

Mitteilung des Senats vom 12. April 2005**Bedarfsgerechte Versorgung für pflegebedürftige Menschen**

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 16/537 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Der Senat teilt die in der Fragestellung zum Ausdruck kommende Zielsetzung, zur Absicherung der Selbständigkeit älterer und pflegebedürftiger Menschen die pflegerische Versorgung leistungsfähig und wirtschaftlich zu gestalten und die Kooperation der Akteure zu verbessern. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels stellt dies die finanzielle Leistungsfähigkeit der Pflegekassen aber auch der Sozialhilfeträger vor große und wachsende Herausforderungen. Bremen als Haushaltsnotlageland muss die Entwicklungen bei der Pflegebedürftigkeit, den verschiedenen Versorgungsformen und deren Kosten in diesem Bereich besonders aufmerksam verfolgen und frühzeitig und vielfältig darauf eingehen. Daher sind Themen wie „Flexibilisierung der Versorgung bei gleichzeitiger Kostenreduzierung“, „Förderung von ambulanten vor stationären Versorgungsformen“, „Förderung neuartiger Versorgungsformen“ sowie nicht zuletzt „Bemühungen um eine Reform der Pflegeversicherung (SGB XI)“ als strategische Steuerungsaufgaben anzunehmen.

Zum Bereich der stationären pflegerischen Hilfen weist der Senat darauf hin, dass es – anders als etwa im Krankenhausbereich – derzeit keine rechtlichen Möglichkeiten der Angebotslenkung für das Land oder die Stadtgemeinden gibt. Das SGB XI geht von einer marktähnlichen Regulierung von Angebot und Nachfrage im Pflegebereich aus. Die Verträge der Leistungsträger mit den Anbietern dürfen ebenfalls nicht von Bedarfsprüfungen abhängig gemacht werden.

Eine Steuerungs-Leitlinie bremischer Altenpolitik ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ältere Menschen sollen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung betreut und unterstützt werden, stationäre Hilfen sollen nur dann zur Verfügung stehen, wenn die Grenzen der ambulanten Betreuung erreicht sind.

Eine Möglichkeit der Steuerung der Angebotsentwicklung ist die Beratung der Träger durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Träger werden hier auf qualitative und quantitative Bedarfe aufmerksam gemacht, in Umsetzungsfragen beraten und vor der Realisierung nicht bedarfsgerechter Angebote gewarnt. Dabei berücksichtigt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auch allgemeine Ziele der Altenhilfepolitik, wie den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die kritische Frage, ob die Pflegeheimunterbringung für alle Nutzer die sinnvolle und notwendige Versorgungsform darstellt.

Um die Zahl der Pflegeheimunterbringung zu reduzieren, die in Ermangelung eines abgestuften Hilfsangebotes zwischen der ambulanten Pflege und der stationären Vollversorgung erfolgen, hat der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit den Bremer Trägern ein relativ umfangreiches Angebot an Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen entwickelt.

Diese Zielrichtung wird weiter verfolgt und ist wesentlicher Bestandteil der Beratung der Träger bei der Erörterung neuer Angebote.

In welchem Umfang Investitionen in Pflegeeinrichtungen finanziell vom Land Bremen unterstützt werden sollen, wird gegenwärtig vom Senator für Arbeit, Frauen,

Gesundheit, Jugend und Soziales in Abstimmung mit den Zentralressorts auch auf der Grundlage eines Vergleichs der Förderpraxen der Länder überprüft.

1. Wie hoch ist der Bedarf an Langzeitpflegeplätzen in Bremen, und inwieweit ist der Bedarf an Langzeitpflegeeinrichtungen in den letzten Jahren gestiegen?

1.1. Die Entwicklung von 1992 bis 2004

Die folgende Tabelle zeigt die Zahl der Einrichtungen in der Stadtgemeinde und im Land Bremen in den Jahren 1992, 1996 und 2004. Zuverlässige Daten für das Land Bremen liegen nur für 2004 vor:

Einrichtungsformen	Stadtgemeinde Bremen			Land Bremen 2004
	1992	1996	2004	
Altenwohnheime ¹⁾	1	1	2	2
Altenheime ²⁾	8	6	1	1
Altenpflegeheime ³⁾	21	21	51	61
Alten- und Pflegeheime	26	28	2	2
Altenwohn- und Pflegeheime			14	14
Gesamt	56	56	70	80

Blieb die Gesamtzahl der Einrichtungen mit 56 von 1992 bis 1996 noch konstant, so haben freigemeinnützige und gewerbliche Träger von 1996 bis 2004 neu 18 Heime im Land Bremen errichtet. Da in dieser Zeit vier Heime den Betrieb eingestellt haben, entstanden zusätzlich 14 Heime (Zunahme um 25 %). In diesem Zeitraum sind in Bremerhaven keine neuen Heime entstanden.

