



## Interpellation

der Abgeordneten **Hubert Aiwanger, Florian Streibl, Prof. (Univ. Lima) Dr. Peter Bauer, Dr. Karl Vetter, Dr. Hans Jürgen Fahn, Günther Felbinger, Thorsten Glauber, Eva Gottstein, Joachim Hanisch, Johann Häusler, Dr. Leopold Herz, Nikolaus Kraus, Peter Meyer, Alexander Muthmann, Prof. Dr. Michael Pia-zolo, Bernhard Pohl, Gabi Schmidt, Jutta Widmann, Benno Zierer** und **Fraktion (FREIE WÄHLER)**

vom 22. Juli 2015

### **Pflege in Bayern – häusliche, ambulante und stationäre Altenpflege**

#### **Präambel**

Pflege ist eines der bedeutendsten, aktuellsten und brisantesten Themen unserer Gesellschaft.

Die prekäre Situation im gesamten Pflegebereich wird sich zukünftig aufgrund der demographischen Entwicklung, der immer noch mangelnden Wertschätzung, die sich vor allem in der niedrigen Bezahlung ausdrückt, und der nach wie vor verbesserungsbedürftigen Rahmenbedingungen noch weiter verschlechtern. Aus diesen Gründen ist eine umfassende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Verhältnisse und auch der Bereiche, in denen Erkenntnisse vielleicht noch fehlen, dringend erforderlich, damit die notwendigen Anpassungen und Veränderungen ziel- und lösungsorientiert durchgeführt werden können.

Die Pflege ist ein sehr weites Fachgebiet mit unterschiedlichsten Ausprägungen. Die FREIE WÄHLER Landtagsfraktion ist sich der Bedeutung, insbesondere auch der Pflege in Krankenhäusern, in Rehakliniken, aber auch in Bezug auf Kinder, chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung vollauf bewusst.

Die Vielschichtigkeit des Bereichs Altenpflege allein hat jedoch deutlich gemacht, dass zunächst eine thematische Eingrenzung erforderlich ist, um den Umfang dieser Anfrage und den damit im unmittelbaren Zusammenhang stehenden zeitlichen Rahmen für die Beantwortung der Fragen durch die Staatsregierung nicht zu sprengen. Die in dieser Interpellation nicht behandelten Themenbereiche werden auch künftig berücksichtigt und in weitere parlamentarische Initiativen der FREIE WÄHLER Landtagsfraktion einfließen.

#### **Gliederung:**

	Antwort ab Seite
1. Personalsituation	13
2. Profession Pflege – Fachkraftquote, Akademisierung, Generalistische Pflegeausbildung, Pflegekammer/-interessenvertretung	20
3. Finanzierung	34
4. Dokumentation	38
5. Verbraucherschutz in der Pflege	40
6. Häusliche Pflege	40
7. Ambulante Pflege	50
8. Stationäre Pflege	54
9. Alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen	65
10. „Grauer Pflegemarkt“	69
11. Gewalt in der Pflege	74
12. Demenzielle Erkrankungen	76

#### **Fragen:**

##### **1. Personalsituation**

- 1.1 Nach wie vor gibt es keine konkreten Zahlen der aktiv tätigen Pflegenden, sowohl der Pflegefachkräfte als auch der Hilfskräfte und der Laien, die ihre Angehörigen versorgen. Wie hoch schätzt die Staatsregierung den Bedarf an professionellen Pflegefachpersonen und Assistenzkräften in den kommenden Jahren bis 2030 bzw. 2050 ein (bitte nach Jahren aufgeschlüsselt)?
- 1.2 Was hat die Staatsregierung bisher unternommen, um aussagefähige Daten zum Weiterbildungsstatus der Pflegefachpersonen vorlegen zu können?
- 1.3 Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über die Anzahl der Pflegefachpersonen, die altersbedingt in den kommenden Jahren aus dem Beruf aussteigen werden? Welcher Qualifizierungsbedarf ergibt sich nach Auffassung der Staatsregierung hieraus?
- 1.4 Auf welcher Grundlage (statistisches Datenmaterial, Untersuchungen, Befragungen etc.) kommt die Staatsregierung zu diesem Ergebnis? Hält sie eine konkrete Studie zur Bedarfsermittlung für notwendig? Wenn nein, was sind die Gründe dafür?

- 1.5 Wie viele Personen sind ehrenamtlich im Pflegebereich tätig und welche Aufgaben übernehmen sie?  
Auf welche Datenbasis stützt die Staatsregierung ihre Angaben?
- 1.6 Von welchem Personalschlüssel geht die Staatsregierung bei ihren Annahmen aus? Findet der Umstand, dass die Anzahl der zu betreuenden Menschen pro Tag in der ambulanten Pflege 16, im Krankenhaus 23 und im Pflegeheim 28 beträgt (nach DBfK, Zahlen-Daten-Fakten „Pflege, 2012) einnimmt, hierbei Berücksichtigung?
- 1.7 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Abweichung des festgestellten durchschnittlichen Pflegeschlüssels vom empfohlenen Pflegeschlüssel für Bayern (Pflegestufe 0, 1:6, 7; Pflegestufe 1, 1:3, 0 etc.)?
- 1.8 Welche Kontrollen des Pflegeschlüssels haben durch welche Institutionen in den vergangenen 5 Jahren stattgefunden und wie viele Beanstandungen mit welchen Feststellungen gab es?
- 1.9 Welche Kosten würden bei den verschiedenen Beteiligten (Krankenkassen, Trägern, zu Pflegenden, bitte nach einzelnen Beteiligten aufschlüsseln) entstehen, wenn der tatsächliche Personalschlüssel weiter gesenkt würde, beispielsweise auf 1:4,47 für Pflegestufe 0 wie in Baden-Württemberg oder auf 1:2,83 für Pflegestufe 0 wie in Thüringen?
- 1.10 Ist nach diesen Angaben der zu erwartende zukünftige Bedarf an Pflegekräften gedeckt? Welche Konsequenzen zieht die Staatsregierung hieraus?
- 1.11 Welche Strategien, Initiativen und Konzepte hat die Staatsregierung, um den Beruf in der Pflege attraktiver zu machen?  
Ist ein weiterer Ausbau bestehender Kampagnen, z.B. der Herzwerker angedacht?  
  
Welche finanziellen Mittel stehen hierfür zur Verfügung und ist eine Aufstockung angedacht?
- 1.12 Hat die Staatsregierung vor, das Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte zu vereinfachen und zu verkürzen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken? Wenn ja, wie weit ist man mit der Umsetzung?
- 1.13 Welche Maßnahmen zur Förderung des präventiven und zivilgesellschaftlichen Engagements gibt es im Bereich der Pflege?  
Welche Rolle spielt hierbei das Quartiersmanagement?
- 1.14 Wie hoch schätzt die Staatsregierung das Infektionsrisiko für die zu Pflegenden, wenn in Grippezeiten Pflegenden trotz eines grippalen Infekts oder sogar bei influenzaähnlichen Symptomen zur Arbeit erscheinen, um die ohnehin dünne Personaldecke nicht noch zu schmälern? Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung hiergegen ergriffen?
- 2. Profession Pflege – Fachkraftquote, Akademisierung, Generalistische Pflegeausbildung, Pflegekammer/-interessenvertretung**
- 2.1 Fachkraftquote
- 2.1.1 Wie stellt sich die tatsächliche Fachkraftquote der Alten- und Pflegeheime in Bayern dar? Wie hoch war die Anzahl der Beanstandungen der letzten 5 Jahre, weil die vorgegebene Quote von 50 Prozent nicht eingehalten werden konnte?
- 2.1.2 Wie steht Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern hinsichtlich der Fachkraftquote da (bitte nach einzelnen Bundesländern aufgeschlüsselt)?
- 2.1.3 Gibt es Bestrebungen die Nachqualifizierung von Pflegekräften (Assistenzkräfte zu Pflegefachkräften, Pflegefachkräfte zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft) zu erleichtern, um den Fachkräftebedarf zu sichern?
- 2.2 Akademisierung in der Pflege
- 2.2.1 Welche Konzepte, Curricula etc. hat die Staatsregierung, um die angestrebte Akademisierung in der Pflege umzusetzen? Ist der Ausbau von weiteren Lehrstühlen für Pflegewissenschaften an bayerischen Universitäten und Fachhochschulen geplant?
- 2.2.2 Was wurde konkret unternommen, um Lehrstühle für Pflegewissenschaft in Bayern einzurichten?
- 2.2.3 Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Pflegeforschung und –Wissenschaft in Bayern und insbesondere den wissenschaftlichen Nachwuchs in Bayern zu fördern?
- 2.2.4 Wie viele qualifizierte Lehrer/Hochschullehrer gibt es für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften in Bayern?
- 2.2.5 Wie viele Studienplätze für Pflege stehen in Bayern zur Verfügung und mit welcher Ausrichtung?
- 2.2.6 In welchen Umfang und Zeitraum ist der Ausbau an Studienplätzen im Bereich Pflege, z.B. Pflege dual, angedacht?
- 2.2.7 Auch im Bereich der pädagogisch qualifizierten Pflegefachpersonen ist ein extremer Mangel zu verzeichnen. Was hat die Staatsregierung bisher unternommen, um den Mangel an Pflegelehrern/innen an Berufsfachschulen der Alten- und Krankenpflege zu beheben?

- 2.3 Generalistische Pflegeausbildung
- 2.3.1 Wie weit ist die Staatsregierung mit der Konzipierung einer generalistischen Ausbildung im Gesundheits- und Pflegewesen in ganz Bayern, die auch einen direkten Berufseinstieg in alle Tätigkeitsfelder ermöglicht, nachdem die Modellprojekte positiv verlaufen sind?
- 2.3.2 Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Einführung eines Berufsrechts für die Pflegeberufe?  
Wird dies von der Staatsregierung unterstützt und gefördert?
- 2.4 Pflegekammer/-interessenvertretung
- 2.4.1 In einer repräsentativen Umfrage unter Pflegefachpersonen sprachen sich 50 Prozent der Befragten für die Errichtung einer Pflegekammern aus, der Kompromissvorschlag einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft statt einer Pflegekammer wurde am runden Tisch von den Pflegevertretern abgelehnt, wie berücksichtigt dies die Staatsregierung?
- 2.4.2 Wie kann bei dem Vorschlag des Gesundheitsministeriums verhindert werden, dass Akteure außerhalb der Profession Einfluss auf die Körperschaft erhalten mit der Folge, dass nicht mehr ausschließlich die Interessen und Belange der Profession Pflege vertreten würden?
- 2.4.3 Wie kann eine langfristige Beständigkeit in dem vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vorgeschlagenem Modell sichergestellt werden, wenn keine eigene Einnahmequelle für dieses Modell besteht?
- 2.4.4 Wie soll die Unabhängigkeit der Entscheidungen gewährleistet werden?
- 2.4.5 Welche Schritte hat die Staatsregierung seit dem Vorliegen der Ergebnisse der repräsentativen Umfrage zur Pflegekammer eingeleitet, um dem festgestellten Informationsdefizit der Pflegekräfte entgegenzuwirken?
- 2.4.6 Wann ist mit einer konkreten Ausgestaltung des nur in Grundsätzen veröffentlichten Vorschlags des Gesundheitsministeriums zu rechnen?
- 2.4.7 Wie viele Mitarbeiter gibt es gegenwärtig im Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mit pflegefachlicher oder pflegewissenschaftlicher Expertise? Ist es vorgesehen, diesen Anteil zu erhöhen?
- 2.4.8 Wie ist es zu erklären, dass das bayerische Gesundheitsministerium am 3. Dezember 2014 eine PM mit dem Titel „Huml: Bayerns Pflegekräfte pro Pflegekammer – Ergebnis der repräsentativen Umfrage liegt vor“ veröffentlicht und sich dann doch gegen eine Pflegekammer ausspricht?
- 2.5 Patienten- und Pflegebeauftragter
- 2.5.1 In wie vielen Fällen und zu welcher Art von Fragen (beispielsweise Missständen, Qualität, Dokumentationspflicht, Verletzung der Privatsphäre etc.) wurde der Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung angefragt?  
In wie vielen Fällen konnte den Ratsuchenden unmittelbar geholfen werden, in wie vielen Fällen wurden sie an andere Stellen weiter verwiesen?
- 2.5.2 Welche Aufgaben hat der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung darüber hinaus seit seiner Einsetzung erfüllt, z.B. als „Sprachrohr“ und welche konkreten Ergebnisse sind daraus hervorgegangen?
- 2.5.3 Das Amt des Pflegebeauftragten der Staatsregierung soll eine gewisse Unabhängigkeit mit sich bringen. Gab es Themen oder Vorfälle, bei denen der Pflegebeauftragte eine vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege oder von der Staatsregierung abweichende Meinung vertreten hat und wenn ja, welche waren dies?
- 2.6 Arbeitsbedingungen in der Pflege
- 2.6.1 Sind verbindliche Personalbemessungsinstrumente für den stationären und ambulanten Bereich geplant? Wenn ja, welche und wann sollen sie verbindlich werden?
- 2.6.2 Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- 2.6.2.1 Welche flexiblen Lebensarbeitszeitmodelle gibt es, um die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu gewährleisten und welche werden von der Staatsregierung geplant?
- 2.6.2.2 Wie häufig und von welchen Einrichtungen werden diese Modelle von Pflegediensten in Bayern tatsächlich angeboten und wie häufig genutzt?
- 2.6.2.3 Insbesondere junge Mütter, die im Pflegebereich arbeiten, sind oftmals auf Teilzeitstellen angewiesen. Kann eine alleinerziehende Mutter von diesem Gehalt leben? Welche anderen Möglichkeiten der Vereinbarkeit gibt es?
- 2.6.2.4 Welche Möglichkeiten gibt es, die Pflegeausbildung in Teilzeit zu absolvieren?
- 2.6.3 Viele Pflegefachpersonen steigen aufgrund der widrigen Rahmenbedingungen nach kurzer Zeit aus dem Beruf aus. Welche Maßnahmen wurden bisher entwickelt, um Berufsaussteiger für die Pflege zurückzugewinnen?

- 2.6.4 Welche Möglichkeit der gesundheitlichen Prävention gibt es für die Angehörigen der Pflegeberufe, einer Berufssparte, mit erheblicher körperlicher und psychischer Inanspruchnahme?  
Von wem werden diese angeboten und finanziert?
- 2.6.5 Gibt es Angebote betrieblicher Gesundheitsprävention für die Angehörigen der Pflegeberufe?
- 2.6.6 Sieht die Staatsregierung Bedarf am Ausbau der betrieblichen Gesundheitsprävention in diesem Bereich? Sind Modellprojekte oder finanzielle Anreize geplant?
- 2.6.7 Liegen der Staatsregierung Zahlen von steigenden Krankheitsraten oder sich häufenden Fällen von Burn-Outs im Pflegebereich vor? Von welchen Krankheiten sind beruflich Pflegenden besonders betroffen?
- 2.6.8 Mit welchen direkten und indirekten Kosten sind arbeitsbedingte Erkrankungen im Pflegebereich verbunden (bitte aufschlüsseln nach Art der Erkrankung z.B. Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder psychische Erkrankungen)?
- 2.6.9 Wie betroffen ist die Pflegebranche in Bayern von Frühverrentung (bitte Zahlen der letzten 10 Jahre)?
- 2.6.10 Unterstützt die Staatsregierung das in Niedersachsen von 2006 bis 2009 durchgeführte Modellprojekt „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“? Hat sie daraus irgendwelche Konsequenzen für die eigene Pflegeberatung gezogen?
- 2.6.11 68 Prozent der Pflegenden müssen häufig schwer heben, aber nur 54 Prozent der Bauarbeiter – wie wirkt die Staatsregierung den hieraus resultierenden gesundheitlichen Folgeschäden entgegen und wie bekämpft sie die Ursachen?
- 2.6.12 In wie vielen bayerischen Alten- und Pflegeheimen gibt es spezielle Lifter zur rückenschonenden Umlagerung von Bewohnern?
- 3. Finanzierung**
- 3.1 Pflegeaus- und Weiterbildung
- 3.1.1 In welcher Weise hat sich die Staatsregierung beim Bund für die Einrichtung eines bundesweiten Ausbildungsfonds für Pflegeberufe eingesetzt? Aus welchen Gründen wird eine bayerische Förderung der Pflegeausbildung abgelehnt?
- 3.1.2 In wie weit werden die Weiterbildungsvorgaben für die Alten-, Gesundheits- Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege derzeit umgesetzt?
- 3.1.3 Hat die Staatsregierung konkrete Pläne, wie die Weiterbildung in der Alten-, Gesundheits- Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege vereinheitlicht werden soll und gibt es für diese Bestrebungen einen Zeitplan?
- 3.1.4 Hält die Staatsregierung die Finanzierung der Fort- und Weiterbildungen von Pflegekräften im stationären und im ambulanten Bereich für ausreichend? Wie hoch war diese in den letzten 5 Jahren?
- 3.1.5 Wäre eine Pflegekammer ein geeignetes Instrument zur Vereinheitlichung der Weiterbildung in der Pflege, zur Erarbeitung von Qualitätsanforderungen an die Weiterbildung und zur Kontrolle ihrer Einhaltung?
- 3.2 Wie sicher sind nach Auffassung der Staatsregierung die im Pflegevorsorge-Fonds eingestellten Mittel gegenüber vorzeitigem staatlichem Zugriff?
- 3.3 Ist der Pflegevorsorgefonds nach Ansicht der Staatsregierung geeignet, die steigenden Belastungen der zukünftigen Generationen auszugleichen?
- 3.4 Sieht die Staatsregierung aufgrund der unterschiedlichen leistungs- und ordnungsrechtlichen Grundlagen in den Bundesländern für die Finanzierung und Erbringung von Pflegeangeboten Handlungsbedarf? Wäre es nicht zielführend, eine vergleichbare Grundlage zu schaffen?
- 3.5 Wie erklärt es die Staatsregierung, dass es in den verschiedenen Bundesländern auch unterschiedliche Personalschlüssel, unterschiedliche Pflegesätze und unterschiedliche Werte für Pflegezeiten gibt? Würde sie eine Angleichung begrüßen und unterstützen?
- 3.6 2011 lag die Vergütung der vollstationären Dauerpflege/Heimentgelte in Bayern bei Pflegestufe 3 bei 2.818,38 Euro, dagegen in Baden-Württemberg bei 3.163,42 Euro und in Nordrhein-Westfalen bei 3.356,77 Euro – wie erklärt die Staatsregierung diese Unterschiede und sind die Verhandlungsmodalitäten noch angemessen?
- 3.7 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll und zielführend, dass die Personalschlüssel für jedes Heim gesondert ausgehandelt werden?
- 3.8 Beabsichtigt die Staatsregierung die finanziellen Anreize für eine Pflege zu verbessern, die zu einer niedrigeren Pflegestufe für den Pflegebedürftigen führt?
- 3.9 Hält die Staatsregierung eine weitere Erhöhung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung in den nächsten fünf Jahren für notwendig und umsetzbar?

- 3.10 Hält die Staatsregierung finanzielle Anreize für die haus- und fachärztliche Versorgung der Bewohner von Alte- und Pflegeheimen für erstrebenswert und würde sie sich hierfür gegenüber den zuständigen Stellen einsetzen?
- 3.11 Welche Konzepte verfolgt die Staatsregierung, um die Finanzierung der Pflege in Bayern mittel- und langfristig sicherzustellen?
- 4. Dokumentation**
- 4.1 Ist es wirklich notwendig bzw. sinnvoll, dass Pflegekräfte auch Maßnahmen der Grundpflege, die zur täglichen Routine gehören, dokumentieren und warum werden Modellprojekte nicht flächendeckend umgesetzt?
- 4.2 Konzentriert sich die derzeitig praktizierte Dokumentation nach Auffassung der Staatsregierung auf die erzielte Ergebnisqualität der Pflege oder auf ihre Struktur- und Prozessqualität?
- 4.3 Würde eine rechtsverbindliche Regelung des Umfangs der Dokumentationspflicht der Pflegekräfte nicht zu einer Verminderung überflüssiger Dokumentation führen und damit mehr Zeit für die zu Pflegenden schaffen?
- 4.4 Welche technischen Hilfsmittel gibt es zur Erleichterung der Pflegedokumentation und sind diese nach Auffassung der Staatsregierung zweckmäßig und rechtssicher?
- 4.5 Wie häufig kommen in der Pflegedokumentation zeitsparende Erfassungsterminals zum Einsatz? Hält die Staatsregierung es für nötig, den Einsatz dieser Systeme zu fördern?
- 4.6 In wie vielen bayerischen Einrichtungen wird eine vereinfachte Pflegedokumentation nach den Vorschlägen von Frau Elisabeth Beikirch durchgeführt? Ist eine flächendeckende Umsetzung für Bayern angedacht oder sollen auch andere Modelle möglich sein?
- 4.7 Die vereinfachte Pflegedokumentation von Frau Elisabeth Beikirch erfordert eine Risikoabschätzung und damit auch durchaus erhöhte fachliche Kompetenzen. Sind insofern Qualifizierungsmaßnahmen angedacht oder sogar notwendig?
- 4.8 Wie ist der derzeitige Umsetzungsstand des Projekts REDUDOC und mit welchem Ergebnis? Wie ist das weitere Procedere konkret geplant? Wie viele bayerische Alten- und Pflegeeinrichtungen nutzen REDUDOC?
- 5. Verbraucherschutz in der Pflege**
- 5.1 Was waren die Gründe dafür, dass sich die Staatsregierung nicht am Bundesprojekt zur Förderung der Verbraucherrechte in der Pflege „Höherer Verbraucherschutz nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe“ beteiligt hat?
- 5.2 Ist eine Fortsetzung dieses Bundesprojekts nach Mai 2015 geplant und wenn ja, wird sich der Freistaat hieran beteiligen und in welcher Form?
- 6. Häusliche Pflege**
- 6.1 Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege
- 6.1.1 Welche flexiblen Arbeitszeitmodelle gibt es für Arbeitnehmer, die einen Angehörigen pflegen?
- 6.1.2 Gibt es bereits tarifvertragliche Regelungen und ggf. welche Berufsgruppen haben dies vereinbart?
- 6.1.3 Hält die Staatsregierung die bisherigen Angebote an derartigen Arbeitszeitmodellen für ausreichend, insbesondere in Anbetracht an der erheblich unterschiedlichen Lebenssituationen der häuslich Pflegenden? Wie beabsichtigt die Staatsregierung diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen und welche Maßnahmen sind bereits geplant?
- 6.1.4 Welche Lohnersatzleistungen sind während der Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit vorgesehen? In wie vielen Fällen wurde sie bereits in Bayern und deutschlandweit in Anspruch genommen? Welchen Handlungsbedarf leitet die Staatsregierung daraus ab?
- 6.2 Unterstützung der Angehörigen
- 6.2.1 Welche unabhängigen Beratungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige gibt es derzeit, von wem werden sie angeboten und welche finanziellen Mittel stehen ihnen jährlich zur Verfügung?
- 6.2.2 Wie verteilen sich diese Beratungsmöglichkeiten auf ganz Bayern?
- 6.2.3 Hält die Staatsregierung die bestehenden Beratungsangebote für ausreichend und wo sieht sie Nachbesserungsbedarf?
- 6.2.4 Ist der weitere Ausbau der Angehörigenberatung vorgesehen und wenn ja, in welcher Weise, in welchem Umfang und an welchem Ort?
- 6.2.5 Gibt es Möglichkeiten Pflegekurse für Angehörige als Pflichtleistung der Pflegekassen anzubieten, die auch gesundheitspräventive Maßnahmen für die Pflegenden enthalten?
- 6.2.6 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll und erstrebenswert, die Kurzzeitpflege auszubauen, also beispielsweise den Leistungszeitraum zu verlängern oder die finanzielle Unterstützung anzuheben?

