

Ausschussdrucksache

(23.11.2022)

Inhalt:

Schreiben des Paritätischen M-V

zur

Anhörung des Sozialausschusses am 30.11.2022 zum Thema:

Gewährleistung der Pflege im abgelegenen ländlichen Raum

hier:

Stellungnahme zur Anhörung

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und
Sport
Die Ausschussvorsitzende
Lennéstr. 1 (Schloss)
19053 Schwerin

per E-Mail
sozialausschuss@landtag-mv.de

23. November 2022

Fragenkatalog zur Anhörung des Sozialausschusses am 30. November 2022 - Beratung des Antrages der Fraktion der AfD zum Thema „Gewährleistung der Pflege im abgelegenen ländlichen Raum“

Sehr geehrte Frau Hoffmeister,

Der Paritätische Mecklenburg-Vorpommern dankt Ihnen, zur Anhörung des Sozialausschusses am 30. November 2022 - Beratung des Antrages der Fraktion der AfD zum Thema „Gewährleistung der Pflege im abgelegenen ländlichen Raum“ Stellung nehmen zu dürfen.

Der demografische Faktor, Engpässe beim Pflegepersonal, Fluktuation der jungen Menschen aus Mecklenburg-Vorpommern, usw. sind Gründe, die in Zukunft zu grundsätzlichen Herausforderungen in Mecklenburg-Vorpommern führen werden. Insbesondere um die Szenarien für den ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns steht es nicht gut. Mehr als ein Drittel der Fläche wird in Mecklenburg-Vorpommern dem ländlichen Raum zuzuordnen (sh. Oberste Landesplanungsbehörde, März 2014). Er ist gekennzeichnet durch eine geringe Bevölkerungs- und Siedlungsdichte, kleine Orts- und Gemeindegrößen, hohe Anteile nicht besiedelter Flächen sowie eine geringe Zentralität bzw. große Entfernungen zu Zentren. Die Wohlstands- und Wirtschaftsentwicklung liegt häufig deutlich unterhalb der Entwicklung des Landesdurchschnitts.

Worst-Case-Szenarien für diese Gegenden müssen nicht eintreten, wenn noch rechtzeitig entgegen gesteuert wird. Vielmehr bieten diese Regionen Potenzial und Vielfalt für die Gesellschaft.

Insbesondere in diesen Regionen kann professionelle Pflege nicht als alleiniger Faktor für die Gestaltung eines möglichst gelungenen Lebensumfelds für alte und pflegebedürftige Menschen betrachtet werden. Hier ist eine Gesamtschau der sozialen und öffentlichen Infrastruktur maßgebend: Angebot von angemessenem Wohnraum in ausreichender Menge für altersgerechtes Wohnen, Angebote von sozialen Einrichtungen, Tagespflegen, Nachbarschaftshilfe und Vereinsaktivitäten, medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte, Fachärzte und Krankenhäuser, Zugang zu technologischer Infrastruktur und der Nahverkehr. In diesem Zusammenhang gleichwertig zu betrachten sind die strukturellen Angebote für die Ansiedlung

von Familien und Erwerbstätigen, unter anderem angemessener Wohnraum, Verkehrsanbindung, Angebote von Betreuung und Bildung von Kindern und Jugendlichen in Horten, Kindergärten, Schulen und Sozialräumen. Wenn im ländlichen Raum eine Infrastruktur Familienfreundlich und für Erwerbstätige gestaltet wird, ist dies eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherstellung einer gesicherten Versorgung für alte und pflegebedürftige Menschen.

Dabei kommt den Kommunen eine wesentliche Verantwortung zu. Sie müssen in ihrer Finanzkraft und für weichenstellende Entscheidungen gestärkt werden. Denn sie haben vor Ort den Blick auf die Strukturen und haben mit anderen Akteuren (z.B. Wohnungsbaugenossenschaften oder Verkehrsgesellschaften) die Möglichkeiten, gestaltend einzuwirken.

Dieser sozialraumorientierte Ansatz bietet besonders im ländlichen Raum, wo auch viel Platz vorhanden ist, das Potenzial, Regionen attraktiver zu machen und damit Erwerbstätige, Fachkräfte und auch junge Familien anzusiedeln. Sind Kinder und ältere Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse betreut und versorgt, können die Angehörigen ihrem Erwerb nachgehen. Ältere und/oder pflegebedürftige Menschen können selbstbestimmt ihre Versorgungsform wählen. Viele möchten gern in der eigenen Häuslichkeit und im vertrauten Wohnumfeld leben. Für andere sind alternative Wohnformen (betreutes Wohnen oder Wohngemeinschaften) oder auch das Pflegeheim geeigneter. Diese Vielfalt an Angeboten der Versorgungsformen kann aber nur geschaffen werden, wenn die Region für alle Generationen attraktiv ist, so dass Arbeitskräfte mit ihren Familien zuziehen.

Für eine optimale zukünftige pflegerische Versorgung im ländlichen Raum bedarf es:

- ein sozialraumorientiertes Quartiers-, Stadt- und Dorfmanagement,
- die Schaffung von (weitgehend) barrierefreiem Wohnraum und Wohnumfeld,
- alternative Wohnformen,
- eine angemessene Städtebauförderung,
- flächendeckende, (ggf. auch) mobile Beratungsangebote für alle Lebensbereiche.

Dies wiederum kann nur gewährleistet werden, wenn alle beteiligten Akteure – vom Bürgermeister/von der Bürgermeisterin, über Landrat/Landrätin und Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte), Leistungserbringer vor Ort (z.B. Pflegedienste) bis hin zum Nahverkehr - miteinander vernetzt sind und sich austauschen. Es erfordert eine enge Verzahnung und kooperative Zusammenarbeit der Handlungsträger vor Ort, um die pflegerische Versorgung im ländlichen Raum vom Notstands-Szenario in ein Szenario der Chancen und Lösungen zu wandeln.

Im Weiteren erfolgte die Beantwortung der Fragen in Abstimmung mit den Verbänden der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg - Vorpommern e.V. erstellt und ist wortgleich mit den Antworten von Frau Henrike Regenstein, Vorständin des Diakonisches Werk M-V e. V., und Tobias Beck, Referent beim Deutschen Roten Kreuz, Landesverband M-V.

Allgemein

1. Was bedeutet für Sie ambulante Pflege im ländlichen Raum, welche Akteure werden benötigt, um eine gute ambulante Versorgung in der Pflege sicherzustellen?

