

## **Gespräch ALK mit Frau Sozialministerin Gönner Gesprächstermin am 16.03.2005 im Landtag Baden-Württemberg**

Zum Gespräch anwesend waren von Seiten des Ministeriums: Frau Sozialministerin Tanja Gönner, Frau Kristin Kessler, Ministerialdirigentin und Herrn Ministerialrat Kohler, von der ALK: Herr Peter Bechte, Frau Gabriele Holzschuh und Herr Josef Hug

### **Stellungnahme des ALK-Landesvorsitzenden an das Sozialministerium mit Schreiben vom 21.02.05 und das Gesprächsergebnis daraus:**

#### **1. Ausbildungsplatzabbau in Baden-Württemberg**

Im Jahr 2004 sind in Baden-Württemberg circa 850 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege abgebaut worden. Die Entscheidung des Vermittlungsausschusses, das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz hinsichtlich der Ausbildungsfinanzierung nicht zu verändern und stattdessen eine lokale Verhandlung der Ausbildungskosten zu vereinbaren, wird insgesamt in unserer Republik tausende von weiteren Ausbildungsplätzen in Gefahr bringen.

Der Finanzierungsvorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen hätte nach Expertenmeinung für all die überwiegende Mehrheit der Ausbildungsstätten eine bessere finanzielle Ausstattung als heute bedeutet. Die Kassen, die Gewerkschaft Verdi und der Deutsche Pflegerat hatten vor der Verhandlung auf lokaler Ebene ausdrücklich gewarnt. Die Krankenhäuser haben schon in den vergangenen Jahren massiv Ausbildungskapazitäten abgebaut. Vor dem Hintergrund der sinkenden Bettenzahlen und unter Ignorierung des steigenden Bedarfs an ambulanter Versorgung und Betreuung wegen Pflegebedürftigkeit werden Ausbildungsplätze gestrichen oder nicht besetzt. Dies wird sich nun noch verstärken.

Schon heute gibt es in einigen Regionen und Spezialisierungen in der Pflege Schwierigkeiten qualifiziertes Personal zu finden. Diese Situation wird sich binnen weniger Jahre dramatisch verschärfen.

Die Entscheidung der Bundesregierung des Bundesrates ist vor diesem Hintergrund aus unserer Sicht nicht zu verantworten. Wieder einmal wurden Bildungserfordernisse in den Pflegeberufen und Pflegepersonalbedarf außerhalb der Krankenhäuser dem Primat des Krankenhausbudgets geopfert. Der gesellschaftliche Bedarf wurde ignoriert und dafür Partikularinteressen der Krankenhausträger erfüllt.

Die Konsequenzen dieser Fehlentscheidung werden die pflegebedürftigen und kranken Menschen und die Pflegefachkräfte zu tragen haben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird die Stichhaltigkeit ihrer Position an der Zahl der tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze messen lassen müssen. Die Verantwortung für jeden abgebauten Ausbildungsplatz tragen die Politiker, die diese Entscheidungen getroffen haben.

#### **Ergebnis**

Die von uns aufgeworfene Thematik wird dahingehend von Frau Sozialministerin Gönner beantwortet, dass die Entwicklung vom Sozialministerium insgesamt sehr

