



Positionspapier

Sorge und Pflege: Neue Strukturen in kommunaler Verantwortung



Inhalt

Einleitung	3
Relevante Entwicklungstrends und Wandlungsprozesse	3
Derzeitige Rechtslage und Umsetzungsdefizite	6
Forderungen und Handlungsempfehlungen der BAGSO	9
1. Kommunen die Steuerungs- und Gestaltungsverantwortung für Altenhilfe und Pflege zuweisen	9
2. Präventive Angebote der Altenhilfe nach § 71 SGB XII ausbauen	10
3. Case- und Care-Management einführen	11
4. Starre Sektorengrenzen überwinden	11
5. Professionelle Pflege stärken	12
6. Pflegende Angehörige wirklich entlasten	12
7. Pflege dauerhaft bezahlbar machen	13
8. Soziale Ungleichbehandlung abbauen	13
9. Risiken für Krankheit und Pflegebedürftigkeit reduzieren	14
10. Hospiz- und Palliativversorgung fördern	14



Einleitung

Knapp drei Jahrzehnte nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich in Fachkreisen die Erkenntnis verfestigt, dass das bestehende System der Sorge und Pflege an seine Grenzen gekommen ist. Trotz etlicher Reformen bzw. Reformversuche sind wesentliche Probleme weiterhin ungelöst. In allen Bereichen finden sich Symptome eines überholten und unzeitgemäßen Systems: „Pflegen am Limit“ ist der Regelfall, unter den Pflegebedürftigen gibt es eine hohe Sozialhilfeabhängigkeit und unter den pflegenden Angehörigen ein hohes Armutsrisko. In der häuslichen Pflege wird oft auf irreguläre Beschäftigungsformen zurückgegriffen und in der professionellen Pflege auf Leiharbeit.

Renditeerwartungen von Investoren gehen zu Lasten der Pflegequalität. Für Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, bedeutet dies zunehmend, dass sie nicht angemessen und gut versorgt werden. Angesichts der sozialen Wandlungsprozesse und der demografischen Prognosen für die nahe Zukunft lassen sich diese Systemmängel nicht durch Stückwerk und „Schönheitsoperationen“ beseitigen. Notwendig ist vielmehr eine grundlegende Neukonzeption der Sorge- und Pflegestrukturen. Dazu müssen aus Sicht der BAGSO die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten neu geregelt werden. Die Strukturen, die sich in den vergangenen drei Jahrzehnten entwickelt haben, und die Finanzierung der Pflege müssen grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden.

In dem vorliegenden Papier unterbreitet die BAGSO Forderungen für eine Neukonzeption der Sorge- und Pflegestrukturen und gibt Handlungsempfehlungen. Als Dachverband der Seniorenorganisationen konzentriert sie sich dabei auf die Perspektive älterer Menschen und speziell auf die Phasen im Alter, in denen ein erhöhter Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf besteht. Gleichzeitig nimmt sie den gesamten Alternsprozess in den Blick und plädiert für einen umfassenden Ansatz, der auch die Potenziale von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation einschließt, um die Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu vermeiden.

Relevante Entwicklungstrends und Wandlungsprozesse

Zunahme älterer und pflegebedürftiger Menschen

Im Jahr 2021 wurden 4,96 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI erfasst.¹ Von ihnen werden 84 % (d. h. 4,17 Millionen) zu Hause versorgt, die meisten ausschließlich durch Angehörige (61%). Der kleinere Teil wird von Angehörigen mit Unterstützung durch Dritte gepflegt. Dies können ambulante Pflegedienste, professionelle und informelle Hilfen im Haushalt oder unterstützende Hilfen im Rahmen der sogenannten 24-Stunden-Betreuung sein. 790.000 Pflegebedürftige (16 %) leben in stationären Einrichtungen. Hinzu kommen Menschen, die in alternativen

¹ Vgl. hier und im Folgenden: Statistisches Bundesamt, 2022: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html



Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, Pflege-Wohngemeinschaften) und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben.

Für das Jahr 2030 wird erwartet, dass die Zahl der Pflegebedürftigen auf knapp 6 Millionen Menschen steigen wird. 28 % der Bevölkerung werden dann 65 Jahre und älter sein (2021: 22 %). Die Zahl der Menschen, die 85 Jahre und älter sein werden, wird auf mehr als drei Millionen Menschen prognostiziert.² In den Jahren bis 2045 – wenn die Babyboomer-Generation 75 bis 90 Jahre alt sein wird – wird das Versorgungssystem vor noch größeren Herausforderungen stehen.³

Steigende allgemeine und spezifische Versorgungsbedarfe vs. Angebotsdefizite

Die meisten Menschen möchten zu Hause alt werden. Gleichzeitig werden die Bedarfslagen spezifischer, und die Nachfrage nach diversitätssensiblen und integrativen Wohn- und Versorgungsformen steigt.⁴ Der Pflegebedarf wird zudem durch den medizinisch-technischen Fortschritt beeinflusst, und die entsprechenden Anforderungen werden immer vielfältiger. Erwartungen

und Wirklichkeit klaffen aber immer weiter auseinander: Der steigenden Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Personen und ihren zunehmenden allgemeinen und spezifischen Versorgungsbedarfen stehen die seit Jahren bekannten Defizite auf der Angebotsseite gegenüber. Es fehlen vor allem ausreichende und auf die unterschiedlichen Bedarfe ausgerichtete Betreuungs- und Pflegedienste, aber auch reguläre Angebote hauswirtschaftlicher bzw. haushaltsnaher Dienstleistungen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist Personalmangel,⁵ doch auch die fehlenden bzw. zu geringen Refinanzierungsmöglichkeiten durch die Pflegeversicherung beeinträchtigen die Angebote. Dies hat zur Folge, dass gewünschte ortsnahen Wohn- und Versorgungsformen sowie Dienstleistungen häufig nicht oder nicht im gebotenen Umfang zur Verfügung stehen und es für die Betroffenen kaum Wahlmöglichkeiten gibt, was Angebote für Betreuung, Versorgung und Pflege betrifft. Anstatt Fragen nach der Qualität eines Angebots stellen zu können, sind viele Betroffene und deren Angehörige schon froh, wenn sie überhaupt irgendwo einen Betreuungsplatz und irgendwie unterstützende Hilfe bekommen.

2 Der demografische Wandel vollzieht sich regional unterschiedlich, eine besonders starke Zunahme der älteren Bevölkerung ist in ländlichen Regionen Ostdeutschlands festzustellen.

3 Vgl. Barmer Pflegereport, 2021: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporter/pflegereport/pflegereport-2021-1059412>

4 Zu nennen sind insbesondere ältere Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige mit Migrationserfahrung, Pflegebedürftige mit unterschiedlichen geschlechtlichen Identitäten und sexuellen Orientierungen (LGBTIQ+) und Menschen mit technikintensivem Pflegebedarf.

5 Obwohl die Zahl der Auszubildenden in der Pflege in den vergangenen Jahren gestiegen ist, werden diese den Verlust an Pflegekräften, die in den nächsten Jahren in Rente gehen, nicht ersetzen können. „Der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte ist leergefegt.“ (Klie, in: DAK-Pflegereport, 2022, S. 3). Hinzu kommt die Gefahr, dass die verfügbaren Pflegekräfte aufgrund des Lohngefälles in die Krankenpflege abwandern.



Sorge und Pflege lastet weitgehend auf Angehörigen

Weil der Begriff des pflegenden Angehörigen nicht definiert ist und ihre Zahl nicht erfasst wird, kann nur geschätzt werden, wie viele Angehörige Pflegerverantwortung tragen. Die Schätzungen reichen von etwa 4 Millionen bis hin zu knapp 10 Millionen Menschen, überwiegend Frauen.⁶ Viele sind selbst bereits älter. Ein Großteil der Pflegenden befindet sich in einer dauerhaften extremen Belastungssituation. So gaben in einer VdK-Pflegestudie⁷ mehr als ein Drittel aller befragten pflegenden Angehörigen an, die Pflege nur unter Schwierigkeiten oder gar nicht mehr bewältigen zu können. 63 % hatten täglich körperliche Beschwerden, und 59 % gaben an, aufgrund der Pflege die eigene Gesundheit zu vernachlässigen. Laut der Studie werden Unterstützungs- und Entlastungsangebote vielfach nicht in Anspruch genommen: zum einen, weil es an Entlastungsangeboten wie ambulanten Diensten, Tagespflegeplätzen und Angeboten der Kurzzeit-/Verhinderungspflege fehlt bzw.

die pflegenden Angehörigen aus Zeit- und Überlastungsgründen kaum in der Lage sind, nach verfügbaren Kapazitäten zu suchen, zum anderen, weil die Nutzung dieser Angebote hohe Zuzahlungen erfordert, die meist nicht aufgebracht werden können.

Überlastung der professionellen Pflegekräfte

Auch in der professionellen Pflege werden die Belastungsgrenzen permanent überschritten. Unattraktive Arbeitsbedingungen und der seit Jahren bekannte und zunehmende Mangel an Pflegekräften führen dazu, dass viele ihre Arbeitszeit reduzieren oder den Beruf ganz aufgeben.⁸ 2021 wurden im Jahresschnitt bundesweit 36.000 offene Stellen in der Pflege gemeldet, zwei Drittel davon betrafen Fachkräfte.⁹ Die Personalsituation wird sich aufgrund der deutlichen Mehrbedarfe in der Langzeitpflege, die in den nächsten Jahren zu erwarten sind, noch verschärfen.¹⁰ Demnach benötigen allein die stationären Pflegeeinrichtungen 36 % mehr Personal, als ihnen

6 Vgl. Barmer Pflegereport, 2021 (s. Fußnote 3) und Fischer & Geyer, 2020: https://www.diw.de/de/diw_01.c.785861.de/publikationen/diw_aktuell/2020_0038/pflege_in_corona-zeiten__gefaehrde_pflegen_besonders_gefaehrde.html

7 Vgl. hier und im Folgenden: Sozialverband VdK, 2021: <https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/pflege/81569/pflegestudie?dscc=ok>

8 Vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen, 2022: <https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflege-wieder-wenn.html>

9 Vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2022: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/The-men-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=13

10 Nach einem Gutachten von Rothgang et al., 2020, sind die Personalmehrbedarfe in der stationären Pflege abhängig von der Bewohnerschaft und der vorhandenen Personalausstattung der jeweiligen Einrichtung. Nach Qualifikationsniveau differenziert besteht insgesamt ein nur geringer durchschnittlicher Personalmehrbedarf für Fachkräfte, aber ein erheblicher Mehrbedarf an Assistenzkräften. https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf



heute auf Basis der Personalschlüssel zur Verfügung steht, das entspricht mehr als 100.000 Vollzeitstellen.¹¹ Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Corona-Pandemie zu einer dramatischen Verschlechterung insbesondere der psychischen Gesundheit von Pflegekräften geführt hat und somit weitere Abwanderungen aus dem Beruf zu erwarten sind.

Derzeitige Rechtslage und Umsetzungsdefizite

Fehlende Angebote der Altenhilfe nach § 71 SGB XII

Für ältere Menschen mit und ohne Unterstützungs- oder Pflegebedarf kommt den Angeboten auf kommunaler Ebene eine entscheidende Bedeutung zu, weil ihr unmittelbares Wohnumfeld in die Kommune¹² eingebettet ist, die damit ihren Lebensmittelpunkt darstellt. Dies hat der Gesetzgeber erkannt und in § 71 SGB XII eine Regelung getroffen, die unter der Überschrift „Altenhilfe“ Teilhabeleistungen für Seniorinnen

und Senioren benennt.¹³ Diese einzige Vorschrift im Sozialrecht zu den Lebenslagen Älterer führt in der Praxis jedoch ein Schattendasein. Die im Gesetz genannten Leistungen wie Informations- und Beratungsstellen, Begegnungsstätten und Engagementförderung werden vielerorts gar nicht oder nur in eingeschränktem Umfang angeboten.¹⁴ Die mangelhafte Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben ist im Hinblick auf die Gesundheit und Lebensqualität der älteren Menschen und die Unterstützung pflegender Angehöriger fatal, tragen diese Angebote doch unter anderem dazu bei, Gesundheitsrisiken im Alter zu reduzieren, frühzeitig Hilfe- und Pflegebedarfe zu erkennen und entsprechende Unterstützung zu vermitteln.

Pflegeberatung: nicht bedarfsgerecht und unübersichtlich

Voraussetzung dafür, dass Pflegeleistungen an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen ausgerichtet werden, ist eine qualifizierte und vom Kostenträger und Leistungsanbieter unabhängige Beratung. Nach § 7a SGB XI hat jede pflegebedürftige

¹¹ Für die ambulante Pflege s. Büscher et al., 2022: Die Personalsituation in der ambulanten Pflege. Pflege, 35, (5), S. 269–277, <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000881>. Demnach wird auch „die Personalsituation in der ambulanten Pflege und die damit verbundene Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (...) auf absehbare Zeit eine Herausforderung bleiben.“ (S. 269). Hinzu kommt der Arbeitskräftemangel in anderen versorgungsrelevanten Bereichen wie der Hauswirtschaft.

¹² Mit dem Begriff Kommune werden im Folgenden stets alle Städte, Gemeinden, Stadtbezirke und Landkreise bezeichnet.

¹³ Die Altenhilfe soll nach § 71 SGB XII dazu beitragen, altersassoziierte Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und älteren Menschen zu ermöglichen, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.

¹⁴ Vgl. Klie, 2022: Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter“. Ein erstes Altenhilfestrukturgesetz auf Landesebene? In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2), S. 60–67 und Stratmann, 2021: <https://www.bagso.de/studie/vergleichende-untersuchung-zur-kommunalen-altenarbeit/>



Person – und auf deren Wunsch hin auch pflegende Angehörige oder weitere Personen – einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Aufgabe der Pflegekassen ist es, den Pflegebedürftigen eine für sie zuständige Beraterin, einen Berater oder eine Beratungsstelle zu benennen. Aufgabe der Pflegeberatung ist es im Wesentlichen, den individuellen Hilfebedarf zu erfassen, einen Versorgungsplan aufzustellen sowie dessen Einhaltung zu überwachen und ggf. anzupassen. Die Beratung beinhaltet auch Informationen über Entlastungsmöglichkeiten und Hinweise auf örtlich verfügbare Leistungsangebote. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, einen Anspruch auf regelmäßige Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI.

Trotz der hohen Bedeutung von Beratung für eine gute pflegerische Versorgung ist das Beratungsangebot in Deutschland für die Betroffenen in der Regel nicht durchschau-bar. Es umfasst z. B. von den Pflegekas-sen beauftragte Beraterinnen und Berater, Pflegestützpunkte, Wohlfahrtsorganisa-tionen, Seniorenbüros, kommunale Ämter und Verbraucherzentralen. Zudem ist die Qualität der Beratung aufgrund der unterschiedli-chen Qualifikationen der Mitarbeitenden in den Beratungsstellen höchst unterschied-lich und für die Ratsuchenden schwer ein-zuschätzen.¹⁵ Sie entspricht in vielfacher Hinsicht nicht den vielfältigen Bedarfen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, da sie vornehmlich Finanzierungsmöglich-keiten thematisiert, keine konkreten Hilfen

und Unterstützungsangebote im Sinne eines Case-Managements vermittelt, die einge-schränkte Verfügbarkeit von Leistungsan-geboten bzw. die notwendigen Wartezeiten nicht berücksichtigt und somit die konkreten Probleme der individuellen Pflegesituacion nicht lösen kann.

Die Pflege durch Angehörige bröckelt

Das deutsche Pflegesystem folgt der kultu-rellen und rechtlichen Logik, dass Sorge- und Pflegearbeit primär in der familiären Verantwortung liegt. Demnach soll die Pfle-gaversicherung „mit ihren Leistungen vor-rangig die häusliche Pflege und die Pflege-bereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Um-gebung bleiben können“ (§ 3 SGB XI). Die demografischen und sozialen Wandlungs-prozesse – wie die Zunahme hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen, die Zu-nahme von Kinderlosigkeit und transatio-nalen Lebensläufen, die steigende Vielfalt an Lebens- und Familienmodellen, die wachsende Erwerbstätigkeit von Frauen, der Wandel der Arbeitswelt und der zu er-wartende Rückgang der Gesamtbevölkerung – stellen die Tragfähigkeit der familiären Pflege jedoch infrage. Dementsprechend gelingt es immer weniger, die familiäre Sorge- und Pflegearbeit durch das derzeitige Angebot professioneller Leistungen bedarfs-gerecht zu unterstützen. Dies zeigt sich nicht nur an den hohen Belastungen in der in-formellen Pflege, sondern auch daran, dass Tausende Haushalte notgedrungen auf meist

15 Vgl. z. B. Frommelt et al., 2008: http://www.paritaetalsopfleg.de/downloads/Pfleg/Gremien/Pfleg_ber_dgcc.pdf



irreguläre Beschäftigungsformen im Rahmen der sogenannten 24-Stunden-Betreuung und der Haushaltshilfe ausweichen.

Unzureichende Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 (SGB XI) wurden die kommunalen Steuerungskompetenzen stark eingeschränkt. Denn nach § 9 SGB XI sind die Länder dafür verantwortlich, eine leistungsfähige und zahlenmäßig ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. Die unterschiedlichen Landespflegegesetze weisen erhebliche Unterschiede auf, was die Einbindung der Kommunen in die Pflegestrukturen vor Ort betrifft.¹⁶ Prägend für das derzeitige System und seine Schwächen ist, dass § 12 SGB XI den Pflegekassen die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten überträgt. Zwar gab es in den vergangenen Jahren Bestrebungen auf Bundesebene (z. B. durch das Pflegestärkungsgesetz III) und teilweise auch auf Landesebene, die kommunale Ebene wieder stärker in die Pflegepolitik einzubinden, doch wurde den Kommunen dabei keine aktive, d. h. gestaltende und steuernde Rolle für die lokalen Sorge- und Pflegestrukturen zugewiesen. Eine ver-

bindliche Pflegebedarfsplanung oder eine integrierte Altenhilfe- und Pflegeplanung auf kommunaler Ebene, die regelmäßig aktualisiert wird und als Grundlage für konkrete Maßnahmen dient, ist die Ausnahme und nicht die Regel.¹⁷

Es bleibt festzuhalten, dass die Landespflegegesetze nicht hinreichend an die Weiterentwicklung der Pflegegesetzgebung auf Bundesebene angepasst wurden. Zwar haben die Kommunen einen verfassungsrechtlichen Auftrag zur Daseinsvorsorge für ihre Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung, doch bleibt dieser Auftrag zumeist unbeachtet, weil die Schnittstelle zwischen rechtlicher Verantwortung der Kommunen nach § 9 SGB XI und rechtlicher Verantwortung der Pflegekassen nach § 12 SGB XI nicht klar geregelt ist. Dies gilt auch für die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel.

Pflegebedürftigkeit: Ein Armutsrisiko

Im Gegensatz zur Krankenversicherung wurde die Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung konzipiert. Dies hat zur Folge, dass Pflegebedürftigkeit aufgrund der stetig steigenden Eigenanteile¹⁸ und der fehlenden regelhaften Dynamisierung der

¹⁶ Vgl. Braeseke et al., 2021: Status Quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. In: Jacobs et al.: Pflege-Report 2021, S. 195–208. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2_14

¹⁷ Zu den Regelungen in den Bundesländern vgl. Braeseke et al., 2021, s. Fußnote 16.