- 6.2.7 Welche Maßnahmen gibt es neben der Kurzzeitpflege, die den Grundsatz „häusliche bzw. ambulante vor stationärer Pflege“ zu fördern?
- 6.2.8 Welche Beratungs- und Hilfsangebote gibt es in Bayern, um den häuslich Pflegenden auch psychische Unterstützung in den häufig problematischen Lebenslagen zu gewähren (bitte aufgeschlüsselt nach Bezirken und Landkreisen und Anbietern)?
- 6.2.9 Der Staat ist in hohem Maße auf die Pflegeleistungen von Angehörigen angewiesen, wie gedenkt die Staatsregierung diese Leistungen anzuerkennen und zu würdigen?
- 6.2.10 Werden Pflegeleistungen von Angehörigen nach Auffassung der Staatsregierung in angemessenem Umfang durch die gesetzliche Rentenversicherung berücksichtigt und welche Schritte auf Bundesebene unternimmt sie um dies weiter auszubauen?
- 6.2.11 Die Bertelsmann Stiftung prognostiziert bundesweit bis 2030 eine weiter abnehmende Beteiligung der Angehörigen in der häuslichen Pflege. Liegen der Staatsregierung derartige Prognosen auch für Bayern vor? Wenn ja, wie gedenkt die Staatsregierung darauf zu reagieren?
- 6.3 Gibt es Bestrebungen, auch in Bayern den Modellversuch aus Rheinland-Pfalz „Gemeindegewerkschaft plus“ einzuführen? Wenn nein, warum nicht?
- 7. Ambulante Pflege**
- 7.1 Wie viele ambulante Pflegedienste in welcher Größenordnung (Anzahl der Mitarbeiter in Vollzeitäquivalenten) gibt es in Bayern?
- 7.2 Wie hoch bemisst die Staatsregierung den Bedarf an ambulanter Pflege und auf welcher Grundlage kommt sie zu diesem Ergebnis?
- 7.3 Ist der Bedarf an ambulanten Pflegedienstleistungen gegenwärtig gedeckt, wo gibt es regionale Unterdeckungen und wie sehen die Prognosen für die nächsten 15 Jahre aus?
- 7.4 Sind die Fahrtkosten in der Vergütung der ambulanten Pflegedienste und in den zur Verfügung stehenden Zeitkorridoren ausreichend berücksichtigt? Gedenkt die Staatsregierung einen Ausgleichsmechanismus für starke Schwankungen der Betriebskosten (z.B. stark steigende Treibstoffpreise) einzuführen und wenn nein, warum nicht?
- 7.5 In welcher Höhe ist die erforderliche Zeit der Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in der Vergütung berücksichtigt? Ist die nach Auffassung der Staatsregierung angemessen? Was unternimmt die Staatsregierung um hier Abhilfe zu schaffen?
- 7.6 Wie viele Haushalte gibt es in Bayern, in denen Pflegebedürftige durch ein Kooperationsmodell von Haushaltshilfen und ambulanten Pflegediensten versorgt werden? Unterstützt die Staatsregierung solche Modelle und in welcher Form?
- 7.7 Ist die erforderliche Zeit für die Dokumentation in der Vergütung der ambulanten Pflegedienste und in den zur Verfügung stehenden Zeitkorridoren ausreichend berücksichtigt?
- 7.8 Wie viele psychiatrische Pflegedienste gibt es in Bayern? Hält die Staatsregierung diese Anzahl für ausreichend und?
- 7.9 Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung bislang durchgeführt, um die Anzahl der psychiatrischen Pflegedienste zu erhöhen und welche sind noch geplant, um diesen offensichtlichen Mangel zu beseitigen?
- 7.10 Ist das vorhandene Pflegepersonal in der Lage, eine fachkompetente Einschätzung vorzunehmen, ob ein ambulant gepflegter Patient auch psychiatrische Betreuung bräuchte?
- 8. Stationäre Pflege**
- 8.1 Qualität der Pflege
- 8.1.1 Die Juristin Susanne Moritz wirft dem Staat in ihrer Doktorarbeit „Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen“ vor, die teilweise unwürdigen Zustände in manchen Heimen sehenden Auges zu ignorieren und damit komme er seiner Schutzpflicht nicht nach. Was sagt die Staatsregierung zu diesem Vorwurf und wie entkräftet sie ihn?
- 8.1.2 Die öffentlich bekannt gewordenen Missstände in Pflegeheimen zeigen, dass die Standards, die es hier gibt, keinen ausreichenden Schutz bieten? Welche Konsequenzen hatte die Nichtbeachtung dieser Standards für die betroffenen Heime und gibt es Änderungsvorschläge der Staatsregierung (bitte Angaben seit 2009 aufgeschlüsselt nach Jahren und Art der Verstöße)?
- 8.1.3 Wie gehen die Heime mit der Verabreichung von Psychopharmaka zur Ruhigstellung von Heimbewohnern um? In welcher Form und durch wen wird der Gebrauch kontrolliert? Müssen die Heime über den Gebrauch Rechenschaft ablegen, bzw. benötigen sie hierfür eine richterliche Anordnung?
- 8.1.4 Wie viele Anträge auf richterliche Anordnung sind in Bayern seit 2009 gestellt worden?
- 8.1.5 Gibt es konkrete Handlungsanweisungen für das Pflegepersonal, wann bewegungseinschränkende Maßnahmen in Pflegeheimen

- durchgeführt werden dürfen und wann eine richterliche Genehmigung erforderlich ist? Hält die Staatsregierung spezielle Schulungen für erforderlich?
- 8.1.6 Finden kollegiale Beratungen, Konsilien, Fallbesprechungen, Pflegevisiten etc. als Qualitätssicherungsinstrumente in den Personalschlüsseln Berücksichtigung, insbesondere im Hinblick auf ihren zeitlichen Aufwand?
- 8.2 Die Verwaltungsvorschrift zur Nachtdienstregelung in stationären Pflegeeinrichtungen greift zu kurz, da keine verbindliche Regelung für den Tagdienst mit formuliert wurde und die Stellenbesetzung sich nicht verändert hat. Wird ein verbindlicher Personalschlüssel, der sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Bewohner orientiert, sowohl für den Tag- als auch für den Nachtdienst eingeführt?
- 8.3 Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtungen
- 8.3.1 Im Moment überschneiden sich die externen Kontrollen des MDK und der FQA in stationären Pflegeeinrichtungen häufig, was für das Personal einen erhöhten Verwaltungsaufwand und Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeutet. Ist für die geplante Entbürokratisierung der Pflegebranche auch die Einrichtung einer einheitlichen Aufsichtsstelle vorgesehen und damit ein Abbau dieser Doppelstrukturen?
- 8.3.2 Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und MDK derzeit geregelt? Würden veränderte Regelungen hier zu einer Entbürokratisierung der Lage beitragen?
- 8.4 Heimkosten
- 8.4.1 Was unternimmt die Staatsregierung gegen die steigende Zahl an pflegebedürftigen Empfängern sozialer Transferleistungen (z.B. Hartz IV-Empfängern)?
- 8.4.2 Welche Konsequenzen zieht die Staatsregierung aus dem Umstand, dass immer mehr Pflegebedürftige in Heime nach Osteuropa und anderen Teilen der Welt ziehen, weil sie sich die Heimkosten in Deutschland nicht mehr leisten können?
- 8.4.3 Wie sollen sich Pflegebedürftige zukünftig eine einheimische Einrichtung leisten können, wenn die Heimkosten immer weiter steigen, die Rentenhöhe gleichzeitig aber stagniert oder sogar sinkt (beschlossene Absenkung des durchschnittlichen Rentenniveaus bis 2030)?
- 8.4.4 Wie beurteilt die Staatsregierung das Verhalten einiger gesetzlicher Krankenkassen, die Kosten für Heimaufenthalte im Europäischen oder zukünftig außer Europäischen Ausland zu übernehmen?
- 8.5 Erfüllen die aktuellen Heimverträge mit ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen die nötigen Anforderungen an Transparenz und Verständlichkeit für die Heimbewohner?
- 8.6 Gibt es Maßnahmen der Staatsregierung die interkulturelle Ausrichtung von Pflegeheimen zu unterstützen, insbesondere im Hinblick auf die nunmehr pflegebedürftigen „Gastarbeiter“ der ersten Generation?
- 8.7 In welcher Art und Weise unterstützt die Staatsregierung die Menschen mit Behinderungen, die im Rentenalter in Pflegeheimen untergebracht werden müssen?
- 8.8 Heimbeirat
- 8.8.1 Welche konkreten Rechte und Einflussmöglichkeiten hat der Heimbeirat? Welche Pflichten hat er?
- 8.8.2 Wie viele Heimbeiräte gibt es in Bayern? Wie konsequent werden die Bewohner über ihr Recht hierzu aufgeklärt?
- 8.8.3 Welche Fortbildungsmöglichkeiten, Informationsbeschaffungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote gibt es für die Heimbeiräte?
- 9. Alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen**
- 9.1 Wie viele Menschen in Bayern nehmen Angebote des betreuten Wohnens zu Hause in Anspruch? Welche regionale Verteilung stellt sich in Bayern dar?
- 9.2 Welche finanziellen Fördermöglichkeiten des Staats oder der Sozialversicherungen gibt es für die Bewohner und welche für die Einrichtungen?
- 9.3 Beabsichtigt die Staatsregierung die Förderung des betreuten Wohnens darüber hinaus auszubauen und welche Modelle werden bevorzugt?
- 9.4 Wie viele pflegebedürftige Menschen leben in Bayern in einem Quartierskonzept und wie viele sind es in anderen Bundesländern (bitte aufgeschlüsselt nach Art des Konzepts)?
- 9.5 Welche staatlichen Fördermöglichkeiten gibt es für diese Quartierskonzepte und ist eine Erhöhung dieser Mittel geplant?
- 9.6 Welche unabhängigen Beratungs- und Unterstützungsangebote gibt es in den Kommunen für pflegebedürftige Menschen, die eine Hausgemeinschaft eröffnen wollen?
- 9.7 Wie viele derartige Hausgemeinschaften gibt es in Bayern und wie stellt sich die regionale Verteilung dar?

- 9.8 Wie viele ambulant betreute Wohngemeinschaften gibt es in Bayern (bitte aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken) und wie viele sind es in anderen Bundesländern?
- 9.9 Welche Fördermöglichkeiten bestehen für diese betreuten Wohngemeinschaften? Beabsichtigt die Staatsregierung diese Förderung in Anbetracht der demographischen Entwicklung auszubauen?
- 9.10 Welche Qualitätsstandards gelten für die verschiedenen Quartierskonzepte und wie wird ihre Einhaltung kontrolliert?
- 9.11 Wie hoch ist der Anteil der Ehrenamtlichen, die diese Quartierskonzepte unterstützen?
- 9.12 Welche unabhängigen Beratungsangebote gibt es für die Angehörigen und Betroffenen und in welchen Regionen werden sie angeboten?
- 9.13 Wie viele dieser Quartierskonzepte sind speziell auf Demenzerkrankte ausgerichtet, wie sind die Erfahrungen und welche Schlüsse zieht die Staatsregierung daraus?
- 10. Grauer Pflegemarkt**
- 10.1 Welchen Anteil an der Pflegeversorgung hat der „Graue Pflegemarkt“ nach Informationen der Staatsregierung in Bayern (in absoluten Zahlen und im Vergleich zu Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten)?  
Wie hat sich die Gesamtsituation seit der Expertenanhörung zu diesem Thema im Landtag am 30. Juni 2011 verändert?
- 10.2 Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil des „Grauen Pflegemarkts“ in anderen Bundesländern und ist der bayerische Anteil im Bundesvergleich eher hoch oder niedrig?  
Worin liegen hierfür nach Auffassung der Staatsregierung die Ursachen?
- 10.3 Was unternimmt die Staatsregierung gegen die oftmals fehlenden Basisqualifikationen auf dem „Grauen Pflegemarkt“, die unter Umständen eine mangelhafte Pflege zur Folge haben können?  
Wie kann langfristig ein angemessenes fachliches Pflegeniveau erzielt werden?  
Wie können angemessene Deutschkenntnisse sichergestellt und aufrechterhalten werden?
- 10.4 Wie kann zukünftig sichergestellt werden, dass Hilfskräfte für hauswirtschaftliche Tätigkeiten keine Pflegeleistungen durchführen?
- 10.5 Gibt es steuerliche oder sonstige Anreize zur Legalisierung dieser irregulären Beschäftigungsverhältnisse und befürwortet die Staatsregierung derartige Anreize wie es sie beispielsweise in Frankreich gibt?
- 10.6 Gibt es Erkenntnisse dazu, ob auf dem „Grauen Pflegemarkt“ eher Pflege im professionellen Sinne stattfindet oder Betreuung im Sinne einer Haushaltshilfe oder unterstützenden Pflege?
- 10.7 Gibt es Untersuchungen oder Studien zu den Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Pausen, Urlaub, Vertragsdauer) in diesem informellen Bereich? Wenn nicht, beabsichtigt die Staatsregierung dies zu ändern?
- 10.8 Wie geht die Staatsregierung gegen informelle Arbeit vor, sind die vorhandenen ausführenden Institutionen ausreichend?
- 10.9 Welche Maßnahmen und Kooperationen im Bereich „grauer Pflegemarkt“ finden auf Bundesebene und auf Europäischer Ebene statt?
- 10.10 Gibt es Erkenntnisse zu der Geschlechterverteilung auf dem „Grauen Pflegemarkt“?  
Wie hoch wird der Anteil männlicher Pflegekräfte in diesem Bereich geschätzt?
- 10.11 Bedeutet insbesondere der Zuzug von Arbeitskräften aus anderen EU-Staaten nicht eine deutliche Verschlechterung der Lage des dortigen Pflege-Arbeitsmarktes?
- 10.12 Welche Pläne und Konzepte hat die Staatsregierung zur Hinführung der informellen Arbeit in formelle Arbeit?
- 10.13 Wie bewertet die Staatsregierung die Maßnahmen in Österreich und Frankreich gegen informelle Beschäftigungsverhältnisse im „Grauen Pflegemarkt“?
- 10.14 Erachtet die Staatsregierung die französischen oder österreichischen Ansätze auch für Bayern als sinnvoll und übertragbar? Falls nein, was sind die Gründe hierfür?
- 10.15 Melden die ambulanten Pflegedienste informelle Arbeit des „Grauen Pflegemarktes“ an die zuständige Behörde wenn diese entdeckt wird und in wie vielen Fällen geschieht dies pro Jahr?
- 10.16 Wie kontrolliert die Staatsregierung die Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen in privaten Haushalten? Erfolgt eine Anmeldung der Kontrollen in privaten Haushalten?
- 10.17 Gab es im Zuge dieser Kontrollen bereits Beschwerden oder Beanstandungen seitens der kontrollierten Personen oder deren Angehöriger (bitte Angaben für 2009 bis 2014)?
- 10.18 Wie ist die Personalausstattung für diese Kontrollen in absoluten Zahlen (bitte Zeitraum von 2009 bis 2014)?  
Ist diese Ausstattung ausreichend?

- 10.19 Auf welche Höhe belaufen sich die jährlichen Kosten für die Kontrollen im „Grauen Pflegemarkt“ (Zeitraum: 2009 bis 2014)?
- 10.20 Werden in Deutschland die etwaigen Berufsqualifikationen der rumänischen und bulgarischen Pflege-/Betreuungskräfte anerkannt?
- 10.21 Sieht die Staatsregierung in der Nichtanerkennungen der Qualifikationen auch einen Grund für das Anwachsen des „Grauen Pflegemarktes“?
- 10.22 Welchen Zeitraum erfordert die Anerkennung der Qualifikationen im Durchschnitt und welche Unterstützungsangebote gibt es für die Antragsteller?
- 10.23 Inwiefern beeinflusst das neue Mindestlohngesetz eine Überführung informeller Tätigkeiten in formelle Arbeitsverhältnisse? Welche Konsequenzen sind notwendig? Wird die Staatsregierung auf Bundesebene diese Problematik thematisieren und wann?
- 10.24 Sind weitere Ausnahmeregelungen des Mindestlohngesetzes hinsichtlich der Pflegearbeit bzw. Betreuungstätigkeit geplant?
- 10.25 Welche Pläne hat die Staatsregierung, damit keine weiteren Erschwernisse des Pflegepersonals im Zusammenhang mit dem Mindestlohngesetz eintreten?
- 11. Gewalt in der Pflege**
- 11.1 Liegen der Staatsregierung Zahlen oder Studien vor, wie verbreitet das Thema Gewalt in der Pflege ist und welche Formen von Gewalt (psychisch oder im physisch) vorherrschen?
- 11.2 Welche Bereiche sind von Gewalt besonders betroffen, die ambulante, die stationäre, die häusliche Pflege?
- 11.3 Hat die Staatsregierung Erkenntnisse über die Ursachen der Gewalt? Gibt es einen Zusammenhang zu Zeit- und Personalmangel, zu restriktive Behandlungs- und Pflegevorgaben sowie Dokumentationsaufwand? Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung bereits ergriffen, um hier entgegenzusteuern?
- 11.4 Gibt es Schulungen oder Fortbildungen für Pflegenden zur Stressbewältigung als Gewaltprävention und wenn ja, von wie vielen Personen wurden sie in Anspruch genommen (bitte für den Zeitraum von 2009 bis 2014)?
- 11.5 In wie vielen Fällen wurden Fixierungen richterlich angeordnet (bitte für den Zeitraum 2009 bis 2014)? Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über Fixierungen, die nicht richterlich angeordnet wurden? Was gedenkt sie hiergegen zu unternehmen?
- 12. Demenzielle Erkrankungen**
- 12.1 Wie viele Personen mit demenziellen Erkrankungen gibt es derzeit in Bayern und wie wird sich ihre Anzahl in den nächsten 10 Jahren verändern? Wie hoch ist der Anteil der Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Pflegeheimen und wie viele werden im häuslichen Umfeld oder in Wohngruppen versorgt und gepflegt?
- 12.2 Welche Studien zu demenziellen Erkrankungen gibt es, die im Auftrag der Staatsregierung durchgeführt wurden oder an denen die Staatsregierung finanziell beteiligt war?
- 12.3 Welche Modellprojekte zu demenziellen Erkrankungen sind bereits abgeschlossen und an welchen Alten- und Pflegeheimen oder an welchen Wohngruppen für Demenzerkrankte werden sie umgesetzt?
- 12.4 In welcher Höhe fördert der Freistaat gegenwärtig die Forschung an demenziellen Erkrankungen und wie hat sich die Höhe dieser Förderung seit 2009 entwickelt?
- 12.5 Welche Projekte zur Demenzprävention werden gefördert, in welcher Höhe und an welchen Orten in Bayern werden sie angeboten?
- 12.6 Das Projekt „GESTALT-Implementierung eines bewegungsfördernden Interventionskonzepts zur Prävention demenzieller Erkrankungen in Bayern“, das auch in der Bayerischen Demenzstrategie der Staatsregierung genannt wird, hatte eine Projektlaufzeit von 2010 bis 2012. Liegt bereits eine Evaluation vor oder hat die bayernweite Umsetzung bereits begonnen? Wenn ja, an welchen Orten? In welcher Höhe wird es gefördert?
- 12.7 Wie hat sich der Anteil des speziell für den Bereich demenzieller Erkrankungen fort- und weitergebildeten Pflegepersonals seit 2009 (bitte aufgeschlüsselt nach Jahren) entwickelt? Welcher Anteil ergibt sich daraus im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der Pflegekräfte?
- 12.8 Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung ergriffen, um die Fort- und Weiterbildung im Bereich demenzieller Erkrankungen bei den professionellen Pflegekräften und bei den pflegenden Angehörigen zu stärken?
- 12.9 Wie gestaltet sich die konkrete Zusammenarbeit mit dem Bund und mit Europa im Bereich demenzieller Erkrankungen (vor allem im Bereich Forschung, Aufklärung und Behandlung)?
- 12.10 Gibt es Erkenntnisse der Staatsregierung, welchen Anteil demenziell Erkrankte im „Graue Pflegemarkt“ haben (bitte aufgeschlüsselt für die Jahre 2009 bis 2014)?

- 12.11 In der Demenzstrategie der Staatsregierung von 2010 wird der Ausbau der Beratungsangebots für pflegende Angehörige als ein konkretes Teilziel genannt. Welche Maßnahmen wurden seitdem getroffen und konkret umgesetzt? Wie hat sich die Anzahl von Beratungsangeboten in den einzelnen Bezirken und Landkreisen seit 2009 entwickelt?
- 12.12 Welche Gründe haben dazu geführt, dass die Pflegestützpunkte bislang noch nicht annähernd flächendeckend ausgebaut wurden, obwohl sich das bayerische Kabinett 2009 dafür ausgesprochen hat? Sollten nicht bis Ende 2010 etwa 60 Pflegestützpunkte eingerichtet werden?
- 12.13 Inwieweit ist die erfolgreiche Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes in Bayern erreicht worden, welches ebenfalls als konkretes Teilziel der Demenzstrategie der Staatsregierung genannt wird?  
Welche konkreten Maßnahmen wurden in der Zwischenzeit diesbezüglich von der Staatsregierung ergriffen?
- 12.14 In welchem Umfang wurde das Ziel der Demenzstrategie der Staatsregierung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Einrichtung von Demenzgärten erreicht?
- 12.15 Liegen der Staatsregierung Erkenntnisse vor, an wie vielen und an welchen Alten- und Pflegeheimen die Aktivierungstherapie „MAKS aktiv“ durchgeführt wird?  
Welche Maßnahmen wurden umgesetzt, um die Durchführung flächendeckend zu fördern?
- 12.16 Wie hoch ist der Anteil an gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflegekräften in Bayern? Hält die Staatsregierung diesen Anteil in Anbetracht der steigenden Zahlen demenzieller Erkrankungen für ausreichend?  
Wenn nein, was beabsichtigt sie dagegen zu tun?

## Antwort

### der Staatsregierung

#### gegeben vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

vom 22. Juli 2016

#### Wortlaut der Präambel der Interpellation der FREIE WÄHLER Landtagsfraktion

„Pflege ist eines der bedeutendsten, aktuellsten und brisantesten Themen unserer Gesellschaft.

Die prekäre Situation im gesamten Pflegebereich wird sich zukünftig aufgrund der demographischen Entwicklung, der immer noch mangelnden Wertschätzung, die sich vor allem in der niedrigen Bezahlung ausdrückt, und der nach wie vor verbesserungsbedürftigen Rahmenbedingungen noch weiter verschlechtern. Aus diesen Gründen ist eine umfassende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Verhältnisse und auch der Bereiche, in denen Erkenntnisse vielleicht noch fehlen, dringend erforderlich, damit die notwendigen Anpassungen und Veränderungen ziel- und lösungsorientiert durchgeführt werden können.

Die Pflege ist ein sehr weites Fachgebiet mit unterschiedlichsten Ausprägungen. Die FREIE WÄHLER Landtagsfraktion ist sich der Bedeutung, insbesondere auch der Pflege in Krankenhäusern, in Rehakliniken, aber auch in Bezug auf Kinder, chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung voll und bewusst.

Die Vielschichtigkeit des Bereichs Altenpflege allein hat jedoch deutlich gemacht, dass zunächst eine thematische Eingrenzung erforderlich ist, um den Umfang dieser Anfrage und den damit im unmittelbaren Zusammenhang stehenden zeitlichen Rahmen für die Beantwortung der Fragen durch die Staatsregierung nicht zu sprengen. Die in dieser Interpellation nicht behandelten Themenbereiche werden auch künftig berücksichtigt und in weitere parlamentarische Initiativen der FREIE WÄHLER Landtagsfraktion einfließen.“

### **Vorbemerkung des federführenden Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**

Die Verantwortung für eine gute, gelingende Pflege trägt die Gesellschaft als Ganzes. Vor 21 Jahren trat die soziale Pflegeversicherung als Teilkostenabsicherung in Kraft. Sie bietet Versicherten im Pflegefall Unterstützung in Form von Geld- oder Sachleistungen. Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen und nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden können, deckt die so genannte Hilfe zur Pflege ab. Die Einführung der Pflegeversicherung war ein Meilenstein in der deutschen Sozialgeschichte. Hatten Pflegebedürftige und ihre Familien zuvor kaum Unterstützung erhalten, gibt es inzwischen eine Vielzahl von Strukturen und Angeboten zur Entlastung. Die Pflegeversicherung ist gelebte Solidarität!

Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Plötzlich und unerwartet oder absehbar. Vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Bayern zu. Gegenwärtig sind rund 330.000 Bürgerinnen und Bürger in Bayern pflegebedürftig. Die Menschen in Bayern leben heute länger als vorangegangene Generationen. Zu verdanken ist dies insbesondere der guten medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Die Staatsregierung ist sich der großen Bedeutung der Pflege für die Bürgerinnen und Bürger Bayerns bewusst und hat dem durch Schaffung eines eigenen Ressorts Ausdruck verliehen. Auch die Berufung eines bayerischen Patienten- und Pflegebeauftragten aus den Reihen des Bayerischen Landtags zeugt vom hohen Stellenwert der Pflege in Bayern.

So verschieden die Gründe für eine Pflegebedürftigkeit sein können, so vielfältig sind auch die pflegepolitischen Ansätze und Aktivitäten auf Landesebene, um Erreichtes in der Pflege zu sichern und dort, wo es notwendig ist, die Situation in der Pflege zu verbessern.

Die bayerische Pflegepolitik hat sich zum Ziel gesetzt, dass Pflegedürftige möglichst lange selbstständig leben können, dass ihre Teilhabe an der Gesellschaft verbessert wird und dass ihnen bestmögliche Unterstützung zuteilwird.

Dies kann nur gelingen, wenn, so wie in Bayern, die Rahmenbedingungen in der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen laufend angepasst werden, das Arbeitsumfeld der beruflich Pflegenden einem Verbesserungsprozess unterliegt, ausreichend Nachwuchskräfte für den Pflegeberuf gewonnen werden können und pflegende Angehörige weitreichende Unterstützungsmöglichkeiten erfahren. Diese und weitere Aktivitäten sind in der Beantwortung der Interpellation umfassend dargestellt.