kritisch beobachtet wird. Aus Ihrer Sicht sind die Ausbildungsplatzzahlen auch durch Zusammenführungen und Strukturveränderungen in den einzelnen Häusern zustande gekommen. Ungeachtet dieser nachvollziehbaren Entwicklung, wird das Sozialministerium sehr kritisch die weitere Entwicklung im Bereich der Ausbildungsplatzzahlen beobachten. Die zur Zeit noch fehlende Finanzierungsregelung, die im Laufe dieses Jahres entwickelt wird bzw. die am darauf folgenden Tag (17. März 2005) in einem Seminar der BWKG diskutiert wird, kam u. a. durch einen DKG-Vorschlag im Vermittlungsverfahren zustande, der aus Sicht der Ministerin deutlich zu spät eingereicht wurde. Bezüglich des von Herrn Hug angesprochenen zusätzlichen Raumbedarfs für den erhöhten Anteil des theoretischen Unterrichts verwies Frau Ministerin Gönner aufgrund fehlender bzw. knapper finanzieller Mittel im Bereich der Krankenhausinvestitionsplanung auf Kooperationen mit Berufsschulen in den einzelnen Regionen bzw. auf Kooperation von Trägern von Krankenpflegeschulen. Insbesondere in Ballungsgebieten bzw. in größeren Städten in den bis zu drei Krankenpflegeschulen unterhalten werden, würde das Sozialministerium eine Kooperation der Schulträger begrüßen.

## **2.** *Integrationen von Hilfsberufen in der professionellen Pflege*

Die ALK Baden-Württemberg spricht sich (wie der Landespflegerat) für eine gemeinsame Helferausbildung aus, aber auch, oder vor allem aus arbeitsmarktpolitischen und praxisrelevanten Erwägungen heraus. In Niedersachsen sind ähnliche Bestrebungen zur Helferausbildung initiiert. Dort sollen die Helfer die Bezeichnung Pflegeassistent tragen. Unter Umständen ist es sinnvoll, hier einheitliche Bezeichnungen anzustreben.

Die Ausbildung sollte in 12, maximal 18 Monaten abgeschlossen sein. Die Zulassungsvoraussetzungen wären Hauptschulabschluss, gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift, Nachweis der physischen und psychischen Eignung.

Der theoretische Unterricht sollte an einer Berufsfachschule/einem Berufskolleg stattfinden. Die praktischen Einsatzorte müssten Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste sein, die durch Verträge verpflichtet werden, die praktische Ausbildung zu gewährleisten.

Die Anbindung der Schule an die Träger von Einrichtungen halten wir für problematisch, solange die Grundlagen für die Finanzierung nicht geregelt sind.

Helfer, die über eine gemeinsame Ausbildung Kenntnisse in den Bereichen Pflege, soziale Betreuung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Begleitung von Bewohnern und Patienten erhalten, können generell breiter eingesetzt werden. Sie finden mit Sicherheit eher einen Arbeitsplatz in den unterschiedlichen Einrichtungen als diese spezifisch ausgebildeten Krankenpflege- oder Altenpflegehelfer.

Wir empfehlen, die gemeinsame Ausbildung in einem Modellvorhaben zu erproben. Die AG Berufliche Bildung würde Personen benennen, die in einer Arbeitsgruppe Inhalte der Ausbildung bearbeiten.

Die Brutto-Personalkosten eines Pflegeassistenten müssen jedoch deutlich unter denen einer jungen examinierten Pflegekraft liegen. Ansonsten ist die Attraktivität, einen Pflegeassistenten einzustellen, eher gering einzuschätzen.

Wir geben zu bedenken, dass bei zunehmender Komplexität der Pflege von Patienten und Bewohnern die Tätigkeitsfelder von Pflegeassistenten gegenüber denen von Pflegefachkräften klar abzugrenzen sind, damit die Versorgungsqualität gewährleistet

bleibt.

### **Ergebnis:**

Die vom ALK-Vorstand vorgetragene Position wird vom Sozialministerium insgesamt begrüßt bzw. ebenso gesehen. Unterhalb der Basisqualifikation, dreijährige Ausbildung zur Kranken- und Gesundheitspflegerin bzw. Kranken- und Gesundheitspfleger, müssen neue pflegerische Assistenz- bzw. Helferberufe entwickelt werden. Dem Sozialministerium liegen insgesamt über 10 Modellantragsverfahren vor, die nun zügig genehmigt werden sollen. Eine so genannte Variante Krankenpflegehilfe Plus (zweijährige Ausbildung) die u. a. die derzeitige Krankenpflegehilfeausbildung ergänzt, um die Unterrichtsinhalte der neuen dreijährigen Ausbildung ergänzt, wird vom Sozialministerium begrüßt bzw. ein solcher Modellversuch wird in absehbarer Zeit auf den Weg gebracht. Bezüglich der Ausbildung zur Pflegeassistentin/Pflegeassistent besteht Einvernehmen zwischen Sozialministerium und ALK über die weitere Entwicklung einer solchen Ausbildung bzw. die Weiterentwicklung eines solchen Berufsbildes.