Neben der Zahl der Einrichtungen ist entscheidend, wie viele Plätze der verschiedenen Einrichtungstypen in Bremen angeboten werden. Dabei fällt der starke Anstieg auf bei den Altenwohnheimplätzen und den Altenpflegeheimplätzen, während die Zahl der Altenheimplätze auf ein bald vernachlässigbares Niveau sinkt.

Diese Entwicklung ist u. a. auch durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes – PflegeVG – (SGB XI) im Jahre 1995 hervorgerufen worden. Träger, deren Häuser die baulichen Voraussetzungen für eine Umwandlung zum Altenwohnheim hatten (abgeschlossene Wohneinheit), haben dies genutzt, um auch eine Wohnform für nicht bzw. gering pflegebedürftige ältere Menschen anbieten zu können.

Die Zahl der Plätze der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe in der Stadtgemeinde Bremen ist in den letzten zehn Jahren wie folgt gestiegen:

Plätze im	1992	1996	2004
Altenwohnheim	40	476	1.055
Altenheim	1.717	1.145	74
Altenpflegeheim	3.077	3.318	4.626
Gesamt	4.834	4.939	5.755

-
- 1) Zusammenfassung in sich abgeschlossener altengerechter Wohnungen mit grundsätzlich selbständiger Versorgung und Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohnern, aber Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen. Altenwohnheime haben keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.
 - 2) Zimmer mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung und geringfügigen Betreuungsleistungen. Auch für Altenheime gibt es keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.
 - 3) Zimmer (überwiegend Einzel- und Doppelzimmer) mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung sowie umfassende Pflege und Betreuung. Pflegeheime haben in der Regel einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

Das Angebot der stationären Pflege in Bremerhaven ist mit 732 Plätzen viele Jahre auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in Bremen konstant geblieben. Im Februar 2005 wurde eine neue Einrichtung mit ca. 60 Plätzen in Betrieb genommen, zurzeit sind ca. 250 weitere Plätze der stationären Altenpflege in Bremerhaven in Planung.

Altenheim- und Altenwohnheimplätze werden in Bremerhaven zurzeit nicht angeboten.

1.2. Versorgungssituation mit stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Bremen

Um ein Bild der Versorgungssituation für ältere Menschen zu erhalten, wird die Anzahl der Plätze in Bezug zur Altenbevölkerung (Anteil der 75-Jährigen u. m.) gesetzt. Betrag der Versorgungsgrad im Land Bremen im Jahr 1992 für 1.000 Personen im Alter von 75 Jahren u. m. 101 Plätze, so hat sich diese Relation im Jahr 2004 auf 111 Plätze erhöht.

Betrachtet man den Teilbereich der Pflegeheimplätze gesondert, ergibt sich ein wesentlich stärkerer Zuwachs. Hier hat sich der Versorgungsgrad von 69 im Jahr 1992 auf 91 im Jahr 2004 erhöht. Diese Steigerungen sind auch vor dem Hintergrund des Zuwachses der Altenbevölkerung im entsprechenden Alter (6 %) zu sehen, aber nicht allein darauf zurückzuführen. Einen Einfluss auf die steigende Inanspruchnahme stationärer Pflege haben auch folgende Aspekte:

- Die Leistungen für ambulante Pflege nach dem SGB XI sind bei Inanspruchnahme der Geldleistungen geringer als die Leistungen für die stationäre Pflege, was die Entscheidung für die stationäre Pflege beeinflusst.
- Die familiäre Versorgung in der ambulanten Pflege wird zu einem großen Teil von Frauen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren geleistet. Die Erwerbstätigkeit dieser Frauen hat zugenommen, was die familiären Bedingungen für die ambulante Pflege entsprechend verschlechtert hat.
- Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte ohne Unterstützungsmöglichkeit durch Angehörige hat weiter zugenommen.

