



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

**Runder Tisch Pflege**  
**Verbesserung der Situation**  
**hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**

**Ergebnisse**  
**der Arbeitsgruppen I bis IV**

**vorge stellt anlässlich der Fachtagung**  
**am 12. September 2005**  
**in Berlin**

Runder Tisch Pflege  
Arbeitsgruppe I

**Empfehlungen und Forderungen  
zur Verbesserung der Qualität  
und der Versorgungsstrukturen in  
der häuslichen Betreuung und Pflege**

September 2005

Deutsches Zentrum für Altersfragen  
Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege

## Inhaltsübersicht

	<b>Vorbemerkungen</b>	2
	<b>Empfehlungen und Forderungen der AG I</b>	5
1.	Selbsthilfepotentiale Pflegebedürftiger und privat Pflegender sind zu mobilisieren, zu unterstützen und abzusichern.	5
2.	Leistungen ambulanter Pflegedienste sind am Bedarf und den Bedürfnissen, der Lebenswelt und dem Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen auszurichten und in der Planung, Organisation, Ausgestaltung und Qualität weiterzuentwickeln.	10
3.	Selbstständige Lebensführung im Alter ist durch Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern.	15
4.	Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche ist durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.	20
5.	Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.	24

## Ziel und Auftrag der AG I

Ziel einer Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege ist es, für die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen eine sichere, dem individuellen Bedarf entsprechende stabile Situation zu erreichen. Hierfür tragen zahlreiche Akteure Verantwortung. Es geht um die Unterstützung von Menschen, die allein oder mit anderen Menschen in einem Privathaushalt leben, ihren Alltag aber nicht mehr ohne Hilfen durch andere gestalten und bewältigen können. Dies können in der Regel Menschen aller Altersgruppen mit chronischen körperlichen, kognitiven oder psychischen Problemen sein. Die Arbeitsgruppe I des *Runden Tisches Pflege* verständigte sich darauf, bei allen Verbesserungsbestrebungen vorrangig die Perspektive des älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und derjenigen, die sie bei der Alltagsbewältigung unterstützen, einzunehmen. Dabei wird von einem weiteren Begriff der Pflegebedürftigkeit ausgegangen als er z.Z. durch die Pflegeversicherung vorgegeben ist.

Häusliche Betreuung und Pflege findet im Alltag der Betroffenen statt. Sie darf nicht dirigistisch in persönliche Lebenskonzepte eingreifen. Wichtig ist, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen – mag der Hilfe- und Pflegebedarf noch so hoch sein – als autonome Persönlichkeiten die Kontrolle über ihr Leben und ihre Lebensumstände behalten. Es gilt zu vermeiden, dass allein pflegerische oder medizinische Belange den Alltag der unmittelbar Betroffenen bestimmen.

Einen Hilfe- und Pflegebedarf „erfolgreich“ selbst bewältigen zu können, setzt auf Seiten der unmittelbar Betroffenen voraus, dass sie, soweit möglich, selbst darüber entscheiden, welche ihrer Einschränkungen sie

- durch andere eigene Fähigkeiten (persönliche Kompensation),
- durch technische Hilfen und Wohnungsanpassung (technische Kompensation) oder
- durch die Inanspruchnahme beruflich erbrachter und/oder privater Hilfen (berufliche und/oder private Kompensation)

ausgleichen können und wollen. Pflege unterstützt die unmittelbar Betroffenen dabei, vorhandene persönliche, körperliche und psychische Fähigkeiten zu erhalten (Prävention), verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen (Rehabilitation) oder sogar neue Fähigkeiten zu entwickeln.

Die häusliche Betreuung und Pflege ist eine komplexe organisatorische Herausforderung. Tagtäglich müssen

- die Selbstpflegekompetenz der Betroffenen,
- die Einzelfallkompetenz der pflegenden Angehörigen (privat Pflegende) und
- die beruflichen (Fach-) Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten (beruflich Pflegende)

in Einklang gebracht werden. Dazu gehört auch die Kooperation mit weiteren, außerhalb des Haushalts lebenden Bezugspersonen der Pflegebedürftigen sowie anderen haushaltsnahen (etwa ‚Essen auf Rädern‘) und gesundheitsbezogenen ambulanten und mobilen Dienstleistern (etwa Hausärzte, Fußpfleger/innen, Physiotherapeut/innen), die in das Pflegearrangement einbezogen sind. Gute Pflege ist stets um Balance und Ausgleich zwischen diesen speziellen Kompetenzen bemüht und trägt dazu bei, diese zu stärken, zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Der Aufbau und Erhalt eines Pflegearrangements setzt seitens der privat Pflegenden sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die sich ständig verändernde Situationen voraus. Sie müssen über geeignete Fähigkeiten und Fertigkeiten, Instrumente und Verfahren verfügen, um im Pflegearrangement immer wieder eine neue Balance zu erreichen. Gute Pflege bedeutet folglich auch, nicht nur den pflegebedürftigen Menschen und alle am Pflegearrangement Beteiligten im Blick zu haben, sondern auch dem privaten Umfeld der unmittelbar Betroffenen Unterstützung und Entlastung zu bieten, damit private Hilfen erhalten bleiben und weiterentwickelt werden können.

Vor diesem Hintergrund spricht sich die Arbeitsgruppe I des *Runden Tisches Pflege* für die folgenden Zielperspektiven aus:

1. Selbsthilfepotenziale Pflegebedürftiger und privat Pflegenden sind zu mobilisieren, zu unterstützen und dauerhaft abzusichern.
2. Leistungen ambulanter Pflegedienste sind am Bedarf und an den Bedürfnissen, der Lebenswelt und dem Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen auszurichten und in der Planung, Organisation und Ausgestaltung weiterzuentwickeln.
3. Die selbständige Lebensführung im Alter ist durch die Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern.
4. Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche sind durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.
5. Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe sind diese definierten Ziele zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege anzustreben. Sie sind Ausgangspunkt für die erarbeiteten Empfehlungen. Ihre Realisierung setzt jedoch teils veränderte (sozial-) rechtliche und finanzielle sowie auch infrastrukturelle Rahmenbedingungen voraus, so dass die Empfehlungen auch ein Beitrag zur Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Altenhilfestrukturen sind.

Eine wesentliche Anforderung an die zukünftigen Versorgungsstrukturen besteht darin, die Potenziale für Eigeninitiativen, Eigenverantwortung und gegenseitige Hilfen zu stärken. Dies erfordert einen Perspektivwechsel hin zu solchen Angeboten, die dieses bestmöglich unterstützen. Angebote können und dürfen sich nach Auffassung

der Arbeitsgruppe nicht nur auf die häusliche Pflege oder auf die Pflege in stationären Einrichtungen beschränken. Vielmehr sind Alternativen zu entwickeln und Möglichkeiten zu nutzen, die zwischen der ‚häuslichen Versorgung‘ und ‚stationären Versorgung‘ liegen und das Potenzial solidarischen Handelns im Quartier, im Stadtviertel und in der Nachbarschaft („Dritter Sozialraum“) nutzen. Hier liegen besondere Chancen für Synergien zwischen professionellen Angeboten und bürgerschaftlichem Engagement.

In diesem Sinne richten sich die Empfehlungen neben den diversen Diensten und Einrichtungen des Pflege-, Sozial- und Gesundheitswesens und den Leistungsträgern (Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen etc.) insbesondere auch an Verbraucher-, Senioren- und Betroffenenverbände, Wohlfahrtsverbände, Fachverbände, Berufsverbände, private Trägerverbände, Kirchen, Gewerkschaften, Wohnungs- und Immobilienunternehmen, Nachbarschaftsvereine und Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus richten sich die Empfehlungen an sonstige Entscheidungs- und Verantwortungsträger im Bereich der Altenhilfe und –pflege, beispielsweise aus der Wirtschaft und der Wissenschaft. Nicht zuletzt sind auch die politischen Instanzen auf der kommunalen Ebene, der Landes- und Bundesebene angesprochen.

## Empfehlungen und Forderungen der AG I

### 1. **Selbsthilfepotenziale Pflegebedürftiger und privat Pfleger sind zu mobilisieren, zu unterstützen und abzusichern.**

Älter werdende Menschen setzen sich – nach Möglichkeit vorausschauend – mit der Veränderung ihrer Fähigkeiten auseinander und suchen nach geeigneten Wegen, um ihr Leben allein oder mit Unterstützung anderer zu gestalten. Insbesondere bei Eintritt von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stellen sich besondere Herausforderungen. Damit die Betroffenen in ihrem Zuhause verbleiben können, ist neben einer eigenen aktiven Beteiligung auch die Einbeziehung informeller Helferinnen und Helfer von wesentlicher Bedeutung. Hier ergeben sich – insbesondere auch unter Berücksichtigung des Bedarfs und der Bedürfnisse der Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen – spezielle Anforderungen.