### **3. *Stellung der professionellen Pflege im Rahmen der integrierten Versorgung***

Die ALK Baden-Württemberg fordert eine gleichberechtigte Einbindung der Pflege in die Planungen zu integrierten Versorgungsmodellen. Die Pflege ist derzeit noch nicht in dem Maße in die Planungen und in die Diskussionen mit einbezogen wie es ihrem Stellenwert in der Patientenversorgung entspricht. Es wird sich aber mehr und mehr zeigen, dass die Pflege gerade bei der Krebsbehandlung und in der geriatrischen Versorgung ein unerlässlicher Partner in der Patientenbetreuung ist. Derzeit fehlt es jedoch an juristischen und organisatorischen Grundlagen, um die Kapazitäten des Pflegepersonals möglichst fugenlos in das gesamte Versorgungsgeschehen zu integrieren. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es nur im Bereich der Behandlungspflege (§37 SGB V) Möglichkeiten gibt, sich aktiv in die ambulante Versorgung der Patienten einzubringen. Vor allem in der palliativmedizinischen Betreuung gibt es beträchtliche Versorgungslücken, weil Behandlungspflege im Regelfall nur dreimal täglich von den Kassen bewilligt wird. Die Pflege ist offenbar als gleichberechtigter Partner in der bisherigen Gesetzgebung noch nicht mitgedacht worden.

Im Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) sind vor allem die Bewilligungsverfahren so schwerfällig, dass eine optimale Weiterversorgung der Patienten zu Hause häufig nicht gewährleistet ist. Hier sind die Pflegefachkräfte mit größeren Kompetenzen auszustatten um sie in die Lage zu versetzen, eine eventuelle Pflegebedürftigkeit rasch und eigenständig zu beurteilen. Die Kriterien und Zuständigkeiten des medizinischen Dienstes würden dadurch nicht in Frage gestellt, es müssen aber Versorgungslücken geschlossen werden, die derzeit an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bestehen.

Auch in ethischen Fragen muss stärker das Gespräch über die Versorgungsgrenzen hinweg gesucht werden. Wir müssen beispielsweise medizinische und juristische Grundlagen dafür schaffen, dass der Patient seinen Sterbeort selber wählen darf. Jenseits der bereits bestehenden regionalen Hospizangebote ist es von Bedeutung, Sterbenden die Möglichkeit zu geben, das Ende ihres Lebens selbst bestimmt zu gestalten.

### **4. *Case-Management in Baden-Württemberg***

Mit Datum vom 01.09.2004 wurden in der Veröffentlichung des Sozialministeriums die Vorstellungen zur Einführung bzw. Umsetzung des Case-Managements in Baden-

Württemberg dargelegt. In diesem Grundsatzpapier des Sozialministeriums werden sowohl Absichtenserklärungen, wie Appelle an die jeweiligen Träger und Einrichtungen, die Verantwortung im Rahmen des Case-Managements bzw. der Ausbildung zum Case-Manager zu übernehmen haben, artikuliert. Es wird auch auf die allgemeine demographische Entwicklung sowie auf bürgerschaftliches Engagement und die Eigeninitiative der einzelnen Träger und Verbände hingewiesen. Auch organisatorische und strukturelle Maßnahmen wie regionale Pflegekonferenzen sind aus unserer Sicht ein erster richtiger und wichtiger Ansatz zur Etablierung von Case-Management in Baden-Württemberg im klassischen wie auch im engeren Sinne.