Der Senat wird sich bei der anstehenden Weiterentwicklung des SGB XI dafür einsetzen, die ambulanten Leistungen denen bei einer stationären Versorgung gleichzustellen, um innovative ambulante Versorgungsformen zu erleichtern. Diese Neuregelung darf allerdings nicht zu einer Schlechterstellung der Sozialhilfeträger führen.

Dabei handelt es sich nicht um bremische Besonderheiten, sondern um bundesweit geltende Faktoren. Soweit es um bremische Fragen der Struktur und Entwicklung der Altenhilfe geht, wird der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales dazu umfassend Stellung nehmen in dem gegenwärtig vorbereiteten Entwurf eines Altenhilfeplanes für die Stadt Bremen. Als bremische Besonderheit ist die rückläufige Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeplätzen im Umland zu nennen.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Versorgungsgrades im Land Bremen:

Versorgungsgrad Heime	1992	1996	2004	Entwicklung 1992 > 2004
Bevölkerung 75+	54.844	54.932	58.170	6 %
Versorgungsgrad* Heime für ältere Menschen	101	103	111	10 %
Versorgungsgrad* Pflegeheime	69	74	91	32 %
Versorgungsgrad* Altenheime und Altenwohnheime	39	36	24	- 39 %**

* Versorgung mit Plätzen pro 1.000 Einwohner/-innen.

** Zahlreiche Plätze wurden in Pflegeheimplätze umgewandelt. Dies erklärt auch einen Teil der dortigen Zunahme.

Der prozentuale Anstieg des Versorgungsgrades ist relativ hoch, stellt aber im Ergebnis keine Besonderheit dar, wie ein Vergleich des derzeitigen Versorgungsgrades verschiedener deutscher Großstädte im Bereich der Pflegeheime zeigt:

	Bevölkerung 75+	Plätze Stat. Pflege	Versorgungs- grad
Stadt Bremen*	47.348	4.584	97
Köln	72.135	7.239	100
Dortmund	49.795	4.500	90
Hannover	47.405	5.200	110
Leipzig	41.400	5.136	124

* die vorhergehende Tabelle bezog sich auf das Land Bremen.

2. Wie ist der Stand der Genehmigungen von Langzeit- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Land Bremen in den Jahren 2001 bis 2004, und wie viele Einrichtungen sind seitdem eröffnet worden bzw. befinden sich in der Planung?

Der Betrieb stationärer Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich nicht von einer Genehmigung abhängig. Er kann insbesondere nicht unter dem Gesichtspunkt einer abweichenden Bedarfsplanung untersagt werden. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann gemeinnützige und gewerbliche Träger, die neue Heime planen und betreiben möchten, nur hinsichtlich qualitativer und quantitativer Bedarfs einschätzungen beraten.

Vor der Inbetriebnahme eines Heimes hat der Betreiber der Heimaufsicht nachzuweisen, dass er die heimrechtlichen Vorschriften erfüllt. Nach Prüfung dieser Unterlagen kann die Heimaufsicht Forderungen stellen bzw. bei schwerwiegender Nichterfüllung der heimrechtlichen Auflagen die Inbetriebnahme untersagen.

Betreiber von Pflegeeinrichtungen müssen Versorgungsverträge mit den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger abschließen, wenn sie Bezieher entsprechender Leistungen aufnehmen wollen. Sofern sie dabei die Anforderungen des SGB XI und des Heimgesetzes erfüllen, kann ihnen auch der Abschluss eines Versorgungsvertrages nicht unter Bedarfsaspekten untersagt werden.

Folgende Einrichtungen haben 2001 bis 2004 im Land Bremen den Betrieb aufgenommen:

	Langzeitpflege		Kurzzeitpflege	
	Heime	Plätze	Heime	Plätze
2000	3	188		
2001	0	0		
2002	4	388		
2003	4	164	1	14
2004	4	195	1	17
Gesamt	15	935	2	31

Da die Träger von Einrichtungen nicht verpflichtet sind, ihre Planungen frühzeitig dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales oder anderen Institutionen zur Kenntnis zu geben, bestehen über die in Planung befindlichen Einrichtungen keine exakten Zahlen. Nach derzeitigem Kenntnisstand des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales gibt es Planungen für sieben neue Einrichtungen im Land Bremen.