Ambulante Pflege im ländlichen Raum ist gekennzeichnet durch eine ausbaufähige Infrastruktur, weite Wege, regional unterschiedlich stabiles Internet, eine wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, einem sich kontinuierlich verschärfenden Fachkräftemangel, leistungsrechtlich starre und dadurch die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erschwerende Vorgaben, eine seit Jahren ausbleibende Dynamisierung der Pflegegeldleistungsbeträge sowie einer trägen Anpassung der Pflegesachleistungsbeträge.

Um auch langfristig eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und verlässliche Pflege in der eigenen Häuslichkeit lebender, pflegebedürftiger Personen sicherstellen zu können, bedarf es personell und finanziell gut ausgestattete ambulante Pflegedienste, Hausärzte, Apotheken, Sanitätshäuser, Fahrdienste, Tagespflegen, Seniorenbegegnungsstätten sowie (ehrenamtliche) Anbieter von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Jedoch sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine adäquate Versorgung älterer und pflegebedürftiger Personen im ländlichen Raum nicht nur abhängig ist von den medizinischen, pflegerischen, beratenden und betreuenden Angeboten, sondern auch im Hinblick auf ortsstabilisierende Infrastrukturangebote. Aufgrund der sinkenden Bevölkerungszahlen in Mecklenburg-Vorpommern gehen ortsstabilisierende Versorgungsstrukturen insbesondere in den ländlichen Räumen und Dörfern sukzessive zurück. Für sogenannte Alters- bzw. Pflegehaushalte sind damit vielfältige Probleme hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung verbunden.¹ Dabei ist der Wunsch, trotz eines höheren Lebensalters oder einer Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit zu verbleiben, weit verbreitet. So ist die Zahl der über 65-Jährigen in Ein-Personen-Haushalten binnen 20 Jahren um 17 % gestiegen. 96 % der über 65-Jährigen leben im eigenen Zuhause und nur 4 % in Heimen.² In den kleineren ländlichen Gemeinden sowie Umlandgemeinden größerer Städte kann die Eigentümerquote bis zu 95 % betragen, während in den Großstädten ein wesentlich höherer Mietbestand existiert.³ Nicht selten wird das Pflegegeldleistungsbudget eingesetzt, um das Eigentum zu halten.⁴

2. Wie bewerten Sie die gegenwärtige Situation in der ambulanten Pflege in Bezug auf den ländlichen Raum und welche Herausforderungen (welche Handlungsfelder) für die Zukunft sehen Sie?

Es zeichnet sich eine seit Jahren zuspitzende personelle Situation ab; offene Stellen sind über einen immer länger werdenden Zeitraum vakant. Die anfallende Arbeit verdichtet sich und belastet psychisch wie physisch die übrigen Mitarbeitenden sehr stark. So zeigt eine Sonderauswertung im Rahmen des Gesundheitsreports 2022 der Techniker Krankenkasse, dass Altenpflegekräfte 2021 im Durchschnitt 25,8 Tage krankgeschrieben waren und damit rund zwölf Tage mehr im Jahr als Berufstätige insgesamt (13,9 Tage). 2020 lag der Unterschied noch bei zehn Tagen. In der Krankenpflege waren es 2021 im Schnitt 22,3 Fehltage.⁴

Dem hinzu kommt die demografische Entwicklung. Mit einem Durchschnittsalter von 47,5 Jahren hatte Mecklenburg-Vorpommern 2021 die drittälteste Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil älterer Menschen nimmt kontinuierlich zu und hat sich seit 1990 fast verdoppelt. Bis 2050 wird die Zahl und der Anteil älterer Menschen weiter deutlich zunehmen. Zugleich nimmt die Bevölkerung im typischen Erwerbssalter zukünftig ab. Sind gegenwärtig 57 Prozent der Ein-

¹ Vgl. Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Wahlperiode 2011 – 2016, 1. Auflage, Juli 2016, S. 51

² DESTATIS-Pressemitteilung Nr. N 057 vom 29. September 2021, <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen>

³ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 1. Auflage, Juli 2016, S. 53

⁴ Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport 2022, <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien>

wohner zwischen 20 und 64 Jahre alt, könnte es entsprechend der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zur Jahrhundertmitte nur noch die Hälfte sein.⁵ Laut BARMER Pflegereport 2021 lebten im Jahr 2019 6.405 pflegebedürftige Personen je 100.000 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern; das war der bundesweit höchste Wert. Bei den Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 wird mit einem Anstieg bis zum Jahr 2030 um 29 % gerechnet.⁶ Daraus lässt sich ableiten, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern eine wachsende Anzahl an Pflegekräften bzw. Pflegefachkräften benötigt; laut BARMER steigt der Bedarf bis zum Jahr 2030 auf rund 30.000 Pflege(fach)personen.⁷

Auf dem Vorgenannten gründend zeichnen sich aus unserer Sicht die nachfolgend aufgeführten, notwendigen Handlungsfelder ab:

- Neben einer kontinuierlich geführten Werbe-/Informationskampagne für die Pflegeberufe seitens des Landes und der weiteren Akteure müssen pflegewissenschaftlich basierte Konzepte zur Aufgaben(um)verteilung für alle Qualifikationsniveaus in den unterschiedlichen Sektoren der Pflege erarbeitet werden.
- Der Bereich der Prävention von Pflegebedürftigkeit muss ausgebaut und weiterentwickelt werden. Hierzu zählen beispielsweise vorpflegerische Angebote wie die präventiven Hausbesuche, das Konzept des Community Health Nursing⁸ und weitere Beratungsstrukturen. Diese müssen wissenschaftlich fundiert flächendeckend etabliert werden.
- Ausbau und Weiterentwicklung der Telepflege, der Telemedizin sowie der Digitalisierung allgemein.
- Stärkung der ambulanten Pflege und der weiteren Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum durch Förderprogramme seitens des Landes analog des Beispiels des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung⁹ (siehe auch Frage 8).
- Stärkere Verpflichtung/Einbindung der Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge – Stichwort kontinuierliche Pflegesozialplanung sowie „Erarbeitung/Umsetzung seniorenpolitischer Gesamt-konzepte“.

3. Wie bewerten Sie grundsätzlich die aktuelle Situation der Pflege (Angebote, Fachkräftesituation) im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern?