Neben dem federführenden Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege waren an der Beantwortung nachstehende weitere Ressorts beteiligt:

Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr

Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst

Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration

Nachstehende Behörden und Institutionen haben eine fachbezogene Unterstützung geleistet:

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Bayerischer Bezirketag

Bayerischer Landkreistag

Bundesagentur für Arbeit

Bundesfinanzdirektion Südost

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle Bayern

Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung

Regierungen

Zentrum Bayern Familie und Soziales

Falls in den Formulierungen nicht eigens ausgewiesen, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der Verständlichkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

## Verzeichnis der Abkürzungen

<b>AFBG:</b> Gesetz zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz)	<b>KVB:</b> Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
<b>AGSG:</b> Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze	<b>LGL:</b> Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
<b>AltPflIG:</b> Gesetz über die Berufe in der Altenpflege	<b>MDK:</b> Sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung
<b>ARGE Pflege:</b> Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern	<b>PfleWoqG:</b> Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz).
<b>AVPfleWoqG:</b> Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes	<b>PKV-Prüfdienst:</b> Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung
<b>BFSO Pflege:</b> Berufsfachschulordnung Pflegeberufe	<b>PSG I:</b> Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)
<b>BGB:</b> Bürgerliches Gesetzbuch	<b>PSG II:</b> Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
<b>BGW:</b> Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	<b>SGB I:</b> Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil
<b>BMAS:</b> Bundesministerium für Arbeit und Soziales	<b>SGB II:</b> Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitssuchende
<b>BMBF:</b> Bundesministerium für Bildung und Forschung	<b>SGB III:</b> Sozialgesetzbuch Drittes Buch - Arbeitsförderung
<b>BMFSFJ:</b> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	<b>SGB XI:</b> Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung
<b>BMG:</b> Bundesministerium für Gesundheit	<b>SGB XII:</b> Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe
<b>BayHSchG:</b> Bayerisches Hochschulgesetz	<b>StMAS:</b> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration
<b>bpa:</b> Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle Bayern	<b>StMBW:</b> Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst
<b>ConSozial:</b> KongressMesse der Sozialwirtschaft	<b>StMGP:</b> Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
<b>DBfK:</b> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	<b>StMJ:</b> Bayerisches Staatsministerium der Justiz
<b>ESF:</b> Europäischer Sozialfonds für Deutschland	<b>ver.di:</b> Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – Landesbezirk Bayern
<b>FQA:</b> Fachstelle(n) für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht	<b>ZBFS:</b> Zentrum Bayern Familie und Soziales
<b>Freie Wohlfahrtspflege Bayern:</b> Landesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern. Mitglieder: Arbeiterwohlfahrt, Bayerisches Rotes Kreuz, Landes-Caritasverband, Diakonie, Der Paritätische, Israelitische Kultusgemeinden	<b>ZPG:</b> Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung
<b>HeimPersV:</b> Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung)	
<b>HPG:</b> Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz)	

## Personalsituation

### 1.1 Nach wie vor gibt es keine konkreten Zahlen der aktiv tätigen Pflegenden, sowohl der Pflegefachkräfte als auch der Hilfskräfte und der Laien, die ihre Angehörigen versorgen. Wie hoch schätzt die Staatsregierung den Bedarf an professionellen Pflegefachpersonen und Assistenzkräften in den kommenden Jahren bis 2030 bzw. 2050 ein (bitte nach Jahren aufgeschlüsselt)?

Zahlen und Daten zu Pflegenden werden aus verschiedenen Quellen gewonnen. Zu den Quellen zählen sowohl das von der Staatsregierung beauftragte Gutachten zu „Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern“ der Forschungsgesellschaft für Gerontologie der Technischen Universität Dortmund als auch der Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung

([www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf)).

Darüber hinaus veröffentlicht auch das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung regelmäßig im Internet Angaben u.a. zum Personal der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Bedarfsprognosen werden nicht erstellt

([www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/index.php?cat=c17\\_Sozialleistungen.html&page=2&XTCsid=e9c3a8ea324b9314a7cf8a778fb5ca2d](http://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/index.php?cat=c17_Sozialleistungen.html&page=2&XTCsid=e9c3a8ea324b9314a7cf8a778fb5ca2d)).

Die Staatsregierung orientiert sich am mittleren angenommenen Gesamtbedarf des von ihr in Auftrag gegebenen Gutachtens, das den Bedarf für den Zeitraum von 2013 bis 2021 in Bayern prognostiziert. Die Prognose beruht auf einer Betrachtung der Zahlen von 1999 bis 2011 und wird durch zwei alternative Berechnungswege erstellt, der Mittelwertberechnung und der Trendberechnung.

Die Berechnungen ergeben die in nachstehender Tabelle dargestellte Anzahl an Ausbildungsplätzen (vgl. Gutachten, Seite 119):

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Maximalbedarf</b>	36.933	39.000	41.171	43.168	44.827	46.609	48.781	50.763	52.815
<b>Minimalbedarf</b>	33.648	34.631	35.603	36.497	37.236	38.036	39.104	40.096	41.071
<b>Angenommener mittlerer Gesamtbedarf</b>	35.290	36.816	38.387	39.833	41.031	42.322	43.942	45.429	46.943

Der Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung enthält – ausgehend von der Situation im Jahr 2009 – Schätzungen des Personalbedarfs in Deutschland im Jahr 2030 für drei mögliche Szenarien (zitiert aus dem Report, Seite 20):

#### – Szenario 1 (Status quo):

Es werden die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsarten je nach Alter, Geschlecht und Region fortgeschrieben.

#### – Szenario 2 (formelle Pflege nimmt zu):

Die Bereitschaft oder Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige sinkt, wodurch der Bedarf an formeller Pflege steigt. Dieses Szenario schreibt damit bestehende Trends fort.

#### – Szenario 3 (häusliche Pflege wird gestärkt):

Es wird unterstellt, dass Versorgungsformen und Unterstützungen installiert werden, die dazu beitragen, die häusliche Pflege so weit zu stärken, dass das Volumen der stationären Pflege auf Bundesebene konstant gehalten werden kann. Dieses Szenario ist damit ein „Wunschscenario“, das den in § 3 SGB XI normierten Vorrang der häuslichen Pflege umsetzt.

Das Ergebnis ist in nachstehender Tabelle (Seite 54 des Reports) dargestellt:

**Tabelle 5: Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in Deutschland nach Szenario**

	Insgesamt	Durch Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen		Durch Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials	
	absolut	absolut	%	absolut	%
<b>ambulante Pflegedienste</b>					
Szenario 1	117.120	95.315	81	21.805	19
Szenario 2	162.845	141.040	87	21.805	13
Szenario 3	208.249	186.444	90	21.805	10
<b>stationäre Pflegeeinrichtungen</b>					
Szenario 1	317.378	262.712	83	54.666	17
Szenario 2	328.899	274.233	83	54.666	17
Szenario 3	54.666	0	0	54.666	100
<b>ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen</b>					
Szenario 1	434.498	358.027	82	76.471	18
Szenario 2	491.744	415.273	84	76.471	16
Szenario 3	262.915	186.444	71	76.471	29

| BertelsmannStiftung

Im günstigsten Fall ergibt sich damit für das Bundesgebiet eine Personallücke in der ambulanten und stationären Pflege von insgesamt 262.915 Vollzeitäquivalenten; im ungünstigsten Fall entsteht eine Personallücke von insgesamt 491.744 Vollzeitäquivalenten.

Für Bayern errechnet die Bertelsmann-Stiftung ausgehend von Szenario 1 eine Versorgungslücke von 14.149 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Versorgung und 47.945 Vollzeitäquivalenten in der stationären Versorgung (vgl. Seite 56 des Reports). Zahlen für die Zeit nach 2030 weist der Pflegereport der Bertelsmann-Stiftung nicht aus.

Die vorstehenden Daten bilden den infolge des demographischen Wandels steigenden Personalbedarf ab und belegen die Notwendigkeit der zahlreichen Aktionen der Staatsregierung zur Sicherung des Fachkräftebedarfs, z.B. mit der HERZWERKER-Kampagne oder dem 5-Punkte-Plan zur Ausbildung (siehe auch Antwort zu Ziffern 1.10 und 1.11). Die Staatsregierung unterstützt und begleitet konstruktiv das Vorhaben auf Bundesebene einer generalistischen Pflegeausbildung mit dem Pflegeberufsgesetz.

Diese Maßnahmen dienen dem Ziel, die Pflege als Berufsfeld in ihrer Attraktivität zu stützen und die Rahmenbedingungen zu verbessern.

Nun müssen auch die Selbstverwaltungspartner, Pflegeeinrichtungen und ihre Träger, ihrer Verantwortung gerecht werden und alle gebotenen Mittel ausschöpfen, um die Attraktivität des Pflegeberufs, z.B. hinsichtlich Arbeitsbedingungen und Vergütung, zu gewährleisten. Auch die Versicherungsgemeinschaft ist in der Pflicht, Kostenanstiege infolge von Leistungsverbesserungen, Personalerhöhung oder Ausbildungskostensteigerung mitzutragen. Schließlich ist auch jeder Einzelne in persönlicher Verantwortung. Die Pflegeversicherung ist ein wichtiger Teil unseres Sozialversicherungssystems. Sie ist jedoch nur als Teilkostenversicherung konzipiert. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen daher bereit sein, auch einen Beitrag zu leisten, damit die Pflege auch in Zukunft ein attraktiver und auskömmlicher Beruf sein wird.

## 1.2 Was hat die Staatsregierung bisher unternommen, um aussagefähige Daten zum Weiterbildungsstatus der Pflegefachpersonen vorlegen zu können?

Mit dem PflWoqG und der AVPflWoqG wurden die Weiterbildungen zur Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Praxisanleitung und Fachkraft für gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung gesetzlich geregelt.

Nach § 12 Abs. 1 Ziffer 2 AVPfleWoqG erfordert die fachliche Eignung als Leitung einer stationären Einrichtung der Pflege und für ältere Menschen die Absolvierung einer Weiterbildung zur Einrichtungsleitung nach den §§ 73 bis 77 AVPfleWoqG. § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG fordert die Vorhaltung einer Mindestzahl an gerontopsychiatrischen Fachkräften (vgl. auch Antwort zur Ziffer 12.7). Die Umsetzung dieser rechtlichen Vorgaben wird von der zuständigen FQA vor Ort überprüft und ggf. eingefordert.

Eine Erfassung der Pflegekräfte in Bayern und deren Weiterbildungsstatus erfolgt derzeit nicht. Eine entsprechende Registrierung der Pflegenden wäre über eine Interessenvertretung möglich.

**1.3 Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über die Anzahl der Pflegefachpersonen, die altersbedingt in den kommenden Jahren aus dem Beruf aussteigen werden? Welcher Qualifizierungsbedarf ergibt sich nach Auffassung der Staatsregierung hieraus?**

und

**1.4 Auf welcher Grundlage (statistisches Datenmaterial, Untersuchungen, Befragungen etc.) kommt die Staatsregierung zu diesem Ergebnis? Hält sie eine konkrete Studie zur Bedarfsermittlung für notwendig? Wenn nein, was sind die Gründe dafür?**

Gemeinsame Antwort zu den Ziffern 1.3 und 1.4:

Das von der Staatsregierung im August 2013 in Auftrag gegebene Gutachten zu „Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern“ diente dazu, die gesetzlichen Voraussetzungen zur Einführung einer Ausbildungsumlage in der Altenpflege nach § 25 Alt-PfG klären zu können (vgl. Antwort zur Ziffer 1.1).

Der Bedarf an Auszubildenden wird anhand der Pflegefallzahlen, Personalabgänge, Teilzeitquote, Absolventenquote und Berufsaufnahmequote bestimmt. Methodisch werden zunächst die Versorgungsrelationen zwischen 1999 und 2011 ambulant und stationär bestimmt, anschließend die Pflegefallzahlen 2017 bis 2021 und daraus der Nettopersonal-Neubedarf errechnet. Schließlich wird vor dem Hintergrund, dass nicht alle Absolventen in den Beruf einsteigen oder dort z.T. nicht lange verweilen, der Bedarf an Ausbildungsabsolventen und

hieraus wiederum der Bedarf an Ausbildungsanfängern für die Schuljahre 2014/2015 bis 2017/2018 bestimmt.

Im Zuge der Netto-Personalbedarfsermittlung wird auch der Anteil des Personalersatzbedarfs für aus dem

Beruf ausscheidende Altenpflegekräfte ermittelt (vgl. Seiten 41 ff. des Gutachtens). Da nach Aussage der Gutachter die Ermittlung der (wegen Erreichen des Rentenalters und aus anderen Gründen) zu ersetzenden Pflegekräfte mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand einhergegangen wäre, werden diese Zahlen anhand einer Zusammenschau mehrerer anderer Studien generiert (vgl. Seiten 45 ff. des Gutachtens).

Dazu gehört auch eine Studie, die im Auftrag des Landes Rheinland-Pfalz erstellt wurde. Demnach werden die im Jahr 2009 beschäftigten Altenpflegekräfte bis zum Jahr 2025 zu 60 % aus Altersgründen ausgeschieden sein, d.h. jährlich durchschnittlich 3,75 %. Eine Befragung ambulanter und stationärer Pflegekräfte in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2010 ergab, dass für alle Pflegekräfte mit einem jährlichen Personalersatzbedarf von insgesamt 5 % zu rechnen ist.

Das Gutachten erläutert auf Seite 48, dass eine Zusammenschau dieser und weiterer genannter Studien zu einem stimmigen Bild führt, welches eine Übertragbarkeit auf Bayern erlaubt; davon unberührt bleibt die Tatsache, dass jede Prognose regelmäßiger Überprüfung und Anpassung infolge aktueller Entwicklungen und Erkenntnisse bedarf.

Das Gutachten geht von einem Personalersatzbedarf für aus Alters- und sonstigen Gründen ausscheidende Altenpflegekräfte für Bayern in Höhe von jährlich 5 % aus.

Daraus wurde von den Gutachtern nachstehender Ausbildungsbedarf in Personen errechnet:

– 2014/2015:	14.100
– 2015/2016:	4.500
– 2016/2017:	5.000
– 2017/2018:	4.900
– 2018/2019:	5.100

Dem außerordentlich hohen Bedarf im ersten Jahr legt der Gutachter den Gedanken zugrunde, dass nach anfänglichem Ausgleich des Auszubildendendefizits von dem dann erreichten Status aus weiter gearbeitet werden könne.

Diesem Bedarf an Ausbildungsplätzen steht der Prognose zufolge ein zu erwartendes Angebot von jährlich 5.300 neuen Ausbildungsplätzen zur Verfügung (arithmetisches Mittel). Im Schuljahr 2014/2015 haben 3.291 Schülerinnen und Schüler und im Schuljahr 2015/2016 3.370 Schülerinnen und Schüler eine Ausbildung in der Altenpflege begonnen (Eintritte in das erste Schuljahr zuzüglich so genannter Verkürzter).

Somit sind nach den Erkenntnissen des Gutachtens die rechtlichen Voraussetzungen zur Einführung einer Ausbildungsumlage derzeit gegeben. Das StMGP hat daher in Abstimmung mit Vertretern des Landespflegeausschusses Eckpunkte zur Einführung einer Ausbildungsumlage erarbeitet und diese in der 41. Sit-

zung am 07.12.2015 vorgestellt (vgl. auch Ausführungen zu Ziffern 1.10 und 1.11). Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zum Pflegeberufsgesetz soll ein Landesfinanzierungsfonds eingeführt werden, mit dem unabhängig vom Bedarf die zukünftige Pflegeausbildung über ein Umlageverfahren finanziert wird.

**1.5 Wie viele Personen sind ehrenamtlich im Pflegebereich tätig und welche Aufgaben übernehmen sie? Auf welche Datenbasis stützt die Staatsregierung ihre Angaben?**

Die Gesamtzahl der im Pflegebereich ehrenamtlich tätigen Personen liegt der Staatsregierung nicht vor.

Für den Bereich der niedrighschwelligigen Angebote liegen dem Zentrum Bayern Familie und Soziales folgende Daten vor: Im Kalenderjahr 2013 wurden im Förderbereich der niedrighschwelligigen Betreuungsangebote und hier speziell in den ehrenamtlichen Helferkreisen 2.236 ehrenamtlich Tätige eingesetzt. Deren Betätigungen sind vielfältig. Vor allem initiieren sie Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, bieten qualitätsgesicherte Tagesbetreuung in Privathaushalten, bieten familienentlastende Dienste und Dienste der offenen Behindertenarbeit.

**1.6 Von welchem Personalschlüssel geht die Staatsregierung bei ihren Annahmen aus? Findet der Umstand, dass die Anzahl der zu betreuenden Menschen pro Tag in der ambulanten Pflege 16, im Krankenhaus 23 und im Pflegeheim 28 beträgt (nach DBfK, Zahlen-Daten-Fakten „Pflege, 2012“) einnimmt, hierbei Berücksichtigung?**

Die im Gutachten zu „Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern“ dargestellten Ergebnisse werden durch komplexe Berechnungen, welche die berufsspezifischen Personalquoten zugrunde legen, erzielt (d.h. vor allem Differenzierung zwischen ambulanter und stationärer Altenpflegepersonal-Pflegefallzahlen-Relation; vgl. Seiten 32 ff. des Gutachtens). Dabei wird die Entwicklung der Personalschlüssel zwischen 1999 und 2011 in den Blick genommen. Hiervon ausgehend erfolgen insgesamt acht verschiedene Berechnungen, u.a. Trendberechnung und Maximalwertberechnung, die durch Mittelwertbildung zu einem Personalsollwert führen (vgl. Seite 42 des Gutachtens). Die so ermittelten Personalschlüssel werden in den Folgeberechnungen verwendet.

**1.7 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Abweichung des festgestellten durchschnittlichen Pflegeschlüssels vom empfohlenen Pflegeschlüssel für Bayern (Pflegestufe 0, 1:6,7; Pflegestufe 1, 1:3,0 etc.)?**

Die bayerische Landespflegesatzkommission als Zusammenschluss aller Landesverbände der Pflegekassen in Bayern, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., allen bayerischen Bezirken als überörtliche Träger der Sozialhilfe sowie den Vereinigungen der Pflegeheimträger in Bayern hat die Aufgabe, grundsätzliche Angelegenheiten von landesweiter Bedeutung betreffend das Pflegesatzwesen in der stationären Pflege in Bayern zu regeln. Hierzu gehört auch die Vereinbarung des maximal möglichen Pflegeschlüssels.

Dementsprechend gelten seit 1.1.2002 folgende nicht zu überschreitende Pflegeschlüssel für stationäre Einrichtungen in Bayern:

– Pflegestufe 0:	1:6,7
– Pflegestufe I:	1:3
– Pflegestufe II:	1:2,25
– Pflegestufe III:	1:1,9

Abweichungen nach unten sind im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen möglich, Abweichungen nach oben sind nicht zulässig. Hieraus ergibt sich ein Durchschnitt unterhalb des maximal zulässigen Personalschlüssels.

Die Personalsituation von stationären Einrichtungen wird regelmäßig im Rahmen der §§ 114 ff. SGB XI durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst überprüft. Insofern kann festgestellt werden, ob etwaige Abweichungen vom maximalen Pflegeschlüssel zu gravierend sind, um die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Als entsprechende Sanktionsmaßnahme ist eine Kündigung des Versorgungsvertrages nach Maßgabe des § 74 SGB XI i.V.m. § 115 Abs. 2 S. 2 SGB XI möglich. Als milderer Mittel kann gegebenenfalls nach § 115 Abs. 2 S. 1 SGB XI zunächst auf eine Beseitigung des Mangels hingewirkt werden.

In Bayern besteht zudem eine höhere Pflegefachpersonalquote als im Bundesvergleich üblich – je 100 pflegebedürftige Personen sind in ambulanten wie stationären Einrichtungen 30 Fachkräfte angestellt. Bundesweit sind es nur 26 pro 100 in ambulanten und 28 pro 100 in stationären Einrichtungen (vgl. Seite 110 des Gutachtens zu „Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern“).

**1.8 Welche Kontrollen des Pflegeschlüssels haben durch welche Institutionen in den vergangenen 5 Jahren stattgefunden und wie viele Beanstandungen mit welchen Feststellungen gab es?**

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI erfolgt durch den die Qualitätsprüfung ausführenden Fachdienst (MDK bzw. PKV-Prüfdienst) eine stichtagsbezogene Abfrage des vorhandenen Personals. Die FQA prüfen im Rahmen

der jährlich stattfindenden turnusmäßigen Heimbegehungen den Personalstand und die Erfüllung der Fachkraftquote im Sinne des PflWoqG (vgl. auch Antwort zur Ziffer 2.1.1).

**1.9 Welche Kosten würden bei den verschiedenen Beteiligten (Krankenkassen, Trägern, zu Pflegenden, bitte nach einzelnen Beteiligten aufschlüsseln) entstehen, wenn der tatsächliche Personalschlüssel weiter gesenkt würde, beispielsweise auf 1:4,47 für Pflegestufe 0 wie in Baden-Württemberg oder auf 1:2,83 für Pflegestufe 0 wie in Thüringen?**

Es wird davon ausgegangen, dass die Fragestellung als Beteiligte nicht die Krankenkassen, sondern die Pflegekassen meint.

Soweit mit der Fragestellung alle Pflegestufen gemeint sind, kann für diese allgemein formulierte Frage ohne feste Größe zur Änderung der Pflegeschlüssel keine Kostenschätzung erfolgen. Anzumerken ist, dass Personalschlüsselverbesserungen aufgrund des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung zu Lasten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bzw. des Sozialhilfeträgers gehen.

Falls sich die Fragestellung nur auf die Pflegestufe 0 bezieht, ist zu beachten, dass Versicherte der Pflegestufe 0 nach dem derzeit geltenden Recht keinen Anspruch auf vollstationäre Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung haben. Insofern würde sich eine Personalschlüsselabsenkung auf die Pflegekassen finanziell nicht auswirken. Welche Kosten bei den übrigen Beteiligten entstünden, kann nicht abgeschätzt werden.

**1.10 Ist nach diesen Angaben der zu erwartende zukünftige Bedarf an Pflegekräften gedeckt? Welche Konsequenzen zieht die Staatsregierung hieraus?**  
und

**1.11 Welche Strategien, Initiativen und Konzepte hat die Staatsregierung, um den Beruf in der Pflege attraktiver zu machen? Ist ein weiterer Ausbau bestehender Kampagnen, z.B. der Herzwirker angedacht? Welche finanziellen Mittel stehen hierfür zur Verfügung und ist eine Aufstockung angedacht?**

Gemeinsame Antwort zu den Ziffern 1.10 und 1.11:

Das Gutachten zu „Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern“ kommt für die Altenpflege zu dem Ergebnis, dass der Fachkräftebedarf ohne weitere Anstrengungen im Bereich der Ausbildung in den kommenden Jahren nicht gedeckt werden kann.

Es zeigt allerdings auch, dass der Grund für die mangelnde Zahl an Ausbildungsabsolventen nicht vorwiegend am fehlenden Ausbildungsplatzangebot liegt, sondern an einer zu geringen Interesse der potenziellen Auszubildenden am Altenpflegeberuf. Letzteres ist aber zumindest nicht allein durch die Einführung eines Ausbildungsumlageverfahrens zu beheben.

Gute Pflege muss und darf Geld kosten. Frau Staatsministerin Melanie Huml hat einen 5-Punkte-Plan zur Ausbildung vorgelegt, der die Bedingungen in der Altenpflegeausbildung umfassend verbessern soll.

Dieser beinhaltet:

- Einführung einer Ausbildungsumlage
- bessere Anleitung in der praktischen Ausbildung
- Ausbau der HERZWIRKER-Kampagne
- Entbürokratisierung des Dokumentationsaufwands
- Projekt zur Verringerung der Zahl von Ausbildungsabbrüchen

Zur Einführung einer Ausbildungsumlage hat der Bayerische Landespflegeausschuss auf Initiative von Frau Staatsministerin Melanie Huml im November 2014 eine Unterarbeitsgruppe „Ausbildung“ eingesetzt, die sich aus zwei Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen, zwei Vertretern der Freien Wohlfahrtspflege und je einem Vertreter der Bezirke, des bpa, von ver.di und des DBfK zusammensetzt.

Die Unterarbeitsgruppe hat in Sitzungen am 20.02.2015 und 18.09.2015 über die Ausgestaltung einer Ausbildungsumlage diskutiert. Wesentlich für deren Erfolg ist, möglichst eine Ausgestaltung zu finden, der alle Beteiligten zustimmen können, um Gerichtsverfahren gegen die Umlage und langwierige Verzögerungen soweit als möglich zu verhindern. Die entwickelten Eckpunkte wurden dem Landespflegeausschuss in seiner Sitzung am 07.12.2015 vorgestellt.

Nach dem im Januar 2016 vorgelegten Kabinettsentwurf zum Pflegeberufsgesetz (Bundesgesetz) muss abhängig von der weiteren parlamentarischen Behandlung des Pflegeberufsgesetzes, d.h. insbesondere den geplanten Übergangsfristen, über die weiteren Einzelheiten zur Umlage entschieden werden. Im Rahmen der Bund-Länder-Gespräche zum Pflegeberufsgesetz hat sich die Staatsregierung sowohl für eine Refinanzierung der Praxisanleitung als auch für eine gesetzliche Regelung zu deren Mindestumfang eingesetzt.

Ebenfalls Teil des 5-Punkte-Plans ist der Ausbau der HERZWIRKER-Kampagne. Ziel ist dabei, junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Mit der erfolgreichen HERZWIRKER-Kampagne konnten bereits viele junge Menschen für den Pflegebereich begeistert werden. In den letzten sechs Jahren sind die Schülerzahlen in der Altenpflege um nahezu 40 % gestiegen. Trotzdem benötigt die Pflege mehr junge Menschen, die mit Herzblut in der Pflege arbeiten wollen, deshalb wird die Kampagne laufend erweitert.

Kernelement der Kampagne ist der Internetauftritt [www.herzwerker.de/altenpflege](http://www.herzwerker.de/altenpflege). Einrichtungen, Arbeitgeber und Schulen vor Ort sollen die HERZWERKER-Materialien nutzen und Veranstaltungen wie z.B. Berufsorientierungstage an Schulen, Messeauftritte und Tage der offenen Tür durchführen. Das StMGP ist zudem mit einem „HERZWERKER-Stand“ auf verschiedenen Messen vertreten (Berufsbildungsmesse, Altenpflegemesse, ConSozial).

Im Jahr 2012 wurden sowohl für Männer als auch für die Zielgruppe der Migranten spezielle HERZWERKER-Broschüren erstellt und der Internet-Auftritt wurde entsprechend auf diese Personengruppen ausgelehnt.

Seit November 2015 ist eine weitere HERZWERKER-Broschüre mit der Bezeichnung „Karriere!“ verfügbar. Darin sind Informationen zu den Karrierechancen, Karrierewegen und Verdienstmöglichkeiten in der Altenpflege dargestellt. Aufgrund der Durchlässigkeit der Ausbildung und des Fachkräftebedarfs sind im Verhältnis zu anderen Berufen schnelle Karrieren möglich. Die Tarifvergütungen sind im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen gut. Der Flyer richtet sich auch an Eltern und Lehrer, um sie für die Unterstützung der Jugendlichen bei ihrer Entscheidung für den Pflegeberuf zu gewinnen.

