

13 Handlungsempfehlungen

13.1 Einleitung

1) Ethische Aspekte in der Pflege

Im Mittelpunkt der Pflegepolitik müssen der Mensch, seine Würde und die Gewährleistung dieser Würde auch zu Zeiten fortgeschrittener körperlicher oder geistiger Schwäche und Hilfebedürftigkeit stehen. Mit dem Begriff der Menschenwürde ist der ethische Anspruch verbunden, der es verbietet, den Menschen zum bloßen Objekt zu machen oder ihn einer Behandlung auszusetzen, die seine Subjektqualität prinzipiell in Frage stellt. Menschenwürde kommt jedem Menschen zu, ohne Rücksicht auf seine Eigenschaften, seine Leistungen und seinen sozialen Status. Sie ist auch dem Menschen eigen, der aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustands nicht mehr selbstständig, eigenverantwortlich und sinnhaft handeln kann. Sie muss nicht erst erworben werden. Auch durch ‚unwürdiges‘ Verhalten geht sie nicht verloren. Die Enquête-Kommission hält dieses Verständnis sowohl als Grundlage der Pflegepolitik als auch für die gesellschaftliche Gestaltung von Pflege für bindend: Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.

Die Enquête-Kommission weist Begriffe wie Überalterung, Alten-Berg, Altenlast zur Beschreibung des demographischen Wandels zurück. Sie empfiehlt stattdessen eher, den im Gesundheitswesen entwickelten Begriff vom Wandel zu einer Gesellschaft des langen Lebens zu verwenden.

Die Enquête-Kommission ist sich einig, dass es eine generationenübergreifende Solidarität und ein wechselseitiges Entstehen der Generationen füreinander geben muss. Dabei ist der Grundsatz der Gerechtigkeit zu beachten. Damit nachfolgende Generationen durch den demographischen Wandel nicht überfordert werden, muss von jedem Einzelnen verlangt werden, im Rahmen der ihm gegebenen Möglichkeiten für sein eigenes Alter vorzusorgen.

Zur Wahrung des Menschenwürde-Grundsatzes darf ein bestimmtes Maß an Qualität und Zuwendung in der pflegerischen Versorgung beim Pflegebedürftigen nicht unterschritten werden. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob durch den Betroffenen eine ausreichende Eigenvorsorge dafür betrieben wurde. Es ist daher geboten, zumindest in dem zur Wahrung der Menschenwürde unerlässlichen Umfang, eine obligate Vorsorge für spätere Pflegesituationen herbeizuführen. Inhaltlich muss solche Vorsorge aus der Sicht der Enquête-Kommission eine Pflege ermöglichen, die die physiologischen Bedürfnisse, die Gefahrenabwehr, die Möglichkeit zu Beziehungen, das Erleben von Wertschätzung und Offenheit für das Bedürfnis nach Transzendenz einschließt.

Pflege muss in ihren einzelnen Maßnahmen und Haltungen von einer Sicht geprägt sein, der es um Einfühlsamkeit in der Begegnung, um die Minderung von Abhängigkeit und die Möglichkeit zu höchstmöglicher Selbstbestimmung, um den Respekt vor der Integrität des Einzelnen geht und darum, dass Interventionen in die Integrität nur im informierten Einverständnis und bei gegebener sorgfältig geprüfter Indikation erfolgen dürfen und erfolgen.

Eine rechtzeitige Befassung der Menschen mit dem späteren eigenen Alter und seinen möglichen Entwicklungen und mehr gesellschaftliche Anerkennung für die Thematik von Alter und Pflege können dabei helfen, die Voraussetzungen für eine menschenwürdige Pflege zu verbessern.

13.2 Pflege, Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit – begriffliche Klärungen

2) Eigenständigkeit der Pflege

Pflege als personelle Dienstleistung leistet einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Im Versorgungsalltag hat sich diese Erkenntnis bislang noch nicht in hinreichender Weise durchsetzen können. Die Kommission appelliert an Politik, Wissenschaft, Verbände und professionelle Akteure, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um die Eigenständigkeit der Pflege zu fördern und ihr Handlungs- und Autonomiespielräume zu eröffnen, die ihrer tragenden Funktion für die Gesundheitsversorgung und die Betreuung Pflegebedürftiger gerecht werden.

3) Veränderung des Pflegebegriffs

Aus Sicht der Kommission ist eine stärkere Annäherung des sozialrechtlich definierten Leistungsanspruchs an das dem aktuellen Wissensstand entsprechende Pflegeverständnis unabdingbar. Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege verlangt mehr als körperorientierte Maßnahmen. Sie erfordert die Wahrnehmung zahlreicher kommunikativer und edukativer Aufgaben, wie Unterstützung, Anleitung, Beratung und Begleitung und umfasst präventive, kompensatorische, rehabilitative und palliative Funktionen sowie die Übernahme von Verantwortung in der Versorgungsgestaltung. Diese Aufgaben müssen wissenschaftsbasiert (evidence-based) umgesetzt werden, soweit dies möglich ist. Die Entwicklung der Wissensbasis ist gezielt voranzutreiben. Die Kommission erachtet für notwendig, dass der Gesetzgeber künftig dieser gesamten Bandbreite pflegerischer Aufgaben Rechnung trägt.

4) Weiterentwicklung der Pflegebildung

Entsprechend dem an dem aktuellen Wissensstand orientierten Pflegeverständnis ist die Pflegebildung mit den dazu gehörenden Schwerpunkten zu orientieren. Vorhandene Curricula aller Pflegerichtungen sind daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie diesen Anforderungen standhalten und sind gegebenenfalls zu verändern. Das gilt sowohl für die Erstausbildungen, verstärkt jedoch für die Fort- und Weiterbildung und auch für die Studiengänge, insbesondere für jene, die im Ausbildungsziel die Pflegeexpertise als Schwerpunkt enthalten.

13.3 Bestandsaufnahme und Prognose des Pflegebedarfs

5) Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen

Vor dem Hintergrund der vorliegenden demographischen Projektionen erwartet die Enquête-Kommission bis 2040 eine ebenso kontinuierliche wie deutliche Zunahme in der Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen (gemäß den jetzt geltenden SGB XI-Kriterien). Unsere Projektionen lassen einen Anstieg von jetzt rund 460.000 auf rund 700.000 Pflegebedürftige erkennen, was einem Anstieg von etwas über 50 Prozent des Ausgangswerts entspricht. Die Zunahme betrifft dabei insbesondere die sehr hohen Altersgruppen und gilt zudem insbesondere für die städtischen Ballungsgebiete. Die Enquête-Kommission stellt fest, dass die Zunahme zwar landesweit gilt, dass dabei regional aber sehr unterschiedliche Ausprägungen zu erwarten sind. Auf diese Entwicklung haben sich alle relevanten Akteure und betroffenen gesellschaftlichen Gruppen einzustellen, wobei insbesondere das Land und die Kommunen aufgefordert sind, die auf sie zukommenden Herausforderungen ernst zu nehmen und sich darauf einzurichten.

Die Enquête-Kommission stellt dabei ausdrücklich fest, dass die für Nordrhein-Westfalen insgesamt ebenso wie für die jeweiligen Kommunen ausgewiesenen Steigerungsraten nicht zwangsläufig auftreten müssen. Sie fordert aber die jeweils Verantwortlichen auf, im Rahmen ihrer Möglichkeiten – vor allem durch geeignete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation – zu versuchen, dämpfend auf den (sonst drohenden) Anstieg hinzuwirken. Die Kommission hat sich auch deshalb zur Veröffentlichung der Regionalprognosen entschieden, um mit dazu beizutragen, in den jeweils betroffenen Kommunen das Bewusstsein für die auf sie zukommenden pflegerischen und/oder pflegerelevanten Herausforderungen zu schärfen.

6) Zunahme professioneller Pflege

Für NRW insgesamt lässt sich eine Verschiebung von familiärer Pflege hin zu einer Pflege zumindest unter Beteiligung professioneller Pflegekräfte erkennen. Insgesamt deuten unsere Zahlen dabei auch auf eine weitere Bedeutungszunahme der stationären Pflege hin. Im Bereich der häuslichen Pflege wird es zudem zu einer weiteren Verschiebung hin zu den Sach- und Kombinationsleistungen kommen. Davon werden die einzelnen Gebietskörperschaften unterschiedlich betroffen sein. Auch diese Regionalprognosen haben wir veröffentlicht, um den Kommunen zumindest grobe Hinweise darauf zu geben, in welche Richtung sie ihre professionellen Pflegeangebote weiterentwickeln bzw. gegebenenfalls sogar umstrukturieren müssen. Dabei verweist die Kommission ausdrücklich auf mögliche Substitutionseffekte durch alternative Betreuungs- und Wohnformen, die auf dem Hintergrund der jeweiligen örtlichen Verhältnisse sorgfältig geprüft werden sollten.

7) Entwicklung und Fortschreibung kommunaler Pflegestatistiken

Die Kommission empfiehlt den jeweils örtlich Verantwortlichen, vorhandene Pflegestatistiken fortzuschreiben und weiterzuentwickeln bzw. dort, wo dies bisher nicht ausreichend geschehen ist, die entsprechenden Vorkehrungen einzuleiten.

13.4 Typische Bedarfskonstellationen in der Pflege

8) Ausdifferenzierung der Bedarfskonstellationen

Die Enquête-Kommission sieht mit Besorgnis, dass vielen in der Pflege typischen und in Zukunft an Bedeutung gewinnenden Bedarfskonstellationen auf der Basis der bestehenden strukturellen, institutionellen und konzeptionellen Bedingungen nicht ausreichend entsprochen werden kann. Sie sieht großen Handlungsbedarf sowohl was die Versorgung und Pflege chronisch Kranker, hochaltriger und demenziell erkrankter Menschen und älterer Menschen mit Behinderung anbetrifft, wie auch die allein Lebender, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. Für sie alle stehen bisher nicht die künftig notwendigen Kapazitäts-, Struktur- und Konzeptvoraussetzungen zur Verfügung. Die Kommission fordert daher die Akteure in der Politik und im Gesundheits- und Sozialwesen auf, Anstrengungen zu unternehmen, um bestehende Defizite zu beheben bzw. ihnen vorzubeugen und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung zu ermöglichen.

9) Ausbau niederschwelliger, wohnortnaher Versorgungsangebote

Hohe Priorität wird aus Sicht der Kommission sowohl dem Ausbau niederschwelliger, wohnortnaher Versorgungsangebote für die genannten Bevölkerungsgruppen beigemessen, wie besonders auch der Verbesserung von Kooperation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgungsgestaltung beteiligten Institutionen und Akteure. Die Kommission ist der Auffassung, dass die Sicherung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung nicht ohne Verbesserung von Kooperation, Integration und Gestaltung des Versorgungsgeschehens möglich sein wird – eine Aufgabe, für deren Wahrnehmung es allerdings entsprechender Kompetenzen und Finanzierung bedarf. Die Kommission fordert daher, entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, um diese Aufgabe künftig gezielt angehen zu können und dabei auch der Ausbildung entsprechender Kompetenzen in der Pflege erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

13.5 Bestandsaufnahme der pflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

13.5.1 Pflege durch Angehörige

10) Unterstützung des familialen Pflegepotenzials

Ein Großteil der bei Krankheit, Gesundheitsbeeinträchtigung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu erbringenden Betreuungs- Unterstützung und Pflegeleistungen wird von Familienmitgliedern, anderen Angehörigen, Wahlverwandten und Freunden erbracht. Die Kommission würdigt das große Ausmaß ihrer Hilfe- und Pflegebereitschaft und der von ihnen erbrachten Leistungen. Sie begrüßt ausdrücklich die durch das Pflegeversicherungsgesetz ermöglichte Wertschätzung des Beitrags pflegender Familienmitglieder und anderer Angehöriger (und Wahlverwandter). Sie appelliert aber an die Politik, auch künftig dafür Sorge zu

tragen, dass entsprechende gesetzliche Grundlagen dafür geschaffen werden, um pflegende Angehörige in ihrem Engagement zu unterstützen.

Die Kommission empfiehlt die eingehende Prüfung, ob die derzeit vorhandenen Regelungen im Sozial- und Steuerrecht ausreichen, die Bereitschaft zur häuslichen Pflege aufrechtzuerhalten.

11) Ausbau der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind eine wichtige Säule der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger und erweisen bei der Erbringung große Flexibilität, Anpassungsbereitschaft und Belastbarkeit. Doch stellt die Pflege und Betreuung eines Familienmitglieds – angesichts des großen Pensums an dabei oft über lange Monate und Jahre wahrzunehmenden Aufgaben – sie und ihre Familien im Lauf der Zeit vor Zerreißproben und konfrontiert sie mit den Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit. Die Kommission teilt die seit langem geäußerte Kritik, dass die pflegenden Angehörigen gewährte Unterstützung zu gering ist. Zwar ist in den vergangenen Jahren etliches unternommen worden, um pflegende Angehörige zu unterstützen, doch treffen viele der Angebote nicht den Bedarf und nicht die Bedürfnisse der Angehörigen oder erreichen sie erst gar nicht. Hier eine Veränderung herbeizuführen, ist aus Sicht der Kommission eine überfällige und vordringliche Aufgabe. Es sind Maßnahmen zu ergreifen, um die Erreichbarkeit bestehender Unterstützungsangebote zu verbessern. Ebenso sind Maßnahmen nötig, die der Beratung, Anleitung, supervidierenden Begleitung und auch Kompetenzförderung pflegender Angehöriger dienen und ihnen die zur Wahrnehmung von Betreuungs- und Pflegearbeiten Kompetenzen und Fertigkeiten vermitteln. Des Weiteren sind Maßnahmen und Hilfen erforderlich, die Angehörige bei der Vielzahl von ihnen wahrzunehmenden Aufgaben entlasten und ihnen in ihren Alltag integrierbare und auf ihn zugeschnittene Hilfe gewähren.

12) Gesundheitsfördernde Maßnahmen für pflegende Angehörige

Gleichzeitig sind aus Sicht der Kommission präventive bzw. gesundheitsförderlich ausgerichtete Maßnahmen zur sozialen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger erforderlich. Wie Untersuchungen zeigen, sind pflegende Angehörige nicht selten selbst vom Risiko einer Erkrankung oder gar von Pflegebedürftigkeit bedroht. Angesichts dieser Situation empfiehlt die Kommission, zukünftig zielgruppenorientierte Angebote zu erproben mit dem Ziel, assessmentgestützt besonders belastete Angehörige zu identifizieren und deren Unterstützungs- bzw. Entlastungsbedarf zu erfassen. Zugleich sollten diese Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen pflegender Angehörigen im Sinne der Gesundheitsförderung und zur Vermeidung der Entstehung von Überlastungserscheinungen und Gesundheitsgefährdungen dienen.

13) Ausbau der Beratungsbesuche zu „Supervisionsbesuchen“

Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI müssen, da sie von den Angehörigen häufig mehr als Kontrolle, denn als Hilfe empfunden werden, konzeptionell neu gestaltet werden. Ihnen muss mehr der Charakter einer präventiv orientierten Beratung verliehen werden. Dabei sollen diese mit einer Aufklärung, Anleitung, und Schulung pflegender Angehöriger verbunden und zu

„Supervisionsbesuchen“ weiter entwickelt werden. Damit könnte die Qualität der häuslichen Versorgung verbessert werden.

Aufgrund von möglichen Interessenskonflikten zwischen ambulanten Diensten sollte ein solcher Besuch nicht vom betreuenden Pflegedienst oder vom MDK erbracht werden, sondern von einer unabhängigen Stelle. Das Personal muss fachspezifisch qualifiziert sein. Hierzu müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.

14) Pflegezeit

Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt in besonderer Weise auf die Leistungsfähigkeit der Familien im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflegeaufgaben.

Ein großer Teil der Pflegepersonen gibt die Erwerbstätigkeit komplett auf oder schränkt sie ein. Die Erfüllung von Pflegeaufgaben bedeutet damit nicht nur einen vorübergehenden Einkommensverlust, sondern im Anschluss an die Pflegetätigkeit oft auch dauerhafte Arbeitslosigkeit und unzureichende Altersversorgung. Außerdem verringert der Verlust einer Erwerbstätigkeit die Möglichkeit, zeitweise eine gewisse Distanz von der Pflegesituation zu gewinnen und so auch Belastungen zu kompensieren. Wenn es nicht gelingt, die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege zu verbessern, werden in Zukunft immer weniger Menschen in der Lage sein, ihre Angehörigen zu pflegen.

Die Einführung einer Pflegezeitregelung könnte eine beträchtliche Erleichterung für die häusliche Pflege darstellen. Eine solche Regelung sollte den Anspruch auf Unterbrechung der Erwerbstätigkeit und einen anschließenden Rückkehranspruch in den Betrieb beinhalten. Die Kommission fordert die Landesregierung auf, entsprechende Gesetzesinitiativen aufgeschlossen zu unterstützen sowie mögliche Pflegezeitregelungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Wirtschaft, den Arbeitsmarkt und die Pflegepersonen zu überprüfen. Bei der Ausgestaltung einer Pflegezeitregelung ist besonders darauf zu achten, dass es zu keiner nennenswerten betrieblichen Mehrbelastung der Wirtschaft kommt und die Finanzierung einer Pflegezeit Baustein eines Gesamtkonzepts für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sein soll.

13.5.2 Entwicklung des Krankenhaussektors und der ambulanten Pflege

15) Anpassung der ambulanten Pflege an die Veränderungen im Krankenhaussektor

Auch in Deutschland sind – ähnlich wie in vielen anderen Ländern – in den vergangenen Jahren zahlreiche Bemühungen erfolgt, um die Bedeutung der Krankenhausversorgung zu verringern. Das dabei erreichte Niveau ist zwar noch niedriger als in anderen europäischen Ländern, dürfte sich mit der derzeit erfolgenden Einführung der DRGs aber weiter angleichen. Parallel dazu sind die Krankenhäuser und auch die hier tätigen Gesundheitsprofessionen – besonders Medizin und Pflege – allerdings zusehends unter Rationalisierungs- und Problemdruck geraten, weil die Fallzahlen im Krankenhaussektor parallel dazu deutlich gestiegen sind. Angesichts dessen hält die Kommission die Erprobung und Einführung neuer Organisations- und Arbeitsmodelle im Krankenhaussektor für dringend notwendig. Um einen nahtlosen Übergang der Patienten in sich anschließende Versorgungsarten zu ermöglichen, erachtet sie zudem für überaus wichtig, das

Entlassungsmanagement zu optimieren und den dazu erarbeiteten nationalen Pflegestandard flächendeckend in NRW einzuführen. Notwendig ist des Weiteren, die Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung weiter zu verbessern, sei es durch Förderung von Konzepten zur integrierten Versorgung oder durch neue Modelle zur Schnittstellenregulation.

16) Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung

Im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit geben immer mehr Menschen der häuslichen Versorgung den Vorzug vor einer stationären Betreuung. Die Bedeutung des ambulanten Pflegesektors ist damit einhergehend enorm gestiegen. Auch auf politischer und struktureller Ebene erfolgten in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen, um der wachsenden Bedeutung dieses Sektors Rechnung zu tragen und den Wünschen Pflegebedürftiger nach einem möglichst langen Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu entsprechen. Und doch ist der in Deutschland dabei erreichte Entwicklungsstand noch niedriger als in vielen europäischen Nachbarländern. Die Kommission appelliert daher an die Politik, auch künftig Anstrengungen zu unternehmen – der Prämisse ambulant vor stationär folgend – den Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung weiter zu fördern und zu einem so tragfähigen Baustein des Versorgungswesens zu entwickeln, dass er den ihm damit zufallenden Aufgabenzuwachs gerecht werden kann.

17) Erleichterung der Erreichbarkeit der Leistungen

Für die Zukunft sind intensivere Bemühungen zur Erleichterung der Erreichbarkeit der Leistungen des Pflegesektors erforderlich, um Pflegebedürftigen direkt Zugang zu für sie tauglichen Versorgungsleistungen zu ermöglichen. Beratungs- und Koordinationsangebote sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Zugleich aber ist notwendig, dort verstärkt Konzepte wie Case-Management und anwaltschaftliche Unterstützung umzusetzen. Diese Konzepte sind besonders bei Versorgungsbedürftigen, deren Situation durch Problemkumulation gekennzeichnet ist oder bei Nutzergruppen, für die Barrieren im Zugang zu Versorgungsleistungen bestehen (Migrantinnen und Migranten), geeignet.

18) Qualitative Weiterentwicklung ambulanter Pflegedienste

Zwar ist in den vergangenen Jahren eine beachtliche quantitative Ausweitung des Angebots an ambulanten Pflegediensten erfolgt. Allerdings ist eine qualitative Weiterentwicklung weitgehend ausgeblieben. Das Angebots- und Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste ist nach wie vor verhältnismäßig eng und unflexibel. Es ist außerdem mehr durch die organisatorischen Rahmenbedingungen und die bestehenden Möglichkeiten der Finanzierung als durch den Bedarf der Nutzer determiniert. Angesichts dessen plädiert die Kommission an Gesetzgeber, gemeinsamen Bundessausschuss, sowie an Leistungsanbieter und Kostenträger, hier eine Veränderung einzuleiten. Notwendig ist eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots, das der gesamten Bandbreite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entspricht.

19) Ausbau der ambulanten Pflege für besondere Bedarfskonstellationen

In den letzten Jahren konnten zahlreiche infrastrukturelle Lücken in der ambulanten Pflege geschlossen werden. Dennoch fehlt es immer noch an adäquaten Versorgungsangeboten für etliche Patientengruppen. Dies gilt besonders für demenziell Erkrankte, für schwer Kranke mit technikintensivem Pflegebedarf, für chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, für Sterbende sowie nicht zuletzt für all jene Patienten, die mit dem Abbau von Krankenhausbetten und den neuen Abrechnungsmodi (DRGs) dort auf die ambulante Pflege einströmen. Diese Versorgungslücken zu schließen, ist eine bedeutsame Aufgabe. Ebenso ist dafür Sorge zu tragen, dass künftig in der ambulanten Pflege allen Bedarfslagen und Patientengruppen und so auch den an Bedeutung gewinnenden jüngeren Patientengruppen, Migranten und Migrantinnen, ältere Menschen mit Behinderungen, Suchtkranken, Alleinstehenden und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung Rechnung getragen werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte den speziellen Bedarf im Bereich der häuslichen Krankenpflege (beispielsweise bei schwer kranken Menschen, kranken Kindern und psychisch Erkrankten) bei den Richtlinien häusliche Krankenpflege berücksichtigen. Die Kommission fordert Kostenträger und Leistungserbringer auf, sich dafür einzusetzen, dass die notwendigen pflegerischen Maßnahmen auch tatsächlich durchgeführt werden.

20) Schaffung einer nutzerfreundlichen Arbeitsweise und Ablauforganisation

Eine weitere Herausforderung in der ambulanten Pflege besteht in der Schaffung einer nutzerfreundlichen Arbeitsweise und Ablauforganisation. Nicht am Tagesrhythmus der Nutzer, sondern am Betriebsablauf der Dienste ausgerichtete Einsatzzeiten, personelle Diskontinuitäten, Zeitmangel und ähnliche Probleme werden von den Nutzern als belastend und auch qualitätsmindernd empfunden. Notwendig sind aus Sicht der Kommission Maßnahmen zur Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation der ambulanten Pflege und zur nutzerfreundlichen Gestaltung der Leistungserbringung. Nicht die Präferenzen der Leistungserbringer, sondern die der Nutzer sollten primäre Kriterien der Leistungserbringung sein. Leistungserbringer und Kostenträger müssen sich bemühen, Spielräume zur bedarfsgerechten und nutzerorientierten Versorgung zu nutzen.

21) Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Zugleich sind Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege notwendig. Vorliegende Studien belegen die hohen Belastungen, die vielerorts mit einer Tätigkeit in der ambulanten Pflege verbunden sind. Vielfach müssen Strukturdefizite auf personaler Ebene kompensiert werden, sind die institutionellen Rahmenbedingungen unangemessen und wenig stützend angelegt und ist der Arbeits- und Problemdruck hoch. Gerade in der ambulanten Pflege lastet zudem ein hoher Verantwortungsdruck auf den dort tätigen Pflegekräften. Unabdingbar ist daher die Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen und von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes.

22) Überprüfung der Finanzierung in der ambulanten Pflege

Eine auf die Priorität ambulanter Versorgungsstrukturen setzende Politik wird nach Ansicht der Kommission nicht umhin kommen, auch die jeweiligen Finanzierungsstrukturen auf womöglich sogar ungewollte negative Nebeneffekte hin zu überprüfen und ggf. entsprechend zu verändern, um sie mehr als bislang auf den gewandelten Bedeutungs- und Aufgabenzuwachs der ambulanten Pflege und auf die besonderen Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und ihrer privaten Pflegepersonen zuzuschneiden. Dabei ist aus Sicht der Kommission zwingend erforderlich, die zersplitterte Finanzierungsstruktur im ambulanten Pflegesektor, die nicht nur mit einer für die Pflegebedürftigen häufig unzumutbaren Fraktionierung der Leistungen, sondern darüber hinaus auch noch mit einer Vielzahl von Abgrenzungs- und Verschiebeproblemen einhergeht, zu verändern. Eine entsprechende Überprüfung (und ggf. Revision) der bestehenden Finanzierungsstrukturen in der ambulanten Pflege ist aus Sicht der Kommission unabdingbar und sollte dringend angegangen werden.

23) Förderung der präventiven und rehabilitativen Potenziale in der ambulanten Pflege

Der ambulanten Pflege wohnen große präventive und rehabilitative Potenziale inne, die im Versorgungsalltag weitgehend ungenutzt bleiben. Wichtige Ressourcen für die Gesundheits-erhaltung und Gesundheitssicherung gehen auf diese Weise verloren. Die Kommission fordert von allen Beteiligten, hier eine Veränderung herbeizuführen. Das gilt vor allem für die ambulante Pflege. Dies verlangt Anpassungsbemühungen auf professioneller wie auch auf struktureller Ebene und die Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen.

24) Abbau von Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Beitrag pflegender Angehöriger besonders gewürdigt. Zugleich zeigen Studien und Gutachten, dass Angehörige dazu neigen, ihr Belastungspotenzial zu überschätzen. Angesichts dieser Situation ist wichtig, über den Abbau von Barrieren nachzudenken, die pflegende Angehörige hindern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ebenso ist notwendig, die Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und professioneller Pflege zu verbessern. Dazu wurden in den vergangenen Jahren gesetzliche Impulse gesetzt, die jedoch noch nicht weitgreifend umgesetzt wurden. Vor allem die Suche nach problemangemessenen und aus Angehörigensicht tragfähigen Formen der Zusammenarbeit, aber auch der Anleitung und Begleitung ist aus Sicht der Kommission zu fördern, ebenso die breitenwirksame Einführung des von der WHO empfohlenen Konzepts „Family Health Nursing“, der familienorientierten Pflege.

25) Abbau von Versorgungsbrüchen, Desintegration und Schnittstellenproblemen

Besondere Aufmerksamkeit muss nach Ansicht der Kommission zukünftig die Sicherung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung erfahren. Versorgungsbrüche, Desintegration und Schnittstellenprobleme gehören nach über 20-jähriger Diskussion über integrierte Versorgung immer noch zu den nahezu typischen Erscheinungen im deutschen Gesundheitswesen. Sie zu

beheben, ist eine zentrale Aufgabe der Zukunft, mit deren Umsetzung jüngst begonnen wurde. Viele der Bemühungen sind jedoch noch nicht weitreichend genug und meist sind sie dadurch gekennzeichnet, dass die Pflege – insbesondere die ambulante Pflege – nicht einbezogen ist. Hier eine Korrektur einzuleiten, ist aus Sicht der Kommission unerlässlich.

26) Konzeptionelle und qualifikatorische Weiterentwicklung der ambulanten Pflege

Auch künftig ist aus Sicht der Kommission notwendig, Schritte zu unternehmen, um der bis in die jüngste Vergangenheit vorherrschenden Minderbewertung der ambulanten Pflege zu begegnen. Dies verlangt Maßnahmen auf finanzieller und struktureller, doch ebenso auf professioneller Ebene. Für viele der mit dem Bedeutungszuwachs des ambulanten Sektors auf die ambulante Pflege zukommenden Aufgaben und Verantwortungen fehlt es bislang an den erforderlichen konzeptionellen und qualifikatorischen Voraussetzungen. Damit gesetzte Reformanreize ihre intendierte Wirkung entfalten können, bedarf daher aus Sicht der Kommission die Frage der Professionalität künftig verstärkter Aufmerksamkeit. Nicht weniger wichtig sind Schritte, um bestehende Konzept- und Qualifikationsdefizite angehen zu können.

27) Integriertes Beratungs- und Case-Management

Ein integriertes Beratungs- und Case-Management ist Voraussetzung für die Unterstützung und Stabilisierung von häuslichen Arrangements in unterschiedlichen Netzwerkkonstellationen. Die Beratung und das Case-Management sollten kostenträgerunabhängig gestaltet werden. Die Kommission empfiehlt, exemplarisch ein leistungsfähiges Beratungs- und Case-Management aufzubauen. Dieses muss, um die Instanzenvielfalt für die Pflegebedürftigen gering zu halten, in die Versorgungsabläufe integriert sein und sollte nicht als zusätzliche Instanz geschaffen werden.

28) Kein „Ambulante Dienste Gesetz“

Dennoch übt die Kommission Zurückhaltung bei der Forderung nach einem weiteren Gesetz für die Pflege. Die möglichen Vorteile eines „Ambulante Dienste Gesetzes“ sind vor dem Hintergrund der bestehenden Tendenz zur Überregulierung des pflegerischen Bereichs kritisch zu bewerten. Erst nach eingehender Prüfung kann entschieden werden, ob die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere das ordnungsrechtliche Instrumentarium, nicht bereits genügen, um den ausreichenden Schutz der Nutzer ambulanter Pflegedienste zu gewährleisten. Der stärkste Schutz vor schlechter Leistung resultiert aus einem uneingeschränkten Recht der Pflegebedürftigen, sich den ambulanten Dienst ihres Vertrauens auszuwählen.

Es gibt kein aufsichtsrechtliches „Ambulante Dienste Gesetz“, das vergleichbar dem Heimgesetz ordnungsrechtliche Vorgaben aber auch Aufsichtsregelungen für ambulante Pflegedienste enthält. Dies führt dazu, dass immer wieder in der politischen Diskussion die Forderung nach solch einem Gesetz auftaucht. Die möglichen Vorteile eines „Ambulante Dienste Gesetzes“ sind angesichts der bestehenden Tendenz zur Überregulierung des pflegerischen Bereichs allerdings kritisch zu bewerten. Besonders vor dem Hintergrund der bestehenden gesetzlichen

Rahmenbedingungen und der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK spricht sich die Kommission gegen solch ein Gesetz aus. Im Übrigen sieht die Kommission für den größten Teil der Pflegebedürftigen den stärksten Schutz vor schlechter Leistung in dem uneingeschränkten Recht der Pflegebedürftigen, sich den ambulanten Dienst ihres Vertrauens auszuwählen.

Der Gesetzgeber sollte besonders im Bereich des SGB XI den Pflegebedürftigen im Bereich der Sachleistungen eine größere Wahlfreiheit einräumen (Änderung des § 36 Abs. 2).

13.5.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen

29) Ausbau der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege

Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Trägern, sich für einen weiteren Ausbau des Angebots an Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeplätze zu engagieren. Hierzu gehört auch, die Angebotsformen entsprechend den örtlichen Gegebenheiten weiterzuentwickeln. Neben dem Ausbau der Tagespflegehäuser sollte auch die Entwicklung weiterer geeigneter Angebotsformen – beispielsweise in Wohnquartieren (Tagespflegeeinrichtungen etc.) oder in ländlich strukturierten Gebieten – unterstützt werden. An den Bundesgesetzgeber ergeht die Aufforderung, die Refinanzierung der Leistungen der Tagespflege im Rahmen des SGB XI zu verbessern. Zudem ist es notwendig, das Heimgesetz auf die spezifischen Anforderungen der Tagespflege auszurichten, um damit eine konzeptionelle Einengung der Tagespflegearbeit zu vermeiden.