Laut einem Report zur Pflegeinfrastruktur im Auftrag der Bertelsmann Stiftung wird in Mecklenburg-Vorpommern überproportional häufig stationär gepflegt.¹⁰ Mit über 500 ambulanten Pflegediensten landesweit, rund 100 Tagespflegeeinrichtungen mit zirka 1.600 Plätzen sowie gut 240 vollstationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 20.000 Plätzen stehen den pflegebedürft-

⁵ Bund-Länder Demografie Portal: [Demografieportal - Fakten - Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern \(demografie-portal.de\)](https://demografieportal.de)

⁶ BARMER Pflegereport 2021 M-V, [praesentation-pflegereport-2021-ergebnisse-mv-data.pdf \(barmer.de\)](https://www.barmer.de/praesentation-pflegereport-2021-ergebnisse-mv-data.pdf)

⁷ Ebenda

⁸ Siehe Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: [Community Health Nursing - DBfK](https://www.dbfk.de)

⁹ Siehe [Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum | Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung \(niedersachsen.de\)](https://www.niedersachsen.de)

¹⁰ Bertelsmann Stiftung: Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Infrastruktur im Regionalvergleich (2016), S. 13

tigen Menschen in M-V (etwa 6 von 100 Einwohnern erhalten Pflegeleistungen auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes) zunächst einmal alle Versorgungssettings zur Verfügung. Um die tatsächlichen Bedarfe zu eruieren respektive um eine Über- oder Unterversorgung mit den jeweiligen Versorgungsformen festzustellen bedarf es einer kontinuierlichen Pflege-sozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten.¹¹

Versorgungslücken können in den kommenden Jahren entstehen durch die demografische Entwicklung einerseits und den bereits erwähnten und sich zuspitzenden Fachkräftemangel andererseits. Das sukzessive Voranschreiten dieser Problematik zeigt sich schon jetzt darin, dass die Fachkraftquote in den vollstationären Pflegeeinrichtungen häufig unterschritten wird, einzelne Wohnbereiche geschlossen werden müssen respektive nicht in Betrieb genommen werden können. Sozialstationen/ambulante Pflegedienste müssen zusammengelegt werden, da diese das rahmenvertraglich vorgeschriebene Mindestpersonal nicht mehr vorhalten können.

Darüber hinaus fehlt es vielerorts an altengerechtem und/oder sozialem Wohnraum sowie an einer seniorenfreundlichen Infrastruktur.

4. Welche strukturellen Voraussetzungen für eine gute ambulante Pflege im ländlichen Raum bestehen und was muss sich ändern bzw. verbessern?

Vorwiegend möchten wir hierzu auf die Ausführungen verweisen, die wir bereits zur ersten Frage verschriftlicht haben (bedarfsgerechte Anzahl an medizinischen, pflegerischen, beratenden und betreuenden Angeboten, ortsstabilisierende Infrastrukturangebote, etc.). Ortsstabilisierende Versorgungsstrukturen sind im Übrigen nicht nur für die ältere/pflegebedürftige Klientel von Wichtigkeit, sondern auch für die in den Diensten, Einrichtungen und Angeboten tätigen Pflege(fach)kräfte. Eine Stelle ist reizvoll, wenn diese in ein Umfeld eingebettet ist, welches attraktiv ist und viele Möglichkeiten bietet (das Vorhandensein/die Erreichbarkeit von Bildungseinrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangeboten, öffentlicher Nahverkehr, usw.).

Des Weiteren lassen sich attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege a. u. S. durch eine vollumfängliche Anwendung von Tarifen/kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien schaffen, durch eine Dienstwagennutzung auch zu privaten Zwecken, durch eine Personaleinsatzplanung bzw. Dienstplanmodelle, die ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Planbarkeit bieten – Stichwort Vereinbarkeit von Familie und Beruf –, durch eine Förderung/den Ausbau der Digitalisierung in der Pflege, aber auch durch die Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenzen auf allen Qualifikationsniveaus, durch eine sinnvolle Verteilung pflegerischer Aufgaben, durch die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte, durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe (z. B. mit den niedergelassenen Hausärzten), aber auch durch die Etablierung vorpflegerischer Angebote sowie durch den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Letzteres sowohl für die ältere/pflegebedürftige Klientel, als auch für die in Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung Tätigen.

¹¹ Siehe Verband der Ersatzkassen e.V. (Vdek): [Pflege in Mecklenburg-Vorpommern - Mecklenburg-Vorpommern \(vdek.com\)](http://www.vdek.com)

5. Inwieweit können die stationären Pflegeeinrichtungen die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen bedienen? Gibt es Hinweise dafür, dass gegebenenfalls Engpässe in der ambulanten Pflege zur Ausweitung der Nachfrage nach stationären Plätzen führt?

Die Sachverhalte, ob die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen in ausreichendem Maße bedient werden kann oder dass Engpässe in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu einer Ausweitung der Nachfrage im stationären Bereich führt, kann an dieser Stelle aufgrund regionaler Unterschiede nicht eindeutig und abschließend bewertet werden.

Vielmehr verweisen wir in diesem Zusammenhang auf die zur Frage 3 dargelegten, voranschreitenden Problematik der Unterschreitung der Fachkraftquote in den vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Schließung/Nichtinbetriebnahme einzelner Wohnbereiche oder Belegung der Betten sowie der Zusammenlegung von ambulanten Pflegediensten aufgrund eines eklatanten Pflegefachkräftemangels. Es handelt sich folglich eher um eine sich verschärfende Konkurrenzsituation um das knappe Gut Pflegepersonal.

6. Wie haben sich die Eigenbeiträge der zu Pflegenden in den zurückliegenden Jahren bis heute im ambulanten und im stationären Pflegebereich entwickelt?

Einen Überblick über die Entwicklung der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der vollstationären Pflege im Ländervergleich bietet die nachfolgende Übersicht:¹²

Tabelle 4-5: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile in den Bundesländern

Pro Person, pro Monat, in Euro; Veränderung in Prozent

	2018	2019	Absolute Veränderung
Baden-Württemberg	829	953	+ 15,0 %
Bayern	733	864	+ 17,9 %
Berlin	841	915	+ 8,8 %
Brandenburg	506	661	+ 30,6 %
Bremen	438	556	+ 26,9 %
Hamburg	572	658	+ 15,0 %
Hessen	566	697	+ 23,1%
Mecklenburg-Vorpommern	292	520	+ 78,1 %
Niedersachsen	376	487	+ 29,5 %
NRW	691	755	+ 9,3 %
Rheinland-Pfalz	601	698	+ 16,1 %
Saarland	781	856	+ 9,6 %
Sachsen	278	442	+ 59,0 %
Sachsen-Anhalt	271	476	+ 75,6 %
Schleswig-Holstein	333	473	+ 42,0 %
Thüringen	214	355	+ 65,9 %
Bund	593	693	+ 16,9 %

* Eigenanteile ohne Ausbildungsumlage beziehungsweise individuelle Ausbildungskosten.