Um den wachsenden Bedarf an Plätzen in stationären Einrichtungen zu begrenzen, plant der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Sozi-

ales die verstärkte Fallsteuerung in Richtung ambulanter Versorgungsformen, die projekthafte Überprüfung von derzeit stationär untergebrachten Personen in der Pflegestufe 1 sowie die Initiierung und Förderung von neuen gemeinschaftlichen Wohnmodellen mit pflegerischer Versorgung.

3. Wie hoch ist die Auslastung der bestehenden Langzeit- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Land Bremen?

Die Langzeitpflegeheime sind im Durchschnitt zu ca. 98 % ausgelastet, mit leicht abnehmender Tendenz, die sich durch die Zunahme der Angebote ergibt. Die Auslastung der Kurzzeitpflegen wurde zuletzt im November 2004 erhoben. Dabei zeigten sich erhebliche Unterschiede in der Auslastung der Kurzzeitpflegestationen, die an eine Langzeitpflegeeinrichtung angeschlossen sind, und den Solitäreinrichtungen.

Es wird vermutet, dass in der großen Zahl der Fälle, in denen von einer sich an die Kurzzeitpflege anschließenden Langzeitpflege ausgegangen wird, eher der kombinierte Typ gewählt wird.

Im Mai 2005 ist eine Veranstaltung mit Vertreter/-innen der Kurzzeitpflegen geplant, in der die Hintergründe ermittelt und diskutiert werden sollen.

Auslastung der Kurzzeitpflegen im Land Bremen

	Plätze	Belegte Plätze Dez. 2004	Auslastung
Kurzzeitpflege – Solitäreinrichtungen	59	33	56 %
Kurzzeitpflegestationen in Dauerpflegeheimen	72	47	68 %

Bei der Bewertung der Auslastungszahlen ist zu beachten, dass Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht die Quoten von Dauerpflegeeinrichtungen erreichen können, da sie sich auf kurzfristig eintretende Bedarfe einstellen müssen.

4. Inwieweit besteht für das Land Bremen ein Bedarfsentwicklungsplan, und was beinhaltet ein solcher Plan?

Ein Bedarfsentwicklungsplan mit Rahmenvorgaben für den Ausbau von stationären Pflegekapazitäten ist zwar angesichts der derzeitigen Gesetzeslage des Bundes und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht direkt verbindlich durchsetzbar untersagt. Allerdings kann eine Zukunftsplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur vorgenommen werden. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales strebt an, eine auf empirische Daten gestützte Beschreibung der zukünftigen Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit von Menschen in Bremen und den dazu erforderlichen Versorgungsstrukturen vorzulegen und daraus mögliche Steuerungsziele zu entwickeln.

5. Inwieweit sind die Plätze der Langzeitpflegeeinrichtungen in gleichem Maße angestiegen wie die Plätze der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, und inwieweit gibt es hierzu und zum Belegungs- und Auslastungsgrad Umfragen bei den Anbietern?

Der Anstieg der Plätze im Land Bremen nach der Tabelle unter der Antwort auf Frage 2 stellt sich prozentual folgendermaßen dar:

	Langzeitpflege		Kurzzeitpflege	
	Plätze	Zunahme im Vergleich zum Vorjahr	Plätze	Zunahme im Vergleich zum Vorjahr
2000	4695	5 %	96	
2001	4695	0 %	96	0 %
2002	5083	8 %	96	0 %
2003	5247	3 %	110	15 %
2004	5442	4 %	127	15 %

Die Daten sind aus der nach dem SGB XI laufend erhobenen Pflegestatistik bekannt, weshalb sich regelmäßige Umfragen erübrigen.

Wegen der stark schwankenden und unterschiedlichen Auslastung der Kurzzeitpflegen wurde für diesen Einrichtungstyp in 2004 eine Umfrage bei den Anbietern durchgeführt.

6. Wie alt sind die Häuser der Pflegeeinrichtungen im Land Bremen, welche Pflege-
modelle haben sie im Einzelnen, und wie ist ihr Leistungsprofil?