¹⁸ Der durchschnittliche Eigenanteil in der stationären Pflege beträgt 2.411 Euro pro Monat (Stand: 1.1.2023), vgl.: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2023/grafiken_eigenbeteiligung_stationaere_pflege_2023_und_2022.pdf



Leistungen der Pflegeversicherung¹⁹ zunehmend zu einem Armutsrisiko wird. Im Jahr 2021 erhielten mehr als 400.000 Leistungsempfängerinnen und -empfänger Hilfe zur Pflege (§§ 61–66 SGB XII). Im Jahr 2020 waren mehr als ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen auf Sozialhilfe angewiesen – dies sind deutlich mehr als bei Einführung der Pflegeversicherung, deren erklärtes Ziel es war, pflegebedürftige Menschen aus der Sozialhilfeabhängigkeit zu führen.²⁰

In der häuslichen Pflege kann die gedeckelte Kostenübernahme zu einer Unterversorgung der Pflegebedürftigen führen, wenn selbst zu zahlende Hilfen nicht in Anspruch genommen werden. Für einen Großteil der pflegenden Angehörigen besteht ebenfalls ein Armutsrisiko, da sie keine angemessene finanzielle Unterstützung erhalten. Erwerbstätige Angehörige sind häufig gezwungen, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder ihre berufliche Tätigkeit ganz aufzugeben, weil sie sich nicht mit der Pflege vereinbaren lässt. Die derzeitige Rechtsgestaltung trägt nicht dazu bei, das Armutsrisiko pflegender Angehöriger zu reduzieren.

Forderungen und Handlungsempfehlungen der BAGSO

1. Kommunen die Steuerungs- und Gestaltungsverantwortung für Altenhilfe und Pflege zuweisen

Zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bereich der Altenhilfe und der pflegerischen Versorgung vor Ort muss die Steuerungs- und Gestaltungsverantwortung zwingend auf die Kommunen übertragen werden. Sie müssen – gesetzlich verankert – für die Prävention, Linderung und Bewältigung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verantwortlich sein. Mit ihrer Forderung nach neuen Strukturen für Sorge und Pflege in kommunaler Verantwortung greift die BAGSO einen zentralen Ansatz des *Siebten Altenberichts der Bundesregierung* (2016) auf, der aufgezeigt hat, welche Rolle die Kommunen einnehmen können und einnehmen müssen, um das Leben im Alter zu gestalten. Dem Quartiersansatz folgend muss Sorge und Pflege lokal gedacht und sozialraumbezogen sowie sektorenübergreifend organisiert werden. Ziel muss sein, Lebensorte zu fördern und zu entwickeln, in denen altengerechtes Wohnen und individuell ausgerichtete unterstützende Hilfsangebote zur Verfügung stehen und Teilhabe möglich ist.

19 In dem vorliegenden Gesetzesentwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) ist eine automatische Dynamisierung aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zum 1.1.2025 und zum 1.1.2028 regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung vorgesehen. Für diese langfristige Leistungsdynamisierung sollen noch in der laufenden Legislaturperiode Vorschläge erarbeitet werden (Stand: Mai 2023).

20 Vgl. VDEK, 2023: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html und Dt. Ärzteblatt, 2021: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129761/Immer-mehr-Pflegeheimbewohner-auf-Sozialhilfe-angewiesen>



Die Empfehlungen des Siebten Altenberichts aufgreifend fordert die BAGSO, dass der Bund bzw. die Bundesländer einen gesetzlichen Rahmen festlegen, der Mindeststandards für die Lebensqualität sowie für die Unterstützung und Pflege älterer Menschen verbindlich definiert. Angesichts der demografischen und sozialen Veränderungen dürfen kommunale Altenhilfe- und Pflegestrukturen nicht länger auf dem Ehrenamt bzw. dem persönlichen Einsatz einzelner Akteure beruhen. Eine Stärkung der Kommunen in Bezug auf Sorge und Pflege heißt nicht, dass sie selbst Träger von Pflege- und Sozialeinrichtungen sein müssen. Ihre vorrangige Aufgabe sollte sein, für bedarfsgerechte Angebote zu sorgen, Akteure und Leistungsangebote zu vernetzen, entsprechende Maßnahmen zu koordinieren sowie Kontrollen und Evaluationen vorzunehmen. Die gesetzliche Verankerung des Planungs- und Umsetzungsauftrags der Kommunen erfordert eine auskömmliche Finanzierung dieser Aufgabe durch Landesmittel. Die Rolle der Pflegekassen muss auf die Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen und auf die Steuerung und Überwachung der Pflegequalität zurückgeführt werden.

Um gleichwertige Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der örtlichen strukturellen Eigenheiten (z. B. Großstadt, ländlicher Raum) sicherzustellen, müssen die Kommunen verpflichtet werden, regelmäßig und kleinräumig Daten zur Bevölkerungs- und Pflegebedarfsentwicklung zu erheben und hierauf aufbauend Bedarfsplanungen für alle Bereiche zu erstellen, die das Leben älterer Menschen beeinflussen. Dies kann z. B. in ein seniorenpolitisches Gesamtkonzept eingebettet sein. Wegen des Rückgangs

des familiären Pflegepotenzials muss eine solche integrierte Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung die Vielfalt an Hilfen durch Angehörige, Nachbarschaft, Haupt- und Ehrenamt berücksichtigen und sicherstellen, dass diese ineinandergreifen und auf diese Weise stabile Pflegearrangements entstehen. Die BAGSO fordert zudem eine Weiterentwicklung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, um pflegende Angehörige systematisch zu erfassen.

Diese Pflegestrukturplanung muss nicht nur integriert, sondern auch partizipativ erfolgen: Neben den Leistungserbringern und -trägern sind auch die Pflegebetroffenen- bzw. Seniorenvertretungen einzubeziehen. Das in vielen Bundesländern eingeführte Instrument der kommunalen Pflegekonferenz bietet sich grundsätzlich für die partizipative Planung an, doch ist dessen Funktion derzeit auf Beratung beschränkt. Die Partizipation der älteren Bevölkerung ist auch in weiteren einschlägigen Gremien wie kommunalen Gesundheitskonferenzen und zuständigen Fachausschüssen des Kreistages/Rates sicherzustellen.

2. Präventive Angebote der Altenhilfe nach § 71 SGB XII ausbauen

Altern ist ein höchst individueller, jahrelanger Prozess, in dem unterschiedlich ausgeprägte Unterstützungsbedarfe auftreten, die sich in der Regel im Lauf der Zeit intensivieren – von leichten Hilfen in der Lebensführung bis hin zu intensiven Pflegermaßnahmen. Pflegebedürftigkeit entsteht dabei zumeist dadurch, dass chronische Erkrankungen zu funktionellen Einbußen und schließlich zu Einschränkungen in Verbin-



dung mit Leistungseinbußen führen. Diese dynamische Entwicklung erfordert eine umfassende Analyse, ab wann und in welchem Umfang welche Art von Unterstützungsmaßnahmen geboten sind, um Selbstständigkeit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit im Alter zu fördern und damit Lebensqualität zu sichern. Lebensqualität darf also nicht erst in den Blick genommen werden, wenn Betreuung und Pflege nötig werden. Vielmehr müssen bei der Betrachtung dieser Lebensphase sämtliche Faktoren einbezogen werden, die das tägliche Leben älterer Menschen prägen und beeinflussen.

Ein von der BAGSO in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten²¹ kommt zu dem Ergebnis, dass kreisfreie Städte und Landkreise nach § 71 SGB XII verpflichtet sind, ein Mindestmaß an Beratung und offenen Hilfsangeboten für ältere Menschen vorzuhalten, die auch präventiv wirken sollen und unabhängig von Einkommen und Vermögen der Betroffenen verfügbar sind. Die Länder sind aus Sicht der BAGSO gefordert, ergänzende bzw. konkretisierende Regelungen hierzu zu erlassen, beispielsweise in Form von Ausführungsgesetzen zu § 71 SGB XII.²² Der Bund könnte eine Einrichtung schaffen, die – ähnlich wie die Bundesstiftung Frühe Hilfen – zur Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe beiträgt.

3. Case- und Care-Management einführen

Die BAGSO fordert die verpflichtende Einführung eines Case- und Care-Managements, das von den Kommunen federführend koordiniert wird. Dies sollte regelmäßige und bedarfsbezogene präventive Hausbesuche bei älteren Menschen umfassen, um vor Ort unmittelbar und passgenau den Unterstützungsbedarf zu ermitteln und darauf aufbauend individuelle Hilfepläne zu entwickeln. Diese dienen als Basis für individuelle Leistungsarrangements unter Einbezug professioneller Leistungserbringer, familiärer Unterstützung und zivilgesellschaftlicher Angebote. Aufgabe der Beratungsstellen sollte es sein, der Kommune Mehrbedarfe zu melden, die durch die bestehenden Leistungen nicht gedeckt werden können.

4. Starre Sektorengrenzen überwinden

Die Vereinbarkeit von altersgerechtem Wohnen und Pflege (Pflegewohnformen) sowie von gemeinschaftlichem Wohnen muss attraktiver werden. Um neue sektoren-über- bzw. -ineinandergreifende Konzepte zu fördern, muss das Sozial- sowie das Bau- und Planungsrecht geändert werden. Notwendig sind u. a. an regionale bzw. lokale Bedarfe angepasste, sektorenübergreifende Angebote und eine „Öffnung“ von Pflegeeinrichtungen in die umliegenden Quartiere. Der Abbau von Sektorengrenzen darf nicht zu der Herausbildung eines neuen Sektors

²¹ Vgl. Hellermann, 2022: <https://www.bagso.de/studie/die-altenhilfe-nach-71-sgb-xii-und-der-rechtliche-rahmen-fuer-ihre-weiterentwicklung/>

²² Solch ein Gesetz wird derzeit z. B. in Berlin diskutiert: https://ü60.berlin/image/inhalte/file/2023-04-12_BE%20AHG_Gesetzentwurf_LSBB_final.pdf



führen. Es geht vielmehr darum, mehr Flexibilität zwischen den bestehenden Sektoren herzustellen. Querschnittsorientierte Förderprogramme z. B. der Städtebauförderung müssen Quartiersmanagement gezielt mit der Förderung eines altersgerechten Wohn- und Lebensumfelds sowie der Versorgung und Erreichbarkeit verbinden.

Pflegebedürftige benötigen immer auch medizinische Versorgung. Die derzeitige Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führt in vielen Fällen zu Kompetenzstreitigkeiten und zu einer Vernachlässigung präventiver und niedrigschwelliger Versorgungsangebote vor Ort. Es muss von unabhängiger Seite überprüft werden, ob die Trennung der beiden Versicherungszweige effektiv und effizient ist. Ziel muss eine Versorgung sein, die „Verschiebebahnhöfe“ beseitigt und Abstimmungsprobleme und Kompetenzstreitigkeiten nicht auf dem Rücken der Betroffenen und ihrer Angehörigen austrägt. Die Menschen haben ein Recht darauf, dass die Strukturen, von denen sie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit Unterstützung erwarten dürfen, aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer und ihren Bedürfnissen entsprechend gedacht und konzipiert werden. Digitale Verfahren können zur Entbürokratisierung beitragen, dürfen aber nicht zusätzlich belasten.

5. Professionelle Pflege stärken

Die Rollen der Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen sind so auszustalten, dass sie den Bedarfen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen besser entsprechen und die insgesamt rückläufigen personalen Ressourcen schonen. Dazu müssen die

Rollen von Medizin und Pflege geändert und ihr Zusammenspiel optimiert werden. Weil Pflegekompetenz und medizinische Kompetenz gleichermaßen in der Verantwortung stehen, darf die Medizin nicht weiter Vorrang vor bzw. Hoheit über die Pflege haben. Es müssen entsprechende Aus- und Weiterbildungsstrukturen in der Pflege geschaffen werden. Und die Arbeits- und Einkommensbedingungen in der Pflege müssen endlich so gestaltet werden, dass Menschen auch langfristig in diesem Feld tätig sein können. Die im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) getroffenen Maßnahmen haben hierfür wichtige Grundsteine gelegt, die es weiterzuentwickeln gilt, u. a. was die Verbesserung der Personalschlüssel, die Flexibilität von Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, den Einsatz digitaler Technologien sowie Entwicklungsmöglichkeiten betrifft. Aus Sicht der BAGSO ist zudem eine Begrenzung der Leiharbeit in der Pflege dringend erforderlich, die für Beschäftigte in der Pflege im Vergleich zur Festanstellung attraktiver wird, aber die personelle Kontinuität und Stabilität in Pflegeeinrichtungen und -diensten gefährdet.

6. Pflegende Angehörige wirklich entlasten

Wer Angehörige pflegt, verdient effiziente Entlastung und Absicherung gegenüber Risiken, die aus der Pflege entstehen können, wie z. B. Einkommensverluste oder gesundheitliche Risiken, zumal wenn diese im Lebensverlauf nicht mehr ausgeglichen werden können. Damit die Pflege auf möglichst viele Schultern verteilt werden kann, muss es insbesondere für erwerbstätige Angehörige, die Pflegeverpflichtungen übernehmen, mehr Erleichterungen geben. Dazu



zählt beispielsweise die Einführung einer Familienpflegezeit und eines Familienpflegegeldes. Der von der Bundesregierung eingesetzte Unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege hat dazu 2022 ein detailliertes Konzept vorgelegt, das nun umgesetzt werden muss.²³ Zudem müssen Nachteile in der Erwerbs- bzw. Rentenbiografie ausgeglichen werden. Durch verbindliche kommunale Planungsvorgaben müssen flächendeckend professionelle Unterstützungsstrukturen sichergestellt werden, insbesondere ausreichende Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und sonstiger zugehender Dienstleistungen. Die Finanzierung muss durch ein flexibel nutzbares Pflegebudget ermöglicht werden.

Für die Entlastung pflegender Angehöriger sind zudem Sorgestrukturen vor Ort notwendig. Bestehende Initiativen, Projekte und Netzwerke wie die Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz, Besuchs- und Begleitdienste oder niedrigschwellige Angebote in der unmittelbaren Nachbarschaft tragen zu einer alters- und pflegefreundlichen Umgebung bei. Dieses meist ehrenamtliche Engagement muss koordiniert, qualifiziert und hauptamtlich begleitet werden. Aufgabe der Kommunen ist es, diese Initiativen zu fördern, ihre Vernetzung untereinander zu stärken und ehrenamtlich Engagierte gezielt zu unterstützen.

7. Pflege dauerhaft bezahlbar machen

Gute Pflege muss ausreichend und dauerhaft finanziert sein. Pflegebedürftigkeit sowie die Übernahme von Pflegeverantwortung dürfen nicht in die Abhängigkeit von Sozialhilfe oder Armut führen. Eine nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile muss dringend umgesetzt werden, z. B. durch den sogenannten Sockel-Spitze-Tausch,²⁴ der fixe Eigenanteile vorsieht. Einsparpotenziale für die Eigenanteile sind auch zu erzielen – wie mehrfach gefordert – indem die Investitionskosten vollständig von den Ländern und die Kosten für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von den Krankenkassen übernommen werden.

Pflege hat sich zu einem lukrativen Markt entwickelt, in dem Wirtschaftlichkeitsaspekte eine immer stärkere Rolle spielen. Die Qualität der Pflege und die Beiträge zur Pflegeversicherung dürfen aber nicht von Renditeerwartungen von Leistungserbringern und Investoren dominiert werden; zumindest müssen Grenzen definiert werden.

8. Soziale Ungleichbehandlung abbauen

Alle Menschen mit Bedarf an Unterstützung und Pflege müssen eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten, ohne Diskriminierung jedweder Art. Zur Verringerung und zur Prävention sozialer Ungleichheiten braucht es

23 <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/empfehlungen-zur-familienpflegezeit-und-zum-familienpflegegeld-200058>

24 Vgl. z. B. Rothgang & Kalwitzki, 2018: Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. Vol. 72, Nr. 6, Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 6-12.



spezifische Ansätze bzw. Angebote im gesamten Lebensfeld der Älteren. Sie müssen von den Kommunen initiiert und koordiniert werden. Beispielhaft sei der Abbau von Zugangsbarrieren in der Regelversorgung genannt, die Entwicklung spezifischer Betreuungs- und Pflegeangebote sowie Fortbildungen in der Pflege.

9. Risiken für Krankheit und Pflegebedürftigkeit reduzieren

Bei der Neugestaltung von Sorge- und Pflegestrukturen ist stärker als bislang zu berücksichtigen, dass Gesundheitsrisiken über den Lebensverlauf kumulieren, die Gesundheit aber immer – auch bei bestehenden Einschränkungen – gefördert werden kann. Wer eine gute Pflege will, muss Strukturen aufbauen, die Risiken für Krankheit und Pflegebedürftigkeit möglichst frühzeitig in den Blick nehmen und, wo möglich, reduzieren. Gemäß der WHO-Strategie „Health in All Policies (HiAP)“ müssen hierbei alle Politikfelder gezielt und regelhaft zusammenarbeiten, um vor Ort die Rahmenbedingungen zu schaffen und die Angebote bereitzustellen, die für ein gesundes Altern nötig sind.

Neben spezifischen verhaltensorientierten Angeboten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation für ältere und pflegebedürftige Menschen sind dabei insbesondere die Möglichkeiten der aktivierenden Umweltgestaltung zu nutzen. Präventives Potenzial liegt auch in den Angeboten der Altenhilfe nach § 1 SGB XII.

10. Hospiz- und Palliativversorgung fördern

Mit einer Pflegebedürftigkeit und zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen rücken auch die Gedanken an den eigenen Tod näher. Gesellschaft, Medizin und Politik müssen ihre Anstrengungen verstärken, um schwerkranken und sterbenden Menschen ein würdevolles Leben bis zum Tod zu ermöglichen und ihren Versorgungswünschen zu entsprechen. Anregungen und Forderungen zur Gestaltung der letzten Lebensphase hat die BAGSO in ihrem Positionspapier „Würde bis zuletzt“ formuliert.²⁵

Dieses Positionspapier wurde unter Beteiligung der Fachkommission Gesundheit und Pflege erarbeitet und im Mai 2023 vom Vorstand der BAGSO verabschiedet.



²⁵ Vgl. BAGSO, 2019: <https://www.bagso.de/publikationen/positionspapier/wuerde-bis-zuletzt>



Die BAGSO – Stimme der Älteren

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen vertritt die Interessen der älteren Generationen in Deutschland. Sie setzt sich für ein aktives, selbstbestimmtes und möglichst gesundes Älterwerden in sozialer Sicherheit ein. In der BAGSO sind mehr als 120 Vereine und Verbände der Zivilgesellschaft zusammengeschlossen, die von älteren Menschen getragen werden oder die sich für die Belange Älterer engagieren.

Die BAGSO fördert ein differenziertes Bild vom Alter, das die vielfältigen Chancen eines

längeren Lebens ebenso einschließt wie Zeiten der Verletzlichkeit und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit. Gegenüber Politik, Gesellschaft und Wirtschaft tritt sie für Rahmenbedingungen ein, die ein gutes und würdevolles Leben im Alter ermöglichen – in Deutschland, in Europa und weltweit.

In Positionspapieren und Stellungnahmen gibt die BAGSO Anstöße und Empfehlungen für politisches Handeln in Bund, Ländern und Kommunen. Die BAGSO veröffentlicht eine Vielzahl von Publikationen zu unterschiedlichen Themen, die kostenfrei zu bestellen sind oder auf der BAGSO-Internetseite heruntergeladen werden können.