Menschen in sozialen Berufen wollen nicht nur mit Hand und Köpfchen arbeiten, sondern mit Herz. Doch solche Herzwerker tun zwar viel Gutes, reden aber selten darüber. Daher werden Kurzgeschichten aus dem sozialen Berufsleben im so genannten Playback-Theater auf der Suche nach HERZWERKER-Erfahrungen fortgesetzt. Dies ist ein ausgezeichnetes Mittel, sich in die Herzen der Jugendlichen zu spielen und mitzuhelfen, das Ziel der Kampagne HERZWERKER zu erreichen. In jeweils einer Projektwoche wird in den verschiedenen Regionen ein „HERZWERKER-Event“ an einer Schule vorbereitet und durchgeführt.

Im Rahmen der Kampagne werden Multiplikatoren in den Regionen Bayerns aktiv, um Schulabgängern die Bedeutung der sozialen Berufe nahezubringen. Um die Arbeit der Multiplikatoren vor Ort zu unterstützen, finden in allen Bezirken Bayerns Regionalveranstaltungen statt.

„HERZWERKER – Altenpflege im Unterricht“ richtet sich an die Lehrerschaft. Speziell für den Bereich Altenpflege ist im Auftrag des StMGP ein Unterrichtsmagazin Zeitbild WISSEN „HERZWERKER“ entstanden. Es richtet sich an Lehrkräfte der Sekundarstufen I und II aller allgemeinbildenden Schulen in Bayern. Es gliedert sich in einen Magazinteil, der Lehrerinnen und Lehrer bei der Unterrichtsvorbereitung unterstützt. In einem weiteren Teil befinden sich elf Arbeitsblätter für den Berufsorientierungsunterricht, die den Schülerinnen und Schülern interessante Einblicke in das attraktive und zukunftsreiche Berufsfeld der Altenpflege bieten.

Für Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Fachkräftenachwuchs in der Altenpflege sind im Doppelhaushalt 2015/2016 jeweils 255.700,00 Euro eingestellt.

Ferner soll die Attraktivität des Altenpflegeberufs durch Verringerung des Dokumentationsaufwands gesteigert werden. Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 4.1 verwiesen. Zu den Einzelheiten des Projekts zur Verringerung der Zahl von Ausbildungsabbrüchen wird auf die Antwort zur Ziffer 2.6.3 verwiesen.

**1.12 Hat die Staatsregierung vor, das Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte zu vereinfachen und zu verkürzen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken? Wenn ja, wie weit ist man mit der Umsetzung?**

Das Vorgehen bei der Anerkennung ausländischer Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen ist grundsätzlich durch die Berufsgesetze des Bundes (z.B. Krankenpflegegesetz) und die darin umgesetzte Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen umfangreich geregelt. Von dem gesetzlich vorgeschriebenen Ablauf des Anerkennungsverfahrens kann nicht abgewichen werden, wodurch deutschlandweit ein einheitliches Verfahren gewährleistet wird.

Aufgrund eines Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 03.03.2015 (Drs. 17/5538) hat die Staatsregierung Maßnahmen für eine schnellere Abwicklung der Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse von Pflegekräften geprüft und in einem Bericht an den Landtag vom 17.01.2016 dargelegt.

Ergänzend wird bemerkt, dass die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) in Bonn für die Bewertung ausländischer Qualifikationen in Deutschland zuständig ist.

Hierzu gehören schulische und berufliche Qualifikationen sowie Hochschulqualifikationen. Die ZAB kann im konkreten Einzelfall um ein Gutachten oder um allgemeine Informationen über das betreffende Land und sein Bildungssystem gebeten werden.

**1.13 Welche Maßnahmen zur Förderung des präventiven und zivilgesellschaftlichen Engagements gibt es im Bereich der Pflege? Welche Rolle spielt hierbei das Quartiersmanagement?**

„Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“ ist eines der vier zentralen Handlungsfelder im Bayerischen Präventionsplan, den Staatsministerin Melanie Huml am 19.05.2015 in ihrer Regierungserklärung vorgestellt hat. Der Präventionsplan wurde in interministeriellen Arbeitsgruppen erarbeitet und mit den nichtstaatlichen Partnern der Prävention diskutiert. Ziele des Plans sind das Älterwerden in Gesundheit und bei guter Lebensqualität, die Berücksichtigung

unterschiedlicher Bedarfe älterer Menschen, die Aufrechterhaltung eines eigenverantwortlichen und selbständigen Lebens, die Unterstützung der sozialen Integration und gesellschaftlichen Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen und die Nutzung der Chancen und Potenziale einer älter werdenden Gesellschaft.

Außerdem wurden bereits verschiedene Projekte auf den Weg gebracht. Dazu gehören auch Maßnahmen und Angebote, die eine Förderung des präventiven und zivilgesellschaftlichen Engagements in der Pflege zum Ziel haben. Ehrenamtliche Arbeit bildet die Basis des Modellprojekts „Präventive Hausbesuche bei Hochbetagten“ in der Stadt Rödental im Landkreis Coburg

([www.stmgrp.bayern.de/aufklaerung\\_vorbeugung/giba/alter/hausbesuche.htm](http://www.stmgrp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/alter/hausbesuche.htm)), welches das StMGP im Rahmen seiner Initiative „Gesund.Leben.Bayern.“ fördert. In Rödental besuchen geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer regelmäßig Personen zu Hause, die älter als 85 Jahre sind. Die Helfer erfassen Risikoindikatoren und informieren bei kritischer Verschlechterung den Hausarzt. Erste Auswertungen zeigen, dass es auf diese Weise gelingt, frühzeitig gesundheitliche Krisen bei Älteren zu erkennen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Heimunterbringungen hinauszuzögern. Parallel dazu wird die selbstständige Lebensführung der Hochbetagten unterstützt. Durch den persönlichen Kontakt zum immer gleichen Projektmitarbeiter wird Vertrauen und ein beständiger sozialer Kontakt geschaffen, der der zunehmenden Isolation der Hochbetagten entgegenwirkt.

Daneben bestehen in Rödental weitere wegweisende Initiativen zur Gesundheitsförderung von Senioren, unter anderem mit dem Konzept der ebenfalls ehrenamtlich angelegten „Häuslichen Hilfen“. Dieses vorbildliche bürgerschaftliche Engagement findet auch bundesweit große Beachtung; die Stadt wurde bereits mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem Förderpreis Kommunale Seniorenpolitik (2008), mit dem Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis (2010), dem WIPIG-Sozialpreis (2011) und dem Deutschen Alterspreis (2012).

Ehrenamtlich organisierte gesundheitsförderliche Angebote für ältere Menschen, angepasst an die Bedarfe und die Bedürfnisse vor Ort, sind auch im Rahmen des Modellprojekts „Gesunder Landkreis – Runde Tische zur regionalen Gesundheitsförderung“ entstanden ([www.zpg-bayern.de/projekte-vor-ort.html](http://www.zpg-bayern.de/projekte-vor-ort.html)), das seit 2015 in den Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> seine Fortsetzung findet. Die „Taschengeldbörse der Jugend Wittelshofen“ wurde 2014 mit dem 13. Bayerischen Präventionspreis ausgezeichnet, der vom StMGP zusammen mit dem ZPG im LGL vergeben wurde ([www.zpg-bayern.de/die-taschengeldboerse-der-jugend-wittelshofen-projektbericht.html](http://www.zpg-bayern.de/die-taschengeldboerse-der-jugend-wittelshofen-projektbericht.html)). In diesem generationenübergreifenden ehrenamtlichen Projekt unterstützen Jugendliche Senioren bei Alltagstätigkeiten im Haushalt oder im Garten und tragen dazu

bei, dass ein Wohnen im eigenen Heim auch bei gesundheitlichen Einschränkungen länger möglich ist. Der Kontakt zwischen den Generationen und die Einbindung in soziale Netzwerke fördern die Teilhabe von Seniorinnen und Senioren am kommunalen Leben und leisten damit auch einen gesundheitsförderlichen Beitrag.

Das StMGP fördert eine bayernweite Koordinationsstelle Demenzpaten. Diese setzen sich in ihrem Umfeld ehrenamtlich für eine neue Kultur im Umgang mit Menschen mit Demenz ein. Durch Information und Aufklärung tragen sie dazu bei, dass Menschen mit Demenz mehr Verständnis entgegengebracht wird. Dazu suchen sie aktiv den Kontakt zu Bürgern (z.B. zu Apothekern, Pfarrern und Geschäftsleuten) und geben ihnen wertvolle Hinweise zu einem angemessenen Umgang mit Betroffenen.

Gerade auch im Bereich der Pflege gewinnt das sogenannte Quartiersmanagement immer mehr an Bedeutung. Dem Koalitionsvertrag auf Bundesebene folgend hat bis Mai 2015 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ getagt. Ziel ist es, die Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegeinfrastruktur zu stärken. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Pflegebedürftigkeit und Pflege spielen sich vor Ort ab. Daher sind die Kommunen seit jeher wichtige Akteure in diesem Bereich. Bereits bestehende Handlungsspielräume konsequent zu nutzen und die kommunale Rolle zu stärken, ist auch ein Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels.

#### **1.14 Wie hoch schätzt die Staatsregierung das Infektionsrisiko für die zu Pflegenden, wenn in Grippezeiten Pflegendе trotz eines grippalen Infekts oder sogar bei influenzaähnlichen Symptomen zur Arbeit erscheinen, um die ohnehin dünne Personaldecke nicht noch zu schmälern? Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung hiergegen ergriffen?**

Der Staatsregierung liegen keine Daten vor, wie hoch das Infektionsrisiko für die zu Pflegenden ist, wenn in Grippezeiten Pflegendе trotz eines grippalen Infekts oder sogar bei influenzaähnlichen Symptomen zur Arbeit erscheinen.

Ältere Menschen haben ein höheres Risiko für schwere Verläufe einer Influenza mit Beteiligung der Lunge (primäre Influenzapneumonie durch das Influenzavirus oder begleitende bakterielle Pneumonie) oder anderer Organe wie z.B. Herzmuskelentzündung (Myokarditis) oder Entzündung des Zentralnervensystems (Enzephalitis). Zum Risikoklientel gehören insbesondere auch Personen mit Grundkrankheiten wie z.B.

chronischen Herzerkrankungen, chronischen Lungen-erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus), Immundefekten, neurologischen bzw. neuromuskulären Erkrankungen.

Während für eine Vielzahl respiratorischer Erreger keine spezifische Impfung möglich ist, gehört die Influenza zu den impfpräventablen Infektionskrankheiten. Es besteht in Deutschland keine Impfpflicht. Impfungen stellen aber die wirksamsten Schutzmaßnahmen in Bezug auf die impfpräventablen Infektionskrankheiten dar. Impfempfehlungen werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die STIKO empfiehlt die jährliche Impfung gegen Influenza insbesondere bei Personen ab 60 Jahren und Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung aufgrund eines Grundleidens (z.B. chronische Krankheiten der Atemorgane und des Herz-Kreislauf-Systems). Die Impfung gegen Influenza ist somit gerade auch für Bewohner in Einrichtungen für ältere Menschen sinnvoll. Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen Influenza zudem für Personen mit erhöhter Gefährdung, wie z.B. Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können (Epidemiologisches Bulletin Nr. 34/2015;

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34\\_15.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34_15.html)).

Wichtig (zur Prävention einer Übertragung von Infektionen) ist die Einhaltung der Hygienestandards. Hierzu hat das LGL als Fachbehörde des StMGP einen „Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in stationären Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige“ erstellt. Dieser wurde auf der Homepage des LGL eingestellt: [www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/hygiene/doc/rahmenhygieneplan.pdf](http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/hygiene/doc/rahmenhygieneplan.pdf). Der Rahmenhygieneplan enthält insbesondere auch Hinweise zur Impfprävention sowie die erforderlichen infektionshygienischen Maßnahmen zur Prävention einer Weiterverbreitung der Influenza.

## **2. Profession Pflege – Fachkraftquote, Akademisierung, Generalistische Pflegeausbildung, Pflegekammer/-interessenvertretung**

### **2.1 Fachkraftquote**

#### **2.1.1 Wie stellt sich die tatsächliche Fachkraftquote der Alten- und Pflegeheime in Bayern dar? Wie hoch war die Anzahl der Bestandungen der letzten 5 Jahre, weil die vorgegebene Quote von 50 % nicht eingehalten werden konnte?**

Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 AVPfleWoqG dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Nach § 15 Abs. 1 Satz 2 AVPfleWoqG muss hierbei mindestens eine betreuend tätige Per-

son, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern oder bei mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG mindestens jede zweite weitere betreuend tätige Person eine Fachkraft im Sinn der nach § 16 Abs. 2 Satz 1 AVPfleWoqG erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschriften sein. Die FQA überprüfen im Rahmen der turnusmäßigen und anlassbezogenen Prüfungen, ob diese Vorgaben seitens der Einrichtungsträger eingehalten werden. Gemäß § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG kann von den Anforderungen des § 15 Abs. 1 AVPfleWoqG in Ausnahmefällen mit vorheriger Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend ist.

Bei der nachstehenden Auflistung von Daten zur Fachkraftquote muss beachtet werden, dass es sein kann, dass eine stationäre Einrichtung für ältere Menschen mehr als einmal durch die FQA überprüft worden ist bzw. die Einhaltung der Fachkraftquote nicht Gegenstand der Prüfung war.

Im Jahr 2014 stellte sich die Situation wie folgt dar:

- Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 1.667 (turnusmäßige und anlassbezogene) Prüfungen durch die FQA durchgeführt.
- Bei insgesamt 1.243 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Einhaltung der Fachkraftquote festgestellt.
- Bei insgesamt 32 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde eine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen.
- Bei insgesamt 166 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Nichteinhaltung der Fachkraftquote festgestellt (bei den betroffenen Einrichtungen wurde keine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen).

Im Jahr 2013 stellte sich die Situation wie folgt dar:

- Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 1.841 (turnusmäßige und anlassbezogene) Prüfungen durch die FQA durchgeführt.
- Bei insgesamt 1.229 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Einhaltung der Fachkraftquote festgestellt.
- Bei insgesamt 23 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde eine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen.
- Bei insgesamt 143 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Nichteinhaltung der Fachkraftquote festgestellt (bei den betroffenen Einrichtungen wurde keine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen).

Im Jahr 2012 stellte sich die Situation wie folgt dar:

- Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 1.911 (turnusmäßige und anlassbezogene) Prüfungen durch die FQA durchgeführt.
- Bei insgesamt 1.264 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Einhaltung der Fachkraftquote festgestellt.
- Bei insgesamt 12 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde eine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen.
- Bei insgesamt 144 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Nichteinhaltung der Fachkraftquote festgestellt (bei den betroffenen Einrichtungen wurde keine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG ausgesprochen).

Die Jahre 2010 und 2011 wurden zusammen erhoben, hier stellte sich die Situation wie folgt dar:

- Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 3.547 (turnusmäßige und anlassbezogene) Prüfungen durch die FQA durchgeführt.
- Bei insgesamt 1.564 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Einhaltung der Fachkraftquote festgestellt.
- Bei insgesamt 13 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde eine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG bzw. § 5 Abs. 2 HeimPersV ausgesprochen.
- Bei insgesamt 297 stationären Einrichtungen für ältere Menschen wurde die Nichteinhaltung der Fachkraftquote festgestellt (bei den betroffenen Einrichtungen wurde keine Befreiung nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG bzw. § 5 Abs. 2 HeimPersV ausgesprochen).

Für das Jahr 2015 liegen der Staatsregierung noch keine Zahlen vor.

Im Fall einer Unterschreitung der Fachkraftquote gehen die FQA wie folgt vor:

- Bei einer knappen Unterschreitung der Fachkraftquote und ohne Vorliegen pflegerischer Mängel hat die FQA – entsprechend den Vorgaben des PflWoqG – einen Mangel festzustellen und eine Beratung durchzuführen.
- Bei einer deutlichen oder einer dauerhaft knappen Unterschreitung der Fachkraftquote ohne Vorliegen pflegerischer Mängel hat die FQA ebenfalls einen Mangel festzustellen und insbesondere den Einrichtungsträger dahingehend zu beraten, dass sich dieser wegen der durch das Fehlen von Fachkräften bedingten potentiellen Gefährdung der Bewohnerinnen und Bewohner selbst einen Aufnahmestopp auferlegen soll, da ansonsten ein entsprechender Anordnungsbescheid erlassen wird. Sollte der Einrichtungsträger die hierzu

knapp gesetzte Frist ergebnislos verstreichen lassen, ist umgehend ein Aufnahmestopp zu erlassen.

- Bei einem Unterschreiten der Fachkraftquote und gleichzeitigem Vorliegen pflegerischer Mängel in der Ergebnisqualität hat die FQA umgehend einen Aufnahmestopp herbeizuführen.

### 2.1.2 Wie steht Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern hinsichtlich der Fachkraftquote da (bitte nach einzelnen Bundesländern aufgeschlüsselt)?

Der Staatsregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob bzw. wie in anderen Bundesländern die Fachkraftquote erfüllt wird. Die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht obliegt den Ländern. Das am 1.8.2008 in Kraft getretene PflWoqG sowie die am 1.9.2011 in Kraft getretene AVPfleWoqG enthalten ordnungsrechtliche Regelungen mit konkreten Bestimmungen zu den Qualitätsanforderungen in den Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern. Da seitens der Staatsregierung eine Zuständigkeit nur für das Ordnungsrecht in Bayern besteht, können für andere Bundesländer keine Zahlen übermittelt werden. Zu berücksichtigen ist überdies, dass die Zahlen aufgrund unterschiedlicher Regelungen in den Ländern nicht vergleichbar wären.

### 2.1.3 Gibt es Bestrebungen, die Nachqualifizierung von Pflegekräften (Assistenzkräfte zu Pflegefachkräften, Pflegefachkräfte zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft) zu erleichtern, um den Fachkräftebedarf zu sichern?

Es wurden bereits viele Maßnahmen ergriffen, die Nachqualifizierung von Pflegekräften zu erleichtern, um den Fachkräftebedarf zu sichern. So enthält § 7 AltPflG zahlreiche Möglichkeiten, die reguläre Dauer der Ausbildung bei entsprechender Vorbildung zu verkürzen. Dies gilt insbesondere für Alten- oder Krankenpflegehelfer.

Im Rahmen der bundesweiten Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (in den Jahren 2012 bis 2015) wurde mit § 7 Abs. 4 AltPflG ein weiterer Verkürzungstatbestand geschaffen: Bei Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung nach dem SGB III ist für Personen, die einschließlich der Ausbildung in einem Umfang, der einer Vollzeitbeschäftigung von mindestens zwei Jahren entspricht, in einer Pflegeeinrichtung gemäß § 71 SGB XI beschäftigt waren, die Dauer der Maßnahme gegenüber der Regelausbildung auf der Grundlage einer Kompetenzfeststellung um ein Drittel der Ausbildungszeit zu verkürzen. Dies ermöglicht auch den als ungeschulte Helfer tätigen Personen eine Verkürzung der Ausbildung zum Altenpfleger, wenn ein entsprechendes Kompetenzfeststellungsverfahren bestanden wird.

Die Förderung erfolgt meist über das Programm der Bundesagentur für Arbeit mit der Bezeichnung *We-GebAU* (Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen) auf der Basis des SGB III. Es soll das Interesse und die Bereitschaft von Betrieben und Beschäftigten an Weiterbildung wecken. Die in Betracht kommenden Förderinstrumente des SGB III sind der Arbeitsentgeltzuschuss und die Förderung beruflicher Weiterbildung mit Weiterbildungskosten für Ältere oder für Ungelernte. Der Arbeitsentgeltzuschuss wird dem Arbeitgeber gewährt. Die Weiterbildungskosten werden an den Arbeitnehmer gezahlt.

Weiterbildungen wie etwa zur „Gerontopsychiatrischen Fachkraft“ können ohne Niveauverlust nicht beliebig verkürzt werden. Die Weiterbildungen zur gerontopsychiatrischen Fachkraft sowie Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Praxisanleitung wurden in der AVPfleWoqG verbindlich geregelt.

Durch die zum 1.7.2009 in Kraft getretene Einbeziehung der Altenpflege in den Anwendungsbereich des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes (AFBG – „Meister-BAföG“) gilt die Förderung nach dem AFBG bundesweit für Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege. Anträge sind bei der zuständigen Regierung zu stellen.

Weiterbildungsinstitute können für die „Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung“ sowie „Praxisanleitung“ auf Antrag über die Förderrichtlinie „Fortbildung der in den Bereichen Altenpflege, Altenarbeit, Behindertenhilfe, psychiatrische Versorgung, AIDS sowie Suchtkrankenhilfe tätigen Personen“ Drittmittel erhalten. Gemäß § 58 AVPfleWoqG können Weiterbildungen den in der AVPfleWoqG geregelten Weiterbildungen gleichgestellt werden, wenn sie vergleichbar sind und erfolgreich absolviert wurden. Der Antrag ist bei der zuständigen Behörde zu stellen. Gegenwärtig ist dies die Regierung von Mittelfranken.

## 2.2 Akademisierung in der Pflege

### 2.2.1 Welche Konzepte, Curricula etc. hat die Staatsregierung, um die angestrebte Akademisierung in der Pflege umzusetzen? Ist der Ausbau von weiteren Lehrstühlen für Pflegewissenschaften an bayerischen Universitäten und Fachhochschulen geplant?

Die akademische Ausbildung ergänzt die berufliche Bildung im Pflegebereich. Dementsprechend hält es beispielsweise der Wissenschaftsrat für sinnvoll, dass 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen akademisch qualifiziert werden.

Die Studiengänge sind grundsätzlich weitgehend für die einschlägigen Berufsgruppen geöffnet. An bayerischen Hochschulen für angewandte Wissenschaften (HAWen) existieren unter anderem Studiengänge in den Bereichen Pflegepädagogik (Bachelor) und Pfl-

gemanagement (Bachelor); hierzu wird ergänzend auf die Antwort zur Ziffer 2.2.5 hingewiesen.

Für eine akademische Qualifizierung im Bereich der Pflege und des Pflegemanagements wurden an einer Vielzahl von Hochschulstandorten (staatliche HAWen München, Hof, Neu-Ulm, Rosenheim und Würzburg-Schweinfurt sowie der Technischen Hochschule Degendorf und der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg, Hochschulen in kirchlicher Trägerschaft in München, Nürnberg und Eichstätt) Pflegestudiengänge und duale Studiengänge eingerichtet bzw. entwickelt. Zusätzlich soll an der HAW Kempten ab dem Sommersemester 2016 der Bachelorstudiengang „Geriatrische Therapie, Rehabilitation und Pflege“ angeboten werden.

Bei dualen Studiengängen können die Studierenden in der Regel parallel zu einem Hochschulstudium Pflege oder Pflegewissenschaft eine Ausbildung in einem Pflegeberuf (Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege) durchlaufen und den Berufsabschluss erwerben. Pflegestudiengänge sind aufgrund ihrer Nähe und häufigen Anbindung an Berufsfachschulen und des notwendigen Praxisanteils bislang überwiegend HAW-Studiengänge. Die Errichtung neuer (zusätzlicher) Lehrstühle für Pflegewissenschaften könnte strukturell nur an den Universitäten im Bereich der hochschulmedizinischen Abteilungen erfolgen. Zu bedenken ist, dass für die Errichtung solcher Lehrstühle nebst Ausstattung angesichts der angespannten Haushaltslage derzeit kein finanzieller Spielraum gesehen wird. Die Universitäten müssten daher vorhandene Personal- und Sachmittel umwidmen und für die Pflegewissenschaft bereitstellen. Die entsprechende Prioritätensetzung obliegt den Hochschulen im Rahmen ihrer Hochschulentwicklungsplanung und Hochschulautonomie eigenverantwortlich.

### 2.2.2 Was wurde konkret unternommen, um Lehrstühle für Pflegewissenschaft in Bayern einzurichten?

Die Staatsregierung fördert grundsätzlich nicht einzelne Professuren, sondern stellt den Hochschulen Mittel für Forschung und Lehre zur Verfügung, die diese entsprechend dem Grundsatz der Wissenschaftsfreiheit eigenverantwortlich einsetzen. Die bayerischen Hochschulen setzen sich bei der Schaffung und Besetzung von Lehrstühlen und Professuren intensiv damit auseinander, ob, und, wenn ja, mit welcher fachlich-inhaltlichen Ausrichtung diese im Rahmen ihrer fachlich-inhaltlichen Zuständigkeit und im Rahmen von Berufungsverfahren, die dem Selbstergänzungsrecht des Lehrkörpers Rechnung tragen, auf Grundlage der jeweils vor Ort bestehenden Notwendigkeiten und des in Forschung und Lehre bestehenden Bedarfs besetzt werden sollen.

So weit als möglich unterstützt die Staatsregierung in kontinuierlichen Gesprächen das Engagement und die Initiativen der Hochschulen. Beispielsweise wurde am

Standort Mühldorf am Inn für die HAW Rosenheim kürzlich eine Professorenstelle der Besoldungsgruppe W2 und eine halbe Stelle der Entgeltgruppe E10 für den neu eingerichteten Studiengang Pflege im Rahmen der wissenschaftsgestützten Struktur- und Regionalisierungsstrategie zur Verfügung gestellt.

### 2.2.3 Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Pflegeforschung und -wissenschaft in Bayern und insbesondere den wissenschaftlichen Nachwuchs in Bayern zu fördern?