Es stellt sich allerdings grundsätzlich die Frage, wer nun definitiv die koordinierende Funktion für die Einführung eines Case-Managementsystems in Baden-Württemberg übernimmt, wie diese koordinierende Stelle unterstützt werden kann und wie Initiativen in den Regionen (am Beispiel eines Pflegeüberleitungsprojektes im Stadt- und Landkreis Karlsruhe) aktiv von der Politik unterstützt werden können.

Zu dem angesprochenen Modellprojekt Pflegeüberleitung mit Sozialstationen im Südlichen Landkreis stellt sich die Frage, wie solche Projekte zumindest ideell und von der Politik gewollt weiter entwickelt werden können.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie innerklinisches Case-Management sich auf die Qualifikationsprofile der professionellen Pflegekräfte im Land auswirkt und ob und wie eine damit verbundene Nachqualifikation von politischer Seite unterstützt werden kann.

### **Ergebnis:**

Herr Hug spricht das Thema Casemanagement in Baden-Württemberg an und verweist auf die Veröffentlichung des Sozialministeriums, in der Vorstellungen zur Einführung und Umsetzung des Casemanagements in Baden-Württemberg aus Sicht des Sozialministeriums dargelegt werden. Die ALK begrüßt ausdrücklich, dass Baden-Württemberg hier bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt und die wesentlichen Rand- und Rahmenbedingungen für ein solches Konzept dargelegt hat. Die Unsicherheit besteht auf Seiten der ALK über die zukünftige Koordinatorenrolle im Rahmen von Modellprojekten bzw. der Umsetzung in den einzelnen Regionen. Ungeachtet der Tatsache, dass die Aufgaben sowohl für die Träger, wie auch für die heimstationären und ambulanten Dienste sowie die Fachhochschulen zugewiesen sind, muss insbesondere die Rolle der Kommune in diesem Konzept erprobt bzw. hinterfragt werden. Bezüglich der Weiterentwicklung eines Modellvorhabens im Bereich Pflegeüberleitung mit Sozialstation im südlichen Landkreis verweist Frau Sozialministerin Gönner zunächst auf die Modellregion Heilbronn, in der das Casemanagementkonzept zunächst erprobt werden soll. Frau Ministerin Gönner sieht gute Chancen für die Region Karlsruhe, wenn im Anschluss daran weitere Modellregionen entwickelt werden sollten. Herr Hug spricht den nach seiner Sicht eng gefassten Zeitplan der Umsetzung dieses Konzepts bis 2007 an und spricht darüber hinaus die Einberufung der so genannten regionalen Pflegekonferenzen an. Bezüglich der Pflegekonferenzen besteht Einvernehmen, dass die Initiativen vor Ort schon heute eingeleitet werden könnten und zur zeitlichen Umsetzung bis 2007 verweist das Ministerium zunächst auf die Erfahrungen der Modellregion Heilbronn.

## **5.** *Stellung des Pflegemanagements in den Krankenhäusern des Landes*

Vor über zehn Jahren wurden in Baden-Württemberg Pflegestudiengänge für das Pflegemanagement und die Pflegepädagogik eingerichtet. Während die Pflegepädagogik aus unserer Sicht nach Etablierung des neuen Krankenpflegegesetzes klare Perspektiven hat, stellt sich beim Pflegemanagement die Frage, ob die damals geäußerte Absicht, Pflegekräfte unter anderem für die oberste Führungsebene der Kliniken zu qualifizieren weiter besteht und wenn ja, wie diese Absicht aktiv unterstützt werden kann. Fakt ist, dass bei der Neustrukturierung und Neuorganisation der Kliniken die Pflegedienstleitungen und Pflegedirektoren oder Pflegemanager in aller Regel nicht in der obersten Führung der Kliniken vertreten sind. Dies wird sich nach unserer festen Überzeugung auf Dauer nachhaltig negativ, auch auf die neuen prozessorientierten Strukturen der Kliniken, auswirken.