Herausgeber

BAGSO

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Seniorenorganisationen e.V.**

Noeggerathstr. 49
53111 Bonn
Telefon 0228 / 24 99 93-0
Fax 0228 / 24 99 93-20
kontakt@bagso.de

www.bagso.de
facebook.com/bagso.de
twitter.com/bagso_de



Projektvorstellung Pflegenetzwerk neu gedacht – innovativ, nachhaltig, offen

Simuna Karadzic-Nahler

Unsere REGION in Deutschland

○ 3 kreisfreie Städte

● 5 Landkreise
auf einer Fläche
von rund 5.000 km²

1,1 Millionen Einwohner



Quelle: Wolfsburg AG, LSKN 2010

Ausgangslage

Regionales Netzwerk ‚Fachkräfteesicherung in der Pflege‘

- Seit 2015: Zusammenschluss von über 50 Vertreter:innen aus Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Institutionen der gesamten Region
- Einzigartige Zusammenarbeit in Deutschland:
Auszeichnung als „innovatives Netzwerk“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022)
- Hohe Beteiligung aus dem Netzwerk an bisherigen Projekten und Wunsch an kontinuierlicher Fortführung
 Neues Projekt ‚Pflegenetzwerk neu gedacht‘



Ich pflege gern

Eine Aktion des
Fachkräftebündnisses
SüdOstNiedersachsen

Ziele

Pflegenetzwerk neu gedacht

Stärkung der ambulanten Dienste

Öffentlichkeitskampagne für die Branche

Vertiefung des Themas Diversity

Intensivierung der regionalen Zusammenarbeit

Zielgruppen

-  Alten-, Gesundheits-, Krankenpflege- und Hauswirtschaftsschulen und ihre Schüler:innen
-  Einrichtungen der ambulanten / stationären Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege und ihre Beschäftigten
-  Altenhilfeplanung und Pflegestützpunkte der Kommunen
-  Weitere Institutionen mit Bezug zur Pflege



Jederzeit offen für neue Mitglieder

Ansprechpartnerinnen



Houda Araar-Makhlouf

0531 1218 – 215



Simuna Karadzic-Nahler

0531 1218 – 183



Aneta Rzany

0531 1218 – 175



Kerstin Schläger

0531 1218 – 163

Teampostfach: pflege@allianz-fuer-die-region.de



Braunschweiger Pflegekonferenz

Braunschweig, 15.03.2023

Ablauf

14:15 Uhr	Ankunft
14:30 Uhr	Begrüßung <i>Rainer Schubert</i>
	Impuls: Ungepflegt - Leah Weigand
14:40 Uhr	Keynote Business as usual? Strategien zur Personalrekrutierung in der Pflege <i>Prof. Lukas Slotala</i>
15:25 Uhr	Verabschiedung Geschäftsordnung <i>Torsten Haf</i>
15:35 Uhr	Pause
15:50 Uhr	Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik <i>Torsten Haf</i>
16:00 Uhr	Ausbildung und Personalgewinnung Ergebnisse Ist-Standerhebung Generalistik & Vorstellung und Diskussion PflegeAss <i>Dr. Jan Weber, Mara-Lena Bunge</i>

Ablauf

16:25 Uhr

Vorstellung und Abstimmung
Erklärung der Braunschweiger Pflegeeinrichtungen - für eine faire Personalwerbung
Hans Golmann

16:35 Uhr

Pause

16:50 Uhr

Aktuelle Themen und Aktivitäten

Innovative (quartiersorientierte) Versorgungskonzepte in Zeiten von
Fachkräftemangel und hochbelasteten pflegenden Angehörigen.
Welche Visionen haben wir für Braunschweig?

Hans Golmann

Pflegenetzwerk neu gedacht – innovativ, nachhaltig, offen
Simuna Karadzic-Nahler

Bericht vom Runden Tisch Entlassmanagement
Knut Urban

17:25 Uhr

World Café, Ideensammlung, Diskussion und Arbeitskreiskonstitution

17:50 Uhr

Resümee und Verabschiedung

18:00 Uhr

Ende

Begrüßung

Rainer Schubert (Stadt Braunschweig, Sozialreferat)

Ungepflegt – Leah Weigand

[Leah Weigand - Ungepflegt.mp4](#)

Keynote

Business as usual?

Strategien zur Personalrekrutierung in der Pflege

***Prof. Lukas Slotala* (Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt)**

Geschäftsordnung

Verabschiedung

Torsten Haf (Stadt Braunschweig, Sozialreferat)

PAUSE

Pflegestatistik

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik

Torsten Haf (Stadt Braunschweig, Sozialreferat)

Ausbildung und Personalgewinnung

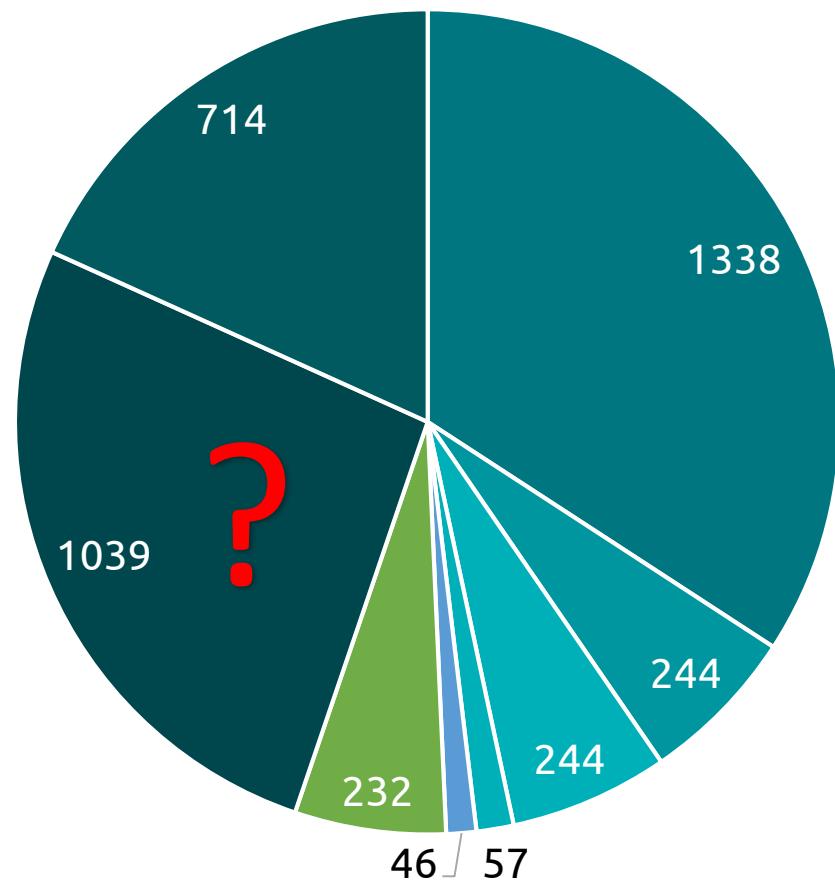
**Ergebnisse Ist-Standerhebung Generalistik &
Vorstellung und Diskussion PflegeAss Braunschweig**

Dr. Jan Weber, Mara-Lena Bunge (Stadt Braunschweig, Sozialreferat)

Personal in Pflege und pflegenahen Assistenzdiensten in Braunschweig

Personal in Pflegediensten und -einrichtungen

Stadt Braunschweig 2021



- Pflegefachkräfte (Alten-, Kranken-, Kinderkranken-, Heilerziehungspflege)
- Pflegehilfskräfte
- sonstige pflegerische Berufsabschlüsse
- nichtärztliche Heilberufe (u.a. Ergo- und Physiotherapie)
- akademische Abschlüsse (Sozialpädagogik, Pflegewissenschaft)
- Hauswirtschaft
- sonstige Berufsabschlüsse
- ohne Abschluss / Ausbildung / Umschulung

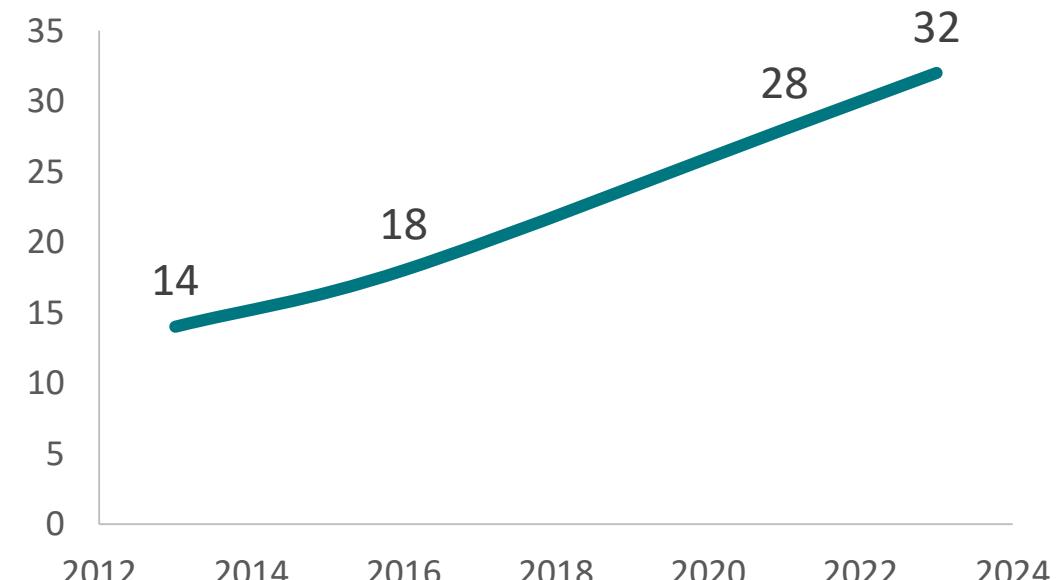
Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

Kennzahlen Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a SGB XI (AZUA)

- 32 Anbieter im Stadtgebiet

„....Betreuung, Beaufsichtigung und Alltagsbegleitung der Pflegebedürftigen, Pflegebegleitung und Entlastung für die Angehörigen sowie hauswirtschaftliche Dienste im unmittelbaren Umfeld von Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige wie auch Angehörige sollen so bei der Bewältigung ihres Alltages im Umfeld von Pflege unterstützt und entlastet werden...“ (LS 2023)

Entwicklung AZUA Anbieter Braunschweig
2013-2023



- Beschäftigte?
- Patient:innen?

Betreuung 21 | Entlastung von Pflegenden 12
Entlastung im Alltag 24

Quelle: Persönliche Mitteilung: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

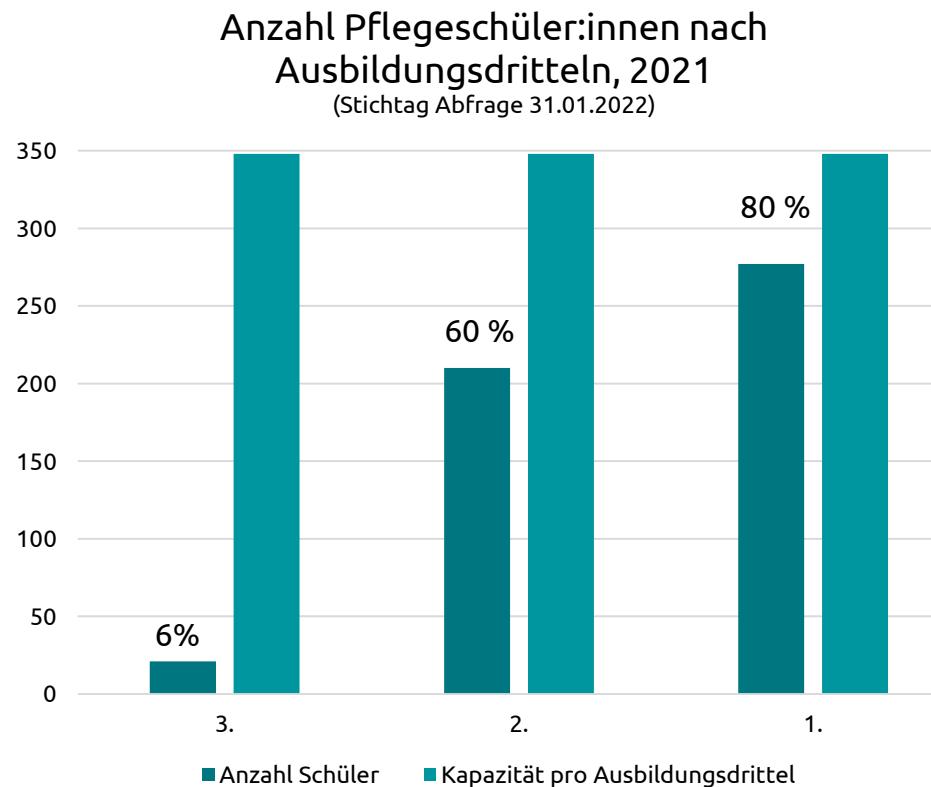
Stand der Generalistischen Pflegeausbildung in Braunschweig

Aktueller Sachstand (Stichtag Abfrage 31.01.2022)*

- Ausbildungsstart = August
Marienstift September
städt. Klinikum zusätzlich im Februar
- genutzte Schulplätze derzeit = 508
(über alle Ausbildungsdrittel)
- gewünschte Gesamtkapazität = 996
- mögl. freie Plätze / Potenzial = 488

* aktuelle Schülerzahl in laufender Abfrage

Schulplätze Stadtgebiet Braunschweig (Stichtag Abfrage 31.01.2022)



- **3. Ausbildungsdrittel:**
Start Generalistik erst 2020, daher kaum Auszubildende vorhanden (noch „alte“ Pflegeausbildungen)
- **2. Ausbildungsdrittel:**
Irritationen, Neues muss erst publik werden
- **1. Ausbildungsdrittel:**
Generalistik als einzige Ausbildungsmöglichkeit, gute Auslastung, positive Entwicklung

% = Auslastung / Jahrgang

Herausforderungen der Ausbildungsverbünde

- Mangel an Praxis(einsatz)plätzen für Pflichteinsätze (Pädiatrie, Psychiatrie, ambulante Dienste, akutstationärer Bereich)
- Mangel an Praxisanleiter:innen (insb. Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste)
- Mangel an Angeboten zur sozialen Integration ausländischer Pflegeschüler:innen
- Bürokratische Hürden in Bezug auf Erlangung von Aufenthaltstiteln
- Mangel an erschwinglichem Wohnraum für Pflegeschüler:innen
- Mangel an Wertschätzung, Aufmerksamkeit und Werbung für Pflegeberuf

PflegeAss

Kooperations- und Serviceportal Pflege- und Assistenzberufe Braunschweig

PflegeAss

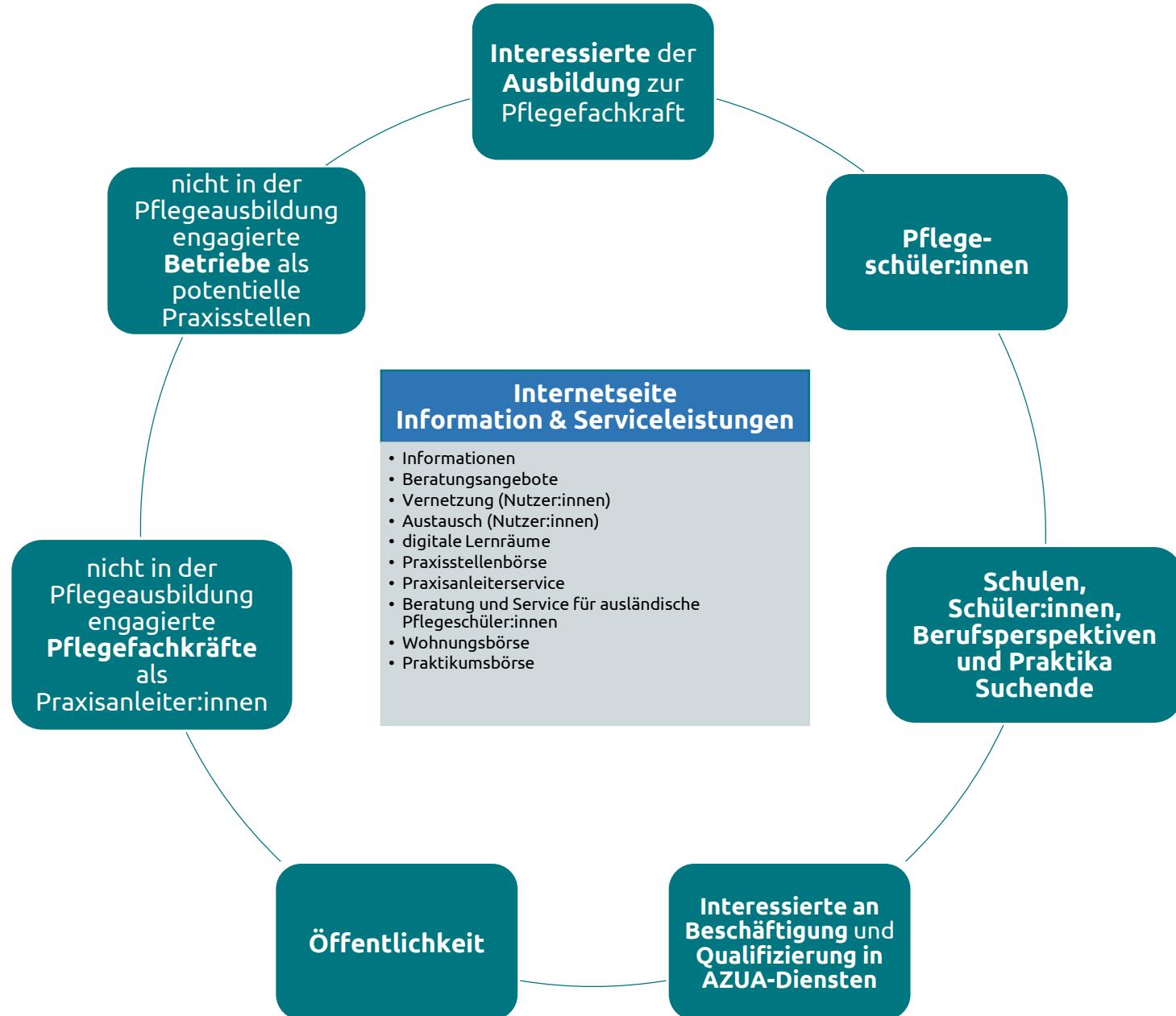
Inhalte

- Informationen und Beratungsangebote für Interessent:innen und Bewerber:innen, Ausbildungsbetriebe und Praxisstellen in der Pflege
- Informationen und Beratungsangebote für Interessent:innen und Bewerber:innen für AZUA-Dienste und zu relevanten Qualifizierungsangeboten
- Informationen und Beratungsangebote für Betriebe und Pflegekräfte zum Thema Weiterbildung zu Praxisanleiter:innen
- Digitale Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten für Verbünde, Pflegeschulen und Praxisstellen
- Digitale Lernräume für Pflegeschüler:innen und Pflegekräfte in Weiterbildung zu Praxisanleiter:innen

PflegeAss Serviceleistungen

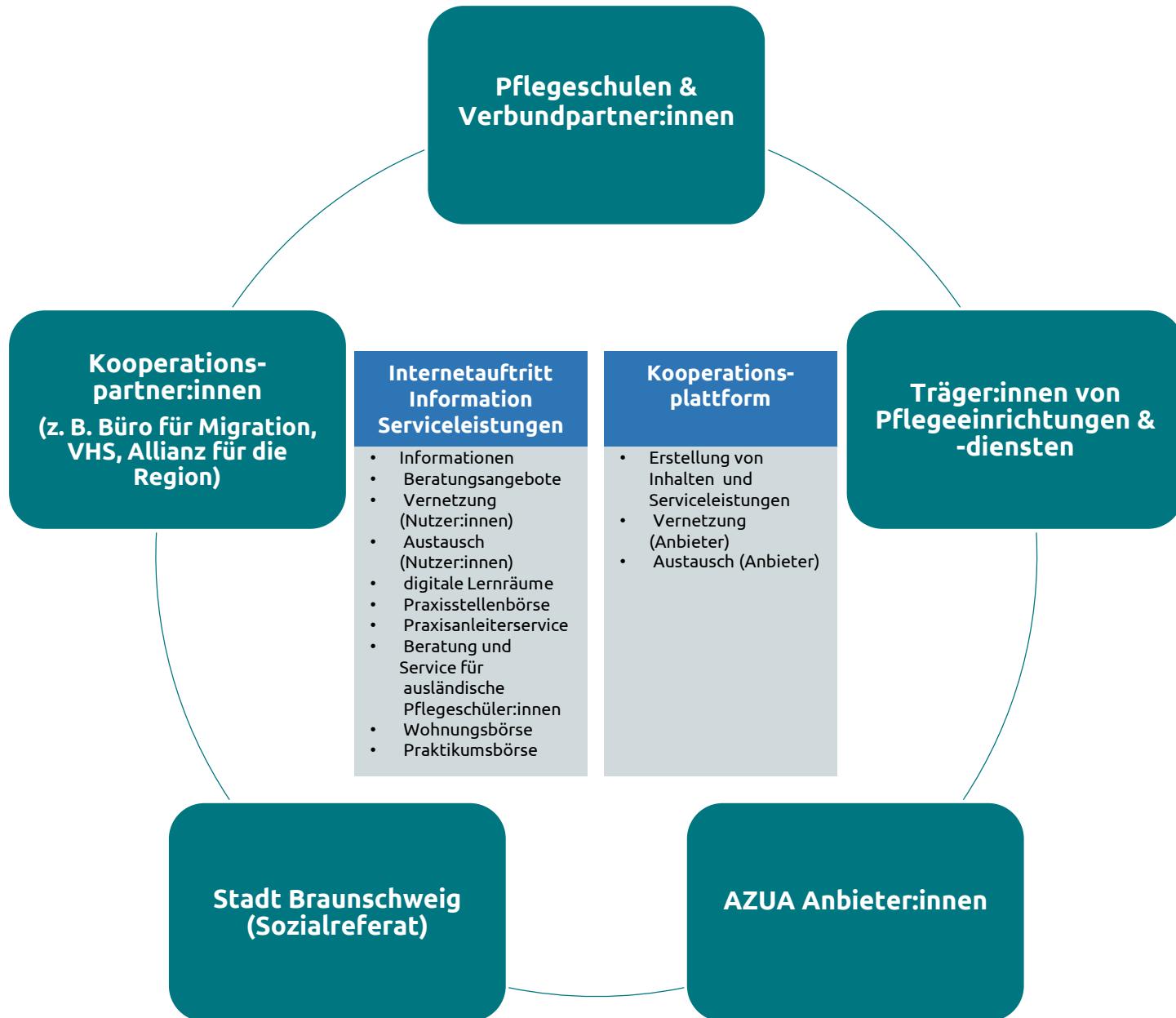
- (freiwillige) Praxisstellenbörse
- Praxisanleiter:innenservice
- Beratungs- und Servicestelle für ausländische Bewerber:innen und Pflegeschüler:innen
- Wohnungsbörse
- Praktikumsbörse

PflegeAss Zielgruppen



- Dezentrale und vorwiegend digitale Leistungserbringung
- Arbeitskreis(e) auf Leitungseben (Vorgehen und Inhalte)
- Operative Kooperation über Telefon und digitale Kooperationsplattform, E-Mail, Videokonferenz, Clouddienste

PflegeAss Organisation



PflegeAss Förderoptionen

- Fachkräfteinitiative Niedersachsen (MW)
- Innovative Bildungsprojekte der beruflichen Erstausbildung (MK)
- Gesundheitsregionen (MS)

Diskussion

- Welche weiteren Inhalte und Serviceleistungen sollte PflegeAss bieten?
- Welche Kooperationspartner:innen sollte PflegeAss ansprechen?
- Gibt es Ideen für einen noch eingängigeren Namen?