**1.1 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, BERATUNG UND BEGLEITUNG DURCH EIN DIFFERENZIIERTES UND VERNETZTES ANGEBOTSSPEKTRUM AUF LOKALER UND REGIONALER EBENE ZU SICHERN SOWIE IHRE WIRKUNG DURCH ÖFFENTLICHKEITSARBEIT UND EINSATZ MODERNER KOMMUNIKATIONS- UND INFORMATIONSTECHNOLOGIEN ZU STÄRKEN.**

In vielen Pflegehaushalten und dem sozialen Umfeld Pflegebedürftiger ist ein großes Selbsthilfepotenzial vorhanden. Um dieses dauerhaft zu bewahren und eigenverantwortliches Handeln zu stärken, ist es notwendig, dass Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Angebote an fachlicher Begleitung und Informationen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfsmittel, professionelle Leistungen, Hilfeangebote bürgerschaftlichen Engagements, psychosoziale und pflegerische Entlastungsmöglichkeiten sowie über leicht zugängliche Betreuungsangebote, und wenn gewünscht, auch anonyme Beratungsangebote, zur Verfügung gestellt werden. Ratsuchende sollten in Pflege- und Betreuungsfragen kompetente Entscheidungen treffen können. Dazu ist eine Stärkung der Beratung und Begleitung notwendig.

Damit Beratung präventiv wirken kann, ist der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme entscheidend. Aus diesem Grunde sollten Beratungsangebote so aufgebaut werden, dass sie von den Betroffenen nicht erst in Anspruch genommen werden, wenn bereits ein hoher, mit spezifischen Erkrankungen und Schädigungen verbundener Hilfe- und Pflegebedarf besteht. Neben leicht zugänglichen Angeboten sind auch zugehende Angebote erforderlich.

Insbesondere durch eine Vernetzung der Beratungskompetenzen unterschiedlicher Akteure wie Pflegekassen, Krankenkassen, Pflegedienste, Sozialämter, Ärzte, Apo-

theiken und sonstiger Gesundheitsdienstleister unter Einbindung der Verbraucher-, Senioren-, Pflegebedürftigen- und Angehörigenverbände kann eine Weiterentwicklung bestehender Beratungsangebote erreicht und deren Effizienz erhöht werden. Die Kommune sollte diesen Prozess sozialraumorientiert steuern und moderieren. Sofern eine Ausweitung unabhängiger Beratungsstellen, – verbunden mit den entsprechenden gesetzlichen Anpassungen –, in Betracht gezogen wird, sollte insbesondere geprüft werden, ob sie geeignet sind, mittelfristig zum effizienten Einsatz der finanziellen Ressourcen der sozialen Sicherungssysteme beizutragen.

Eine effektive Beratung und Unterstützung setzt die Bekanntheit von Angeboten voraus. Um Bürgerinnen und Bürgern einen Überblick über das örtliche Angebot zu vermitteln, geben viele Kommunen Ratgeber-Broschüren heraus. Es bestehen jedoch noch große Informationslücken, die im Zuge einer offensiveren Medien- und Öffentlichkeitsarbeit zu schließen wären. Zu diesem Zweck sollten traditionelle Medien wie z.B. Tages- und Wochenzeitungen, Zeitschriften und Anzeigenblätter sowie Fernsehen, Rundfunk etc. stärker genutzt werden.

Darüber hinaus sollten Kommunikations- und Informationstechnologien, wie etwa Telefon, Internet und Datenbanken und die damit bestehenden Möglichkeiten einer mit Bildübertragung verbundenen Telefonkommunikation (Bildtelefonie), gezielt eingesetzt werden. Auch könnten bereits vor Ort bestehende telefonische Beratungsangebote, – etwa über eine kommunal, landes- oder bundesweit einheitliche Telefonnummer –, verbunden und so effektiver genutzt werden. Datenbanken und Internet können zwar keine persönliche Beratung ersetzen, sie können aber für Ratsuchende neue Beratungszugänge eröffnen und für Beratende als Informationsquelle dienen. Als ‚Wegweiser‘ durch das Versorgungssystem können sie die persönliche Beratung ermöglichen und flankieren.

<p><b>1.2 DER RUNDE TISCH PFLEGE FORDERT, DIE BETREUUNG, BEGLEITUNG UND ANLEITUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN UND KOGNITIVEN EINSCHRÄNKUNGEN STÄRKER IN DER PFLEGEVERSICHERUNG ZU BERÜCKSICHTIGEN UND DAS ANGEBOT AN ABGESTUFTEN PFLEGEERGÄNZENDEN HILFEN AUSZUWEITEN.</b></p>
---

Für eine bedürfnis- und bedarfsgerechtere Versorgung von Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen ist bei der Einstufung nach der Pflegeversicherung eine stärkere Berücksichtigung des Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfes notwendig. Insbesondere Pflegebedürftige mit demenzbedingter eingeschränkter Alltagskompetenz, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen haben neben dem Hilfebedarf im Bereich der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung oftmals einen spezifischen Bedarf an Begleitung, Beaufsichtigung und Anleitung. Die hierfür notwendigen Unterstützungsangebote wie etwa Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helfer- und Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger, Tagesbetreuung in Kleingruppen und



Einzelbetreuung sollten deutlich ausgeweitet werden, leicht zugänglich sein sowie aufsuchende Angebote einschließen. Dies erfordert nicht nur viel Engagement und Initiative von Trägern und Selbsthilfeorganisationen, sondern auch die Kooperation der verschiedenen Leistungsträger.

Für einen nachhaltigen Ausbau sowie auch eine stärkere Inanspruchnahme derartiger Leistungsangebote hat das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wichtige Weichen gestellt. Es ist von und in den Kommunen und unter Beteiligung der Pflegekassen konsequent umzusetzen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Auch sind die bestehenden Sachleistungen hinsichtlich ihrer Eignung für den beschriebenen Personenkreis zu überprüfen.

**1.3 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DIE SOZIALE INTEGRATION HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER DURCH EINEN STADTTEIL-/ QUARTIERSBEZOGENEN AUSBAU VON BÜRGERSCHAFTLICHEM ENGAGEMENT GETRAGENEN BESUCHS- UND BEGLEITDIENSTEN ZU VERBESSERN.**

Pflegebedürftige Menschen verfügen nicht immer über ein zuverlässiges Netz an sozialen Beziehungen. Eine daraus resultierende Vereinsamung kann mit nachhaltigen Konsequenzen für Wohlbefinden und Selbständigkeit einhergehen; ein Problem, dem (nicht zuletzt auf Grund des Anstiegs an Einpersonenhaushalten älterer Menschen) vorzubeugen ist. Besuchs- und Begleitdienste, getragen von bürgerschaftlichem Engagement, deren Initiierung und Unterstützung durch die Kommunen gewährleistet werden muss, sowie selbst organisierte Nachbarschaftshilfen können helfen, diesen Gefahren entgegen zu wirken.

Besuchs- und Begleitdienste sind neben selbst organisierten nachbarschaftlichen Hilfenetzen ein wichtiges Element innerhalb der häuslichen Versorgung. Zum Erhalt der sozialen Einbindung Hilfe- und Pflegebedürftiger sollten sie ergänzend zu bestehenden professionellen Hilfeleistungen als verlässliches Angebot stabil und dauerhaft auf- und ausgebaut werden, und zwar nicht nur für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sondern auch für Personen mit körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit, die häufig mit Mobilitätseinschränkungen verbunden sind.

Für einen im sozialen Nahbereich verankerten Ausbau ehrenamtlicher Besuchs- dienste ist das Engagement der Leistungsanbieter sowie entsprechender lokaler Initiativen und Vereine unverzichtbar. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz weist hier in die richtige Richtung. Die finanziellen Zuständigkeiten zum Aufbau eines flächendeckenden Angebots liegen im Sinne einer Anschubfinanzierung bei den Kommunen, Ländern und Pflegekassen (§ 45 c SGB XI).