Quellen: Vdek, 2018, 2019; eigene Berechnungen

Die Pflegegeldleistungsbeträge je Pflegegrad sowie die Pflegesachleistungsbeträge je Pflegegrad sind in der ambulanten Versorgung in den letzten Jahren nicht (Pflegegeldleistungsbudget) respektive träge und zu gering (Pflegesachleistungsbudget) gestiegen. Da sich die

¹² Institut der Deutschen Wirtschaft: IW-Report. Pflegeheimkosten und Eigenanteile. 2019. S. 22

einrichtungsindividuellen Punktwerte der ambulanten Pflegedienste in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt haben, konnten die Pflegesachleistungsempfänger bzw. die Kombinationsleistungsbezieher folglich einen geringeren Leistungsumfang beanspruchen, es sei denn, sie haben die Differenz privat getragen. Letzteres ist jedoch nicht die Regel. Über die Größenordnung privat zu finanzierender Pflegeleistungen existieren unserer Kenntnis nach keine Erhebungen.

Hinzu kommt, dass die Ausbildungsumlage der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 2020 auf die Pflegebedürftigen umgelegt wird und diese folglich zusätzlich belasten. Daher lautet seit jeher die Forderung der Leistungsanbieterverbände, dass diese Beträge nicht von den Versicherten refinanziert werden, sondern direkt von den Krankenkassen respektive Pflegekassenverbände.

7. An welchen Stellen müssen die Bundes- und Landesgesetzgeber nachsteuern, um die Altenpflege, insbesondere in den ländlichen Räumen, sowohl personell als auch finanziell zukunftsfest sicherzustellen?

- Förderung der Akademisierung in der Pflege
- Harmonisierung und Aktualisierung der Kranken- u. Altenpflegehelferausbildung in den Ländern
- Kostenfreie Ausbildung von Kranken- und Altenpflegehelfern – auch in Schulen freier Trägerschaft
- Investitionskosten als Landesaufgabe – vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege, ambulant
- Dynamisierung der Pflegesachleistungs- sowie der Pflegegeldleistungsbeträge
- Deckelung der Eigenanteile
- Andere Verortung der Refinanzierung der Ausbildungsumlage - siehe Frage 6
- Zuverlässige, langfristige Sicherstellung der Finanzierung sozialer Arbeit
- Landesweiter Ausbau des Glasfasernetzes

8. Welchen Erfahrungen oder Regelungen bei der Gewährleistung der Pflege im (abgelegenen) ländlichen Raum sind Ihnen aus anderen Bundesländern bekannt und welche würden Sie zur adaptierten Übernahme empfehlen?

Die Stärkung der ambulanten Pflege und der weiteren Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum durch ein Förderprogramm des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung kann an dieser Stelle als Beispiel zitiert werden (siehe auch Frage 2). Die Niedersächsische Landesregierung hat erstmals im Jahr 2016 ein dreijähriges Förderprogramm zur strukturellen Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege im ländlichen Raum gestartet. Dieses Programm wurde im Jahr 2019 mit einer Laufzeit von vier Jahren erneut aufgelegt. Mit dem Förderprogramm von fünf Millionen Euro pro Jahr sollen möglichst viele Pflegedienste zukunftsweisende Maßnahmen umsetzen können, für die zusätzliche Finanzmittel erforderlich sind. Im Rahmen der Förderung können nachhaltige, über den Förderzeitraum hinaus wirksame Projekte insbesondere in folgenden

vier Bereichen gefördert werden: Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen, Kooperation und Vernetzung, Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Pflegekräfte, Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen.¹³

Brandenburg hat in seinem „Pakt für Pflege“ ausgehend von einer regionalen Analyse und Bewertung der Pflegesituation im Jahr 2015 ein Konzept zur Stärkung der Pflege erstellt. Mit den darin enthaltenen Maßnahmen soll den Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung begegnet werden. Die Entwicklung der Maßnahmen fußt auf die nachfolgend dargelegten strategischen Handlungsansätze:

- Stärkung der ambulanten Pflege - Pflege (und Pflegevermeidung) im Quartier: Auf- und Ausbau von sozialräumlichen Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege (Beratung, Begleitung, Entlastung) und
- Fachkräftesicherung: Verbesserung der Ausbildungs- und Beschäftigungsbedingungen in der Pflege.

Vier Säulen sind aus diesem Pakt entstanden, die durch Förderungs- und Vernetzungsprogramme umgesetzt werden:

1. Förderprogramm für Kommunen „Pflege vor Ort“,
2. Förderung des Ausbaus von Pflegeberatung, insbesondere Pflegestützpunkten,
3. Investitionsprogramm für Kurzzeitpflege und Tagespflege,
4. Maßnahmen zur Ausbildung und Fachkräftesicherung.

Nach Aussage des zuständigen Ministeriums zeigen die Maßnahmen bereits erste positive Wirkungen.¹⁴

Schleswig-Holstein übernimmt 90 % der Investitionskosten für die Kurzzeitpflege und für die teilstationäre Pflege sowie Pflegewohngeld im vollstationären Bereich:

1. Investitionskostenzuschüsse für die Tagespflegen
 - mindestens Pflegegrad 2
 - 90 prozentiger Zuschuss, max. 10,23 €/Tag
2. Investitionskostenzuschüsse für die Kurzzeitpflegen
 - mindestens Pflegegrad 2
 - 90 prozentiger Zuschuss, max. 15,35 €/Tag
3. Grenzen des Pflegewohngeldes
 - mindestens Pflegegrad 2
 - Einkommensgrenze liegt bei 1498,67 €
 - Vermögensgrenze liegt bei 6900,00 €

¹³ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit u. Gleichstellung / Mutz, Antje: Förderprogramm „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“, [MutzFörderprogrammStärkungderambulantenPflege.pdf](#)

¹⁴ <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/soziales/pflege/pakt-fuer-pflege/#>

9. Welche konkreten kurz-, mittel- und langfristigen Handlungsbedarfe sehen Sie auf den verschiedenen politischen Handlungsebenen (EU, Bund, Land, Kommunen)? Wie bewerten Sie die aktuelle Preisentwicklung in der ambulanten und stationären Pflege?