Personalwerbung

Vorstellung und Abstimmung

Erklärung der Braunschweiger Pflegeeinrichtungen - für eine faire Personalwerbung

Hans Golmann (ambet e. V.)

Kodex der Braunschweiger Pflegeeinrichtungen

- Abwerbung von Mitarbeitenden -

Entwurf Hans Golmann

- Der Pflegesektor sieht sich auch in Braunschweig längst nicht mehr nur bei den Fachkräften einem eklatanten Personalnotstand gegenüber.
- Die Probleme erstrecken sich zunehmend auch auf den Bereich der Assistenz- und Hilfeberufe sowie der Hauswirtschaft. Die Personalgewinnung findet fast ausschließlich durch Wechsel aus den Einrichtungen statt.
- Ein fairer Wettbewerb über Arbeitsbedingungen, Gehälter und Konzepte durch Anzeigen, Ausschreibungen und „Hörenssagen“ fördert Innovation und Entwicklung.
- Den Einrichtungen und auch den Beschäftigten insgesamt schaden jedoch aggressive Abwerbemethoden durch ausgewiesene Wechselprämien, persönliche Ansprache von „Headhuntern“ vor und in den Betrieben, in Fortbildungen und Veranstaltungen.
- Für meine Einrichtung/en erkläre ich/wir die Anwendung einer fairen Personalakquise, unlautere Methoden z.B. mit aggressiven Abwerbemethoden wende/n ich/wir nicht an.
- Abwerbung

PAUSE

Vorstellung

Aktuelle Themen und Aktivitäten

Impulsreferate

**Innovative (quartiersorientierte) Versorgungskonzepte in Zeiten von Fachkräftemangel und hochbelasteten pflegenden Angehörigen.
Welche Visionen haben wir für Braunschweig?**

Hans Golmann (ambet e. V.)

Pflegenetzwerk neu gedacht – innovativ, nachhaltig, offen
Simuna Karadzic-Nahler (Allianz für die Region)

Bericht vom Runden Tisch Entlassmanagement
Knut Urban (Stadt Braunschweig, Fachbereich Soziales und Gesundheit)

Austausch

World Café, Ideensammlung, Diskussion und Arbeitskreiskonstitution

Resümee und Verabschiedung

Rainer Schubert (Stadt Braunschweig, Sozialreferat)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Jan Weber / Mara-Lena Bunge

Sozialreferat
Schuhstraße 24
38100 Braunschweig

Tel. 0531 470 – 7154 / 7362
E-Mail
jan.weber@braunschweig.de
mara-lena.bunge@braunschweig.de

<h3 style="text-align: center;"><u>Protokoll der Braunschweiger Pflegekonferenz 2023</u></h3>		
Datum: 15.03.2023	Uhrzeit: 14:15Uhr bis 18:00Uhr	Ort: Seniorenenzentrum in den Rosenäckern/ Stiftung St. Thomaehof
Begrüßung: Gesamtmoderation:	Rainer Schubert Rainer Schubert Dr. Jan Weber Mara-Lena Bunge	Protokoll: Mara-Lena Bunge Dr. Jan Weber
Impuls:	Leah Weigand - Ungepflegt (Videobeitrag)	
TOP	Inhalte	
1.	<p>Business as usual? Strategien zur Personalrekrutierung in der Pflege</p> <p><i>Prof. Dr. Lukas Slotala Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt</i></p> <p>Nach einem allgemeinen Problemaufriss zu Beschäftigungszahlen professioneller Pflegekräfte in relevanten Versorgungsbereichen wird die Entwicklung der Auszubildendenquoten in verschiedenen Bundesländern nachvollzogen. Dabei werden abweichende Strategiemerkmale und förderliche bzw. hemmende Faktoren identifiziert und herausgestellt. Möglichkeiten und Erfolgsaussichten der Werbung und Integration ausländischer Pflegefachkräfte werden beleuchtet. Mit der prinzipiell positiven Bewertung verbunden ist die Empfehlung zu einem lokalräumlich koordinierten, gemeinschaftlichen und auf die Nutzung von Synergieeffekten zielenden Vorgehen. (Präsentation im Anhang)</p>	
2.	<p>Verabschiedung Geschäftsordnung</p> <p><i>Torsten Haf Stadt Braunschweig, Sozialreferat</i></p> <p>Die aufgrund der Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) und in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe Altenhilfe- und Pflegeplanung (AHPP) aktualisierte Geschäftsordnung der Braunschweiger Pflegekonferenz wird einstimmig von der Pflegekonferenz bestätigt. (Aktuelle Geschäftsordnung im Anhang)</p>	
3.	<p>Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik</p> <p><i>Torsten Haf Stadt Braunschweig, Sozialreferat</i></p> <p>Ausgehend von den rechtlichen und institutionellen Grundlagen der Pflegestatistik werden exklusiv die Braunschweig-spezifischen Ergebnisse der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger präsentiert und nach den verschiedenen Versorgungsformen differenziert. Weitere Auswertungen stellen die hochgerechnete Entwicklung der Anzahl dementiell Erkrankter sowie die Anteile der Leistungsarten und die Differenzierung der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Geschlecht dar. Schließlich wird der Verlauf der Beschäftigtenzahlen des Pflegepersonals in der ambulanten und (teil-) stationären Pflege nachvollzogen. (Präsentation im Anhang)</p>	
4.	<p>Ausbildung und Personalgewinnung</p> <p>Ergebnisse Ist-Standerhebung Generalistik & Vorstellung und Diskussion PflegeAss Braunschweig</p>	

TOP	Inhalte
	<p><i>Dr. Jan Weber, Mara-Lena Bunge Stadt Braunschweig, Sozialreferat</i></p> <p>Die Aufschlüsselung der Anzahl Beschäftigter in Braunschweiger Pflegediensten und -einrichtungen nach Berufsgruppen wird durch die Präsentation erster verfügbarer Daten und Fakten zu den in Braunschweig aktiven Diensten mit Angeboten aus dem Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI (AZUA) ergänzt.</p> <p>Ergebnisse einer Befragung vermitteln einen Eindruck vom aktuellen Sachstand der Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung durch die Braunschweiger Pflegeschulen und ihrer Verbundpartner. Die Liste der ebenfalls erfassten Herausforderungen ist Ausgangspunkt für das Konzept PflegeAss des Sozialreferates, das zwischenzeitlich durch ein aus den Reihen der AG Wohlfahrt in die Diskussion gebrachten Konzept mit dem Titel „Büro PflegeZukunft Braunschweig“ erweitert wurde.</p> <p>Als „Kooperations- und Serviceportal Pflege- und Assistenzberufe Braunschweig“ soll sich PflegeAss mit umfassenden Informations- und Serviceangeboten gleichermaßen an Pflegeschulen, Träger und Dienstleister in der pflegerischen Versorgung und pflegenahen Dienstleistungen richten. Ebenfalls adressiert werden Pflegeschüler:innen, an Ausbildung und beruflichem Engagement in diesen Bereichen Interessierte bzw. Pflegepersonal, das sich zur Praxisanleitung weiterbilden lassen möchte.</p> <p>In der Diskussion legen Teilnehmer:innen Wert darauf, dass insbesondere an ausländische Pflegeschüler:innen und Pflegefachkräfte gerichtete Angebote aus dem Bereich Integrationsförderung auch analog, das heißt im Face-to-Face Format oder Gruppensetting, erbracht werden sollen. Auch die vom PflegeAss Konzept skizzierte vorwiegend virtuelle bzw. webbasierte Anbieterkooperation und Bereitstellung von Angeboten und Serviceleistungen wird in ihrer Reichweite als zu begrenzt gesehen. Vielmehr wird eine zentrale Anlaufstelle im Sinne eines Büros oder einer Beratungsstelle, die auch Ausgangspunkt von Werbemaßnahmen für die pflegerischen und pflegenahen Berufe sein soll, favorisiert. Ein hierauf gerichteter Workshop kann die Grundlagen hierfür erarbeiten bzw. die Konzeptentwürfe fortentwickeln. Von Diskutant:innen berichtete Probleme und Sorgen in Bezug auf mangelnden Wohnraum für Auszubildende (und sonstige Mitarbeiter:innen) stoßen auf positive Signale aus der Bauwirtschaft. Benötigt werden konkrete Bedarfszahlen anhand derer gegebenenfalls Wohnraum in Form WG-tauglicher Wohnungen für Pflegeschüler:innen vorgesehen werden kann. Aus Sicht von Pflegeschulen werden – neben zusätzlichen erschwinglichem Wohnraum – insbesondere Angebote der Sprachförderung und kulturellen Integration für ausländische Pflegeschüler:innen benötigt. Eindringlich wird daran erinnert, dass erschwinglicher Wohnraum nicht nur für Auszubildende, sondern auch für Pflegefachkräfte und Angehörige der pflegenahen Assistenzberufe knapp ist. In einzelnen Einrichtungen scheinen Fachkraftstellen auch deshalb nicht besetzt werden zu können, weil interessierte Pflegekräfte keinen bezahlbaren Wohnraum im Umfeld finden können. (Präsentation im Anhang)</p>
5.	<p>Erklärung der Braunschweiger Pflegeeinrichtungen - für eine faire Personalwerbung</p> <p><i>Hans Golmann ambet e. V.</i></p> <p>Angesichts des umfassenden und alle Bereiche der (pflegerischen) Versorgung betreffenden Personal- und Fachkräftemangels wirbt die vorgestellte und zur Abstimmung gestellte Erklärung für eine faire Personalwerbung und den Verzicht auf aggressive Abwerbestrategien im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung in Braunschweig engagierter Träger, Einrichtungen und Dienste.</p> <p>Die von den Teilnehmer:innen als Kodex bezeichnete Erklärung findet mit 23 Ja-Stimmen bei keiner Gegenstimme und einer Enthaltung breite Unterstützung. Das Sozialreferat wird</p>

TOP	Inhalte
	<p>gebeten, die Erklärung im Namen der Pflegekonferenz an alle relevanten in Braunschweig ansässigen Pflegeeinrichtungen mit der Bitte um Zeichnung zu versenden.</p>
6.	<p style="text-align: center;">Aktuelle Themen und Aktivitäten</p> <p>Innovative (quartiersorientierte) Versorgungskonzepte in Zeiten von Fachkräftemangel und hochbelasteten pflegenden Angehörigen. Welche Visionen haben wir für Braunschweig?</p> <p><i>Hans Golmann ambet e. V.</i></p> <p>Entwürfe und Visionen für die zukünftige Versorgungsgestaltung in Braunschweig müssen die gegebenen Rahmenbedingungen berücksichtigen und ergo realitätsorientiert sein. Hiervon ausgehend wird daran erinnert, dass in Bezug auf die Kombination von Fachkräftemangel und der steten Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger und überlasteter pflegender Angehöriger die Talsohle des Personalnotstands noch nicht erreicht sein dürfte. Den Herausforderungen müssen Stadt und Träger gemeinsam begegnen, die Einrichtung eines Büros PflegeZukunft kann ein Instrument hierzu sein. Dabei gilt es auch Antworten auf die Frage zu entwickeln, welche Qualitätsstandards zukünftig noch gehalten werden sollen und können. Drittmittelfinanzierte Modellprojekte können zur Erprobung neuer Konzepte dienen, insbesondere dort wo Bundes- und Landesrecht sonst zu enge Grenzen setzen. Dabei rückt die ambulante, quartiersorientierte Versorgung noch stärker in den Fokus. Spezifische Bedarfsgruppen benötigen besondere Versorgungsstrategien, wie z. B. in den 11 Thesen der Braunschweiger Alzheimer Gesellschaft zur Demenzversorgung formuliert. Flankierend müssen Beratungsangebote für pflegende Angehörige ausgebaut werden. Das bereits erprobte Konzept der Wohnpflegegemeinschaft kann als Vorlage dienen und ausgebaut werden. In einem ersten Schritt könnten stadtweit 25 Wohneinheiten mit je 10 Plätzen und insgesamt 250 Plätzen als Äquivalent der Kapazität von drei Pflegeheimen geschaffen werden. Stationäre Einrichtungen müssen leistungs- und ordnungsrechtlich zu ambulanten Strukturen umgewandelt werden. Braunschweig kann hier modellhaft benötigte Standards prüfen.</p> <p>Im Rahmen der Diskussionen im anschließenden World Café wurden erste Eckpunkte und Maßnahmen für eine realitätsorientierte Versorgungsvision für Braunschweig skizziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz Entlastungsbetrag für Angebote außerhalb anerkannter AZUA Leistungen (Modell Pflegebudget) • Weiterentwicklung Pflegeversicherung – offene Briefe an Land und Bund • Fachkraftquote – Öffnung NHeimG • flächendeckend und quartiersorientiert Pflege WGs • Öffnung der Pflegeheime ins Quartier <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tagesstruktur, Mittagstisch, Betreuung etc. ◦ medizinische Behandlungspflege • INSULA und Demenz-Ambulanz umsetzen • Nacht- und gegebenenfalls zusätzliche Tagespflegeplätze schaffen • sektorübergreifend arbeiten, keine Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung <p>Pflegenetzwerk neu gedacht – innovativ, nachhaltig, offen</p> <p><i>Simuna Karadzic-Nahler Allianz für die Region</i></p> <p>Das Projekt Pflegenetzwerk umfasst ein breites Maßnahmenbündel zur Förderung der Fachkraftakquise der Träger, Einrichtungen und Dienste der Region. Neben PR Kampagnen in Printmedien und Social-Media-Kanälen wird insbesondere das Thema Diversity im Sinne interkultureller Öffnung und Altersgrenzen vertieft. Der Fokus liegt dabei auch auf ambulanten</p>

TOP	Inhalte
	<p>Diensten und Strategien, um diese durch die Unterstützung der Werbung ausländischer Fachkräfte zu stärken.</p> <p>Zur Förderung der Regionalen Einrichtungen und Dienste bietet das Projekt neben intensiver Netzwerkarbeit Workshops zu den Themen Integrationsmanagement (Onboarding), Recruiting und Interkulturelle Kommunikation.</p> <p>Während des World Café wurde der Austausch mit den Erfahrungen der Agentur für Arbeit sowie der Eingliederungshilfe intensiviert. Die Allianz für die Region und das Sozialreferat der Stadt sind an enger Kooperation und der Nutzung von Synergieeffekten interessiert. Parallelstrukturen sollen vermieden werden.</p> <p>Bericht vom Runden Tisch Entlassmanagement</p> <p><i>Knut Urban Stadt Braunschweig, Fachbereich Soziales und Gesundheit</i></p> <p>Herr Urban berichtet von der Entstehung und dem bisherigen Vorgehen des Runden Tisches Entlassmanagement. Dem Problem einer möglichst zeitnahen Entlassung aus dem Krankenhaus steht eine nur begrenzte Anzahl von belegbaren Pflegeplätzen in den Pflegeeinrichtungen gegenüber, zunehmend verstärkt durch den Personalmangel auch in Pflegeeinrichtungen. Eine Priorisierung für Aufnahmen aus den Krankenhäusern in Braunschweig erscheint in der Umsetzbarkeit schwierig. Der Runde Tisch Entlassmanagement wird sich daher mit den Möglichkeiten alternativer Ideen zur Problemlösung befassen.</p>
7.	<p>Resümee und Verabschiedung</p> <p><i>Rainer Schubert Stadt Braunschweig Sozialreferat</i></p> <p>Der Leiter des Sozialreferates und Geschäftsführer der Pflegekonferenz dankt allen an der Organisation und Umsetzung der Pflegekonferenz Beteiligten. Neben den Mitgliedern der Steuerungsgruppe Altenhilfe- und Pflegeplanung und den Referent:innen sind dies auch die Mitarbeiter:innen des Sozialreferates. Resümierend wird auf das breite Spektrum behandelter Themen und rund um den Schwerpunkt Personalmangel in Pflege und pflegenahen Diensten verwiesen. Als Ergebnis der Veranstaltung zeichnet sich ab, dass der auch von Braunschweiger Einrichtungen eingeschlagene Weg der Werbung ausländischer Pflegefachkräfte sich als zielführend erweist und u. a. mit der Allianz für die Region ein wichtiger Partner hierfür zur Verfügung steht. Angesichts der gemäß Pflegestatistik weiter steigenden Zahl Pflegebedürftiger bleibt die Herausforderung jedoch groß. Die Idee die Personalwerbung durch mehr und bessere Information zu den Berufsfeldern der Pflege zu stärken und eine zentrale Anlaufstelle in Braunschweig zu schaffen wird seitens des Sozialreferates und seinen Mitstreiter:innen der Pflegekonferenz weiterverfolgt werden. Der Kodex „Faire Personalwerbung“ wird den Einrichtungen und Trägern zur Zeichnung vorgelegt und bekannt gemacht werden. Die Themen der drei gehörten Impulsvorträge Vision für Braunschweig, Pflegenetzwerk und Entlassmanagement werden im Rahmen von bestehenden oder sich konstituierenden Arbeitskreisen, Netzwerken oder Runden Tischen weiterbearbeitet, Ergebnisse auf der nächsten Pflegekonferenz vorgestellt. Wichtig scheint zudem die von Prof. Slotala aufgezeigten Grundsätze zu beherzigen. Demnach kann die Personalnot in der Pflege insbesondere durch wirtschaftliche Anreize, durchlässige Schulwege und Ausbildungsgänge, dem Ausbau von Ausbildungskapazitäten, professionelles Personal Recruitment und (noch mehr) regionale Kooperation bekämpft werden. Letzteres insbesondere mit dem Ziel der Steuerung und Beratung – besonders hier wird sich auch das Sozialreferat weiter einbringen.</p>

Geschäftsordnung der Pflegekonferenz der Stadt Braunschweig

Präambel

Die Geschäftsordnung regelt die Sitzungen der Pflegekonferenz auf der Grundlage des § 4 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) in der Fassung vom 26. Mai 2004 (Nds.GVBI. Nr.15/2004 S.157), zuletzt geändert durch Art.1 des Gesetzes v. 16.12.2021 (Nds. GVBI. S. 917).