**1.4 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DIE GEWINNUNG UND EINBINDUNG VON BÜRGERSCHAFTLICH ENGAGIERTEN HELFERINNEN UND HELFERN SOWIE DEREN RECHTLICHE, FACHLICHE UND ORGANISATORISCHE UNTERSTÜTZUNG ZU VERBESSERN.**

Häusliche Pflegearrangements können durch die Beteiligung bürgerschaftlich engagierter Helferinnen und Helfer an Qualität gewinnen. Erfahrungsgemäß bestehen jedoch Schwierigkeiten bei der Gewinnung sowie bei der Organisation und Koordination von bürgerschaftlich engagierten Helferinnen und Helfern. Deshalb sollte mit Hilfe von Gemeinwesenarbeit direkt vor Ort und stärker als bisher für bürgerschaftliches Engagement geworben werden. Eine konsequente Öffentlichkeitsarbeit sollte diese Aktivitäten flankierend begleiten, um beide Seiten – Helfer/innen und Hilfebedürftige – zusammenzubringen. Gleichzeitig ist der Aufbau verlässlicher, das bürgerschaftliche Engagement tragender Strukturen erforderlich. Diese sollten vorrangig in der Nachbarschaft, im Stadtviertel oder im Quartier geschaffen werden, um durch unmittelbare Wohnortnähe sowohl die Bereitschaft für als auch die Nachfrage nach Angeboten bürgerschaftlichen Engagements zu fördern.

Darüber hinaus ist durch professionelle Strukturen die fachliche Begleitung bürgerschaftlich engagierter Helferinnen und Helfern sicherzustellen. Diese (Bürgerschaftlich engagierte Helferinnen und Helfer) werden im Rahmen ihrer Tätigkeit mit unterschiedlichen Problemlagen konfrontiert, auf die sie qualifiziert vorbereitet werden sollten. Eine derartige fachliche Beratung und Begleitung zur Vorbeugung von Überforderungen, etwa durch kommunale Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen oder auch ambulante Pflegedienste, ist ein wichtiger Bestandteil ehrenamtlich getragener Unterstützungsangebote. Notwendig ist zudem eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für bürgerschaftlich Engagierte (etwa Erstattung von Aufwendungen oder steuerrechtliche Anerkennung der Auslagen, ausreichender Versicherungsschutz).

**1.5 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND ANDERE PRIVAT HELFENDE DURCH QUALIFIZIERENDE UND PSYCHOSOZIALE HILFE- UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE STÄRKER ZU ENTLASTEN.**

Bei annähernd zwei Dritteln der Pflegebedürftigen in Privathaushalten wird die notwendige Betreuung und Pflege ausschließlich privat, ggf. ergänzt um selbst eingeworbene Hilfen, erbracht. Für die Zukunft ist fraglich, ob und inwieweit von einer gleichbleibend hohen Bereitschaft privat Pflegenden ausgegangen werden kann. Dies hat nicht nur demografische Ursachen. Pflege ist für die Hauptpflegeperson, die die notwendigen Hilfen und Versorgung absichert, nicht selten eine Aufgabe, die sie bis an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit fordert. Wenn für pflegende Angehörige keine Entfaltungs- und Regenerationsmöglichkeiten bestehen und sie nicht im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe alltagsrelevante Bewältigungsstrate-

gien erlernen, kann diese Dauerbelastungssituation zu gesundheitlichen Problemen führen, die Qualität der häuslichen Pflege beeinträchtigen oder sogar die Aufrechterhaltung der privaten Pflege gefährden. Vor diesem Hintergrund sind die kostenlosen Qualifizierungs- und Beratungsangebote nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die von Pflegediensten durchgeführt werden, und die Angebote nach § 45 SGB XI zu begrüßen und ggf. weiter zu entwickeln. Die Voraussetzung für eine bessere Bekanntheit und Akzeptanz sind zu schaffen.

Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege sollte ein wesentliches Ziel von Beratung sein, körperliche und seelische Überforderungs- und Belastungsmomente bei Angehörigen frühzeitig festzustellen und Hilfestellungen zu deren Vermeidung geben zu können. Neben theoretischer Wissensvermittlung und praktischer Anleitung sind jedoch weitergehende Angebote zu entwickeln. Erforderlich sind Angebote, die im Sinne einer psychosozialen Begleitung helfen, eine nötige Distanz zum Schutz vor emotionaler Selbstüberforderung herzustellen sowie die im Rahmen der häuslichen Pflege regelmäßig auftretende soziale Isolation pflegender Angehöriger zu verhindern (etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen, begleiteten Angehörigengruppen). Derartige Angebote sind sozialraumorientiert auszurichten und auszubauen. Darüber hinaus gibt es Angebote der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, die Entlastung schaffen, wenn Pflegende Urlaub benötigen oder selbst krank sind, welche jedoch auf Grund fehlender Informationen noch zu wenig in Anspruch genommen werden.

Um insbesondere pflegende Angehörige von Demenzkranken stärker zu entlasten, sind u.a. Angebote in Form von Gesprächskreisen, mit zeitgleicher Betreuung des Pflegebedürftigen zu Hause, parallel zu Angeboten der Tagespflege, ggf. auch der Nachtpflege, auszuweiten. Neben der Schaffung infrastruktureller Voraussetzungen sind für eine stärkere Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten die gesetzlichen Grundlagen zu überprüfen.

Der Ausbau und Erhalt derartiger Hilfe- und Unterstützungsangebote erfordert Engagement und Kooperationsbereitschaft der Länder, Kommunen, unterschiedlichster Träger und Vereine sowie der Pflegekassen. Für eine flexiblere Entlastung bei Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson ist zudem die Zusammenlegung der hierfür bestehenden Pflegeversicherungsleistungen (vgl. §§ 39, 42 SGB XI) auf 8 Wochen, unabhängig vom Leistungsort, in Erwägung zu ziehen.

<b>1.6 DER RUNDE TISCH PFLEGE FORDERT, DIE VEREINBARKEIT VON PRIVATER PFLEGE UND ERWERBSTÄTIGKEIT STÄRKER ZU FÖRDERN.</b>
---

Um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen, muss im Rahmen der Gesamtdiskussion zur Verbesserung der Qualität und Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit ein stärkeres Gewicht zukommen. Die Zahl der Personen, die erwerbstätig sind und gleichzeitig die Pflege ihrer älteren Angehörigen übernehmen, wird deutlich zunehmen. Dies gilt nicht nur für Frauen, die bisher die pflegeri-

schen Aufgaben vorrangig übernehmen, sondern auch für Männer, die zunehmend ihre familiären Verpflichtungen wahrnehmen. Die Tarifpartner, aber auch jeder einzelne Arbeitgeber sowie politische Instanzen auf der kommunalen Ebene, der Landes- und Bundesebene sind aufgefordert, den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Stellenwert dieser Frage stärker wahrzunehmen und ihre Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten auf die Verwirklichung einer gesamtgesellschaftlich getragenen Pflegekultur auszurichten.

Grundvoraussetzungen für die Vereinbarkeit von privater Pflege und Erwerbstätigkeit sind nicht nur wohnortnahe familienentlastende und unterstützende Infrastrukturangebote, sondern auch flexible innovative Ansätze der Zeit- und Arbeitsorganisation, die helfen, die unterschiedlichen Zeitbedarfe der Lebens- und Arbeitswelt aufeinander abzustimmen. Hier weist das Teilzeit- und Befristungsgesetz in die richtige Richtung. Es ermöglicht Erwerbstätigen bereits heute, ihre Arbeitszeit – insbesondere in Fällen einer längerfristigen Pflege – zu verringern. Entscheidend ist jedoch, dass auf der betrieblichen Ebene diese Gestaltungsmöglichkeiten auch unterstützt und umgesetzt werden und den Pflegenden daraus keine persönlichen Nachteile entstehen. Darüber hinaus ist eine weitergehende Flexibilisierung der Arbeitszeit – basierend auf längerfristigen Arbeitszeitkonten (Lebensarbeitszeitkonten) – wünschenswert, um Betroffenen, ohne Verlust des Arbeitsplatzes, sozial abgesicherte und auf einen gewissen Zeitraum begrenzte erwerbsfreie Zeiten einräumen zu können. Die Bereitschaft zur Übernahme bzw. Aufrechterhaltung von Pflege-, Betreuungs- und Begleitungsaufgaben, insbesondere bei schwerer Pflegebedürftigkeit oder in der Sterbephase, kann hierdurch erhalten oder gefördert werden.