Das Alter der Pflegeeinrichtungen im Land Bremen ergibt sich aus folgender
Tabelle:

Jahr der Betriebsaufnahme	Zahl der Heime	Plätze
Vor 1960	1	326
1960 bis 1970	6	389
1971 bis 1980	25	1899
1981 bis 1990	17	983
1991 bis 2000	18	1098
Nach 2000	14	861

Mit der Anzeige der beabsichtigten Betriebsaufnahme nach § 12 HeimG hat der
Träger u. a. „die allgemeine Leistungsbeschreibung sowie die Konzeption des
Heims“ darzulegen.

Die Leistungsbeschreibung legt dar, an welche Zielgruppe sich das Angebot
des Heimes im Besonderen wendet und mit welchen sachlichen und personel-
len Mitteln es den allgemeinen Bedürfnissen und Interessen der Bewohner-
innen und Bewohner sowie ihren Betreuungsbedarfen gerecht werden will.

Die Bremer Pflegeheime betreuen fast ausschließlich Menschen mit einer Pflege-
bedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Durchschnittlich sind dabei ca. 48 % der
Pfleigestufe II zuzuordnen, jeweils ca. 24 % den Pflegestufen I und III, ungefähr
4 % sind (noch) nicht eingestuft.

Die Konzeption wird von der Heimaufsicht daraufhin überprüft, in wieweit sie
dem neuen Stand der fachlichen Erkenntnisse entspricht und sie in einem nach-
vollziehbaren Verhältnis zu den (z. B. baulichen und personellen) Möglichkei-
ten des Heimes steht.

Bestandteil der Konzeption ist in der Regel ein Pflegemodell. Die große Mehr-
heit der Heime bezieht sich dabei auf das Pflegemodell nach Monika Kroh-
winkel⁴⁾.

7. Welcher Personenkreis mit welchen Krankheitssymptomen kommt in die Kurz-
zeitpflegeeinrichtungen, und welcher Personenkreis in die Langzeitpflegeein-
richtungen?

Die Aufnahme von Personen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen erfolgt überwie-
gend nach der Entlassung aus der Akutbehandlung der Krankenhäuser zur
Abklärung der weiteren Versorgung und/oder zur Überbrückung der Zeit, bis
der gewünschte Platz in einer Langzeitpflegeeinrichtung frei ist. Aus der am-
bulanten Versorgung erfolgt die Aufnahme auch bei vorübergehender Verhin-
derung oder Urlaub der pflegenden Angehörigen oder der Pflegepersonen.

Für die Aufnahme nach dem Krankenhaus ist nicht die akute Diagnose aus-
schlaggebend, sondern der zum Zeitpunkt der Entlassung vorliegende Pflege-
bedarf und die Tragfähigkeit des vorhandenen individuellen sozialen Netzes.
Sind z. B. pflegende Angehörige vorhanden und/oder lässt sich eine ambulan-
te Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit ergänzenden Hilfen organisie-
ren, ist die Vermittlung eines Pflegeplatzes für Kurzzeitpflege nicht erforder-
lich.

4) siehe Erläuterung in der Anlage.

Durch die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern sind in der Regel ältere Menschen betroffen, die nach einer akuten Erkrankung eine längere Zeit der Rekonvaleszenz benötigen. Nach den bisherigen Erfahrungen handelt es sich überwiegend um Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Einsatz eines künstlichen Gelenkes nach Oberschenkelhalsfraktur) und mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Schlaganfall).

Ausschlaggebend für die Aufnahme in einer Kurzzeit- oder Langzeitpflegeeinrichtung ist die Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Er prüft im Rahmen des Eilverfahrens, ob ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht und informiert die Pflegekasse, ob die Kriterien für eine Kurz- oder Langzeitpflege vorliegen. Da die Entlassungen aus den Krankenhäusern seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) immer früher erfolgen müssen, ist zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung der diagnostizierte Pflegebedarf oft höher als vor Einführung der DRG. Nach Aktenlage ist die Beurteilung, ob eine Dauerpflege erforderlich ist, häufig nicht zu treffen, so dass die endgültige Entscheidung erst bei der persönlichen Begutachtung getroffen wird. Die Zahl der Empfehlungen des MDK für die Kurzzeitpflege im Rahmen des Eilverfahrens ist daher wesentlich höher als die Zahl der Empfehlungen für eine sofortige Aufnahme in einer Dauerpflegeeinrichtung (im Jahr 2003 wurden aus den Krankenhäusern 2.102 Patienten in die Kurzzeitpflege vermittelt und 784 in eine Langzeitpflegeeinrichtung).