Zum ersten Teil der Frage möchten wir auf die unter der Frage 7 benannten Punkte verweisen.

Zum zweiten Teil der Frage ist zu konstatieren, dass steigende Personalkosten aufgrund der aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz resultierenden Tarifbindungspflicht für die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung sowie gewisse Nachholeffekte der vergangenen Jahre zu aktuell steigenden Preisen für Leistungen der ambulanten, der teil- und vollstationären Pflege geführt haben und auch weiter führen werden. Diese Entwicklung der Entgelte für in Pflege und Betreuung Tätige ist im Sinne einer Attraktivitätssteigerung notwendig und richtig.

Jedoch bedarf es dringend einer umfänglichen Pflegeversicherungsreform insbesondere hinsichtlich einer finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen.

10. Welche Reformvorschläge haben Sie für die Pflegeversicherung, insbesondere auch mit Blick auf den ländlichen Raum?

- Eigenanteile begrenzen
- Alternative Refinanzierungsmöglichkeit der Ausbildungskostenumlage
- Behandlungspflege in der stationären Versorgung vollständig durch Krankenkassen finanzieren
- Versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln finanzieren
- Bedarfsgerechter Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege
- Dynamisierung des Pflegegelds ab 2023
- Weiterentwicklung der Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze und Ermöglichung von mehr Zeitsouveränität für pflegende Angehörige und Nahestehende, auch durch eine Lohnersatzleistung
- Ergänzung um innovative quartiernahe Wohnformen und deren Förderung gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen
- Mehr verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten für Kommunen
- Vereinheitlichung der Pflegehelferausbildungen und gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern
- Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung
- Professionelle Pflege wird durch heilkundliche Tätigkeiten ergänzt / Schaffung des neuen Berufsbildes der "Community Health Nurse"
- Stärkung des Deutschen Pflegerats
- Beschleunigung der Gewinnung von ausländischen Fachkräften und der Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen

11. Welche Problemfelder werden sich in den nächsten Jahren in der Sicherstellung der Pflege im ländlichen Raum ergeben?

Hierzu möchten wir insbesondere auf die Ausführungen zu Frage Nummer 2 zu einem sich zuspitzenden Pflege(fach)kräftemangel sowie zu einer alternden Gesellschaft verweisen.

Darüber hinaus können a. u. S. die nachfolgend aufgeführten Problemfelder die Sicherstellung der Pflege insbesondere im ländlichen Raum gefährden:

- Ausdünnung des ländlichen Raumes führt zu längeren Fahrzeiten,
- Familiäre Pflege- und Sorgearbeit führt zu einem Fachkräftemangel in anderen Bereichen sowie zu geringeren Steuereinnahmen,
- Zunehmende Belastung der pflegenden An- und Zugehörigen.

12. Welche Vorschläge, Ideen und Konzepte gibt es Ihrerseits, die Pflege im ländlichen Raum auch zukünftig sicherstellen zu können?

Mit Blick auf das Land Brandenburg ist eine umfassende Analyse der Situation in Mecklenburg-Vorpommern unumgänglich. Nur aus der Kenntnis der Ursachen heraus, können gezielte Ansätze für ein Konzept, das die pflegerische Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich sicherstellt, erarbeitet werden. Ein auf die regionalen Besonderheiten zugeschnittenes Konzept zur Stärkung der Pflege ist der erste unabdingbare Schritt für alle weiteren Maßnahmen.

Sowohl seniorenrechtliche bauliche Anpassungsmaßnahmen und der Erhalt bzw. der Ausbau von wohnungsnahen Infrastrukturangeboten als auch professionelle und ehrenamtliche Unterstützung in der Gemeinde bzw. im Quartier können ein langes Wohnen in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.¹⁵

Um einer Vereinsamung älterer Menschen entgegenzuwirken und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, gilt es dafür Sorge zu tragen, dass eine ausreichende Anzahl von Begegnungsangeboten, wie beispielsweise Nachbarschaftstreffs, Mehrgenerationenhäuser oder Begegnungszentren, niedrigschwellig und barrierefrei erreichbar sind und die mit anderen sozialen Einrichtungen oder Bildungseinrichtungen (z. B. Kindergärten, Schulen, Bibliotheken) zusammenarbeiten können. Aus Landesmitteln gefördert werden sollten solche Begegnungsmöglichkeiten, wenn sie über einen Quartiersbezug verfügen und Bestandteil einer fördernden Netzwerkstruktur sind.¹⁶

Des Weiteren schlagen wir vor

- den Ausbau von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu fördern, insbesondere im ländlichen Raum,
- Zuschläge auf Wegepauschalen im abgelegenen ländlichen Raum – auch bei kürzeren pflegerischen Verrichtungen – dauerhaft zu vereinbaren sowie

¹⁵ Vgl. Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Wahlperiode 2011 – 2016, 1. Auflage, Juli 2016, S. 59

¹⁶ Ebenda, S. 60

- eine regelmäßige und flächendeckende Pflegesozialplanung durchzuführen.

Personal und Arbeitssituation in der Pflege

13. Wie beurteilen Sie die Situation der ambulanten Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum im Hinblick auf die personelle Abdeckung des konkreten Pflegebedarfes? Gibt es Probleme mit drohender bzw. manifester Unterversorgung?

Hierzu möchten wir auf die Beantwortung der Fragen 2 und 3 verweisen.

14. Wie bewerten Sie die Gewährleistung der Pflege im (abgelegenen) ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern aktuell insgesamt sowie unterschieden nach den Bereichen ambulant und stationär? Welchen akuten Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf sehen Sie aktuell?

Alle Versorgungsformen haben auch im ländlichen Bereich ihre Daseinsberechtigung. Hier müssen ggfs. kleinere vollstationäre Pflegeeinrichtungen etabliert respektive erhalten werden und/oder die Entstehung ambulant betreuter Wohngemeinschaften gefördert werden. Zugleich entstehen somit neue Arbeitsplätze in den ländlichen Regionen. Das Problem der mangelnden Attraktivität bezogen auf den Sozialraum bleibt freilich bestehen.

Des Weiteren verweisen wir auf die vorherigen Ausführungen.

15. Wie wird sich der Bedarf in Bezug auf die Gewährleistung der Pflege im (abgelegenen) ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern in den nächsten zehn Jahren nach Ihrer Einschätzung entwickeln und welche Maßnahmen sind erforderlich, um die Leistungserbringung auch dann gewährleisten zu können?