Um weitergehende Entlastungsmöglichkeiten für pflegerische Aufgaben zu entwickeln, sind wissenschaftliche gendersensitive Untersuchungen sowohl über deren Bedarf als auch über deren Auswirkungen auf Seiten der Erwerbstätigen dringend erforderlich.

## **2. Leistungen ambulanter Pflegedienste sind am Bedarf und an den Bedürfnissen, der Lebenswelt und dem Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen auszurichten und in der Planung, Organisation, Ausgestaltung und Qualität weiterzuentwickeln.**

Die professionell geleistete Pflege durch ambulante Pflegedienste zeichnet sich dadurch aus, dass sie als zugehendes und familiäre Hilfen ergänzendes Angebot konzipiert ist. In Anlehnung an die Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte von einem umfassenden und modernen Pflegeverständnis ausgegangen werden, bei dem auch Bereiche wie Prävention, Rehabilitation, Anleitung, Schulung und Beratung das Kompetenzprofil ausmachen. Um die hiermit verbundenen Möglichkeiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Planung, Organisation und Ausgestaltung häuslicher Pflege und Versorgung ausschöpfen zu können und die

Pflegequalität zu verbessern, ergeben sich zahlreiche Anforderungen an das System der häuslichen Pflege und Betreuung.

**2.1 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, HÄUSLICHE PFLEGE DURCH DIFFERENZIERTE UND ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE KONZEPTE STÄRKER AUF DEN BEDARF UND DIE POTENZIALE UNTERSCHIEDLICHER NUTZERGRUPPEN AUSZURICHTEN.**

In der Regel konzentrieren sich im Rahmen von SGB V und SGB XI finanzierbare Pflege- und Versorgungsangebote ambulanter Pflegedienste auf wenige Zielgruppen und einen leicht standardisierbaren Bedarf. Angebotsdefizite zeigen sich hingegen bei spezifischen Problemen oder in besonderen Lebenslagen, wenn z.B. mentale Einschränkungen, psychische Probleme oder soziale Schwierigkeiten die eigenständige Lebensführung beeinträchtigen, schwere und voranschreitende Erkrankungen speziellen Unterstützungsbedarf erfordern oder am Ende des Lebens Sterbebegleitung notwendig wird.

Um auch Menschen mit diesem Unterstützungsbedarf den Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen zu können, empfiehlt sich bei der Planung, Organisation und Ausgestaltung häuslicher Pflege ein Perspektivwechsel: Soziale, pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleistungen sollten konsequenter auf die Bedarfs- und Problemlagen sowie auf die Potenziale der Kranken, Hilfe- und Pflegebedürftigen abgestimmt werden. Wünschenswert sind insbesondere Rahmenbedingungen und Angebote, die örtliche Gegebenheiten berücksichtigen, akute Gesundheitskrisen im häuslichen Umfeld überbrücken helfen oder den Erhalt und die Wiederherstellung funktionaler Fertigkeiten in den Blick nehmen sowie kultursensibel auf ethnische Unterschiede eingehen.

Gegenwärtig gelingt es den ambulanten Pflegediensten vielfach noch nicht, ihre Professionalität nach außen darzustellen und der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber offensiv zu vertreten. Auch bestehen auf Seiten von Kranken, Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren privat pflegenden Bezugspersonen oft noch Vorbehalte gegenüber einer Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen. Beides gilt es zu ändern. Ziel sollte sein, sowohl das Interesse für das Leistungsangebot zu wecken als auch das Vertrauen der (potentiellen) Nutzerinnen und Nutzer in dieses Leistungsangebot zu stärken.

Ferner gilt es, international erprobte Konzepte zur Reaktion auf unterschiedliche Problem- und Bedarfslagen wie etwa der familienorientierten Pflege, der technikintensiven häuslichen Pflege, der krankenhausersetzenden Pflege oder der Hospiz- und Palliativpflege auch hierzulande verstärkt aufzugreifen und hinsichtlich ihrer Umsetzungschancen zu überprüfen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass eine Erweiterung und Verstärkung solcher auch bei uns erprobter Konzepte möglicherweise eine Anpassung der Qualifikationen und entsprechende Veränderungen der bislang

existierenden (sozial-) rechtlichen und finanziellen Bedingungen (etwa Erweiterung von Leistungsprofilen, klare Kostenträgerzuständigkeit) erforderlich machen.

**2.2 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DIE QUALITÄT DER IM RAHMEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE ERBRACHTEN LEISTUNGEN WEITER ZU VERBESSERN UND SICH DABEI STÄRKER ALS BISHER AM AKTUELLEN STAND DER MEDIZINISCH-PFLEGERISCHEN ERKENNTNISSE UND AN DEN INDIVIDUELLEN BEDÜRFNISSEN AUSZURICHTEN.**

Die Qualität ambulanter Pflege bewegt sich überwiegend auf einem angemessenen Niveau. Dennoch gibt es in der häuslichen Pflege Verbesserungspotentiale. Diese bestehen insbesondere in den Bereichen Dekubitusverhütung und -behandlung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzprophylaxe und -versorgung, Sturzprophylaxe, Schmerzbehandlung und Palliativpflege, Versorgung demenziell erkrankter Menschen sowie in der Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses. Neben dieser inhaltlichen Weiterentwicklung ist es erforderlich, die für die Realisierung notwendigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen bzw. zu erweitern.

Erfahrungen aus vielen Pflegediensten zeigen, dass durch eine systematische Qualitätsarbeit, die durch das Engagement der Pflegekräfte gestützt wird, deutliche Verbesserungen erzielt werden können. In diesem Kontext sollte das Leistungsangebot – als Aushandlungssache aller daran Beteiligten – viel stärker als bisher auf die individuellen Wünsche der Hilfe- und Pflegebedürftigen abgestimmt werden.

Wünschenswert wäre etwa der weitere Ausbau flexiblerer Systeme der Routen- und Dienstplanung, die sowohl den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer ambulanter Dienste nach individueller Betreuung als auch den fachlichen und organisatorischen Anforderungen bei der Ausführung einzelner Pflegeleistungen entsprechen. Das heißt, trotz einer Ausweitung von Wahlmöglichkeiten sollten weiterhin auch fachliche Standards wie – z.B. Bezugspflegekonzepte – , für die ein hohes Maß an personaler Kontinuität kennzeichnend ist, bei der Planung, Organisation und Ausgestaltung Berücksichtigung finden.

Ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege kann auch eine stärkere Nutzerbeteiligung sein. Es ist zu erwarten, dass eine systematische und strukturell verankerte Beteiligung von (potenziellen) Nutzern an der Planung, Organisation und Ausgestaltung von gesundheitlicher und sozialer Versorgung dazu beiträgt, ein höheres Maß an Bedarfs- und Bedürfnisorientierung in den Regionen und auf kommunaler Ebene zu erreichen. Mögliche Modelle hierfür wären ständige Nutzerbeiräte oder Komitees, die von kommunalen Trägern oder auch Anbietern häuslicher Pflege und Versorgung unterhalten und in Beratungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

**2.3 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DASS AMBULANTE PFLEGEDIENSTE BESTEHENDE RESSOURCEN UND HILFEPOTENZIALE DURCH EINBEZIEHUNG BÜRGERSCHAFTLICH ENGAGIERTER HELFERINNEN UND HELFER STÄRKER ALS BISHER BERÜCK-SICHTIGEN UND FACHGERECHT UNTERSTÜTZEN.**

Bürgerschaftlich Engagierte, sog. informelle Helferinnen und Helfer, können bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen wertvolle Hilfestellungen leisten. Dies gilt insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker. Durch ihre Einbindung kann die professionelle Pflege eine sinnvolle Ergänzung erfahren. Wichtig ist jedoch, dass diese Helferinnen und Helfer eine professionelle Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben erfahren. Dies weist auf den Bedarf an Pflegemanagementaufgaben in Ergänzung zur eigentlichen Pflegearbeit hin.

Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste sind dahingehend zu qualifizieren, die ehrenamtlich Tätigen im Alltag mit ihrer fachlichen Kompetenz zu unterstützen und mit ihnen vertrauensvoll zusammenzuarbeiten. Hier sind je nach Bedarf Informations-, Anleitungs-, Supervisions- und Steuerungsfunktionen wahrzunehmen. Ebenso wichtig sind Strategien zur Aktivierung von nachbarschaftlicher Hilfe, zum Aufbau auf den sozialen Nahbereich bezogener Unterstützungsnetzwerke und zur Förderung von Selbsthilfe. Diese Aufgaben, die von ambulanten Pflegediensten ausbildungsbedingt und auf Grund unzureichender Finanzierungsgrundlagen bislang erst zögerlich wahrgenommen werden und noch zu selten als Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses angesehen werden, gilt es auszubauen.