13.5.4 Stationäre Pflegeeinrichtungen

30) Quantitativer und qualitativer Ausbau der stationären Versorgung

Die Kommission vertritt die Auffassung, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei der anstehenden Reform des Pflegeversicherungsgesetzes weiter zu stärken. Dies entspricht dem Wunsch der pflegebedürftigen Menschen, möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. Es ist wichtig, dass Pflege im häuslichen wie auch im institutionalisierten Bereich unter menschenwürdigen Umständen erfolgt. Die Kommission geht aber auch davon aus, dass u. a. wegen der weiter wachsenden Zahl an allein lebenden Menschen mit Pflegebedarf künftig die professionelle Pflege und Hilfe außerhalb der eigenen Häuslichkeit weiterhin eine Bedeutung erhält. Hierzu gehört ein breites und differenziertes Angebot an Wohn- und Pflegeinfrastruktur. Die Hauptanforderungen in der Alten- und Pflegepolitik liegen dabei in Entwicklung und Gestaltung von Wohn-, Pflege- und Hilfeangeboten, die gemeindeorientiert vernetzt sind und eine gesicherte Pflege ermöglichen. Neben der Entwicklung neuer Wohn- und Pflegeformen behält auch die stationäre Versorgung einen hohen Stellenwert. Die Kommission sieht dabei das Erfordernis einer qualitativen Weiterentwicklung der stationären pflegerischen Versorgung insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass der heutige und zukünftig hier lebende Personenkreis gekennzeichnet ist von Multimorbidität und umfassender Pflegebedürftigkeit. Zudem wird es zukünftig darauf ankommen, die Angebote stärker auch auf spezifische Bedarfskonstellationen auszurichten. Die pflegerische Infrastruktur insgesamt gilt es entsprechend weiterzuentwickeln und zu vernetzen.

Das ist nach Ansicht der Kommission umso nachhaltiger zu betonen, als sich im Heimsektor in den vergangenen Jahren die Anforderungen in der im Bericht dargestellten Weise grundlegend verändert haben und die stationären Einrichtungen damit vor großen Herausforderungen stehen. Dieser aktuelle Problemdruck manifestiert sich unter anderem in Konflikten um die Einstufungssystematik und die Einstufungspraxis, Problemen bei der Personalbesetzung und an etlichen Engpässen in der Vergütung. Die Kommission hat sich mit diesen Problemlagen auseinandergesetzt.

31) Modernisierungsbedarf in stationären Einrichtungen

Zu einer qualitativen Weiterentwicklung gehört eine Modernisierung vieler stationärer Einrichtungen mit dem Ziel einer konzeptionellen und baulichen Neugestaltung, die sich an den Kriterien Überschaubarkeit, Integration in das Gemeinwesen, Wohnlichkeit und Sicherung der Individualität orientiert. Dabei sieht die Kommission auch die Notwendigkeit, die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken und für mehr Transparenz im Leistungsgeschehen zu sorgen. Die Enquête-Kommission fordert Politik, Kostenträger, Leistungserbringer und die Wissenschaft auf, zur Förderung dieses Prozesses geeignete Rahmenbedingungen und die notwendigen Voraussetzungen für die Erhaltung von Lebensqualität im Alter in diesem Versorgungsbereich zu schaffen. Sie appelliert an alle Beteiligten, dafür Sorge zu tragen, dass die gegenwärtige Diskussion über die Knappheit finanzieller Ressourcen nicht den Weg zu einer nachhaltigen Modernisierung und zu den notwendigen Anpassungsprozessen auf personeller und konzeptioneller Ebene versperrt. Die Heimversorgung ist für die aktuellen und mehr noch für zukünftige Anforderungen noch nicht gut genug gerüstet.

32) Konzeptionelle Weiterentwicklung der vollstationären Pflege

Die Kommission fordert alle Beteiligten dazu auf, vorhandene Ansätze einer konzeptionellen Weiterentwicklung der vollstationären Pflege auszubauen, nach Kräften zu fördern und insbesondere jene Einrichtungen, die sich aktuell um eine Modernisierung bemühen, zu unterstützen. Das novellierte Landespflegegesetz beinhaltet eine Kostenbegrenzung pro Platz und eine zusätzliche Reglementierung durch die Höchstbegrenzung der Quadratmeter pro Platz. Diese unnötige Eingrenzung verhindert Baukonzepte, die den Bedarfen besonderer Gruppen wie bspw. Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen entsprechen. Hier ist der Landesgesetzgeber aufgefordert, bürokratische und unnötige Reglementierungen aufzuheben. Kurzfristig erforderlich ist eine konzeptionelle Weiterentwicklung, die sowohl fachlichen Kriterien als den Bedürfnissen der Bewohnerschaft genügt. Dabei sind die Einrichtungen auch durch die Zunahme der schwer chronisch und gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen vor besondere qualitative Herausforderungen gestellt. Das nordrhein-westfälische Modellvorhaben der Landespflegekonferenz „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ hat hierzu einen wichtigen Weg eingeschlagen.

33) Wissenschaftlich gestützte Konzeptentwicklung in der vollstationären pflegerischen Versorgung

Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in der vollstationären Versorgung setzen u.a. wissenschaftlich fundierte Konzepte voraus, die in Deutschland bislang jedoch noch zu schwach entwickelt sind. Auch fehlt es an seriösen Forschungsarbeiten zur Analyse der aktuellen Versorgungsprobleme und fachlichen Herausforderungen, die notwendig sind, um die Diskussion um Qualitätsdefizite und Qualitätsentwicklungsstrategien zu fundieren. Die Kommission empfiehlt daher, eine wissenschaftlich gestützte Konzeptentwicklung ebenso wie die wissenschaftliche Untersuchung der vollstationären pflegerischen Versorgung nach Kräften zu fördern. Hierzu gehört auch ein verbessertes Monitoring der Bedarfsentwicklung.

34) Bemessung des Personalbedarfs

Die Kommission hält eine fachlich angemessene und ausreichende Personalausstattung für eine wichtige Voraussetzung, um den aktuellen und zukünftigen Bedarfslagen entsprechend eine Modernisierung und Umgestaltung der Heime zu erreichen. Hierbei könnte ein objektives und vor allem transparentes Personalbemessungsinstrument eventuell hilfreich sein. Sinnvoll ist zudem die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen, die es Einrichtungen besser als bisher ermöglichen auf den individuellen Bedarf der Heimbewohnerinnen und Bewohner einzugehen. In diesem Zusammenhang sind auch nachhaltige Verbesserungen im Management und in der Arbeitsorganisation der Einrichtungen anzustreben. Die Kommission fordert die Einrichtungen deshalb dazu auf, alle Möglichkeiten des Personalmanagements auszuschöpfen, um die fachlichen Ressourcen zu optimieren und insbesondere die Voraussetzungen für eine kompetente Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Veränderungen zu schaffen.

35) Qualitätsmanagement

Viele der heute eingesetzten Qualitätsmanagementsysteme zielen auf Organisations- und Strukturelemente ab. Die Ergebnisqualität als Einbezug des individuellen Pflegeprozesses und der Lebensqualität sind in den Fokus des pflegerischen Handelns zu stellen. Auch hier hält die Kommission eine Umorientierung für dringend erforderlich und empfiehlt, zukünftig solche Konzepte der Qualitätsentwicklung zu bevorzugen, von denen wirksame Impulse auf der Ebene der individuellen Pflege ausgehen. Vordringlicher Entwicklungsbedarf auf der Ebene der Einrichtungen besteht aus Sicht der Kommission in einer Systematisierung und Erweiterung des Pflegehandelns auf der Basis fundierter Konzepte und der Schaffung der hierzu notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen. Dabei geht es nicht allein um die Behebung offensichtlicher Pflegemängel, sondern auch um das Ziel, ein den aktuellen Bedarfslagen der Bewohnerinnen und Bewohner angepasstes Leistungsprofil zu entwickeln, das eine einseitige Ausrichtung auf die körperbezogene Pflege vermeidet und vor allem eine systematische Ressourcenförderung, und soziale Teilhabe gewährleistet. Ein verstehender Umgang und die Einbeziehung der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner in die pflegerische Arbeit müssen un-

terstützt werden. Dringliche Herausforderungen stellen sich außerdem im Bereich der Unterstützung beim Heimeinzug, der Arbeit mit Angehörigen, in der Freiwilligenarbeit Tätigen sowie Laienhelfern und -helferinnen (Hilfskräften), der ärztlichen Versorgung, der nächtlichen Versorgung, des Versorgungsmanagements bei zwischenzeitlichen Krankenhausaufenthalten und nicht zuletzt im Bereich der Begleitung sterbender Menschen.

36) Verbesserung der medizinischen Versorgung in der stationären Pflege

Aus Sicht der Kommission ist es neben der Entwicklung neuer situations- und problemangemessener Pflegekonzepte auch notwendig, die medizinische Versorgung in den Heimen zu verbessern. Gefordert sind nach Ansicht der Kommission neue Konzepte zur Verankerung einer ausreichenden und hinreichend umfassenden medizinischen Versorgung in den Heimen, die im Grundsatz sämtliche Fachrichtungen umfassen muss. Beispiele dafür finden sich im Ausland, die auch für Deutschland und Nordrhein-Westfalen fruchtbar gemacht werden können. Beachtung verdient zum Beispiel das in den Niederlanden präferierte Konzept des Heimarztes. Dringender Verbesserungsbedarf besteht auch, was die Kooperation von Medizin und Pflege in den Heimen betrifft.

37) Ausreichende nächtliche Versorgung

In Pflegeheimen muss auch nachts und am Wochenende eine ausreichende Versorgung der Bewohner durch eine ausreichende Anzahl an Pflegefachkräften gesichert werden.

38) Sicherstellung von Versorgungsintegration

Zudem hält die Kommission die Förderung der rehabilitativen Orientierung wie auch die Verbesserung der pflegerischen Qualifikation in Aufgabenfeldern wie beispielsweise Medikationskontrolle und Fähigkeitstrainings, der Personaldiversifizierung, Sozialarbeit, Therapie, aber auch speziell trainierte Pflegekräfte für erforderlich. Unabdingbar ist aus Sicht der Kommission ferner die Sicherstellung von Versorgungsintegration. Die aktuellen Entwicklungen im System der gesundheitlichen Versorgung dürfen nicht an dem für die Versorgung im Alter wichtigen Bereich der vollstationären Pflege vorbeigehen. Gegenwärtig und in Zukunft sollten Modellvorhaben zur Umsetzung einer integrierten Versorgung in besonderer Weise die Frage berücksichtigen, wie die verschiedenen pflegerischen Leistungsangebote und eben auch die stationäre Pflege einbezogen werden können. Zudem hält es die Kommission für wichtig, träger- und anbieterübergreifende Kooperationsformen in den Stadtteilen und Wohnquartieren zu entwickeln, die ambulante, pflegeergänzende, teilstationäre wie auch stationäre Angebote gemeindenah miteinander verknüpfen.

39) (Psycho-) soziale Betreuung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen

Neben der pflegerischen Versorgung sollten insbesondere die Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeheimen eine professionelle psychosoziale Betreuung und Begleitung erfahren, die vom Pflegepersonal nicht geleistet werden kann. Dies kommt neben den Pflegebedürftigen auch dem Pflegepersonal zugute, das gerade beim Umgang mit psychisch veränderten und sterbenden

Bewohnerinnen und Bewohnern erheblich entlastet werden kann. Außerdem kann eine professionelle psychosoziale Betreuung, die auch in der Zusammenarbeit mit freiwilligen Helferinnen und Helfern organisiert werden kann, die Zufriedenheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner fördern und daher für die Qualität einer Einrichtung steigern.

40) Qualitativer Heimvergleich

Zu fordern sind eine Pflegequalitätsberichterstattung und die Veröffentlichung aller einrichtungsbezogenen Daten von Qualitätsprüfungen, die zur Herstellung von Markttransparenz und -gerechtigkeit, aber auch im Interesse des Konsumentenschutzes dringend geboten erscheint. Ein qualitativer Pflegeheimvergleich kann zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Dazu gehören die Transparenz der Pflegeleistungen und der Pflegekosten und zum Beispiel ein anonymisiertes Benchmarking als Qualitätsentwicklungsinstrument für die Einrichtungen.

41) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen

Es sind Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen notwendig. Vorliegende Studien über die Arbeitsbedingungen in der Pflege und über die Abwanderungsraten aus der Pflege belegen die hohen Belastungen, die in vielen Bereichen mit einer Tätigkeit in der Pflege verbunden sind. Vielerorts müssen Strukturdefizite auf personaler Ebene kompensiert werden, sind die institutionellen Rahmenbedingungen unangemessen und wenig stützend angelegt und ist der Arbeits- und Problemdruck hoch. Unabdingbar ist daher die Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen und von Maßnahmen zur Gesundheitssicherung.

13.5.5 Unterstützende und pflegebegleitende Hilfen

42) Ausbau pflegebegleitender und unterstützender Hilfen

Pflegeergänzende bzw. -unterstützende Hilfen (seien sie hauswirtschaftlicher, technischer, mobilitätsstützender (Begleitdienste) oder räumlicher (Wohnraumanpassung) Art, stellen einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherung einer häuslichen Pflege dar und sind aus Sicht der Kommission landesweit besehen vielerorts noch nicht befriedigend organisiert und nicht durchgängig in ausreichendem Maß vorhanden. Die Kommission fordert daher Land und Kommunen auf, verstärkt ihrer Verantwortung für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur nachzukommen und dabei dem Bereich der pflegebegleitenden bzw. unterstützenden Hilfen besondere Beachtung zu schenken. Denn ihnen kommt sowohl unter dem Gesichtspunkt einer prioritär ambulanten Versorgung wie auch unter fiskalischen Aspekten ein wichtiger Stellenwert zu: je besser und ausdifferenzierter die ambulante pflegerische Infrastruktur inklusive pflegeergänzender und -unterstützender Hilfen, desto mehr können vollstationäre Unterbringungen vermieden oder zumindest verzögert werden.

Die finanziellen Lasten der Finanzierung der Pflegeinfrastruktur müssen gerecht verteilt werden. Dabei darf es zu keiner weiteren Verschiebung der Lasten auf Kommunen und Pflegebedürftige kommen.

43) Entwicklung eines kommunalen Beteiligungsprozesses

Die Kommission empfiehlt den Kommunen, bei der örtlichen Alten- und Pflegeplanung einen Beteiligungsprozess zu entwickeln, der über die bislang an den Pflegekonferenzen Beteiligten hinausgeht. Auch Betroffene und andere Organisationen und Träger, wie etwa Wohnungsunternehmen, sind einzubeziehen.

44) Finanzielle Unterstützung der Kommunen

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

13.5.6 Palliative Pflege, Sterben und Tod

45) Neue Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

Schutz des Lebens und der Menschenwürde: Um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, müssen nach Ansicht der Kommission entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Grundlage jeglichen gesetzgeberischen Handelns müssen der Schutz des Lebens und die Menschenwürde sein. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die sich dem Verlangen nach aktiver Sterbehilfe entgegenstellen. Darüber hinaus bedarf es einer kontinuierlichen gesellschaftlichen Diskussion zur Ethik der Sterbebegleitung und sollte die Entstehung einer neuen Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer unterstützt werden.

46) Integrative Modelle der Versorgung und Pflege sterbender Menschen

Wird Sterben als Teil des Lebens begriffen, ist eine gesellschaftliche Ausgliederung Sterbender in eigens dafür geschaffene Sonderstrukturen nach Möglichkeit zu vermeiden. Vielmehr sind integrative Modelle von Versorgung und Pflege Sterbender so weiterzuentwickeln, dass sie auch Menschen in der letzten Lebensphase versorgen können. Dies erfordert nach Ansicht der Kommission zunächst auf struktureller Ebene weitere Anstrengungen bei der Anpassung vorhandener Einrichtungen an die besonderen Problem- und Bedarfslagen von Menschen in der letzten Lebensphase. Zugleich sollten die Erfahrungen aus der Hospiz- und Palliativversorgung auch auf die übrigen Bereiche und Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung übertragen und dort integriert werden. Auch bei der Versorgungsplanung – etwa in den kommunalen und landesweiten Gesundheits- und Pflegekonferenzen – sollte das Thema Sterbebegleitung stärker beachtet werden.

47) Weitreichende Flexibilisierung von Arbeitsprozessen

Eine humane Versorgung am Lebensende, die sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Sterbenden orientiert, setzt auf organisatorischer Ebene eine kritische Überprüfung bislang praktizierter Versorgungsroutinen voraus, fordert eine weitreichende Flexibilisierung von Arbeitsprozessen und bedingt nach Ansicht der Kommission, dass die gesundheitsrelevanten und sozialen Dienstleistungen sich konsequent auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfslagen des Sterbenden abzustimmen sind. Präferenzen der Akteure, strukturelle und organisatorische Zwänge gehören in den Hintergrund.

48) Ausbau ambulanter pflegerischer Infrastrukturen und palliativer Dienstleistungen

Eine humane Versorgung am Lebensende sollte – so der Wunsch des größten Teils der Bevölkerung – ein Sterben in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen. Tatsächlich verstirbt aber ein Großteil der Bevölkerung in Institutionen. Angesichts dessen plädiert die Kommission dafür, den Ausbau ambulanter pflegerischer Infrastrukturen und palliativer Dienstleistungen so weiterzuentwickeln, dass künftig weitaus mehr Menschen wunschgemäß ihr Leben zu Hause beenden können und dort keinerlei Unterversorgungserscheinungen ausgesetzt sind. Dazu ist notwendig, auch die Kooperation der Dienste im ambulanten Sektor zu verbessern.

49) Bewohnerorientierte Sterbebegleitung in stationären Einrichtungen

Da davon auszugehen ist, dass trotz solcher Anstrengungen auch weiterhin ein Teil der Bevölkerung sein Leben in Institutionen – sei es dem Krankenhaus oder im Heim – beenden wird, ist nach Ansicht der Kommission auch dafür Sorge zu tragen, dass auch dort Bedingungen geschaffen werden, die ein humanes Sterben ermöglichen. So ist u.a. notwendig, dass in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine bewohnerorientierte Sterbebegleitung möglich wird. Das setzt voraus, dass die Pflegekräfte eng mit den Mitarbeitern der Sozialen Dienste, Ärzten, Seelsorgern, Angehörigen und Ehrenamtlichen kooperieren und eine koordinierte Hilfe sorgfältig und systematisch vorbereiten. Von besonderer Bedeutung ist vor allem eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, der Pflege und dem Heim. Insbesondere bei der Verordnung von Schmerzmitteln, der Behandlung nicht mehr einwilligungsfähiger Bewohner und in Notsituationen.

Außerdem sollten in den Institutionen Räume geschaffen werden, die eine Sterbe- und Trauerkultur für Sterbende, deren Angehörige und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen. Ebenso sollte eine entsprechende psychosoziale Begleitung bereitgestellt werden.

50) Berücksichtigung von Leistungen der Palliativversorgung im Rahmen von DRGs

Im Rahmen der Einführung des Fallpauschalenabrechnungssystems (DRGs) im Krankenhausbereich ist außerdem darauf hinzuwirken, dass palliativversorgende Leistungen ebenso wie Sterbebegleitung mit einer entsprechenden personellen und sachlichen Ausstattung der Stationen sichergestellt werden. Des Weiteren ist darauf hinzuwirken, dass eine hinreichende finan-

zielle Vergütung für solche Leistungen im ambulanten Bereich sichergestellt wird, beim Bundesverordnungsgeber eine Berücksichtigung von Leistungen der Palliativversorgung in Krankenhäusern in DRGs erfolgt (nicht nur der personellen Voraussetzungen) und für das Problem der Erbringung des Eigenanteils der Hospize eine Lösung gefunden wird.

51) Entwicklung integrierter Versorgungsverbünde

Eine weitere Herausforderung stellt die Entwicklung integrierter Versorgungsverbünde für Menschen am Lebensende dar, an denen neben Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten und sonstigen ambulanten Anbietern (Apotheken, Physiotherapeuten etc.) auch Alten- und Pflegeheime beteiligt sind. Auf diese Weise könnten ineinander greifende Versorgungsangebote geschaffen, die vorhandenen Hürden beim immer wieder notwendigen Wechsel zwischen den Versorgungsformen überwunden, Zugangsbarrieren abgebaut und die gewünschte Effizienzsteigerung auch in diesem Bereich erzielt werden. Auf die inzwischen geschaffenen rechtlichen Voraussetzungen für integrierte Versorgungsverbünde (§ 140ff. SGBV) kann zurückgegriffen werden.

52) Ehrenamtliche Sterbebegleitung

Für Ehrenamtliche, die wie die Pflegekräfte wichtige Aufgaben für eine menschenwürdige Sterbebegleitung erfüllen, sollten in den Institutionen und ambulanten Diensten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ihren qualifizierten Einsatz ermöglichen. Dazu gehören zwingend personelle Ressourcen zur Begleitung des ehrenamtlichen Engagements.

53) Professuren für Palliativpflege

Generell ist anzuregen, auch hierzulande – internationalen Vorbildern folgend – die Ausbildung von klinischen Pflegeexperten auf gehobenem Praxismiveau zu verfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass neben den bisherigen Studienprogrammen im Bereich der Pflege/Pflegewissenschaft auch solche für klinische Pflegeexperten aufgebaut und entsprechende Professuren für Palliativpflege geschaffen werden. Sie sind bislang nicht existent in Deutschland. Lediglich im Bereich der Medizin existieren bislang einige wenige Lehrstühle für Palliativmedizin. Hier ist darauf hinzuwirken, dass an den nordrhein-westfälischen Universitäten weitere palliativmedizinische Lehrstühle bzw. Professuren eingerichtet werden.

54) Qualifizierung im Bereich der Palliativversorgung und Sterbebegleitung

Weiterhin sind die Möglichkeiten zu Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Palliativversorgung und Sterbebegleitung intensiv zu fördern. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen, die auf eine Verbesserung der Versorgung am Lebensende ausgerichtet sind. Dennoch sind nach Auffassung der Kommission noch zahlreiche qualifikatorische Herausforderungen zu bewältigen. Dazu zählen etwa Verbesserungen der Kenntnisse im Bereich der Symptomkontrolle und des Symptommanagements, der Schmerzversorgung oder wenn es um Symptome wie Müdigkeit, Übelkeit, Erschöpfung etc. geht.

55) Patientenverfügungen

Das Instrument der Patientenverfügung oder der Vorsorgevollmacht muss durch Aufklärung und Information in seinen Stärken und Schwächen bekannter werden. Das Gleiche gilt für individuelle Beratungskonzepte zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Schulung und Unterstützung Pflegenden im Umgang mit Patientenverfügungen.

13.5.7 Alternative Versorgungsformen

56) Entwicklung integrierter wohnortnaher Versorgungskonzepte

Die Entwicklung integrierter wohnortnaher Versorgungskonzepte stellt einen wichtigen Ansatz zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur dar. Dabei gilt es, ambulante und mobile Dienste, Sozialstationen, Tages- und Kurzzeitpflege, stationäre Einrichtungen und Wohnangebote auch mit gesicherter Pflege in integrierter Weise auf den Bedarf der im Wohnquartier oder Stadtteil lebenden Bevölkerung auszurichten und zu vernetzen. Von besonderer Bedeutung sind deshalb eine enge träger- und angebotsübergreifende Kooperation wie auch die Einbeziehung informeller Hilfeleistungen. Sinnvoll ist auch die Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen und Institutionen sowie anderen zielgruppenspezifischen Angeboten und Einrichtungen. Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Trägern, die Entwicklung entsprechender Versorgungskonzepte zu initiieren bzw. zu unterstützen.

57) Förderung generationenübergreifender Konzepte

Zur nachhaltigen Förderung von kleinen sozialen Netzen, Nachbarschaftshilfen und bürgerschaftlichem Engagement hat es sich als sinnvoll erwiesen, Angebote der offenen Altenhilfe auch mit denen anderer Generationen zu verknüpfen und zum Teil auch generationenübergreifend auszurichten (beispielsweise in Nachbarschaftstreffs). Hierzu sind auch eine Zusammenarbeit und Vernetzung mit Selbsthilfegruppen und Vereinen sowie die Einbeziehung örtlicher Schulen und Kinder- und Jugendeinrichtungen wichtig.

58) Errichtung neuartiger Pflege- und Wohnangebote

Die Kommission sieht in einzelnen bereits örtlich umgesetzten Konzepten kommunaler Pflegeplanung, die eine planmäßige Errichtung neuartiger Pflege- und Wohnangebote vorsehen, einen interessanten Weg für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur in den Stadtteilen und Gemeinden. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass neue Einrichtungen mit separaten Wohneinheiten in die Siedlungsstruktur integriert und in überschaubare Wohngruppen untergliedert werden. Die Kommission empfiehlt, auf die jeweils örtliche Struktur ausgerichtet, entsprechende Ansätze in die kommunalen Pflegeplanungen einzubeziehen.

59) Ansätze des betreuten Wohnens bzw. Hausgemeinschaften

In Bezug auf die Weiterentwicklung von Betreuungsformen außerhalb der ursprünglichen Wohnung verdienen Ansätze des betreuten Wohnens und gemeinschaftliche Wohnformen mit einer gesicherten Pflege sowie Hausgemeinschaften hohe Aufmerksamkeit. Die Kommission empfiehlt, solche Ansätze auszubauen und weiterzuentwickeln. Zugleich wird empfohlen diese einer eingehenden Evaluation zu unterziehen, um ihre Reichweite und weitere Entwicklungsmöglichkeiten auszuloten.

60) Verknüpfung der Alten- und Pflegeplanung mit anderen kommunalen Planungsfeldern

Die Kommission hält es für notwendig, die Alten- und Pflegeplanung zukünftig stärker auch mit anderen kommunalen Planungsfeldern zu verknüpfen. Hierbei sind Ansätze von Bedeutung, die eine Ausrichtung kommunaler Leistungen zur Sozial-, Bauland- und Wohnungspolitik u. a. an den Wohn- und Lebensbedürfnissen älterer und pflegebedürftiger Menschen vorsehen. Hierbei stellen die Schaffung einer Angebotsvielfalt und eine ausgewogene räumliche Verteilung der Angebote eine wichtige Aufgabe dar.

13.6 Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung

61) Grundsätze einer qualitativ hochwertigen Pflege

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

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

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

62) „Konzertierte Aktion für Menschenwürde in der Pflege“

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

63) Bessere Kooperation und Koordination

Es muss weiterhin sichergestellt werden, dass die Aufgaben beim Pflegebedürftigen kooperativ bewältigt werden. Angehörigenpflege und die Pflege durch Fach- und Hilfskräfte müssen sich sinnvoll ergänzen. Zudem bedarf es mehr Kapazität, damit sich die Pflegebedürftigen bewegen, beschäftigen und nicht so viel allein sind. Dafür aber bedarf es einer speziellen Schulung, damit die Fachkräfte die Koordinierung und Verknüpfung dieser Aufgaben verstehen und besser als bisher bewältigen können.

64) Biografiearbeit

Pflege ist Beziehung – gute Pflege ist ohne Kenntnis des Anderen kaum möglich. Zum festen Bestandteil guter Pflege sollte deshalb die intensive Biografiearbeit gehören. Das Wissen über die Biografie des Pflegebedürftigen kann ein Schlüssel zu dem pflegebedürftigen Menschen sein. Dieser „Zugang“ erleichtert die individuelle Betreuung, Begleitung und Pflege. Deshalb muss der Biografiearbeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte in Zukunft ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Der zeitliche Aufwand für die Biografiearbeit muss sich auch in der Refinanzierung der Pflegeleistung niederschlagen.

65) Essen und Trinken

Die Ernährung, das heißt Essen und Trinken, bestimmt in großem Maße die Lebensqualität, und der Ernährungsstatus hat nicht nur Auswirkungen auf das Wohlbefinden, sondern auch auf den allgemeinen körperlichen und geistigen Zustand. Deshalb muss in der Pflege der bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung viel Aufmerksamkeit gewidmet werden. Folgende Anforderungen gelten:

- Der Ernährungsplan soll möglichst die Wünsche der BewohnerInnen einbeziehen.
- Unnötige Restriktionen, etwa diätetischer Natur, müssen unterbleiben, wenn sie nicht lebenserhaltende und gesundheitserhaltende Bedeutung haben.
- Pflegekräfte müssen in der Lage sein, Risiken für eine Mangelernährung, zu identifizieren.
- Pflegebedürftige Menschen benötigen ausreichend Zeit zur Einnahme ihrer Mahlzeiten. Weder aggressive noch nachlässige Nahrungsverabreichung haben Platz in der Pflege.

66) Empfehlung einer Weiterentwicklung von nationalen Expertenstandards

Für die Verbesserung der Pflegequalität ist die Entwicklung weiterer nationaler, evidenzbasierter Standards für zentrale Bereiche der Pflege hilfreich wie die bereits Existierenden zu Dekubitus-

und Sturzprophylaxe, zu Schmerz- und Entlassungsmanagement. Insbesondere im Hinblick auf die speziellen Anforderungen der Versorgung hochaltriger demenzerkrankter Menschen sind die Entwicklung und Formulierung derartiger Leitlinien erforderlich.

67) Verbesserung des Dokumentationsverhaltens

Es wird die Verbesserung des Dokumentationsverhaltens empfohlen. Als wesentliche Voraussetzungen könnten dazu Wahl und Verwendung geeigneter Dokumentationsinstrumente beitragen, die eine systematische Vorgehensweise leiten und eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen unterstützen. Sie sollten weiterhin den Anforderungen an die methodische Güte entsprechen, gut verständlich sein und unmittelbar für die Pflegeplanung sowie deren Evaluation umgesetzt werden können.

Es muss sichergestellt werden, dass Pflegekräfte den Zustand der Bewohnerinnen genau betrachten, dass sie Risiken und Probleme sicher und rechtzeitig erkennen und dokumentieren. Empfohlen wird auch die generelle Verbesserung der Pflegeplanung. Folgende Probleme dürfen dabei nicht ausgespart werden: Hinweise auf akute Verwirrtheit und auf ein Delir, Trinken und Flüssigkeitsversorgung, Fußversorgung und Pflege besonders gefährdeter Bewohnerinnen (beispielsweise Diabetiker), Zahnstatus und Schmerzen. Auch die Berücksichtigung des Tages- und Nachtablaufs und der Wach- sowie Schlafzeit sollte bei der Pflegeplanung intensiviert werden.

68) Genaue Evaluation der Pflegeplanung

Eine Aktualisierung der Pflegeplanung muss regelmäßig erfolgen. Die Kontrolle der Ergebnisse und der Wirkung von Pflege (Evaluation), die derzeit eher zufällig, punktuell oder gar nicht stattfindet, muss in allen Einrichtungen systematisch durchgeführt werden. Voraussetzungen dafür sind ein geeignetes Pflegedokumentationsinstrument, eine zustands- und bewohnerbezogene Zielfestlegung, die Befähigung und entsprechendes Training der verantwortlichen Mitarbeiterinnen und eine Arbeit mit den Ergebnissen in der täglichen Pflege.

Verbessert werden sollten auch die Dekubitusprophylaxe, die Inkontinenzversorgung und die Überwachung der Psychopharmakaverabreichung. Weiterhin sollte die Sturzprophylaxe intensiviert werden.

Als interne Instrumente zur Qualitätsentwicklung werden die Pflegevisite und die Fallbesprechung empfohlen. Da der Mangel an dem Bewusstsein für eine ursachenorientierte Pflegeplanung als wesentlicher Grund für eine Reihe spezifischer Pflegemängel angesehen wird, ist der Förderung dieses Bewusstseins dabei ein besonderes Gewicht zu verleihen.

69) Ergebnisorientierte Qualitätserfassung

Die ergebnisorientierte Qualitätserfassung muss künftig mehr Gewicht erhalten, ganz im Gegensatz zu bisherigen, primär auf die Strukturen und Formalitäten zielenden MDK-Kontrollen. Das erfordert die Schaffung einer neuen Basis für die Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Insgesamt sollten die Instrumente der öffentlich kontrollierten Qualitätssicherung in der Pflege weiterentwickelt und aufeinander abgestimmt werden (vor allem Heimaufsicht und MDK).

