Hilfen erhält. Da die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eine komplexe und multidisziplinär zu erbringende Aufgabe ist, müssen die medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Hilfen für pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen im Sinne einer „integrativen Versorgung“ vernetzt und ausgebaut werden. Künftig sollte es im stationären wie ambulanten Bereich möglich sein, therapeutische und präventive Maßnahmen einzelner Leistungserbringer sowie Praxisnetzwerke intensiv in die Rehabilitation einzubeziehen.

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist gleichzeitig die Rehabilitationsfähigkeit der betreffenden Person festzustellen. Daher ist eine fachkompetente Begutachtung von zentraler Bedeutung. Das rehabilitative Potenzial einer Person zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu empfehlen, sollte zukünftig ein Schwerpunkt innerhalb der Pflegebegutachtung sein.

Der präventive geriatrische Hausbesuch ist aufgrund internationaler und nationaler Projekte und Studien inzwischen einer der am besten dargelegten Präventionsansätze für bestimmte Zielgruppen. Durch den Besuch in der eigenen Wohnung können individuelle und milieuspezifische Probleme und Ressourcen der pflegebedürftigen bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen unmittelbar erfasst und in der Maßnahmeplanung berücksichtigt werden. In verschiedenen Modellprojekten zeigte dieses Vorgehen bereits erste Erfolge. In einem eigenen regional begrenzten Modellversuch sollte das Land NRW überprüfen, ob die präventiven Hausbesuche für ein nachhaltiges Regelangebot geeignet sind.

Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern werden verschiedene geriatrische Rehabilitationsangebote und -einrichtungen benötigt. Hier sind insbesondere die teilstationären Angebote und Einrichtungen als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von Bedeutung.

Insbesondere die Kurzzeitpflege eignet sich zum Einsatz zu präventiven bzw. rehabilitativen Zwecken. Bislang kann Kurzzeitpflege aber nur von pflegegebedürftigen Personen nach SGB XI oder von Selbstzahlern in Anspruch genommen werden. Es wäre aber sinnvoll, dass die Kurzzeitpflege auch von Leistungsbeziehern des SGB V, also den noch nicht Pflegebedürftigen, wie auch des SGB XI im Sinne der Pflegeüberleitung genutzt werden könnte. Um Kurzzeitpflege zur Rehabilitation und Gesundheitsförderung und damit Prävention von Pflegebedürftigkeit einzusetzen, ist eine fachspezifische Anpassung der Einrichtungskonzeption erforderlich.

Besondere Herausforderung, aber auch Chancen, ergeben sich bei der geriatrischen Rehabilitation von Heimbewohnern. Eine erfolgreiche Rehabilitation eines Bewohners, so dass dieser von Pflegestufe III nach Pflegestufe II eingestuft werden könnte, würde eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität für den alten Menschen bedeuten. Derzeit „bezahlen“ Einrichtungen einen solchen Erfolg jedoch mit Einnahmeeinbußen. Die Kommission empfiehlt der Landesregierung, sich für einen Abbau dieser leistungsbezogenen Barrieren und für eine entsprechende Förderung der wohnfeldbezogenen Rehabilitation für Altenheimbewohner einzusetzen.

Um gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Ansätze zielgenauer einsetzen zu können, werden Projekte zur Erforschung der Entstehung von Pflegebedürftigkeit benötigt. Insbesondere die Identifikation der Bruchstellen, d.h. der Übergänge hin zur Pflegebedürftigkeit, ist von zentraler Bedeutung.

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung sowie wissenschaftlichen Instituten, Stiftungen und Pflegekassen, den Ausbau der Forschung in folgenden Bereichen zu unterstützen:

- Analyse der biografiebedingten Risiken in Bezug auf die Entstehung von Pflegedürftigkeit.
- Epidemiologische Forschung zur Entstehung von Krankheiten im Alter und die Häufigkeit ihres Auftretens in bestimmten Bevölkerungsgruppen.
- Erforschung präventiv wirksamer Maßnahmen zur Früherkennung und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters.
- Analyse der Zusammenhänge und Wechselwirkungen von chronischer Erkrankung, Multimorbidität und Behinderung bei der Entstehung und Prävention von Pflegebedürftigkeit.
- Empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen von körperlicher Aktivität und angemessenem Sport bei hochaltrigen pflegebedürftigen und (noch) nicht pflegebedürftigen Menschen.
- Untersuchung der motivierenden bzw. motivationshemmenden Faktoren für die körperliche Aktivität älterer Menschen.