8. Welche Personen kommen in die Streubetten, und welche in solitäre Einrichtungsplanungen, und inwiefern gibt es dafür einen Indikationsplan bzw. aus welchen Gründen existiert ein solcher Plan nicht?

Die Entscheidung, ob die Aufnahme in einer Solitäreinrichtung oder in einem Streubett erfolgt, wird von dem Betroffenen selbst, in der Regel in Absprache mit seinen Angehörigen getroffen. Für die Auswahl einer entsprechenden Einrichtung aus den vorhandenen Angeboten sind in der Regel mehrere Gründe ausschlaggebend: Wohnortnähe, Nähe zu den Angehörigen, bereits vorliegende Anmeldungen, freie Kapazitäten und die entstehenden Kosten.

Ein Indikationsplan existiert nicht. Auch für die Auswahl einer (Kurzzeit-) Pflegeeinrichtung ist die Wahlfreiheit der Betroffenen als humanes und ethisches Prinzip zu beachten. Die Entscheidung für eine bestimmte Einrichtung kann nur im Rahmen einer umfassenden Beratung der Sozialdienste erfolgen, unter Einbeziehung aller individuellen persönlichen, familiären, rechtlichen, gesundheitlichen und finanziellen Aspekte. Ziel ist dabei, jedem Patienten unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes und der Freiwilligkeit die Versorgungsform zu ermöglichen, die seinen Wünschen am meisten entspricht und seinen vorhandenen aktuellen Hilfebedarf optimal hinreichend abdeckt.

9. Inwieweit kann man aus dem derzeitigen pflegerischen und Krankenstatus der Bevölkerung absehen, wie die Zahl der Patienten steigen wird, die pflegebedürftig werden?

Auf der Basis der vorhandenen Daten ist derzeit weder eine umfassende Analyse des Krankenstatus der Bevölkerung möglich noch können fundierte Aussagen über die zukünftige Zahl pflegebedürftiger Menschen gemacht werden. Das Statistische Bundesamt geht von einer jährlichen Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen um 0,8 % bis 1,2 % aus.

10. Wie ist der Bedarf an Pflegekräften einzuschätzen?

Der Bedarf an Ausbildungsplätzen für die dreijährige Ausbildung Altenpflegerin/Altenpfleger wird für das Land Bremen auf jährlich 150 Ausbildungsplätze veranschlagt. Für die Jahre 2003 und 2004 konnten diese Ausbildungskapazitäten auch erreicht werden. Für die nächsten Jahre ist eher eine tendenzielle Abnahme an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege zu erwarten, da auf dem Arbeitsmarkt zurzeit eine Sättigung bei den Pflegefachkräften zu verzeichnen ist.

11. Wie hoch ist der Anteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Helfer in diesen Einrichtungen?

Es liegen dazu keine zuverlässigen Daten für alle Träger vor. Dem größten Heimträger mit 20 Häusern sind 270 Ehrenamtliche bekannt – dies kann als

repräsentativ für alle Altenpflegeeinrichtungen gewertet werden. Ein großer Teil der Ehrenamtlichen sind Angehörige von Heimbewohnern, auch von ehemaligen (überwiegend verstorbenen) Heimbewohnern. Die Heimaufsicht arbeitet mit einer Gruppe von ca. 20 Ehrenamtlichen zusammen, die die Heimbeiräte in ihrer Arbeit unterstützen.

Mit Blick auf die zukünftige Aufrechterhaltung und Finanzierbarkeit des Angebots strebt der Senat an, die Mitarbeit von ehrenamtlichen und freiwilligen Helfern auszubauen.

12. Wie ist die Kooperation zwischen Krankenhäusern (Entlassungsmanagement) und den ambulanten Hilfesystemen?

Alle Krankenhäuser im Land Bremen haben mittlerweile über standardisierte Kommunikations- und Berichtsverfahren zur Organisation der Entlassung die erforderlichen Voraussetzungen für eine gute Kooperation zu den ambulanten Hilfesystemen etabliert. Ziel ist eine schnelle Information über erforderliche poststationäre Versorgungsbedarfe. Einbezogen sind nachsorgende ärztliche und pflegerische Dienste sowie der Sozialdienst.