§ 1

Ziele und Aufgaben

- (1) Ziel der Pflegekonferenz ist die unter den Akteuren und Angebotsträgern abgestimmte Gewährleistung einer leistungsfähigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Altenhilfe- und Pflegelandschaft in der Stadt Braunschweig. Durch die Beteiligung aller an der Versorgung Mitwirkenden soll eine an den Bedürfnissen der Hilfs- und Pflegebedürftigen sowie der sie Unterstützenden und Pflegenden ausgerichtete ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Angebotsstruktur gesichert werden.
- (2) In der Pflegekonferenz sollen entsprechend § 4 Abs. 1 NPflegeG Fragen
 1. der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung,
 2. der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur,
 3. der pflegerischen Beratungsstruktur,
 4. der Planung, Schaffung und Weiterentwicklung von altersgerechten Quartieren, insbesondere unter Einbeziehung neuer Wohn- und Pflegeformen,
 5. der Koordinierung der praktischen Pflegeausbildung,
 6. der Unterstützungsstrukturen,
 7. bezüglich der Schnittstellen zwischen der medizinischen und der pflegerischen Versorgung,
 8. der Koordinierung von Leistungsangeboten und
 9. der Fehl-, Unter- und Überversorgung beraten werden.
- (3) Die Beschlüsse der Pflegekonferenz haben empfehlenden Charakter für die Planungen der Stadt Braunschweig. Ergebnisse und Beschlüsse werden den politischen Gremien durch entsprechende Berichte vorgestellt.

§ 2

Vorsitz

- (1) Vorsitzende/r der Pflegekonferenz ist der/die Sozialdezernent/in der Stadt Braunschweig, in seiner/ihrer Vertretung der/die Leiter/in des Sozialreferates.
- (2) Die Pflegekonferenz wählt aus ihrer Mitte zwei weitere Vertreter/innen des/der Vorsitzenden für die Dauer von jeweils vier Jahren.
- (3) Die/Der Vorsitzende erstellt mit Unterstützung der Geschäftsführung die Tagesordnung und leitet die Sitzungen.

§ 3

Geschäftsführung

- (1) Die Geschäftsführung der Pflegekonferenz obliegt dem Sozialreferat der Stadt Braunschweig.
- (2) Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehören:
 1. die Abstimmung der Tagesordnung
 2. die Versendung von Einladungen und Unterlagen sowie die Protokollführung
 3. die organisatorische Vor- und Nachbereitung der Sitzungen.

§ 4

Steuerungsgruppe

- (1) Die Steuerungsgruppe ist für die strategische Bearbeitung der Ziele und Maßnahmen der Pflegeplanung sowie für die Vorbereitung der Pflegekonferenz zuständig.
- (2) Die Steuerungsgruppe besteht aus folgenden Mitgliedern:
 - Sozialdezernent/in der Stadt Braunschweig (Vorsitzende/r)
 - Leiter/in Sozialreferat der Stadt Braunschweig (stellv. Vorsitzende/r)
 - Fachbereichsleiter/in Soziales und Gesundheit der Stadt Braunschweig
 - Koordinator/in Altenhilfe- und Pflegeplanung der Stadt Braunschweig
 - Sozialplanung der Stadt Braunschweig
 - 1 Vertreter/in des Seniorenbüros der Stadt Braunschweig
 - 1 Vertreterin des Gleichstellungsreferates der Stadt Braunschweig
 - 1 Vertreter/in der Arbeitsgemeinschaft der Braunschweiger Wohlfahrtsverbände
 - 1 Vertreter/in der gemeinnützigen ambulanten Pflegedienste
 - 1 Vertreter/in der privaten ambulanten Pflegedienste
 - 1 Vertreter/in Braunschweiger Einrichtungsleitungen
 - 1 Vertreter/in der gemeinnützigen stationären Einrichtungen
 - 1 Vertreter/in der privaten stationären Einrichtungen
 - 1 Vertreter/in der Kliniken
 - 1 Vertreter/in der Kranken- und Pflegekassen
 - 1 Vertreter/in der Wohnungsbaugesellschaften
 - 1 Vertreter/in der pflegenden An- und Zugehörigen

- (3) Zu den Sitzungen der Steuerungsgruppe können anlass- und themenbezogen weitere Fachkundige geladen werden. Die Steuerungsgruppe kann zu aktuellen Themen selbstständig Arbeitsgruppen einberufen.
- (4) Die Steuerungsgruppe koordiniert, unterstützt und begleitet die Arbeitsgruppen der Pflegeplanung sowie der Pflegekonferenz.
- (5) Die Steuerungsgruppe lädt regelmäßig zu einem Austausch mit den sozialpolitischen Sprecher/innen der Ratsfraktionen und -gruppen ein.

§ 5

Mitglieder der Pflegekonferenz

- (1) Die in der Pflegekonferenz vertretenen Institutionen und Gruppen sind auf kommunaler Ebene an der Gestaltung der Unterstützungsstrukturen für hilfs- und pflegebedürftige Menschen sowie an der pflegerischen Versorgung beteiligt.
- (2) Stimmberechtigte Mitglieder in der Pflegekonferenz sind Vertreter/innen folgender Organisationen, Einrichtungen und Gruppen:

Kommune	12 Sitze
Ausschuss für Soziales und Gesundheit	1 Sitz
gesetzliche Kranken- und Pflegekassen	2 Sitze
private Kranken- und Pflegekassen	1 Sitz
Medizinischer Dienst	1 Sitz
Arbeitsgemeinschaft der Braunschweiger Wohlfahrtsverbände	1 Sitz
freigemeinnützige Pflegedienstleister ambulant	2 Sitze
private Pflegedienstleister ambulant	2 Sitze
Braunschweiger Einrichtungsleitungen	1 Sitz
freigemeinnützige Pflegedienstleister (teil-)stationär	2 Sitze
private Pflegedienstleister (teil-)stationär	2 Sitze
Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ambulant	1 Sitz
Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (teil-)stationär	1 Sitz
Kliniken	3 Sitze
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen	1 Sitz
niedergelassene Ärzt/innen	1 Sitz
ambulante Hospizarbeit	1 Sitz
stationäres Hospiz	1 Sitz
Kranken- und Pflegeschulen	2 Sitze
Bundesagentur für Arbeit	1 Sitz
Allianz für die Region	1 Sitz
Seniorenrat	1 Sitz
Behindertenbeirat	1 Sitz
Heimbeiräte	1 Sitz
Patientenvertretung Kliniken	1 Sitz
Selbsthilfegruppen	1 Sitz
Interessenvertretung Pflegekräfte (Gewerkschaften)	1 Sitz
Interessenvertretung Menschen mit Zuwanderungsgeschichte	1 Sitz
Interessenvertretung LSBTI*	1 Sitz
Wohnungsbaugesellschaften	3 Sitze
Alzheimer Gesellschaft	1 Sitz
Beratungsstellen	1 Sitz
Religionsgemeinschaften	4 Sitze
Wissenschaft	1 Sitz

Pflegende Angehörige

1 Sitz

- (3) Alle Mitglieder der Pflegekonferenz sind gleichrangig stimmberechtigt.
- (4) Die Pflegekonferenz kann mit der absoluten Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder beschließen, weitere Vertreter/innen der an der Gestaltung der Unterstützungsstrukturen für hilfs- und pflegebedürftige Menschen sowie an der pflegerischen Versorgung beteiligten Institutionen und Gruppen als stimmberechtigte Mitglieder aufzunehmen.
- (5) Die entsendenden Institutionen und Gruppen sollen bei der Ausübung ihres Entsenderechtes auf eine hälftige Besetzung der Pflegekonferenz mit Frauen hinwirken (§ 4 Abs. 2 Satz 3 NPflegeG).
- (6) Die/Der Vorsitzende kann zu einzelnen Sitzungen Gäste einladen.
- (7) Die stimmberechtigten Mitglieder der Pflegekonferenz werden namentlich gegenüber der geschäftsführenden Stelle von den entsendenden Institutionen und Gruppen schriftlich benannt.
- (8) Für die Mitglieder, die mit einem stimmberechtigten Sitz in der Konferenz vertreten sind, wird je eine persönliche Vertretung benannt.
- (9) Die Mitglieder der Steuerungsgruppe der Pflegeplanung nehmen, sofern es sich nicht um ständige Mitglieder der Pflegekonferenz handelt, mit beratender Stimme an der Konferenz teil.

§ 6

Sitzungen

- (1) Die Pflegekonferenz tritt mindestens alle zwei Jahre (§ 4 Abs. 3 NPflegeG) zu einer ordentlichen Sitzung zusammen.
- (2) Die/Der Vorsitzende lädt die Mitglieder der Pflegekonferenz unter Mitteilung der Tagesordnung spätestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin schriftlich ein.
- (3) Schriftsätze sowie Anträge zur Tagesordnung, die zu den Sitzungen versandt werden sollen, sind so rechtzeitig bei der Geschäftsführung einzureichen, dass sie noch zusammen mit der Einladung versandt werden können. Antragsberechtigt zur Tagesordnung sind alle Mitglieder der Pflegekonferenz sowie die Arbeitsgruppen.
- (4) Die Tagesordnung kann bei Sitzungsbeginn von den anwesenden Mitgliedern der Pflegekonferenz ergänzt werden, wenn dies mit einfacher Mehrheit beschlossen wird.
- (5) Nach ordnungsgemäßer Einladung informieren die stimmberechtigten Mitglieder der Pflegekonferenz ihre persönlichen Vertretungen über den jeweiligen Sitzungstermin und die Tagesordnung sowie im Nachgang der Sitzungen über die entsprechenden Ergebnisse.
- (6) Die Sitzungen der Pflegekonferenz sind öffentlich. Im Einzelfall kann durch Mehrheitsbeschluss die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden.

- (7) Über die Sitzungen der Pflegekonferenz wird von der Geschäftsführung als Niederschrift ein Ergebnisprotokoll erstellt. Die Niederschrift wird allen Mitgliedern der Pflegekonferenz zugesendet.

§ 7

Arbeitsgruppen

- (1) Die Pflegekonferenz kann zu verschiedenen Themenbereichen Arbeitsgruppen bilden. Die Arbeitsgruppen setzen sich aus Mitgliedern der Konferenz sowie fachkundigen Dritten zusammen.
- (2) Die Arbeitsgruppen wählen jeweils aus ihrer Mitte eine/n Gruppensprecher/in sowie eine/n Vertreter/in. Es sollen in der Regel nicht mehr als zwei Arbeitsgruppen gleichzeitig eingesetzt sein.
- (3) Die Berichterstattung der Arbeitsgruppen erfolgt in jeder Pflegekonferenz.

§ 8

Beschlüsse

- (1) Die Beschlussfähigkeit wird zu Beginn der Sitzung von der/dem Vorsitzenden festgestellt, wenn nach ordnungsgemäßer Einladung die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder anwesend ist.
- (2) Beschlüsse erfolgen mit einfacher Mehrheit. Beschlussfassungen erfolgen in offener Abstimmung.
- (3) Die Beschlüsse besitzen empfehlenden Charakter. Sie sollen einvernehmlich getroffen werden und besitzen keine rechtliche Bindung für die daran Beteiligten.

§ 9

Inkrafttreten

- (1) Die Geschäftsordnung tritt nach Beschlussfassung durch die Pflegekonferenz unmittelbar in Kraft.
- (2) Über Änderungen und Ergänzungen der Geschäftsordnung wird nach Antrag mit einfacher Mehrheit abgestimmt.
- (3) Die Geschäftsführung ist befugt, redaktionelle Änderungen an der Geschäftsordnung vorzunehmen.

Braunschweig, den 15.03.2023



Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik

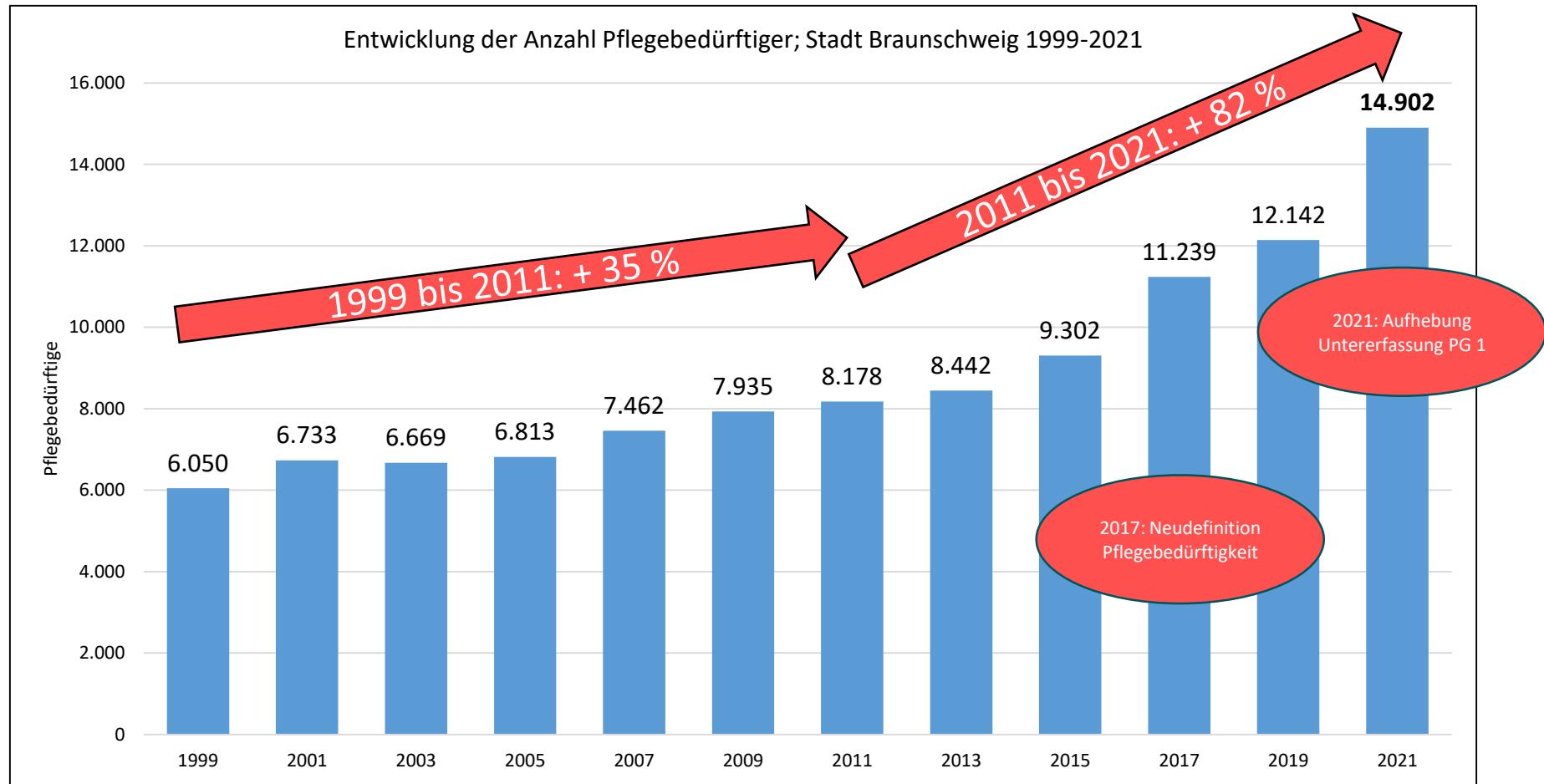
Auswertungen zum Jahresende 2021

Grundlagen Pflegestatistik

- seit 1999 im zweijährigen Rhythmus vom Statistischen Bundesamt und Landesstatistikämtern erhoben
- Rechtsgrundlagen: § 109 Abs. 1 SGB XI, Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV), Bundesstatistikgesetz (BStatG)
- Statistisches Bundesamt: Teilstatistik Pflegegeldempfangende - basierend auf Angaben der Spitzenverbände der Pflegekassen
- Landesamt für Statistik Niedersachsen: Teilstatistik Dienste und Einrichtungen - Erhebung bei allen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI
- erstmalig für 2021 Erfassung der PG 1-Fälle ohne bzw. ausschließlich mit teilstationären oder AZUA-Leistungen (ohne soziodemografische Differenzierung)