Ist es vorstellbar, dass sich die Politik hier in Analogie der Empfehlung aus dem Landeskrankenhausgesetz zum Krankenhausdirektorium mit einer Empfehlung artikuliert bzw. positioniert?

Welchen Einfluss hat das Sozialministerium auf die bessere Vernetzung zwischen den Fachhochschulen des Landes und den praktischen Bereichen, hier vor allem im klinischen Bereich? Eine stärkere Vernetzung von Theorie und Praxis scheint uns nach den bisherigen Erfahrungen mit den verschiedenen Absolventen der Fachhochschulen auch nach deren Meinung dringend notwendig zu sein, um in Zukunft Pflegemanager zu haben, die unmittelbar nach Abschluss des Studiums in entsprechenden Funktionen zielführend für das Gesundheitswesen eingesetzt werden können. Erste Initiativen diesbezüglich wurden in Zusammenarbeit mit Kliniken und den Fachhochschulen eingeleitet. Die Entwicklung ist aber eher träge und auf Einzelinitiativen begrenzt. Eine politische Initiative könnte hier für eine deutliche Belebung der insgesamt positiven Entwicklung sorgen.

### **Ergebnis:**

Die ALK reflektiert kritisch die Stellung des Pflegemanagements in den Klinikleitungsstrukturen bzw. die Entwicklung zu einer tendenziellen Ausgrenzung von leitenden Mitarbeitern des Pflegedienstes im Bereich der Krankenhausbetriebsleitungen. Ungeachtet der Tatsache, dass im Landeskrankenhausgesetz das Krankenhausdirektorium als Führungsebene vorgeschrieben ist, besteht insbesondere nach Trägerwechseln bzw. Fusionen und Krankenhausleitungsneustrukturierungen die anhaltende Tendenz, die Führungsebene der Pflegedirektionen in Frage zu stellen. Diese Entwicklung bereitet, nicht nur aus Gründen des Machterhalts, sondern insbesondere aus prozesstechnischen Gründen bzw. unternehmensentwicklungstechnischen Gründen, große Sorge. Frau Ministerin Gönner kann die Situation der leitenden Pflegekräfte in den Häusern nachvollziehen und wir insbesondere zu diesem Punkt in ihrem Hause ein Meinungsbildungsprozess einleiten. Prinzipiell sieht sie die jetzige Struktur der Krankenhausbetriebsleitung nicht als überholt an.

## **6.** *Einführung der elektronischen Gesundheitskarte*

Warum wurde die Pflege, die mit circa 1,2 Mio. professionell Pflegenden im ambulanten und stationären Bereich und in der stationären Altenpflege zu der wohl größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen in Deutschland gehört, bislang nicht berücksichtigt? Dazu einige konkrete Fragen:

In dem ‚Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung‘ wird die

Pflege nicht berücksichtigt. Es ist lediglich die Rede von „sonstigen Erbringern ärztlich verordneter Leistungen“, die nur auf Verordnungen und im Notfall auf die Notfalldaten zurückgreifen dürfen. Ist die Auslegung korrekt, dass hiermit auch die Pflege gemeint ist? Sowohl in der Rahmenarchitektur als auch in der Solution Outline wird die Pflege ebenfalls nicht berücksichtigt. In den Use Case Modellen ist lediglich die Rede von so genannten Leistungserbringern. Ist die Pflege in diesem Sinne ein Leistungserbringer? Gibt es Ausführungen, in denen erläutert wird, wie die Pflege in die gesamte Struktur eingebunden und mit welchen Zugriffsberechtigungen die Pflege ausgestattet werden soll?

Warum wurde die Pflege in Deutschland in diesem Projekt nicht bzw. kaum berücksichtigt?

Warum wurde die Ausstellung eines Heilberufsausweises für examinierte Pflegekräfte nicht diskutiert?