**2.4 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DIE QUALITÄT DER STRUKTUREN, PROZESSE UND ERGEBNISSE AMBULANTER PFLEGE DURCH PROFESSIONALISIERUNG DER FÜHRUNGS- UND LEITUNGSKRÄFTE UND FÖRDERUNG VON MASSNAHMEN DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTS-SICHERUNG SICHERZUSTELLEN.**

Aus den allgemein steigenden Anforderungen hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen, wissenschaftlich fundierten und zugleich wirtschaftlichen Leistungserbringung resultieren veränderte fachliche Anforderungen an das Management ambulanter Pflegedienste. Demnach muss – wie in allen Organisationen – auch in ambulanten Pflegediensten viel unternommen werden, um Arbeitsbereiche, Prozesse und Tätigkeiten sowie die dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgerichtet aufeinander abzustimmen. Beispielsweise ist für eine effektivere und effizientere Nutzung sozialer und wirtschaftlicher Ressourcen der Einsatz geeigneter Planungsinstrumente sowohl auf der direkten Handlungsebene (Pflegeprozess) wie auch auf der übergeordneten Leitungsebene (Unternehmensprozess) – zwingend erforderlich.

Die Fülle der fachlichen Anforderungen macht es erforderlich, dass Führungskräfte auf oberer und mittlerer Ebene adäquat qualifiziert sind und werden. Dies schließt die Verantwortung übergeordneter Verbände für eine ausreichende und fachgerechte

Unterstützung der Leitungen ambulanter Pflegedienste bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben ein.

Für die Sicherstellung von Qualität und die Herstellung von Leistungstransparenz ist darüber hinaus die Weiterentwicklung und Umsetzung von Richtlinien und Standards für einzelne Aufgabengebiete wesentlich. Auch wird die Aufbereitung und Verwertung der dokumentierten Erkenntnisse zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnen. Nicht zuletzt stellen sich weitere Herausforderungen z.B. in Bezug auf Leitbildentwicklung, Umgang mit Sicherheits- und Risikofragen.

**2.5 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, HÄUSLICHES PFLEGEHANDELN DURCH UMSETZUNG DER ERKENNTNISSE ANWENDUNGSORIENTIERTER PFLEGE- UND VERSORGUNGSFORSCHUNG WEITERZUENTWICKELN.**

Direktes Pflegehandeln stützt sich bislang noch in weiten Teilen auf Erfahrungen. Zunehmend lauter werdenden Forderungen nach einer wissenschaftlich überprüften, und damit nachweislich wirksamen Pflege kann somit nur in seltenen Fällen Rechnung getragen werden. Angesichts des hierzulande ausgeprägten Nachholbedarfs in der angewandten Pflege- und Versorgungsforschung werden sich wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsnachweise in der häuslichen Pflege, unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, auch in absehbarer Zeit nur schwer führen lassen.

Dennoch ist auch in der häuslichen Pflege eine stärkere Gewichtung wissenschaftlich überprüfbarer Handlungsansätze und Strategien angezeigt. Empfohlen wird daher, die häusliche Pflege stärker in den Fokus der aufkommenden Pflege- und Versorgungsforschung zu rücken, entsprechende Projekte zu fördern und zugleich den Wissenstransfer vorhandener pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis zu optimieren. Dies könnte beispielsweise durch eine enge Verknüpfung ambulanter Pflegedienste mit wissenschaftlichen Studiengängen und Forschungseinrichtungen sowie durch die Etablierung von akademischen Lehrinrichtungen für die häusliche Pflege erfolgen.

**2.6 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN, DEN ÜBERGANG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN ZWISCHEN DEN VERSORGBEREICHEN DURCH BETEILIGUNG AN NETZWERKEN UND KOOPERATIONEN ZU OPTIMIEREN.**

Um ihrem Auftrag gerecht werden zu können, sind die ambulanten Pflegedienste bei der Planung, Organisation und Ausgestaltung häuslicher Pflege auf interdisziplinäres Handeln und damit auf die an anderer Stelle geforderte enge strukturelle Verzahnung der Leistungsanbieter im ambulanten und stationären Sektor angewiesen. In diesem Sinne sollten rechtliche Voraussetzungen dahingehend geschaffen werden, dass die häusliche Pflege als obligatorischer Baustein in die aktuell entstehenden integrierten Versorgungsverbände nach § 140ff. SGB V oder in die medizinischen Versorgungs-



zentren nach § 95 SGB V sowie in die Programme zur Verbesserung der ärztlichen Begleitung bei bestimmten Krankheitsbildern (Disease Management Programme) aufgenommen werden können. Auch muss eine entsprechende Finanzierung sichergestellt werden.

Eine enge Kooperation von Medizin und Pflege, der reibungslose Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege, hat für die häusliche Versorgung maßgebliche Bedeutung. Daher sind die ambulanten Pflegedienste aufgefordert, den nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ konsequent umzusetzen. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben (etwa Pflegeüberleitung oder Case Management) ist es wichtig, dass ambulante Pflegeanbieter die notwendige Fachlichkeit bieten. Die erforderlichen zertifizierten Fort- und Weiterbildungsangebote dazu befinden sich im Aufbau. Sie sollten die Möglichkeiten, die das Kranken- und Altenpflegegesetz ihnen im Bereich der Ausbildung eröffnet, auch zur Sicherung eines qualifizierten Berufsnachwuchses nutzen.

Auch auf dem Gebiet der Kooperation und Koordination könnten sich die ambulanten Pflegeeinrichtungen stärker profilieren und diese Dimensionen häuslicher Pflege mehr als bisher in das professionelle Selbstverständnis integrieren. Für eine bessere Durchlässigkeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen sollten ambulante Pflegedienste aktiv auf andere Leistungsanbieter zugehen und sich als ebenso starker wie verlässlicher Partner etablieren.

### **3. Selbständige Lebensführung im Alter ist durch Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern.**

Nicht zuletzt in Folge der Pflegeversicherung ist es alleinlebenden älteren Menschen inzwischen besser möglich, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit die eigene Lebensführung im Privathaushalt aufrecht zu erhalten. In den vergangenen Jahren konnten deutliche Fortschritte bei der Wohnungsanpassung erreicht werden. Diesen Trend gilt es fortzuführen, denn eine bedarfsgerecht ausgestattete Wohnung im Alter kann präventiv wirken und damit eine Heimunterbringung bei Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen. Sie trägt dazu bei, die Lebensqualität älterer Menschen zu sichern, die Alltagsarbeit zu erleichtern, Unfälle zu vermeiden sowie die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu erleichtern. Entscheidend ist dabei, dass ältere Menschen stets die Möglichkeit haben, das eigene Wohnen selbstbestimmt zu gestalten und bei Veränderung der Wohnsituation auch im vertrauten sozialen Nahbereich bleiben zu können. Dies gewährleisten insbesondere kleinräumige, auf Quartiersebene organisierte Wohn- und Betreuungsangebote in Verbindung mit leicht zugänglichen Alltagshilfen. Wünschenswert ist, dass Angebote wie etwa Betreutes Wohnen und auch der stationären Versorgung in diese Quartiersorientierung stärker einbezogen werden.

**3.1 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DEN WOHNUNGSBESTAND UND DAS WOHNUMFELD DURCH MODERNISIERUNG UND SANIERUNG FÜR DIE BEDÜRFNISSE ÄLTERER MENSCHEN ZU OPTIMIEREN.**

Bereits beim Wohnungsneubau kann durch Realisierung der Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18025, Teil II, auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen werden. Anders sieht es im Wohnungsbestand aus. Hier leben derzeit 95 % der 65-jährigen und älteren Menschen. Allein zwischen 1950 und 1960 wurden in Deutschland rund 1,9 Mio. Geschosswohnungen im Zuge des sozialen Wohnungsbaus errichtet. Viele dieser Wohnungen entsprechen nicht den heutigen Vorstellungen von Sicherheit, Komfort und Qualität. Zugleich sind sie für den Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht bedarfsgerecht gestaltet und ausgestattet.