Hierzu möchten wir auf die Beantwortung der Fragen 2 und 3 verweisen.

Darüber hinaus ist das Land Mecklenburg-Vorpommern a. u. S. gefordert, soziale Strukturen durch finanzielle Förderung aufzubauen, zu erhalten und weiterzuentwickeln.

16. Wie hoch ist die Zahl der aktuell bzw. zukünftig fehlenden Pflegerinnen und Pfleger?

In verschiedenen Quellen werden diverse Ansätze und Szenarien an fehlenden Pfleger*innen berechnet. Im Status Quo ist das Personal knapp, was zu einer enormen Dauerbelastung führt. Künftig wird zusätzliches Personal gebraucht, weil mit einer alternden Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern höhere Anteile an Pflegebedürftigen und höhere Bedarfe an Pflegepersonal einhergehen. Hinzu kommt, dass in den kommenden 15 Jahren ein hoher Anteil des jetzigen Personals in den Ruhestand wechseln wird. Unterm Strich zeigen aber alle Hochrechnungen auf, dass die derzeitigen Maßnahmen und Bemühungen im Land bei weitem nicht ausreichen.

Tabelle 7: Beschäftigungsbedarf (in VZÄ) in der ambulanten und stationären Pflege in den Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns bis 2035

Kreis	Beschäftigungsbestand 2019		Altersbedingter Ersatzbedarf bis 2035				Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf bis 2035				Gesamter Beschäftigungsbedarf bis 2035	
	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege		Ambulante Pflege		Stationäre Pflege		Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
			Variante 1 (Rente mit 62)	Variante 2 (Rente mit 65)	Variante 1 (Rente mit 62)	Variante 2 (Rente mit 65)	Basis-szenario (Status Quo)	Alternativ-szenario (gesünderes Altern)	Basis-szenario (Status Quo)	Alternativ-szenario (gesünderes Altern)		
Rostock	2.481	1.313	821	667	625	536	539	307	471	290	970 - 1.360	830 - 1.100
Schwern	1.081	792	312	265	328	286	127	32	128	31	300 - 440	320 - 460
Landkreis Rostock	2.962	1.950	1.144	962	1.006	876	1.344	985	996	719	1.950 - 2.490	1.590 - 2.000
Mecklenburgische Seenplatte	1.383	1.383	596	517	746	649	447	239	535	348	810 - 1.040	1.000 - 1.280
Vorpommern-Rügen	2.581	1.610	983	828	895	789	943	634	626	424	1.460 - 1.930	1.210 - 1.520
Nordwestmecklenburg	1.268	925	541	458	483	427	481	328	401	271	780 - 1.020	700 - 880
Vorpommern-Greifswald	3.077	1.567	1.053	893	878	769	983	645	552	362	1.540 - 2.040	1.130 - 1.430
Ludwigslust-Parchim	2.225	1.545	890	759	887	782	894	612	685	468	1.370 - 1.770	1.250 - 1.570
Mecklenburg-Vorpommern	17.057	11.108	6.337	5.347	5.846	5.112	5.816	3.877	4.327	2.851	9.220 - 12.150	7.960 - 10.170

Anmerkung: Die Angaben zum gesamten Bedarf bis 2035 sind auf Zehnerstellen gerundet. Rundungsdifferenzen sind möglich. VZA = Vollzeitäquivalent.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2020), Statistisches Amt für Mecklenburg-Vorpommern (2020); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020), eigene Berechnungen. © IAB

17

Für den vollstationären Bereich in Mecklenburg-Vorpommern folgt mit der Einführung eines bundesweiten Personalbemessungssystems auf Grundlage von § 113c SGB XI ein weiterer Mehrbedarf an Pflegepersonal. Unter Rückgriff auf die aktuellen Pflegesatzvereinbarungen wurde verglichen, wie viele Vollzeit-Kräfte aktuell in den Pflegeeinrichtungen arbeiten und wie viele Vollzeitkräfte zusätzlich erforderlich sind, wenn die Anhaltswerte für eine angemessene Personalausstattung aus § 113c Abs. 1 SGB XI umgesetzt werden (Inkrafttreten § 113c SGB XI zum 01.07.2023). Das Ergebnis dieser Berechnungen lautet, dass ca. 1800 zusätzliche Vollzeitkräfte benötigt werden: ca. 1500 zusätzliche Hilfskräfte und ca. 300 zusätzliche Pflegefachkräfte. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass insbesondere Pflegehelfer mit Abschluss nach Landesrecht gebraucht werden. In Mecklenburg-Vorpommern schließen aktuell jährlich ca. 200 Absolventen die Helferausbildung ab. Hier müssen die Voraussetzungen für deutlich höhere Ausbildungszahlen geschaffen werden.

17. Die Pflegesituation wird entscheidend durch die Verfügbarkeit von Pflegefachkräften und dazu korrespondierender Anzahl von Pflegeassistenzkräften geprägt. Wie beurteilen Sie, wie in Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere in ländlichen Regionen,

- a) **das seit 2021 geltende neue Personalbemessungsverfahren nach dem GPVG (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) in welchen Anteilen neue Pflegefachkräfte und Pflegeassistenzkräfte generiert hat?**

In Anerkennung der Tatsache, dass eine Mehrpersonalisierung und bundeseinheitliche Personalbemessung für die (vollstationäre) Pflege notwendig und sinnvoll ist, hat der Bundesgesetzgeber in der vergangenen Legislaturperiode mit insbesondere drei Gesetzen Ansätze einer Mehrpersonalisierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen verfolgt. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2020 (PpSG) sollten bundesweit 12.000 zusätzliche Pflegefachkräfte gefördert werden (§ 8 Abs. 6 SGB XI). Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz von 2021 (GPVB) sollten bundesweit 20.000 zusätzliche Pflegehilfskraftstellen gefördert werden (§ 84 Abs. 9 und § 85 Abs. 9 SGB XI). Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG - 2021) wird mit der Einführung von § 113c SGB

¹⁷ 3 | 2021 IAB Nord Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Mecklenburg-Vorpommerns bis 2035: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege auf Kreisebene; S. 31

XI zum 1. Juli 2023 erstmals ein Personalbemessungssystem für die vollstationäre Pflege auf wissenschaftlicher Grundlage verwirklicht. Mit Stichtag 1. Juli 2023 endet nach aktueller Gesetzeslage dann auch die Möglichkeit der Beantragung von zusätzlichem Hilfs- und Fachkraftpersonal.