Die Implementierung und dauerhafte Sicherung anerkannter Management-Systeme ist aufwändig. Sie bindet sowohl erhebliche Personal- als auch Finanzressourcen, die Eingang finden müssen in die Pflegesatzvereinbarungen. Das Eine zu fordern (Qualitätsentwicklung) und das Andere zu lassen (Anerkennung der erforderlichen Kosten), führt zu Zerrbildern, die der Ergebnisorientierung – der Weiterentwicklung der Pflegequalität – nicht dienlich sind.

70) Bessere Kooperation und Koordination

Es muss weiterhin sichergestellt werden, dass die Aufgaben beim Pflegebedürftigen kooperativ bewältigt werden. Angehörigenpflege und die Pflege durch Fach- und Hilfskräfte muss sich sinnvoll ergänzen. Zudem bedarf es mehr Kapazität, damit sich die Pflegebedürftigen bewegen, beschäftigen und nicht so viel allein sind. Dafür aber bedarf es einer speziellen Schulung, damit die Fachkräfte die Koordinierung und Verknüpfung dieser Aufgaben verstehen und besser als bisher bewältigen können.

71) Konkretisierung des Qualitätsbegriffs

Insbesondere von juristischer Seite wird darauf hingewiesen, dass der Qualitätsbegriff in der Pflege eher unbestimmt ist und er deswegen auch im SGB XI unbestimmt bleibt. Daher sollen pflegewissenschaftliche Institute beauftragt werden, den Qualitätsbegriff in der Pflege weiterzuentwickeln und vor allem so zu operationalisieren, dass Instrumente zur Messung der Qualität, und in erster Linie der Ergebnisqualität, verfügbar und verbreitet werden.

Eng mit einem Qualitätsbegriff verbunden ist das Assessment. Daher ist als Grundlage für eine effektive individuelle Versorgungsplanung ein Assessmentinstrument einzuführen, das wissenschaftlichen Gütekriterien genügt. Dieses muss in der Lage sein, die für Pflegebedürftige relevanten Hilfebedarfe integriert abzubilden, inklusive der Präventions- und Rehabilitationsanfordernisse sowie des Bedarfs an Hilfen zur Teilhabesicherung. Ein derartiges Instrument ist interdisziplinär anzulegen. Pflegewissenschaftliche Institute sind mit der Entwicklung, Überprüfung und Implementierung derartiger Instrumente zu beauftragen.

72) Förderung der Qualitätssicherung durch Kostenträger

Da die Implementierung und dauerhafte Sicherung anerkannter Managementsysteme aufwändig ist und erhebliche Personal- und Finanzressourcen bindet, müssen diese Kosten auch Gegenstand von den Vergütungsvereinbarungen in der ambulanten und stationären Altenpflege sein. Die Kostenträger werden aufgefordert, dieses nach qualitativer Prüfung angemessen zu berücksichtigen.

Die Kommission ist sich einig, dass es besonderer Anreizsysteme bedarf, um hervorragende Qualität in Pflegeeinrichtungen anzuerkennen. Die Kostenträger werden aufgefordert, Anstrengungen zu unternehmen, um die besonderen Bemühungen auf diesem Gebiet zu belohnen und dieses fördernd öffentlich darzustellen.

73) Weiterentwicklung von Qualitätsstandards

Die Bemühungen des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bei der Entwicklung nationaler Expertenstandards und der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) bei der Entwicklung von Qualitätsniveaus leisten einen wesentlichen Beitrag zur Bestimmung und Umsetzung von Qualität in der Pflege und Interdisziplinarität in Pflegeinstitutionen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, diese Bemühungen langfristig zu fördern und damit die Entwicklung der Pflegequalität direkt zu unterstützen.

Darüber hinaus werden die Träger von Pflegeeinrichtungen aufgefordert, die inzwischen entwickelten und veröffentlichten Expertenstandards gezielt umzusetzen. Die dazu erforderlichen Mittel müssen in die Pflegesätze einkalkuliert werden.

Der Formulierung dieser Leitlinien Qualitätsstandards sollte der aktuellste Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu Grunde gelegt werden. Die Instrumente der Qualitätssicherung müssen stets auf ihre Wirksamkeit untersucht werden, um eine zielgerichtete Verbesserung der Pflege zu ermöglichen und überflüssige Aktivitäten und Anforderungen zu vermeiden.

Es ist eingehend zu prüfen, ob die Einhaltung dieser Standards nach einer Übergangsfrist verbindlich vorzuschreiben ist und die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung ein Kriterium für den Abschluss oder die Kündigung eines Versorgungsvertrages werden kann.

74) Pflegeberichterstattung als Instrument zur Qualitätsentwicklung

Eine systematische und regelmäßige Pflegeberichterstattung mit den wichtigsten Qualitätsindikatoren, bei der die einzelnen Institutionen der Pflege Zugang zu ihren Ergebnissen erhalten, der Gesamtbericht jedoch anonym veröffentlicht wird, kann für die einzelne Einrichtung ein wesentliches Instrument zur Entwicklung der Pflegequalität darstellen. Darüber hinaus ist eine derartige Pflegeberichterstattung als Instrument zur Suche nach den Ursachen der Qualitätsmängel und zur Planung für eine regionale Versorgung zu nutzen.

Es ist zu fordern, dass eine solche Pflegeberichterstattung auf kommunaler bzw. regional kleinteiliger Ebene flächendeckend durchgeführt wird. Dies ist sowohl für die stationäre als auch die ambulante Pflegeversorgung zu fordern. Als ein Teil dieser Pflegeberichterstattung sollten alle bei Qualitätsprüfungen gesammelten Daten kurzfristig veröffentlicht werden.

75) Spezifische Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung

Instrumente zur Qualitätssicherung, die nicht in ein Managementsystem integriert sind, verlieren oft an Wirkung. Die Träger von Pflegeeinrichtungen werden aufgefordert, derartige Instrumente für einen ständigen Prozess der Qualitätsentwicklung zu nutzen und entsprechende Ansätze zu nutzen.

13.7 Bürgerschaftliches Engagement in der pflegerischen Versorgung

76) Gesamtkonzeption zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements bedarf es in NRW einer Gesamtkonzeption, die Information und Beratung sicherstellt, Netzwerke entwickelt und pflegt, ein übergreifendes Verständnis im Sinne zivilgesellschaftlicher Orientierung befördert und notwendige landespolitische und rechtliche Maßnahmen anstößt. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte an zentraler, ressortübergreifender Stelle die Voraussetzungen dafür schaffen und dabei auch die Erfahrungen sowohl anderer Bundesländer wie des Auslandes systematisch auswerten und das entsprechende Wissen verbreitern. Den Kommunen kommt dabei als Bestandteil ihres Auftrags zur sozialen Daseinsvorsorge die Aufgabe zu, die Leitidee von der „neuen Kultur des Helfens“ auf der örtlichen Ebene praktisch umzusetzen, d. h. zu organisieren, zu fördern und zu stabilisieren.

77) Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in der Seniorenbildung

Engagementförderung heißt immer auch fachliche Vorbereitung und Qualifizierung. Entsprechend bedarf es – erst Recht für die Förderung bürgerschaftlichen Engagements in Pflegekontexten, da hier wenig (Vor-) Erfahrungen vorliegen – vielfältige und aufeinander abgestimmter Maßnahmen, die Freiwillige für ihre Aufgaben qualifizieren, ihre Motivation fördern und erhalten helfen und zugleich speziell für ältere Menschen unter den Engagierten wichtige Impulse für eine positive Lebensgestaltung des Alters bieten. Der Erfolg entsprechender Maßnahmen wird dabei auch davon abhängen, inwieweit es gelingt, (noch) Berufstätige für Formen freiwilligen Engagements zu gewinnen. Engagements in der Erwerbsphase sind wesentliche Brückenpfeiler für ein Engagement nach Erreichen der arbeitsrechtlichen Altersgrenze. Dabei bietet sich aktuell auch das Instrument der Altersteilzeit an, dessen Nutzung für die Vorbereitung auf nachberufliches bürgerschaftliches Engagement bislang kaum praktiziert wird. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte sich – anknüpfend an die vielfältigen Erfahrungen in der Bildungsarbeit mit und für ältere/n Menschen für eine breit angelegte Engagementförderung auf den verschiedenen Ebenen der Seniorenbildung einsetzen.

78) Professionelle Unterstützung des Ehrenamtes

Professionelle Pflege kann nicht durch freiwilliges bürgerschaftliches Engagement ersetzt werden. Andererseits wird man allein von beruflich erbrachter Pflege nicht die Sicherstellung von Lebensqualität im Alter erwarten können und dürfen. Insofern bedarf es einer klaren Profilierung freiwilligen und bürgerschaftlichen Engagements in allen unterschiedlichen Erscheinungsformen in Abgrenzung zu den regelhaft familiär oder beruflich erbrachten Leistungen in der Pflege. Dabei geht die Kommission von folgendem Handlungsgrundsatz aus: Bürgerchaftliches Engagement braucht professionelle Unterstützung.

79) Förderung eines frühen Einstiegs in das Ehrenamt

Die frühe Erfahrung mit einem sozialen Engagement führt in vielen Fällen auch in späteren Jahren wieder zu einer freiwilligen Tätigkeit in diesem Feld. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, den frühen Einstieg in eine ehrenamtliche Tätigkeit über schulische, berufsbildende oder freiwillige Dienste zu fördern. Auch den Betrieben und den Tarifparteien kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige, bislang kaum aufgegriffene Funktion zu.

Erfahrungen zeigen, dass Personen, die selbst einmal (häuslich wie professionell) gepflegt haben, unter bestimmten Bedingungen durchaus bereit sind, auf ehrenamtlicher Basis auch weiterhin hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen zu betreuen. Diese zumeist älteren Menschen sollten in ihrem Umfeld, beispielsweise in den Kirchengemeinden oder den Altenbegegnungsstätten „abgeholt“ und hinsichtlich einer freiwilligen Tätigkeit in der Pflege beraten und ggf. entsprechend (weiter) qualifiziert werden.

80) Förderung der sozialen Kompetenz

Die Zukunft einer menschenwürdigen Pflege kann dauerhaft nur sichergestellt werden, wenn sich künftig mehr Menschen im sozialen Bereich engagieren. Dem muss auch im Rahmen der schulischen Bildung Rechnung getragen werden. In Bewerbungen sollten Arbeitgeber neben den studien- und beruflichen Qualifikationen soziale und ehrenamtliche Tätigkeiten stärker berücksichtigen.

81) Unterstützende Betreuung von demenziell Erkrankten

Erfahrungen mit verschiedenen Modellprogrammen haben darüber hinaus gezeigt und belegt, dass insbesondere in der ambulanten und teilstationären Versorgung von demenziell Erkrankten ein wichtiges Betätigungsfeld für bürgerschaftliches Engagement gesehen werden kann, vorausgesetzt, es findet eine entsprechende fachliche Vorbereitung und Begleitung statt. Speziell für die Hauptpflegepersonen liegen darin zugleich auch wertvolle Möglichkeiten zur Entlastung und damit zum Erhalt ihrer Pflegebereitschaft. Es gilt, die vorliegenden Erfahrungen auf ihre Übertragbarkeit auszuwerten und die Ergebnisse insbesondere auf örtlicher Ebene stärker bekannt zu machen.

82) Materielle Anreize

Die Kommission ist der Auffassung, dass bürgerschaftliches Engagement in der Pflege für ein „Vergelt's Gott“ allein nicht zu haben ist. Dafür bedarf es – wie in anderen Bereichen des sozialbürgerschaftlichen Engagements auch – materieller Anreize; beispielsweise ist für Fahrt- und Telefonkosten oder für andere finanzielle Aufwendungen, die den freiwilligen Helferinnen und Helfern bei ihrer Arbeit entstehen, ein finanzieller Ausgleich vorzusehen. Allerdings ist bei Zahlungen von Aufwandsentschädigungen darauf zu achten, dass die Entschädigung nicht zu einem „Niedriglohn“ und die bürgerschaftliche Ergänzung in der Pflege nicht zu einem neuen „Niedriglohnsektor“ wird.

83) Aufgabenteilung zwischen Professionellen, Hauptpflegepersonen und ehrenamtlich Engagierten

Das hauptberuflich tätige Personal in den pflegerischen Versorgungseinrichtungen muss auf den Umgang mit und den Einsatz von freiwilligen Helferinnen und Helfern entsprechend vorbereitet und gegebenenfalls auch geschult werden, um Friktionen und Zuständigkeitsprobleme zu vermeiden. Notwendig sind u. a. konkrete Absprachen und Kooperationen im Hinblick auf das gemeinsame Erreichen von Pflegezielen. Dazu bedarf es unter anderem der Verabredung einer klaren Rollenverteilung zwischen Professionellen, Hauptpflegepersonen und ehrenamtlich Engagierten. Ehrenamtliche können bei gegebenen Bedingungen eine Bereicherung für die Einrichtungen sein und brauchen dabei unter anderem auch einen festen Ansprechpartner.

84) Gesellschaftliche Anerkennung

Auch in der Pflege bedarf bürgerschaftliches Engagement der gesellschaftlichen Anerkennung, die es insgesamt stärker als bisher zu fördern gilt. Öffentliche „Ehrungen“ können dazu ebenso dienen wie andere Formen der „Belohnung“ einschließlich regelmäßiger Weiterqualifizierungsangebote. Darüber hinaus müssen auch die Interessen und Belange der freiwilligen Helferinnen und Helfer innerhalb der professionellen Angebotsstrukturen angemessen vertreten sein. Helferinnen und Helfer sollten stärker auf die Möglichkeit der Weiterbildung angesprochen werden. Entsprechende Nachweise können hier eine große Aufmerksamkeit bewirken. Ein solcher Kompetenznachweis hat vielseitige Bedeutung, da er den Personen, die noch im Erwerbsleben stehen, zusätzlich erworbene Kenntnisse bescheinigt und denen, die bereits am Ende ihres Erwerbslebens stehen, einen Neuanfang in neuen Tätigkeiten sichtbar macht.

85) Bürgerschaftliches Engagement in der kommunalen Altenhilfe

Konzepte zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sollen in Zukunft als ein zu realisierendes Qualitätskriterium sowohl im Rahmen der kommunalen Altenhilfe wie in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung festgeschrieben werden. Denkbar wäre, kommunale Zuschüsse künftig in einem gewissen Umfang an die Realisierung entsprechender Angebote zu knüpfen, um so den Anreiz dafür zu schaffen, dass Leistungsanbieter vorhandene Strukturen fördern und weiter ausbauen.

86) „Neue Selbstverständlichkeit des Helfens“

Bürgerengagement kann zwar öffentlich gefördert, nicht aber gesetzlich verordnet werden. Auf Dauer ist freiwilliges Engagement nur sicherzustellen, wenn staatliches Handeln und das Handeln der örtlichen Verantwortungsträger in Organisationen, Verbänden und Vereinen sich für eine „neue Selbstverständlichkeit des Helfens“ einsetzen. Dazu gehören neben Qualifizierung, professionelle Stützung, materielle Absicherung und öffentliche Anerkennung auch eine Flankierung durch unterstützende Maßnahmen in den Bereichen Haftung, Versicherungsschutz und Steuerpolitik.

87) Evaluation der Modellprojekte zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Speziell in der pflegerischen Versorgung, so insbesondere in der Pflege von demenziell Erkrankten, werden derzeit auch in NRW vielfältige auf die Einbindung freiwilliger Helferinnen und Helfer ausgerichtete Modellprojekte geplant und durchgeführt. Bei der Förderung derartiger Projekte ist darauf zu achten, dass sie begleitet und aussagekräftig evaluiert werden. Außerdem müssen sie so angelegt sein, dass eine weitere Durchführung des Projektes nach Abschluss der Modellphase und der Beendigung der finanziellen Förderung möglich ist.

13.8 Arbeits- und Berufsfeld Pflege

88) Gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeberufe

Neben einer verstärkten Förderung der Pflegeausbildungen ist es unerlässlich, die gesellschaftliche Anerkennung der Pflegenden zu erhöhen, um den Personalmangel in der Pflege zu beseitigen. Imagekampagnen sind nur ein Baustein dazu. Es ist insbesondere erforderlich, den Pflegeberuf substantiell attraktiv zu machen. Dazu gehören gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Durchstieg zur Fachhochschulreife, sichtbare Karrierechancen, akzeptable Arbeitszeiten, eine leistungsgerechte Bezahlung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Entlastung der Pflegekräfte von unnötiger Bürokratie. Erlerntes Wissen muss in der Praxis umfassend angewendet werden können und darf nicht durch die ausschließliche Ausübung von Routinetätigkeiten verdrängt werden. Dies gilt insbesondere für die psychosozialen Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte der Pflegeberufe.

89) Pflegeausbildung

Eine bedarfsgerechte Anzahl an Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen ist eine wichtige Voraussetzung, um menschenwürdige Zustände in der Pflege zu gewährleisten und Pflegegemängel zu vermeiden. Deshalb steht das Land in der Pflicht, ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen. Die Kontingentierung von Ausbildungsplätzen durch die Landesregierung hat sich als kontraproduktiv erwiesen. Unter anderem muss jeder Auszubildende, der einen betrieblichen Ausbildungsplatz nachweisen kann, in Zukunft auch einen Platz in einem Fachseminar für Altenpflege erhalten.

Ab dem Jahr 2005 kann die Arbeitsverwaltung nach SGB III nur noch zweijährige Ausbildungen fördern. Hieraus ergeben sich Probleme bezogen auf die dreijährigen Ausbildungsgänge. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, auf eine Weiterführung der bisherigen Regelung zu drängen. Die Vorstellungen zum zukünftigen Bedarf beruflich Pflegenden bilden bereits die Grundlage der Arbeitsmarktpolitik. Aus diesem Grunde fordert die Kommission die Landesregierung auf, ein Verfahren zu entwickeln, welches den zukünftigen Bedarf beruflich Pflegenden und der benötigten Qualifikation abbildet.

Handlungsbedarf besteht allerdings nicht nur bei der Zahl der Ausbildungsplätze. Auch inhaltlich muss die Altenpflegeausbildung weiterentwickelt werden. Die Ausbildung für den Pflegeberuf muss sich an die sich stetig verändernden und steigenden Anforderungen in den

Einrichtungen (beispielsweise stetig steigender Anteil von dementen und mehrfach erkrankten alten Menschen) anpassen, um hinreichend auf die Praxis vorzubereiten. Die Ausbildung muss fachliche wie sozial-/kommunikative und personale Kompetenz für die Arbeit unter realistischen Bedingungen vermitteln. Weiterhin ist es erforderlich, dass beruflich Pflegenden über ausreichende kommunikative Kompetenzen verfügen, damit sie sich auch mit unterschiedlichen Gruppen pflegebedürftiger Menschen verständigen können, auch um Nachteile in der Versorgung aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten auf Seiten der Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Auch der in den Pflegeschulen absolvierte Ausbildungsteil bildet einen wichtigen Anknüpfungspunkt für die Verbesserung des Berufsfeldes Pflege. Insbesondere gilt es, Anleiter und Lehrer besser zu qualifizieren sowie die Kooperation der Schulen mit den Praxiseinrichtungen zu verbessern. Die Empfehlende Richtlinie zur Ausbildung in der Altenpflege des Landes Nordrhein-Westfalen ist überarbeitungsbedürftig, insbesondere in Hinblick auf die Integration von Theorie- und Praxisausbildung.

Die Enquête-Kommission empfiehlt Modellversuche, um mit ihnen Erfahrungen für eine generalistische Pflegeausbildung zu sammeln. Ein Entwicklungsschritt kann auch in einer gemeinsamen Grundausbildung gesehen werden. Auch die Erfahrungen aus dem europäischen Raum sind für die weitere Entwicklung zu berücksichtigen.

90) Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals und der Leitungskräfte

Veränderungen im Fort- und Weiterbildungsbereich sind dringend. Pflegerisches Wissen geht schnell verloren, wenn es in den täglichen Arbeitsabläufen nicht angewendet werden kann. Fort- und Weiterbildungen, die sich nur auf Einzelne beziehen, sind für die Praxis zu wenig veränderungswirksam.

Deswegen muss die gesamte Organisationskultur im Sinne lebendigen Lernens verändert werden. Ein idealer Weg ist es, die Qualität der Mitarbeiter einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung insgesamt zu entwickeln, statt nur einzelne Personen fortzubilden. In einem solchen Fortbildungssystem müssten Leitungen, Teams und einzelne Spezialisten gemeinsam an einer optimierten Strukturierung der Prozesse in einer Einrichtung arbeiten. Auch das Lehrpersonal in den Fachseminaren ist besser zu qualifizieren. Notwendig ist aus der Sicht der Kommission auch die angemessene Anzahl von ausgebildeten Fachlehrern, die Entwicklung systematischer Curricula, die besonders dem Theorie – Praxiswissenstransfer Rechnung tragen. Dafür müssen die Möglichkeiten der Aus- und Fortbildung weiterentwickelt werden.

Dabei sollten Weiterbildungsangebote modularisiert werden (Grund- und Aufbauangebote), damit eine Flexibilisierung der Weiterbildung erreicht werden kann. Weiterhin bedarf es gezielter Anreize, damit ein umfängliches Interesse an der Wahrnehmung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen besteht. Die in der Pflege Tätigen sind zudem in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege besonders zu schulen.

Wie in den Krankenpflegeberufen bereits üblich, muss auch im Bereich der Altenpflege die Fort- und Weiterbildung besser strukturiert werden. Die in anderen Ausbildungsberufen übliche Trennung zwischen Weiterbildungen mit vielfach einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungs-

inhalten und einer staatlichen Anerkennung und Fortbildungen, in den Problemlagen und Veränderungen des beruflichen Aufgabenspektrums sowie beispielsweise präventives Verhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit behandelt werden, sollte auch bei Altenpflegekräften eingeführt werden.

91) Rekrutierung von Pflegehelferinnen

Die Nähe der Berufsausbildung zu vielen ehrenamtlichen Tätigkeiten in der Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen veranlasst bereits Träger, sich im Vorfeld aus dem Potenzial der Helfer „Nachwuchs“ für die spätere berufliche Tätigkeit auszusuchen. Dieser Aspekt wird derzeit in der Diskussion zu Unrecht vernachlässigt, da er auf dem Arbeitsmarkt des Dienstleistungssektors neue Chancen für Quereinsteiger eröffnet. Es wird empfohlen, die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt zu suchen, um weitere Potenziale an Helferinnen und Helfern zu gewinnen.

92) Integrierte Versorgung und Case-Management

Im Zusammenhang mit der Entwicklung einer stärker integrierten Versorgung kann ein sinnvolles Case-Management eine wichtige Rolle spielen. Die Funktion eines Case-Managements könnte es sein, einen individuell konkretisierbaren „Sorge-Mix“ aus professionellen und nicht-professionellen Angeboten für Pflegebedürftige zusammenzustellen und erkennbar zu machen.

Wenig zielführend erscheint eine polarisierte Debatte darüber, welche Institution oder welche Berufsgruppe am geeignetsten für die Übernahme der Funktion des Case-Managements ist. In vielen Fällen dürfte dies der Hausarzt sein, in anderen Fällen eine Pflegekraft, eine psychosoziale Beratungsstelle, ein Krankenhaus-Sozialdienst oder auch die Pflegekassen.

93) Rahmenvereinbarungen nach SGB V und SGB XI

Es sollte eingehend überprüft werden, ob die in den Verträgen nach § 132a SGB V und nach § 75 SGB XI formulierten Rahmenvereinbarungen im Konflikt mit Art. 12 GG stehen. Die Anforderung, eine bestimmte Zahl von Pflegefachkräften fest angestellt in einem Pflegedienst vorzuhalten, könnte freiberuflich tätigen Pflegekräften weitgehend die Chance nehmen, in diesem Sektor tätig zu sein. Ebenso könnten kleinere Pflegedienste betroffen sein, die nicht über die vorausgesetzte Betriebsgröße verfügen. Hier könnte der Bedarf einer Liberalisierung dieser Vorgaben bestehen. Dabei ist jedoch das Schutzbedürfnis der Nutzer zu berücksichtigen.

94) Gleichstellung von Altenpflegefachkräften in Leitungsfunktionen

Die Rahmenempfehlungen und die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sehen in Nordrhein-Westfalen vor, dass ein Dienst, der häusliche Krankenpflegeleistungen gemäß § 37 SGB V abgeben will, von einer Krankenpflegekraft geleitet werden muss. Diese Regelungen führen zu einer Diskriminierung der Altenpflege. Die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen vermittelt ein ausreichendes Maß an krankenpflegerischem Wissen.

Spätestens seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 24.10.2002, mit der die Altenpflege als „Heilberuf“ gewertet wurde, erscheint eine Differenzierung bei der Frage, wer die Leitung eines Pflegedienstes übernehmen darf, nicht mehr zu rechtfertigen. Den Altenpflegekräften werden sonst Aufstiegsmöglichkeiten genommen. Dadurch wird die Selbstständigkeit des Altenpflegeberufs beschnitten und die Attraktivität der Ausbildung sowie des ganzen Berufs beeinträchtigt. Eine Differenzierung ist vor dem Hintergrund des Personalmanagements in der Pflege und der dringend notwendigen Aufwertung des Altenpflegeberufs als kontraproduktiv zu bewerten.

Die Kommission empfiehlt diese Diskriminierung in den Rahmenempfehlungen und in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu beseitigen.

95) Anzahl und Qualifikation des Personals am Bedarf der Pflegebedürftigen ausrichten

Es wird empfohlen, Anzahl und Qualifikation des Personals in stationären Einrichtungen am tatsächlichen Bedarf der Pflegebedürftigen auszurichten. Dabei ist eine Differenzierung der Qualifikationen an gewandelte und zunehmend differenzierte Versorgungsbedarfe anzustreben. Diese müssen sich insbesondere beziehen auf die folgenden Bereiche:

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

Zur Ermittlung dieses Bedarfs werden schon für die betriebliche Praxis verlässliche Verfahren und Vorgehensweisen benötigt. Im Bereich der ambulanten Pflege müssen die Qualität und Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste durch eine entsprechende Ausrichtung des Leistungskataloges und der Leistungsvereinbarung weiter verbessert werden.

96) Anforderungen an die Pflege von Migrantinnen und Migranten

Eine Sensibilisierung der Träger, Einrichtungen und Pflegekräfte für kulturspezifische Anforderungen ist erforderlich. Dies setzt eine Verankerung von migrationsspezifischen Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Medizin und Pflege voraus. Für die Gesundheitsberufe hat im Hinblick auf die speziellen Aspekte in Medizin und Pflege der älteren Menschen die Fortbildung zu den Demenzerkrankungen besondere Bedeutung. Ziel ist die Vermittlung geriatrischer Kompetenz. Pflegekräfte müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung insbesondere auf die steigende Zahl von Demenzerkrankten fachlich vorbereitet werden. Die Kommission empfiehlt die Entwicklung eines Curriculums zur Weiterbildung von Pflegekräften für gerontopsychiatrische Pflege.

97) Differenzierung der Fachkraftquote

Die jetzt gesetzlich vorgeschriebene starre Pflegefachkraftquote in stationären Einrichtungen von 50 Prozent ist nur ein mangelhaftes Instrument zur Feststellung des in einer Pflegeeinrichtung erforderlichen Bedarfs an Fachkräften. Sie bildet den Pflegebedarf und die Bedürfnislagen der Pflegebedürftigen nicht mehr hinreichend ab. Sie kann nur als Mindestquote ohne Anpassung an die jeweils individuelle Situation in den Einrichtungen gewertet werden. Der Anteil an Fachpersonal muss sich jeweils nach Art und Umfang der zu leistenden Pflege richten.

Der Fachkraftbegriff verhindert die Gewinnung der benötigten personellen Ressourcen und den Einsatz multiprofessioneller Teams. Eine Einengung des Fachkraftbegriffes auf Pflegefachkräfte ist nicht geboten. Durch Multiprofessionalität in den stationären Einrichtungen, durch einen Mix aus therapeutischen, hauswirtschaftlichen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Professionen, kann in Zukunft eine menschenwürdige Pflege gewährleistet werden, damit Pflege nicht zu einer „Restkategorie“ degradiert wird.

98) Personalbemessungsverfahren und Fachkraftbegriff- und Fachkraftquote

Ein Hauptproblem in der Pflege ist die Feststellung der notwendigen Anzahl und Qualifikation des für ein hohes Maß an Qualität erforderlichen Personals. Die derzeit verwendeten Verfahren zur Bemessung des Personals sind größtenteils nicht empirisch abgesichert, bilden den benötigten Bedarf an Pflegekräften nicht zutreffend ab. Deshalb sollte es einer der Schwerpunkte pflegewissenschaftlicher Forschung sein, Grundlagen zur Feststellung von Anzahl und Qualifikation des benötigten Personals zu erarbeiten und die derzeit angewendeten Verfahren kritisch zu überprüfen. Die Einführung von Personalbemessungsverfahren in der Pflege garantiert allerdings nicht automatisch mehr Personal in den Pflegeeinrichtungen.

99) Pflegekammer

Von den Befürwortern der Einrichtung einer Pflegekammer konnte bei einem Fachgespräch in der Arbeitsgruppe die Frage nach dem Zweck einer solchen Kammer nicht abschließend beantwortet werden. Auch die Aufgaben einer Kammer für Pflegeberufe konnten nicht eindeutig definiert werden.

Viele Pflegende setzen zwar große Erwartungen in die Einrichtung einer Pflegekammer. Sie versprechen sich eine stärkere Vertretung der Interessen, mehr Professionalisierung und Eigenständigkeit. Dabei sind jedoch sehr hohe Informationsdefizite hinsichtlich der Vor- und Nachteile sowie der Bedingungen für eine Kammerorganisation der Pflegeberufe erkennbar. Die Möglichkeiten einer Pflegekammer werden überschätzt.

Vor der Einrichtung einer Pflegekammer müssten gewichtige verfassungsrechtliche Bedenken entkräftet werden. Die Einrichtung einer Kammer mit Pflichtmitgliedschaft berührt mehrere Grundrechte. Die Einrichtung einer Kammer für Pflegeberufe würde gegen das verfassungsmäßige Übermaßverbot verstoßen, wenn die für sie vorgesehenen Aufgaben auch von den bestehenden Berufsverbänden, Vereinen und den Gewerkschaften wahrgenommen werden können.

Die Kommission empfiehlt dennoch, das Konzept einer Kammer für Pflegeberufe weiterzuentwickeln sowie Zweck und Aufgaben dieses Organs deutlicher als bisher zu beschreiben.

100) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen

Neben den Leistungsträgern müssen auch die Verantwortlichen in den Einrichtungen der pflegerischen Versorgung, die daran mitwirken müssen, die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal zu sichern und auch damit eine menschenwürdige Pflege zu gewährleisten. Die Kommission empfiehlt den Akteuren in der Pflege, der Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen in der Pflege höchste Priorität einzuräumen. Eine Entspannung der Arbeitssituation wird letztlich auch als Gesundheitssicherung der Pflegenden wirksam.

101) Arbeitsablauf und Arbeitsorganisation

Die zu erzielende Qualität einer Einrichtung und die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erbringende Pflege- und Betreuungsleistung muss vom Träger der Einrichtung klar definiert werden. Dienstpläne müssen optimiert werden, um unnötige und kurzfristig zu übernehmende Überstunden zu vermeiden und die ohnehin problematische Situation der Vereinbarkeit von Schichtarbeit und Privatleben nicht zusätzlich zu verschärfen.

Die Enquête-Kommission empfiehlt die Erprobung von zeitautonomen Arbeitsteams in der Pflege, um die Dienstplangestaltung, die Personaleinsatzplanung und die Dauer von Übergabezeiten den Anforderungen der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation in den Einrichtungsbereichen anpassen zu können.

Die Schnittstellen zwischen Pflege und Hauswirtschaft müssen geklärt und abgegrenzt werden, um pflegefremde Tätigkeiten auszuschließen. Dies bedarf einer Vereinbarung innerhalb der Selbstverwaltung, basierend auf einer Tätigkeitsanalyse und in Folge einer Neudefinition der jeweiligen Personalschlüssel.

Im Bereich der ambulanten Pflege muss die Organisation der Einsätze überprüft werden. Zu knappe Zeitbudgets und daraus erfolgende Unpünktlichkeit führen ebenso wie der dauernde Personalwechsel bei der Versorgung einzelner Pflegebedürftiger und der Zeitmangel vor Ort nicht nur zu einer schlechteren Qualität der Pflege, sondern stellen auch eine erhebliche Belastung für die Pflegekräfte dar.