Der Staatsregierung wie auch den Hochschulen ist bewusst, dass an den HAWen neben Bachelor-Studiengängen auch die Weiterqualifizierung in Master-Studiengängen im Pflegebereich sinnvoll ist. An der Katholischen Stiftungsfachhochschule München wird daher seit dem Sommersemester 2015 der Masterstudiengang „Pflegerwissenschaft – Innovative Versorgungskonzepte“ mit jährlich 25 Studienplätzen angeboten.

Bereits seit dem Sommersemester 2009 existiert dort der Masterstudiengang „Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben“.

Darüber hinaus bietet die Virtuelle Hochschule Bayern (www.vhb.de) die Online-Vorlesung „Einführung in die angewandte Pflegeforschung“ an, die speziell für Studierende im Grundstudium eines gesundheitlichen und pflegerischen Studienganges konzipiert ist.

Aber auch Promotionen sind im Bereich der Pflegewissenschaft bereits seit längerer Zeit üblich; die erste Dissertation in diesem Bereich erschien bereits im Jahr 1978. Die Rahmenbedingungen dieser wissenschaftlichen Qualifikation dürften sich künftig über den Weg der Verbundpromotion für Absolventinnen und Absolventen einer bayerischen HAW verbessern.

### 2.2.4 Wie viele qualifizierte Lehrer/Hochschullehrer gibt es für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften in Bayern?

Der Staatsregierung liegen hierzu keine Zahlen vor. Eine eindeutige Zahl ließe sich auch nur schwer herleiten, da sich die pflegerelevanten Fachgebiete meist in zahlreichen Differenzierungen in verschiedenen Studienfeldern und Studiengängen widerspiegeln und insoweit eine Abgrenzung nicht möglich machen.

### 2.2.5 Wie viele Studienplätze für Pflege stehen in Bayern zur Verfügung und mit welcher Ausrichtung?

Im Grundsatz werden an bayerischen Hochschulen in nicht zulassungsbeschränkten Studiengängen Studierende entsprechend den vorhandenen Kapazitäten und der zugehörigen Nachfrage aufgenommen. Die konkrete Zahl der Studierenden im Pflegebereich ist starken Schwankungen unterworfen. Zudem erschwe-

ren die unterschiedlich ausgerichteten Curricula eine überschneidungsfreie Zuordnung zu Gesundheits- und Pflegestudiengängen. Im Wintersemester 2014/2015 belegten an den bayerischen HAWen insgesamt 1.227 Studierende die Fächer Pflegewissenschaft/-management (ohne Beurlaubungen und Exmatrikulationen).

Diese verteilten sich folgendermaßen auf die einzelnen HAWen:

- HAW München: 267 (dualer Bachelorstudiengang Pflege),
- Katholische Stiftungsfachhochschule München: 371 (Pflegermanagement B.A., Pflegepädagogik B.A., Pflege dual B.Sc.; Masterstudiengang Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben),
- OTH Regensburg: 107 (Bachelor Pflege [dual]),
- Evangelische Hochschule Nürnberg: 355 (Gesundheits- und Pflegermanagement B.A.; Gesundheits- und Pflegepädagogik B.A.; Pflege Dual B.Sc.; Angewandte Pflegewissenschaften B.Sc.),
- TH Deggendorf: 127 (Pflegepädagogik B.A. – berufsbegleitend –; Pflege dual B.Sc.).

Dazu kamen noch Studierende im Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement B.A. an der HAW Würzburg-Schweinfurt sowie im Teilzeitstudiengang Pflegewissenschaft B.Sc. an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Seit dem Sommersemester 2015 bietet zudem die Katholische Stiftungsfachhochschule München den Masterstudiengang „Pflegerwissenschaft – Innovative Versorgungskonzepte“ an. Dort stehen jährlich 25 Studienplätze zur Verfügung.

Die HAW Rosenheim hat zum Wintersemester 2015/2016 den dualen Studiengang Pflege B.Sc. eingerichtet; die Lehrveranstaltungen finden überwiegend am Standort Mühldorf am Inn statt. Hierzu wird ergänzend auf die Antwort zur Ziffer 2.2.2 verwiesen. Ferner können an der Technischen Hochschule Deggendorf 20 Studierende pro Durchgang den M.B.A. Health Care Management erwerben.

### 2.2.6 In welchem Umfang und Zeitraum ist der Ausbau an Studienplätzen im Bereich Pflege, z.B. Pflege dual, angedacht?

Die Entwicklung neuer Studiengänge beruht weitgehend auf autonomen Entscheidungen der Hochschulen. Die Konzeption von Studiengängen ist entsprechend Teil der akademischen Selbstverwaltung und wird gemäß Art. 25 Abs. 3 Nr. 4, Art. 26 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 BayHSchG in den Hochschulen von den jeweils zuständigen Gremien (Senat bzw. Hochschulrat) wahrgenommen. Dementsprechend obliegt auch der Ausbau des Studienangebots im Bereich Pflege den Universitäten und HAWen im Rahmen ihrer Hochschulautonomie.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch in anderen Fächern als im Bereich Pflege ein Bedarf an zusätzlichen Studienplätzen entstehen kann und die Hochschulen insoweit eigene Prioritäten je nach ihrer fachlichen Ausrichtung setzen können.

Die gegenwärtige deutliche Ausweitung der Studienangebote im Gesundheitswesen bestätigt den grundlegenden Bedarf und die Nachfrage in diesem Bereich. Die Staatsregierung unterstützt hierbei die Fachkonzeptionen gleichermaßen unabhängig vom dualen oder nicht dualen Charakter des Studiums.

### **2.2.7 Auch im Bereich der pädagogisch qualifizierten Pflegefachpersonen ist ein extremer Mangel zu verzeichnen. Was hat die Staatsregierung bisher unternommen, um den Mangel an Pflegelehrern und -lehrerinnen an Berufsfachschulen der Alten- und Krankenpflege zu beheben?**

Mehrere HAWen bieten spezielle Bachelor-Studiengänge an, um dem Bedarf an Pflegelehrerinnen bzw. Pflegelehrern an Berufsfachschulen der Alten- und Krankenpflege gerecht zu werden: An der Evangelischen Hochschule Nürnberg besteht der Studiengang „Gesundheits- und Pflegepädagogik“, der die Absolventinnen und Absolventen unter bestimmten Voraussetzungen zur Tätigkeit als Gesundheits- und Pflegepädagogin bzw. -pädagoge an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens qualifiziert. Die Katholische Stiftungsfachhochschule München bereitet mit dem Studiengang „Pflegepädagogik“ ebenfalls auf eine Tätigkeit an Berufsfachschulen im Gesundheitswesen vor. Schließlich dient auch der berufsbegleitende Bachelor-Studiengang „Pflegepädagogik“ an der Technischen Hochschule Deggendorf der Ausbildung von Fachlehrerinnen und Fachlehrern für Pflegeberufe und therapeutische Berufe auf akademischem Niveau.

## **2.3 Generalistische Pflegeausbildung**

### **2.3.1 Wie weit ist die Staatsregierung mit der Konzipierung einer generalistischen Ausbildung im Gesundheits- und Pflegewesen in ganz Bayern, die auch einen direkten Berufseinstieg in alle Tätigkeitsfelder ermöglicht, nachdem die Modellprojekte positiv verlaufen sind?**

Die Zuständigkeit für die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung obliegt dem Bund. Am 13.01.2016 hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf für das Reformvorhaben vorgelegt.

### **2.3.2 Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Einführung eines Berufsrechts für die Pflegeberufe? Wird dies von der Staatsregierung unterstützt und gefördert?**

Die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung wird befürwortet. Eine Anpassung der Rahmenbedingungen an die geänderten Anforderungen im Berufsalltag und eine qualitative Weiterentwicklung der Pflegeausbildung sind zwingend erforderlich, um langfristig Fachkräfte zu gewinnen und zugleich einen hohen Standard der Ausbildung zu sichern.

## **2.4 Pflegekammer/-interessenvertretung**

### **2.4.1 In einer repräsentativen Umfrage unter Pflegefachpersonen sprachen sich 50 Prozent der Befragten für die Errichtung einer Pflegekammer aus, der Kompromissvorschlag einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft statt einer Pflegekammer wurde am runden Tisch von den Pflegevertretern abgelehnt, wie berücksichtigt dies die Staatsregierung?**

In einer repräsentativen Umfrage im Jahr 2013 unter den beruflich Pflegenden in Bayern haben zwar 50 % der Pflegekräfte auf die Frage, ob in Bayern eine Pflegekammer eingerichtet werden soll, mit „Ja“ geantwortet. Dabei lehnten jedoch 48 % der Befragten eine Pflegekammer aufgrund der Pflichtmitgliedschaft ab und 51 % waren der Meinung, dass eine Pflegekammer aufgrund des Mitgliedsbeitrags abzulehnen sei. Diese Teilergebnisse der Umfrage dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Darum greift das „Bayerische Modell“ genau diese Stimmungslage unter den bayerischen Pflegekräften auf. Eine starke Interessenvertretung, allerdings ohne Pflichtmitgliedschaft und Pflichtbeiträge.

### **2.4.2 Wie kann bei dem Vorschlag des Gesundheitsministeriums verhindert werden, dass Akteure außerhalb der Profession Einfluss auf die Körperschaft erhalten mit der Folge, dass nicht mehr ausschließlich die Interessen und Belange der Profession Pflege vertreten würden?**

Es ist vorgesehen, dass nur Pflegekräfte, deren Berufsfachverbände und Gewerkschaften Mitglied der Körperschaft werden können. Den Organen der Körperschaft (Vorstand und Vollversammlung) werden als Delegierte ausschließlich Pflegekräfte angehören. Damit ist gewährleistet, dass die Belange der Profession nur von den Berufsangehörigen selbst vertreten werden. Einrichtungsträger sollen lediglich in einem Beirat eingebunden werden, der weder ein Organ der Körperschaft noch ein oberstes Aufsichtsgremium sein wird. Der Beirat soll in bestimmten Bereichen, die die Interessen der Pflegeeinrichtungen essenziell tangieren, an Entscheidungen der Körperschaft mitwirken. Die Expertise der Einrichtungsträger in dieser Weise einzubinden ist sachgerecht, zumal rund 90 % aller Pflegekräfte abhängig beschäftigt sind und – anders als bei anderen Berufen – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Träger häufig durch dieselbe Organisation vertreten werden.

**2.4.3 Wie kann eine langfristige Beständigkeit in dem vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vorgeschlagenem Modell sichergestellt werden, wenn keine eigene Einnahmequelle für dieses Modell besteht?**

Die „Interessenvertretung“ als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen. Diese muss vom Landtag beschlossen werden, wobei auch eine Regelung zur Finanzierung getroffen werden muss. Damit ist die Beständigkeit der Institution gewährleistet, zumal der Landtag auch über den Staatshaushalt und die Mittel für die Interessenvertretung beschließt.

**2.4.4 Wie soll die Unabhängigkeit der Entscheidungen gewährleistet werden?**

Die Entscheidungsorgane der Körperschaft (Vorstand und Vollversammlung) sind ausschließlich mit Pflegekräften besetzt. Der Staat hat – wie bei einer klassischen Kammer – nur die Rechtsaufsicht über die Körperschaft (sofern es sich nicht um übertragene Staatsaufgaben handelt), so dass die Unabhängigkeit der Entscheidungen der Körperschaft jederzeit gewährleistet ist. Vgl. hierzu auch die Antwort zur Ziffer 2.4.2.

**2.4.5 Welche Schritte hat die Staatsregierung seit dem Vorliegen der Ergebnisse der repräsentativen Umfrage zur Pflegekammer eingeleitet, um dem festgestellten Informationsdefizit der Pflegekräfte entgegenzuwirken?**

Unter Einbeziehung sämtlicher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Bayern wurden die Pflegekräfte seit September 2015 objektiv über das Modell einer Interessenvertretungskörperschaft ohne Pflichtmitgliedschaft und Beitragspflicht informiert. Der Internetauftritt des StMGP hält eine Vielzahl von Hinweisen und Informationen bereit ([www.stmgp.bayern.de/pflege/interessenvertretung](http://www.stmgp.bayern.de/pflege/interessenvertretung)). Zudem kann sich jede interessierte Person im Internetauftritt des StMGP für die Übermittlung von Newslettern zur Thematik Interessenvertretung anmelden.

**2.4.6 Wann ist mit einer konkreten Ausgestaltung des nur in Grundsätzen veröffentlichten Vorschlags des Gesundheitsministeriums zu rechnen?**

Ein entsprechender Gesetzentwurf wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2016 vorgelegt werden.

**2.4.7 Wie viele Mitarbeiter gibt es gegenwärtig im Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mit pflegefachlicher oder pflegewissenschaftlicher Expertise? Ist es vorgesehen, diesen Anteil zu erhöhen?**

Im StMGP sind zwei Beschäftigte mit pflegefachlicher oder pflegewissenschaftlicher Expertise tätig. Bei Stellenausschreibungen wird für Stellen, die einen Bezug zu pflegefachlichen oder pflegewissenschaftlichen Themen haben, im Anforderungsprofil auch ein abgeschlossenes Studium als Diplompflegewirt (FH) und/oder ein Bachelor Pflegemanagement besonders genannt. Bewerberinnen und Bewerber mit einer derartigen Qualifikation werden entsprechend berücksichtigt.

**2.4.8 Wie ist es zu erklären, dass das bayerische Gesundheitsministerium am 3. Dezember 2014 eine PM mit dem Titel „Huml: Bayerns Pflegekräfte pro Pflegekammer – Ergebnis der repräsentativen Umfrage liegt vor“ veröffentlicht und sich dann doch gegen eine Pflegekammer ausspricht?**

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 2.4.1 verwiesen.

**2.5 Patienten- und Pflegebeauftragter**

**2.5.1 In wie vielen Fällen und zu welcher Art von Fragen (beispielsweise Missständen, Qualität, Dokumentationspflicht, Verletzung der Privatsphäre etc.) wurde der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung angefragt? In wie vielen Fällen konnte den Ratsuchenden unmittelbar geholfen werden, in wie vielen Fällen wurden sie an andere Stellen weiterverwiesen?**

Seit dem Amtsantritt des Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung am 1.2. 2014 sind bis zum 31.12.2015 448 Fragen telefonisch und schriftlich (postalisch, per E-Mail) zum Themenbereich Pflege in seiner Geschäftsstelle eingegangen. In der nachstehenden Übersicht sind die Fragen sowie die unmittelbaren Hilfen und die Verweise auf andere Stellen dargestellt.

Folgende Themenbereiche zur Pflege dominieren bei den Ratsuchenden: Pflegeheim, rechtliche Regelungen, Pflegepolitik, Einstufung in die Pflegestufe, ambulante Pflegedienste, Pflege zu Hause, Pflegehilfsmittel, ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie Leistungen für pflegende Angehörige.

In 408 Fällen (91 %) konnte den Ratsuchenden durch telefonische Beratungen oder schriftliche Stellungnahmen unmittelbar geholfen werden. In 40 Fällen wurden die Ratsuchenden an andere Stellen, wie z.B. das StMGP, das StMAS, das StMJ, die Beauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung oder den Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz verwiesen.

**Übersicht:**

Themenbereiche zur Pflege sowie unmittelbare Hilfen und Verweise an andere Stellen im Erfassungszeitraum 1.2.2014 bis 31.12.2015:

Themen zum Bereich Pflege	Anzahl der Fälle	Anzahl der Fälle mit unmittelbarer Hilfe	Anzahl der Fälle mit Verweis an andere Stellen
Pflegeheim	149	139	10
Rechtliche Regelungen	95	87	8
Pflegepolitik	37	31	6
Einstufung Pflegestufe	39	37	2
Sonstiges	39	30	9
Ambulante Pflegedienste	31	30	1
Pflege zu Hause	32	29	3
Pflegehilfsmittel	17	16	1
Ambulant betreute Wohn- gemeinschaften	6	6	0
Leistungen für pflegende Angehörige	3	3	0
<b>Gesamt</b>	<b>448</b>	<b>408</b>	<b>40</b>

**2.5.2 Welche Aufgaben hat der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung darüber hinaus seit seiner Einsetzung erfüllt, z.B. als „Sprachrohr“, und welche konkreten Ergebnisse sind daraus hervorgegangen?**

Neben der Hilfe für Ratsuchende hat der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung unzählige Gespräche mit Einzelpersonen, aber auch Verbänden und Institutionen, Universitäten und Einrichtungen aus dem Bereich der Pflege geführt.

Öffentlichkeitswirksam hat er z.B. nachstehende Themen aus dem Bereich der Pflege angestoßen oder unterstützt:

**Allgemeinverbindlicher Tarifvertrag für die gesamte Pflegebranche**

Der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung setzte sich bereits seit Beginn seiner Amtszeit - ebenso wie die Staatsregierung - für eine leistungsgerechtere Bezahlung der Pflegekräfte ein. Ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag ist nach seiner Meinung ein Baustein, um mehr Personal zu gewinnen und letztendlich die Qualität der Pflege zu verbessern. Deswegen hat er im November 2014 Vertreter der großen Wohlfahrtsverbände, der Berufsorganisationen, der Kassen, der Arbeitgeberverbände, der Gewerkschaften, der kommunalen Spitzenverbände und der Ausbildungsinstitutionen zu einer Anhörung nach Nürnberg eingeladen, um die Möglichkeiten

eines einheitlichen Tarifvertrages in der Altenpflege auszuloten.

Die breite Mehrheit der Teilnehmer war sich einig, dass ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag für Auszubildende nötig und machbar ist. Nach vorliegenden Informationen sind zwischenzeitlich die internen Abstimmungsprozesse innerhalb der Wohlfahrtsverbände abgeschlossen und entsprechende Entwürfe für Tarifverträge von ver.di und den Wohlfahrtsverbänden ausgearbeitet. Diakonie und Caritas haben sich kürzlich ebenfalls mit dem Thema beschäftigt. Der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung wird auch weiterhin allen zuständigen Beteiligten beratend zur Verfügung stehen.

**Generalistische Pflegeausbildung**

Der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung setzt sich für eine generalistische Pflegeausbildung ein.

**Pflegetruck**

Intensiv begleitete der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung die bayernweite Pflegekampagne „Für 100 Prozent liebevoll gepflegte Menschen“, die von den beiden großen Kirchen und ihren Verbänden, der Diakonie und der Caritas, initiiert worden ist. In rund 30 Städten wurde zwischen März und Oktober 2015 das Thema „Pflege“ mit der Öffentlichkeit diskutiert. Zentrales Instrument

der Kampagne war ein Truck, der durch Bayern tourte. Mithilfe von Aktions- und Mitmach-Stationen wie dem Pfleg-O-Mat oder der Pflege-Sanduhr sollte dieser besonders für die Aspekte Zeit, Geld und Personal sensibilisieren. Im begehbaren LKW erzählten Pflegeprofis von ihrem Beruf, stellten Ausbildungswege vor und zeigten Karrierechancen auf. Der Patienten- und Pflegebeauftragte stellte sich in vielen Städten der Diskussion.

### **Forderung einer deutlichen Korrektur der Pflege-TÜV-Benotung**

Der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung setzt sich für eine Änderung des Benotungssystems ein (Pflege-TÜV). Eine völlige Abschaffung lehnt er ab, da auch in Zukunft ein Bewertungssystem nötig ist, das klare Aussagen trifft und von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen leicht zu verstehen ist. Zudem forderte er, dass bereits veröffentlichte Prüfberichte des MDK so „übersetzt“ werden müssen, dass sie auch für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich sind.

### **Pflegekammer als Interessenvertretung der Pflegekräfte**

Frau Staatsministerin Melanie Huml hat in ihrer Regierungserklärung am 19. Mai 2015 eine Interessenvertretung der Pflegenden als Körperschaft des öffentlichen Rechts vorgeschlagen, die sich aus staatlichen Mitteln finanziert. In dieser können neben den Pflegekräften auch Pflegeverbände eine freiwillige Mitgliedschaft eingehen. Der Landtag hat mit Beschluss vom 28. Oktober 2015 (Drs. 17/8711) die Schaffung einer Pflegekammer für Bayern abgelehnt. Bei der namentlichen Abstimmung hat der Patienten- und Pflegebeauftragte für eine Pflegekammer gestimmt.

Der Patienten- und Pflegebeauftragte wird die weitere Ausgestaltung der Interessenvertretung der Pflegenden durch das StMGP abwarten.

### **2.5.3 Das Amt des Pflegebeauftragten der Staatsregierung soll eine gewisse Unabhängigkeit mit sich bringen. Gab es Themen oder Vorfälle, bei denen der Pflegebeauftragte eine vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege oder von der Staatsregierung abweichende Meinung vertreten hat und wenn ja, welche waren dies?**

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 2.5.2 verwiesen.

## **2.6 Arbeitsbedingungen in der Pflege**

### **2.6.1 Sind verbindliche Personalbemessungsinstrumente für den stationären und ambulanten Bereich geplant? Wenn ja, welche und wann sollen sie verbindlich werden?**

Das PSG II sieht im Kapitel „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ einen neuen § 113c SGB XI vor. Dieser dient der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen. Demzufolge müssen die Vertragsparteien des neu einzurichtenden Qualitätsausschusses (Nachfolger der bisherigen Schiedsstelle) im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMAS die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherstellen. Zu diesem Zweck sind fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Die Umsetzung dieser Aufgabe hat bis zum 30.06.2020 zu erfolgen.

### **2.6.2 Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

#### **2.6.2.1 Welche flexiblen Lebensarbeitszeitmodelle gibt es, um die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu gewährleisten, und welche werden von der Staatsregierung geplant?**

Die Gestaltungsmöglichkeiten flexibler Lebensarbeitszeitmodelle in ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen entsprechen grundsätzlich den flexiblen Arbeitszeitregelungen anderer Branchen. Vereinbarungen zu Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit inklusive Arbeitszeitguthaben und die Absicherung des Risikos bei vorzeitiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses obliegen den Vertragsparteien.

Für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Bayern haben Staatsregierung und bayerische Wirtschaft (Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, Bayerischer Industrie- und Handelskammertag, Bayerischer Handwerkstag) im Jahr 2014 den „Familienpakt Bayern“ geschlossen. Gemeinsames Ziel ist, die Arbeitswelt in Bayern noch familienfreundlicher zu gestalten. Wesentliches Element des Familienpakts Bayern ist die von PricewaterhouseCoopers AG in Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (FFP) betriebene Servicestelle, die als zentrale Ansprechpartnerin für Unternehmen in Bayern bei der Umsetzung einer familienfreundlichen Personalpolitik fungiert (unter [servicestelle@familienpakt-bayern.de](mailto:servicestelle@familienpakt-bayern.de) sowie unter der Telefonnummer 089/ 5790-6280 erreichbar). Die Servicestelle hat am 1.9. 2015 ihre Arbeit aufgenommen; das Online Informationsportal wurde am 3.2.2016 freigeschaltet ([www.familienpakt-bayern.de](http://www.familienpakt-bayern.de)).

Ziel ist es, die zahlreichen existierenden Informationen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf dort für Bayern zusammenzufassen, konkrete Maßnahmen und Hilfestellungen darzustellen, vorbildhafte Unternehmen und Mitglieder des „Familienpakts Bayern“ vorzustellen, sowie über Veranstaltungen zu informieren.

Laut Auskunft der Freien Wohlfahrtspflege Bayern haben sich in einigen Unternehmen so genannte Zeitwertkonten durchgesetzt. Zeitwertkonten sind Wertguthaben auf langfristig bereitgestellten Arbeitszeitkonten, die in Geld geführt werden. Beschäftigte können dieses Guthaben aufbauen, um eine spätere bezahlte Freistellung von der Arbeit zu erwirken.

Die Freie Wohlfahrtspflege Bayern ist der Auffassung, dass die Gestaltung und Aushandlung von Lebensarbeitszeitmodellen den Tarifpartnern überlassen bleiben sollte.

Der bpa teilt hierzu, auch in Bezug auf die Fragestellung zur Ziffer 2.6.2.2, mit, Lebensarbeitszeitmodelle zur besseren Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie seien in den bisherigen Verhandlungen seiner Mitgliedseinrichtungen und den Kostenträgern nicht thematisiert worden. Er habe sich mit dem Thema einer familienbewussten Personalpolitik aber auseinandergesetzt und gemeinsam mit dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK), dem Netzwerkbüro *Erfolgsfaktor Familie* sowie der Universität Kiel eine Studie zur Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf durchgeführt ([www.presseportal.de/pm/17920/2782340](http://www.presseportal.de/pm/17920/2782340)). Zwischenzeitlich wurde aus den Erkenntnissen der Studie ein Leitfaden mit der Bezeichnung „Mit Familienfreundlichkeit Personal gewinnen. Leitfaden für Personalmarketing mit dem Erfolgsfaktor Familie“ erstellt.

Der Leitfaden bietet einen Überblick über Bewerbergruppen, über Möglichkeiten der regionalen Suche und über die richtige Ansprache des Themas Familie im Bewerbungsgespräch. Ansprechen möchte der Leitfaden diejenigen in Unternehmen, die sich mit strategischer Personalplanung beschäftigen und ihr Unternehmen noch attraktiver für den Fachkräftenachwuchs machen möchten. Der Leitfaden kann im Netzwerkbüro ([netzwerkbuero@dihk.de](mailto:netzwerkbuero@dihk.de)) oder unter [www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=570](http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=570) (Wissen und Praxis) bestellt werden.

### **2.6.2.2 Wie häufig und von welchen Einrichtungen werden diese Modelle von Pflegediensten in Bayern tatsächlich angeboten und wie häufig genutzt?**

Hierzu liegen der Staatsregierung weder Erkenntnisse noch ausreichend aussagefähige statistische Erhebungen vor. Es ist aber davon auszugehen, dass Lebensarbeitszeitmodelle hauptsächlich von größeren Einrichtungen und Diensten angeboten werden, da der logistische und personelle Aufwand relativ hoch sein dürfte.