Inwieweit wurde die ambulante Pflege im konventionellen ambulanten Umfeld berücksichtigt? Gerade im ambulanten Sektor geben sich Versorgungsszenarien, die über eine rein medizinische Betrachtung weit hinausgehen. Kommunikationsnetze müssen daher die Einrichtungen der Langzeitpflege und der ambulanten Versorgung mit einbeziehen. Ein Pflegebericht ohne Bezug zur medizinischen Diagnose und Therapie und ohne Bezug zu anderen therapeutischen Maßnahmen ist wenig sinnvoll.

Die Fragenliste ließe sich beliebig erweitern. Es bleibt die Forderung, die professionelle Pflege in die Gespräche zu diesem Thema einzubeziehen. Ferner regen wir an, dass ein Pflegevertreter in den Beirat der ‚Gematik‘ berufen wird und somit eine beratende Position in der neuen Betriebsorganisation eingeräumt bekommt.

### **Ergebnis:**

Herr Bechtel spricht das Thema Heilberufsausweise für examinierte Pflegekräfte an und hinterfragt, warum dies bis jetzt nicht diskutiert wurde. Frau Ministerin Gönner verweist in diesem Zusammenhang auf die erhebliche Problematik bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, aufgrund von Problemen wie Doppeluntersuchungen, Missbrauch bzw. der Gefahren, die u. a. auch für Patienten mit der Einführung dieser Karte verbunden sind. Insbesondere der Punkt Datenschutz wird von den Kritikern der Einführung der Gesundheitskarte immer wieder in die Diskussion eingebracht. Vor diesem Hintergrund möchte man zunächst die Zugriffsmöglichkeit zu dieser Karte bzw. den auf der Karte gespeicherten Daten nur auf wenige Berufsgruppen beschränken. Es besteht Einigkeit zwischen ALK und Ministerium, dass es im Laufe der Zeit und im Rahmen der Einführung zu Diskussionen kommen wird, wer nun letztendlich Zugriff auf die vom Patienten autorisierten Daten seiner Gesundheitskarte erhalten soll. Herr Bechtel sieht hier insbesondere ein Problem für die ambulante Pflege. Herr Hug und die Sozialministerin sehen hier auch Probleme im Bereich der stationären Einrichtungen. In beiden Bereichen werden sich im Rahmen der Einführung der Karte praxisrelevante Beispiele ergeben, die zu weiteren Entscheidungen führen könnten.

### **7. Umsetzung des Präventionsgesetzes**

Die professionelle Pflege begrüßt die Initiative der Bundesregierung und der Bundesländer für ein Präventionsgesetz, das die Primärprävention in Deutschland stärken soll. Dies ist ein wichtiger Schritt für unser bisher einseitig kurativ dominiertes Sozialversicherungssystem. Zu begrüßen sind der Ansatz für eine Vereinheitlichung und Festlegung von Präventionszielen und die Qualitätssicherung. Auch die geplante Berichterstattung ist sehr zu begrüßen.

Dieses Gesetz ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es ist allerdings (noch) nicht ein Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem. Dazu bedarf es einer Fortentwicklung des Gesetzes in naher Zukunft.

Mit dem Präventionsgesetz werden unterschiedliche aber auch gleichermaßen wichtige Akzente gesetzt. Neben der bereits erwähnten Ausweitung der Sozialversicherung, sind besonders der Ansatz in den Lebenswelten und die Stärkung der Selbstverantwortung für die Gesundheit bedeutsam.

Grundsätzlich ist zu bedauern, dass das Gesamtvolumen des Budgets mit 250 Mio. Euro relativ gering ist. Hinzu kommt, dass davon bereits heute 110 Mio. Euro durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ausgegeben werden. De facto werden also lediglich maximal 140 Mio. Euro neu für Primärprävention bereitgestellt. Um einen Paradigmenwechsel zu erreichen wird die Finanzausstattung deshalb deutlich ansteigen müssen und auch Steuermittel erfordern.