102) Gesundheitsmanagement

Durch ein systematisches Gesundheitsmanagement und regelmäßige anwendungsbezogene Maßnahmen (beispielsweise Rückenschule) könnte einer Vielzahl der genannten Problemlagen begegnet werden. Die fachliche Weiterbildung sollte sich auch auf die eigene Gesundheitsvorsorge und den Umgang mit den individuellen psychischen Belastungen beziehen. Es müssen die geeigneten technischen und organisatorischen Ausstattungen zur Verfügung stehen, um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen. Die Kommission fordert die Kosten- und Leistungsträger auf, hierfür ausreichend Sorge zu tragen.

103) Konfliktmanagement beim Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen

Für Pflegekräfte in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Diensten der Pflege, die mit täglichen psychischen und physischen Belastungssituationen konfrontiert sind, muss in den Einrichtungen ein Konfliktmanagement beim Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen zur Verfügung stehen. Dies kann den Umgang mit Leid, Sterben und Tod der Betreuten ebenso betreffen wie Konflikte mit Kolleginnen und Kollegen.

Heim- und Pflegedienstleistungen müssen umfassend qualifiziert sowie verbindlich und kontinuierlich weitergebildet werden, denn sie beeinflussen nicht nur entscheidend die Motivation der Mitarbeiter, sondern bestimmen ganz wesentlich die gesamte „Kultur“ einer Einrichtung mit. Darüber hinaus müssen die Führungskräfte auf allen Ebenen im Hinblick auf ihre Führungsverantwortung geschult werden.

13.9 Pflegeforschung und Pflegewissenschaft in NRW

104) Ausbau von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Die Kommission begrüßt die in den vergangenen Jahren erfolgte Etablierung von Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland, denn viele der traditionellen Pflegekonzepte entsprechen seit längerem nicht mehr den aktuellen Anforderungen. Es ist unübersehbar geworden, dass wissenschaftlich gestützte, evidenzbasierte Konzepte und Strategien gefordert sind. Dazu nötige Voraussetzung ist die hinreichende Verfügbarkeit von wissenschaftlicher Kompetenz in der Pflege. Angesichts dessen empfiehlt die Kommission der Politik, den Hochschulen und Förderinstanzen, den Ausbau der noch jungen Pflegewissenschaft intensiv weiter voranzutreiben und Pflegeforschung aktiv zu fördern.

105) Bachelor-, Master- und Promotionsstudiengänge

Auch in Nordrhein-Westfalen wurde mit großer Schubkraft die Schaffung pflegewissenschaftlicher Studiengänge angegangen; gleichwohl ist noch keine befriedigende Situation erreicht: Noch fehlt es der entstandenen Studiengangstruktur an einer sinnvollen Gesamtkontur, und an etlichen Hochschulen drohen sogar rückläufige Entwicklungen. Auch die Schaffung einer international anschlussfähigen, dreistufigen Studiengangstruktur (mit Bachelor-, Master- und Promotionsstudiengängen) zu schaffen, wie sie mit der Hochschulagenda 2010 gefordert wird und in vielen anderen europäischen Ländern bereits realisiert ist, steht noch aus. Die Kommission empfiehlt daher der Politik, den Hochschulen und der Wissenschaft, im Bereich Pflegewissenschaft eine dreistufige international anschlussfähige Studiengangstruktur zu realisieren, dabei in Nordrhein-Westfalen beschrittene Sonderwege zu korrigieren und international anerkannte Bildungsabschlüsse zu ermöglichen. Sie empfiehlt außerdem eine hinreichende universitäre Verankerung von Pflegewissenschaft.

106) Förderung des Wissenstransfers

Die Kommission begrüßt den in den vergangenen Jahren erfolgenden Ausbau von Pflegeforschung und unterstützt die aus Mitteln des Bundes geförderten Pflegeforschungsverbände, von denen einer in Nordrhein-Westfalen angesiedelt ist. Sie appelliert aber zugleich an die Politik und die Hochschulen, Sorge dafür zu tragen, dass Pflegeforschung langfristig strukturell abgesichert und ausgebaut wird. Zugleich erachtet sie für dringend nötig, den Wissenstransfer in die Praxis zu verbessern. Der Wissenstransfer ist derzeit dadurch erschwert, dass neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis auf nicht vorbereiteten Boden fallen. Daher rät die Kommission dringend, in der Praxis die entsprechenden Voraussetzungen für den Wissenstransfer zu schaffen.

107) Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung

Die Kommission empfiehlt die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung. Dazu ist der Ausbau der noch jungen Pflegewissenschaft durch geeignete Maßnahmen voranzutreiben und die Pflegeforschung aktiv zu fördern. Das Land wird aufgefordert, Hochschulen darin zu unterstützen, Master- oder andere weiterführende Studiengänge mit den Schwerpunkten gerontologische und gerontopsychiatrische Pflege einzurichten.

Dies ist insbesondere zur Neu- und Weiterentwicklung von Pflegestandards unverzichtbar. Der Strukturwandel des Alters und die Veränderung des Krankheitspanoramas werden mit großen wissenschaftlichen Herausforderungen einhergehen. Vor diesem Hintergrund sind auch in der Pflege wissenschaftlich gestützte und auf ihre Evidenz hin überprüfte Konzepte erforderlich.

108) Ausbau wissenschaftlicher Begleitung von Modellprojekten

Zum Ausbau wissenschaftlicher Begleitung von Modellprojekten wird empfohlen, für alle auf Praxisverbesserung der gesundheitlichen Versorgung abzielenden Modellprojekte im Land Nordrhein-Westfalen einen best-practice-Schlüssel einzuführen, über den das Verhältnis von Ressourceneinsatz für Planung und Umsetzung auf der einen Seite und wissenschaftliche Begleitung und Auswertung auf der anderen Seite festgelegt wird.

109) Studiengangentwicklung und universitäre Verankerung von Pflegewissenschaft

Für die Studiengangentwicklung wird empfohlen, eine sinnvolle und ineinander greifende Gesamtkontur herzustellen, die auch international anschlussfähig ist und eine dreistufige pflegewissenschaftliche Studiengangstruktur (Bachelor-, Master- und Promotionsstudiengänge) aufweist. Durch unzureichende promotions- und habilitationsvorbereitende Studiemöglichkeiten und universitäre Verankerung von Pflegewissenschaft, müssen die in Nordrhein-Westfalen bestehenden universitären Lehrstühle für Pflegewissenschaften strukturell und finanziell abgesichert werden, um den stagnierenden universitären Ausbau voranzutreiben und vor allem, geeignete Studienbedingungen für die Ausbildung von Forschungsexpertise und von wissenschaftlichem Nachwuchs zu fördern. Darüber hinaus wird auch künftig noch Engagement

dafür erforderlich sein, um Förderinstanzen – seien es Stiftungen oder Ministerien – auf den Bedarf an Pflegeforschung und an Fördermitteln für dieses neue Gebiet aufmerksam zu machen

110) Stärkung der Forschungsaktivitäten

Die Forschungsaktivitäten in den beiden Bereichen – der klinischen bzw. patientenorientierten Pflegeforschung und der pflegerischen Versorgungsforschung (Health Services Research in Nursing) zu verstärken, dürfte eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein – auch um die vielfältigen Probleme in der Praxis zu bewältigen.

111) Praktische Umsetzung der Pflegewissenschaft

Und schließlich ist dringend erforderlich, sich der mit der Etablierung von Pflegewissenschaft verbundenen Zielvorstellung zu erinnern und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Pflegewissenschaft auf breiterer Basis als bislang praktisch wirksam werden kann. Absolventen und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse sollten Eingang in die Praxis finden und innovativ genutzt werden können.

13.10 Wohnen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

112) Grundüberlegungen für ein bedarfsgerechtes Angebot an altersgerechten Wohn- und Pflegeformen

Der überwiegende Teil der älteren Menschen möchte so lange wie möglich selbstständig in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben. Der Bedarf an selbstbestimmten Wohnformen wird weiter wachsen. Veränderte Wünsche an ein Wohnen und Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit, verbunden mit der demographischen Entwicklung müssen sich auf die Gestaltung der Wohnungs- wie auch der Pflegepolitik auswirken. Nach Auffassung der Kommission wird es deshalb zukünftig noch wichtiger sein, vorrangig Wohn- und Hilfeangebote für pflegebedürftige Menschen im normalen Wohnumfeld zu verankern und Wohnraum für alle Lebenslagen zu schaffen, der auf die individuellen Lebens- und Bedürfnislagen der betroffenen Menschen ausgerichtet ist und somit eine Alternative zum Heim darstellt.

Vorrangig gilt es, Wohnformen zu fördern, die die Selbstständigkeit, gegenseitige Hilfe, nachbarschaftliches und generationenübergreifendes Zusammenleben mit professioneller Hilfe verbinden. Hierzu gehören auch Einrichtungen und Dienste, die auf Erhaltung der Selbstständigkeit im normalen Wohnen ausgerichtet sind. Die Kommission sieht zudem eine wichtige Aufgabe darin, die soziale Integration älterer und pflegebedürftiger Menschen im Wohnquartier zu erhalten und zu fördern.

Wohnen besitzt eine zentrale Bedeutung für die Erhaltung von Selbstständigkeit und Gesundheit. Auch deshalb muss auf eine gesundheitsfördernde Wohnsituation hingewirkt werden. Dies gilt es bei der Entwicklung von Wohn-, Pflege-, Quartiers- und Rehabilitationskonzepten zu berücksichtigen.

113) Wohnen in der „normalen“ Wohnung

Die Kommission empfiehlt den Wohnungsbauträgern die DIN 18025, Teil 2 als Mindeststandard anzusehen und die barrierefreie Gestaltung der Wohnungen und des Wohnumfeldes bedarfsgerecht auszubauen. Zudem wird der Landesregierung empfohlen, sich dafür einzusetzen, dass die DIN 18025 weiterentwickelt und dabei der Begriff der Barrierefreiheit erweitert wird.

An die Wohnungswirtschaft und die örtliche Sozial- und Stadtplanung richtet die Kommission die Empfehlung, die neuen Wohnungsbauförderrichtlinien so um zu setzen, dass hierüber die Angebote an überschaubaren, quartier- bzw. stadtteilbezogenen Wohn- und Pflegeformen weiterentwickelt und ausgebaut werden können. Zudem ist darauf zu achten, dass Wohn- und Pflegeangebote auch auf besondere Zielgruppen ausgerichtet werden.

Zur Entwicklung und Sicherung bedarfsgerechter Angebote in den Wohnquartieren empfiehlt die Kommission den Kommunen, Wohnungswirtschaft und Trägern in den Stadtteilen, trägerübergreifende Kooperationen zu bilden und quartierbezogene kleine Netzwerke zu fördern.

114) Stadtteile und Wohnquartiere auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausrichten

Die Kommission hält es für notwendig, durch entsprechende Anpassungsmaßnahmen große Teile des bestehenden Wohnungsbestandes auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen auszurichten und eine breitenwirksame Verankerung des barrierefreien Bauens zu erreichen. Es müssen auf die spezifische Situation des Stadtteils ausgerichtete Lösungen angeboten werden. Neben Maßnahmen zur Stärkung der Infrastruktur im Quartier gehören hierzu auch bauliche Anpassungen der Wohnungen. Eine barrierefreie Ausrichtung der Wohnungen kommt dabei auch anderen Personengruppen zugute, unter anderem Menschen mit Behinderungen und Familien mit kleineren Kindern. Die Kommission sieht einen Handlungsbedarf insbesondere für Stadtteile und Wohnquartiere, die noch nicht modernisiert und entsprechend den Bedürfnissen älterer Menschen baulich angepasst sind. Hierzu müssen örtliche Erneuerungsstrategien und Konzepte entwickelt werden, die auch das Ziel verfolgen, das Zusammenleben mehrerer Generationen zu fördern. Bei einem unvermeidbaren Wohnungswechsel ist ein Angebot wichtig, dass bspw. Umzugshilfen, Umzugsmanagement, Wohnungstausch oder Beratung für die Inanspruchnahme einer anderen Wohnform beinhaltet.

115) Altengerechte Gestaltung des Wohnumfeldes

Die Kommission sieht in der altengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes eine weitere wichtige Voraussetzung für ein eigenständiges Wohnen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit. Hierzu gehört unter anderem eine notwendige Infrastruktur an Angeboten und Dienstleistungen in Quartier und Stadtteil. Es gilt eine entsprechende Infrastruktur zu sichern, wieder zu beleben oder auch geeignete altengerechte Dienstleistungen und Infrastrukturen zu entwickeln bzw. Dienstleister für die Wohnbedürfnisse älterer Menschen zu gewinnen.

116) Zusammenleben von Alt und Jung im Wohnquartier

Die Kommission sieht bei der Weiterentwicklung von Wohngebieten auch ein zentrales Ziel darin, das Zusammenleben von Alt und Jung so zu fördern, dass hieraus auch Nachbarschaftshilfen erwachsen können. Ein Generationen-Mix stellt nach Ansicht der Kommission eine wichtige Voraussetzung für soziale Netzwerke im Quartier dar. Deren Entwicklung kann z.B. durch ein Quartiermanagement seitens der Kommunen und Wohnungsunternehmen gefördert werden. Hierbei sind auch Konzepte für die Umgestaltung von Eigenheimen, die noch alleine von älteren Menschen genutzt werden, zu gemeinschaftlichen Wohnformen beispielhaft.

117) Entwicklung sozialer Netzwerke

Kleine soziale Netzwerke können unterstützende Hilfe und Begleitung bieten. Bürgerschaftliches Engagement kann vorpflegerische Unterstützungsleistungen auf Stadtteilebene mit organisieren helfen. Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Kreisen, die Bildung von sozialen Netzwerken zu unterstützen. Die Landesregierung sollte dabei die Weiterentwicklung sozialer Netze – insbesondere quartiernahe Modellprojekte – weiterhin fördern. Bei den quartierbezogenen Netzwerken gilt es auch, eine Zusammenarbeit mit der ambulanten Hospizarbeit und mit palliativ care herzustellen.

118) Integrierte Planung in den Kommunen

Es müssen geeignete Verfahren und Kooperationsformen für das Zusammenwirken von Stadt- und Sozialplanung, Altenhilfe, Wohnungswirtschaft und Bewohnern entwickelt werden. Dies erfordert auch einen integrativen Planungsansatz in den Kommunen. Deshalb empfiehlt die Kommission den Kommunen, im Rahmen ihrer Planungsverantwortung wohnungs- und städtebauliche sowie sozialplanerische Konzepte auch zu Altenhilfe und Stadtteilentwicklung zu integrieren und für die Umsetzung mit Trägern der sozialen Arbeit, Wohnungsunternehmen, anderen Akteuren im Stadtteil (Vereine, Schulen usw.) sowie betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern im Stadtteil zusammen zu erarbeiten.

119) Beteiligungsformen bei der kommunalen Planung

Für die Weiterentwicklung der Wohn- und Pflegeinfrastruktur empfiehlt die Kommission, auf kommunaler Ebene einen Pflegediskurs zu installieren, der neben den Trägern der Altenhilfe, die Betroffenen selbst, die Wohnungswirtschaft, gesellschaftliche Organisationen im Stadtteil, Kirchengemeinden, Initiativen und gegebenenfalls auch Organisationen des Dienstleistungsbereiches an den Planungen und zu findenden Lösungen beteiligt.

120) Information, Wohn- und Pflegeberatung

Die Kommission empfiehlt, die Kommunen in die Lage zu versetzen, gemeinsam mit den anderen Kostenträgern individuelle Lösungen zur Sicherung des Lebens in der eigenen Wohnung zu entwickeln und umzusetzen. Hierzu gehören Beratungs- und Informationsangebote. Unter

anderem gilt es, das Netz an Wohnberatungen weiterzuentwickeln und eine ausreichende und verlässliche Refinanzierung der Beratungsleistungen aufzubauen. Perspektivisch ist eine Verknüpfung der verschiedenen Beratungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen anzustreben.

Eine Informations- und Beratungsarbeit ist Voraussetzung, um einen Überblick über die örtlichen Angebote und auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu geben. Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und ihre Angehörigen sind dabei unabhängig zu beraten. Im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten sind Standards für eine einheitliche Beratungsqualität zu entwickeln. Darüber hinaus wird empfohlen, Verzeichnisse von Wohn- und Betreuungsangeboten sowie verbraucherInnenorientierte Checklisten zu erstellen. Das Beratungs- und Informationsmaterial sollte so ausgerichtet sein, dass es auch spezielle Zielgruppen erreicht.

121) Unterstützende und pflegebegleitende Dienste

Wohn- und pflegebegleitende Hilfen, die dazu dienen, den Verbleib im eigenen Zuhause zu sichern, kommt eine wachsende Bedeutung zu. Für eine bedarfsgerechte und dauerhafte Sicherstellung dieser Angebote sind die Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gefordert, im Rahmen ihrer jeweiligen finanziellen und rechtlichen Zuständigkeit zu Weiterentwicklung und sozialrechtliche Absicherung beizutragen. Die Kommission sieht in der Förderung von Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Hilfe-, Beratungs-, Begleitungs- und Pflegeangebote auch über Trägergrenzen hinweg einen organisatorischen Rahmen, der eine Leistungsdifferenzierung in räumlicher Nähe ermöglichen kann. Solche Zentren oder organisatorische Kooperationen können einen Quartierbezug herstellen, der die bedarfsgerechte häusliche Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten bündelt und integriert. Hierüber können wohn- und pflegebegleitende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote und Beratung im Stadtteil quartiernah angeboten und auch Synergieeffekte genutzt werden.

Die Kommission empfiehlt dem Land sowie den Kommunen und Kreisen, die örtliche Infrastruktur an unterstützenden und pflegebegleitenden Hilfen weiterzuentwickeln und sichern zu helfen. Dabei könnten diese Hilfen als soziale Dienstleistungen z. B. in Form von Dienstleistungspools organisiert werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebots sollte auch das Ziel verfolgt werden, Fachlichkeit, Qualität und die Kooperationsbeziehungen weiter zu verbessern. Es müssen Angebote mit wohnbegleitenden Serviceleistungen geschaffen werden, die sich flexibel den sich wandelnden Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner anpassen können.

122) Weiterentwicklung individueller Wohn- und Pflegeangebote

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung, die Entwicklung quartierbezogener Wohn- und Betreuungsformen zu unterstützen. Kommunen und Kreise sollten entsprechende Konzepte mit initiieren helfen und hierfür Wohnungsunternehmen, soziale Träger, Initiatoren, Vereine und Kirchengemeinden gewinnen und deren Umsetzung gegebenenfalls moderieren. Hierzu gehören der Aufbau, Koordination und Vernetzung der Angebote im Quartier, Beratung und Vermittlung

von Diensten, Wohnberatung und Dienstleistungsangebote, unter anderem für häusliche Hilfen. Zudem empfiehlt die Kommission, Verbundsysteme weiterzuentwickeln, auch als trägerübergreifende Zusammenschlüsse von Wohn- und Hilfeangebote im Quartier bzw. Stadtteil. Die Kommission spricht sich zudem dafür aus, die Fördermöglichkeiten für neue Wohnformen seitens des Landes zu erhalten und weiterzuentwickeln.

123) Neue Wohnformen in die kommunale Pflegeplanung einbeziehen

Die Kommission hält es für notwendig, neue Wohnformen und die Anpassungsmaßnahmen im Bestand in der kommunalen Pflegeplanung maßgeblich zu berücksichtigen und die Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Prozess mit einzubeziehen. Den Kreisen und kreisfreien Städten wird daher empfohlen, eine aktive, kommunale Pflegeplanung zu betreiben, die vorrangig die Entwicklung entsprechender Wohnangebote unterstützt. Dies sollte unter anderem durch fachliche Beratung und Vermittlung, gegebenenfalls Bereitstellung geeigneter Grundstücke, Förderung einzelner, modellhafter Wohnformen und unter Einbeziehung von Wohnungsunternehmen und sozialen Trägern durch die Aufstellung von entsprechenden städtischen und sozialen Entwicklungsplänen geschehen.

An die Kommunen und Kreise richtet die Kommission die Empfehlung, innenstadtnahe Flächen für Betreutes bzw. Service Wohnen oder andere Wohnformen, wie Hausgemeinschaften, betreute Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen, bereitzustellen.

124) Weiterentwicklung und Umgestaltung der stationären Einrichtungen

Die konzeptionelle und bauliche Entwicklung stationärer Einrichtungen hat sich in den letzten Jahrzehnten von der klassischen Anstaltspflege über krankenhausähnliche Heime hin zu Einrichtungen mit Wohnansprüchen und Ansätzen gemeinschaftlichen Wohnens innerhalb der immer vorhandenen Grenzen einer Institution verändert. Den jüngsten Stand der Konzeptentwicklung im stationären Altenhilfebereich bilden die Hausgemeinschaften, in denen versucht wird, sich an der eigenen Häuslichkeit zu orientieren. Ambulant wie auch stationär geführte Wohngruppen und Hausgemeinschaften stellen nach Ansicht der Kommission eine Alternative zu den herkömmlichen stationären Einrichtungen dar und sollten entsprechend flächendeckend ausgebaut werden.

Die Kommission hält es für notwendig, die bestehenden stationären Einrichtungen entsprechend baulich und konzeptionell weiterzuentwickeln, neue Einrichtungen überschaubar auszurichten und in Wohngruppen zu gestalten, die den pflegebedürftigen Menschen Geborgenheit und Normalität vermitteln, in das Gemeinwesen integriert sind und eine Partizipation der Betroffenen fördern.

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, inwieweit für die Umgestaltung von stationären Versorgungssystemen hin zu quartierbezogenen Wohnkonzepten (bspw. Wohnen mit Versorgungssicherheit) auch Wohnungsbauförderungsmittel genutzt werden können.

Die Kommission hält es für notwendig, die strikte Trennung der Versorgungssysteme von Normal- und Sonderwohnformen unter anderem durch integrierte und trägerübergreifende Angebote zur Gewährleistung einer gesicherten Pflege zu überwinden.

125) Transparenz bei den Versorgungsleistungen

Die Kommission richtet an die Träger ambulanter und stationärer Einrichtungen die Empfehlung, für die Nutzerinnen und Nutzer eine höhere Transparenz über die Versorgungsleistung und Preisgestaltung herzustellen.

126) Weiterentwicklung von Pflegeheimen zu Altenwohnhäusern

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung die Gestaltung von stationären Einrichtungen als Altenwohnhaus da zu unterstützen, wo es bedarfsgerecht notwendig ist. An das Land ergeht die Forderung, zu prüfen, inwieweit bei der Umnutzung von stationären Einrichtungen in betreute Wohnformen auf die Rückführung von öffentlichen Fördermitteln verzichtet werden kann.

127) Dem Wunsch nach einem Einzelzimmer in Heimen Rechnung tragen

Die Kommission stellt fest, dass die meisten Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen ein Einzelzimmer vorziehen, weil sie ihre Persönlichkeitssphäre so besser gewahrt sehen. Diesem Bedarf entsprechend empfiehlt die Kommission, in stationären Einrichtungen vorrangig Einzelzimmer zur Verfügung zu stellen.

128) Zielgruppenspezifische Ausrichtung der verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen

Im stärkeren Maße als bisher sind zielgruppenspezifische Interessen bei der Planung von neuen Wohnprojekten und bei der altersgerechten Umgestaltung bestehender Wohnquartiere zu berücksichtigen. Die Kommission hält es dabei für notwendig, Rahmenbedingungen für einen Verbleib in privaten Wohnungen zu verbessern und Nachbarschaftssysteme, Netzwerke und Selbsthilfeorganisationen, die die Zielgruppen erreichen, zu stärken:

- Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Kreisen, sich im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung dafür einzusetzen, dass eine individuelle und zugehende muttersprachliche Beratung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, Wohn- und Pflegeberatung für ältere und pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten angeboten wird und eine Vernetzung zwischen Altenhilfe, der Migrationsarbeit und der Infrastruktur auf Stadtteilebene sowie eine Öffnung der bestehenden Angebote der Altenhilfe – auch für Menschen mit Migrationshintergrund – erfolgt und eine nachgehende Betreuung organisiert wird. Zudem sollten je nach Bedarf sowohl interkulturelle als auch kulturspezifische Angebote geschaffen werden.
- Die Kommission hält die Erprobung bzw. Weiterentwicklung von Wohnformen und Hilfeangeboten für Menschen mit Behinderung für notwendig. Zur Verbesserung und zu mehr Normalisierung der Wohn- und Betreuungssituation älterer Menschen mit Behinderung sollten verstärkt alternative Versorgungsangebote ausgebaut werden. Neben dem Ausbau

von Tagesbetreuungs- und Freizeitgestaltungsangeboten gilt es auch, die sozialen Ressourcen in Stadtteil und Wohnquartier mit zu nutzen.

- Hilfeangebote, Wohnformen, Pflege- und Betreuungskonzepte sollen in Zukunft auch auf die Belange pflegebedürftiger Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebenskonzept ausgerichtet werden.
- Die Kommission empfiehlt, Maßnahmen zur Integration älterer und pflegebedürftiger allein stehender Wohnungsloser in angemessenen Wohnverhältnissen. Der Landesregierung wird empfohlen, die Weiterentwicklung eines entsprechenden Hilfe- und Wohnungsangebots im Rahmen des Programms „Hilfe für Wohnungslose“ zu fördern und zu intensivieren.
- Die Kommission hält es für notwendig, jüngeren Pflegebedürftigen neben einer betreuungserleichternden Umgestaltung der Wohnraumsituation auch den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen zu verbessern. Zudem muss das Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären Wohn- und Pflegeangeboten, die den spezifischen Betreuungsaufwand auch von Wachkoma-Patientinnen und -Patienten berücksichtigen, weiterentwickelt und ausgebaut werden.
- Um den Bedürfnissen schwer kranker, sterbender Menschen sowie deren Angehörigen gerecht zu werden, muss ein problemangemessenes flächendeckendes Versorgungsangebot vorhanden sein. Dabei gilt darauf zu achten, dass sich Einrichtungen, wie ambulante Pflegestationen, Altenhilfeeinrichtungen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte so weiterentwickeln, dass sie dem Bedarf und den Bedürfnissen von sterbenden Menschen gerecht werden. Hinzu kommt ein hohes Maß an Unterstützung über Angebote von Selbsthilfeinitiativen und ehrenamtlichem Engagement. Die Kommission empfiehlt, bei der konzeptionellen und gestalterischen Ausrichtung der stationären Hospize auch den Aspekt Wohnen mit zu berücksichtigen. Zudem müssen in vielen Fällen die häuslichen Gegebenheiten durch geeignete Wohnungsanpassungsmaßnahmen deutlich verbessert werden.

129) Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Die Kommission registriert, dass weiterhin Unsicherheiten bezüglich der Auslegung der rechtlichen Rahmenbedingungen bestehen. Dies führt auch zu einem Investitionshemmnis bei neuen Wohn- und Betreuungsformen. Hier sind deshalb Regelungen notwendig, die die fachlichen Weiterentwicklungen von Wohn- und Pflegeformen für Pflegebedürftige nicht durch starre Vorgaben behindern sowie den Bedürfnissen nach Wohnatmosphäre und individueller Wohn- und Raumgestaltung gerecht werden und andererseits auch dem berechtigten Schutzanspruch der Bewohnerinnen und Bewohner Rechnung tragen.

An den Bundesgesetzgeber ergeht die Aufforderung, das Heimgesetz zu überprüfen und zu überarbeiten, mit dem Ziel, insbesondere die Einschränkungen von Dienstleistungsangeboten und pflegerischen Angeboten bei neuen Wohn- und Betreuungsformen zu beseitigen. Die gesetzlichen Vorgaben sollen eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen, insbesondere eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung der Wohn- und Lebensverhältnisse einnehmen.

Zudem empfiehlt die Kommission, im Rahmen einer Novellierung des SGB XI eine Dynamisierung der Leistungshöhe für Wohnungsanpassungsmaßnahmen vorzunehmen.

130) Qualitätssicherung

Die Kommission ist sich einig, dass nicht zuletzt mit einer Ausweitung und Weiterentwicklung des Wohnangebotes und der Dienstleistungen die Schaffung von Standards zur Qualitätssicherung notwendig sein wird. Ein Qualitätssiegel kann nur die Erfüllung allgemeiner Mindeststandards sicherstellen, jedoch nicht individuelle Bedarfslagen berücksichtigen. Sinnvoll ist es, u.a. ein bewohnerorientiertes Qualitätssicherungssystem zu entwickeln. Die Kommission empfiehlt entsprechende Modelle und Ansätze zu entwickeln, die u.a. Beratungs- und Beschwerdestellen, Ombudsleute, Betroffenenbeteiligung sowie Qualitätskriterien vorsehen.

13.11 Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

131) Überwindung des sequenziellen Pflegeverständnis

Im Zuge der Reform des Pflegeversicherungsgesetzes und bei der Ausgestaltung des geplanten Präventionsgesetzes sollte seitens des Bundesgesetzgebers eine alternative Formulierung für die zu Missverständnissen führende synonyme Verwendung der Begriffe „Pflegebedürftigkeit“ und „Pflege“ gefunden werden. Diese drückt sich aus im Grundsatz des SGB XI „Rehabilitation vor Pflege“. Stattdessen empfiehlt es sich, künftig von „Prävention und Rehabilitation vor und bei bestehender Pflegebedürftigkeit“ zu sprechen. Diese sind als Teilaufgaben der pflegerischen Arbeit zu verstehen. Ziel ist es, Pflegeprävention als frühzeitig ansetzende und auf die Verringerung von Risiken zielende Strategie zu etablieren und die bisherige Vorstellung zu überwinden, wonach Pflege den Stellenwert einer letzten Instanz in der Versorgungskette erhält.

132) Leistungsrechtlicher Anspruch im SGB V und SGB XI zum Ausbau von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Die verrichtungsbezogene Operationalisierung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im § 14 SGB XI und insbesondere seine Beschränkung auf somatische Aspekte führen dazu, dass gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Leistungen kaum gewährt werden. Wichtig ist, dass auch der Personenkreis mit der Pflegestufe 0 einen Anspruch auf präventive Hilfe erhält. Gerade für diese Zielgruppe könnten z.B. präventive Hausbesuche wirksam sein. Bislang bezieht sich Rehabilitation im SGB V in erster Linie auf die Integration in das Arbeitsleben. Neben der geriatrischen Rehabilitation sollten auch Gesundheitsförderung und Prävention einen höheren Stellenwert in Form eines Leistungsanspruchs im SGB V erhalten. Vorrangiges Ziel ist die Erhaltung der Lebensqualität, die Möglichkeiten der Kostenreduzierung sind zurückhaltend zu bewerten.

Die ökonomischen Fehlanreize, die den Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege behindern, könnten unter anderem dadurch (vorläufig) bearbeitet werden, dass die Pflegeversicherung ihrerseits als leistungspflichtiger Rehabilitationsträger, integriert in das SGB XI,

qualifiziert wird. Durch eine Änderung des § 5 SGB XI könnten wirksamere leistungsrechtliche Voraussetzungen geschaffen werden. Das Verständnis des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege greift auch deshalb zu kurz, weil sowohl die Rehabilitation bei bestehender Pflegebedürftigkeit als auch die Rehabilitation durch die Pflege zu fördern sind.

Die Integration des SGB XI in das SGB V ist zum einen abzulehnen, weil die Gefahr besteht, dass der Pflegesektor künftig marginalisiert wird. Zum anderen folgt der Pflegesektor einer anderen Logik als das SGB V.

Die intensive Vernetzung von medizinischen, pflegerischen und betreuenden Hilfen für pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen im Sinne einer „integrierten Versorgung“ sollte ausgebaut werden. Sowohl in den Heimen als auch im ambulanten Bereich muss es künftig möglich werden, einzelne Leistungserbringer sowie Praxisnetzwerke für die Behandlung und für präventive Maßnahmen bei pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen einzubeziehen.