Angesichts der Alterung der Bewohnerinnen und Bewohner sollte angestrebt werden, die bauliche und auch technische Infrastruktur des Wohnungsbestands sukzessive zu verbessern. Altersgerechte Anpassungsmaßnahmen sollten im Rahmen nachhaltiger Modernisierungen und Erneuerungen, insbesondere im Zuge der regelmäßig wiederkehrenden Sanierungstätigkeiten, von Wohnungs- und Immobilienunternehmen umgesetzt werden.

Sofern die baulichen Grundvoraussetzungen eine barrierefreie Umgestaltung aus betriebswirtschaftlichen und mietpreislichen Gesichtspunkten oder aber aus Gründen des Denkmalschutzes nicht ermöglichen, wäre zumindest eine barrierearme Bestandsanpassung sinnvoll. Zudem sollte zumindest im Bereich des öffentlich geförderten Neubaus von Wohnungen und Gebäuden darauf hingewirkt werden, dass diese grundsätzlich für verschiedene Lebens- und Haushaltsformen bzw. für mögliche Lebensrisiken gleich gut nutzbar gestaltet werden. Auch sollten im Zuge der strukturellen, nicht personengebundenen Wohnungsanpassung Aspekte der Einbindung in den sozialen Nahbereich sowie dessen konkrete Ausgestaltung berücksichtigt werden.

**3.2 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, VORHANDENE BERATUNGSSTELLEN FÜR DAS THEMA ‚WOHNEN IM ALTER‘ STÄRKER ZU SENSIBILISIEREN UND EIN ANGEMESSENES ANGEBOT AN SPEZIALISIRTER WOHNBERATUNG ZU SCHAFFEN.**

Speziell im Falle von Pflegebedürftigkeit sind die Möglichkeiten verbessert worden, das eigene Zuhause bedarfsgerechter zu gestalten. Dennoch bestehen in vielen Pflegehaushalten weiterhin unzureichende Ausstattungen. Um hiermit einhergehende Gefährdungen und Erschwernisse häuslicher Pflege zu vermeiden und die räumliche und technische Ausstattung der Wohnumgebung zu verbessern, sollte sichergestellt werden, dass vorhandene Beratungsangebote besser genutzt und die (finanziellen) Möglichkeiten zur Wohnungsanpassung ausgeschöpft werden.

Durch eine gezielte Informationsarbeit sind all diejenigen Institutionen und Professionen für das Thema ‚Wohnungsanpassung‘ stärker zu sensibilisieren, zu denen Betroffene ohnehin regelmäßig Kontakt haben. Pflegedienste, Hausärzte, hauswirtschaftliche Dienste, Kranken- und Pflegekassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und auch die vielfältigen Selbsthilfeorganisationen sollten über ein Basiswissen verfügen, um auf mögliche Anpassungsmaßnahmen und spezialisierte Angebote hinweisen zu können. Auch wäre es wünschenswert, wenn neben Wohnungs- und Immobilienunternehmen auch Sozialämter, Bau- und Planungsämter und nicht zuletzt Architektenbüros und Handwerksunternehmen sich hier stärker einbringen würden.

Die Ausweitung des Informationsangebots sollte durch eine spezialisierte Serviceleistung „Wohnberatung“ ergänzt werden, um die konkrete Auswahl und Begleitung von zweckmäßigen Anpassungsmaßnahmen zu gewährleisten. Dabei steht, anders als bei der strukturellen Wohnungsanpassung, die Verbesserung der Wohnsituation für den Einzelnen im Vordergrund und bei demenziellen Erkrankungen auch die Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung.

Wohnberatung sollte in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt angeboten werden. Neue Stellen müssen dafür nicht unbedingt geschaffen werden. Vielmehr kommt es darauf an, durch eine geregelte Finanzierung eine ausreichende Stellenbesetzung der Wohnberatung zu garantieren und das Qualitätsniveau der Wohnberatung zu erhöhen. Grundsätzlich kann dieses Angebot an verschiedene Institutionen angegliedert sein. Je nach Region und Angebotsstruktur sind neben Wohnungsunternehmen, Kommunen und Verbände ebenso denkbar wie Verbraucherzentralen und auf das Thema spezialisierte Vereine.

**3.3 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DAS BETREUTE WOHNEN IN BEZUG AUF BAUKÖRPER UND SERVICEANGEBOTE DURCH ALLGEMEIN ANERKANNTE QUALITÄTSSTANDARDS ZU DEFINIEREN UND DAS ANGEBOT KONZEPTIONELL WEITERZUENTWICKELN.**

Ältere Menschen fragen betreute Wohnformen zunehmend nach, um ihr Leben selbständig zu gestalten und um im Bedarfsfall schnelle und zuverlässige Hilfen zu erhalten. Unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ existieren mittlerweile unterschiedliche Konzepte, die zum Teil eine sehr große qualitative Bandbreite aufweisen. Prinzipiell ist Betreutes Wohnen durch Service-Zentren im Nahbereich auch in der Wohnung möglich („Betreutes Wohnen im Bestand“). Oft setzt das Bedürfnis nach Versorgungssicherheit dennoch einen Umzug in ein barrierefrei gestaltetes Wohnangebot voraus, für das die Verfügbarkeit und Wählbarkeit ergänzender Leistungen kennzeichnend ist.

Aus Sicht des Verbraucherschutzes sind die Vertragsgestaltung und die Übersichtlichkeit der Angebote von großer Bedeutung. Mietverträge und klar definierte Betreuungsverträge können sowohl isoliert als auch kombiniert abgeschlossen werden. Die

Vertragsgestaltung muss aber eindeutig erkennen lassen, dass weitergehende Betreuungsleistungen nicht von bestimmten Dienstleistungsanbietern abgenommen werden müssen. Die Wahlfreiheit des Mieters bzw. der Mieterin ist ein wesentliches Element des Betreuten Wohnens.

Laut Mietrecht dürfen Mietverträge auch im Betreuten Wohnen keine Kündigungsklauseln wegen Pflegebedürftigkeit enthalten. Selbst bei aufkommender schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit und demenziellen Erkrankungen sollten Betroffene im Betreuten Wohnen die Möglichkeit haben, – bei einer entsprechenden Versorgung, etwa durch ambulante Dienste – , in ihren Wohnungen bleiben zu können. Dies stellt hohe Anforderungen an das Betreute Wohnen. Träger betreuter Wohnangebote sollten durch konzeptionelle Weiterentwicklungen angemessen reagieren.

Das Betreute Wohnen fällt in Abgrenzung zu der stationären Versorgung nicht unter den Anwendungsbereich des Heimgesetzes. Für ein qualitätsvolles Angebot in Bezug auf Baukörper und Dienstleistungen wird die Entwicklung allgemein anerkannter Qualitätsstandards angeregt. Ziel sollte sein, dem mit der Vielgestaltigkeit der Angebote verbundenen Problem der Unübersichtlichkeit entgegenzutreten und den Verbraucherschutz zu verbessern. Dabei geht es nicht darum, die Vielfalt durch normative Vorgaben zu reglementieren, sondern den Verbraucherinnen und Verbrauchern Markttransparenz zu verschaffen sowie Auswahl- und Entscheidungskriterien aufzuzeigen. Potenziellen Investoren, Projektentwicklern, Architekten, Betreibern, Wohnungs- und Immobilienunternehmen und Dienstleistern würden zudem verlässliche Orientierungs- und Planungshilfen an die Hand gegeben.

Perspektivisch ist zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen das Heimgesetz bei weiterentwickelten Formen des Betreuten Wohnens Anwendung findet.

**3.4 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DEN AUFBAU UND AUSBAU AMBULANT BETREUTER WOHNGEMEINSCHAFTEN FÜR HILFE- UND PFLEGE-BEDÜRFTIGE PERSONEN IM SOZIALEN NAHBEREICH UNTER ANERKENNUNG DES SELBSTBESTIMMUNGSRECHTS UND UNTER WAHRUNG DER VERBRAUCHERRECHTE ZU FÖRDERN.**

Auf der Suche nach Alternativen zu den traditionellen Wohnformen im Alter, insbesondere dem Heim, sind in den letzten Jahren vermehrt ambulant betreute Wohngemeinschaften entstanden. Zentrales Merkmal ambulant betreuter Wohngemeinschaften ist, dass mehrere hilfe- und pflegebedürftige Menschen gemeinsam in einem eigenen Haushalt leben und den Tagesablauf entsprechend ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten selbständig gestalten. Notwendige Anleitung, Betreuung und Pflege wird durch ambulante Pflegedienste geleistet. Dabei ist entscheidend, dass die Bewohnerinnen und Bewohner (oder deren persönliche Vertreterinnen und Vertreter) allein die Regie innehaben. Jeder Bewohner/jede Bewohnerin schließt einen eigenen Vertrag mit einem Pflegedienst ab.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind ein wichtiges Element innerhalb der häuslichen Versorgung und an der Nahtstelle zur stationären Betreuung und Pflege. Für Menschen mit Demenz stellt diese Wohnform eine große Chance hinsichtlich einer individuellen ganzheitlichen Unterstützung dar. Zugleich bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften Angehörigen eine Entlastung. Sie können aber auch deren Bereitschaft stärken, sich unterstützend einzubringen.