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

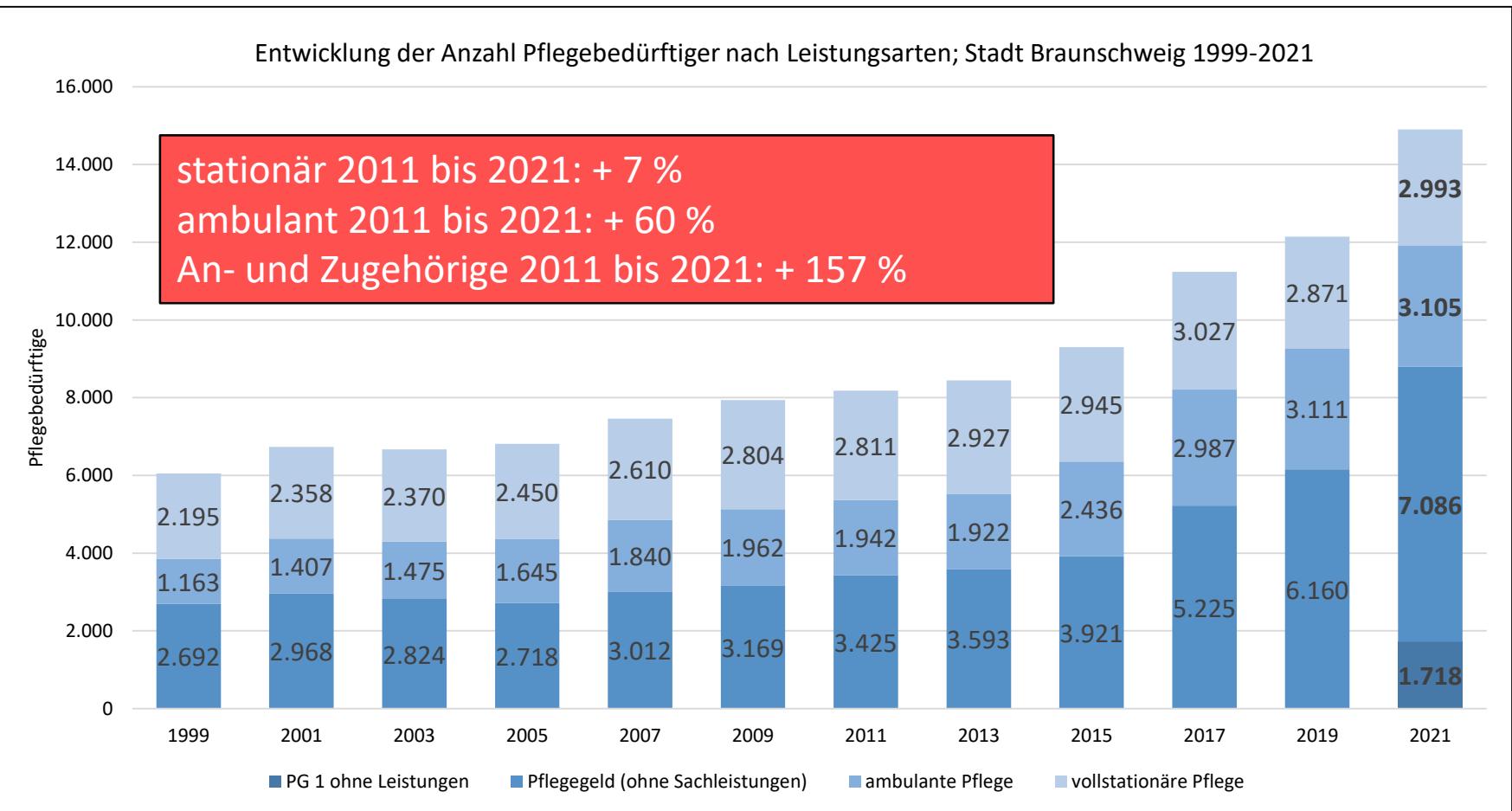
Entwicklung Pflegebedürftigkeit



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

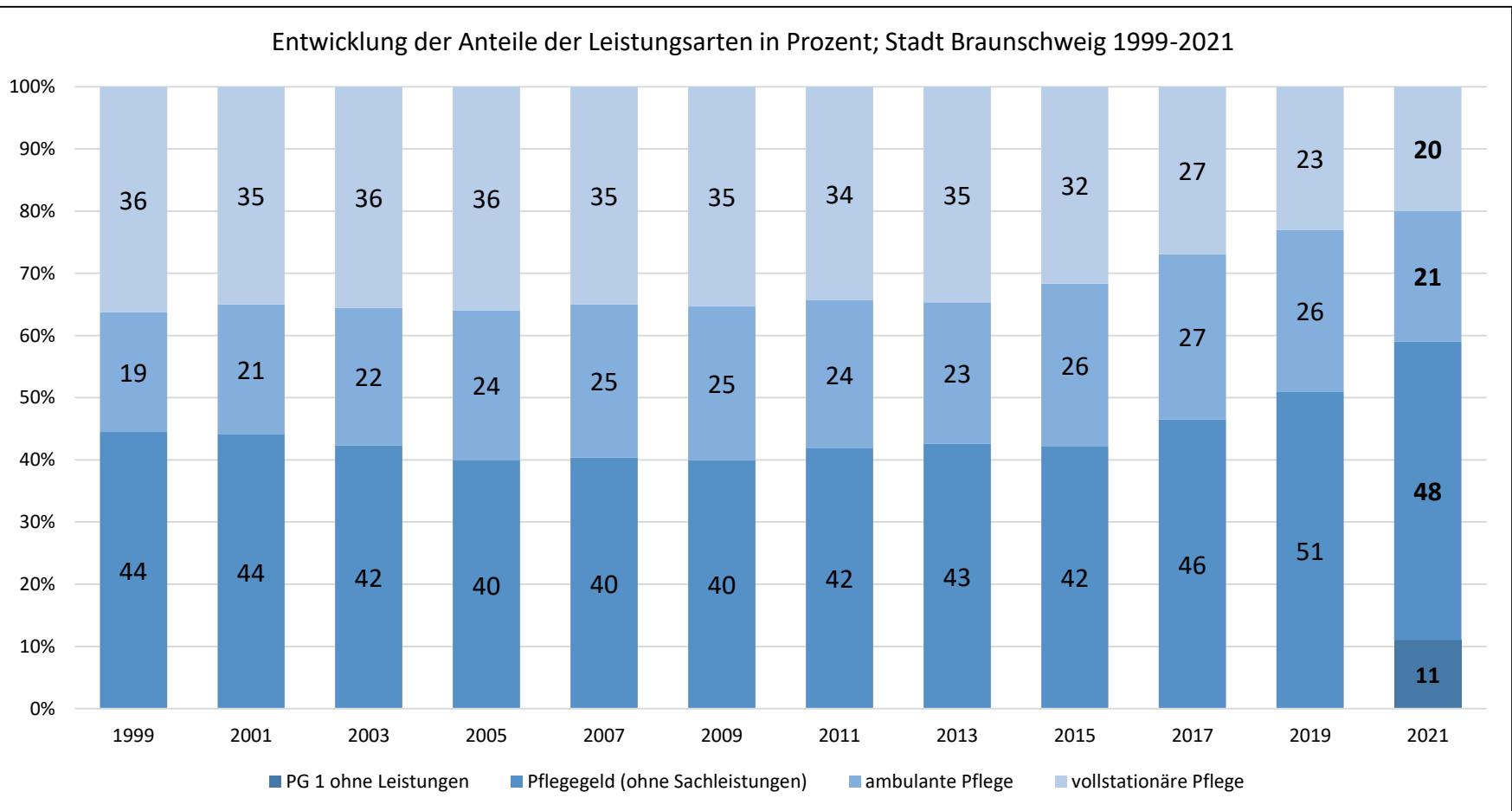
Entwicklung Pflegebedürftigkeit



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

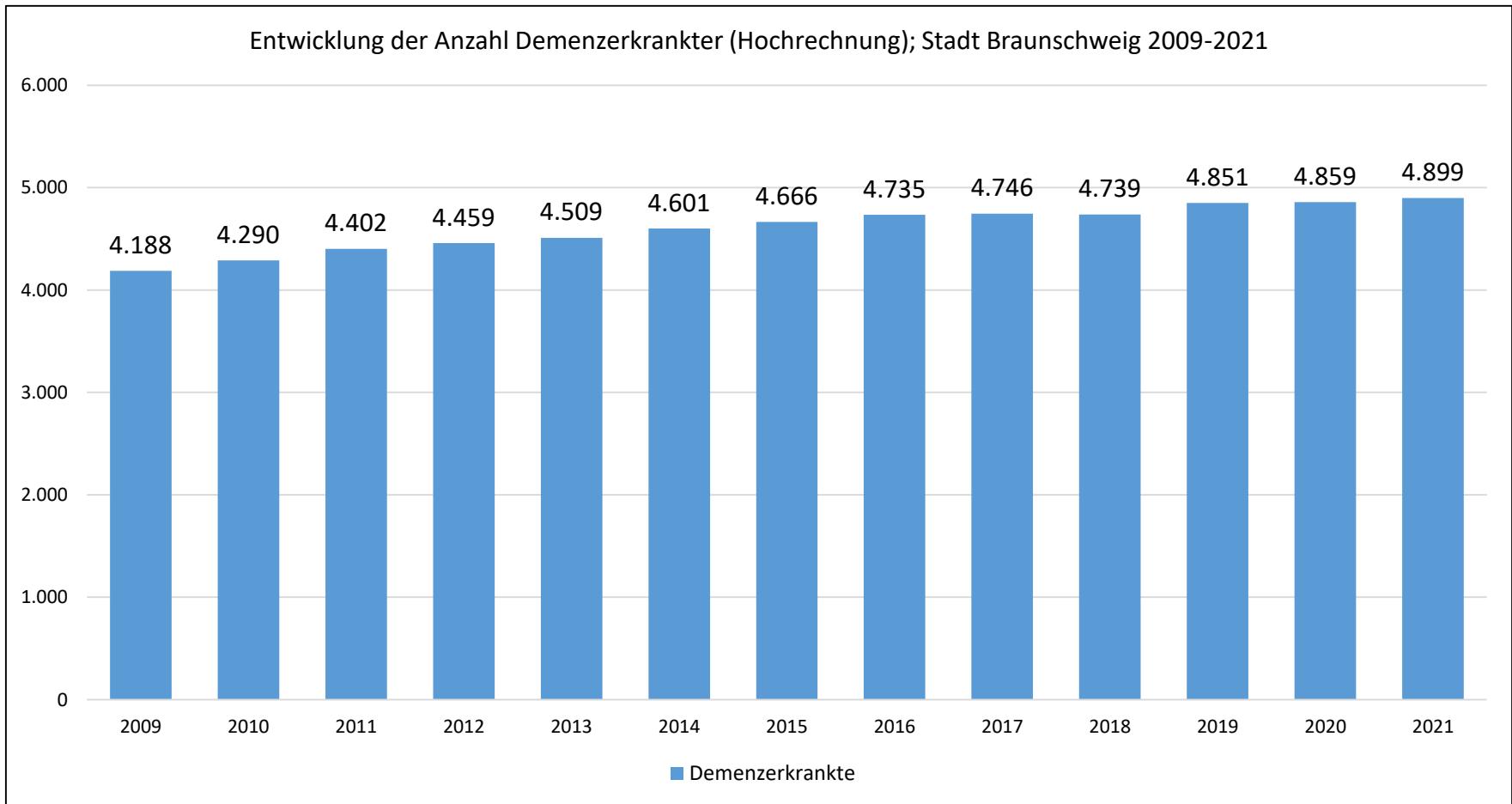
Entwicklung Pflegebedürftigkeit



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

Entwicklung Pflegebedürftigkeit

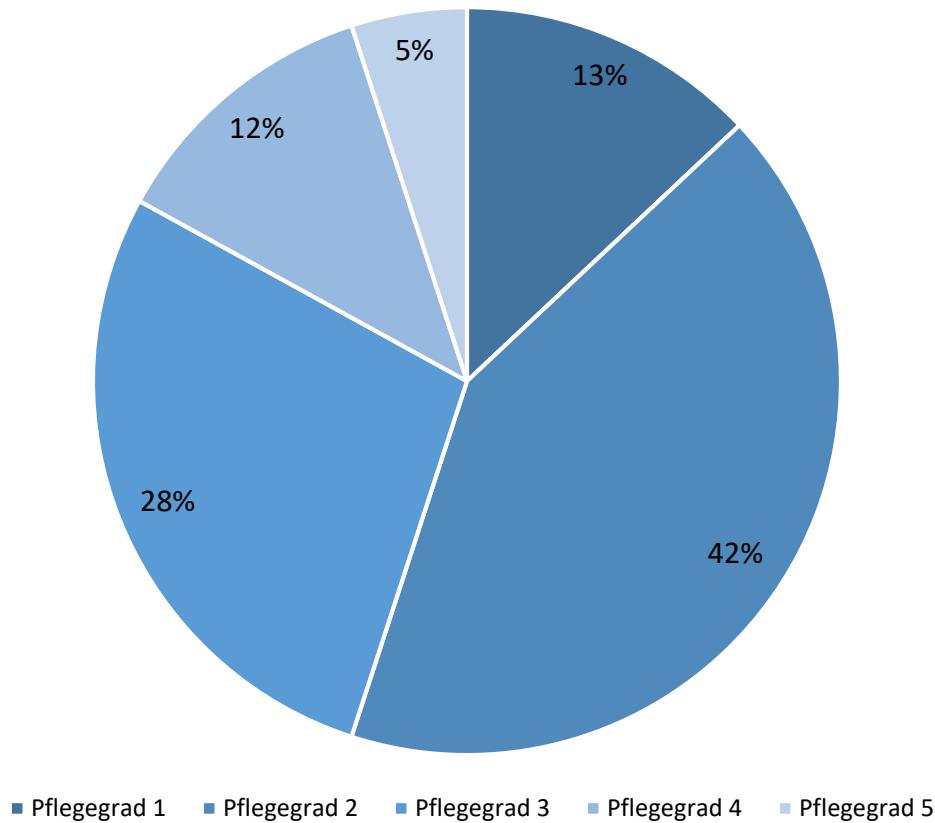


Quellen: Stadt Braunschweig, Referat Stadtentwicklung, Statistik, Vorhabenplanung; Deutsche Alzheimer Gesellschaft | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

Struktur Pflegebedürftigkeit

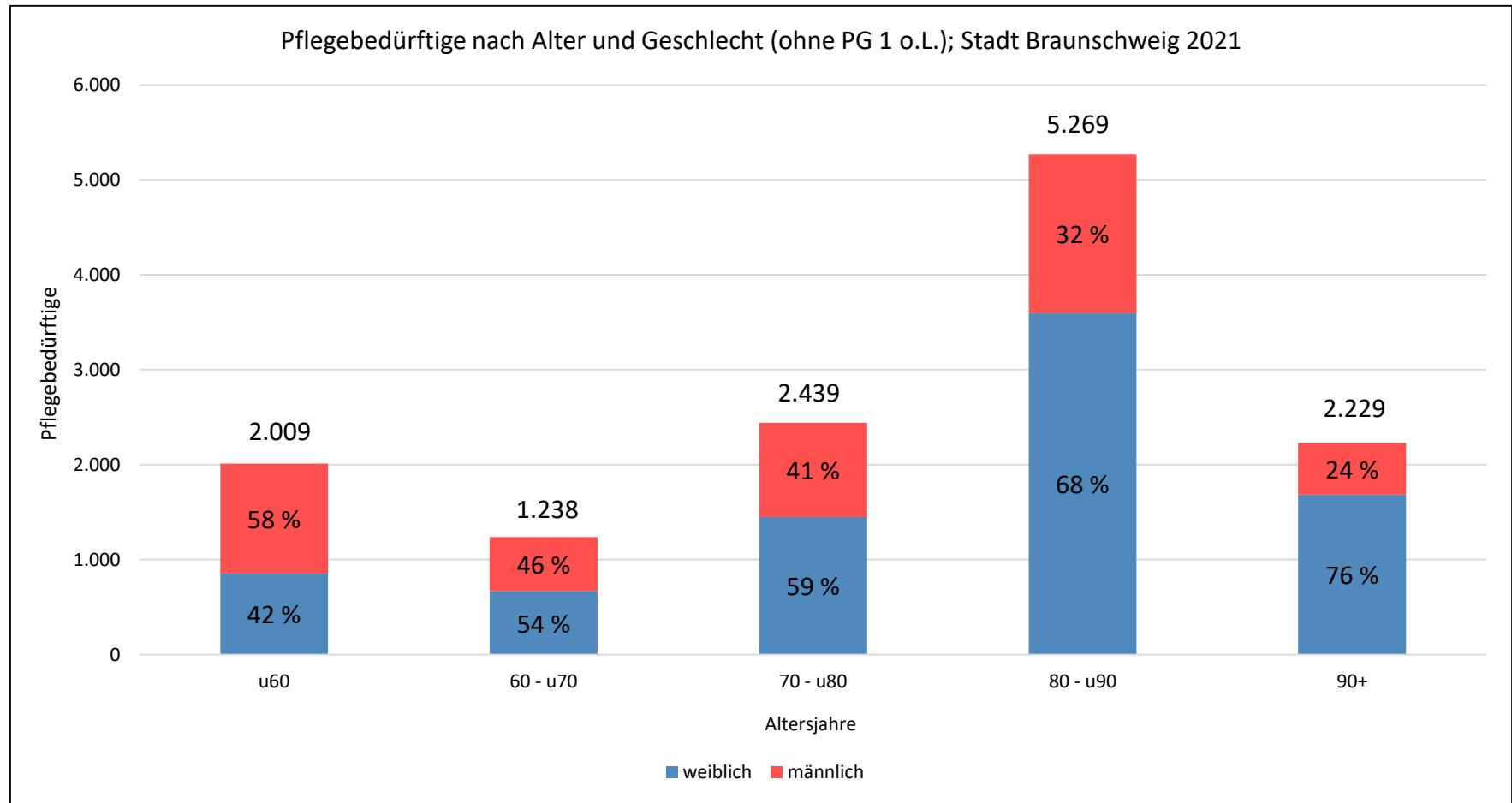
Pflegebedürftige nach Pflegegraden; Stadt Braunschweig 2021



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

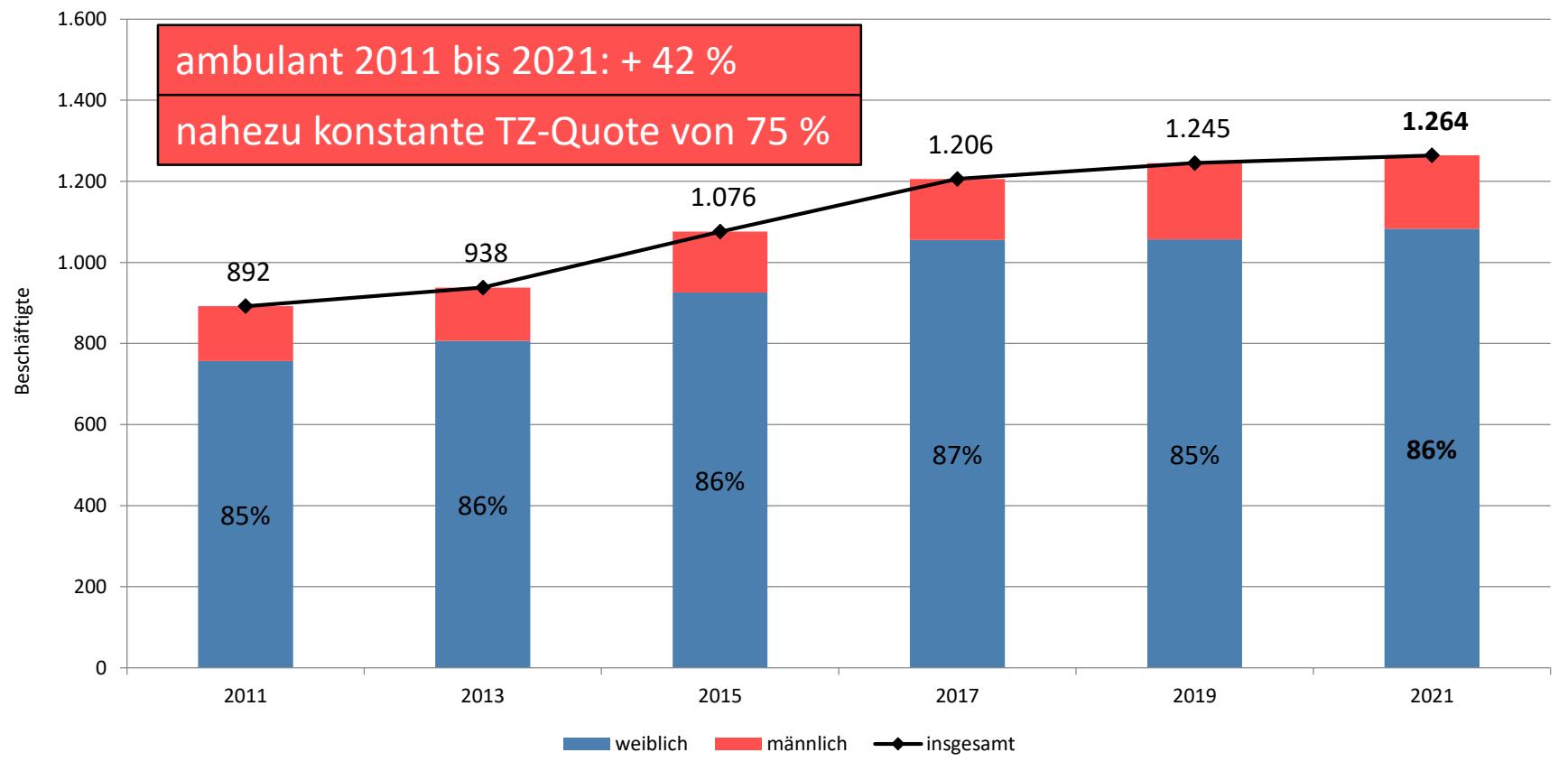
Struktur Pflegebedürftigkeit



Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

Pflegepersonal

Entwicklung des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten; Stadt Braunschweig 2011-2021