133) Reform der Begutachtungspraxis des MDK, vor allem im Zusammenhang mit der Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit

Bei der Versorgung älterer Menschen mit Leistungen der geriatrischen Rehabilitation kommt einer fachkompetenten Begutachtung eine Schlüsselrolle zu, da zugleich mit der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit die Rehabilitationsfähigkeit der betroffenen Person festzustellen ist. Die Kommission empfiehlt daher dem Bundesgesetzgeber, sich für eine Reform der Begutachtungspraxis einzusetzen. Ein Schwerpunkt innerhalb der Pflegebegutachtung sollte künftig darin bestehen, das rehabilitative Potenzial einer Person zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu empfehlen.

134) Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen

Mit den neuen Gesetzen zur Alten- und Krankenpflegeausbildung sollten die Landesregierung sowie die Bildungsträger im Gesundheitswesen die Chance ergreifen, der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Ausbildung mehr Gewicht zu verleihen. Weiterhin sollten auch entsprechende Fort- und Weiterbildungen, die insbesondere zur präventiven Beratungsarbeit beitragen, entwickelt werden. Hierbei ist zu beachten, dass der Schwerpunkt nicht allein auf somatischen Aspekten der Versorgung liegt, sondern auch psychische und soziale Inhalte eine Rolle spielen. Aufgrund der Zunahme älterer Menschen ist die Vermittlung gerontologischer und geriatrischer Inhalte unverzichtbar.

Das Konzept der „family health nurse“ wird derzeit als „Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger“ modellhaft erprobt. In Abhängigkeit von den zu erwartenden Ergebnissen des Modellprojekts ist dieses Konzept zu prüfen.

Die Kommission empfiehlt der Ärztekammer, gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative sowie palliative und geriatrische Inhalte in die Fort- und Weiterbildung von Ärzten weiterhin verstärkt zu implementieren und sie begrüßt die im gleichen Sinn erfolgten Neuregelungen in der vor kurzem novellierten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Sie sieht

darin einen viel versprechenden Weg zu einer entsprechenden Kompetenzstärkung. Sie empfiehlt, diesen Weg konsequent fortzusetzen.

135) Förderung einer interdisziplinären und kooperativen Arbeitsweise in den Gesundheitsberufen

Da die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eine komplexe und multidisziplinär zu erbringende Aufgabe ist, wird den Bildungsträgern im Gesundheitswesen empfohlen, die Teamorientierung durch entsprechende Lerneinheiten in der Aus-, Fort und Weiterbildung zu fördern. Diese könnte beispielsweise mittels einer Hospitanz im jeweils anderen Berufsfeld sowie durch die Weiterentwicklung übergreifender Kommunikationsstrukturen unterstützt werden.

136) Entwicklung von zielgruppengerechten Zugangswegen

Bei der Entwicklung und Vermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation sollte die Heterogenität der Zielgruppe seitens der Kostenträger, der Kommunen und der Beratungsstellen berücksichtigt werden. Dies ist notwendig, da die Voraussetzungen zu einem eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhalten sehr unterschiedlich sind. Zu beachten sind milieuspezifische Einflussfaktoren wie beispielsweise Unterschiede in den Bildungsniveaus, ungünstige Wohnverhältnisse und belastende Arbeitsbedingungen in bestimmten Berufsgruppen und Branchen. Um vor allem sozial benachteiligten Gruppen die Chancen einer gesundheitsorientierten Lebensweise nahe zu bringen, würden sich beispielsweise für den Bereich der Ernährung Informationsstände in Zusammenarbeit mit Discountern anbieten.

137) Ausbau der Pflegeberichterstattung

Durch eine optimierte Verbindung formeller, professioneller und flächendeckender Angebote mit informellen, ehrenamtlichen und regional bzw. kommunal begrenzten Angeboten könnte die Steuerung von Versorgungsprozessen verbessert werden. Der Ausbau einer systematischen und umfassenden Pflegeberichterstattung im Rahmen der vorhandenen statistischen Datenwerke und der Landesgesundheitsberichterstattung ist in diesem Sinne den Kommunen sowie der Landesregierung zu empfehlen.

138) Neue Form der Gesundheits- und Pflegeberatung

Basierend auf einer Bestandsaufnahme zu den Angeboten im Bereich der pflegerischen Versorgung sowie der Prävention wird eine neue, komplexere Ausrichtung unabhängiger Beratung auf kommunaler Ebene empfohlen. Es geht nicht darum, ein neues zentrales Angebot zu schaffen, sondern die vorhandenen Informationen transparent zu machen und für die entsprechenden Zielgruppen zu erschließen. Dabei müsste die individuelle Beratung zu den Möglichkeiten von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ein fester Bestandteil des Angebots sein.

139) Modellversuch „Präventiver Hausbesuch“ in NRW

Der präventive geriatrische Hausbesuch ist aufgrund internationaler und nationaler Projekte und Studien inzwischen einer der am besten dargelegten konzeptionellen Präventionsansätze für bestimmbar Zielgruppen. Auf diese Weise kann auch die Wohnsituation einer Person analysiert werden. In verschiedenen Modellprojekten konnten bislang Erfolgsfaktoren identifiziert werden. Das Land NRW sollte in einem regional begrenzten Modellversuch überprüfen, ob präventive Hausbesuche für ein nachhaltiges Regelangebot geeignet sind.

140) Einsatz eines multidimensionalen Assessments

Es empfiehlt sich, den Ansatz eines multidimensionalen Assessments aus dem präventiven Hausbesuch auf andere Angebote und Programme im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention angemessen zu übertragen. Da die Zielgruppenorientierung schwieriger wird, weil sich Nachfragehaltungen innerhalb der Gesellschaft immer weiter ausdifferenzieren, ist ein mehrdimensionales und vielschichtiges Angebot gesundheitsfördernder und präventiver Programme und Maßnahmen angezeigt. Der präventive Hausbesuch stellt dann nur einen Ansatz – und zwar als Bringangebot – aus einem Angebotsportfolio der Region dar. Von einem multidimensionalen Assessment, das eine strukturierte, umfassende Einschätzung von körperlichen, geistigen, sozialen sowie alltagsrelevanten Fähigkeiten und der beeinflussenden Umwelt beinhaltet, könnten grundsätzlich alle älteren Menschen profitieren, die zu den Risikogruppen für Pflegebedürftigkeit gehören. Aus diesem Grund rät die Kommission der Landesregierung sowie den Kommunen, den Einsatz eines solchen Assessments zu unterstützen.

141) Weiterentwicklung der Frührehabilitation

Die Möglichkeiten einer Frührehabilitation werden bislang vernachlässigt, obgleich entsprechende Maßnahmen im Akutkrankenhaus für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit unumstritten sind, um die Zeit zwischen Akutversorgung und der Weitervermittlung in eine Rehabilitationseinrichtung zum Wohle des Patienten zu nutzen. Die Kommission empfiehlt daher dem Bundesgesetzgeber sowie der Selbstverwaltung, diese Form der Rehabilitation zu fördern.

142) Einsatz der Kurzzeitpflege zu präventiven bzw. rehabilitativen Zwecken

Bislang kann Kurzzeitpflege nur von pflegebedürftigen Personen nach SGB XI oder von Selbstzahlern in Anspruch genommen werden. Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, würde es daher Sinn machen, wenn Kurzzeitpflege sowohl von Leistungsbeziehern des SGB V, also den noch nicht Pflegebedürftigen, wie auch des SGB XI in Anspruch genommen werden könnte im Sinne der Pflegeüberleitung. Um Kurzzeitpflege zum Zwecke der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation einzusetzen, ist eine fachspezifische Anpassung der Einrichtungskonzeption erforderlich.

143) Förderung der Rehabilitation im häuslichen Bereich sowie im Pflegeheim

Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern werden ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote, akutgeriatrische Tageskliniken und teilstationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und Dienste als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung benötigt. Gleichzeitig sollten die aus Projekten und in Versorgungseinrichtungen vorhandenen Erkenntnisse und Erfahrungen gebündelt und aufbereitet werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die vorhandenen Strukturen zu nutzen und zu fördern, um möglichst zeitnah in einer Modellregion ein funktionierendes und entwicklungsfähiges Netzwerk ambulanter geriatrischer Rehabilitation aufzubauen.

Besondere Herausforderungen, aber auch Chancen, ergeben sich bei der geriatrischen Rehabilitation von Heimbewohnern. Es empfiehlt sich, hier die leistungsbezogenen Barrieren zu überwinden und die Möglichkeiten einer wohnfeldbezogenen Rehabilitation für Altenheimbewohner auszubauen. Die Kommission empfiehlt der Landesregierung, sich für eine entsprechende Förderung der Rehabilitation einzusetzen.

144) Stärkung der Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation

Benötigt werden Forschungsprojekte zur Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Die Identifikation der Bruchstellen, d.h. der Übergänge hin zur Pflegebedürftigkeit, ist in diesem Zusammenhang von zentralem Interesse. Auf diese Weise könnten gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Ansätze zielgenauer eingesetzt werden.

Es sollten Forschungsprojekte gefördert werden, die sich mit langfristigen Auswirkungen von biografiebedingten Gesundheitsrisiken und -belastungen, bezogen auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit, auseinandersetzen, da hier noch größere Wissenslücken existieren.

Um mehr über die Entstehung von Krankheiten im Alter und die Häufigkeit ihres Auftretens in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu erfahren, sollte die epidemiologische Forschung ausgebaut werden.

Empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen von körperlicher Aktivität bei Hochaltrigen, auch innerhalb von Pflegesituationen, müssen vertieft werden.

Zu erforschen sind unterstützende Zugangsstrategien, um ältere Menschen zu mehr körperlicher Aktivität, z.B. durch angemessenen Sport, zu bewegen. Es gibt zugleich einen Bedarf, mehr über die motivationshemmenden Faktoren in diesem Bereich zu erfahren, um diesen entgegenwirken zu können.

145) Förderprogramm zu Erforschung und Verbesserung von Versorgung und Präventionsarbeit für Menschen mit Demenzerkrankungen

Es gibt einen weiteren erheblichen Handlungsbedarf insbesondere auch in der Erforschung von präventiv wirksamen Maßnahmen zur Früherkennung und positiven Beeinflussung der Entstehung von Demenzerkrankungen sowie anderer psychischer Erkrankungen des höheren Lebensalters.

146) Erforschung und Verbesserung von Versorgung und Prävention für Menschen mit Behinderungen

Bislang ist der Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und Behinderungen noch zu wenig bekannt. Wissenslücken existieren auch bezüglich der Frage, wie man durch Prävention und Rehabilitation Behinderungen vermeiden, reduzieren oder rückgängig zu machen kann.

Darüber hinaus gilt es, mehr über die Risiken und Ressourcen der Gruppe älterer Menschen zu erfahren, die bereits mit einer Behinderung geboren wurden bzw. diese sehr früh erworben haben. Dies ist notwendig, um zielgruppengerechte Formen von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation entwickeln zu können.

147) Empfehlung von Modellrechnungen

Aufschlussreich wären Modellrechnungen, die aufzeigen, welche Kosten gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen gerade bei älteren Menschen verursachen (z.B. Einsatz von Personal, Kosten für dessen Weiterbildung) und welche Kostenreduktion möglich ist, wenn man Pflegebedürftigkeit hinauszögert oder rückgängig macht.

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung sowie Forschungsinstituten, Stiftungen und Pflegekassen, den Ausbau der Forschung in den genannten Bereichen zu unterstützen.

13.12 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Pflegeversicherung wird zunehmend zum Gegenstand der öffentlichen Debatte über die Reform der Sozialsysteme. Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 hat sich dieser neue Sozialversicherungszweig als wichtiger Baustein bei der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bewährt. Aus Sicht der Enquête-Kommission muss sie aber weiterentwickelt werden, um auch künftig eine humane Pflege gewährleisten zu können. Die Enquête-Kommission sieht in diesem Zusammenhang Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich folgender Bereiche:

- Vorsorge für die demographische Entwicklung
- Überwindung Weiterentwicklung des bisher zu engen Pflegebegriffes und -verständnisses im SGB XI
- stärkere Berücksichtigung des allgemeinen Begleitungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- stärkere Angleichung der Pflegestufen an den Pflegebedarf
- Dynamisierung der Leistungen
- Stärkung der häuslichen Pflege
- stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten im pflegerischen Bereich
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation
- Erprobung von persönlichen Budgets im Rahmen von Modellprojekten
- Beendigung sozialversicherungsrechtlicher und finanzpolitischer „Verschiebe-Bahnhöfe“

- effektiverer Einsatz der vorhandenen Finanzmittel durch einen Abbau von Bürokratie, weniger Reglementierung und die Vermeidung von Pflegemängeln
- Schaffung von Finanzierungsanreizen, um Pflegebedürftigkeit zu verringern, bzw. zu verhindern

Der soziale und demographische Wandel in unserer Gesellschaft wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu einem massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und damit verbunden auch zu einem Anstieg der Inanspruchnahme professioneller Pflegemöglichkeiten führen. Parallel dazu rücken immer weniger junge Beitragszahler nach, die den Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung decken sollen. Um den heutigen Qualitätsstandard in der Pflege zu erhalten oder ihn sogar zu verbessern, besteht deshalb die zwingende Notwendigkeit, sich auf ein wesentlich höheres, zur Absicherung des großen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit erforderliches Finanzvolumen vorzubereiten.

Der weitreichende Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung erfordert große Reformanstrengungen, vor allem aber die Antwort auf die Frage, ob und in welchem Umfang die Gesellschaft bereit ist, für die Pflege künftig mehr Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Dafür ist eine breite gesellschaftliche Diskussion erforderlich, um eine Balance herbeizuführen zwischen notwendigen und wünschenswerten Leistungsverbesserungen einerseits und damit verbundener Belastung der Beitragszahler andererseits. Zu berücksichtigen ist dabei auch der wirtschaftspolitische Aspekt aller Lohnnebenkosten.

Seit dem Jahr 1999 übersteigen die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen. Das wachsende Defizit führt zu einer Verringerung des Finanzpolsters der sozialen Pflegeversicherung. Seit 1999 ist das Defizit der Pflegeversicherung nach amtlichen Angaben stark gewachsen: Der Ausgabenüberschuss betrug im Jahr 1999 noch 30 Millionen Euro. Im Jahr 2002 war bereits ein Defizit von 380 Millionen Euro zu verzeichnen. Durch das Defizit von 690 Millionen Euro im Jahr 2003 verringerte sich der Mittelbestand der Pflegeversicherung schließlich auf 4,24 Milliarden Euro.

Allein vor dem Hintergrund der finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung darf nach Auffassung der Enquête-Kommission eine umfassende Strukturreform nicht weiter hinausgeschoben werden. Der finanzielle „Kollaps“ der Pflegeversicherung ist zu verhindern. Ziel einer Weiterentwicklung muss die Sicherstellung einer langfristig tragfähigen Finanzierung des steigenden Pflegebedarfs sein. Gleichzeitig sollte wieder erreicht werden, dass das Risiko einer ausschließlich pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit möglichst verringert wird. Die Akzeptanz in der Bevölkerung für eine verpflichtende Beitrags- oder Prämienzahlung wird künftig nur noch dann vorhanden sein, wenn das Risiko der Pflegebedürftigkeit so tatsächlich weitgehend absichert werden kann. Die Rechtfertigung für obligate Beitragsleistungen zur Pflegeversicherung würde zunehmend entfallen, wenn die Pflegeversicherung ihre Aufgaben aus finanziellen Gründen nicht erfüllen könnte.

Die Kommission ist zu der Überzeugung gelangt, dass die gegenwärtig gewährten Leistungen der Pflegeversicherung notwendig sind und nicht ohne schwere Nachteile für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen zur Disposition gestellt werden können, obwohl sie die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten nur zu einem Teil abdecken. Nach Auf-

fassung der Kommission wird die Pflegeversicherung angesichts des gesellschaftlichen und sozialen Wandels künftig eine eher noch wichtigere Rolle bei der Versorgung der Bevölkerung mit Pflegedienstleistungen spielen.

Die Mitglieder der Enquête-Kommission haben sich im Einvernehmen auf folgende Handlungsempfehlungen verständigt:

148) Vorsorge für die demographische Entwicklung

Eine sich wandelnde Bevölkerungsstruktur wird in den kommenden Jahren zu einem massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen und die Gesellschaft vor große Herausforderungen stellen. Der Kostendruck auf die Pflegeversicherung wird dadurch zunehmen. Die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung muss deshalb dem demographischen Wandel hinreichend Rechnung tragen und die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zukunftsfest machen. Dabei müssen die Lasten auf die Generationen fair verteilt, die Eigenverantwortung gestärkt und die gebotene solidarische Finanzierung möglichst rational und transparent gestaltet werden.

Die Enquête-Kommission weist darauf hin, dass die nachhaltige Weiterentwicklung des Pflegesektors eng mit dem Erfolg der Reformen im Bereich der Arbeits-, Sozial-, Steuer- und Wirtschaftspolitik zusammenhängt. Insbesondere die Einnahmentwicklung der Pflegeversicherung ist verknüpft mit der konjunkturellen Entwicklung unseres Landes. Deshalb wird die langfristige finanzielle Absicherung des Pflegesektors ohne eine positive, wirtschaftliche Entwicklung nicht gelingen, denn die dafür notwendigen finanziellen Mittel müssen zunächst erwirtschaftet werden. Auch die Fähigkeit des Einzelnen, Eigenvorsorge betreiben zu können, hängt von den Ergebnissen der weiteren Reformen ab.

149) Umfassende Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI

Der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 SGB XI ist kein pflegewissenschaftlicher, sondern ein sozialversicherungsrechtlicher. Er definiert die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen. Die tatsächliche Bedarfslage wird in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz nur bedingt widergespiegelt.

Nach Auffassung der Enquête-Kommission ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zu somatisch ausgerichtet, weil der besondere Betreuungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Funktionsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt wird. Deshalb sollte durch eine umfassende Definition des ausschließlich auf körperliche Gebrechen zielenden Pflegebegriffs verdeutlicht werden, dass Pflegebedürftigkeit für die betroffene Person zu einem qualitativ und quantitativ weiteren Bedarfs führen kann, als bisher in § 14 SGB XI zum Ausdruck kommt.

150) Pflegebedürftigkeitsbegriffe im Sozialrecht

Die Pflegebedürftigkeitsbegriffe im Sozialrecht sollten mit pflegewissenschaftlicher Begrifflichkeit in Übereinstimmung gebracht werden, sowohl hinsichtlich des festzustellenden Hilfebedarfs als auch bezogen auf die Form der Unterstützung. Auf diese Weise können pflegefachliche Diagnostik und Assessments mit der Notwendigkeit und der Funktion des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, in der Regel limitierte Hilfebedarfe festzustellen, vereinbart werden. Hinsichtlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI geht es dabei nicht um dessen Ausweitung, sondern um eine weitere Differenzierung.

151) Stärkere Berücksichtigung des allgemeinen Begleitungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Demenziell erkrankte Menschen werden bisher nicht ausreichend in die Pflegeversicherung einbezogen. Die Leistungsausweitungen durch das „Gesetz zur Verbesserung der Pflegeleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz), das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, ermöglicht eine bessere Versorgung demenziell erkrankter Menschen nur in geringem Umfang. Diese Regelungen sind bei weitem nicht ausreichend. Die Enquête-Kommission tritt deshalb dafür ein, im Rahmen einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auch den Leistungsumfang der Pflegeversicherung zu erweitern, insbesondere um den Bereich allgemeiner Betreuung und Begleitung.

152) Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung ist seit 1995 nicht mehr der allgemeinen und der pflegespezifischen Kostenentwicklung angepasst worden. Dies hat zur Folge, dass bei Fortführung konstanter Pflegepauschalen der Gegenwert so finanzierbarer Pflegeleistungen zunehmend schrumpft – bis zum Jahr 2040 etwa auf die Hälfte des heutigen Niveaus – und eine Absenkung des aus der Versicherung finanzierten realen Leistungsniveaus stattfindet.

Auch wenn die Pflegeversicherung bewusst als „Teilkaskoversicherung“ und ihre Leistungen deswegen nie als voll kostendeckend konzipiert waren, ist eine solche Leistungsminderung auf die Hälfte nach Auffassung der Kommission nicht hinnehmbar. Der Abstand zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten darf nicht kontinuierlich größer werden und zu Mehrbelastungen der Versicherten, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe führen.

Die Enquête-Kommission empfiehlt deshalb, im Rahmen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung durch eine regelgebundene Dynamisierung ein real konstantes Niveau der Pflegeleistungen sicherzustellen und dadurch einen steigenden Zuzahlungsbedarf zu Lasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe zu verhindern. Die Enquête-Kommission ist sich bewusst, dass eine regelgebundene Dynamisierung aus dem derzeitigen Einnahmevermögen der Pflegeversicherung, das sich aus dem derzeitigen, gesetzlich festgelegten Beitragssatz ergibt, nicht zu finanzieren ist. Nach den amtlichen Angaben der Bundesregierung

verursacht eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung je Prozentpunkt jährliche Mehrausgaben von rund 170 bis 180 Millionen Euro.

153) Differenzierung der Pflegestufen und stärkere Angleichung an den Pflegebedarf

Die derzeit geltenden drei Pflegestufen sind zu grob und vernachlässigen die Varianz des Pflege- und Hilfebedarfs der Pflegebedürftigen. Die Enquête-Kommission empfiehlt deshalb eine im Vergleich zum Status quo deutlich differenziertere Aufteilung der Pflegestufen und damit eine stärkere Angleichung an den Pflegebedarf.

154) Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

Demographische und soziale Veränderungen, wie die Zunahme der Einpersonenhaushalte oder die Alterung der Pflegepersonen, erschweren die Sicherstellung der ambulanten Pflege. Dennoch ist die ambulante Pflege nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, sondern gerade auch aus Sicht der Pflegebedürftigen zu fördern, weil ein Verbleiben in der gewohnten, häuslichen Umgebung – solange dies unter menschenwürdigen Umständen möglich ist – die Chance auf Selbstbestimmung und Teilhabe verbessert. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen zur Stärkung der Laienpflege und der professionellen ambulanten Pflege zu schaffen.

Die Enquête-Kommission sieht keinen Beleg für die These, dass aufgrund der höheren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in der stationären Pflege ein „Sog ins Heim“ besteht. Diese rein ökonomische Sichtweise widerspricht der allgemeinen Lebenserfahrung. Regelmäßig dürfte ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung für Pflegebedürftige nicht attraktiver sein als ein Leben in den „eigenen vier Wänden“. In vielen Fällen wird die Notwendigkeit, die häusliche Umgebung zu verlassen, sicherlich sogar als „Unglück“ empfunden. Deshalb würde durch die Absenkung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im stationären Bereich keine Stärkung des ambulanten Sektors erreicht. Sie ginge zu Lasten des stationären Sektors und würde letztendlich zu einer Mehrbelastung der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfeträger führen. Anreize für eine stationäre Versorgung könnten im Einzelfall aufgrund der Leistungsstrukturen jedoch für andere Kostenträger, z. B. die Sozialhilfeträger, bestehen.

Eine Vermeidung stationärer Versorgung ist dann am ehesten zu erwarten, wenn es erleichtert wird, den bestehenden Betreuungsbedarf zu Hause aufzufangen. Deshalb kommt in diesem Zusammenhang v. a. der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und allen Formen der Pflegeberatung eine wichtige Aufgabe zu. Es erscheint eine Annäherung der Leistungsbeträge im ambulanten und stationären Bereich sinnvoll.

155) Prävention und Rehabilitation

Der in § 5 SGB XI verankerte Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation wird bisher nur sehr unzureichend verwirklicht. Die Kommission hat die Überzeugung gewonnen, dass in zahlreichen Fällen Pflegebedürftigkeit vermieden werden könnte, wenn gezielte Maßnahmen

der Prävention und geriatrischen Rehabilitation ergriffen würden, die dem alten Menschen die Fähigkeit erhalten oder zurückgeben, sein Leben weitgehend ohne fremde Hilfe zu führen. Dadurch könnte in erster Linie mehr Lebensqualität erreicht werden. Gleichzeitig würde dies zu einem effektiveren Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen und damit zu Kostensenkungen führen. Prävention und Rehabilitation können dazu beitragen, sonst erforderliche Ausgaben zu vermeiden, indem der so genannte Versicherungsfall, d.h. der Eintritt von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert wird.

Die Kommission empfiehlt, die bereits nach geltender Rechtslage bestehenden Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation weiterzuentwickeln und insbesondere zu prüfen, durch welche Maßnahmen die Organisation von Prävention und geriatrischer Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung verbessert werden kann. Die Zusammenarbeit innerhalb der unterschiedlichen Zweige der Sozialversicherung sowie mit Bund, Ländern, Kommunen und anderen Akteuren ist zu verbessern. Notwendig ist eine bessere Verzahnung zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung pflegebedürftiger Personen.

156) Pflegebudget

Die Enquête-Kommission spricht sich dafür aus, dass die Bezieher von Sachleistungen in der ambulanten Pflege einen höheren Spielraum bei der Auswahl der Leistungen erhalten, um ihren Bedarf zielgenauer decken zu können. Allerdings ist anhand von Modellprojekten intensiv zu erproben, ob die Einführung von „Pflegebudgets“ zur Regelfinanzierung in der Pflege geeignet ist. Bisher liegt noch kein ausreichendes Erfahrungswissen zu den laufenden Modellprojekten vor, aus dem sich Empfehlungen für die grundsätzliche Etablierung und Ausgestaltung ableiten lassen.

Zu prüfen ist insbesondere, inwiefern die Einführung von Pflegebudgets zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung beitragen kann und ob persönliche Budgets einen Beitrag zur Stärkung der ambulanten Pflege leisten sowie den Gedanken der Eigenverantwortung in der Pflegeversicherung stärken können. Voraussetzungen für die Einführung eines Pflegebudgets sollen dabei Case-Management, Transparenz sowie eine Qualitätssicherung sein.

Sollte die Gewährung von Pflegebudgets mit einem Case-Management verbunden werden, ist sicherzustellen, dass der Pflegebedürftige in eigener Verantwortung entscheiden kann, welche Leistungen er für erforderlich hält und ob er diese Leistungen von ambulanten oder stationären Quellen beziehen möchte. Pflegebudgets und Case-Management dürfen nicht zu einer Bevormundung oder gar Entmündigung des Pflegebedürftigen beim Leistungseinkauf führen.

Die Enquête-Kommission schlägt außerdem vor zu erproben, welche Auswirkungen auf Leistungsgeschehen und Preise der Vorschlag hätte, für 20 Prozent des Sachleistungsbudgets bei ambulanten Pflegediensten „freie“ Dienstleistungen beziehen zu können. Durch die Beschränkung der Abrufmöglichkeit auf zugelassene Pflegeeinrichtungen könnten diese Leistungen grundsätzlich auch in die Überprüfung von Pflegekassen und MDK einbezogen werden.

157) Stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungen im pflegerischen Bereich

Die Hilfe- und Versorgungsangebote sind zu wenig aufeinander abgestimmt. Notwendig ist eine Optimierung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer durch bessere Verzahnung und Vernetzung vor allem der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, z. B. durch:

- Entwicklung von Strukturen zum besseren Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege
- bessere Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und Pflegeheimen, bzw. ambulanten Pflegediensten
- bessere Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und Pflegeheimen, bzw. ambulanten Pflegediensten.

158) Bürokratieabbau und Deregulierung

Angesichts knapper finanzieller Mittel in der Pflege sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen im gegenwärtigen System möglichst effektiv auszuschöpfen. Die Leistungserbringung in der Pflege ist durch vielfältige gesetzliche Regelungen stark ausdifferenziert und überreguliert. Diese Vorschriften machen die Leistungserbringung häufig aufwändig und bürokratisch. Pflegekräfte und andere personelle Ressourcen werden durch die bestehende Überbürokratisierung in größerem Umfang gebunden, als dies im Interesse der pflegebedürftigen Menschen ist.

Die Enquête-Kommission fordert deshalb, die Rechtsvorschriften für die Pflege zu überprüfen und stärker zu systematisieren, auf Widersprüche hin zu überprüfen und zu vereinheitlichen. Unangemessene, veraltete oder gar überflüssige Regelungen sind zu streichen. Die zahlreichen u. a. im Heimgesetz und im Pflegeversicherungsgesetz geregelten Prüfungen sowie die Kompetenzen der Prüfinstanzen sind klar voneinander abzugrenzen, die Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen ist zu verbessern. Nicht zuletzt ist die Pflegedokumentation zu entbürokratisieren und von überflüssigem Aufwand zu entlasten.

159) Weitere Belastung der Kommunen vermeiden

Die Kommission erinnert daran, dass die Einführung der Pflegeversicherung auch zum Ziel hatte, die Abhängigkeit weiter Teile der Bevölkerung von der Sozialhilfe im Falle der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Diese Zielsetzung erreicht die Pflegeversicherung immer seltener. Damit verbunden ist ein Anstieg der Sozialhilfeausgaben für die Kommunen.

Wie bei allen durchzuführenden Reformen im Bereich der Pflege ist die finanzielle Situation der Kommune mit zu berücksichtigen. Deshalb muss die Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen durch eine umfassende Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung auch dazu führen, dass die Belastungen der Kommunen und der Träger der Sozialhilfe begrenzt und reduziert werden. Eine Verschiebung der Kosten zu Lasten der Kommunen ist abzulehnen.

Weiterer Reformbedarf wurde von Mitgliedern der Enquête-Kommission hinsichtlich nachstehender Bereiche gesehen. Trotz intensiver Diskussion konnte allerdings kein Einver-

nehmen über diese Reformvorschläge hergestellt werden. Die Enquête-Kommission hat sich dazu entschlossen, diese Überlegungen dennoch in ihren Bericht aufzunehmen:

160) Bedarfsgruppen bzw. DRGs und Forderungen nach einem „Institut für Qualität in der Pflege“

Das derzeitige Verfahren zur Vergütungsfindung in der stationären Pflege in NRW ist von einer Reihe von Defiziten geprägt. So führt u. a. der Kreis der Vertragspartner zu Repräsentationsproblemen. Anreizprobleme bestehen aufgrund der Berücksichtigung heimindividueller Kosten bei den Verhandlungen, da Kostensenkungen durch Rationalisierung in einer Periode zu Budgetkürzungen in der nächsten Periode führen. Das derzeitige Vergütungsverfahren führt daher nicht zwingend zur Vereinbarung leistungsgerechter Entgelte und bietet insbesondere keinen Anreiz für die Einrichtungen zur Effizienzsteigerung.

Die Mitglieder der Enquête-Kommission haben die Schwächen des bestehenden Vergütungssystems in der stationären Pflege zur Kenntnis genommen. Allerdings konnte keine der vorgeschlagenen Alternativen eine Mehrheit in der Kommission finden, u. a. die von einem Teil der Mitglieder mit Nachdruck favorisierte Einführung von Bedarfsgruppen. Aufgrund fehlender Vergleichbarkeit des Krankenhaus- und Altenpflegesektors wurde auch die Einführung von DRGs für die stationäre Altenpflege mehrheitlich abgelehnt.

Die Enquête-Kommission stellt zwar einvernehmlich fest, dass die derzeit geltende Leistungseinheit „tagesgleiche Pflegesätze für drei Pflegeklassen“ zu grob ist und die Varianz des Pflegebedarfs von Heimbewohnern innerhalb der Pflegeklassen vernachlässigt. Ein Teil der Mitglieder der Enquête-Kommission sprach sich deshalb dafür aus, dem Vorschlag zu folgen, eine Differenzierung der Definition von Leistungseinheiten durch eine im Vergleich zum Status quo deutlich differenzierte Einteilung der Pflegebedürftigen in Bedarfsgruppen vorzunehmen.

Es wurde angeregt, auf Basis eines Assessments homogene Bedarfsgruppen zu definieren, wobei die Bedarfe nicht an den engen Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI gebunden sein müssen, sondern (insbesondere im Hinblick auf demenziell erkrankte Pflegebedürftige) auch allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe enthalten können und sollen. Für jede dieser Gruppen könnte die Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze erfolgen. Als Anknüpfungspunkt für die Entwicklung eines derartigen Bedarfsgruppenschemas wurde ein in den USA entwickeltes System vorgeschlagen, das 44 unterschiedliche Kategorien zur Einstufung des Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen anbietet.