### **2.6.2.3 Insbesondere junge Mütter, die im Pflegebereich arbeiten, sind oftmals auf Teilzeitleisten angewiesen. Kann eine alleinerziehende Mutter von diesem Gehalt leben? Welche anderen Möglichkeiten der Vereinbarkeit gibt es?**

Seitens der Staatsregierung kann die Frage, ob alleinerziehende Mütter, die im Pflegebereich arbeiten und teilzeitbeschäftigt sind, von ihrem Gehalt leben können, nicht pauschal beantwortet werden. Dies hängt in erster Linie von der individuellen Tätigkeit im Pflegebereich, dem jeweils gewählten Teilzeitmodell und sonstigen Lebensumständen ab. Die Festsetzung von Vergütungen ist nicht Angelegenheit der Staatsregierung, sondern Sache der Arbeitsvertragsparteien.

Zur Höhe der Gehälter in der Pflege hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann jüngst die Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung „Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient“ vorgestellt. Die Studie ist im Webauftritt des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung unter [www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de) abrufbar. Im Zentrum steht eine aktuelle Bestandsaufnahme der Bruttoentgelte von Kranken- und Altenpflegern, die auf Grundlage der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit für Vollzeitbeschäftigte und nach Bundesländern differenziert durchgeführt wurde. Flankiert werden diese Ergebnisse durch zusätzliche Analysen auf Grundlage des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes. Sie zeigen einerseits, dass auch in der Altenpflege Gehälter gezahlt werden, die dem Vergleich mit vielen anderen Ausbildungsberufen standhalten, andererseits werden aber auch Gehaltsunterschiede zwischen Beschäftigten in Einrichtungen der Altenpflege und denen in Krankenhäusern deutlich. Wie in jedem Beruf erhalten Teilzeitbeschäftigte ihr Gehalt nur anteilig.

Im Falle eines eventuell nicht ausreichenden Familieneinkommens bieten Familien- und Sozialleistungen (z.B. Kindergeld, Elterngeld, Bayerisches Betreuungsgeld, Landeserziehungsgeld, Wohngeld, Kinderzuschlag, aufstockende SGB-II-Leistungen samt Mehrbedarfzuschlag für Alleinerziehende, Unterhaltsvorschuss) Einkommensergänzung und existenzielle Sicherung für junge Eltern mit Blick auf die unterschiedlichen Familien- und Erwerbskonstellationen.

Über die Sicherung eines ausreichenden Familieneinkommens hinaus werden alleinerziehende Elternteile, aber auch alle Eltern durch weitere Maßnahmen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt.

Ein wesentlicher Beitrag hierzu sind bedarfsgerechte Kinderbetreuungsangebote. Der Freistaat Bayern unterstützt seit Jahren die zuständigen Kommunen beim Ausbau der Kindertageseinrichtungen mit erheblichen Landesmitteln. Die staatliche Betriebskostenförderung (allein im Jahr 2015 etwa 1,4 Mrd. Euro) ermöglicht Angebote mit Betreuungszeiten einschließlich langer Öffnungszeiten zur Randzeitenbetreuung. Über die

ebenfalls staatlich geförderten Angebote der Tagespflege können für besondere Arbeitszeiten weitere Betreuungsangebote vor Ort zur Verfügung gestellt werden. Ganztagsangebote für Schulkinder werden ausgeweitet.

Zweite Säule einer guten Vereinbarkeit ist eine familienfreundliche Arbeitswelt. Arbeitgeber sind gefordert, Eltern Zeit für Familie zu ermöglichen; dies muss auch für die Gesundheits- und Pflegebranche gelten. Die Staatsregierung unterstützt seit Jahren mit verschiedenen Projekten die Unternehmen bei der Etablierung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur. Mit dem im Juli 2014 geschlossenen Familienpakt sollen hier weitere Verbesserungen angestoßen werden. Ergänzend wird auf die Antwort zur Ziffer 2.6.2.1 verwiesen.

#### **2.6.2.4 Welche Möglichkeiten gibt es, die Pflegeausbildung in Teilzeit zu absolvieren?**

Die Zeitdauer der Ausbildung an Berufsfachschulen für Altenpflege umfasst in der Regel drei Jahre. Mit Genehmigung der Schulaufsichtsbehörde kann die Ausbildung in der Altenpflege auch in vier- oder fünfjähriger Teilzeitform durchgeführt werden. Innerhalb der vier bzw. fünf Schuljahre sind die in der Stundentafel in Anlage 4 der Schulordnung für die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe und Hebammen (BFSO Pflege) ausgewiesenen 2100 Unterrichtsstunden möglichst gleichmäßig zu verteilen. Erfüllen die Schülerinnen bzw. Schüler die Voraussetzungen für eine Verkürzung der Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger nach § 7 AltPflG, dauert die verkürzte Teilzeitausbildung drei Schuljahre. Innerhalb der drei Schuljahre sind insgesamt 1400 Unterrichtsstunden zu erteilen. Die in der Stundentafel der Anlage 4 BFSO Pflege ausgewiesenen 2100 Unterrichtsstunden sind anteilig um jeweils ein Drittel zu kürzen und möglichst gleichmäßig auf die drei Schuljahre zu verteilen.

Die schulische Ausbildung dauert an Berufsfachschulen für Altenpflegehilfe ein Jahr. Mit Genehmigung der Schulaufsichtsbehörde kann die Ausbildung auch in zweijähriger Teilzeitform durchgeführt werden.

An den Berufsfachschulen für Kranken-, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe kann die Ausbildung derzeit nur in Vollzeit absolviert werden.

Es ist beabsichtigt, die zukünftig generalistisch angelegte Pflegeausbildung, deren Gesetzgebungsverfahren läuft, ebenfalls in Teilzeitform anzubieten.

#### **2.6.3 Viele Pflegefachpersonen steigen aufgrund der widrigen Rahmenbedingungen nach kurzer Zeit aus dem Beruf aus. Welche Maßnahmen wurden bisher entwickelt, um Berufsaussteiger für die Pflege zurückzugewinnen?**

Die Formulierung der Fragestellung impliziert, es bestünden hinderliche Grundlagen zur Ausübung des Altenpflegeberufs, die dazu führten, dass Pflegenden diesem Beruf über die Maßen den Rücken kehrten.

Fakt ist, dass in nahezu allen Ausbildungsberufen erhebliche Vertragslösungsquoten bestehen. Laut dem aktuell verfügbaren Bericht des Statistischen Bundesamtes 2013 „Berufsbildung auf einen Blick“ liegt die Vertragslösungsquote bei Berufsausbildungen im Bundesdurchschnitt bei 24,4 %. Für Bayern weist die Statistik einen Wert von 21,1 % auf ([www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bildung\\_ForschungKultur/BeruflicheBildung/Berufsbildung\\_Blick\\_0110019129004.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bildung_ForschungKultur/BeruflicheBildung/Berufsbildung_Blick_0110019129004.pdf?_blob=publicationFile)).

Für den Bereich der Pflege haben die Institute Prognos und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands e.V. im Auftrag des BMG und des BMFSFJ im Jahr 2013 ein Forschungsgutachten zur Finanzierung der Pflegeausbildung erstellt

([www.prognos.com/publikationen/alle-publikationen/434/show/52b8a9d86ea76384bbb285569a13c385](http://www.prognos.com/publikationen/alle-publikationen/434/show/52b8a9d86ea76384bbb285569a13c385)).

Nach den dort gewonnenen Erkenntnissen brechen in Bayern rund zehn Prozent der Altenpflegeschüler die Ausbildung vorzeitig ab. Dieser Wert liegt erheblich unter dem Durchschnitt aller Ausbildungsberufe. Belastbare Erkenntnisse zu den Gründen für eine Vertragslösung sind nicht bekannt.

Die Altenpflegeausbildung soll Auszubildende nicht nur auf die fachlichen, sondern auch auf die psychischen Herausforderungen des Berufes vorbereiten und sie insbesondere während ihrer Ausbildung entsprechend unterstützen und begleiten. Denn nur so kann es gelingen, die Vertragsauflösungsquote in der Altenpflegeausbildung noch weiter zu minimieren und eine solide Basis für einen möglichst langen Verbleib im Beruf zu schaffen.

Das StMGP hat zu Beginn des neuen Schuljahres 2015/2016 das Projekt „Sozialpädagogische Begleitung von Auszubildenden in der Altenpflege“ gestartet. Ziel des Projekts ist die Reduzierung der Abbrecherquote bei den Auszubildenden in der Altenpflege. Mit einer sozialpädagogischen Unterstützung der Auszubildenden durch Sprechstunden und Beratungsgespräche, Koordination von Hilfen (Sprachkurs, Kinderbetreuung, Behördengänge etc.) und Coaching im Umgang mit schwierigen Situationen kann eine nachhaltig positive Wirkung auf die Abbrecherquote erfolgen. Auch Schulungsgespräche mit Lehrkräften oder Vermittlertätigkeit bei der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen mit Besuchen sind im Rahmen des Projekts vorgesehen. Es wird von neun Berufsfachschulen für Altenpflege durchgeführt. Es handelt sich um sechs Einzelprojekte mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

„Sozialpädagogische Begleitung von Schülern in der Altenpflegeausbildung“,

„Bleib dabei“,

„Bleib dran!“,

„SAB – Sozialpädagogische Ausbildungs-Begleitung“,

„PFLEGE plus: Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung vermeiden“,

„Gemeinsam weiter!“.

Durch die Erprobung verschiedener Konzepte soll sich die erfolgreichste Methode herausstellen. Nach einer zweijährigen Projektlaufzeit wird eine Evaluation entsprechend festgelegter Kriterien erfolgen. Bei erfolgreicher Erprobung wird die Möglichkeit einer Aufnahme in das Hauptprogramm des Europäischen Sozialfonds (ESF) durch eine Programmänderung geprüft. Der Freistaat Bayern fördert das Projekt neben dem ESF mit insgesamt 200.000,00 Euro.

Zu den Initiativen im Hinblick auf die Steigerung der Attraktivität des Altenpflegeberufs wird auf die Ausführungen zu den Ziffern 1.10 und 1.11 verwiesen.

Das StMAS fördert gegenwärtig mit Mitteln des Arbeitsmarktfonds ein weiteres wichtiges Projekt mit der Bezeichnung „Gesund und kompetent älter werden in der Altenpflege“ in Trägerschaft der Gesellschaft für Personal- und Organisationsentwicklung Nürnberg (Projektlaufzeit: 01.10.2014 bis 30.09.2016, Fördervolumen: 335.500,00 Euro). Das Projekt setzt auf drei Handlungsebenen an: Fachkräftegewinnung, Arbeitsgestaltung optimieren und Steigerung der Attraktivität des Berufsfelds. Ziel des Projekts ist, die Arbeit in der Altenpflege durch ein gesundes und kompetentes Älterwerden im Pflegeberuf auch in höherem Alter zu ermöglichen und damit den Pflegekräften den Verbleib in der Pflege zu erleichtern. Das Projekt verläuft erfolgreich. Der Start in den beteiligten Projektbetrieben war gut; mittlerweile nehmen sechs fränkische Altenpflegeheime als Pilotunternehmen an dem Projekt teil. Es besteht ein hohes Interesse der Teilnehmenden; die Bedeutung eines regelmäßigen überbetrieblichen Austauschs wird betont. Mit Ergebnissen ist bis Ende des Jahres 2016 zu rechnen.

Darüber hinaus wurden aus dem ESF im Bereich der Qualifizierung von Langzeitarbeitslosen in der Pflege in den letzten fünf Jahren knapp 60 Projekte gefördert. Die Projekte wurden bayernweit von verschiedenen Bildungsträgern durchgeführt. Es handelte sich dabei in der Mehrzahl um Qualifizierungen zu Pflegehelferinnen und Pflegehelfern und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, immer verbunden mit einem Praktikum in einer entsprechenden Pflegeeinrichtung.

Trägerverbände haben zur Frage Folgendes mitgeteilt: Gründe für einen kurz- oder längerfristigen Ausstieg aus der aktiven Berufstätigkeit in der Pflege sind mannigfaltig. Statistisch erfasst werden die Zahlen von Ausbildungsabsolventinnen und Ausbildungsabsolventen, die nach der Ausbildung direkt in das gelernte Berufsfeld einsteigen, nicht.

Das Berufsfeld Pflege bringt darüber hinaus per se einige Bedingungen wie Nachdienste, Wochenendar-

beit oder Arbeit an Feiertagen mit sich, die notwendig für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sind. Es ist in der Praxis auch festzustellen, dass Pflegekräfte zwar für einige Zeit aus dem Beruf ganz oder teilweise aussteigen, aber – wenn es der persönliche Rahmen wieder erlaubt – in den Beruf zurückkehren.

Unternehmerseitig wurden zahlreiche Maßnahmen entwickelt und umgesetzt, um Pflegefachkräfte im Beruf zu halten bzw. wieder zurück zu gewinnen (Auswahl; siehe auch Antwort zur Ziffer 2.6.2.1):

- Anpassung der Dienstzeiten an persönlich bzw. familiär notwendige Faktoren (z.B. Öffnungszeiten von Kindertagesstätten)
- Angebot von Zeitwertkonten
- Angebot von Fort- und Weiterbildungen (berufliche Perspektiven)
- Übernahme weiterer verantwortlicher Aufgaben im Unternehmen
- Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

**2.6.4 Welche Möglichkeit der gesundheitlichen Prävention gibt es für die Angehörigen der Pflegeberufe, einer Berufssparte mit erheblicher körperlicher und psychischer Inanspruchnahme? Von wem werden diese angeboten und finanziert?**

und

**2.6.5 Gibt es Angebote betrieblicher Gesundheitsprävention für die Angehörigen der Pflegeberufe?**

Gemeinsame Antwort zu den Ziffern 2.6.4 und 2.6.5:

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement setzt sich aus den Säulen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes, des beruflichen Eingliederungsmanagements und der Gesundheitsförderung zusammen. Letztere umfasst Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung sowie Suchtprävention.

Der Gesundheits- und Arbeitsschutz und das berufliche Eingliederungsmanagement sind für den Arbeitgeber verpflichtend durchzuführen. Die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist in § 20b SGB V geregelt und obliegt den Trägern der Unfallversicherung, die durch die Krankenkassen unterstützt werden. Gesundheitsförderung hingegen ist eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Seit dem 1.1.2009 ist die Förderung der Mitarbeitergesundheit durch einen Freibetrag von 500,00 Euro je Mitarbeiter und Jahr steuerbegünstigt (§ 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz).

Das StMGP fördert mit dem Programm zur Steigerung der medizinischen Qualität in den hochprädiagnostischen Kurorten und Heilbädern (KuHeMo) auch Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Das Bündnis für gesunde Mitarbeiter ist eine Initiative des Bayerischen Heilbäderverbandes (BHV), der AOK-Bayern, der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (vbw) und des Bayerischen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA Bayern). Die Schirmherrschaft dafür hat Frau Staatsministerin Melanie Huml übernommen.

Mit dem Bündnis wollen die Partnerverbände einen Anreiz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge schaffen. Die Gesundheitsangebote der bayerischen Heilbäder und Kurorte unterstützen Unternehmen in ihrem betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz ermöglicht darüber hinaus den Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit, die gesundheitliche Situation der Beschäftigten einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen zu entwickeln und umzusetzen (siehe auch Antwort zur Ziffer 2.6.6).

Landesweit gibt es zahlreiche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für Angehörige von Pflegeberufen. So bieten Krankenkassen Beratung und Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung an. Beispielsweise berät der „AOK-Service Gesunde Unternehmen“ Betriebe individuell und entwickelt spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen und Programme ([www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/mediathek/gg/spe-zial/gg\\_spezial\\_1111.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/mediathek/gg/spe-zial/gg_spezial_1111.pdf)). Auch die BGW sowie der DBfK setzen sich für die Gesundheitsförderung bei Pflegekräften ein. Sie bieten als beispielhafte Projekte [gdabewegt.de](http://gdabewegt.de), ein Arbeitsprogramm zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen der BGW, oder die Initiative „Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz“ an ([www.dbfk.de](http://www.dbfk.de) und [https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/gdabe-wegt/gdabewegt\\_node.html](https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/gdabe-wegt/gdabewegt_node.html)).

Aus den Wettbewerben um den Bayerischen Präventionspreis des StMGP sind verschiedene Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege bekannt, zum Beispiel das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Einrichtungen des Diakonischen Werks Bamberg Forchheim e.V. „Zeit für Gesundheit“ ([www.zpg-bayern.de/zeit-fuer-gesundheit.html](http://www.zpg-bayern.de/zeit-fuer-gesundheit.html)), der „Gesunde Betrieb Alten- und Pflegeheim Saal an der Donau“ ([www.zpg-bayern.de/gesunder-betrieb.html](http://www.zpg-bayern.de/gesunder-betrieb.html)) oder das Programm „Fit werden – gesund bleiben“ für Mitarbeiter der Donau-Ries-Kliniken und Seniorenheime gKU ([www.zpg-bayern.de/fit-werden-gesund-bleiben.html](http://www.zpg-bayern.de/fit-werden-gesund-bleiben.html)).

Das Betreuungs- und Versorgungsnetzwerk im Kreisverband Kronach des Bayerischen Roten Kreuzes führt die Programme „Fit in der Pflege bis 67“ und „Lebensqualität für Generationen“ (LQG) als Kooperation des Kreisverbands Kronach, der Gemeinde Steinbach

am Wald, des Landkreises Kronach, der Regierung von Oberfranken und regionaler Unternehmen durch. Das Netzwerk LQG bietet durchgängige Betreuungsstrukturen vom Kindes- bis in das Seniorenalter (z.B. Kinderbetreuung außerhalb regulärer Kita-Öffnungszeiten, Ganztagesklassen und außerunterrichtliches Betreuungsprogramm, Hausnotruf, Fahrdienst, Essen auf Rädern, Betreuungsangebote für Senioren). Durch das LQG-Netzwerk wurden auch Kooperationsvereinbarungen mit verschiedenen Gesundheits- und Fitnesseinrichtungen geschlossen ([www.zpg-bayern.de/fit-in-der-pflege-bis-67.html](http://www.zpg-bayern.de/fit-in-der-pflege-bis-67.html)).

Dass der Gesundheitsförderung bereits in der Ausbildung von Pflegekräften eine große Bedeutung zugemessen wird, zeigen exemplarisch folgende Projekte:

- PA-TRES: Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege – ein Programm der Universität Würzburg ([www.zpg-bayern.de/pa-tres.html](http://www.zpg-bayern.de/pa-tres.html)),
- Sport-Arbeitsgemeinschaft der Akademie Städtisches Klinikum München: Ein Angebot für Berufsanfänger in der Gesundheits- und Krankenpflege und andere Beschäftigte ([www.zpg-bayern.de/sport-arbeitsgemeinschaft-der-akademie-staedtisches-klinikum-muenchen.html](http://www.zpg-bayern.de/sport-arbeitsgemeinschaft-der-akademie-staedtisches-klinikum-muenchen.html)),
- Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung: Bewegung und Stressbewältigung für die Auszubildenden an der Krankenpflegeschule am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren ([www.zpg-bayern.de/gesundheitsfoerderung-in-der-pflegeausbildung.html](http://www.zpg-bayern.de/gesundheitsfoerderung-in-der-pflegeausbildung.html)).
- Wie in der Antwort zur Ziffer 2.6.3 dargestellt, fördert die Staatsregierung z.B. auch das Projekt „Gesund und kompetent Älter werden in der Altenpflege“.

#### **2.6.6 Sieht die Staatsregierung Bedarf am Ausbau der betrieblichen Gesundheitsprävention in diesem Bereich? Sind Modellprojekte oder finanzielle Anreize geplant?**

Die demografische Entwicklung in der Gesellschaft zeigt sich im Bereich der Pflege besonders deutlich. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen steigt, die Anzahl der Pflegekräfte nimmt jedoch bislang nicht in entsprechendem Maße zu. Folge ist eine wachsende Belastung des Pflegepersonals. Zeitdruck und Arbeitsverdichtung in der Arbeit mit Patienten und die Beschleunigung allgemeiner Arbeitsprozesse, z.B. im Informationsaustausch, können zu psychischen und/oder physischen Beeinträchtigungen führen. Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung und zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz sind daher wichtiger denn je.

Die Staatsregierung misst der betrieblichen Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. „Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebli-

che Präventionskultur“ ist eines der vier zentralen Handlungsfelder des Bayerischen Präventionsplans. Zur Unterstützung bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements kann das vom StMAS kostenfrei zur Verfügung gestellte Konzept für ein „Ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagementsystem GABEGS“ genutzt werden.

83 Partner aus allen Teilen der Gesellschaft haben am 25.11.2015 das Bündnis für Prävention in Bayern geschlossen. Zu den Unterzeichnern gehörten Vertreter von Krankenkassen ebenso wie zahlreiche Verbände, Vereine und andere Organisationen der Bürgergesellschaft. Die inhaltliche Grundlage bildet der Bayerische Präventionsplan, an dessen Erarbeitung alle Staatsministerien und die Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention beteiligt waren. Ein Kernanliegen ist dabei die verstärkte Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten.

Im Rahmen der Kampagne *Pflegende pflegen* haben der Bayerische Heilbäderverband und der bpa eine Zusammenarbeit mit dem Ziel vereinbart, beruflich Pflegende mit gezielten Präventionsmaßnahmen zu unterstützen und für ihre tägliche Arbeit in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Diese Absichtserklärung wurde im Rahmen der öffentlichen Mitgliederversammlung am 16.11.2015 in Bad Staffelstein vorgestellt. Das StMGP beabsichtigt, dieses Modellprojekt in Bad Reichenhall zu unterstützen. Es ist davon auszugehen, dass mit der Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsge-

setz) die Zahl der Angebote und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung steigen wird, da ab dem Jahr 2016 2,00 Euro je Versichertem durch die gesetzliche Krankenversicherung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgewendet werden müssen.

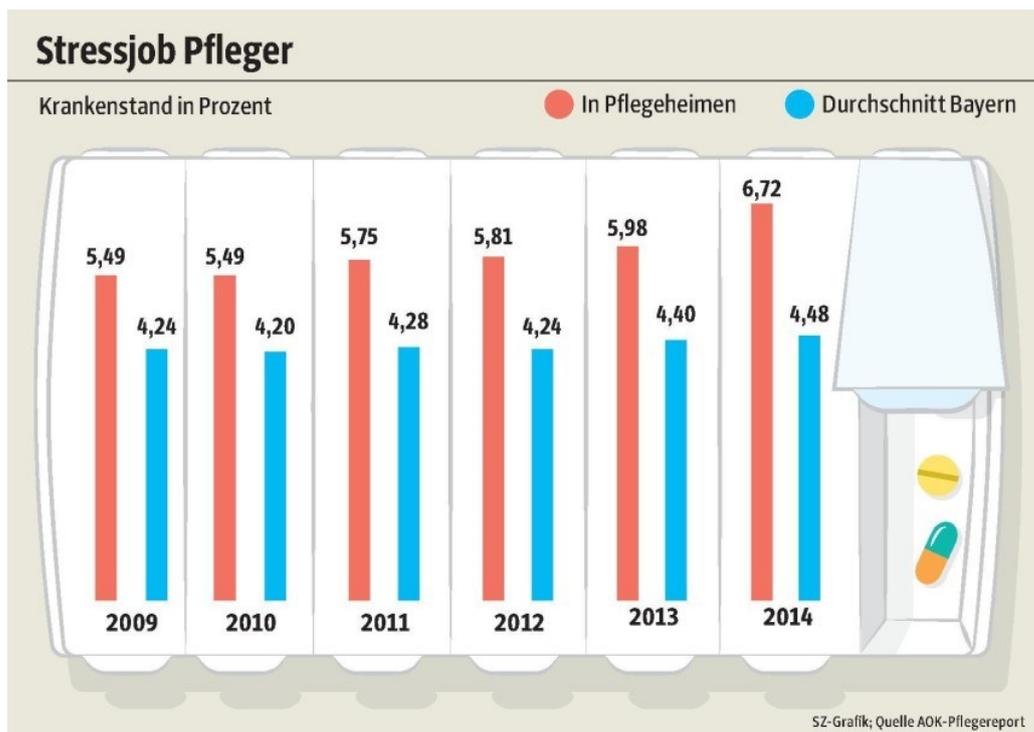
Hierzu wird ergänzend auf die Antworten zu den Ziffern 2.6.4 und 2.6.5 verwiesen.

### 2.6.7 Liegen der Staatsregierung Zahlen von steigenden Krankheitsraten oder sich häufenden Fällen von Burn-Outs im Pflegebereich vor? Von welchen Krankheiten sind beruflich Pflegende besonders betroffen?

Der Staatsregierung liegen hierzu keine eigenen Daten vor.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) legt jährlich neu einen Fehlzeiten-Report auf. Der Krankenstand insgesamt hat sich erhöht, auch die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen. Im Jahr 2014 machten sie 7,5 % aller krankheitsbedingten Ausfälle aus, im Vorjahr lag der Wert noch bei 6,9 %. Auch hier sind die Pflegekräfte offensichtlich einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt als die Beschäftigten anderer Branchen, in denen immerhin auch 5,1 % durch psychische Störungen im Betrieb ausfallen. Nähere Informationen zu Krankheiten von Pflegenden finden sich auf der Webseite des WIdO unter [www.wido.de/fzr\\_2015.html](http://www.wido.de/fzr_2015.html).