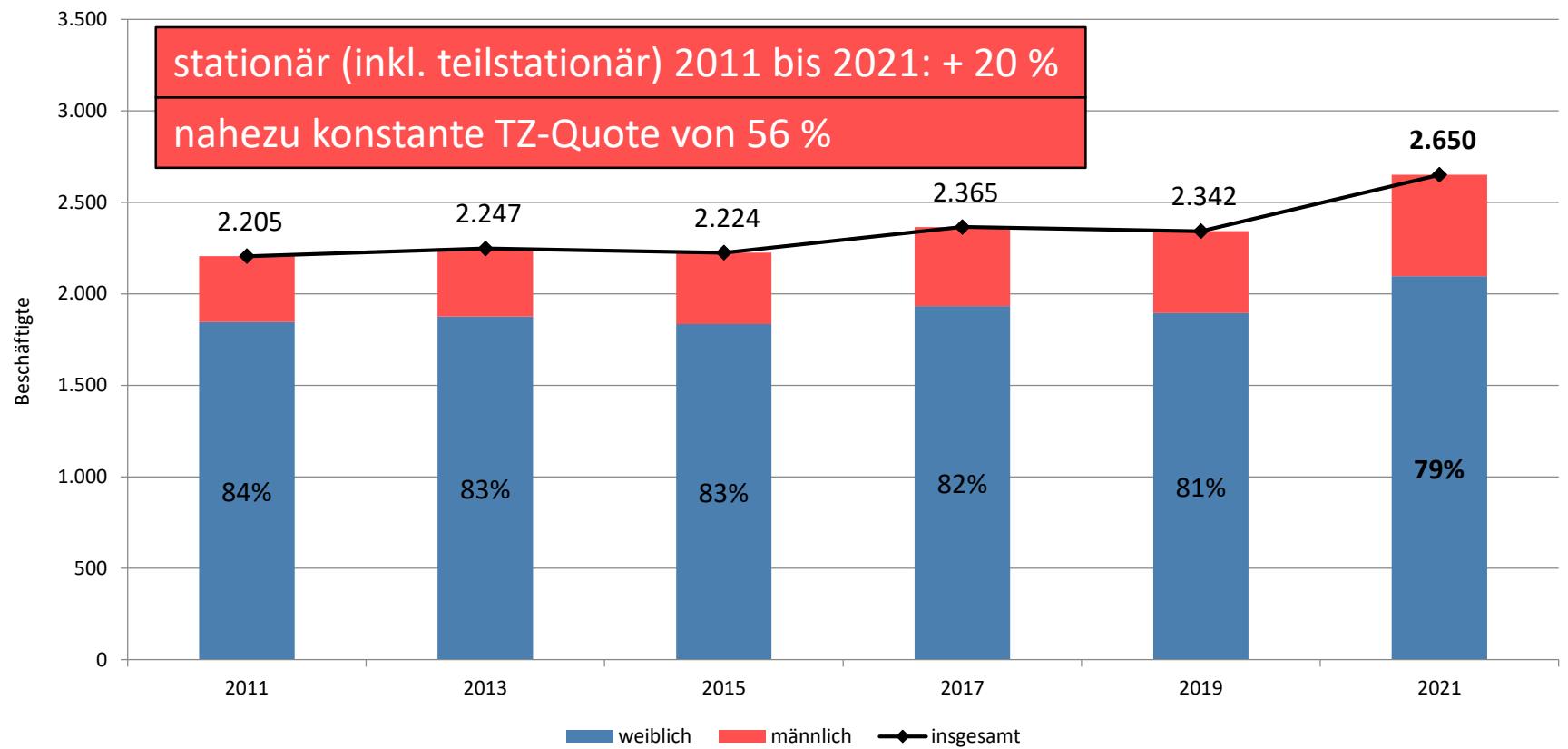


Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat

Aktuelle Ergebnisse der Pflegestatistik – Auswertungen zum Jahresende 2021

Pflegepersonal

Entwicklung des Pflegepersonals in (teil-)stationären Einrichtungen; Stadt Braunschweig 2011-2021



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen | Berechnung und Darstellung Sozialreferat



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Stadt Braunschweig
Sozialreferat
Sozialplanung
Schuhstraße 24
38100 Braunschweig
Tel.: 0531/470-7371
torsten.haf@braunschweig.de

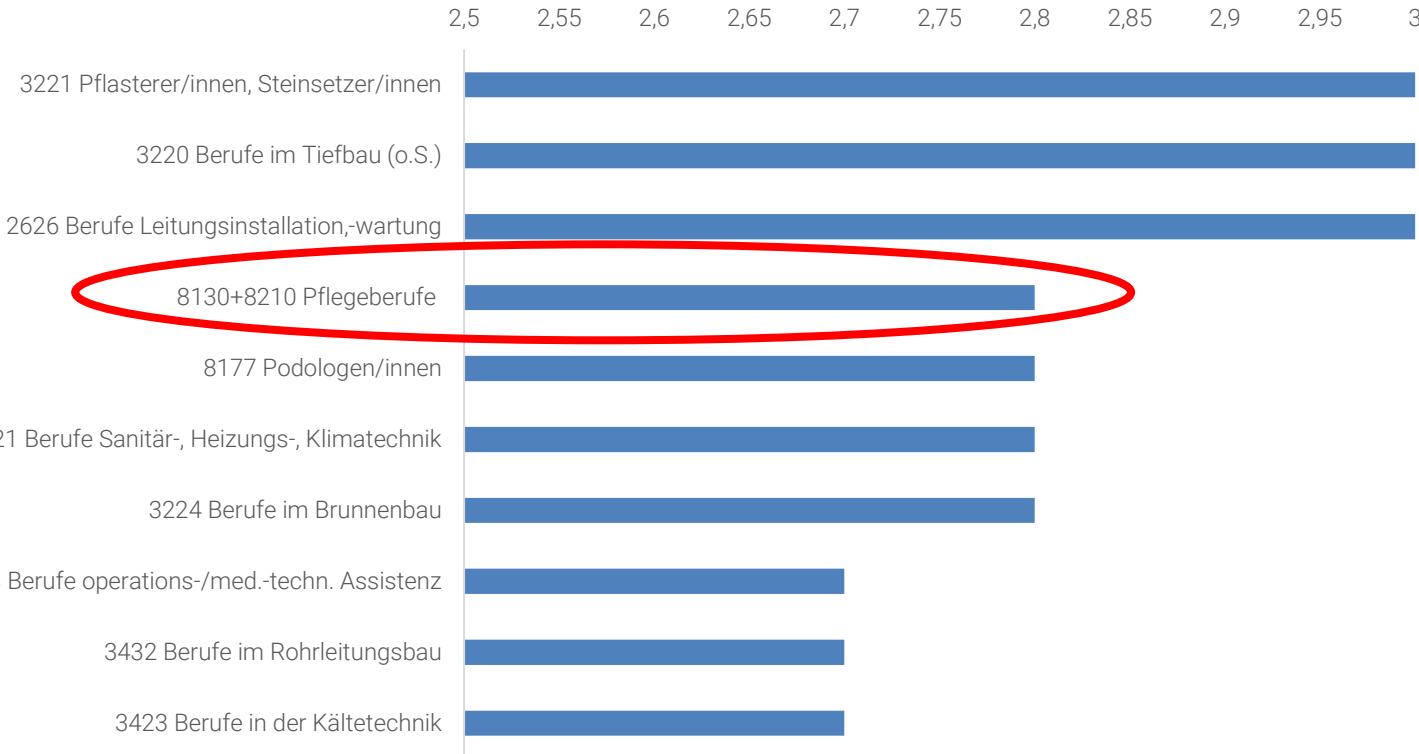
Business as usual?

Strategien zur Personalrekrutierung in der Pflege

Impulsvortrag beim Pflegekongress in Braunschweig am
15. März 2023

Lukas Slotala

Engpassberufe TOP 10



Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2023): Fachkräfteengpassanalyse.
<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftbedarf/Engpassanalyse-Nav.html>

Konkurrenzdruck um Personal

Viertes Quartal 2021: 1,69 Millionen offene Stellen

Zweites Quartal 2022: 1,81 Millionen offene Stellen

Viertes Quartal 2022: 1,98 Millionen offene Stellen

Kubis, Alexander (2023): IAB-Stellenerhebung 4/2022: Neuer Rekord mit 1,98 Millionen offenen Stellen, In: IAB-Forum 9. März 2023, <https://www.iab-forum.de/iab-stellenerhebung-4-2022-neuer-rekord-mit-198-millionen-offenen-stellen/>, Abrufdatum: 10. March 2023

Erkenntnisprobleme?

Umsetzungsprobleme?

„Weißt du, wie man mehr Pflegekräfte bekommt? Man muss ihnen nur mehr zahlen und dann kommen mehr.“ (8jähriges Kind)



Der Fachkräftemangel in der Pflege ist ein komplexes Problem, das aufgrund verschiedener Faktoren wie dem demografischen Wandel, niedriger Löhne und schlechter Arbeitsbedingungen entstanden ist. Es gibt jedoch einige Maßnahmen, die ergriffen werden können, um diesem Problem entgegenzuwirken:

1. Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Löhne: Durch eine bessere Bezahlung und attraktive Arbeitsbedingungen wie flexiblere Arbeitszeiten, Fortbildungsmöglichkeiten und eine gute Work-Life-Balance können Pflegeeinrichtungen potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anziehen und halten.
2. Ausbildungsförderung: Durch eine finanzielle Unterstützung und Förderung von Ausbildungen und Studiengängen in der Pflege kann das Interesse an einer Karriere in der Pflegebranche erhöht werden. Es können auch gezielte Kampagnen gestartet werden, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen.
3. Internationale Rekrutierung: Es kann in Erwägung gezogen werden, Fachkräfte aus anderen Ländern zu rekrutieren, um den Bedarf an qualifizierten Pflegekräften zu decken. Dabei müssen jedoch die Sprachkenntnisse, Anerkennung von Qualifikationen und Integration in das Gesundheitssystem berücksichtigt werden.
4. Technologische Unterstützung: Durch die Implementierung von Technologien wie Robotik und künstlicher Intelligenz können Pflegeeinrichtungen die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern und deren Arbeitsbelastung reduzieren.
5. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen wie Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten kann die Pflegekräfte entlasten und die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern.
6. Politische Maßnahmen: Es sind politische Maßnahmen erforderlich, um den Fachkräftemangel in der Pflege anzugehen. Dazu gehören z.B. die Erhöhung der Finanzierung für Pflegeeinrichtungen, die Schaffung von Anreizen für Arbeitgeber, um Pflegekräfte zu gewinnen und zu halten, und die Regulierung von Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche.



Ausbildungs- und
Qualifizierungsoffensive
Altenpflege

- Stufenweise Steigerung der Ausbildungszahlen um jährlich 10 %
- Wiedereinführung der dreijährigen Umschulungsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit
- Informationsportal altenpflegeausbildung.net
- „Beratungsteam Altenpflegeausbildung“
- ...

Konzertierte Aktion Pflege

Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5

- Weiterführung der dreijährigen Umschulungsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit
- Kampagnen und Förderung der Umstellung auf das PfIBG
- Staatlich organisierte Anwerbung ausländischer Pflegekräfte
- ...

Neuer Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege konstituiert sich.

Am 28. Februar 2023 ist der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege zu seiner konstituierenden Sitzung im Bundesministerium für Gesundheit zusammengetreten.

28. Februar 2023



„Der Personalmangel in Krankenhäusern, in der Pflege, aber auch in der ambulanten Versorgung wird immer problematischer. Deshalb ist es richtig, dass wir uns als Sachverständigenrat diesem Thema als Erstes stellen.“ (Hallek)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neuer-sachverstaendigenrat-gesundheit-pflege-konstituiert-sich-28-03-2023.html>

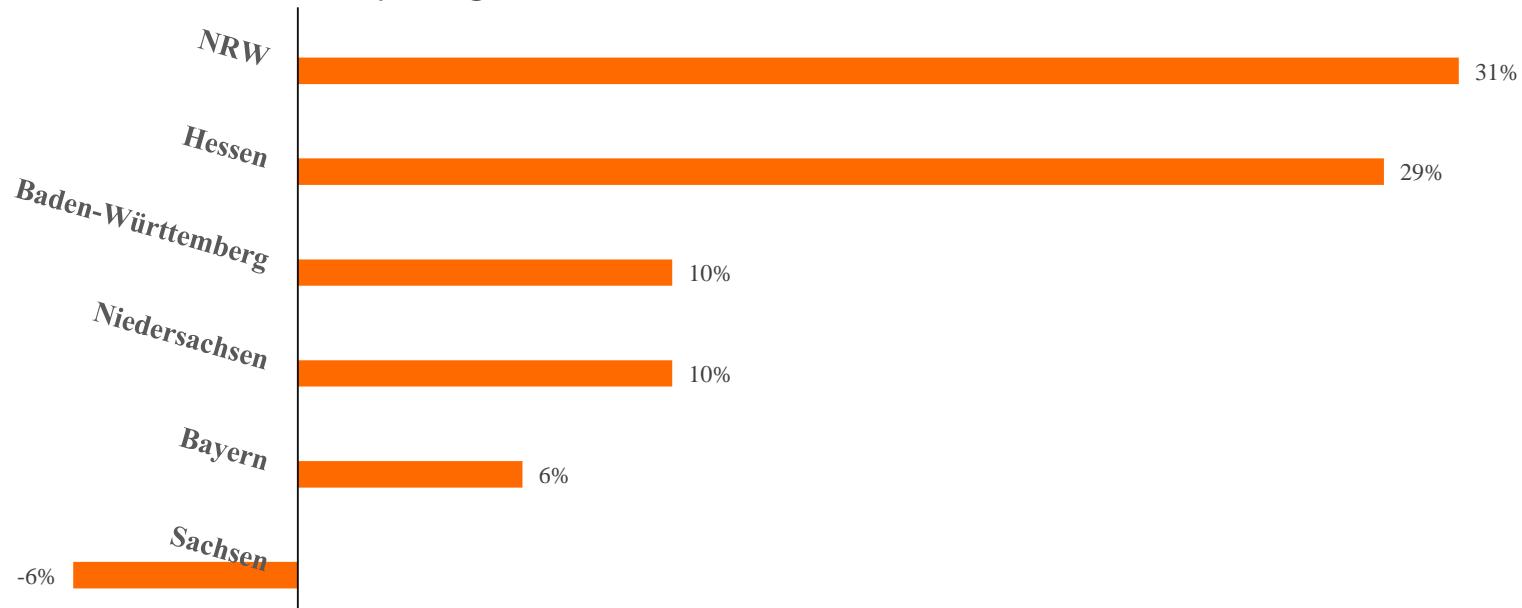
Erkenntnis-/Umsetzungsprobleme?

Bund, Länder und die weiteren Partner unternehmen Anstrengungen.
Doch eine Bewertung der konkreten Maßnahmen und deren
Wirksamkeit finden kaum Eingang in die Fachdebatte.

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	Trend
Altenpflege	55.966	59.365	62.385	66.285	68.051	68.260	68.236	+22%
Krankenpflege	59.857	-*	64.009	64.022	63.611	64.258	63.707	+6%
Kinderkrankenpflege	6.442	-*	6.780	6.928	7.074	7.155	7.481	+16%

- In allen Bundesländern?
- Haben alle Bundesländer dieselben Maßnahmen umgesetzt?
- Welche Bundesländer & Maßnahmen waren am erfolgreichsten?

Zu-/Abnahme von Ausbildungskapazitäten in der Altenpflege zwischen 2011/12 und 2017/18



Erfolgreiche Ansätze zur Steigerung von Ausbildungskapazitäten

NRW

- Einführung der Umlagefinanzierung im Jahr 2012
- Gezielte Ansprache von Hauptschüler:innen (Anstieg von 14,5 % auf 35 %)
- Zeitlich begrenzte Aussetzung von Qualitätsvorgaben für Altenpflegeschulen
- Öffentlichkeitswirksame Aktionen/Kampagnen und Projekte
- WeGebAU: +34 % (Anteil 12 %)
- Überproportional niedrige Ausbildungsquote in der Altenpflegehilfe (1:16)

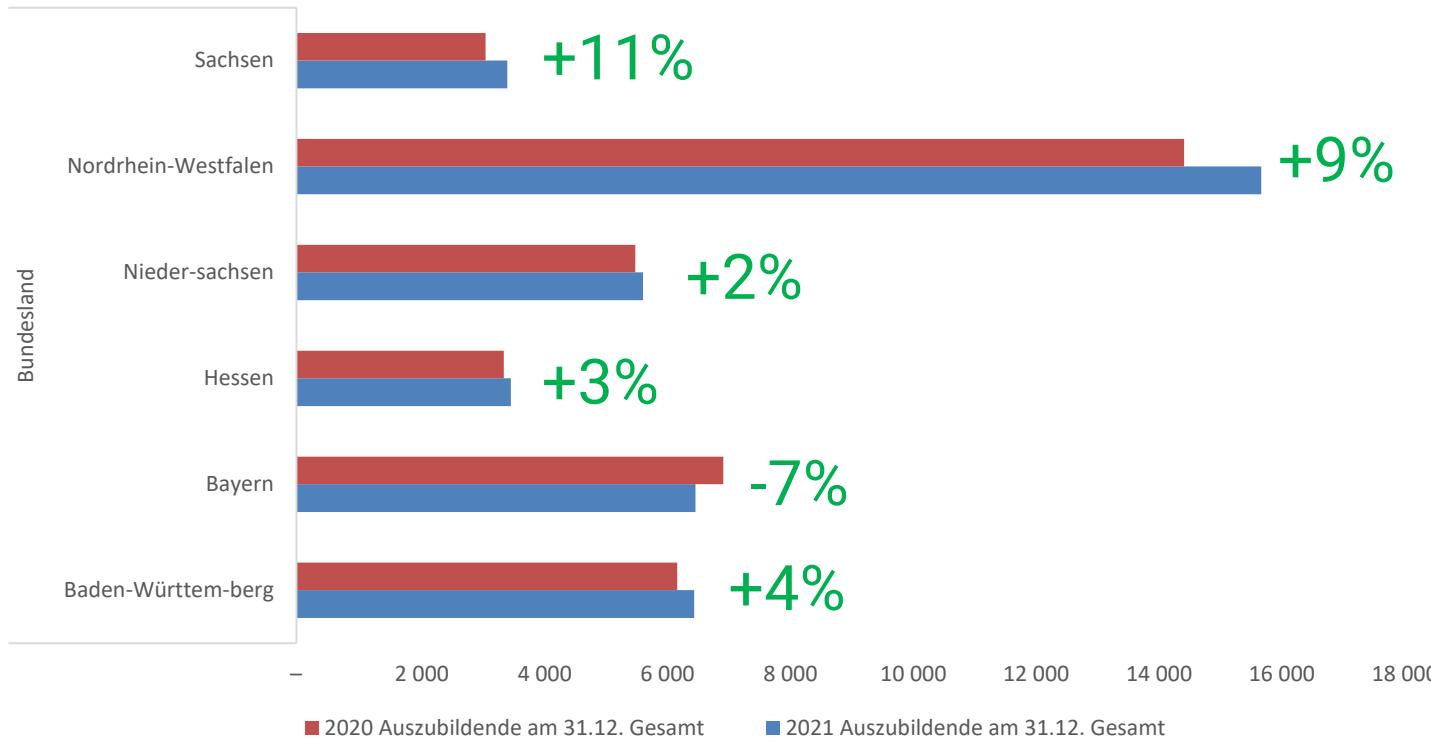
Hessen

- keine Umlagefinanzierung
- Gezielte Ansprache von Hauptschüler:innen (ca. 33%)
- WeGebAU: +273 % (Anteil 29 %)
- Überproportional hohe Ausbildungsquote in der Altenpflegehilfe (1:4)
- vergleichsweise niedrigen landesrechtlich geregelten Qualitätsstandards
- Öffentlichkeitswirksame Aktionen/Kampagnen und Projekte

Trotz der zahlreichen Initiativen ist es nicht gelungen, eine gesteuerte und koordinierte Aktion umzusetzen. Das Ergebnis: ein Flickenteppich an Maßnahmen und Effekten.