Bis dahin erfolgt die Finanzierung der zusätzlichen Fachkraft- und Hilfskraftstellen jeweils aus Mitteln der Pflegekasse, geht also nicht zu finanziellen Lasten der Bewohner in der vollstationären Pflege. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenfalls positiv ist der Ansatz, dass insbesondere im Bereich der Hilfskräfte das Programm mit Ansätzen zur Ausbildungsförderung verknüpft wurde. Dieser Ansatz zur Ausbildungsförderung ist sehr sinnvoll, da ein Hauptproblem in der Anwerbung von zusätzlichem Personal ja in der Verfügbarkeit auf dem Personalmarkt liegt.

Durch diese Förderprogramme können in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt ca. 140 zusätzliche Fachkräfte und ca. 240 zusätzliche Hilfskräfte eingestellt und finanziert werden. Genaue Zahlen zum Gesamtüberblick liegen den Pflegekassen vor, die diese Förderprogramme verwalten.

b) die generalisierte Ausbildung zur Pflegefachkraft zu einer Zunahme an Auszubildenden geführt hat?

Laut Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021 des Statistischen Bundesamtes beläuft sich die Anzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge¹⁸

- 31.12. 2021 Auszubildende. 1 461 Bereinigt um 90 Austritte
- 31.12. 2020 Auszubildende 1 299 Bereinigt um 60 Austritte

Im Jahr 2019 hatte die Beschäftigung in der ambulanten Pflege in Mecklenburg-Vorpommern ein Volumen von rund 17.060 VZÄ. Bis zum Jahr 2035 müssen zwischen 9.220 und 12.150 VZÄ wieder- oder neu besetzt werden.

In der stationären Pflege hatte die Beschäftigung 2019 ein Volumen von rund 11.110 VZÄ. Bis 2035 müssen zwischen 5.110 und 5.850 VZÄ wieder- oder neu besetzt werden.¹⁹

Es bedarf weiterführenden Maßnahmen, die über die Etablierung und Akzeptanz der generalistischen Ausbildung hinausgehen.

¹⁸ DESTATIS: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401217005.xlsx?__blob=publicationFile

¹⁹ 3|2021 IAB Nord Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Mecklenburg-Vorpommerns bis 2035: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege auf Kreisebene; https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwilsOjl-7j3AhWZ_7sIH-ZAJD0AQFnoECB8QAQ&url=https%3A%2F%2Fdoku.iab.de%2Fregional%2FN%2F2021%2Fregional_n_0321.pdf&usq=AOvVaw2Ms1nzfXOcAt-2Pcw-8gal

c) die neuen Studiengänge Intensivmedizin (B.Sc.) an der Universität Rostock und Klinische Pflegewissenschaften (B.Sc.) an der Universität Greifswald zu Interesse und Nachfrage an praktischen Ausbildungsanteilen an Einrichtungen in peripheren Räumen geführt haben?

Hierzu liegen uns keine validen Daten vor.

18. Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, das neue Personalbemessungsverfahren auch auf die ambulante und teilstationäre Pflege anzuwenden?

Laut Andreas Büscher, Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück, ist die Entwicklung eines **Personalbemessungsinstruments für die ambulante Pflege** schwierig, aber nicht Kernaufgabe zur Bewältigung des Pflegepersonalmangels in diesem Setting. Diese Erkenntnis entstammt einer **qualitativen Studie zu aktuellen und künftigen Herausforderungen in der ambulanten Pflege**. Die Personalplanung erfolge nicht primär bedarfsabhängig, sondern aufgrund der vertraglichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Die derzeitige monetäre Steuerung der Personalplanung sei Hauptargument dafür, dass ein Personalbemessungsverfahren für die ambulante Pflege als nicht sinnvoll bzw. nicht umsetzbar bezeichnet wurde. Stattdessen wird eine Verständigung auf geeignete pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege angeregt, der dann eine Einschätzung des dafür notwendigen Personalaufwands und dafür angemessener Preise folgen sollte. Grundsätzlich könnten ambulante Dienste nach Expertenmeinungen aufgrund der angespannten Personalsituation die Versorgung Pflegebedürftiger nicht mehr vollständig gewährleisten. Die Einsatzplanung, Rekrutierung und Bindung von Personal stellt eine zunehmende Herausforderung dar. Das Studienteam um Professor Büscher konstatiert: Die Personalsituation in der ambulanten Pflege und die damit verbundene Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bleibt auf absehbare Zeit eine Herausforderung. Ansätze, die über eine rein erlösorientierte Personalplanung hinausgingen, könnten dabei wichtige Impulse liefern.^{20 21}

Im Rechtsbereich SGB V / Leistungen der Häuslichen Krankenpflege wird derzeit zwischen den Kostenträgerverbänden und den Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene die Vergabe eines Gutachtens zur Ermittlung angemessener Leistungszeiten vorbereitet. Die Ergebnisse sollen den ambulanten Pflegediensten zu gegebener Zeit eine einrichtungsindividuelle Kostengrundkalkulation ermöglichen.

Im Rechtsbereich SGB XI / Leistungen der Häuslichen Pflege ist die Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit den starren Vorgaben des Leistungskomplex-Katalogs

²⁰ Bibliomed Pflege: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/personalbemessung-nicht-das-richtige-instrument>

²¹ Hochschule Osnabrück: Ergebnisse und Empfehlungen der Wissenschaft zur Personalbemessung in der ambulanten Langzeitpflege, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahU-KEwigkY-XtbL7AhWZyLsIHYu4A8cQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gs-qa-pflege.de%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F02%2F200225-Personalfragen-ambulante%25CC%2588scher.pdf&usg=AOvVaw1pbP_mg_pBhkJikovC6qnT

ges Mecklenburg-Vorpommern schwierig in Einklang zu bringen. Die Vereinbarung von Zeitkontingenten ist bedarfs- und bedürfnisgerechter, weil individuelle Ressourcen und Unterstützungsbedarfe berücksichtigt werden können.

19. Welche stetigen Angebote zur Regeneration sollten Arbeitgeber/Träger ihren Pflegekräften anbieten, um die hohen physischen und mentalen Arbeitsbelastungen zu kompensieren?