Da z.Zt. in Deutschland das Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften regional noch sehr unterschiedlich verteilt ist, – drei Viertel des Gesamtangebotes verteilt sich auf die Bundesländer Berlin, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen –, besteht noch ein hoher Entwicklungsbedarf hin zu einem möglichst flächendeckenden Ausbau. Diesen Bedarf sollte u.a. die Kommune im Rahmen von Stadt- und Pflegeplanung sozialraumorientiert mitsteuern. Darüber hinaus müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen so ausgestaltet sein, dass dem Anliegen der Bewohnerinnen und Bewohner, nicht in einer heimähnlichen Einrichtung wohnen zu wollen, und der Wahrung von Verbraucherrechten entsprochen wird. Wünschenswert wären Formen der Qualitätssicherung, die die Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung und der eigenen Häuslichkeit in besonderer Weise berücksichtigen.

**3.5 DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, FORMEN DES EXPERIMENTELLEN WOHNUNGSBAUS DURCH ZEITGEMÄßE FÖRDERBEDINGUNGEN UND ÜBERGREIFENDE BERATUNGSSTRUKTUREN ZU UNTERSTÜTZEN.**

Seit den 80er Jahren ist eine Vielzahl an gemeinschaftlichen Wohnformen entstanden, die Elemente wie etwa Teilhabe an der Planung und Nutzung vereinen. Gemeinschaftliche, auch genossenschaftliche Wohnformen sind eine zukunftsfähige Alternative zu bisherigen Wohnformen mit vielversprechenden Potenzialen für das Alter. Neben den Zielen des gemeinschaftlichen Wohnens geht es darum, auch für den Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Vorsorge zu treffen. Das heißt, die Gemeinschaft kann bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Rolle von Angehörigen übernehmen. Bei der Pflege im engeren Sinne wird sie jedoch auch auf zusätzliche (professionelle) Hilfen angewiesen sein.

Gegenwärtig stößt die Entwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen noch auf zahlreiche Hindernisse. Beispielsweise sind die Bestimmungen der Wohnungsbau- und Eigentumsförderung nicht sehr innovationsfreundlich. Auch sind derartige Projekte noch nicht selbstverständlicher Bestandteil der Stadt-, Bau- und Sozialplanung. Speziell die Fördermodalitäten des sozialen Wohnungsbaus und der öffentlichen Wohnraumförderung tragen dem erhöhten Flächenbedarf bei Gemeinschaftsprojekten nicht genügend Rechnung, was eine Anpassung der Wohnraumförderungsbestimmungen in den Ländern nahe legt.

Neben hemmenden Fördermodalitäten zeigt sich, dass gemeinschaftliche Wohnprojekte von Bauträgerunternehmen vielfach noch nicht als interessantes Marktsegment erkannt werden. Hier wäre ein größeres Engagement seitens der Immobilienwirt-

schaft sehr wünschenswert. Auch sollte dem erhöhten Bedarf an Beratung und Moderation bei der Projektentwicklung – etwa durch die Einrichtung regionaler Koordinierungsstellen oder anderer Beratungsangebote auf der Ebene der Kommune, des Regierungsbezirks oder des Landes – Rechnung getragen werden.

#### **4. Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche ist durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.**

Alter bedeutet nicht gleich hilfe- und pflegebedürftig zu sein. Allerdings nimmt mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit zu, von einer oder mehreren Erkrankungen betroffen zu sein. Hinzu kommen häufig kleinere oder größere altersbedingte Einschränkungen. Parallel zum Wachstum der sehr alten Bevölkerungsgruppe wird auch die Zahl chronisch und multimorbid erkrankter Pflegebedürftiger deutlich steigen. Diesen Personenkreis zielgerecht und angemessen zu unterstützen, bereitet dem Gesundheits- und Sozialsystem derzeit erhebliche Probleme. Oft konzentrieren sich die Helferinnen und Helfer einseitig nur auf körperliche Probleme oder einzelne Episoden im Krankheitsverlauf, wohingegen die psychischen und sozialen Belange wie auch die Dauerhaftigkeit der Versorgungsprobleme aus dem Blick geraten. Gleichzeitig beziehen sich die Hilfe- und Unterstützungsbedarfe auf Leistungsbereiche unterschiedlicher Sozialgesetze und unterliegen ungleichen Gestaltungsprinzipien und finanziellen Verantwortlichkeiten. Nicht zuletzt erhöht auch die Einführung des Fallpauschalenabrechnungssystems (DRGs) im Krankenhausbereich die Anforderungen an ein arbeitsteiliges Versorgungshandeln unterschiedlicher Leistungsanbieter, Organisationen und Professionen (z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge etc.). Dies gilt insbesondere für den ambulanten Bereich, aber auch dort, wo ambulante und stationäre Angebote aufeinander treffen, etwa an der Grenze zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege. Zur Verbesserung des Austauschs und der Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsanbieter und um jedem älteren pflegebedürftigen Menschen mit komplexen und mehrdimensionalen Problemlagen eine an den individuellen Bedürfnissen und am Bedarf orientierte, zielgerichtete Versorgung zu ermöglichen, sind sowohl strukturelle als auch einzelfallorientierte Verbesserungen erforderlich.

**4.1. DER RUNDE TISCH PFLEGE FORDERT, DIE QUALITÄT DER VERSORGUNG CHRONISCH UND MEHRFACHERKRANKTER HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN DURCH VERNETZUNG LOKAL VERFÜGBARER ANGEBOTE DER ALTENHILFE UND DES GESUNDHEITSWESENS WEITERZUENTWICKELN UND DURCH ANPASSUNG (SOZIAL-) RECHTLICHER UND FINANZIELLER RAHMENBEDINGUNGEN ZU VERSTETIGEN.**

Die Koordination gesundheitsförderlicher, präventiver, kurativer, rehabilitativer, versorgender und (psycho-) sozialer Hilfen gilt es zu verbessern. So sollten bestehende Strukturen der Altenhilfe mit Angeboten der Gesundheitsversorgung dauerhaft vernetzt werden. Zur Verbesserung der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Hilfe- und Pflegebedürftiger weisen die aktuell entstehenden Versorgungsverbünde nach §§ 140ff. SGB V in die richtige Richtung. In die dafür notwendige Vernetzungsstruktur müssen neben niedergelassenen Ärzten, insbesondere Hausärzten, Einrichtungen der akutmedizinischen- und Rehabilitationsversorgung, ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen auf kommunaler Ebene sowie die dafür zuständigen unterschiedlichen Leistungsträger einbezogen werden. Auch sollten soziale sowie bürgerschaftliche Initiativen stets integriert werden.

Den instrumentellen Rahmen für das koordinierte Zusammenwachsen der verschiedenen Versorgungssektoren und Berufsgruppen können lokale interdisziplinäre Arbeitskreise, Pflegekonferenzen, Qualitätszirkel sowie ein Quartiersmanagement bieten. Derartige strukturbildende Instrumente sind Voraussetzung dafür, dass die unterschiedlichen Akteure sich auf gemeinsame Ziele, Qualitäten sowie organisations- und verfahrensoptimierende Veränderungen verständigen (z.B. Bedarfsanalysen, Qualifizierung, Dokumentationssystem, Entlassungsmanagement, Überleitungsbogen, Case Management etc.). Den formalen Rahmen beschreiben Kooperationsverträge und Rahmenvereinbarungen der Netzwerkpartner.

Perspektivisch ist der Aufbau und Erhalt systemübergreifender Kooperationsnetzwerke durch entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen strukturell und finanziell zu unterstützen. Ziel sollte es sein, die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen und Systemen zu reduzieren sowie die Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsbereichen, etwa durch vereinfachte Antragsverfahren, Kommunikationsinstrumente, klare Zuständigkeiten etc., zu erhöhen. Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und –kontinuität kann auf diesem Weg auch das Ziel der Kostenreduzierung oder zumindest Kostenstabilisierung angesichts beschränkter ökonomischer Ressourcen erreicht werden.