Es besteht zudem die Sorge, dass die neue Betonung der Primärprävention zu Lasten von Sekundär- und Tertiärprävention gehen wird.

Noch nicht eindeutig geregelt ist das Verfahren zur Vergabe von Mitteln für Präventionsaktivitäten vor Ort. Hier braucht es nach derzeitigem Stand erheblichen guten Willen von allen Beteiligten, um zu wünschenswerten Ergebnissen zu kommen.

Die Errichtung einer Stiftung Prävention ist ein Erfolg versprechendes Modell. Allerdings muss die Konstruktion der Gremien dieser Stiftung aus Sicht der professionellen Pflege nochmals überprüft werden.

Der Stiftungsrat (das Entscheidungsgremium) wird ausschließlich mit Sozialversicherungen und Vertreter/innen von Bund und Land besetzt. Dies lässt befürchten, dass dort eher die Frage der Verteilung der Mittel im Zentrum steht, als deren sinnvoller Einsatz im Sinne der Versicherten. Wir schlagen vor, durch die Einbeziehung des Sachverständigen der Gesundheits- und Sozialberufe in ihrer inhaltlichen Expertise und der Verbraucherorganisation eine inhaltliche Ausrichtung zu akzentuieren.

Im Kuratorium werden unterschiedliche Gruppierungen vertreten sein, so z. B. das Forum Prävention und Gesundheitsförderung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Gewerkschaftsbund. Unverständlich ist, dass - nachdem Bund und Länder schon im Stiftungsrat stark vertreten sind - Bundesregierung und Bundesrat auch hier insgesamt vier von 16 Personen benennen sollen. Aus unserer Sicht sind insbesondere Verbraucherorganisationen und die professionelle Pflege selbst mit einem Sitz im Kuratorium zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang sei auf ein Projekt des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) hingewiesen, das derzeit die Erprobung eines Pflegepräventiven Konzeptes zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter durchführt. Dies mit Unterstützung der Bosch Betriebskrankenkasse. Das pflegepräventive Konzept umfasst: Die strukturierte Erfassung von Risikofaktoren und Ressourcen, eine umfassende Beratung mit Festlegung von individuellen Präventionszielen, mindestens einem, maximal vier weiteren Hausbesuchen und die Vermittlung von in den Kommunen vorhandenen Angeboten.

### **Ergebnis:**

Beim Präventionsgesetz besteht ein ähnlicher Sachverhalt wie im Bereich der elektronischen Gesundheitskarte, erst nach Beschluss und Einführung des

Präventionsgesetzes kann über die Ausgestaltung dieses Gesetzes die Rolle der Pflegekräfte diskutiert werden. Die ALK betont ausdrücklich, dass die erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgrund des neuen Krankenpflegegesetzes im Bereich Prävention nicht ungenutzt bleiben sollen.

#### **8.** *Selbstverwaltung für die professionelle Pflege/Gründung einer Pflegekammer*

Die ALK Baden-Württemberg als pflegepolitische Vertretung auf Landesebene schließt sich der politischen Entscheidung an, die Selbstverwaltung auch in Zukunft zu stärken.

Die professionelle Pflege erfährt ihre genuine Eigenständigkeit als Heilberuf insbesondere durch die neuen Ausbildungsgesetze, interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie durch spezifische Aufgabenfelder in neuen Organisationsstrukturen.

Hieraus entwickelt sich ein dringender Bedarf zur Entwicklung von Pflegekammern. Ein erster innovativer Schritt zur eigenständigen Wahrnehmung von berufsständischen Funktionen gelingt mit dem Beschluss des Deutschen Pflegerates, eine bundeseinheitliche zentrale „freiwillige Registrierung“ für professionell Pflegende zeitnah umzusetzen.