Keine Mehrheit in der Kommission fand in diesem Zusammenhang auch die Forderung nach der Einführung eines Instituts für Qualität in der Pflege, das für die Entwicklung von verbindlichen Qualitätsstandards zuständig sein soll. Die Erreichung der durch diese Qualitätsstandards vorgegebenen Ergebnisse solle Grundlage für die Vergütung in der stationären Pflege sein.

Die Enquête-Kommission empfiehlt, weitere Alternativen zur Optimierung der bestehenden Vergütungsfindung in der stationären Pflege zu prüfen, die geeignet sind, die Defizite des bestehenden System zu beseitigen und Anreize für Wirtschaftlichkeit und Qualität in den Einrichtungen bieten.

161) Leistungsorientierte Kostenerstattung

Aufbauend auf einer differenzierten Erfassung von Bedarf und Leistungen sowie Qualität im Rahmen des Assessments wäre die Schaffung einer Basis für eine leistungsorientierte Kostenerstattung zu verwirklichen. Das Land sollte diesbezüglich jetzt, wo die Reform der Pflegeversicherung ansteht, in diesem Sinne aktiv werden.

Teil III

Anhang

Synopse SGB XII – BSHG¹

SGB XII	BSHG
§ 1 – Aufgabe der Sozialhilfe	§ 1 (2) – Inhalt und Aufgabe der Sozialhilfe
§ 2 – Nachrang der Sozialhilfe	§ 2 – Nachrang der Sozialhilfe
§ 3 – Träger der Sozialhilfe	§ 9 – Träger der Sozialhilfe § 96 (1) Satz 1 und (2) Satz 1 – Örtliche und überörtliche Träger
§ 4 – Zusammenarbeit	§ 95 – Arbeitsgemeinschaften
§ 5 – Verhältnis zur freien Wohlfahrtspflege	§ 10 – Verhältnis zur freien Wohlfahrtspflege
§ 6 – Fachkräfte	§ 102 – Fachkräfte
§ 7 – Aufgabe der Länder	
§ 8 – Leistungen	§ 1 (1) – Inhalt und Aufgabe der Sozialhilfe § 27 (1) – Arten der Hilfe
§ 9 – Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles	§ 3 – Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles
§ 10 – Leistungserbringung	§ 8 – Formen der Sozialhilfe
§ 11 – Beratung und Unterstützung, Aktivierung	§ 17 Beratung und Unterstützung
§ 12 – Leistungsabsprache	
§ 13 – Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen	§ 3a – Vorrang der offenen Hilfe § 97 (4) – Örtliche Zuständigkeit
§ 14 – Vorrang von Prävention und Rehabilitation	
§ 15 – Vorbeugende und nachgehende Leistungen	§ 6 – Vorbeugende Hilfe, nachgehende Hilfe
§ 16 – Familiengerechte Leistungen	§ 7 – Familiengerechte Hilfe
§ 17 – Anspruch	§ 4 – Anspruch auf Sozialhilfe
§ 18 – Einsetzen der Sozialhilfe	§ 5 – Einsetzen der Sozialhilfe
§ 19 – Leistungsberechtigte	§ 11 (1) + (2) – Personenkreis § 28 – Personenkreis § 11 – Personenkreis § 29 – Erweiterte Hilfe, Aufwendungsersatz

1 Zusammenstellung von Uwe Temme, mit freundlicher Genehmigung zum Abdruck (Stand 2003)

SGB XII	BSHG
§ 20 – Eheähnliche Gemeinschaft	§ 122 – Eheähnliche Gemeinschaft
§ 21 – Sonderregelung für Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch	
§ 22 – Sonderregelungen für Auszubildende	§ 26 – Sonderregelung für Auszubildende
§ 23 – Sozialhilfe für Ausländerinnen und Ausländer	§ 120 – Sozialhilfe für Ausländer
§ 24 – Sozialhilfe für Deutsche im Ausland	§ 119 – Sozialhilfe für Deutsche im Ausland § 147b – Übergangsregelung für Deutsche im Ausland
§ 25 – Erstattung von Aufwendungen Anderer	§ 121 – Erstattung von Aufwendungen Anderer
§ 26 – Einschränkung, Aufrechnung	§ 25 (2) + (3) § 25a (1) + (2) – Aufrechnung § 29a – Einschränkung oder Aufrechnung der Hilfe
§ 27 – Verordnungsermächtigung	§ 119 (7) Satz 2 – Sozialhilfe für Deutsche im Ausland
§ 28 – Notwendiger Lebensunterhalt	§ 12 – Notwendiger Lebensunterhalt § 11 (3) – Personenkreis
§ 29 – Regelbedarf, Inhalt der Regelsätze	§ 22 – Regelbedarf
§ 30 – Unterkunft und Heizung	§ 3 (1) + (2) – Regelsatzverordnung § 15a Abs. 1 – Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen
§ 31 – Mehrbedarf	§ 23 – Mehrbedarf
§ 32 – Einmalige Bedarfe	§ 21 (1a) – (3) – Laufende und einmalige Leistungen
§ 33 – Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung	§ 13 – Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen
§ 34 – Beiträge für die Vorsorge	§ 14 – Alterssicherung
§ 35 – Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen	§ 15a – Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen
§ 36 – Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen	§ 21 – Laufende und einmalige Leistungen § 27 (3) – Arten der Hilfe
§ 37 – Vermutung der Bedarfsdeckung	§ 16 – Haushaltsgemeinschaft
§ 38 – Ergänzende Darlehen	
§ 39 – Darlehen bei vorübergehender Notlage	§ 15b – Darlehen bei vorübergehender Notlage

SGB XII	BSHG
§ 40 – Einschränkung der Leistung	§ 25 (1) + (3)
§ 41 – Verordnungsermächtigung	§ 22 (5) Satz 1 – Regelbedarf
§ 42 – Vorbeugende Gesundheitshilfe	§ 37 (2) – Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe
§ 43 – Hilfe bei Krankheit	§ 37 (1) – Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe
§ 44 – Hilfe zur Familienplanung	§ 36 – Hilfe zur Familienplanung
§ 45 – Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft	§ 36b – Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft
§ 46 – Hilfe bei Sterilisation	§ 36a – Hilfe bei Sterilisation
§ 47 – Leistungserbringung, Vergütung, Fahrkosten	§ 38 – Leistungserbringung, Vergütung, Fahrkosten
§ 48 – Leistungsberechtigte und Aufgabe	§ 39 – Personenkreis und Aufgabe
§ 49 – Leistungen der Eingliederungshilfe	§ 40 – Leistungen der Eingliederungshilfe
§ 50 – Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen	§ 40a – Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen
§ 51 – Hilfe in einer sonstigen Beschäftigungsstätte	§ 41 – Hilfe in einer sonstigen Beschäftigungsstätte
§ 52 – Trägerübergreifendes Persönliches Budget	
§ 53 – Gesamtplan	§ 46 – Gesamtplan
§ 54 – Aufgaben des Gesundheitsamtes	§ 126 – Aufgaben des Gesundheitsamtes
§ 55 – Verordnungsermächtigung	§ 47 – Bestimmungen über die Durchführung der Hilfe
§ 56 – Leistungsberechtigte und Leistungen	§ 68 – Inhalt
§ 57 – Bindung an die Entscheidung der Pflegekasse	§ 68a – Bindungswirkung
§ 58 – Häusliche Pflege	§ 69 – Häusliche Pflege
§ 59 – Pflegegeld	§ 69a – Pflegegeld
§ 60 – Andere Leistungen	§ 69b – Andere Leistungen
§ 61 – Leistungskonkurrenz	§ 69c – Leistungskonkurrenz
§ 62 – Leistungsberechtigte	§ 72 (1)
§ 63 – Umfang der Leistungen	§ 72 (2) – (4)
§ 64 – Verordnungsermächtigung	§ 72 (5)

SGB XII	BSHG
§ 65 – Hilfe zur Weiterführung des Haushalts	§ 70 – Inhalt und Aufgabe § 71 – Hilfe durch anderweitige Unterbringung Haushaltsangehöriger
§ 66 – Altenhilfe	§ 75
§ 67 – Blindenhilfe	§ 67
§ 68 – Hilfe in sonstigen Lebenslagen	§ 27 (2) – Arten der Hilfe
§ 69 – Bestattungskosten	§ 15 – Bestattungskosten
§ 70 – Einrichtungen und Dienste	§ 93 (1) – (3) + (7) Einrichtungen
§ 71 – Inhalt der Vereinbarungen	§ 93a – Inhalt der Vereinbarungen
§ 72 – Abschluss von Vereinbarungen	§ 93b – Abschluss von Vereinbarungen
§ 73 – Außerordentliche Kündigung der Vereinbarungen	§ 93c – Außerordentliche Kündigung der Vereinbarungen
§ 74 – Rahmenverträge	§ 93d – Verordnungsermächtigung, Rahmenverträge
§ 75 – Schiedsstelle	§ 94 – Schiedsstelle
§ 76 – Verordnungsermächtigungen	§ 93d – Verordnungsermächtigung, Rahmenverträge
§ 77 – Begriff des Einkommens	§ 76 – Begriff des Einkommens
§ 78 – Nach Zweck und Inhalt bestimmte Leistungen	§ 77 – Nach Zweck und Inhalt bestimmte Leistungen
§ 79 – Zuwendungen	§ 78 – Zuwendungen
§ 80 – Einkommensgrenze	§ 79 (1) – (3) – Allgemeine Einkommensgrenze
§ 81 – Abweichender Grundbetrag	§ 79 (4) – Allgemeine Einkommensgrenze
§ 82 – Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze	§ 84 – Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze
§ 83 – Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze	§ 85 – Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze
§ 84 – Einsatz des Einkommens bei mehrfachem Bedarf	§ 87 (1) + (3) – Einsatz des Einkommens bei mehrfachem Bedarf
§ 85 – Einzusetzendes Vermögen	§ 88 – Einzusetzendes Vermögen, Ausnahmen
§ 86 – Darlehen	§ 89 – Darlehen
§ 87 – Anrechnung bei behinderten Menschen	§ 43 – Erweiterte Hilfe

SGB XII	BSHG
§ 88 – Übergang von Ansprüchen	§ 90 – Übergang von Ansprüchen
§ 89 – Übergang von Ansprüchen gegen einen nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen	§ 91 (1) + (4) – Übergang von Ansprüchen gegen einen nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen
§ 90 – Feststellung der Sozialleistungen	§ 91a – Feststellung der Sozialleistungen
§ 91 – Verordnungsermächtigungen	§ 76 (3) – Begriff des Einkommens
§ 92 – Sachliche Zuständigkeit	§ 99 – Sachliche Zuständigkeit des örtlichen Trägers § 100 – Sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers § 101 – Allgemeine Aufgaben des überörtlichen Trägers
§ 93 – Örtliche Zuständigkeit	§ 97 – Örtliche Zuständigkeit
§ 94 – Vorbehalt abweichender Durchführung	§ 96 (1) Satz 2 + (2) Satz 2 Örtliche und überörtliche Träger
§ 95 – Zuständigkeit auf Grund der deutsch-schweizerischen Fürsorgevereinbarung	§ 146 – Zuständigkeit auf Grund der deutsch-schweizerischen Fürsorgevereinbarung
§ 96 – Behördenbestimmung und Stadtstaaten-Klausel	§ 151 – Behördenbestimmung und Stadtstaaten-Klausel
§ 97 – Kostenersatz durch Erben	§ 92c – Kostenersatz durch Erben
§ 98 – Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten	§ 92a (1) – (3) – Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten
§ 99 – Kostenersatz für zu Unrecht erbrachte Leistungen	§ 92a (4) Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten
§ 100 – Kostenersatz bei Doppelleistungen	
§ 101 – Kostenerstattung bei Aufenthalt in einer Einrichtung	§ 103 – Kostenerstattung bei Aufenthalt in einer Anstalt
§ 102 – Kostenerstattung bei Unterbringung in einer anderen Familie	§ 104 – Kostenerstattung bei Unterbringung in einer anderen Familie
§ 103 – Kostenerstattung bei Einreise aus dem Ausland	§ 108 – Kostenerstattung bei Übertritt aus dem Ausland
§ 104 – Ausschluss des gewöhnlichen Aufenthalts	§ 109 – Ausschluss des gewöhnlichen Aufenthalts
§ 105 – Umfang der Kostenerstattung	§ 111 – Umfang der Kostenerstattung
§ 106 – Verjährung	
§ 107 – Kostenerstattung auf Landesebene	§ 113
§ 108 – Vorrang der Erstattungsansprüche	§ 122a – Vorrang der Ersatzansprüche

SGB XII	BSHG
§ 109 – Ersatzansprüche der Träger der Sozialhilfe nach sonstigen Vorschriften	§ 140 – Ersatzansprüche der Träger der Sozialhilfe nach sonstigen Vorschriften
§ 110 – Übergangsregelung für die Kostenerstattung bei Einreise aus dem Ausland	§ 147 – Übergangsregelung für die Kostenerstattung bei Übertritt aus dem Ausland
§ 111 – Beteiligung sozial erfahrener Dritter	§ 114 – Beteiligung sozial erfahrener Personen
§ 112 – Pflicht zur Auskunft	§ 116 – Pflicht zur Auskunft
§ 113 – Überprüfung, Verwaltungshilfe	§ 117 – Überprüfung, Verwaltungshilfe
§ 114 – Wissenschaftliche Forschung im Auftrag des Bundes	§ 118 – Wissenschaftliche Forschung im Auftrag des Bundes
§ 115 – Verordnungsermächtigung	§ 117 (1) + (2) – Überprüfung, Verwaltungshilfe
§ 116 – Bundesstatistik	§ 127 – Anordnung als Bundesstatistik
§ 117 – Erhebungsmerkmale	§ 128 – Erhebungsmerkmale
§ 118 – Hilfsmerkmale	§ 129 – Hilfsmerkmale
§ 119 – Periodizität, Berichtszeitraum	§ 130 – Periodizität, Berichtszeitraum
§ 120 – Auskunftspflicht	§ 131 – Auskunftspflicht
§ 121 – Übermittlung, Veröffentlichung	§ 132 – Übermittlung, Veröffentlichung
§ 122 – Übermittlung an Kommunen	§ 133 – Übermittlung an Kommunen
§ 123 – Zusatzerhebungen	§ 134 Satz 1 – Zusatzerhebungen
§ 124 – Verordnungsermächtigung	§ 134 Satz 2 – Zusatzerhebungen
§ 125 – Übergangsregelung für ambulant Betreute	§ 143 – Übergangsregelung für ambulant Betreute
§ 126 – Übergangsregelung aus Anlass des Sonderprogramms Mainzer Modell	§ 77 – Nach Zweck und Inhalt bestimmte Leistungen
§ 127 – Übergangsregelung aus Anlass des Inkrafttretens des Zweiten Buches	
§ 128 – Übergangsregelung aus Anlass des Zweiten Rechtsbereinigungsgesetzes	§ 147a – Übergangsregelung aus Anlass des Zweiten Rechtsbereinigungsgesetzes
§ 129 – Maßgaben des Einigungsvertrages	§ 152 – Maßgaben des Einigungsvertrages

2 Chronologie der Arbeit

2.1 Anhörungen und Expertengespräche der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“

18. Juni 2002

„Demographische Entwicklung und Entwicklung in der Pflege“

Dr. Joachim Wilbers (Mitglied der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“)

13. September 2002

„Leben und Arbeiten im Pflegeheim – Die Perspektive der Betroffenen“

Prof. Dr. Ursula Koch-Straube (Evangelische Fachhochschule Bochum)

29. Oktober 2002

„Grunddimensionen einer Definition von Pflege, eines professionellen Pflegeverständnisses und zur Thematik Pflegebedürftigkeit im SGB XI“

Prof. Dr. Sabine Bartholomeycik (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke)
Prof. Dr. Thomas Klie (Evangelische Fachhochschule Freiburg)

5. Dezember 2002

„Zukunft der Pflegeausbildung“

Prof. Dr. Stefan Görres (Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), Universität Bremen)

„Pflegewissenschaften – Die Rolle der Forschung“

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)

17. Januar 2003

„Situation in der stationären Versorgung“

P. Günther Barenhoff, Katharina Benner, Rudolph Michel-Fabian (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen),
Hans-Peter Knips (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.),
Michael Scholz (Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.),
Otto B. Ludorff (Verband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtung in NRW e.V.),
Hildegard Kulmann (Caritasverband für die Diözese Münster e.V.)

21. Februar 2003

„Situation in der ambulanten Versorgung“

Detlef Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW),
Michael Siering, Hanne Koch, Stephan Post (Bundesverband Ambulante Dienste, Landesverband NRW e.V.),

Sylvia Bühler (ver.di, Fachbereich 3 – Gesundheit Soziale Dienste und Kirchen),
 Wolfgang Wessels (Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte NRW e.V.), Christoph
 Treiß (Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.),
 Michael J. Huneke (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Landesvertretung NRW – Landes-
 pflegerat NRW),
 Hans Brandt (Caritasverband, Arbeitsausschuss der LAG „Gesundheitswesen“),
 Sebastian Wirth (Diakonisches Werk, Arbeitsausschuss der LAG „Gesundheitswesen“)

2. Mai 2003

„Qualitätssicherung in der Pflege“

Ulrich Pannen (AOK Landesverband NRW)
 Ulrike Reus (MDK Westfalen-Lippe, Münster)
 Ursula Jodes-Laßner (MDK Nordrhein, Düsseldorf)
 Carolin Herman (Amt für Soziales und Senioren, Köln)
 Dr. Willi Rückert (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln)
 Heike Nordmann (Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf)
 Helmut Wallrafen-Dreisow (Geschäftsführer der Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH)

5. Juni 2003

„Wohnberatung und Wohnprojektberatung“

Herr Theo Hengesbach (Verein für Gemeinwesen und Sozialarbeit, Kreuzviertel e.V.)
 Frau Margot Opoku-Böhler, Regionalbüro Rheinland

20. Juni 2003

„Demenz/psychische Veränderungen im Alter“

Dr. Jan Wojnar (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)
 Christian Müller-Hergel (Bildungsreferent des Meinwerk-Instituts)
 Dr. Wilhelm Stuhlmann (Vorsitzender des Landesverbandes NRW der Deutschen Alzheimer
 Gesellschaft)
 Andreas Zells (AWO Ostwestfalen-Lippe)

03.07.2003

„Notwendiger Wandel in den Stadtteilen“

Frau Anne-Marie Wirtz (MSWKS, Referat Wohnungsbauförderung)
 Herr Hans-Peter Milles, MdL (Vorsitzender der Enquête-Kommission „Zukunft der Städte in
 NRW“)
 Herr Dr. Thomas Rommelspacher, MdL

17. Juli 2003

„Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Sonderwohnformen“

Eckehard Herwig-Stenzel (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld)

15. September 2003

„Einrichtung einer Pflegekammer“

Herr Fuhrmann (bpa)

Herr Frank (VDAB)

Frau Mittmann (LfK)

Frau Bögemann-Großmann, Frau Feldkamp (ver.di)

Frau Tebertz, Herr Niehus, Herr Zierfuß (Förderverein Pflegekammer)

14. Oktober 2003

„Personalbemessungsverfahren in der Pflege“

Henry Kieschnick (Referent in der Abteilung Sozialwirtschaft, Kuratorium deutsche Altershilfe, Köln)

Frau Prof. Dr. Garms-Homolová (Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., Berlin)

Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln)

4. Dezember 2003

„Finanzierungsstrukturen in der pflegerischen Versorgung“

Dr. Frank Ziesche (selbstständig)

30. Januar 2004

„Bedeutung von Sport und Fitnessangeboten in der Prävention bzw. Rehabilitation von Pflegebedürftigen“

Frau Krempel (Unternehmensberaterin in der Fitnessbranche)

Herr Dr. Stemper (Heinrich-Heine-Universität, Institut für Sportwissenschaft)

13. Februar 2004

Vorstellung der Reformempfehlungen der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung des sozialen Sicherungssysteme“ („Rürup-Kommission“)

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach

Vorstellung der Vorschläge der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme („Herzog-Kommission“)

Hermann-Josef Arentz (Mdl)

23. April 2004

„Kommunale Planung und Steuerung von vorpflegerischen und pflegeergänzenden Hilfsstrukturen“

Herr Dr. Jan Schröder (JSB GmbH, Bonn)

19. Juli 2004

„Kommunale Pflegesteuerungsstrukturen“

Herr Mnich (Innenministerium NRW)

Herr Willamowski (Leiter des Sozialamtes der Stadt Münster)
Prof. Dr. Thomas Klie (Evangelische Fachhochschule Freiburg)

2.2 Forschungsaufträge der Enquête-Kommission

Zur Gewinnung und Vertiefung aktueller Erkenntnisse hat die Kommission für den Schlussbericht folgende Forschungsaufträge eingeholt.

„Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen“

Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

Gutachten „Künftige Bedarfskonstellation pflegebedürftiger Menschen“

Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für angewandte Pflegeforschung, Universität Bremen
Dr. Martina Hasseler
Evangelische Fachhochschule Berlin

„Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln“

Prof. Dr. Günter Roth
Fachhochschule im DRK Göttingen
Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová
Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e. V. Berlin

„Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie“

M. A. Jürgen Dettbarn-Reggentin
Dipl. pol. Heike Reggentin
Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) Berlin

„Vergütungssystematik im ambulanten und stationären Bereich“

Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik Bremen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen

„Strukturen, Leistungsmöglichkeiten der Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW – Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen“

Prof. Dr. Frank Weidner
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) Köln

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswand
Universität Köln

Prof. Dr. Herrmann Brandenburg
Katholische Fachhochschule, Freiburg

„Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW – Formen, Modelle, Zukunftsperspektiven“

Prof. Dr. Volker Eichener
Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung GmbH (InWIS), Bochum

„Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen in der Pflege“

Prof. Dr. Thomas Klie
Evangelische Fachhochschule, Freiburg

„Innovative Praxisprojekte zu Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Pflege in Deutschland“ (Recherche)

Daniela Renner
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

„Die Auswirkungen von Wohnform und Wohnsituation auf die Entstehung bzw. den Verlauf von Krankheitsbildern“ (Recherche)

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln

2.3 Fachliche Unterstützung der Enquête-Kommission

Neben den Gutachtern und Experten in den Anhörungen haben folgende Personen die Arbeit der Enquête-Kommission mit diversen Beiträgen unterstützt:

Dr. Eckhard Schnabel
Dr. Klaus Wingenfeld (IPW Bielefeld)
Dipl. Soz. Andreas Freundlieb (FfG Dortmund)
Dipl. Päd. A. Kuhlmann (FfG Dortmund)
Prof. Dr. Michael Ewers (FH München)
Dr. Arnd T. May (Zentrum für Medizinische Ethik Uni Bochum)
Dr. Josef Hilbert
Michael Cirkel
Dr. B. Ganswald (MDK Westfalen-Lippe)
M. A. Jürgen Dettbarn-Reggentin
Dipl. Päd. Thomas Niepel (Sozialforschungsinstitut Bielefeld)

3 Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AGR	ambulante geriatrische Rehabilitation
ALPHA	Ansprechstellen im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenarbeit
AltPfiAPrV	Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
AltPflG	Altenpflegegesetz
ANA	American Nurses Association
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGV	Bundesgesundheitsvorschrift
BGH	Bundesgerichtshof
BHC	Bachelor of Science in Health Communication
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BScN	Bachelor of Science in Nursing
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Bundessozialgerichtsentscheidungen
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BUKO-QS	Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DEVAP	Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste e. V.
DIMI	Deutsches Institut für medizinische Indikation
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programme

DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DRGs	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)
EFQM	European Foundation for Quality Management
EIGER	Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche
EstG	Einkommensteuergesetz
EuroQuan	European Quality in Nursing Network
FfG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie
FHN	Family Health Nurse (Gesundheitsschwester)
GeReNet.Wi	Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GVBl	Gesetz- und Verordnungsblatt
HeimG	Heimgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
JSD	Johannes Seniorendienste Zentralverein e. V.
KAIZEN	Qualitätssicherungsverfahren (ständiges Streben nach Verbesserung)
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KWA	Kuratorium Wohnen im Alter
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen
LEG	Landesentwicklungsgesellschaft
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
LfK	Landesverband freie ambulante Krankenpflege
LPK	Landespflegekonferenz
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MGFF	Ministerium für Gesundheit, Familie und Frauen NRW
MGSFF	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW
MPH	Master of Public Health (61)
MSE	Master of Science in Epidemiologie (61)

NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGDG	öffentliches Gesundheitsdienstegesetz Nordrhein-Westfalen
OLG	Oberlandesgericht
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PGBA	Pflegegesetzadaptierte Basisassessments
PfG NW	Landespflegegesetz
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PfIRI	Pflegebedürftigkeitsrichtlinien
PKV	Private Krankenversicherung
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés (Verfahren zur Pflegezeit und Personalbedarfsermittlung)
PFF	proximale Femurfrakturen
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
RAI	Resident Assessment Instrumente
SET	Selbsterhaltungstherapie
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozialökonomisches Panel
StGB	Strafgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
TQM	Total Quality Management
TÜV	Technischer Überprüfungsverein
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
WHO	World Health Organization
WoBindG	Wohnungsbindungsgesetz
WoFG	Wohnraumförderungsgesetz
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung
ZES	Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

4 Literatur-Verzeichnis

- Abraham, I., Botrell, M., Fulmer, T., Medey, M. D. (2001): Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Bern.
- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. M. S. 103 – 115.
- Achenbach, G. (2004): Gender Mainstreaming. Was bedeutet das für Pflegende? In: Pflege Aktuell, Juli/August 2004, S. 416 – 419.
- Ackermann, A. (2003): Konzeption und Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes „Rehabilitation im Altenpflegeheim“. Tagungsmanuskript der iso-Fachtagung zum BMGS-Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“. 19.–21. Mai 2003. Bonn.
- Albrecht, J. (2000): Rechtliche und soziologische Grundlagen einer Kammer für Pflegeberufe. In: Kinderkrankenschwester.
- Alders, M., Manting, D. (2003): Household Scenarios for the European Union, 1995 – 2025. In: Hullen, G. (Hrsg.): Living arrangements and households – methods and results of demographic projections. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Band 109. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden. S. 71 – 95.
- American Nurses Association (ANA) (1980): A Social Policy Statement. Kansas City, Missouri.
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Jahrbuch für Kritische Medizin. 17, 1991, S. 112 – 130.
- AOK-Bundesverband (1999): Fachforum „Vertragswesen“ vom 24.11. 1999. Bonn.
- Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002, Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 3. Juli 2002, 2405 – 2435.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003): Integrierte Versorgung führt zu mehr Vernetzung und Wettbewerb um Qualität. Gemeinsame Presseerklärung, 5.9.2003. Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Weiterbildung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002. Bonn.
- Arbesman, M. C., Wright, C. (1999): Mechanical Restraints, Rehabilitation Therapies, and Staffing Adequacy as Risk Factors for Falls in an Elderly Hospitalized Population. In: Rehabilitation Nursing, Vol. 24, Nr. 3, May/June 1999, S. 122 – 128.
- Arens-Azevedou, U., Ruth, E., Lichtenberg, W. (2001): Hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Pflegeeinrichtungen. Hannover.
- Arnold, M., Litsch, M., Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2001): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart.
- Arnold, M., Litsch, M., Schwartz, F. W. (Hrsg.) (2000): Krankenhaus-Report 1999. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart.
- Arnold, K. (1998): Hospize und die „Hospiz-Idee“ in Einrichtungen der Altenhilfe. In: NDV Nr. 2/1998, S. 59 – 62.
- Arras, J. D., Neveloff-Dubler, N. (1995): Ethical and social implications of high-tech home care. In: Arras, J. D. (Hrsg.): Bringing the hospital home. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1 – 31.
- Aulbert, E., Zech, D. (1997): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart.
- Bäcker, G. (1998): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Anforderungen an die Arbeitswelt und die Tarifparteien. In: Reichert, M., Naegele, G. (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Nationale und internationale Perspektiven I. Hannover. S. 35 – 59.
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Naegele, G. (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 1: Ökonomische Grundlagen, Einkommen, Arbeit und Arbeitsmarkt, Arbeit und Gesundheitsschutz. Band 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter und Soziale Dienste. Wiesbaden. (4. Auflage in Druck).
- Bader, A., Keller, S., Puteanus, U., Wessel, T. (2003): Erhalten Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? Zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Pflegeheimen. In: Das Gesundheitswesen, Vol: 65 (4), S. 236 – 242.
- Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim/München.

- Bair, B., Toth, W., Johnson, M. A., Rosenberg, C., Hurdle, J. F. (1999): Interventions for disruptive behaviors: Use and success. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 1, S. 13 – 21.
- Bannasch, B. (2004): Behinderte Sexualität-Verhinderte Lust? Neu-Ulm.
- Baric-Büdel, D. (2001): Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten. In: *thema* Nr. 160 (Schriftenreihe des KDA).
- Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik, S., Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover. S. 11 – 20.
- Bartholomeyczik, S. (2004): Pflegeforschung: Entwicklung und Perspektiven in deutschsprachigen Ländern. In: Polit, D., Tatano Beck, Ch., Hungler D. P. (Hrsg.): *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern. S. 25 – 34.
- Bartholomeyczik, S. (2003): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft, Studienausgabe*. München. S. 67 – 106.
- Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. In: *Pflege Aktuell*, 55, Ausgaben: 5, S. 284 – 287; 6, S. 344 – 347; 7, S. 412 – 414.
- Bartholomeyczik, S., Bienstein, C., Schaeffer, D. (2002): Grunddimensionen einer Definition von Pflege. [Nicht-veröffentlichtes Manuskript für die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“.]
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: *Pflege & Gesellschaft*, 5, 4, S. 105 – 109.
- Bartholomeyczik, S., Müller, E. (Hrsg.) (1997): *Pflegeforschung verstehen*. München.
- Batzendorfer, L., Dorenkamp, A. (2000): Das Ansehen des Krankenpflegeberufes bei Schulabgängern. In: *Pflegezeit-schrift* 12/2000, S. 827ff.
- Bauer, A., Klie, T., Rink, J. (2002): *Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK BUR)*. [Loseblattsammlung, Stand: März 2003]. Heidelberg.
- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (Hrsg.) (2002): *Machbarkeitsstudie. Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. (Abschlussbericht)*. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2001): *Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Freistaat Bayern. Ein Bericht der I und G Gesundheitsforschung. (Kurzfassung)*. München.
- Beck, B., Dallinger, U., Naegele, G., Reichert, M. (1997): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106/1. Stuttgart.
- Becker C., Conz, A., Can, H., Gebhard, R., Muche, R., Scheible, S., Nikolaus, Th. (1999): Epidemiologie proximaler Femurfrakturen bei älteren Menschen. In: *Geriatrische Forschung*. Volume 9, (1999), 3, S. 127 – 130.
- Becker, C., Lindemann, U., Kapfer, E., Eichner, B., Hausner, M., Nikolaus, Th. (2001): *Mobilität und Mobilitätsstörungen von Heimbewohnern. Dritter Bericht des Ulmer Modellvorhabens „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“*. Ulm.
- Becker, C., Lindemann, U., Rissmann U. (2003): *Sturzprophylaxe*. Hannover.
- Becker, W., Meifort, B. (1997): *Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bericht zur beruflichen Bildung*, Heft 200. Bielefeld.
- Becker, C., Reißmann, U. (2002): *Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden älteren Menschen. Gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“*. Ulm.
- Behr, R., Brechmann, Th. Voß, F., Wallrafen-Dreisow, H. (1995): *Vom Pflegeheim zum Altenwohnhaus*. Frankfurt/Main.
- Beikirch, E., Korporal, J. (2003): *Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung*. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D., (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim/München. S. 591 – 607.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1999): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Köln.