- Untersuchung spezifischer Risiken aber auch Ressourcen älterer Menschen zur Entwicklung zielgruppengerechter Formen von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
- Evaluation präventiver und rehabilitativer Strategien und Maßnahmen vor und und bei bestehender Pflegebedürftigkeit.

9. Bürgerschaftliches Engagement in der pflegerischen Versorgung

Ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen werden in vielen Bereichen bereits von ehrenamtlichen Helfern unterstützt. Sie kümmern sich z. B. um allein lebende Menschen, entlasten pflegende Angehörige oder besuchen Menschen, die in Alten- oder Pflegeheimen leben. Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement unterstützt und ergänzt so sowohl familiäre als auch professionelle Hilfestrukturen ohne sie zu ersetzen.

Besonders dementiell erkrankte Menschen und deren Angehörige benötigen wegen des hohen und spezifischen Betreuungsbedarfs vielfach ganz individuelle Unterstützung. Hier zeigen Erfahrungen, das geschulte und professionell begleitete ehrenamtliche MitarbeiterInnen, eine Bereicherung familiärer und/oder professioneller Pflege sind.

Ehrenamtlich tätige Menschen sind nicht Lückenbüßer sondern eine wichtige qualitative Ergänzung. Zur Erhaltung und auch zu Erhöhung der Bereitschaft sich ehrenamtlich zu betätigen, bedarf es jedoch einer klaren Profilierung. Eine „neue Selbstverständlichkeit des Helfens“ ist nur sicherzustellen, wenn sie professionell unterstützt und qualifiziert wird. Ebenso sollten aber auch die eigenen Interessen und Belange der freiwilligen HelferInnen berücksichtigt werden und ihre materielle Absicherung (z.B. versicherungsrechtlicher Schutz, Aufwandsentschädigungen).

Ehrenamtlich Tätige haben immer einen eigenen Stellenwert und verdienen öffentliche Anerkennung und Förderung. In NRW sollte eine Gesamtkonzeption entwickelt werden, die Information und Beratung sicherstellt, Netzwerke entwickelt und pflegt, ein übergreifendes Verständnis im Sinne zivilgesellschaftlicher Orientierung befördert und notwendige landespolitische und rechtliche Maßnahmen anstößt. Das Land sollte an zentraler, ressortübergreifender Stelle die Voraussetzungen dafür schaffen und dabei auch die Erfahrungen sowohl anderer Bundesländer wie des Auslandes systematisch auswerten und das entsprechende Wissen verbreiten. Den Kommunen kommt dabei als Bestandteil ihres Auftrags zur sozialen Daseinsvorsorge die Aufgabe zu, die Leitidee von der „neuen Kultur des Helfens“ auf der örtlichen Ebene praktisch umzusetzen.

10. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Pflegeversicherung wird zunehmend zum Gegenstand der öffentlichen Debatte über die Reform der Sozialsysteme. Seit ihrer Einführung im Jahre 1995 hat sich dieser neue Sozialversicherungszweig als wichtiger Baustein bei der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bewährt.

Der soziale und demographische Wandel wird jedoch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu einem massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und damit verbunden auch zu einem Anstieg der Inanspruchnahme professioneller Pflegemöglichkeiten führen.

Parallel dazu rücken immer weniger junge Beitragszahler nach, die den Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung decken sollen. Bereits heute ist es so, dass seit dem Jahr 1999 die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen übersteigen.

Um den heutigen Qualitätsstandard in der Pflege zu erhalten oder ihn sogar zu verbessern, besteht deshalb die zwingende Notwendigkeit, sich auf ein wesentliches höheres, zur Absicherung des großen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit erforderliches Finanzvolumen vorzubereiten. Hierzu ist eine breite öffentliche Diskussion erforderlich, um eine Balance herbeizuführen zwischen notwendigen und wünschenswerten Leistungsverbesserungen einerseits und damit verbundener Belastung der Beitragszahler andererseits.

Allein vor dem Hintergrund der finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung darf nach Auffassung der Enquête-Kommission eine umfassende Strukturreform nicht weiter hinausgeschoben werden. Gleichzeitig sollte wieder erreicht werden, dass das Risiko einer ausschließlich pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit möglichst verringert wird. Die Akzeptanz in der Bevölkerung für eine verpflichtende Beitrags- oder Prämienzahlung wird künftig nur noch dann vorhanden sein, wenn das Risiko der Pflegebedürftigkeit so tatsächlich weitgehend abgesichert werden kann.