#### **Ergebnis:**

Bezüglich der Einführung einer Selbstverwaltung für die professionelle Pflege bzw. Gründung einer Pflegekammer wird eine kontroverse Diskussion zwischen ALK und Sozialministerium geführt. Sowohl innerhalb der ALK gibt es unterschiedliche Auffassungen über die Einführung einer solchen Kammer und auch das Sozialministerium sieht die Einführung einer Pflegekammer bzw. die hiermit verbundenen Reglementierungen nicht unbedingt als zielführend bei der weiteren Entwicklung der Pflege an. Es besteht jedoch Einigkeit, dass die Berufsordnung aus dem Land Bremen nicht unbedingt modellhaft für Baden-Württemberg in die weitere Entwicklung einbezogen werden soll. Frau Ministerin Gönner kann jedoch Verständnis für die Situation bzw. das Anliegen der ALK aufbringen, da die Pflegeverbände nicht regelmäßig und zielführend in Entscheidungsvorhaben eingebunden sind. Insbesondere der Ausbau der Beziehungen zwischen ALK und Sozialministerium bzw. ALK und BWKG wird als wichtiges Element der Einbeziehung in politische Entscheidungen von beiden Seiten angesehen.

#### **9.** *Berufordnung für Gesundheits- und Krankenpflege*

Der Deutsche Pflegerat hat eine Rahmenberufsordnung für professionell Pflegende mit Wirkung vom 04.01.2004 erstellt. Eine Kopie liegt diesem Schreiben bei.

Mit dem Erlass der ersten staatlichen Berufordnung für die Pflege die am 01.01.2005 in Kraft getreten ist, hat sich das Land Bremen für die Regelung der Berufsaufgaben und Pflichten in der professionellen Pflege entschieden. Hier bleibt die Frage, inwieweit das Land Baden-Württemberg bereit ist, politisch einen ähnlichen Weg zu gehen.

#### **10.** *Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* ist aus Sicht der ALK Baden-Württemberg ein weiteres vordringliches Thema.

Grundlage für unsere Forderungen ist die Berliner Erklärung zur Zukunft der Pflegeversicherung, datiert vom Juni 2003, die wir Ihnen ebenfalls in der Anlage zukommen lassen.



### **Ergebnis:**

Von Frau Ministerin Gönner wird zum Abschluss des Gespräches die Situation der Pflegeversicherung bzw. die Auswirkungen auf den stationären und ambulanten Bereich angesprochen. Insbesondere im Bereich von Baden-Württemberg sollen entsprechende Modelle entwickelt werden. Es zeichnet sich sowohl nach Meinung der ALK wie auch des Sozialministeriums ab, dass die Pflegeversicherung im Laufe der Zeit auf eine teilkapitalisierte Versicherungsform und letztendlich auf eine vollkapitalisierte Versicherungsform umgestellt werden muss. Das Sozialministerium arbeitet an entsprechenden Modellen. Insbesondere wird das Ziel verfolgt, mehr ambulante vor stationärer Pflege. Die stärkere Einbeziehung von Familie und Ehrenamt wird nicht nur aus Kostengründen sondern auch aus Gründen der demographischen Entwicklung als unerlässlich und unentbehrlich von beiden Seiten angesehen.

Zum Abschluss des insgesamt 90 minütigen, offenen, konstruktiv kritisch und vertrauensvoller Atmosphäre verlaufenen Gesprächs bedanken sich Herr Peter Bechtel, 1. Vorsitzender der ALK Baden-Württemberg und Pflegedirektor des Herzzentrums Bad Krozingen, Frau Gabriele Holzschuh, Schatzmeisterin der ALK und Pflegedirektorin am Theresienkrankenhaus Mannheim und Herr Josef Hug, 3. Vorsitzender der ALK und Pflegedirektor am Städtischen Klinikum Karlsruhe für das aus ihrer Sicht hervorragende Gespräch und bieten eine weitere enge Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium an. Diese Bereitschaft wird beim Ministerium dankbar angenommen.

Karlsruhe, Stuttgart, den 21.03.05

Josef Hug

3. Vorsitzender der ALK Baden-Württemberg