Überblick über die Entwicklung des Krankenstands in den Jahren 2009 bis 2014:



**2.6.8 Mit welchen direkten und indirekten Kosten sind arbeitsbedingte Erkrankungen im Pflegebereich verbunden (bitte aufschlüsseln nach Art der Erkrankung z.B. Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder psychische Erkrankungen)?**

Bei den unter der Aufsicht des Freistaats Bayern stehenden Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (Bayerische Landesunfallkasse und Kommunale Unfallversicherung Bayern) ist eine zu geringe Anzahl hauptberuflich tätiger Pflegepersonen versichert, um aussagekräftige Daten zu erhalten.

Eine Anfrage bei der als Bundesträger nicht unter der Aufsicht des Freistaats Bayern stehenden BGW ergab, dass in Bayern im Jahr 2014 in der Pflegebranche für die Berufskrankheit Nr. 2108 (Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule) Entschädigungsleistungen für Heilbehandlung, Teilhabe und Renten in Höhe von 704.803,01 Euro und für die Berufskrankheit Nr. 5101 (Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen) 573.702,55 Euro aufgewendet wurden. Psychische Erschöpfungszustände, wie das Burnout-Syndrom, psychische Störungen oder psychiatrische Erkrankungen zählen bislang nicht zu den Berufskrankheiten. Was eine Berufskrankheit ist, bestimmt die Berufskrankheiten-Verordnung mit ihrer Berufskrankheiten-Liste. Jeder Berufskrankheit wird dort eine eigene Nummer zugeordnet. Die in dieser Verordnung festgelegte Liste der Berufskrankheiten ist abschließend. Selbst wenn andere als die bezeichneten Erkrankungen auf eine berufliche Belastung zurückzuführen sind, können diese nicht als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannt werden.

**2.6.9 Wie betroffen ist die Pflegebranche in Bayern von Frühverrentung (bitte Zahlen der letzten 10 Jahre)?**

Der Staatsregierung sind hierzu keine Aussagen möglich. Berufsbezogene Daten bei Renten wegen Erwerbsminderung für Bayern stehen seitens der Deutschen Rentenversicherung nicht zur Verfügung.

**2.6.10 Unterstützt die Staatsregierung das in Niedersachsen von 2006 bis 2009 durchgeführte Modellprojekt „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“? Hat sie daraus irgendwelche Konsequenzen für die eigene Pflegeberatung gezogen?**

Eine bayerische Unterstützung des niedersächsischen Modellprojekts gab es nicht und wäre auch haushaltsrechtlich nicht möglich. Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung ist in Bayern auf verschiedenen Ebenen erfolgreich installiert.

**2.6.11 68 % der Pflegenden müssen häufig schwer heben, aber nur 54 % der Bauarbeiter – wie wirkt die Staatsregierung den hieraus resultierenden gesundheitlichen Folgeschäden entgegen und wie bekämpft sie die Ursachen?**

Unter dem Motto gesund-pflegen-online.de engagieren sich Bund, Länder und Unfallversicherungsträger im Verbund der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) für die Pflege. Ziele sind die Entwicklung einer Präventionskultur in der Pflegebranche sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz. Ziel aller Maßnahmen ist, in Pflegeberufen Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Verbindung mit psychischen Belastungen zu verringern. Das GDA-Arbeitsprogramm *Pflege*, an dem sich auch Bayern beteiligte, fand von 2010 bis 2012 statt.

Ergänzend zum aktuellen GDA-Arbeitsprogramm *Psyche* wird derzeit von den bayerischen Gewerbeärzten eine eigene Vertiefungsaktion zum „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege“ durchgeführt, unter anderem mit Schwerpunkt auf rückengerechtem Arbeiten. In der Vergangenheit hat die bayerische Gewerbeaufsicht immer wieder Projektarbeiten in der Pflege durchgeführt, bei denen regelmäßig Muskel-Skelett-Belastungen thematisiert wurden. Zu nennen sind Aktionen im Jahr 1999, als in 1.090 bayerischen Altenpflegeheimen das Vorhandensein geeigneter Hebehilfen überprüft wurde und im Jahr 2005 zum „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege“ (hier standen vor allem psychische Belastungen im Vordergrund). Im Rahmen des Projekts 1999 wurden vor allem auch Arbeitszeiten und Ruhepausen kontrolliert.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung als dafür fachlich Zuständige leisten auf diesem Gebiet wertvolle Präventionsarbeit. Die jüngste Präventionskampagne der Unfallversicherungsträger „Denk an mich. Dein Rücken“ lief bis Ende des Jahres 2015.

Zudem stehen den Pflegenden, soweit sie bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen, im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. Umschulungen, zur Verfügung, um ihre gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Einschränkungen möglichst dauerhaft zu überwinden und einem frühen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken.

Hinsichtlich weiterer Aktivitäten wird auf die Antworten zu den Ziffern 2.6.4, 2.6.5 und 2.6.6 verwiesen.

**2.6.12 In wie vielen bayerischen Alten- und Pflegeheimen gibt es spezielle Lifter zur rückenschonenden Umlagerung von Bewohnern?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine Daten vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zur Ziffer 2.6.11 verwiesen.

### 3. Finanzierung

#### 3.1 Pflegeaus- und -weiterbildung

##### 3.1.1 In welcher Weise hat sich die Staatsregierung beim Bund für die Einrichtung eines bundesweiten Ausbildungsfonds für Pflegeberufe eingesetzt? Aus welchen Gründen wird eine bayerische Förderung der Pflegeausbildung abgelehnt?

Die geregelte Verteilung der Finanzierungslasten für die Ausbildung in der Altenpflege ist ein Kernanliegen der Staatsregierung. Sie hat sowohl im Gesetzgebungsverfahren zum PSG I als auch im Verfahren zum PSG II über den Bundesrat einen Antrag zur Einrichtung eines Bundes-Ausbildungsfonds eingebracht.

Im Rahmen des Verfahrens zum PSG I wurde die Bundesregierung aufgefordert, einen Ausbildungsfonds auf Bundesebene einzurichten, der sich aus Beitragsmitteln zur sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung speist und sich an den Kosten der praktischen Ausbildung beteiligen soll. Dieser sollte sicherstellen, dass die Kosten der praktischen Ausbildung nicht überwiegend von denjenigen Pflegebedürftigen getragen werden, die Dienste von ausbildenden Einrichtungen in Anspruch nehmen, sondern auch von denjenigen, die später von der Ausbildung profitieren, ohne das Prinzip der Teilkostenversicherung in Frage zu stellen.

Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit vom zuständigen Bundesausschuss beschlossen und auch im Plenum angenommen worden. Die Bundesregierung hat den Vorschlag jedoch abgelehnt. Die Ausgestaltung einer gerechten, einheitlichen und gemeinsamen Finanzierung sei Gegenstand der Überlegungen für ein neues Pflegeberufsgesetz zu einer neuen Pflegeausbildung mit Beteiligung der Länder. Im Übrigen überstiegen die Kosten der vorgeschlagenen Finanzierungsregelung die aus den vorgesehenen Beitragsanhebungen verfügbaren Mittel, wenn gleichzeitig der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werde.

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum PSG II hat die Staatsregierung erneut einen Antrag zur Ausbildungsfinanzierung in den Bundesrat eingebracht. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, spätestens mit der Schaffung eines Pflegeberufsgesetzes für eine gerechtere Verteilung der Ausbildungskosten zu sorgen. Die Ausbildungsbereitschaft und die Ausbildungsqualität in der Altenpflege müssen gestärkt und die Pflegebedürftigen entlastet werden. Sofern im Pflegeberufsgesetz am Grundsatz festgehalten wird, die bestehende

Verteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Bundesländern und Pflegeversicherung fortzuschreiben, muss die Re-

finanzierungsmöglichkeit der bei den Pflegeeinrichtungen anfallenden Kosten im SGB XI eine Neuordnung erfahren. Der Antrag fand im Ausschuss Zustimmung und entfiel im Plenum nur wegen eines in dieselbe Richtung weisenden Antrags aus Nordrhein-Westfalen. Diesen Vorschlag des Bundesrats lehnte die Bundesregierung ebenfalls ab. Er sei mit zu hohen Mehrausgaben verbunden und nicht finanzierbar. Die bei der Reform der Pflegeausbildungen anstehenden Finanzierungsfragen seien im entsprechenden Gesetzgebungsverfahren zu klären.

Der Entwurf eines Pflegeberufsreformgesetzes sieht die Einrichtung von Ausbildungsfonds auf Landesebene vor.

Soweit die Frage auf eine zusätzliche Förderung der Pflegeausbildung abzielt, ist darauf hinzuweisen, dass erhebliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um Schulgedfreiheit zu erreichen.

##### 3.1.2 Inwieweit werden die Weiterbildungsvorgaben für die Alten-, Gesundheits- Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege derzeit umgesetzt?

Im Bereich der Krankenpflege gibt es keine staatlichen Regelungen zur Weiterbildung. Weiterbildungen werden von der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden durchgeführt.

Um einen einheitlichen Qualitätsstandard in der Pflege insbesondere auf der Führungs- und Leitungsebene in Bayern zu erreichen und Fördermöglichkeiten nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz zu eröffnen, hat die Staatsregierung in der der AVPfleWoqG staatlich anerkannte und modular aufgebaute Weiterbildungen zur Einrichtungsleitung, zur Pflegedienstleitung, zur Praxisanleitung sowie für die gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung geschaffen. Weiterbildungseinrichtungen benötigen für die Durchführung von Weiterbildungen nach der AVPfleWoqG eine staatliche Anerkennung.

Nach § 12 Abs. 1 Ziff. 2 AVPfleWoqG erfordert die fachliche Eignung als Leitung einer stationären Einrichtung der Pflege und für ältere Menschen die Absolvierung einer Weiterbildung zur Einrichtungsleitung nach den §§ 73 bis 77 AVPfleWoqG. § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG fordert die Vorhaltung einer Mindestzahl an gerontopsychiatrischen Fachkräften

(vgl. auch Antwort zur Ziffer 12.7). Die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben wird von der zuständigen FQA im Rahmen der regelmäßigen Heimbegehungen hinreichend überprüft.

##### 3.1.3 Hat die Staatsregierung konkrete Pläne, wie die Weiterbildung in der Alten-, Gesundheits-, Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege vereinheitlicht werden soll und gibt es für diese Bestrebungen einen Zeitplan?

Die Ausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sollen durch ein neues Pflegeberufsgesetz vereinheitlicht werden. Zuständig dafür ist der Bund (vgl. auch Antwort zur Ziffer 2.3.1). Dies muss zunächst abgewartet werden, bevor ggf. einheitliche Vorgaben zur Weiterbildung geregelt werden können.

### 3.1.4 Hält die Staatsregierung die Finanzierung der Fort- und Weiterbildungen von Pflegekräften im stationären und im ambulanten Bereich für ausreichend? Wie hoch war diese in den letzten 5 Jahren?

Die Staatsregierung fördert Fort- und Weiterbildung über die Förderrichtlinie „Fortbildung der in den Bereichen Altenpflege, Altenarbeit, Behindertenhilfe, psychiatrische Versorgung, AIDS sowie Suchtkrankenhilfe tätigen Personen“ jährlich mit einem ausreichenden Betrag in Höhe von rund 500.000,00 Euro. Der Vollzug erfolgt über das ZBFS.

Übersicht: Förderbeträge in Euro nach der Förderrichtlinie Fortbildung in den Jahren 2009 bis 2014

Fortbildungsbereiche	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Regelförderung</b>	353.657,76	282.405,10	256.109,83	156.013,35	289.253,59	288.414,86
<b>Praxisanleitung</b>	70.670,57	55.079,85	47.868,65	69.588,32	67.018,99	67.611,87
<b>Gerontopsychiatrische Pflege</b>	262.570,92	202.792,81	169.509,14	118.424,28	121.752,04	137.448,07
<b>Summe</b>	<b>686.899,25</b>	<b>540.277,76</b>	<b>473.487,62</b>	<b>344.025,95</b>	<b>478.024,62</b>	<b>493.474,80</b>

Fortbildungen vertiefen das Wissen von examinierten Pflegekräften zu bestimmten Themen und Aufgaben in ihrem beruflichen Alltag, dienen aber nicht einer höherwertigen beruflichen Qualifikation.

In der Regel übernehmen Arbeitgeber die Kosten von Fortbildungen und stellen die Pflegekräfte dafür frei. Aus Kostengründen bieten einige Betriebe auch interne Fortbildungen durch geschulte eigene Kräfte an. Die regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter liegt im Interesse der Betriebe, da sie Pflege auf dem pflegewissenschaftlichen Stand zu erbringen haben. Ob der Betrieb für die regelmäßige Fortbildung seiner Pflegekräfte sorgt, wird durch den MDK und die FQA überprüft.

Weiterbildungen dienen der höheren beruflichen Qualifikation von examinierten Pflegekräften. Sie bilden die Grundvoraussetzung dafür, in bestimmten Aufgabenbereichen oder für Leitungsaufgaben verantwortlich arbeiten zu können.

In der Regel fördern Arbeitgeber anteilig oder vollständig Weiterbildungen, wenn sich Pflegende verpflichten, dafür eine bestimmte Zeit in deren Unternehmen weiterzuarbeiten. Auch Weiterbildungen können teilweise über die Pflegesätze refinanziert werden. Für Weiterbildungen (z.B. zur Pflegedienstleitung) kommt auch das so genannte „Meister-BAFöG“ in Frage. Es handelt sich um ein staatliches Darlehen nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz.

Die Weiterbildungen zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft und zur Praxisanleitung können auch über die genannte Förderrichtlinie gefördert werden.

Es wird ergänzend auf die Antwort zur Ziffer 2.1.3 hingewiesen.

### 3.1.5 Wäre eine Pflegekammer ein geeignetes Instrument zur Vereinheitlichung der Weiterbildung in der Pflege, zur Erarbeitung von Qualitätsanforderungen an die Weiterbildung und zur Kontrolle ihrer Einhaltung?

Eine Pflegekammer könnte die Weiterbildung der Pflegekräfte im Rahmen einer Weiterbildungsordnung einheitlich regeln sowie Weiterbildungsprüfungen abnehmen und Weiterbildungsstätten zulassen. Die seitens der Staatsregierung geplante Interessenvertretungskörperschaft kann die Einhaltung von Qualitätsstandards in gleicher Weise wie eine Kammer gewährleisten, insbesondere durch die Zulassung von geeigneten Weiterbildungsstätten und die Abnahme von Weiterbildungsprüfungen. Die Weiterbildungsordnung ist vom Staat zu erlassen.

### 3.2 Wie sicher sind nach Auffassung der Staatsregierung die im Pflegevorsorgefonds eingestellten Mittel gegenüber vorzeitigem staatlichem Zugriff?

Die Bundesregierung und die Länder sind sich der Bedeutung der Beitragsstabilität gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung bewusst und haben aus diesem Grund die Einrichtung des Fonds vorgenommen.

Für die Verwaltung des Sondervermögens wurde bewusst die Deutsche Bundesbank gewählt. Diese soll als Garant für die Sicherheit der Mittel dienen. Das Sondervermögen darf nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden. Nach § 137 SGB XI ist eine Vermögenstrennung sicherzustellen.

### **3.3 Ist der Pflegevorsorgefonds nach Ansicht der Staatsregierung geeignet, die steigenden Belastungen der zukünftigen Generationen auszugleichen?**

Der Pflegevorsorgefonds ist geeignet, die durch den Alterungsprozess der geburtenstarken Jahrgänge indizierte Beitragssatzdynamik zu begrenzen.

Dem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil der Beiträge zugeführt, der 0,1 Prozentpunkten der Beitragssatzerhöhung entspricht. Die Zuführung von Mitteln in den Vorsorgefonds wird daher im Jahr 2015 rund 1,21 Mrd. Euro betragen, bis zum Jahr 2018 rund 1,31 Mrd. Euro jährlich. Angesichts der Tatsache, dass eine zwanzigjährige Laufzeit für den Aufbau des Fonds vorgesehen ist, wird dies insgesamt zu einer erheblichen Summe des Fonds-Gesamtvermögens führen.

### **3.4 Sieht die Staatsregierung aufgrund der unterschiedlichen leistungs- und ordnungsrechtlichen Grundlagen in den Bundesländern für die Finanzierung und Erbringung von Pflegeangeboten Handlungsbedarf? Wäre es nicht zielführend, eine vergleichbare Grundlage zu schaffen?**

Die Staatsregierung sieht keinen Handlungsbedarf. Im Bereich der stationären Pflege greifen Bundes- und Landesrecht ineinander. So liegt die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht bei den Bundesländern (in Bayern: PflWoqG), während der Bund für das Heimvertragsrecht (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz) und das Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) zuständig ist. Die verschiedenen Landesheimgesetze enthalten ordnungsrechtliche Regelungen mit konkreten Bestimmungen zu den Qualitätsanforderungen in den Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe. Durch die Föderalisierung des Heimrechts ist ein positiv zu bewertender Qualitätswettbewerb entstanden. Es ist zu beobachten, dass sich die heimrechtlichen Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern gegenseitig befruchten.

Beispielsweise sind nach dem Vorbild Bayerns nahezu alle Anwendungsbereiche der Landesheimgesetze im Verhältnis zum ehemaligen Bundesheimgesetz deutlich flexibler gestaltet und für moderne Formen des betreuten Wohnens geöffnet worden. Dies zeigt, dass gute Ideen einzelner Länder im Bereich der Heimgesetzgebung von anderen Ländern übernommen werden. Zu Zeiten des Bundesheimgesetzes existierende Schnittstellenproblematiken zwischen

dem SGB XI und der Heimgesetzgebung wurden im Zuge der Föderalisierung des Heimrechts ebenfalls weitgehend beseitigt. Auch im Zusammenspiel zwischen dem bayerischen PflWoqG und dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz des Bundes sind keine gravierenden Probleme bekannt. Was ambulante Einrichtungen anbelangt, ist lediglich das SGB XI anwendbar, das allein in die Bundesgesetzgebung fällt.

### **3.5 Wie erklärt es die Staatsregierung, dass es in den verschiedenen Bundesländern auch unterschiedliche Personalschlüssel, unterschiedliche Pflegesätze und unterschiedliche Werte für Pflegezeiten gibt? Würde sie eine Angleichung begrüßen und unterstützen?**

Unterschiedliche Personalschlüssel und unterschiedliche Pflegesätze in den Bundesländern ergeben sich aufgrund der einschlägigen Bestimmungen des SGB XI, wonach deren Festlegungen grundsätzlich der Selbstverwaltungshoheit der dafür zuständigen Stellen auf Landesebene entsprechend der individuellen Gegebenheiten obliegen und im Wege von Verhandlungen einvernehmlich vereinbart werden.

Die Pflegesätze und Personalschlüssel basieren auf Beschlüssen der Landespflegesatzkommission (§ 86 SGB XI). Verbindliche Werte für Pflegezeiten wurden im Zusammenhang mit der Festlegung der Personalschlüssel in Bayern nicht festgelegt.

Nach § 113c SGB XI stellen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher.

Ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren bei der Bemessung des Personalbedarfs wird begrüßt. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die individuellen Gegebenheiten vor Ort keine Berücksichtigung mehr finden können. Im bundesweiten Vergleich profitieren Pflegebedürftige in Bayern von den besten Personalschlüsseln. Eine Angleichung nach unten wird seitens der Staatsregierung abgelehnt.

### **3.6 2011 lag die Vergütung der vollstationären Dauerpflege/Heimentgelte in Bayern bei Pflegestufe 3 bei 2.818,38 EUR, dagegen in Baden-Württemberg bei 3.163,42 EUR und in Nordrhein-Westfalen bei 3.356,77 EUR – wie erklärt die Staatsregierung diese Unterschiede und sind die Verhandlungsmodalitäten noch angemessen?**

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 3.5 verwiesen.

### 3.7 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll und zielführend, dass die Personalschlüssel für jedes Heim gesondert ausgehandelt werden?

Pflegesätze werden zwischen den Einrichtungsträgern und den Leistungsträgern vereinbart (§ 85 Abs. 1 SGB XI). Regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommissionen können gemäß § 86 Abs. 1 Satz 1 SGB XI die Pflegesätze anstelle der Vertragsparteien mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger vereinbaren. Im Ergebnis liegt die Entscheidung, ob gesondert verhandelt wird, damit bei den Pflegeheimträgern. Es besteht kein Anlass, die hier bestehende Selbstverwaltungshoheit einzuschränken.

### 3.8 Beabsichtigt die Staatsregierung die finanziellen Anreize für eine Pflege zu verbessern, die zu einer niedrigeren Pflegestufe für den Pflegebedürftigen führt?

Anreize zur Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe werden im SGB XI gesetzt. Es besteht insoweit keine Zuständigkeit des Landes. Die Vergütungsvorschriften für stationäre Pflegeeinrichtungen sehen vor, dass Einrichtungen einen zu den Pflegesätzen hinzukommenden Betrag von der Pflegekasse erhalten, wenn ein Pflegebedürftiger nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird. Dieser Betrag bleibt der Einrichtung nur erhalten, soweit der Pflegebedürftige nicht innerhalb von sechs Monaten wieder eine Höherstufung erlebt. Die niedrigere Einstufung muss daher von Nachhaltigkeit geprägt sein.

Die Auszahlungssumme, die die Einrichtungen jeweils erhalten, beträgt derzeit 1.597,00 Euro. Im Zuge des PSG II wird diese nochmals angehoben. Ab dem 1.1.2017 werden Einrichtungen bei Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder bei Feststellung, dass der Betroffene nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist, eine Summe von 2.952,00 Euro erhalten. Dies entspricht beinahe einer Verdoppelung des bisherigen Betrages und ist damit ein deutlich höherer Anreiz für die Einrichtungen.

Darüber hinausgehende leistungsrechtliche Anreize können seitens der Staatsregierung nicht gesetzt werden. Der Bund hat im Bereich des Pflegeversicherungsrechts von seiner konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht. Dies schließt die Möglichkeit der Länder, in diesem Bereich gesetzgeberisch tätig zu werden, aus.

### 3.9 Hält die Staatsregierung eine weitere Erhöhung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung in den nächsten 5 Jahren für notwendig und umsetzbar?

Die beiden Pflegestärkungsgesetze bewirken grundlegende Veränderungen des SGB XI und der sozialen

Pflegeversicherung. Umfassende Leistungsverbesserungen und Flexibilisierung durch das PSG I sowie die vollständige Erneuerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II bilden den Kern der Veränderungen.

Zur Gegenfinanzierung dieser wegweisenden Veränderungen wurde der Beitragssatz mit dem PSG I zunächst um 0,3 Prozentpunkte erhöht, von denen 0,2 Prozentpunkte der Leistungsverbesserungsrefinanzierung dienen und 0,1 Prozentpunkte der Einspeisung in den Pflegevorsorgefonds.

Mit dem PSG II wird der Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben. Die Anhebung der Beiträge um insgesamt 0,5 Prozentpunkte fällt damit deutlich aus. Die zugrundeliegenden Berechnungen gehen von einer Kostendeckung der neuen Leistungen aus. Eine weitere Anhebung innerhalb der nächsten fünf Jahre scheint daher zunächst nicht erforderlich. Die Staatsregierung wird die Auswirkungen der beschlossenen Reformen in der Praxis und ggf. weitere anstehende Reformen aber genau beobachten bzw. eng begleiten.

### 3.10 Hält die Staatsregierung finanzielle Anreize für die haus- und fachärztliche Versorgung der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen für erstrebenswert und würde sie sich hierfür gegenüber den zuständigen Stellen einsetzen?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist gemäß § 75 SGB V Aufgabe der KVB, die diese als Selbstverwaltungskörperschaft des öffentlichen Rechts in eigener Zuständigkeit und Verantwortung wahrnimmt. Dies gilt grundsätzlich auch für die vertragsärztliche Versorgung von Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Zusätzlich zur KVB haben aber auch die Träger und Leiter von stationären Pflegeeinrichtungen nach Art. 3 Abs. 2 PflWoqG insbesondere sicherzustellen, dass die ärztliche und gesundheitliche Betreuung in der stationären Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise gewährleistet wird.

Der Bundesgesetzgeber hat neben den allgemeinen Sicherstellungsmaßnahmen insbesondere nach § 105 SGB V speziell für die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 119b SGB V den Abschluss von Kooperationsverträgen der Pflegeeinrichtungen mit ärztlichen Leistungserbringern als Soll-Bestimmung sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – die Möglichkeit der Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur vertragsärztlichen Versorgung ihrer Bewohner durch eigene angestellte Ärzte geschaffen.

Die Vereinbarungen zur Honorierung der vertragsärztlichen Versorgung stellen Kernbereiche der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dar. Hierunter fällt auch die bereits heute mögliche finanzielle Förderung bestimmter Leistungsbereiche beispielsweise durch die Vereinbarung von Honorarzuschlägen für besonders förderwürdige Leistungen.

gen oder für Leistungen von besonders förderwürdigen Leistungserbringern nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V oder durch die Vereinbarung einer extrabudgetären Vergütung bestimmter, besonders förderwürdiger Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V.

Der Bundesgesetzgeber hat zudem im Rahmen des HPG festgelegt, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) mit Wirkung zum 1.4.2016 anzupassen ist, um die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V sachgerecht abzubilden und zu bewerten. Hierdurch soll z.B. den im Rahmen solcher Verträge verbesserten Kommunikationsstrukturen oder regelmäßigen Fallbesprechungen der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte mit den Pflegekräften der stationären Pflegeeinrichtung angemessene Rechnung getragen werden. Durch die angestrebte Regelung im EBM soll die bislang bereits in § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V explizit genannte Möglichkeit, im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung befristet für den Zeitraum bis zum 31.12. 2016 Zuschläge zur Förderung von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu vereinbaren, durch eine dauerhafte und allgemeinverbindliche Regelung abgelöst werden. Die allgemeine Möglichkeit, Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen - wie Haus- und Heimbesuche - und für besonders zu fördernde Leistungserbringer zu vereinbaren, soll daneben weiter bestehen bleiben. Auch insoweit besteht derzeit also kein Erfordernis für weitere Initiativen der Staatsregierung, für die überdies zunächst entsprechende Mehrheiten im Bundesrat erforderlich wären.