Ein Handlungsbedarf besteht besonders hinsichtlich folgender Bereiche:

1. Eine sich wandelnde Bevölkerungsstruktur wird in den kommenden Jahren zu einem massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen und die Gesellschaft vor große Herausforderungen stellen. Der Kostendruck auf die Pflegeversicherung wird dadurch zunehmen. Die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung muss deshalb dem demographischen Wandel hinreichend Rechnung tragen und die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zukunftsfest machen. Dabei müssen die Lasten auf die Generationen fair verteilt, die Eigenverantwortung gestärkt und die gebotene solidarische Finanzierung möglichst rational und transparent gestaltet werden.
2. Eine Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen durch eine umfassende Strukturreform muss dazu führen, dass die Belastungen der Kommunen und der Träger der Sozialhilfe begrenzt und reduziert werden. Das Ziel der Pflegeversicherung, die Abhängigkeit weiter Teile der Bevölkerung von der Sozialhilfe im Falle von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, muss wieder stärker erreicht werden.

3. Die Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI (§ 14) ist kein pflegewissenschaftlicher, sondern ein sozialversicherungsrechtlicher. Er definiert die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen. Der tatsächliche Pflegebedarf wird in dieser Feststellung nur bedingt widerspiegelt.
4. Nach der genannten Definition wird insbesondere der Pflegebedarf von Menschen mit demenzbedingten Funktionsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass der so betroffene Personenkreis nicht ausreichend in die Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen ist. Daran hat auch das „Gesetz zur Verbesserung der Pflegeleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ (Pflegeleistungsergänzungsgesetz) nur wenig geändert. Eine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit muss die genannten Faktoren berücksichtigen.
5. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung ist seit 1995 nicht mehr der allgemeinen und der pflegespezifischen Kostenentwicklung angepasst worden. Dies hat zur Folge, dass bei Fortführung konstanter Pflegepauschalen der Gegenwert so finanzierbarer Pflegeleistungen zunehmend schrumpft. So ist der Abstand zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten kontinuierlich größer geworden und hat zu Mehrbelastungen der Versicherten, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe geführt. Obwohl eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen aus dem derzeitigen Einnahmenvolumen nicht zu finanzieren ist, sollte dieser Aspekt in einer strukturellen Anpassung der Pflegeversicherung nicht außer acht gelassen werden.
6. Die derzeit geltenden Pflegestufen differenzieren nicht ausreichend die Unterschiede des Pflege- und Hilfebedarf, das Raster ist zu grob. Eine deutlich differenziertere Aufteilung der Pflegestufen sollte eine stärkere Angleichung an den Pflegebedarf unterstützen.
7. Der in der Pflegeversicherung bereits angelegte Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist zu stärken. Dies entspricht den Wünschen von Pflegebedürftigen, die ein Verbleiben in der gewohnten, häuslichen Umgebung der Betreuung in einer stationären Einrichtung vorziehen. Auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ist eine ambulante Versorgung vorzuziehen. Ambulante Strukturen sowohl der Laienpflege als auch der professionellen ambulanten Pflege sind zu stärken. Deshalb kommt in diesem Zusammenhang v. a. der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und allen Formen der Pflegeberatung eine wichtige Aufgabe zu. Ebenso sind eine stärkere Vernetzung und Verzahnung von pflegerischen Leistungen anzustreben. Eine strukturell verbesserte Zusammenarbeit etwa zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zu ambulanten Pflegediensten oder zwischen Ärzten, Therapeuten und ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern würde in diesem Zusammenhang erhebliche Potentiale eröffnen.
8. Die Leistungserbringung in der Pflege ist durch vielfältige gesetzliche Regelungen stark ausdifferenziert und überreguliert. Dies führt zu aufwändigen und damit kostenintensiven Abläufen, die z. B. in Alten- und Pflegeheimen auch personelle Ressourcen binden. Rechtsvorschriften und damit vielfach verbundene Prüfungen sind zu überprüfen und besser auf einander abzustimmen, so dass Kompetenzen von Prüfinstanzen klar voneinander abzugrenzen sind bzw. diese besser zusammenarbeiten.