13. Wie ist es möglich, dass mit einem veränderten Dokumentationssystem im Bundesland Bayern ca. 50 % weniger Dokumentenaufwand betrieben werden kann als in Bremen, und inwieweit liegen Erkenntnisse in Bremen vor, den Aufwand zu reduzieren?

Mit zunehmendem quantitativen Ausbau der stationären Pflege ist dieser Bereich in einigen Aspekten unübersichtlicher und weniger transparent geworden.

Die gesetzlichen Entwicklungen (SGB XI, PQSG, Heimgesetz-Novelle) haben darauf u. a. mit erhöhten Anforderungen an die Dokumentation der Pflegeleistungen reagiert, um hier mehr Transparenz zu schaffen und die Leistungen, auch für den Fall von Beschwerden, nachvollziehbarer zu machen.

Diese Anforderungen bedeuten in der Praxis eine zeitliche Belastung für Pflege- und Betreuungskräfte, die zu viel Kritik geführt hat. Damit die zeitliche Belastung für die Dokumentation nicht in unnötig hohem Maße zu Lasten der Zeit für die direkte Arbeit mit dem Bewohner bzw. dem pflegebedürftigen Menschen geht, ist zu prüfen, wie die Dokumentation mit technischer Unterstützung möglichst ökonomisch durchgeführt und gleichzeitig auf das Wesentliche beschränkt werden kann.

Das bayrische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz haben in Zusammenarbeit mit Trägerverbänden, den Heimaufsichtsbehörden und dem MDK Formen der Pflegedokumentation entwickelt, die mit einem geringeren Aufwand die notwendigen Daten erfassen.

Voraussetzung für diese „schlankeren“ Formen der Dokumentation ist eine fachlich fundierte und auf einem strukturierten Assessment-Verfahren beruhende Pflegeplanung. Wesentliches Merkmal der Vereinfachung der Dokumentation ist, dass nicht jede einzelne pflegerische Handlung von der Fach- oder Pflegehilfskraft dokumentiert wird, sondern dass die verantwortliche Pflegefachkraft täglich bescheinigt, dass alle in der Pflegeplanung vorgesehenen Leistungen erbracht worden sind. Einzelne Pflegehandlungen sollen nur dann dokumentiert werden, wenn sie von der Pflegeplanung aus bestimmten, anzugebenden Gründen abweichen.

Einzelne Pflegehandlungen sind weiterhin immer dann zu dokumentieren, soweit sie mit einem besonderen Risiko behaftet sind, wie z. B. die Lagerung zur Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ein- und Ausführpläne von Flüssigkeit.

Alle einzelnen pflegerischen Handlungen sind auch dann weiterhin zu dokumentieren bei Heimbewohnern mit stark wechselndem Betreuungsbedarf.

Diese vereinfachte Form der Pflegedokumentation, die mehr in der Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft als (wie bisher) der einzelnen Betreuungskraft liegt, setzt eine besonders gute Kooperation der verantwortlichen Pflegefachkraft mit allen Betreuungskräften sowie eine wesentlich gründlichere Pflegeplanung voraus. Aufgabe der Leitungskräfte muss es sein, dafür zu

sorgen, dass jede Betreuungskraft sich auch dann, wenn sie die einzelne Pflegeleistung nicht mehr selbst in der Dokumentation abzeichnet, dafür verantwortlich fühlt.

Nachfragen bei Heimaufsichtsbehörden in Bayern und Rheinland-Pfalz haben ergeben, dass bisher nur sehr wenige Heime das neue Modell der Pflegedokumentation anwenden, so dass noch keine repräsentativen Erfahrungen darüber vorliegen, wie weit sich der für die Pflegedokumentation erforderliche Aufwand damit verringern lässt. Die große Mehrheit der Heime hat sich bisher nicht in der Lage gesehen, die Pflegeplanung und die Assessment-Verfahren so weit zu qualifizieren, dass die Voraussetzungen für das neue Modell der Pflegedokumentation gegeben sind.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat in diesem Jahr einen Prüfauftrag zur Entwicklung von Vorschlägen zum Bürokratieabbau erteilt. Das Ergebnis wird in der Besprechung der Heimrechtsreferenten der Länder beraten werden.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales überarbeitet gegenwärtig gemeinsam mit Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Kassen die Pflegedokumentation mit dem Ziel der Vereinfachung. Nach einem ersten Gespräch mit den Beteiligten in der Arbeitsgruppe nach § 20 HeimG ist in Kürze eine Erörterung mit Trägervertretern geplant zu der Frage der Anwendbarkeit von Pflegedokumentationen mit weniger bürokratischen Aufwand.