PfIBG – die ersten zwei Jahrgänge

Pflegeauszubildende am 31.12 mit neuem Ausbildungsvertrag



Destatis (2022): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021

Fazit



- Durchlässigkeit
- Wirts. Ausbildungsanreize
- Ausbildungskapazität

Erhebliche Schwierigkeiten

- Flickenteppich Maßnahmen & Effekte
- Auseinanderdriften von Perspektiven & Positionen
- unzureichende neutrale Fachberatung
- vorwiegend einzelsektorale und einzelbetriebliche Aktivitäten

Internationale Personalgewinnung

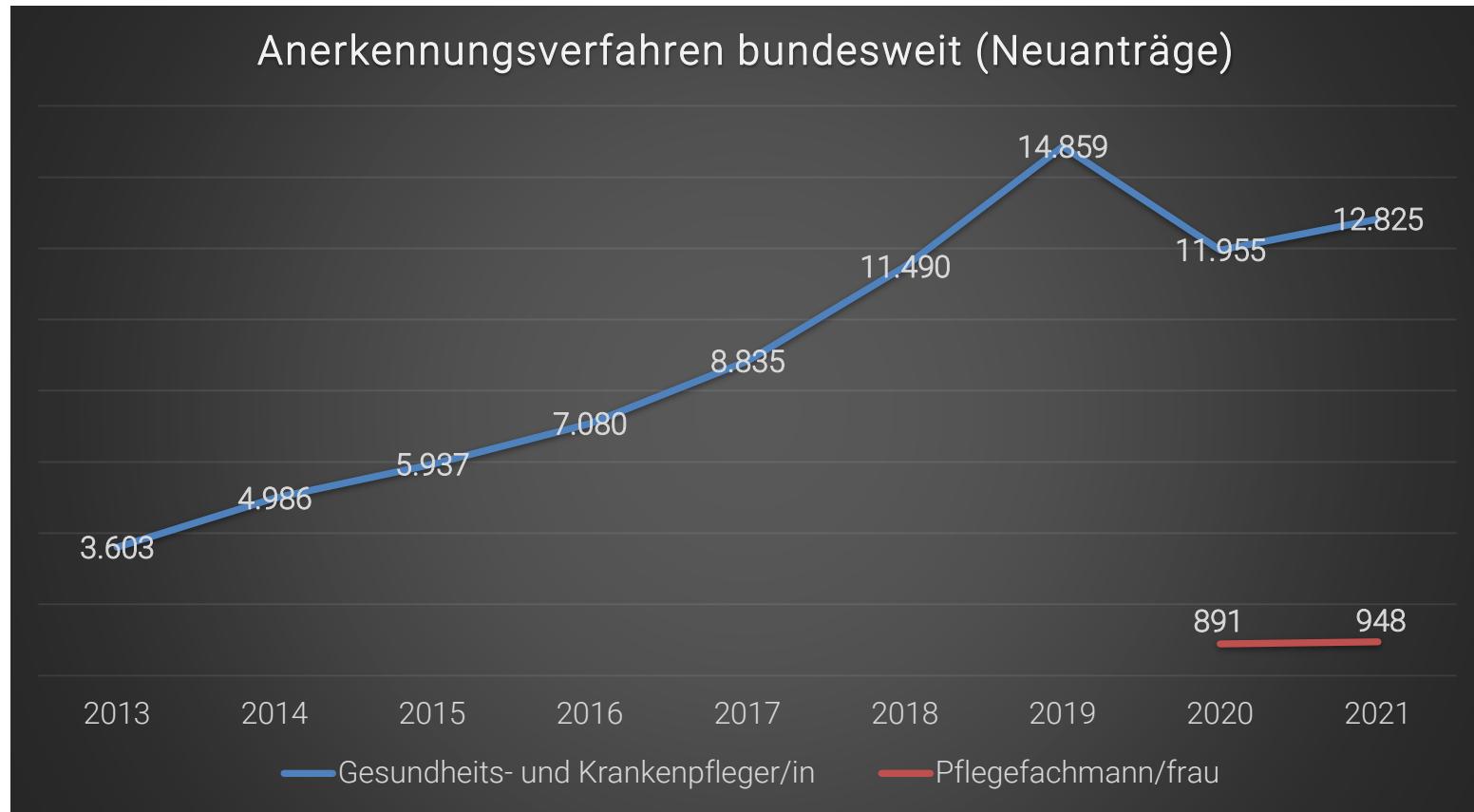
Ausl. Pflegehilfskräfte

Ausl. Auszubildende

Ausl. Fachkräfte

Wenigstens hier keine
Erkenntnisprobleme und
Umsetzungsprobleme?

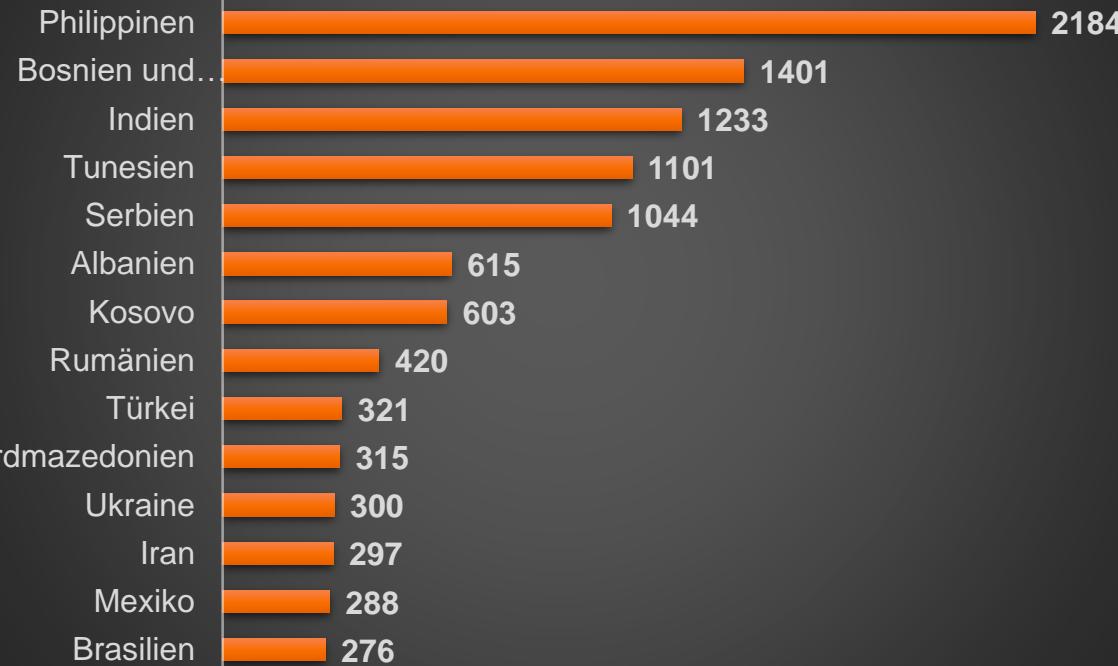
Internationale Personalgewinnung



Eigene Darstellung nach Stat. Bundesamt (2021/22): Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung: Neuanträge/Sonderauswertung: Berichtsjahre 2013-2020

Internationale Personalgewinnung

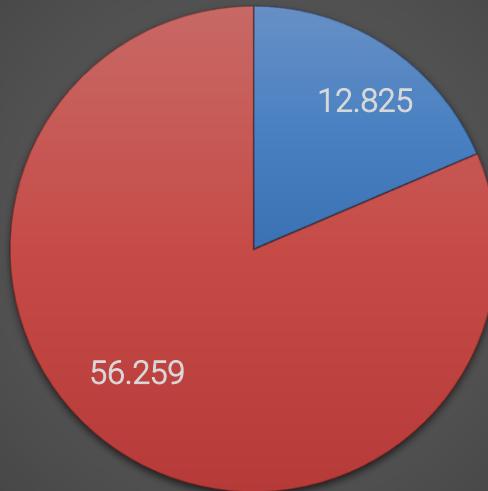
Häufigsten Ausbildungsstaaten Gesundheits- und Krankenpflege 2021 (Neuanträge)



Eigene Darstellung nach Stat. Bundesamt (2022): Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung: Neuanträge

Internationale Personalgewinnung

Neuanträge Gesundheits- und Krankenpflege und neu abgeschlossene Ausbildungsverträge nach PfG 2021



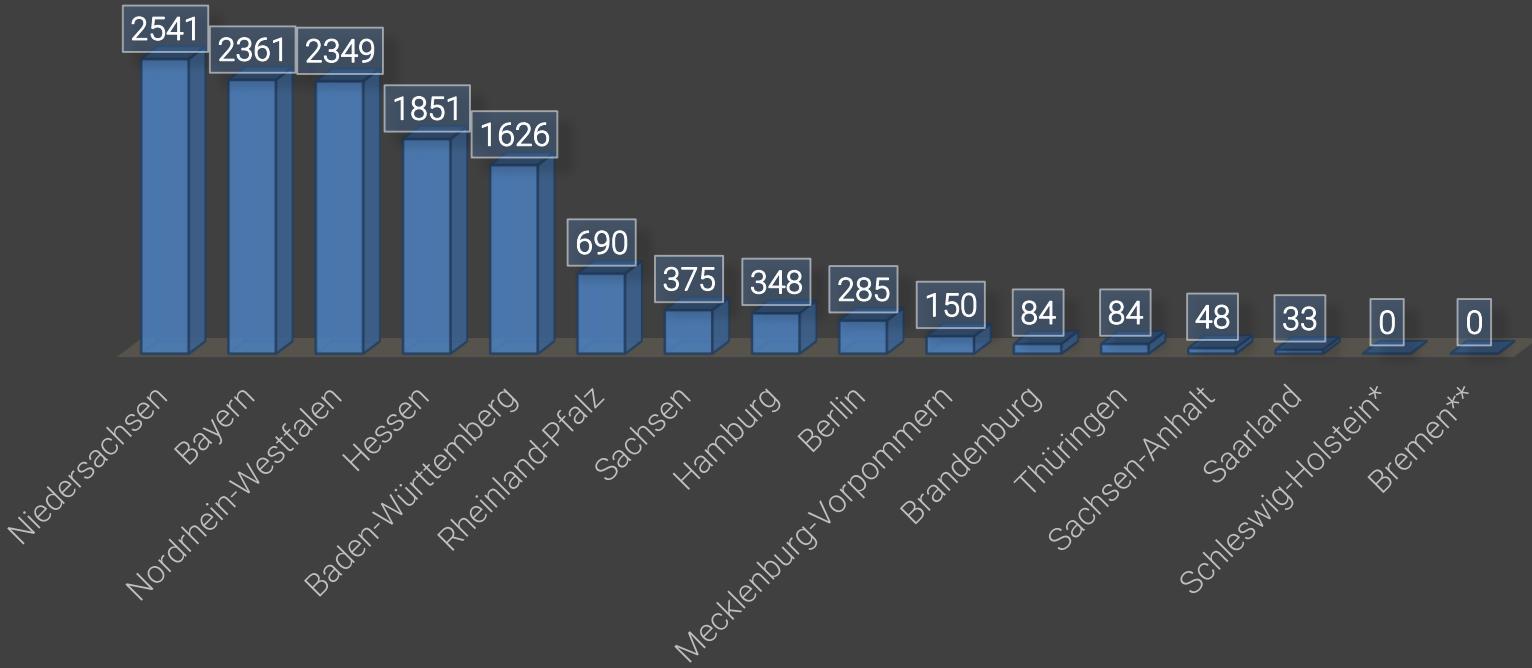
Rekrutierungsanteil:
19 %

■ Neuanträge ■ neue Ausbildungsverhältnisse

Eigene Darstellung nach Stat. Bundesamt (2022): Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung: Neuanträge

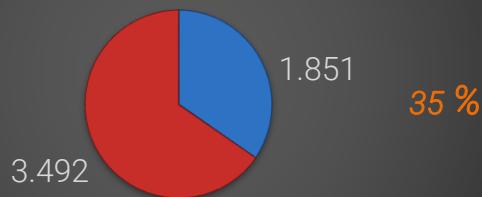
Internationale Personalgewinnung

NEUANTRÄGE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE NACH BUNDESLAND 2021

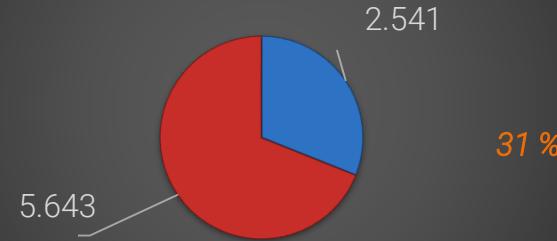


Eigene Darstellung nach Stat. Bundesamt (2022): Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung: Neuanträge

Hessen



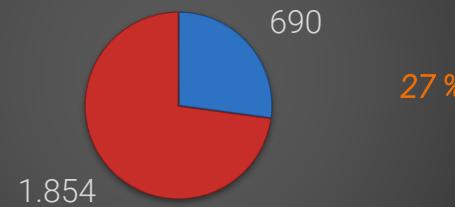
Niedersachsen



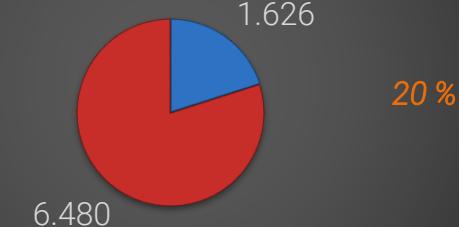
Bayern



RLP



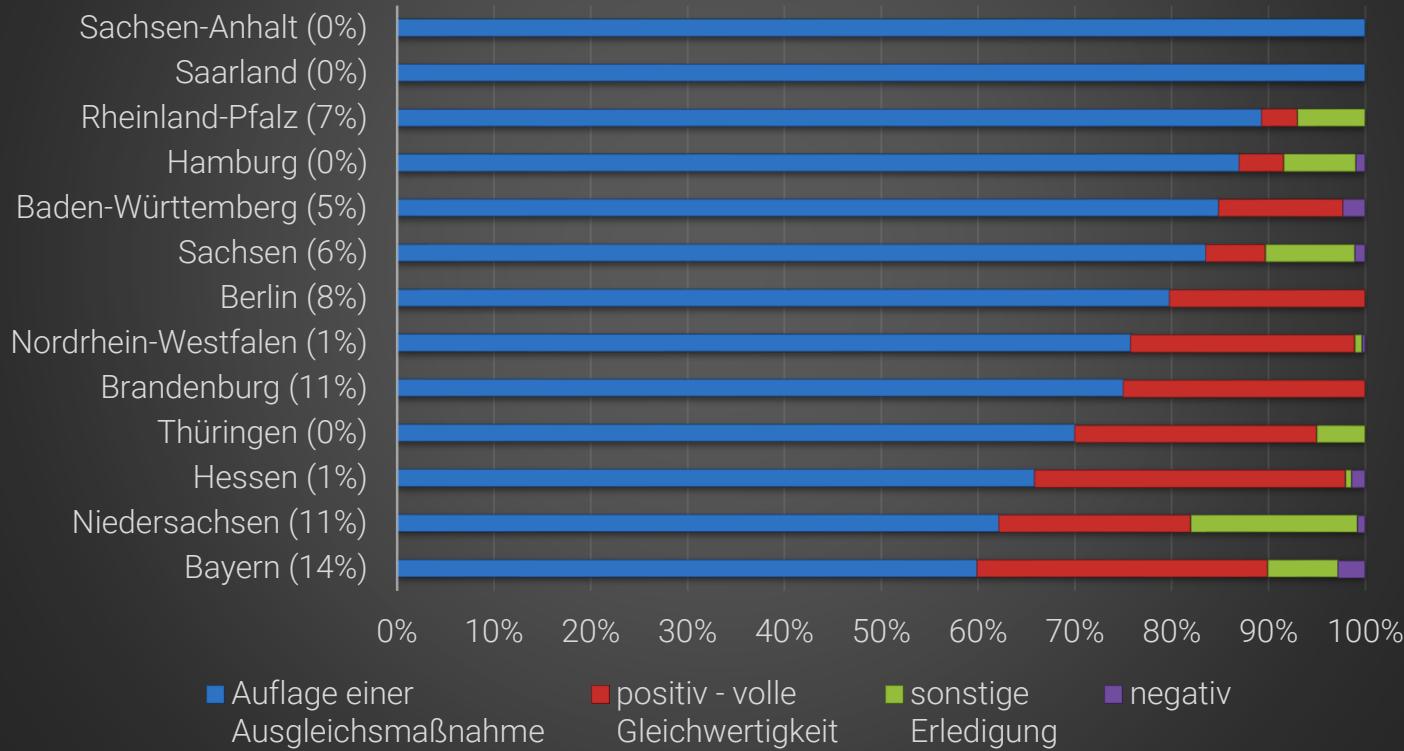
Ba-Wü



NRW



Abgeschlossene Neuanträge Gesundheits- und Krankenpflege 2021 (%-Anteile EU-Anträge)



Fazit

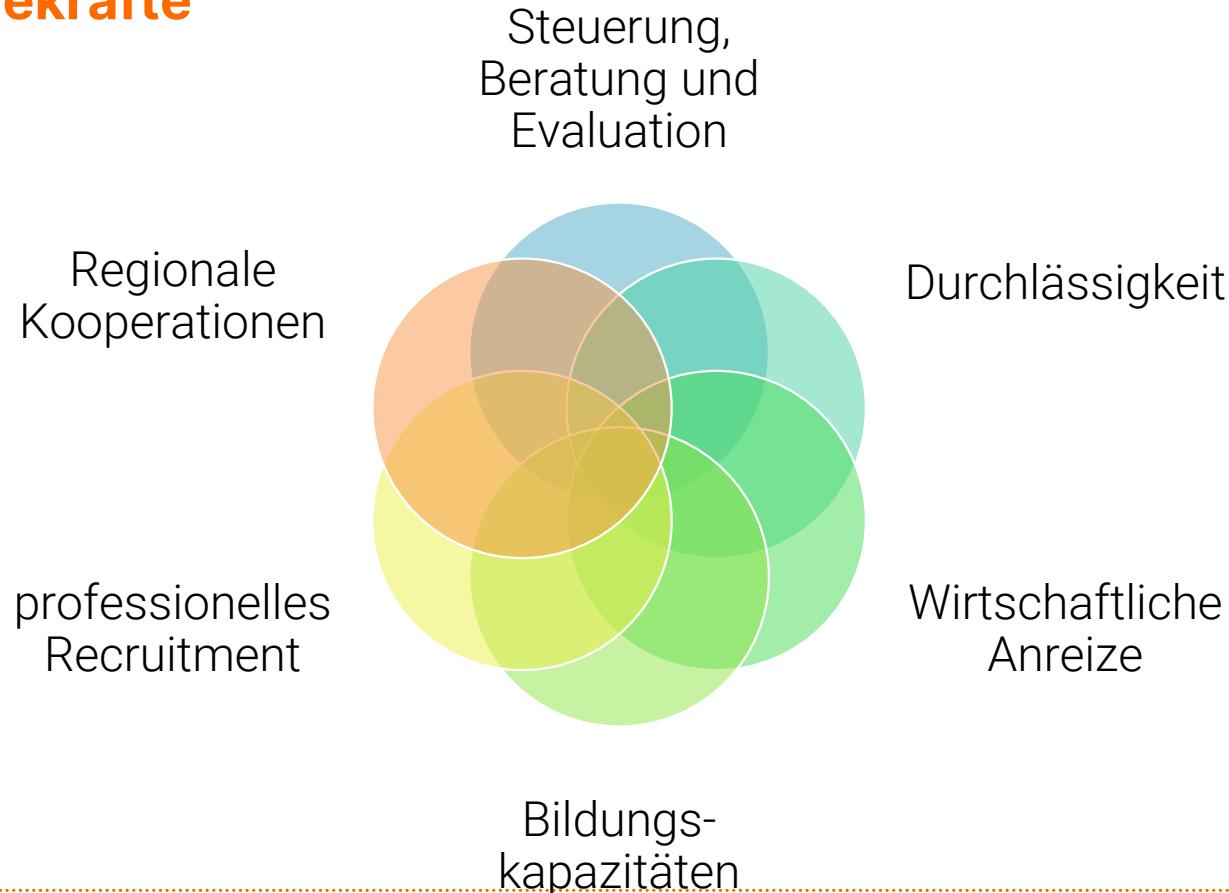
- hohes Potential
- Drittstaaten
- Nadelöhr Kapazitäten
Anerkennungsverfahren

Erhebliche Schwierigkeiten

- hoher Aufwand, föderale Heterogenität
- Weiterentwicklung als Echtenacher Springprozession
- unzureichende neutrale Fachbegleitung
- überwiegend einzelsektorale und einzelbetriebliche Lösungen



Erfolgreiche Gewinnung in- und ausländischer Pflegekräfte



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Lukas Slotala

Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt
Münzstraße 12
97070 Würzburg
lukas.slotala@thws.de