**4.2. DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, DURCH EIN PROFESSIONELLES UND NEUTRALES MANAGEMENT DEN AUFBAU LOKALER KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN NACHHALTIG ZU SICHERN.**

Für den Aufbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen ist entscheidend, dass sie sich aus den Vor-Ort-Gegebenheiten entwickeln. Modellerfahrungen weisen darauf hin, dass hierfür ein hauptamtliches Netzwerkmanagement in der Person einer/s Netzwerkmanagers/in bzw. Care Managers/in eine wesentliche Voraussetzung ist. Zentrale Aufgaben wären die Sicherung des Informationstransfers zwischen den Beteiligten, Angebots- und Bedarfsanalysen, der Aufbau von Beratungs- und Informationsstrukturen, die Schaffung infrastruktureller Voraussetzungen für die Integration bürgerschaftlich Engagierter und von Selbsthilfegruppen sowie intensive Medien- und Öffentlichkeitsarbeit etwa zur Gewinnung von Netzwerkpartnern.

Nach bisherigen Erkenntnissen kann die Gewährleistung dieser Aufgabe auf der örtlichen Ebene von unterschiedlichen Institutionen wahrgenommen werden. Entscheidend ist, dass die Trägerschaft des Care Managements (Versorgungsmanagement) übergreifend angelegt ist und sich spezifischen Anbieterinteressen gegenüber neutral verhält. In Betracht zu ziehen sind etwa eine kommunale Trägerschaft, ein Zusammenschluss mehrerer Träger in einem Verbund resp. Verein oder – nach Auffassung einiger Teilnehmer – eine Anbindung bei den Kranken-/Pflegekassen. Eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen oder regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen sichert die Verknüpfung mit allen in der Versorgung tätigen Akteuren.

**4.3. DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT FÜR EINE SITUATIONSORIENTIERTE UND BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG DIE EINFÜHRUNG VON CASE MANAGEMENT.**

Für pflegebedürftige Menschen mit komplexen, mehrdimensionalen Problemlagen, die unterschiedliche Arten von Hilfen gleichzeitig benötigen und diese nicht mehr selbst zielgerichtet koordinieren können, sollte ein personen- und situationsorientiertes Case Management etabliert werden. Aufgabe von Case Manager/innen ist es, einen individuell zugeschnittenen Hilfeplan gemeinsam mit den Betroffenen und ggf. Angehörigen zu erarbeiten und seine Umsetzung zu unterstützen, zu begleiten, zu evaluieren und ggf. zu modifizieren.

Diese einzelfallorientierte Vernetzung ist mittel- oder langfristig angelegt und darauf ausgerichtet, Selbsthilfepotenziale zu fördern und personale Ressourcen, ob nun aus dem eigenen sozialen Umfeld oder aus anderen sozialen Zusammenhängen (etwa Angehörige, Nachbarn, bürgerschaftlich Engagierte), in den Versorgungsprozess einzubeziehen. Um Maßnahmen angemessen und ökonomisch einzusetzen, ist eine klare Zielgruppendefinition erforderlich. Ebenso bedarf es als Grundlage für die indi-



viduelle Planung eines einheitlichen Verfahrens zur Bedarfseinschätzung (Assessment) unter Einbeziehung der Ressourcen des sozialen Umfeldes.

Case Management ist weit mehr als nur eine beratende Lotsenfunktion und daher nur mit zusätzlichen finanziellen Ressourcen leistbar. Auch bedarf es dazu besonderer Qualifikationen. Diese können bei entsprechender Basisqualifikation (insbesondere Alten- und Krankenpflege, Sozialarbeit) durch berufliche Fort- und Weiterbildung sichergestellt werden. Darüber hinaus wird empfohlen, Case Management bzw. Case Manager/innen im Versorgungssystem, unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten, nachhaltig einzubinden. Case Manager/innen können in der Kommune in Beratungs- und Koordinierungsstellen bzw. Servicestellen mit direktem Patienten- /Klientenkontakt tätig sein. Die Einbindung von Case Management bietet sich jedoch auch bei ambulanten Pflegediensten, Hausarztpraxen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder Pflegekassen, usw. an.

**4.4. DER RUNDE TISCH PFLEGE EMPFIEHLT, SYSTEMÜBERGREIFENDE KOOPERATIONSNETZ-WERKE DURCH WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG ZU ÜBERPRÜFEN UND FORTZUENTWICKELN.**

Auch wenn Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen im System der Gesundheitsversorgung und Altenhilfe bereits durch vielfältige Modellprojekte erprobt wurden, blieb die nachhaltige Sicherung dieser Strukturen sowie die Entwicklung und Implementierung von Standards für deren Verbesserung bisher weitgehend aus. Wünschenswert ist, auf der Basis verbindlicher lokaler Vernetzungsstrukturen in der Altenhilfe, der ambulanten Pflege und der übergreifenden Gesundheitsversorgung Care und Case Management breit angelegt zu evaluieren. Neben der Gewinnung von Kenntnissen zur Effektivität und Effizienz systemübergreifender Kooperationsstrukturen sowie deren unmittelbarer Wirkung auf die Versorgung Betroffener, wäre die Identifizierung klarer Anforderungs- und Tätigkeitsprofile von Care und Case Manager/innen anzustreben. Aufgrund unzureichender Erfahrungen erscheint es zudem sinnvoll zu überprüfen, bei welchen Institutionen Care und Case Management bestmöglich organisatorisch angesiedelt wären.

Weitergehende Erkenntnisse können sich auch aus der in verschiedenen Regionen begonnenen modellhaften Erprobung personenbezogener Budgets ergeben, von denen auch eine Stärkung der Nachfragemacht und dadurch bedingt eine Flexibilisierung der Dienstleistungsangebote zu erwarten sind.

## **5. Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.**

Pflege ist eine Tätigkeit mit hohen Ansprüchen und Anforderungen. Neben dem umfassenden Pflegefachwissen, das im Rahmen der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu vermitteln ist, und der stetigen Ausweitung des Leistungsspektrums zählen körperliche Fähigkeiten (etwa Belastbarkeit, Ausdauer und Kraft), geistige und soziale Kompetenzen (etwa Urteilsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Offenheit, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Flexibilität) zu den zentralen beruflichen Anforderungen. Weitere für die ambulante Pflege charakteristische Anforderungen ergeben sich aus der Tatsache, dass die Pflege in den Privatwohnungen der Pflegebedürftigen stattfindet, was ständige Veränderungen und Anpassungen hinsichtlich des Pflege-Ortes mit sich bringt sowie eine besondere Belastung durch den Verkehr zwischen den Einsätzen. Insbesondere der geringe Grad der Arbeitsteilung erfordert eine besondere Eigenverantwortung und die Fähigkeit zu eigenständigem Handeln. Das selbstorganisierte Arbeiten auf den Touren bringt selbstständige Entscheidungserfordernisse und –möglichkeiten mit sich. Aber auch die besonderen körperlichen und psychischen Belastungen prägen den Bereich der ambulanten Pflege. Hier gilt es bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualifizierung der beruflich Pflegenden anzusetzen.

Aus organisatorischen und zeitlichen Gründen war es im Rahmen der Beratungen der Arbeitsgruppe nicht möglich, Empfehlungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualifizierung der beruflich Pflegenden in der häuslichen Pflege zu diskutieren und zu beschließen. Allen Beteiligten ist jedoch die Notwendigkeit bewusst, für diesen Bereich der häuslichen Versorgung Handlungsempfehlungen zu formulieren und umzusetzen. Diese sollten sich nach Auffassung der Arbeitsgruppe u.a. auf die folgenden Bereiche beziehen:

- Kompensation psychosozialer Arbeitsbelastungen und Beanspruchungen in der ambulanten Pflege durch mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und Sicherung sozialer Unterstützung
- Personalentwicklungsmaßnahmen in ambulanten Pflegediensten zur Verbesserung der Qualifikation und der Mitarbeiterbindung
- Optimierung der Arbeitsorganisation und Einsatzplanung in ambulanten Diensten unter Einbezug moderner branchenspezifischer Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen
- Förderung des Stellenwertes von Ausbildung in ambulanten Pflegediensten
- Erweiterung der Leitungsqualifikation von ambulanten Pflegediensten auf Altenpflegerinnen und Altenpfleger