Die Heimaufsicht und das Gesundheitsamt arbeiten zurzeit an der Erneuerung eines Erhebungsbogens, der ein grundlegendes Instrument der heimaufsichtlichen Prüfungen ist. Anregungen der Träger fließen in diese Erneuerung ein.

14. Wie beurteilt der Senat die Tatsache, dass der Medizinische Dienst der Krankenhäuser (MDK) an Entbürokratisierungsmodellen auf Bundesebene arbeitet, die regionalen Träger aber nicht mit einbezogen werden?

Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Lande Bremen (MDK) sind Entbürokratisierungsmodelle auf Bundesebene und dementsprechend eine Teilnahme durch den MDK in Bremen nicht bekannt.

15. Aufgrund welcher Datenlage wird in die Zukunft bezüglich der Bestandsbewertung, Bestandseinschätzung und Bestandserhebung geplant?

Das in den Antworten auf die Fragen 1 und 4 dargestellte Verfahren wird fortgesetzt.

ANLAGE

AEDL-Pflegemodell nach Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel ist Professorin für Pflege. 1984 veröffentlichte sie erstmals ihr konzeptionelles Modell der „Aktivitäten und der existentiellen Erfahrungen des Lebens“. Das Modell wurde in einer 1991 abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt.

Diese Studie war die erste von einer Pflegenden durchgeführte wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland. Sie befasste sich mit der ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken.

AEDL-Strukturmodell: Das Modell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) ist ein Bedürfnismodell. Die Bedürfnisse und Fähigkeiten werden in 13 AEDL eingeteilt. Die ersten elf AEDL sind mit den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) von Roper identisch. Das zwölfte AEDL: „soziale Bereiche des Lebens sichern“ ist für die Vorbereitung der Patienten auf die Zeit der Entlassung aus dem Krankenhaus von besonderer Bedeutung.

Das 13. AEDL: „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ unterteilt Krohwinkel in:

- die Existenz gefährdende Erfahrungen (Abhängigkeit, Sorge, Angst, Schmerzen, Sterben usw.),

- die Existenz fördernde Erfahrungen (Unabhängigkeit erreichen, Zuversicht, Vertrauen, Sicherheit usw.),
- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden (Kultur/Biographie).

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Krohwinkel:

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Quelle: www.pqsg.de

AEDL-Strukturmodell

Roper und andere bringen pflegerische Bedürfnisse in Zusammenhang mit Lebensaktivitäten, die sie in ihrem Modell beschreiben. Die Realisierung der Lebensaktivitäten hat Einfluss auf Leben und Gesundheit. Leben und Gesundheit hängen aber auch davon ab, wie Menschen mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können, die sie im Zusammenhang mit der Realisierung ihrer Lebensaktivitäten machen.

Auf der Grundlage der theoretischen Konzeption wurde zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) ein entsprechendes Strukturmodell entwickelt und konkretisiert.

Als Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens wurden 13 Bereiche aufgenommen, die untereinander ohne hierarchische Struktur in Beziehung stehen. Die ersten elf Bereiche orientieren sich in ihrer Begrifflichkeit an den Lebensaktivitäten von Roper (1987). Die AEDL „Soziale Bereiche des Lebens sichern“ (12) und „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ (13) wurden von Krohwinkel entwickelt (1984, 1988).

Die AEDL „Soziale Bereiche des Lebens sichern“ mit ihren Einzelpunkten wurde insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung der nachklinischen Situation von Patienten aufgenommen. Hierzu gehören auch die pflegerische Anleitung und Beratung der relevanten persönlichen Bezugspersonen, wie z. B. Angehörige oder Lebenspartner.

Die AEDL „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ ist ebenfalls unterteilt (siehe Schema AEDL).

Quelle: www.treffpunkt-altenpflege.de