In der Arbeitsgruppe 2 - Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung - der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wurden zahlreiche Maßnahmen entwickelt und gebündelt, die darauf abzielen, die hohen physischen und mentalen Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte zu kompensieren.²²

Hier ist als Beispiel das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zu nennen. Zur Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) im April 2021 eine Arbeitshilfe mit dem Titel „Betriebliche Prävention für beruflich Pflegenden – ein Anliegen der Wohlfahrtspflege“ veröffentlicht.²³ Darin werden umfangreiche Informationen zum Thema der betrieblichen Prävention geliefert. Zudem werden Strategien und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgezeigt und auf konkrete Ansatzpunkte eingegangen, wie beispielsweise die Gefährdungsbeurteilung und das betriebliche Eingliederungsmanagement. Die Arbeitshilfe bietet einen praxisnahen Einstieg in das Thema und erläutert die Vorteile betrieblicher Prävention, die sich für die Einrichtungen und Mitarbeitenden hieraus ergeben.

Das Augenmerk ist darauf zu richten, dass das BGM nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen geht, sondern alternative Refinanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

Zur Kompensation von physischen und mentalen Arbeitsbelastungen sind des Weiteren Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der Supervision und des Coachings zu benennen.

20. Was muss aus Ihrer Sicht getan werden, um die Pflegeausbildung zu optimieren, um noch mehr Schülerinnen und Schüler zum Abschluss der Ausbildung zu bringen und die Ausbildung bzw. den Beruf noch attraktiver zu machen?

- Schaffung einer schulgeldfreien, modernen und zukunftsweisenden Ausbildung in der Kranken- und Altenpflegehilfe
- Ausbau der vorhandenen Schulkapazitäten sowie Förderung des Lehrkräftenachwuchses
- Initiierung einer zielgruppenorientierten fortlaufenden Image-Kampagne im Land
- Förderung der Online-Aus- und Weiterbildung
- Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf(sausbildung)

²² Konzentrierte Aktion Pflege: [Konzentrierte Aktion Pflege \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de), S. 62

²³ Siehe BAGFW: [Microsoft Word - 2021-04-30 Betriebliche Prävention in der Pflege.docx \(bagfw.de\)](#)

- Schaffung flächendeckender und somit wohnortnaher Ausbildungsmöglichkeiten und/oder Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs, kostenlose Nutzung des ÖNV für Schüler, Auszubildende und Studierende

Digitalisierung

21. Welche Rolle spielt das Thema Digitalisierung, was sind die Handlungsnotwendigkeiten?

- Forcieren der Anbindung der Telematikinfrastruktur in der teil- und vollstationärer Pflege
- Flächendeckender Ausbau des Glasfasernetzes
- Die Telematikinfrastruktur im ambulanten Bereich weiterdenken (Zugriffe auf Dokumente, Dokumentation, etc. sicherstellen, bislang nur Leserechte),
- Förderung der Telepflege/Telemedizin/Online-Pflegeberatung/Online-Schulungsmöglichkeiten – ergänzender Natur zu Face-to-Face Angeboten,
- Ist eine Form der sozialen Teilhabe.

22. Welche Rolle kann die Digitalisierung als ergänzendes und entlastendes Element einnehmen?

- Zeitersparnis durch die digitale Dokumentation
- Erleichterung durch ein digitales Abrechnungswesen
- Erleichterung/Beschleunigung von Arbeitsprozessen, z.B. beim Verordnungsmanagement oder bei der Kommunikation mit den weiteren, an der Versorgung beteiligten Akteuren
- Möglichkeit der sozialen Teilhabe für ältere/pflegebedürftige Menschen
- Wohnortunabhängige Lern-/Schulungsmöglichkeiten
- Sicherstellung der medizinischen-pflegerischen Versorgung durch Telepflege/Telemedizin/Video-Pflegeberatung

23. Können die sogenannten DiPa (Digitale Pflegeanwendungen), die noch in diesem Jahr mit einem DiPa-Verzeichnis starten sollen, aus Ihrer Sicht ein probates Hilfsangebot für ambulante Pflegebedürftige und deren helfende Angehörige besonders in den ländlichen Regionen sein?

Digitale Pflegeanwendungen können ergänzender Natur hilfreich sein. Dies ist abhängig von der Ausgestaltung der Anwendungen durch die einzelnen Pflegekassen. Fraglich ist, ob die Kassen in der Lage sind, die Ausgestaltung der DiPas an der aktuellen Klientel/an den Zu- und Angehörigen, also nutzerkonform auszurichten und zu gestalten. Für die derzeitige ältere Generation ist der Umgang mit einem Smartphone respektive mit einem Tablet noch nicht selbstverständlich.

24. Ist der im Digitalen Versorgungs- und Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) verankerte Leistungsanspruch für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einer Teilkostenübernahme von 50 EUR/Monat ausreichend, um die Nutzung attraktiv zu machen?

Um diese Frage beantworten zu können, ist zu gegebener Zeit eine Evaluation erforderlich.

25. Mit welchen Maßnahmen und durch welche Informanten sollten die DiPa bekannt gemacht und deren Anwendungen eingeführt werden?

In erster Linie sind hier die Kranken- bzw. Pflegekassen gefragt. Unterstützend können die Pflegestützpunkte über derartige Angebote informieren. Die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste können dieses Thema ebenso im Rahmen der Pflegeberatung kommunizieren. Voraussetzung hierfür sind jedoch ausreichende Kenntnisse über die Ausgestaltung der DiPas. Dieser Umstand erfordert Zeit (für Schulungen) und somit Geld. Folglich muss dieser Aufwand refinanziert werden. Ebenso muss der Beratungsaufwand auch im Bereich der Leistungserbringung der Häuslichen Krankenpflege refinanziert werden.

26. Welche Bedeutung haben Telematik und Telemedizin für die ambulante und stationäre Pflege im ländlichen Raum und in welcher Weise könnten Pflegeangebote im (abgelegenen) ländlichen Raum durch diese noch besser unterstützt werden?

Unseres Erachtens stellen sowohl die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur als auch die Nutzung der Telepflege eine notwendige Weiterentwicklung (TI) zur derzeitigen Arbeitsweise und sinnvolle Ergänzung zum aktuellen Leistungsportfolio (Telepflege) dar.

Zur weiteren Beantwortung dieser Frage verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Fragen 21 und 22.

Wir hoffen, Ihnen unsere Position ausführlich dargelegt zu haben und stehen dem Sozialausschuss für weitere Nachfragen sehr gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße



Friedrich Wilhelm Bluschke
Vorstandsvorsitzender
Der Paritätische Wohlfahrtsverband
Landesverband Mecklenburg – Vorpommern e.V.