- Bermejo, I., Munthy, F.A. (1994): Burnout und Bedarf an psychozocialer Fortbildung und Supervisionen in der Altenpflege. Münster.
- Berry-Lound, D. (1999): Betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege in Großbritannien. In: Reichert, M., Naegele, G. (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Nationale und internationale Perspektiven II. Hannover. S. 147 – 164.
- Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenhausbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 62, S. 211 – 218.
- Bieback, K.-J. (1997): Die Einbindung nicht ärztlicher Leistungserbringer in das System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Nr. 9,10/1999.
- Birg, H., Flöthmann, E. J. (2002): Langfristige Trends der demografischen Alterung in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 5/2002, S. 387 – 399.
- Blaumeiser, H., Blunck, A., Klie, T., Pfundstein, T., Wappelshammer, E. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Frankfurt/Main.
- Blaumeister, H. (2001): Vom Mythos Pflege in der Familie. Daheim oder im Heim – Pflege im Wandel sozialer Milieus. In: Forum Sozialstation 111, S. 16 – 18.
- Blinkert, B., Klie, T. (2002): Die Verankerung von Solidarität in der Sozialstruktur – Eine empirische Untersuchung über milieuspezifische Pflegebereitschaften und bürgerschaftliches Engagement. Freiburg. [Unveröffentlichtes Manuskript] (Im Erscheinen bei Vincentz, Hannover).
- Blinkert, B., Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahre 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages. Berlin.
- Blinkert, B., Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt 10:237 – 245.
- Blinkert, B., Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover.
- Blosser-Reisen, L. (1997): Altern – Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern.
- Blüher, S. (2003): Wie langelig ist die Solidarität? Generationenbeziehungen in den späten Lebensjahren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 36, S. 110 – 114.
- Böger, S., Hacker, W. (1999): Der Einfluss der Arbeitsorganisation auf die Beanspruchung des Pflegepersonals in Krankenhäusern. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen. S. 227 – 239.
- Böhme, H. (2002): Rechtshandbuch für Pflegeeinrichtungen von A – Z. Kissing.
- Böhmer, M. (2003): Schlimme Erinnerungen. In: Altenpflege Nr. 6/2003, S. 41ff.
- Boschek, H.-J. et al. (2003): „Gesundheitsbericht Chronische Wunden“ im Kreis Ennepe-Ruhr 2000 bis 2002 (Abschlussbericht). Universität Witten/Herdecke. Witten/Herdecke.
- Boucsein, L., Grunow, D. (2002): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege in Wuppertal. Einflussfaktoren und Effekte. Forschungsbericht aus dem Institut für Soziale Gerontologie und Altersmedizin e.V. an der Bergischen Universität Wuppertal 02/2002. Wuppertal.
- Bower, K. (1995): Case Management Designed for the Care Continuum. In: Zander, K. (Hrsg.): Managing Outcomes through Collaborative Care. Chicago IL: American Hospital Publishing, S. 165 – 176.
- Brandenburg, H., Klie T. (2002): Zukunft der Pflege. Aufgabenfelder und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege alter Menschen, Teil I und II. In: Die Schwester/Der Pfleger, Nr. 12/(2002), Nr. 1/(2003).
- Braubach, M. (2003): Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld.
- Braun, J., Klages, H. (Hrsg.) (2000): Zugangswege zum freiwilligen Engagement und Engagementpotenzial in den alten und neuen Bundesländern. Freiwilliges Engagement in Deutschland – Freiwilligensurvey1999 – Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement (Band 2). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 194.2. Stuttgart.
- Brechmann, Th. (2003): Vom Tourenteam zum Gemeinwesenteam. Zuschrift an die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. (Unveröffentlichtes Manuskript).

- Breidet, U. (2001): Demenz – Pflege – Familie. Hilfen zur Bewältigung emotionaler Belastungen in der ambulanten Pflege. Stuttgart/Berlin/Köln.
- Brieskorn-Zinke, M. (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege. Stuttgart.
- Broe, G. A. et al. (1999): Carer distress in the general population. Results from the Sydney Older Persons Study. In: Age and Ageing, No. 28/1999: 307 – 311.
- Brög-Kurzemann, U., Sieber, H., Weh, B. (2000): Behandlungspflege. Gegliedert nach AEDL. Hannover.
- Brucker, U., Hutzler, D., Hasseler, M. (2004): Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. In: Gesundheitswesen, Nr.66/2004.
- Bruggemann, A., Großkurth, P., Ulich, E. (1975): Arbeitszufriedenheit. Schriften zur Arbeitspsychologie. Stuttgart/Wien.
- Brüggemann, J. (2003): Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 42, H. 9, S. 684 – 689.
- Brüggemann, J. (1999): Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation. In: Forum Sozialstation 8/1999, S. 40 – 43.
- Brünner, F. (2001): Vergütungsvereinbarungen für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Baden-Baden.
- BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN im Landtag Nordrhein-Westfalen (2004): Zukünftiges Wohnen im Alter. Düsseldorf.
- BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN im Landtag Nordrhein-Westfalen (2003): Selbst-bestimmt altern. Düsseldorf.
- Bundesamt für Statistik (2003): Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen-Einrichtungen e.V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Entwurfversion V1.2, basierend auf den Ergebnissen der Essener Konsensus-Konferenz vom 15.01.2002 in Essen und der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover. (Druck vom 08.02.2004). <http://www.bag-geriatrie.de> (Stand 22.05.2004).
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1993): Die Alten der Zukunft – Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 32. Stuttgart.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2003): Berufsbildungsbericht 2003. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2003): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht. Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1986): Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002a): KDA Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. (BMG-Modellprojekte, Band 9). Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002b): Gesund altern. Schriften 146. Heidelberg.
- Bundesministeriums für Gesundheit (2002c): Stellungnahme zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004a): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b): Pressemitteilung 13.09.2004. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Geriatriische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

- Bundesrat (1993): Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. (DS 505/93). Bonn.
- Burger, S., Kasper, J. (1998): Versorgungsmanagement – neue Herausforderungen für die Kostenträger. In: Sozialer Fortschritt 47(1), S. 9 – 14.
- Busse-Bekemeier, M. (2004): Vom Pflegeheim zur Wohngruppe im Stadtteil. In: BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN im Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukünftiges Wohnen im Alter. Düsseldorf. S. 28 – 29.
- Büssing, A. (1993): Organisationsdiagnose. In: Schuller, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Organisationspsychologie. Bern. S. 445 – 480.
- Corey-Bloom, J., Galasko, D. (1995): Adjunctive therapy in patients with Alzheimer's disease. A practical approach. In: Drugs & Aging 7, Nr. 2, S. 79 – 87.
- Carrier, M. (1999): Am Ende einer Wanderung. Über die ambulante pflegerische Versorgung alt gewordener Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Pflegezeitschrift 2, S. 2 – 12.
- Cassel, C. K. (2000): Geriatrics for the 3rd millennium. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 112. Jg., H. 9, S. 386 – 393.
- Centinkaya, M. (2003): Kooperationsprojekt Essen-Katernberg. Erfahrungen aus dem Bundesmodellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter.“ Bochum.
- Coffey, RM., Louis, DZ. (2001): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold, M., Litsch, M., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart. S. 33 – 48
- Commonwealth of Australia National Review of Nursing Education (2002): Our duty of care. Canberra.
- Corless I. (1995): A new decade for hospice. In: Corless, I., Germino, B. B., Pitman, M. A. (Hrsg.): A challenge for living: Dying, death and bereaveme. Boston.
- Damkowsky, W., Klie, T., Kronseder, E., Luckey, K., Stappenbeck, J. (1997): Ambulante Pflegedienste. Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen. Hannover.
- Dangel, B., Korporal, J. (2004): Stellenwert von Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Pflege aktuell, 3/2004, S. 136 – 139.
- Dangel, B., Korporal, J. (2003): Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36, Heft 1, S. 50 – 60.
- Dassen, Th., Heinze, C., Lahmann, N., Lohrmann, C., Mertens, E., Tannen, A. (2003): Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt Universität zu Berlin. Berlin.
- Dettbarn-Reggentin, J., Reggentin, H. (2004): „Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie“. Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Berlin.
- Dettbarn-Reggentin, J., Wallrafen-Dreisow, H. (2004): Für das richtige Milieu. Kleingliedrige Wohngruppen nach dem Wohnküchenmodell wirken sich positiv auf demenziell erkrankte Bewohner und das Personal aus. In: Altenheim, Nr. 5/2004, S. 30 – 31.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2000): Zahlen, Daten, Fakten 2000. Düsseldorf.
- Deutscher Bundestag (2004a): Kleine Anfrage, CDU/CSU: „Heimgesetz auf dem Prüfstand“. (DS 15/3370). Berlin.
- Deutscher Bundestag (2004b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU „Heimgesetz auf dem Prüfstand“. (DS 15/3565). Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002a): Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002b): Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. (DS 14/8900). Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002c): Enquête-Kommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“. (DS 14/9020). Berlin.
- Deutscher Bundestag (2000a): Kleine Anfrage, CDU/CSU: „Zukunft der sozialen Pflegeversicherung“. (DS 14/3444). Berlin.
- Deutscher Bundestag (2000b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU „Zukunft der sozialen Pflegeversicherung“. (DS 14/3592). Berlin.

- Deutscher Bundestag (1999): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (DS 14/1245). Berlin.
- Deutscher Bundestag (1998): Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1994): Erster Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel. In: Zur Sache 4/1994. Bonn
- Deutscher Bundestag (1993): Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) (DS 12/5262). Bonn.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste (DEVAP) (2001): Hausgemeinschaften – Chancen und Risiken eines Modells. Positionspapier. http://www.devap.de/devap_net/download/pos/Positionspapier_Hausgemeinschaften.pdf (Stand: 14.12.2004)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI) (2002): ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Entwurf zu Korrekturzwecken, <http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html>, (Stand 14.12.2004)
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2004): Hohes privates Engagement bei der Betreuung von Pflegebedürftigen. Wochenbericht des DIW Berlin 21/2004. Berlin.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2002): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie (1999 – 2002). Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004b): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. (Fachhochschule Osnabrück) Osnabrück.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2002): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Hannover
- Dietzel-Papakyriakou, M., Olbermann, E. (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, A., Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. (IMIS-Schriften Band 10) Osnabrück. S. 283 – 311.
- Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Frankfurt a.M./New York.
- Donabedian, A. (1966): Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, Vol. 59, Nr. 10, S. 1833 – 1839.
- Dröge, F. J. (2004): Das Hospiz lebensHAUS – Wohnen und Leben im Hospiz. (Unveröffentlichtes Manuskript). Münster.
- Eichener, V. (2004): Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW – Formen, Modelle, Zukunftsperspektiven. Expertise für die Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Bochum.
- Eifert, B., Krämer, K., Roth, G. (1999): Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz in Nordrhein-Westfalen). Abschlußbericht einer Untersuchung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW. Dortmund.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., Brummell, K. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. In: *British Medical Journal*, Volume 323.
- Ensink F. B. M., Bautz, M. T., Görlitz, A., Hanekop, G. G. (2002): Palliativmedizinische Betreuung von Tumorschmerzpatienten in Niedersachsen. Indikatoren der Strukturqualität. In: *Schmerz* 16(4), S. 255 – 262.
- Evangelisches Johanneswerk (2004): Konzeption der sozialen Dienstleistungen im Wohnprojekt Heinrichstraße. [Unveröffentlichtes Manuskript]. Bielefeld.
- Evers, A. (1999): Soziales Engagement: Zwischen Selbstverwirklichung und Bürgerpflicht. In: *Transit* Band 15/(1999), S. 186 – 199.

- Evers, A., Klie, T. (1999): Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement? In: Schmidt, R., Entzian, H., Giercke, K., Klie, T. (Hrsg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt/M. S. 39 – 48.
- Evers, A., Olk, T. (1996): Wohlfahrtspluralismus. Opladen.
- Ewers, M. (2003): High-Tech Home Care. Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern.
- Ewers, M. (2002): Implikationen therapeutisch-technischer Innovationen für die Pflege: Das Beispiel der häuslichen Infusionstherapie. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern. S. 258 – 285.
- Ewers, M. (2002b): Dimensionen von Patientenorientierungen in der Pflege Schwerkranker In: Pleschberger, S., Heimerl, K., Wild, M. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Wien.
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der deutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P96-208. Berlin.
- Ewers, M., Schaeffer, D. (2003): Palliativpflegerische Hausbetreuungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P03-121. Bielefeld.
- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern.
- Ewers, M., Fuhr, A., Günnewig, J. (2001): Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW. Teilergebnisse eines Modellprojekts. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P01-114. Bielefeld.
- Ewers, M. (1996): Case Management. Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. Berlin.
- Fahlbusch, J. (2004): Die Diskussion zur Reform des Pflegeversicherungsrechts. In: NDV 5/2004.
- Faison, K. J., Faria, S. H., Frank, D. (1999): Caregivers of Chronically Ill Elderly: Perceived Burden. In: Journal of Community Health Nursing 16:4:243 – 253.
- Fakhreshafaï, R. (2004): Recht der Rehabilitation und Teilhabe – Zwischenbilanz zum SGB XI. Kritische Reflexion und Perspektiven. In: Rehabilitation Nr. 43/2004.
- Falkenstein, K. (2001): Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege. Hagen.
- Feldmann, K. (1997): Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen.
- Ferris, F. D., Cummings, I. (Hrsg.) (1995): Palliative Care towards a Consensus in Standardized Principles of Practice. Ontario: Canadian Palliative Care Association.
- Fiedler, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt.
- Filipp, S.-H. (1999): Lebenserfahrung und Lebenssinn. Biographische Aspekte des Alterns. In: Niederfranke, A.; Naegele, G.; Frahm, E. (Hrsg.): Funkkolleg Altern 1. Opladen/Wiesbaden. S. 101 – 135.
- Fischer, G. C. (2002): Einleitung. Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Hannover.
- Flieder, M. (2001): Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf. In: Dr. med. Mabuse, 134. S. 29 – 34.
- Freese, G. (1998): Was hat die Pflegeversicherung für Angehörige gebracht? Rehbürg-Loccum.
- Friedemann, M., Köhlen, Ch. (2003): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern.
- Friedrich, K. (1993): Untersuchung zum räumlichen Verhalten alter Menschen. In: Bähr, J. (Hrsg.): Kieler Arbeitspapiere zur Landeskunde und Raumordnung. Band 28, Geographisches Institut. Kiel.
- Fuchs, J. (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich. Pflegebereitschaft von Personen, die nicht selbst pflegen. In: Gesundheitswesen 60, S. 392 – 398.
- Füsgen, I. (2002): Zusammenarbeit von Rehabilitation und Pflege in Deutschland. In: Oliges, F. J., Schian, H. M., Schönle, P. W. (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation. Europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Bd. 11, Ulm. S. 93 – 94.

- Füsgen, I. (2001): Hypertonie & Demenz. Korrelation belegt. In: *Geriatric Journal*, Nr. 5/2001.
- Gaber, E., Ziese, T. (2004): Wie viele Menschen sterben in Deutschland und woran? Ausgewählte Ergebnisse der amtlichen Statistik. In: *Public Health Forum* 12(43), S. 8 – 9.
- Ganswald, B. (2004): Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. (Unveröffentlichtes Manuskript). Münster.
- Garms-Homolová, V. (2003): RAI-System als Voraussetzung der Erfüllung zeitgemäßer Qualitäts- und Planungserfordernisse. Vortrag im Rahmen einer Anhörung der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. (Unveröffentlichtes Manuskript). Düsseldorf.
- Garms-Homolová, V., Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Göttingen/Berlin.
- Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden.
- Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (1992): *Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen*. Freiburg.
- Gatterer, G. (1996): *Rehabilitation*. In: Zapotoczky, H. G., Fischhof, P. K. (Hrsg.): *Handbuch der Gerontopsychiatrie*. Wien/New York. S. 481 – 511.
- Gebert, A. J., Kneubühler, H.-U. (2001): *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Bern.
- Gennrich, R. (2000): *Arbeitshilfen für Planung und Betrieb von Tagespflege-Einrichtungen*. Köln.
- Gerlach, H. (2004): Anders alt werden. In: *Dr. med. Mabuse*. 29. Jg. Juli/August 2004. S. 41 – 44.
- Gerling, V. (2002): Zugewanderte Senioren/innen in Deutschland und Großbritannien: Soziodemographische Strukturdaten, Lebenslagen und soziale Dienste der Altenhilfe im Vergleich. In: *Sozialer Fortschritt* 6, S. 149 – 150.
- Gerste, B. (2002): Initiativen zur Qualitätsentwicklung: Forderungen, Maßnahmen und Projekte ausgewählter Akteure. In: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B., Klose J. (Hrsg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart. S. 97 – 114.
- Gerste, B., Rehbein, I. (1998): Unterschiedliche Versorgungsdichten in den Bundesländern. *WidO gibt den ersten statistischen Überblick über den Pflegemarkt*. In: *Soziale Sicherheit* 2:47, S. 41 – 44.
- Gesundheitsberatungsausschuss der Ärztekammer Nordrhein (Leitung Dr. Schüller) (2004): *Projekt „Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität – Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung im Alter“*, Stand 12. Juli 2004. (Unveröffentlichte Projektskizze). Düsseldorf.
- Göpfert-Divivier, W., Robitzsch, M. (2002): *Qualitätsmanagement in der Altenpflege*. In: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B., Klose J. (Hrsg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart. S. 227 – 242.
- Göpfert-Divivier, W., Lauer, H. (2001): *Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege*. Saarbrücken/Hannover.
- Gordon, M., Bartholomeyczik, S. (2001): *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München.
- Görgen, T. (2003): *Misshandlung, Vernachlässigung und unangemessene Formen der Freiheitseinschränkung in der stationären Altenpflege* (Manuskript). Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Hannover.
- Görres, S. (2002): *Theoretische Überlegungen zur Qualitätsentwicklung*. In: Igl, G., Schliemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart. S. 131 – 145.
- Görres, S., Schmidt, R. (1999): *Prävention und Intervention. Die gesundheitliche Versorgung im Alter*. In: Niederranke, A., Naegele, G., Frahm, E. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten. Soziale Sicherung und Altenpolitik*. Opladen/Wiesbaden. S. 341 – 397.
- Görres, S., Hinz, I. M., Reif, K. (2002): *Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen*. In: *Pflege*, 15, S. 25 – 32.
- Graf, G. (2004): *Hospizarbeit. Möglichkeiten und Grenzen*. In: *Public Health Forum* 12(43), S. 17 – 18.
- Graf, S. (1999): *Betagte Menschen und ihre Haustiere*. In: *Pflege*, Nr. 12/1999.
- Gräbel, E. (1998a): *Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 57 – 62.
- Gräbel, E. (1998b): *Pflegende Angehörige: Hilfe auch durch Ärzte* 95:39:C-1701 – 1702.

- Gräbel, E. (1998c): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 52 – 56.
- Gräbel, E. (1997): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach/Frankfurt/Washington.
- Gräbel, E., Schirmer, B. (2003): Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken. In: Pflege 2003, 16, S. 216 – 221.
- Gronemeyer, R., Loewy, E. H. (2002): Wohin mit den Sterbenden? Hospize in Europa – Ansätze zu einem Vergleich. In: Forum Hospiz, Band 3, Münster.
- Großkopf, V. (2002): Haftungsproblem Dekubitus. In: Die Schwester/Der Pfleger, Nr. 10/(2002). S. 868 – 873.
- Gunzelmann, T.; Schumacher, J. (1997): Psychologische Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Demenzkranke. In: Weiss, S.; Weber, G., (Hrsg.) (1997): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim, S. 1147 – 1172.
- Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie. Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8 (4), S. 247 – 262.
- Häußler-Szezan, M. (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Bd. 147.1. Stuttgart.
- Häußler, M., Wacker, E., Wetzler, R. (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Baden-Baden.
- Haiber, A. (2004): Kostenvergleich ambulanter und stationärer Versorgung. Bielefeld.
- Hasseler, M., Görres, St. (2004): „Künftige Bedarfskonstellationen pflegebedürftiger Menschen“. Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Bremen.
- Heeg, S. (2002): Neuer Geist in alten Strukturen. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Gemeinsam handeln. Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Friedrichshafen.
- Heinemann-Knoch, M. (1997): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie.
- Heinze, R. G., Eichener, V., Naegele, G., Bucksteeg, M., Schauerte, M., Töpfer, K. (1997): Neue Wohnung auch im Alter – Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft. Darmstadt.
- Heinze, R. G., Naegele, G., Strünck, C. (1996): Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck. Neue Bedarfe und Entwicklungstrends im Altenbereich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, S. 46 – 50.
- Helmchen, H., Kanowski, S. (2000): Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie in Deutschland. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin.
- Helmchen, H., Balthes, H. H., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F., Wagner, M., Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K. U., Balthes, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin. S. 185 – 220.
- Helmich, P., Schneitler, H (2000): Endbericht zur Interventionsstudie bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall im ersten Jahr nach Eintritt des Schlaganfalls. „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“, Düsseldorfer Gesundheitskonferenz zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Düsseldorf.
- Henderson, V. (1963): Grundregeln der Krankenpflege (ICN Basic Principles of Nursing Care). Deutsche Schwesterngemeinschaft. Frankfurt am Main.
- Hessisches Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1994): In Hessen ist gut Pflegen: die neun Pflegeberufe in Hessen – Altenpflege, Fachhauswirtschaft, Familienpflege, Entbindungspflege, Heilerziehungspflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Krankenpflege, soziale Assistenz. Wiesbaden.
- Heuser, K. (1999): Die Lebenssituation alt gewordener Menschen mit Behinderung – Überlegungen aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter. Eine soziale Herausforderung. Landschaftsverband Rheinland, Rheinisches Landessozialamt. Köln.

- Hinzen, G., Nordmann, H. (2004): Pflegeberatung in Nordrhein-Westfalen. Pflegeberatung der Verbraucherzentrale NRW in den Kreisen Aachen und Unna. In: Bunzendahl, I., Hagen, BP. (Hrsg.): Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Weinheim/München. S. 123 – 133.
- Hipp, S. (2001): Betreuungsgruppen für Alzheimer-Kranke. Berlin.
- Hirsch, R. D., Kastner, U. (2004): Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. In: Forum 38. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.
- Hirsch, R. D. (2001): Gesundheitspolitische Aspekte der Gerontopsychiatrie. Bonn. S. 7, www.dgpp.de/download/publikationen/gesundheitspol_aspekte.pdf
- Hofmann, F., Michaelis, M. (1999): Körperliche und psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf: Arbeitsmedizinische Ergebnisse. In: Zimber, A., Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen. S. 200 – 214.
- Höfling, W. (1999): Kommentierung Art. 1 GG. In: Sachs, M (Hrsg.): Grundgesetz: Kommentar. München.
- Höhmann U, Müller-Mundt G, Schulz B (1999): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt a.M.
<http://www.buko.de>
<http://www.diaet-aachen.de> (Stand 12.08.04)
<http://www.mds-ev.org.de> (Stand 26.07.2005)
<http://www.dnqp.de>
<http://www.gesund-im-alter.de/> (Stand 23.05.2004)
http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/04_09/sawicki.html (Stand: 25.10.2004)
http://www.mdk.de/beratung/pv/qualipv_einr/GuM-QS_amb.pdf
http://www.mdk.de/beratung/pv/qualipv_einr/MDK-Anleitung-amb-07062000.pdf
<http://www.wido.de>
- Hullen, G. (2003): Projections of living arrangements, household and family structures. In: Hullen, G. (ed.): Living arrangements and households – methods and results of demographic projections. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Band 109. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden. S. 7 – 43.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim. S. 591 – 607.
- Hutchinson, S., Wilson, H. (1998): The theory of unpleasant symptoms and Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 12, Nr. 2, S. 143 – 162.
- Husebø, S., Klaschik, E. (2003): Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Berlin.
- Igl, G. (2002): Rechtliche Rahmenbedingungen Bürgerschaftlichen Engagements. Opladen.
- Igl, G. (1999): Die unbefehliche Abgrenzung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V und häuslicher Pflege nach dem SGB XI. In: SGB Nr. 3/1999, S. 111 – 119.
- Igl, G., Welti, F. (Hrsg.) (2001): Die Verantwortung des Sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung. Wiesbaden.
- Infratest Sozialforschung (Hrsg.) (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten (MuG 3). München.
- Isfort, M. (2003): Instrumentenentwicklung in der Pflege. Vortrag im Rahmen einer Anhörung der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Jacob, C. (2004): Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Bern.
- Jakobi, T., May, A., Kielstein, R., Bienwald, W. (2004): Ratgeber Patientenverfügung. Münster.
- Jelitte, M., Schwab, M., Vogel, H. (2003): Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenpflegeheim und geriatrischer Rehabilitationsklinik. Abschlussbericht zum Projekt im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Würzburg. (12. August 2003).
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. (2001): Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages, St. Louis, Mosby.

- Juchli, L. (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart.
- Jürgens, A. (1995): Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für Behinderte. In: NDV Nr. 8, S. 323ff.
- Karst, M. (2002): Hausärztliche Versorgung Hochbetagter im Pflegeheim. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Hannover.
- Kater, H., Leube, K. (1997): Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII. Kommentar.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963): Studies of illness in the aged. Journal of the American Medical Association 185, 914 – 919.
- Kesselring, A. (1998): Nationalfondstudie. Pflege daheim. Porträt einer harten Arbeit. In: Krankenpflege/Soins infirmiers 1, S. 6 – 9.
- Keteci, A. (2003): Wohnbedürfnisse älterer Migranten. (Diplomarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf). Düsseldorf.
- Kieschnick, H. (2003): Evaluation der Pflege Demenzkranker mit dem Verfahren „PLAISIR“. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 4. Berlin. S. 193 – 207.
- Kittelberger, F. (2002) : Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. Bayerische Stiftung Hospiz. München.
- Kitwood, T. (2000): „Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“. Bern.
- Klages, H., Gensicke, T. (1999): Wertewandel und bürgerschaftliches Engagement an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Wertesurvey 1997. Speyerer Forschungsberichte Nr. 193. Speyer.
- Klein, T., Ochsmann, R., Feith, G. M., Seibert, A., Slangen, K. (1997): Häusliche Betreuung Sterbenskranker. Zur Bedeutung institutioneller und privater Hilfe. Beiträge zur Thanatologie, Heft 11. Schriftenreihe des Interdisziplinären Arbeitskreises Thanatologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (JGU). Mainz.
- Klie, T. (2004): Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Freiburg.
- Klie, T. (2003a): Recht der Altenhilfe. Hannover.
- Klie, T. (2003b): Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Freiburg.
- Klie, T. (Hrsg.) (2002a): Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Freiburg.
- Klie, T. (2002b): Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen – Gesetzliche Rahmenbedingungen und Rechtswirklichkeit. In: Igl, G., Schliemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. S. 19 – 33.
- Klie, T. (2002c): Pflegekräfte müssen sein: geeignet ja – angestellt nein. In: Forum Sozialstation, Nr. 118.
- Klie, T. (Hrsg.) (2002d): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover.
- Klie, T. (2001a): Die Zukunft der Pflege. Zwischen Mythos und Modernisierung. In: Dr. med. Mabuse, Nr. 130/(2001)
- Klie, T. (2001b): Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover.
- Klie, T. (2001c): Rechtsgutachten Betreutes Wohnen. (Unveröffentlichtes Manuskript). Freiburg/Bonn.
- Klie, T. (2001d): Rechtsgutachten zum Projekt „Ambulante Dienste Gesetz“. (Unveröffentlichtes Manuskript). Freiburg/Bonn.
- Klie, T. (2002e): Gesetzliches Vertretungsrecht für Angehörige. In: BtPrax, 3, S. 91 – 96.
- Klie, T., Igl, G. (2002): Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege. In: Igl, G., Schliemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. S. 3 – 17.
- Klie, T., Buhl, A., Entzian, H., Schmidt, R. (Hrsg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt a.M.
- Klie, T., Leonhard, B. (2001): Die Abgrenzung zwischen SGB XI und BSHG. In: Igl, G. & Welti, F. (Hrsg.): Die Verantwortung des Sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Sozialpolitik in Europa, Band 7. Wiesbaden.
- Klie, T.; Krahmer, U. (Hrsg.) (2003): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI). Baden-Baden.

- Klie T., Schmidt R. (Hrsg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Bern.
- Kochanek, J. (2004): Organisationsentwicklung in Altenheimen am Beispiel des Reginenhauses in Hamm – ein Erfahrungsbericht. In: Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Frankfurt a.M.
- Koch-Straube, U. (Hrsg.) (2001): Beratung in der Pflege. Bern.
- Kohli, M., Kühnemund, H. (2003): Der Alters-Survey. Die zweite Lebenshälfte im Spiegel repräsentativer Daten. In: Politik und Zeitgeschichte 20, S. 18 – 25.
- Kottnik, R., Mayer, C. (Hrsg.) (1999): Vernetzte Sterbebegleitung im Altenpflegeheim. Leitgedanken für eine lernende Organisation und Curriculum für hauptamtliche MitarbeiterInnen. Berlin.
- Krahmer U., Manns C. (2000): Hilfe zur Pflege nach dem BSHG. Hannover.
- Krauth, Ch. (2004): Gesundheitsökonomische Evaluation und Prävention/Gesundheitsförderung. In: Journal of Public Health. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Volume 12, Supplement 1, June 2004, S. 50.
- Kremer-Preib, U., Stolarz, H. (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln.
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiern. Baden-Baden.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Schriften 146. Heidelberg.
- Kruse, A. (1999): Regeln für ein gesundes Älterwerden – Wissenschaftliche Grundlagen. Weltgesundheitsstag 1999. Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn.
- Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F. H., Wilbers, J. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Baden- Württemberg. Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Januar 2003. Heidelberg.
- Kruse, A., Schmitt, E. (1999): Konfliktsituationen in Alten- und Pflegeheimen. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen. S. 155 – 169.
- Kuck, J., Garms-Homolová, V. (2003): Der Pflegebedarf entscheidet. In: *Altenheim* 42 (5), S. 20 – 25.
- Küfner, I. (1985): Vertragliche Pflegerechte im Sozialhilferecht. In: *ZfSH/SGB*, S. 66ff.
- Kühnert, S. (1999): Strategien zur Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Altenpflege. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege. München. S. 249 – 261.
- Künemund, H., Hollstein, B. (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli, M., Kühnemund, H. (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen. S. 212 – 267.
- Kunig, P. (2000): Kommentierung Art. 1 GG. In: Münch, I., Kunig, P. (Hrsg.): Grundgesetz: Kommentar. München.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2000): Wie viel Personal braucht die Pflege? In: *Pro Alter*, Nr. 3/(2000). Köln.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1992): Pflegenden Angehörigen zwischen Pflege und Beruf – Wie Unternehmen helfen können. In: *Pressedienst des Kuratorium Deutsche Altershilfe*, Nr. 1/(1992). Köln.
- Kuratorium Wohnen im Alter (KWA) (Hrsg.) (2003): Erstes KWA-Pflegesymposium Konstanz. Die Fachkraftquote in Heimen. München.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/München. S. 395 – 424.
- Lademann, J. (2002): Hospital at Home – Konzepte und Entwicklungslinien. In: *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern. S. 286 – 302.
- Lahrmann, M. (2003): Weiterhin Nachbarn. Ehrenamtliche im Altenheim verstärken das soziale Netz und ergänzen die Pflegekräfte. In: <http://www.caritas-nrw.de>.
- Lalivé d'Epinay C (1996): *Entre retraite et vieillesse. Travaux de sociologie compréhensive*. Lausanne: Réalités sociales.
- Land Berlin, Senat für Bildung, Jugend und Sport (2002): Anders sein und älter werden – Lesben und Schwule im Alter. Dokumentation zur Fachtagung am 22./23.11.2002. Berlin.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS) (2004): Berufliche Schulen am 15.10.2003 nach Schulformen: Schulen, Schüler- und Lehrerbstand. Düsseldorf.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW) (2004a): Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen. Statistischer Jahresbericht 2003. Düsseldorf.

- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW) (2004b): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2001 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2001 in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Landesregierung NRW (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PFG NW) (DS 13/3498). Düsseldorf.
- Landesregierung NRW (1998): Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes, Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PFG NW. Düsseldorf.
- Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (LfK) (2003): Bürokratisierung abbauen! Pressemitteilung des LfK Nr. 10, 05. August 2003. Köln.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004a): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2004b): Antrag der Fraktionen der SPD, CDU, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Auch das Sterben ist ein Teil des Lebens: Für ein menschenwürdiges Sterben in einer humanen Gesellschaft.“ (Drucksache 13/5680). Düsseldorf.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2004c): Antrag der Fraktion der CDU „Demenz geht alle an – die Situation demenzkranker Menschen in unserer Gesellschaft verbessern.“ (DS 13/5052). Düsseldorf.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2004c): Große Anfrage, CDU „Wohnen im Alter“. (DS 13/4367). Düsseldorf.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2003): Entschließungsantrag der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes Nordrhein-Westfalen-PFG NW.“ (DS 13/4113). Düsseldorf.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2002a): Große Anfrage, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen“. (DS 13/2863). Düsseldorf.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2002b): Große Anfrage, SPD „Situation behinderter Menschen in NRW“. (DS 13/2864). Düsseldorf.
- Lee, Y., Choi, K., Lee, Y. K. (2001): Association of morbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. In: *Gerontology*, 47(5), 254 – 262.
- Lehr, U. (2002a): Interventionelle Gerontologie – eine Herausforderung einer alternden Gesellschaft. Vortrag beim Verband leitender Krankenkassenärzte Deutschlands. Landesverband Hessen, Mitgliederversammlung 9. Oktober 2002.
- Lehr, U. (2002b): Probleme des Alterns und Möglichkeiten der Einflussnahme. Altern in einer alternden Welt – Langlebigkeit verpflichtet. Vortrag im Rahmen der 3. wissenschaftlichen Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner, 27 – 28.09.2002. Münster.
- Lehr, U. (2003): Aktiv und bewegt älter werden. In: BAGSO-Nachrichten, 1/2003, S. 3 – 7.
- Leistner, K. (2001): Rehabilitation und Pflege bei älteren Menschen. Ergebnisbericht der Arbeitsgruppe 6. In: *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Bd. 11. Europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001. Ulm.
- Light, D. W. (1988): Turf Battles and the Theory of Professional Dominance. In: *Research in the Sociology of Health Care* 7(), S. 203 – 225.
- Lindenberg, E., Mayer, H., Panfil, E., Evers, G. (2003): Die Prävalenz von Dekubitus in der ambulanten Pflege – Eine epidemiologische Erhebung in Nordrhein-Westfalen. In: *Pr-InterNet* 3/03, S. 1 – 6.
- Liu, D., Raji, M., Twersky, J., Riggs, A. (2000): Case report: Disruptive vocalization due to gout in an elderly nursing home resident with dementia. *Annals of Long Term Care* 8, Nr. 5, S. 66 – 70.
- Lübke, N., Meinck, M., Renteln-Kruse, W. v. (2004): Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (2004 eingereicht).
- Lübke, N., Meinck, M. (2003): Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter. Grundsatzgutachten G3 Gutachten GCG: 0003 – 2003. Im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen.
- Lüders, I. (1994): Angehörige in der Pflege – Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: Braun, H., Klie, T., Kohner, M., Lüders, I. (Hrsg.): *Zukunft der Pflege. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe*, Band 8. Melsungen.
- Manthey, U. (2000): Gerontopsychiatrische Störungen und vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Erhebung vom März 1999 in Berliner Pflegeeinrichtungen. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen. Berlin.

- Martin, U., Behler, R. (1999): Duisburger Modell – intensivierte Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt. In: Gesundheitswesen 61, S. 337 – 339.
- Matzke, S. (2003): WohnBund NRW. In gewohnter Umgebung wohnen bleiben können In: Die Wohnungswirtschaft 1/(2003).
- Maus, D. (2004): Konzept „Betreutes Wohnen“. In: BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukünftiges Wohnen im Alter. Düsseldorf. S. 22.
- May, A. (2001): Autonomie und Fremdbestimmung. Münster.
- McKibbon, J., G n reux, L., Séguin-Roberge, G. (1996): Who cares for the Caregivers. In: The Canadian Nurse 92:38 – 41.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen Nordrhein und Westfalen-Lippe (MDK) (2003): Memorandum zur Situation in der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste in Nordrhein und Westfalen-Lippe im Jahr 2001. Düsseldorf/Münster.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht Projektgruppe P 39. Essen.
- Meier-Baumgartner, H. P., Hain, G., Oster, P., Steinhagen-Thiessen, E. (1998): Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung. Jena.
- Meinck, M. (2003): Rehabilitation im Alter – Eine empirische Untersuchung ambulanter geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen. Fakultät VII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, Dissertation. Berlin.
- Meinck, M., Freigang, K., John, B., Keitel, C., Puls, E., Robra, B. P. (2002): Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation – Zur Struktur- und Prozessqualität eines mobilen und eines ambulanten Rehabilitationsmodelles. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35/(2002).
- Melchior, H. (2003): Harninkontinenz  t ihre Konsequenzen. In: MTD 3/(2003).
- Meyer, S., Schulze, E., Müller, P. (1997): Das intelligente Haus – Selbständige Lebensführung im Alter. Möglichkeiten und Grenzen vernetzter Technik im Haushalt alter Menschen. Reihe der Stiftung Der Private Haushalt, Bd. 30. Frankfurt a.M./New York.
- Meyer-ter-Vehn, H., Prostedter, H., Reimann, C. (1994): Wege zur Verbesserung des Ansehens von Fachberufen der mittleren Ebene- dargestellt am Beispiel Pflegeberufe. In: Dietrich, H., Stoo , F. (Hrsg.): Wege zur Verbesserung des Ansehens von Pflegeberufen. Nürnberg. S. 11ff.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) (1994): Heimaufsicht in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Perspektive. Düsseldorf.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (MFJFG) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (MFJFG) (1999): Neue Wohnprojekte für ältere Menschen – Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) (2004a): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) (2004b): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2003: Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) (2003): Jahresbericht 2002 zur finanziellen Situation im Modellprojekt Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen. Landtag NRW (Vorlage 13/2086). Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) (2002): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2002. Düsseldorf.
- Moers, M., Schiemann, D., Schnepf, W. (Hrsg.) (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern.
- Moers, M., Schaeffer, D. (1993): Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege. Erfahrungen aus den USA. Jahrbuch für Kritische Medizin, 19, AS 199, S. 135 – 159.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., Johnson, J. (1990): Concepts of caring and caring as a concept. In: Advances in Nursing Science 13(1), S. 1 – 14.

- Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern.
- Müller-Hergl, C. (2001): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden. Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Frankfurt a.M.
- Müller-Mundt, G. (2002): Schmerzpatienten in der ambulanten Pflege: Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern. S. 233 – 257.
- Müller-Mundt, G., Brinkhoff, P., Schaeffer, D. (2000): Schmerzmanagement und Pflege – Ergebnisse einer Literaturanalyse. In: Pflege 13(5), S. 325 – 338.
- Müller, M., Seidel, N. (2000): Fort- Weiterbildung als wichtiger Indikator der Arbeitszufriedenheit in der Pflege. In: Pflege, 6, S. 381 – 388.
- Müller, K., Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten. Stuttgart.
- Muthesius, D., Schaeffer, D. (1997): Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Aspekte der Versorgungsnutzung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P96 – 210. Berlin.
- Naegele, G. (2004): Präventionsziele stärken – Aspekte einer altersbezogenen Gesellschaftspolitik. Thesen, vorgetragen auf dem 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema „Gesellschaft mit Zukunft – Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung. (30.4.2004). Berlin.
- Naegele, G. (2001): Mehr Heimplätze und differenziertere Pflegestufen. In: neue caritas 19/2001, S. 9 – 16.
- Naegele, G. (1997): Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse und erste sozialpolitische Schlussfolgerungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Kap. I. Schriftenreihe, Bd. 106/1. Stuttgart/Berlin/Köln. S. 5 – 19.
- Naegele, G., Heinze, R. (1999): Herausforderungen des demografischen Wandels an die Altenhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Demografischer Wandel und die Zukunft der Altenhilfestrukturen. Dokumentation der Fachtagung. Berlin. S. 25 – 39.
- Naegele, G., Olbermann, E., Dietzel-Papakyriakou, M. (1997): Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt 4:46:81 – 87.
- Neal, M. B. (1999): Historische Entwicklung und Perspektiven in den USA. In: Reichert, M., Naegele, G. (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Nationale und internationale Perspektiven II. Hannover. S. 191 – 223.
- Niepel, T. (2003): Zusammenfassung von Ergebnissen der wissenschaftlichen Projektbegleitung „Wohnberatung NRW“. SoFoB-Institut. (Unveröffentlichtes Manuskript). Bielefeld.
- Niepel, T. (1999): Wohnberatung – Erfolg, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung, Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Niepel, T. (1995): Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnraumanpassung, Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Ochsmann, R., Slangen, K., Feith, G., Klein, T., Seibert, A. (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz. Zur Demographie des Todes. Beiträge zur Thanatologie, Heft 8 der Schriftenreihe des Interdisziplinären Arbeitskreises Thanatologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (JGU). Mainz.
- Olke, U., Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung: Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Hrsg. vom DiCV Essen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Olbrich, E. (1978): Soziale Unterstützung im Alter. Die Rolle von Mensch und Tier. Universität Erlangen-Nürnberg. Institut für Psychologie. Memorandum Nr. 50. Erlangen-Nürnberg.
- Orem, D. (1996) Strukturkonzepte für die Pflegepraxis. Berlin.
- Oswald, W. D., Ackermann, A. (2002): Informationen zum Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“, Stand Februar 2002. Nürnberg.
- Ottstad, A. (2003): „Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall“. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos. München.
- Otto, I. (1999): Aktuelle Studie: Häusliche Versorgung besser als ihr Ruf. In: Geriatrie Journal 1/99, S. 44ff.

- Palandt, O. (2003): Bürgerliches Gesetzbuch. 62. Auflage, München.
- Panfil, E. M., Mayer, H., Junge, W., Laible, J., Lindenberg, E., Trümner, A., Wordel, A., Evers, G. C. M. (2002): Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege – Pilotstudie. In: *Pflege*, 15, S. 169 – 176.
- Pawletko, K. W. (2003): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Pawletko, K. W. (2002): *Neue Qualität braucht neue Strukturen*. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): *Gemeinsam Handeln. Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*. Berlin.
- Pelikan, J. M., Stacher, A., Grundböck, A., Krajic, K. (Hrsg.) (1998): *Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege*. Wien.
- Pelka, R. B. (1998): *Expertise zur Kostensituation bei chronischen Wunden*. Universität der Bundeswehr. München.
- Picado, M., Unkelbach, O. (2001): *Innerbetriebliche Fortbildung in der Pflege*. Bern.
- Pirlich, M., Schütz, T., Kemps, M., Luhman, N., Burmester, G. R., Baumann, G., Plauth, M., Lübke, H. J., Lochs, H. (2003): *Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Medical Patients. Impact of Underlying Disease*. In: *Digestive Diseases* 21/2003, S. 245 – 251.
- Plantholz, M. (1996): *Vorbehaltsaufgaben der Pflegeberufe*. In: *Pflege aktuell* 2/96, S. 88ff.
- Plute, G. (2002): *Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung*. Kassel. S. 279.
- Pöhlmann, K., Hofer, J. (1997): *Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegeperson und professionelle Dienste*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 5:30, S. 381 – 387.
- Popp, I. (2002): *Verwirrt nicht die Verwirrten!* In: *Heilberufe* 7/2002, S. 35 – 37.
- Pschyrembel, W. (1990): *Klinisches Wörterbuch*, 256. Aufl., Berlin.
- Quessel, G., Kötter, H. (2002): *Pflegestudiengänge in Deutschland. Aktuelle Bestandsaufnahme*. Bochum.
- Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. (2004): *„Wohngruppen für demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen“ Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen*. Berlin.
- Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. (1999): *Selbsthilfe im Alter. Projekte älterer Menschen und Seniorenbeiräte in NRW. Bestandsaufnahme 1992 bis 1998*. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW. Dortmund.
- Regionalbüro Rheinland und Westfalen – *Neue Wohnformen im Alter* (2004): *Liste gemeinschaftlicher Wohnprojekte für Alt und Jung*. Bochum/Köln.
- Reiche, R., Klaes, L., Schüler, G., Schaarschmidt, A. (2001): *Erprobungsregelung „Ambulante Rehabilitation geriatrischer Patienten“ (Solinger Modell) im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK Rheinland*. Kurzfassung des Abschlussberichts der wissenschaftlichen Begleitung. (Unveröffentlichtes Manuskript). Bonn.
- Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2003): *Handbuch Pflegewissenschaft. Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung*. München.
- Renteln-Kruse W. v., Ebert, D. (2003): *Merkmale hospitalisierter geriatrischer Patienten – Zwei Kohorten im Vergleich unter Verwendung des Screenings der Arbeitsgemeinschaft Geriatrisches Assessment (AGAST)*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36/2003.
- Renteln-Kruse, W. (2001): *Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 34, Supplement 1, S. 10 – 15.
- Ribbe, M. W. (1998): *Weiterbildung für Ärzte*. In: Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (Hrsg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2000): *Pflegen und Pflege heute: Beruf – Professionalisierung – Dienstleistung in der Pflege neu denken*. Stuttgart.
- Robert-Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (2002) (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Dekubitus* Heft 12. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (2002): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit im Alter* Heft 10. Berlin.

- Rohleder, C., Bröscher, P. (2002): Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Band 1: Ausmaß, Strukturen und sozial-räumliche Voraussetzungen. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel.
- Rosenblatt v., B. (2000): Freiwilliges Engagement in Deutschland – Freiwilligensurvey 1999. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 194.1. Stuttgart.
- Rosenblatt v., B., Picot, S. (1999): Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement. Repräsentative Erhebung 1999 – Überblick über die Ergebnisse – Vorabbericht. München.
- Rosenbrock, R. (2003): Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitspolitischer Sicht. Plenarvortrag auf der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 25. September 2003 in der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Greifswald.
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002): die Normalisierung von Aids. Berlin.
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D., Moers, M. (1996): Pflege und Public Health. In: Walter, U., Paris, W. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran. S. 304 – 309.
- Rosewitz, B., Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.
- Roth, G., Garms-Homolová, V. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Göttingen/Berlin.
- Roth, G. (2003): Qualität der Dienstleistung ambulanter Pflege. Nationale und internationale empirische Befunde. In: Zeitschrift für Gesundheits-Wissenschaften 11(5) Beiheft, S. 62 – 96.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund. Dortmund.
- Roth, G. (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 226. Berlin.
- Roth, G. (2000): Fünf Jahre Pflegeversicherung. Die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur – Eine kommunal- und regionalpolitische Analyse. In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11:946 – 987.
- Rothgang, H. (2004a): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Bremen.
- Rothgang, H. (2004b): Prävention als Mittel der Kostenbegrenzung in der GKV? – Normative und positive gesundheitsökonomische Überlegungen. In: Journal of Public Health. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Supplement 1, Nr. 12/2004, S. 49.
- Rothgang, H. (2001a): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags. Bremen.
- Rothgang, H. (2001b): Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung des Landtags am 23. Mai 01 zur Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen. Zuschrift 13/0653. Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik. Band 7. Frankfurt.
- Rothgang, H., Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Prickard, L., Gori, C., Di Maio, A., Pozzi, A., Costa-Font, J., Patxot, C. (2004): The mixed economy of long-term care in England, Germany, Italy, and Spain. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/04. Zentrum für Sozialpolitik. Bremen.
- Rothgang, H., Wasem, J. (2004): Vergütungsfindung im stationären Bereich. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Bremen.

- Runde, P., Giese, R., Kerschke-Risch, P., Scholz, U., Wiegel, D. (1997): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Forschungsbericht 271. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.
- Sabatowski, R., Radbruch, L., Nauck, F., Müller, M., Zernikow, B. (2004): Hospiz- und Palliativführer 2004. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. MediMedia – Medizinische Medien Informations GmbH. Neu-Isenburg.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2001/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden.
- Salzmann-Zöbeley, E. (2002): Zusammen Leben im Pflegeheim – demente und nicht demente Menschen unter einem Dach. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Gemeinsam handeln, Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin.
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern.
- Schaeffer, D. (2002a): Kontinuität der Versorgung. In: Meggeneder, O., Noack, H. (Hrsg.): Integration in der Versorgung und Pflege. Tagungsband der 6. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Linz. S. 69 – 81.
- Schaeffer, D. (2002b): Pflegeforschung. Aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. In: Pflege und Gesellschaft 7, Nr. 3. S. 73 – 79.
- Schaeffer, D. (2002c): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern. S. 17 – 44.
- Schaeffer, D. (2000): Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: Arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern. S. 117 – 144.
- Schaeffer, D. (1998a): Die Versorgung von akut kranken Menschen durch integrierte ambulante Versorgungsverbände in Deutschland. In: Pelikan, J. M., Stacherm A., Grundböck, A., Krajic, K. (Hrsg.): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien. S. 40 – 56.
- Schaeffer, D. (1998b): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft P98 – 101. Bielefeld.
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health 5(2), S. 85 – 97.
- Schaeffer, D., Günnewig, J., Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. P03 – 120. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld.
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., Meleis, A. (Hrsg.) (1997): Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Bern.
- Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1996): Public Health und Pflege – Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin.
- Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.) (2002): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. Bern.
- Schaeffer, D., Ewers, M. (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: Gesundheit und Gesellschaft 1(1), 13 – 20.
- Schaeffer, D., Ewers, M. (2000): Versorgung und Betreuung Schwerkranker in der ambulanten Pflege. In: Das Gesundheitswesen 62, S. 264 – 269.
- Schaeffer, D., Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten, P95 – 201. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin.
- Schell, W. (2002): Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements). Hannover.

- Scherl, H. (2003): Langlebigkeit – die neue „Soziale Frage“ des 21. Jahrhunderts? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 36.
- Schiemann, D., Moers, M. (2002): „Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. In: Igl, G., Schieman, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Stuttgart.
- Schmidt, R. (2003): Perspektiven einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung und -sicherung. In: Schnabel, E., Schönberg, F. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Bd. 41. Münster. S. 35ff.
- Schmitt, E., Kruse, A., Olbrich, E. (1994): Formen der Selbständigkeit und Wohnungswelt – ein empirischer Beitrag aus der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. In: Zeitschrift für Gerontologie Nr. 27.
- Schmocker, H., Oggier, W., Stuck, A. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP. Muri, Schweiz.
- Schnabel, E. (2003): „Personalbemessungsinstrumente in der Pflege“. Vortrag im Rahmen einer Anhörung der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen am 14.10.2003. Düsseldorf.
- Schneekloth, U. (1997): Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30:163 – 172.
- Schneekloth, U., Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.
- Schneekloth, U., Potthoff, P. (1993): Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 20.2. Stuttgart/Berlin/Köln.
- Schneider, E. (2004): Familienhebammen. Arbeit für Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt a.M.
- Schnepf, W. (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern.
- Schönberger, C. (1998): Alte Menschen: Spannungsgefüge zwischen Versorgung und Selbständigkeit. In: Häußler-Szepan, M.: Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1. Stuttgart. S. 63 – 77.
- Schrader, C. (2004): Aktueller Strand des WHO-Projektes „Family Health Nurse“. In: Pflege Aktuell, Juni 2004. S. 327.
- Schreier, M., Bartholomeyczik, S. (2004): Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Hannover.
- Schröck, R. (1998): Einführung. In: Sening, H., Wintersberger, C. (Hrsg.): Pflegeleitfaden. Rehabilitative Methoden. München.
- Schröck, R. (1998): Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. In: Pflege, 1998, 1, S. 84 – 93.
- Schützendorf, E., Wallrafen-Dreisow, H. (2004): In Ruhe ver-rückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenhilfe. Frankfurt a.M.
- Schulin, B. (Hrsg.) (1997): Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4: Pflegeversicherungsrecht. München.
- Schulin, B. (Hrsg.) (1994): Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1: Krankenversicherungsrecht. München.
- Schulin, B. (1994): Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI. In: NZS, S. 285ff.
- Schulz-Nieswandt, F., Kurscheid, C. (2004): Integrationsversorgung. Eine Einführung für die gesundheitsökonomische, pflegewissenschaftliche und sozialpolitische Ausbildung. Münster.
- Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weit reichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 12(2), S. 118 – 124.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (Hrsg.) (2001): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München.
- Schwartz, F. W., Walter, U. (2002): Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München.
- Seale, C. (1998): Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement. In: Cambridge University Press. Cambridge.
- Seidenberger, M. (2004): Gute Leute halten. In: Die Wirtschaft www.die-wirtschaft.at/ireds-3676.html. (Stand 1.12.2004).

- Seit, O., Seitz, D. (2002): Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven. Herbolzheim.
- Schröck, R. (1998): Einführung. In: Sening, H., Wintersberger, C. (Hrsg.): Pflegeleitfaden. Rehabilitative Methoden. München.
- Serpell, J. (1990): Das Tier und wir. Eine Beziehungsstudie. Zürich.
- Siebolds, M., Webler, W.-D., Craanen, M. (2003): Qualität durch Evaluation. Entwicklung und Darlegung der Pflegestudiengänge der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., Hannover.
- Sieveking, K. (Hrsg.) (1998): Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der europäischen Union. Studien aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht. Band 20. Baden-Baden.
- Simon, M. (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Evangelische Fachhochschule Hannover. Hannover.
- Simon, M. (2000): Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München. S. 243 – 269.
- Small, N., Rhodes, O. (2000): Too ill to talk? User involvement and palliative care. New York.
- Sowarka, D. (2000): Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In: Entzian, H., Giercke, K. I.; Klie, T., Schmidt, R. (Hrsg.): Impulse zu einer zukunftsfähigen Sicherung des Lebens im Alter. Frankfurt/M. S. 69 – 82.
- Sowinski C. (2004): Intimpflege. In: Dr. med. Mabuse. 29. Jg. Juli/August 2004. S. 34 – 36.
- Sozialministerium Baden Württemberg (Hrsg.) (1997): Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums. Stuttgart.
- Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Essen.
- Stach, M., Wiechmann-Schröder, G., Kipp, M. (Hrsg.) (1995): Zur Professionalisierung der Pflege. Alsbach.
- Stadt Münster (2004): Das neue Sozialhilferecht. Umsetzung des SGB XII. (Ratsvorlage 0767/2004). Münster.
- Stadt Münster (2002a): Wohnen im Alter. Entwicklungen, Analysen, Strategien und Handlungsorientierungen. (Ratsvorlage 990/2002). Münster.
- Stadt Münster (2002b): Entwicklung eines stadtweiten und stadtteilorientierten Angebot- und Strukturkonzepts für ältere, hilfe- und pflegebedürftige sowie demenzkranke Menschen und Fortschreibung der Pflegebedarfsplanung 2000. (Ratsvorlage 847/2002). Münster.
- Stadt Münster (2000): Wohn- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Umsetzung des Pflegebedarfsplans. (Ratsvorlage 1356/00). Münster.
- Stadt Münster (1999): Komplementäre und ambulante Dienste in Münster. (Vorlage für den Ausschuss für Soziales und Gesundheit 1395/1999). Münster.
- Statistisches Bundesamt (2003a): Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2003b): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10 koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1994 und 2002): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart.
- Steiner, I. (2000): Ein neuer Weg – Bürgerengagement in der Pflege – von der Utopie zum Projekt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 147, S. 195 – 198.
- Steinhagen-Thiessen, E., Hamel, G., Lüttje, D., Oster, P., Plate, A., Vogel, W. (2003): Geriatrie – quo vadis? Zur Struktur der geriatrischen Versorgung. In: Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie, 36, Nr. 5/2003, S. 366 – 377.
- Steppe, H. (1997): Denn nur die Frau ist die geborene Krankenpflegerin. Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jh. In: Mainz, F. d. J. G.-U. (Hrsg.): Ringvorlesungen zu Themen aus der Frauenforschung (Johannes Gutenberg-Universität). Mainz.
- Stier-Jamer, M., Pientka, L., Stucki, G. (2002): Frührehabilitation in der Geriatrie. In: Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin. Kurortmedizin 12/(2002).
- Streckeisen, U. (2001): Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen.
- Ströbel A., Weidner, F. (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Hannover.

- Stuck, A., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., Beck, J. C. (2002): Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. In: Journal of American Medical Association, V. 287 (2002), S. 1022 – 1028.
- Stuck, A., Siu, AL, Wieland, GD., Adams, J., Rubenstein, LZ. (1993): Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials. In: The Lancet V. 342 (1993), S. 1032 – 1036.
- Student, C. (1999): Das Hospizbuch. Freiburg.
- Taubert, J. (2001): Forschungsprojekt Häusliche Nachtpflege. Bremen.
- Temme, U. (2003): Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe –. (Manuskript). Wuppertal.
- Termath, R. (2004): Wohnen im Alter-Das Thema als Herausforderung für Stadtentwicklung und Sozialplanung in Münster. In: BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN im Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukünftiges Wohnen im Alter. Düsseldorf. S. 38f.
- Thiele-Wittig, M. (1999): Internationale Perspektiven in Hauswirtschaft und Haushaltswissenschaft. Baltmannsweiler.
- Trilling, A., Bruce, E.; Hodgson, S.; Schweitzer, P. (2001): Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegende und Menschen mit Demenz. Hannover.
- Udsching, P. (2000): SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. München.
- Ueltzhöffer, J., Ascheberg, C. (1995): Engagement in der Bürgergesellschaft. Die Geislingen Studie. Mannheim.
- Ühlein, A., Evers, A. (1999): Der ambulante Pflegemarkt scheint blockiert – was ist zu tun? In: Public Health Forum Forum 7(25), 11 – 12.
- Uzarewicz, C., Uzarewicz, M. (2001): Transkulturalität und Leiblichkeit in der Pflege. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie, Nr. 4 (2001).
- Van Haastregt, J., Diederiks, J., van Rossum, E., de Witte, L. P., Crebolder, H. (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community. Systematic review. In: British Medical Journal, V. 320 (2000), S. 754 – 758.
- Versorgungsamt Düsseldorf (2004): Träger niedrigrschwelliger Hilfe und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Voges W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden.
- Vollmann, J. (2001): Sterbebegleitung. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 01/01. Leistungen des Gesundheitswesens. Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut. Berlin.
- Vollmer, R. J. (1994): Die neue Pflegeversicherung. Elfte Buch (Sozialgesetzbuch). Textausgabe mit systematisch zugeordneter amtlicher Begründung. Remagen.
- Vomberge, E., Wallrafen-Dreisow, H. (2002): Qualitätsmanagement mit dem EFQM-Modell für Excellence als partizipativer Ansatz – auch in der Pflege? In: Igl, G., Schliemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen, alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. S. 257 – 274.
- Vömel, U. (2004): Das SGB XI – eine Zwischenbilanz. In: Rehabilitation 43, S. 42 – 49.
- Vossner, N. (2003): Gesetzliche Vertretungsmacht für Angehörige – eine Alternative zur Betreuung? In: BtPrax 1/2003, S. 6 – 11.
- Wacker, E. (2001): Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Band 5. Opladen. S. 45 – 123.
- Wacker, E., Wetzler, R., Metzler H., Hornung, C. (1998): Leben im Heim-Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Band 102. Schriftenreihe der BMG. Baden-Baden.
- Wagener-Floer, B., Mayer, H., Evers, G. (2004): Vorkommen und Intensität von Schmerzen bei alten Menschen auf geriatrischen Stationen. In: PrInertNet-Die wissenschaftliche Pflegezeitschrift, 7 – 2004.
- Wagner, F. (2000): Familiengesundheitspflege – Die Pflege der Zukunft? In: Pflege Aktuell, Nr. 2/2000, S. 142 – 145.
- Walker, A., Warren, L. (1999): Die Pflege älterer Menschen in Großbritannien – Politik und Praxis. In: Reichert, M., Naegele, G. (Hrsg.). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Nationale und internationale Perspektiven II. Hannover, S. 83 – 118.

- Wallrafen-Dreisow, H., Weigel, R. (Hrsg.) (2004): EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe. Messen – Bewerten – Besser werden. Stuttgart.
- Wallrafen-Dreisow, H., Dettbarn-Reggentin, J. (2003): Ein Milieu, das anregt und beruhigt. Begleitstudie des Modellprojektes „Wohngruppen demenziell Erkrankter im Städtischen Alten- und Pflegeheim Mönchengladbach-Lürrip“. In: *Altenpflege* 12/03, S. 920 – 922.
- Walter, U. (2003): Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. In: *Sozialer Fortschritt* 10/2003.
- Walter, U. (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Hannover.
- Walter, U., Schwartz, F.W. (2002): Prävention im deutschen Gesundheitswesen. Gutachten für die Kommission Humane Dienste. Medizinische Hochschule Hannover. Hannover.
- Waltermann, R. (2002): Sozialrecht. Heidelberg.
- Wannagat, G., Eichenhofer, E. (Hrsg.) (2003): Sozialgesetzbuch. Kommentar zum Recht des Sozialgesetzbuches. Loseblattsammlung. Köln.
- Wasem, J. (1997): A study on decentralizing from acute care to home care settings in Germany. In: *Health policy* 41, Nr. 3 Suppl. 1, 109 – 129.
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M.
- Weidner, F., Schulz-Nieswald F., Brandenburg H. (2004): Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention. Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW – Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen. Erstellt im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Köln.
- Wendt, W. R. (2001): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen – Eine Einführung. Freiburg.
- Whall, A. L. (1999): The measurement of Need-Driven Dementia-Compromised Behavior: achieving higher levels of interrater reliability. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 9, S. 33 – 37.
- Whall, A. L., Gillis, G. L., Yankou, D., Booth, D. E., Beel-Bates, C. A. (1992): Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. In: *Journal of Gerontological Nursing*, 18(10), 13 – 17.
- Wieland, H. (1998): Gesellschaftliche Voraussetzungen zum selbstbestimmten Leben behinderter alter Menschen. In: Finke, K. (Hrsg.): *Selbstbestimmung bis ins hohe Alter – wie behinderte Menschen im hohen Alter leben wollen*. <http://info.uibk.ac.at/c/c6/bidok/texte/finke-pflege.html> (Stand 14.12.2004).
- Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (2002): Zwischenbilanz des Modellprojekts im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. Tagungsdokumentation 20. November 2002 – Kurzbeschreibung. Wiesbaden.
- Wingenfeld, K. (2004): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern.
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Paper P02 – 118. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B., Schaefler, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim. S. 339 – 362.
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002): An der Grenze zur Überforderung. Eine Studie gibt Hinweise auf hohen Pflegebedarf in den Einrichtungen. In: *Altenheim* 4/2002:26 – 31.
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Winter, H.-P., Gennrich, R., Haß, P. (2002): KDA-Hausgemeinschaften – eine Dokumentation von 34 Projekten. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Köln.
- Wolters, P. (1998): Pflegewissenschaft. Gegenstände, Fragestellung, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (Hrsg.): *Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung*. P98 – 102. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. Bielefeld. S. 55 – 70.

- Wojnar, J. (2001): Demenzkranke verstehen. In: Dürrmann, P. (Hrsg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover. S. 34 – 41.
- World Health Organization – WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva.
- World Health Organization – WHO (2000a): The Family Health Nurse Context. Conceptual Framework and Curriculum. Kopenhagen: WHO
- World Health Organization – WHO (2000b): Erklärung von München. Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. (EUR/00/5019309/6 00602). München.
- World Health Organization – WHO (1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Nachdruck der autorisierten Fassung. Gamburg.
- World Health Organization – WHO (1990): Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva.
- Younger, D. (2000): Dementia care mapping. An approach to quality audit of services for people with dementia in two health districts. In: Journal of Advanced Nursing, Nr. 32/2000.
- Zander, K. (Hrsg.) (1995): Managing Outcomes through Collaborative Care. Chicago IL: American Hospital Publishing.
- Zeman, P. (2003): Soziale Gerontologie und Altenpolitik: Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, Nr. 1/2003, S. 2 – 5.
- Zeman, P. (2002): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 16. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Regensburg.
- Zeman, P. (2000): Altern im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg.
- Ziesche, F., Epp, G. (2002): Stimmen die Verträge? In: Altenheim Nr. 05/2002, S. 33ff.
- Ziesche, F. (1999): Was kann als Pflegeleistung für die Zuerkennung einer Pflegestufe nach dem SGB XI angerechnet werden? Anmerkungen zu Urteilen des Bundessozialgerichtes. In: PflegeRecht Nr. 4/1999.
- Ziller H. (2001): Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Altenhilfe – Ziel, Aufgaben und gemeinsame Handlungsfelder. In: Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): Lebensräume älterer Menschen mit Behinderungen. Marburg.
- Zimber, A., Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen – Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Reihe „vorgestellt“, Band 64, Kuratorium Deutsche Alterhilfe. Köln.
- Zimber, A., Schäufele, M., Weyerer, S. (1998): Alten- und Pflegeheime im Wandel. Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. In: Gesundheitswesen Nr. 60/1998, S. 239 – 246.
- Zimber, A., Barthelme, G., Ihsen, M., Polak, U. (2000): Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland. Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Qualifizierungskonzepte für die Sozialwirtschaft. Heidelberg.