### 3.11 Welche Konzepte verfolgt die Staatsregierung, um die Finanzierung der Pflege in Bayern mittel- und langfristig sicherzustellen?

Eine unmittelbare staatliche Finanzierung pflegerischer Leistungen besteht nicht. Leistungsträger finanzieren sich über Vergütungen, die von Pflegebedürftigen entrichtet werden. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung und die Mittel des Pflegebedürftigen bzw. unterhaltsverpflichteter Personen zur Deckung der Vergütung nicht aus, tritt im Rahmen der Hilfe zur Pflege der zuständige Sozialhilfeträger ein. Damit ist die Finanzierung von Pflegeleistungen sichergestellt.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung betragen im Jahr 2014 rund 24,2 Mrd. Euro. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden von Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert. Der Beitragssatz beträgt gegenwärtig gemäß § 55 Abs. 1 SGB XI 2,35 % und wird gemäß Art. 2 Nr. 32 PSG II zum 01.01.2017 auf 2,55 % erhöht, wodurch rund 5 Mrd. Euro mehr für die Pflege zur Verfügung stehen werden. Im Einzelnen wird auf die Antwort zur Ziffer 3.9 verwiesen.

## 4. Dokumentation

### 4.1 Ist es wirklich notwendig bzw. sinnvoll, dass Pflegekräfte auch Maßnahmen der Grundpflege, die zur täglichen Routine gehören, dokumentieren und warum werden Modellprojekte nicht flächendeckend umgesetzt?

Die Organisation der innerbetrieblichen Strukturen und Prozesse obliegt den Einrichtungsträgern.

Die seit 1.7.2013 geltende Fassung des PflWoqG formuliert in Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 die Qualitätsanforderung zur Pflegedokumentation neu. Anstatt der „Pflegeplanung“ ist seither stärker der an „der Person des Pflegebedürftigen orientierte Pflegeprozess“ in den Vordergrund zu rücken.

Maßnahmen der Grundpflege sind ordnungsrechtlich nicht täglich zu dokumentieren, wenn diese bei der individuellen Bedarfsplanung berücksichtigt wurden. Leistungsrechtlich müssen Maßnahmen der Grundpflege nur im ambulanten Bereich dokumentiert werden, da eine individuelle und klientenbezogene Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der jeweiligen Pflegekasse ansonsten nicht möglich wäre.

Die Einrichtungen selbst haben die Möglichkeit, die Anforderungen an die klassische Pflegeplanung zu entbürokratisieren und Erleichterungen in der praktischen Handhabung der Dokumentationspflicht herbeizuführen.

Die Umsetzung von Modellprojekten obliegt der Entscheidung der Einrichtungsträger. Die Staatsregierung hat im Rahmen von Fachtagen und im Landespflegeausschuss sowohl das Projekt Reduktion des Dokumentationsaufwandes in der stationären Altenhilfe (ReduDok) der Landeshauptstadt München und der Katholischen Stiftungsfachhochschule München als auch die entbürokratisierte Pflegedokumentation der früheren Ombudsfrau für Pflege, Elisabeth Beikirch, vorgestellt und hinsichtlich letzterer ein Koordinierungsgremium eingerichtet.

### 4.2 Konzentriert sich die derzeit praktizierte Dokumentation nach Auffassung der Staatsregierung auf die erzielte Ergebnisqualität der Pflege oder auf ihre Struktur- und Prozessqualität?

Art. 3 PflWoqG definiert die Qualitätsanforderungen an den Betrieb. Nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG haben der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung sicherzustellen, dass der an der Person des Pflegebedürftigen orientierte Pflegeprozess umgesetzt und dessen Verlauf aufgezeichnet wird.

Nach Art. 7 PflWoqG hat der Träger nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu führen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass der ordnungsgemäße Betrieb festgestellt werden kann.

Gemäß § 48 Abs. 1 Ziffer 5 AVPfleWoqG müssen aus den Aufzeichnungen die Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner ersichtlich werden.

Pflegeverläufe im Sinne des Pflegeprozesses bedeutet

- prozesshaftes Geschehen (ein Ineinandergreifen),
- Reaktion auf individuelle Veränderungen mit Ergebniskontrolle (z.B. Schmerz),
- pflegerelevanten Verlauf „ganzheitlich“ abbilden und
- Veränderungsprozess.

#### **4.3 Würde eine rechtsverbindliche Regelung des Umfangs der Dokumentationspflicht der Pflegekräfte nicht zu einer Verminderung überflüssiger Dokumentation führen und damit mehr Zeit für die zu Pflegenden schaffen?**

Die Gestaltung der Pflegedokumentation ist der fachlichen Einschätzung der Verantwortlichen in der individuellen Situation vorbehalten, eine gesetzliche Regelung wäre hier fehl am Platz. Zudem unterliegen fachliche Erkenntnisse und Wissen einem ständigen Wandel. Besonders die Pflegedokumentation muss sich diesem Wandel stets anpassen.

#### **4.4 Welche technischen Hilfsmittel gibt es zur Erleichterung der Pflegedokumentation und sind diese nach Auffassung der Staatsregierung zweckmäßig und rechtssicher?**

Mit der Pflegedokumentation als Sammlung von Dokumenten, die sich auf den Pflegeprozess bei einem Pflegebedürftigen beziehen, werden alle eine Person betreffenden Informationen an einer Stelle aktuell zusammengeführt und die einzelnen Arbeitsschritte der Pflege festgelegt. Damit kann der Pflegeprozess nachvollziehbar gestaltet, ausgewertet und angepasst werden. Eine sinnvolle Pflegedokumentation erleichtert die Kooperation innerhalb des Behandlungs- und Pflegeteams und dient dem Nachweis der erfolgten Pflegemaßnahmen. Sie ist damit ein wichtiges Arbeitsmittel der Pflege.

Dafür werden zunehmend computergestützte und in interne Netzwerke integrierte Dokumentationsprogramme eingesetzt, welche die herkömmliche Dokumentation in Papierform ersetzen sollen. Richtig angewendet, können sie die Arbeit erleichtern. Häufig wird die Nutzung der Computerprogramme aber noch als zusätzliche Belastung empfunden. In einer netzwerkgestützten Dokumentation kann der gesamte Pflegeprozess im Vorlauf geplant werden und die jeweils nächste Schicht damit vorbereiten. Besonders bei ungeplanten Anforderungen soll sie einen schnellen Überblick ermöglichen und die Übergabe vereinfachen.

Die zu wahrende Neutralität im Verhältnis zu gewerblichen Anbietern gebietet es, keine Wertung über Zweckmäßigkeit oder Rechtssicherheit einzelner Produkte zu erteilen.

Nach einer durch das StMGP beauftragten Literaturstudie „Pflegedokumentationserfordernis aus pflegewissenschaftlicher, juristischer und pflegepraktischer Sicht“ des Instituts für Qualitätssicherung in der Pflege aus dem Jahr 2014 kann bei der Methodik der Pflegedokumentation, ob papiergestützt oder EDV-gestützt, im Ergebnis kein Vorrang festgestellt werden.

#### **4.5 Wie häufig kommen in der Pflegedokumentation zeitsparende Erfassungsterminals zum Einsatz? Hält die Staatsregierung es für nötig, den Einsatz dieser Systeme zu fördern?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine Daten vor. Die Gestaltung und Umsetzung der Pflegedokumentation liegt im Verantwortungsbereich der Leistungserbringer. Die Staatsregierung hält eine finanzielle Förderung von Erfassungsterminals nicht für erforderlich.

#### **4.6 In wie vielen bayerischen Einrichtungen wird eine vereinfachte Pflegedokumentation nach den Vorschlägen von Frau Elisabeth Beikirch durchgeführt? Ist eine flächendeckende Umsetzung für Bayern angedacht oder sollen auch andere Modelle möglich sein?**

Das Projektbüro „Ein-STEP“, dessen fachliche Leitung Frau Elisabeth Beikirch innehat, ist eine Initiative des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung zur Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Im Projektbüro werden die Teilnehmer erfasst und eine regelmäßige Statistik für alle Bundesländer erstellt. Demnach sind zum Stand 11. März 2016 in Bayern 27,5 % der Einrichtungen registriert, 27 % im stationären Bereich und 28 % im ambulanten Bereich.

Die Staatsregierung unterstützt die Umsetzung durch ein Kooperationsgremium zur Implementierung von Strategien zum Abbau von Dokumentationsanforderungen in der Praxis des Bundesprojektes „Effizienzsteigerung der Pflege in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Das Kooperationsgremium begleitet deren Umsetzung und stimmt sich eng mit der Bundesebene ab.

Die Entscheidung, ob das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation eingeführt wird, obliegt allein den Einrichtungsträgern.

#### **4.7 Die vereinfachte Pflegedokumentation von Frau Elisabeth Beikirch erfordert eine Risikoabschätzung und damit auch durchaus erhöhte fachliche Kompetenzen. Sind insofern Qualifizierungsmaßnahmen angedacht oder sogar notwendig?**

Gemäß § 3 AltPflG vermittelt die Ausbildung in der Altenpflege die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

Die Pflegedokumentation und auch die nicht nur hier erforderliche Risikoeinschätzung ist eine originäre Aufgabe der Pflegefachkräfte, die in deren Ausbildung vollumfänglich gelehrt wird. Sollte dies im Einzelfall nicht ausreichend erscheinen, ist es Aufgabe der Einrichtungsleitung, Beschäftigte entsprechend nach zu qualifizieren.

**4.8 Wie ist der derzeitige Umsetzungsstand des Projekts ReduDok und mit welchem Ergebnis? Wie ist das weitere Procedere konkret geplant? Wie viele bayerische Alten- und Pflegeeinrichtungen nutzen ReduDok?**

ReduDok ist eine Methode, bei der keine speziellen Formulare verwendet werden. Es steht eine moderierte Begleitung der selbstständigen Entwicklung der erforderlichen Dokumentation im Vordergrund. Das bedeutet, dass die vorhandenen Formulare weiter benützt werden können und dass diese Methode mit anderen kombinierbar ist.

Deshalb kann nicht eindeutig festgelegt werden, wie viele Einrichtungen sich entsprechend dieser Methode auf den Weg gemacht haben. Belastbare Erkenntnisse liegen der Staatsregierung nicht vor.

**5. Verbraucherschutz in der Pflege**

**5.1 Was waren die Gründe dafür, dass sich die Staatsregierung nicht am Bundesprojekt zur Förderung der Verbraucherrechte in der Pflege „Höherer Verbraucherschutz nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe“ beteiligt hat?**

Das Projekt „Höherer Verbraucherschutz nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe“ wurde durch das BMFSFJ für den Zeitraum von Juni 2013 bis Mai 2015 mit einem Betrag in Höhe von 453.700,00 Euro gefördert. Eine Beteiligung der Länder an dem BMFSFJ-Projekt war nicht vorgesehen.

Die Durchführung erfolgte durch den Verbraucherzentrale Bundesverband in Kooperation mit elf Verbraucherzentralen der Länder. Die Kooperation wurde

allen Verbraucherzentralen in den Ländern angeboten. Die Verbraucherzentrale Bayern hat nach eigener Abwägung von einer unmittelbaren Beteiligung an diesem Projekt abgesehen. Verbraucherinformationen zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz stehen aber über den Internet-Auftritt der Verbraucherzentrale Bayern allen Bürgerinnen und Bürgern in Bayern zur Verfügung.

**5.2 Ist eine Fortsetzung dieses Bundesprojekts nach Mai 2015 geplant und wenn ja, wird sich der Freistaat hieran beteiligen und in welcher Form?**

Das Projekt wird nach derzeitigem Kenntnisstand nicht fortgeführt.

**6. Häusliche Pflege**

**6.1 Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege**

**6.1.1 Welche flexiblen Arbeitszeitmodelle gibt es für Arbeitnehmer, die einen Angehörigen pflegen?**

Beschäftigte, die einen Angehörigen pflegen, können von ihrem Arbeitgeber vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit verlangen. Bundesgesetzliche Rechtsgrundlagen sind das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz. Je nach Pflegesituation bestehen unterschiedliche Möglichkeiten:

- Ergibt sich ein akuter Pflegefall, besteht unabhängig von der Größe des Unternehmens das Recht, bis zu zehn Tage von der Arbeit fern zu bleiben.
- Um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu Hause zu pflegen, kann Pflegezeit, das heißt vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit bis zu sechs Monaten in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt zur Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung. Zur Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase können sich Beschäftigte darüber hinaus bis zu drei Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen. Diese Ansprüche bestehen bei Betreuung eines mehr als 15 Beschäftigten.
- Bei länger dauernder häuslicher Angehörigenpflege besteht ein Anspruch auf Familienpflegezeit; d.h. das Recht, die Arbeitszeit für bis zu 24 Monate auf wöchentlich mindestens 15 Stunden zu reduzieren. Gleiches gilt bei Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung. Diese Ansprüche bestehen in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.

Während der teilweisen oder vollständigen Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familien-

pflegezeitgesetz besteht Kündigungsschutz. Unberührt bleibt daneben der allgemeine Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung nach den Vorschriften des Teilzeit- und Befristungsgesetzes.

Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen kann eine Vielzahl unterschiedlicher flexibler Arbeitszeitmodelle praktiziert werden. Neben klassischen Teilzeitmodellen mit Reduzierung der täglichen Arbeitszeit oder Arbeit nur an bestimmten Wochentagen sind beispielsweise Jobsharing, gleitende Arbeitszeiten oder Arbeitszeitkonten denkbar, wobei zwischen den

Modellen fließende Übergänge bestehen und auch Mischformen und Kombinationen möglich sind (z.B. Kombination von Teilzeitarbeit mit Telearbeit). Die Vereinbarung der im Einzelfall passgenauen Arbeitszeitgestaltung unterliegt grundsätzlich der Vertragsfreiheit der Arbeitsvertragsparteien. Zudem enthalten viele Tarifverträge Regelungen zur Arbeitszeiflexibilisierung (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.1.2).

#### **6.1.2 Gibt es bereits tarifvertragliche Regelungen und ggf. welche Berufsgruppen haben dies vereinbart?**

Es bestehen unterschiedliche tarifvertragliche Modelle zu flexiblen Arbeitszeiten. Es kann daher nur eine beispielhafte, aber keine abschließende Aufzählung erfolgen.

Sehr weit verbreitet sind insbesondere tarifliche Regelungen zur Einführung gleitender Arbeitszeiten oder von Arbeitszeitkonten (z.B. in der bayerischen Bekleidungsindustrie, im Baugewerbe, in der Steine- und Erden-Industrie, in der Land- und Forstwirtschaft, in der Kunststoff verarbeitenden Industrie, bei den Volksbanken, Raiffeisenbanken und genossenschaftlichen Zentralbanken, im Elektrohandwerk, im Textilreinigungsgewerbe, in der bayerischen Textilindustrie). Viele Tarifverträge enthalten ferner Regelungen zur Jahresarbeitszeit (z.B. in der Metall- und Elektroindustrie, in den bayerischen metallverarbeitenden Handwerken, im Garten-, Landschafts- und Sportplatzbau).

In einigen Branchen (chemische Industrie, bayerische Kunststoff verarbeitende Industrie, Schuhindustrie, fotomaterialverarbeitende Betriebe, Volksbanken, Raiffeisenbanken sowie genossenschaftliche Zentralbanken) gibt es spezielle Tarifverträge zu Lebensarbeitszeit und Demografie, die Rahmenregelungen für eine nachhaltige und vorausschauende Personalpolitik festlegen. Unter anderem möglich sind danach etwa die Einführung von Langzeitkonten, die zum Beispiel für Teilzeit, Pflege- und Elternzeiten genutzt werden können, sowie die Vereinbarung von Maßnahmen zur lebensphasenorientierten Arbeitszeitgestaltung durch die Betriebsparteien. Beispielsweise kann reduzierte Vollzeit mit 80 % Arbeitszeit zur besseren Vereinbarung von Beruf und Familie vorgesehen werden.

In der Druckindustrie sowie in der Papier, Pappe und Kunststoff verarbeitenden Industrie besteht zur Pflege erkrankter Familienangehöriger ein tariflicher Anspruch auf Arbeitszeitreduzierung bis zur Dauer von vier Jahren. Im bayerischen Einzelhandel besteht zur Betreuung oder Pflege des erkrankten Ehepartners oder eines Elternteils des Beschäftigten ein Freistellungsanspruch bis höchstens 25 Arbeitstage pro Kalenderjahr unter Fortzahlung der Bezüge.

Die überwiegende Mehrzahl der Tarifverträge enthält darüber hinaus einen Anspruch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Freistellung unter Lohnfortzahlung bei schwerer Erkrankung eines Familienangehörigen für einen kurzen Zeitraum (je nach Branche bis zu sechs Werktagen).

#### **6.1.3 Hält die Staatsregierung die bisherigen Angebote an derartigen Arbeitszeitmodellen für ausreichend, insbesondere in Anbetracht der erheblich unterschiedlichen Lebenssituationen der häuslich Pflegenden? Wie beabsichtigt die Staatsregierung diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen und welche Maßnahmen sind bereits geplant?**

In der tariflichen und betrieblichen Praxis bestehen bereits verschiedene Angebote für Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.1.2). Es liegt in der Verantwortung der Arbeitgeber, Betriebs- und Tarifpartner, die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit durch ein möglichst breites Spektrum an Arbeitszeitmodellen weiter zu fördern.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen die Verschiedenartigkeit der Pflegesituationen und lassen interessensgerechte und passgenaue Lösungen zu. Sie geben den häuslich Pflegenden einseitig durchsetzbare Rechtsansprüche gegen ihre Arbeitgeber auf vollständige oder teilweise Freistellung zur häuslichen Angehörigenpflege und eröffnen Raum für eine Vielzahl an Arbeitszeitmodellen, die hinsichtlich Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit individuelle Festlegungen ermöglichen (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.1.1).

Welches Modell im konkreten Einzelfall mit der persönlichen Lebenssituation Beschäftigter und den betrieblichen Notwendigkeiten am besten vereinbar ist, müssen Arbeitgeber und Beschäftigte gemeinsam festlegen. Dies kann staatlich nicht vorgegeben werden. Um Arbeitgeber für Maßnahmen einer familienfreundlichen Arbeitskultur weiter zu sensibilisieren, setzen sich Staatsregierung und bayerische Wirtschaft im Familienpakt Bayern gemeinsam für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein (vgl. auch Antwort zur Ziffer 2.6.2.1).

**6.1.4 Welche Lohnersatzleistungen sind während der Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit vorgesehen? In wie vielen Fällen wurde sie bereits in Bayern und deutschlandweit in Anspruch genommen? Welchen Handlungsbedarf leitet die Staatsregierung daraus ab?**

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das zum 1.1.2015 in Kraft getreten ist, wurden die bis dahin bestehenden Regelungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz besser miteinander verzahnt und weiter entwickelt.

Die Inanspruchnahme von Freistellungen nach den genannten Gesetzen ist nicht meldepflichtig. Dementsprechend liegen keine amtlichen Zahlen über die Anzahl der Beschäftigten über die Inanspruchnahme oder deren Anündigung vor. Die Bundesregierung beabsichtigt, die Wirkungen der Regelungen des Familienpflegezeitgesetzes untersuchen zu lassen, um dann gegebenenfalls auch Daten zur Inanspruchnahme der Freistellungen zu erhalten.

Mit gezielten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundes soll darüber hinaus verstärkt über die nunmehr geltenden Regelungen informiert werden. Auch fand am 25.09.2015 die konstituierende Sitzung des in § 14 Familienpflegezeitgesetz vorgesehenen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf statt. Dieser wird u.a. die Aufgabe haben, sich in den kommenden Jahren mit der Umsetzung und den Auswirkungen der seit 1.1.2015 geltenden Regelungen zu befassen (vgl. im Übrigen auch BT-Drs. 18/5880).

Lohnersatzleistungen sind im Familienpflegezeitgesetz nicht vorgesehen. Während der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit besteht ein Anspruch des Beschäftigten auf ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Das Darlehen wird in monatlichen Raten in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen dem monatlichen Nettoentgelt vor und während der Familienpflegezeit gewährt und muss nach deren Ende ebenfalls in Raten wieder zurückgezahlt werden.

Hinzuweisen ist darauf, dass ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen über die Familienpflegezeit im eigentlichen Sinne hinaus auch bei allen anderen Ansprüchen auf vollständige oder teilweise Freistellung nach dem Pflegezeit- und dem Familienpflegezeitgesetz besteht (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.1.1) sowie zudem dann, wenn Arbeitgeber in kleinen Betrieben auf freiwilliger Basis Pflegezeit oder Familienpflegezeit gewähren. Während der bis zu zehntägigen Auszeit wird auf Antrag des pflegenden Beschäftigten in Akutfällen von der

Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung gewährt.

Zur Gewährung eines zinslosen Darlehens wurden im Jahr 2015 bis zum 30.09. insgesamt 256 Anträge gestellt. Davon konnten 201 Anträge positiv beschieden werden. 130 Anträge entfielen hierbei auf eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz. 18 Antragsteller hatten ihren Wohnsitz in Bayern. 96 Anträge wurden genehmigt, hiervon waren 13 Antragsteller aus Bayern. 126 Anträge entfielen auf eine Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz, davon waren 21 Antragsteller in Bayern gemeldet. Von den 105 genehmigten Darlehensanträgen hatten 18 Antragsteller den Wohnsitz in Bayern.

Aus Sicht der Staatsregierung besteht hinsichtlich Lohnersatzleistungen kein Handlungsbedarf. Der bestehende Anspruch auf ein zinsloses Darlehen bietet ein sachgerechtes Instrument, um Entgelteinbußen während der Familienpflegezeit angemessen abzufedern und den Lebensunterhalt des Beschäftigten zu sichern. Auf gegebenenfalls eintretende Härten oder sonstige Schwierigkeiten bei der Darlehensrückgewähr kann durch die Möglichkeiten der Stundung, des Teildarlehenserlasses oder des Erlöschens der Darlehensschuld angemessen reagiert und dem jeweiligen Einzelfall Rechnung getragen werden.

Die von der Bundesregierung beabsichtigte Untersuchung der Wirkungen der Regelungen des Familienpflegezeitgesetzes wird ebenso unterstützt wie die dort geplanten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

**6.2 Unterstützung der Angehörigen**

**6.2.1 Welche unabhängigen Beratungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige gibt es derzeit, von wem werden sie angeboten und welche finanziellen Mittel stehen ihnen jährlich zur Verfügung?**

In Bayern besteht eine Vielzahl an neutralen und unabhängigen Anlaufstellen zur persönlichen Beratung.

1. Von den Kranken-/Pflegekassen werden folgende Angebote durchgeführt bzw. finanziert:
  - Die Pflegeberatung der Kranken-/Pflegekassen. Die Pflegeberatung ist ein für die Versicherten kostenfreies Angebot. Die Finanzierung erfolgt zu 100 % über die Kranken- und Pflegekassen.
  - Neun Pflegestützpunkte, die sich in gemeinsamer Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen und der Kommunen befinden. Das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte ist für alle Bürger kostenfrei. Die Pflegestützpunkte in Bayern werden in ihren Sachkosten (Raumkosten/Miete, Reinigung, Telefon, Internet, Verwaltungs- und Wirtschaftsbedarf, Aufwendungen für Öffentlichkeitsarbeit usw.) zu 50 % durch die ARGE Pflege und zu 50 % durch die jeweiligen kommunalen Träger finanziert. Die Personalkosten trägt zu 100 % der jeweils das Personal entsendende Träger. Im Einzelnen stellt sich die finanzielle und personelle Situation in den Pflegestützpunkten wie folgt dar:

- **Pflegestützpunkt Coburg:**
- Träger: ARGE Pflege zu 50 %, Stadt Coburg und Landkreis Coburg zu je 25 %; Sachkosten im Jahr 2015: 13.476,00 Euro.
- Personal:
- Stadt Coburg: 1 Sachbearbeiterin wöchentlich 20 Stunden (= 0,51 Vollzeitäquivalente - VZÄ) und 1 Geschäftsführer (Leiter des Sozialamtes) wöchentlich durchschnittlich 1 Stunde (0,03 VZÄ).
- Landkreis Coburg: 1 Sachbearbeiterin wöchentlich durchschnittlich 3,08 Stunden (= 0,07 VZÄ).
- Kranken- und Pflegekassen: 1 Pflegeberaterin (MDK Consult) wöchentlich 13 Stunden (= 0,33 VZÄ) und 1 Pflegeberaterin (AOK Bayern) wöchentlich 9 Stunden (= 0,23 VZÄ).
- **Pflegestützpunkt Haßberge:**
- Träger: AOK Schweinfurt und Landkreis Haßberge. Involviert ist auch die Audi BKK über ein Steuerungsgremium. Sachkosten im Jahr 2014 ca. 9.000,00 Euro.
- Personal: 4 Mitarbeiter mit je 20 Stunden pro Woche.
- Pflegestützpunkt Neuburg-Schrobenhausen:
- Träger: ARGE Pflege und Landkreis Neuburg-Schrobenhausen zu je 50 %; Sachkosten ca. 10.000,00 Euro jährlich.
- Personal: Es steht eine Vollzeitkraft zu Verfügung, d.h. jeder Träger stellt Mitarbeiter für 19,5 Stunden/Woche zu Verfügung und trägt hierfür sämtliche anfallenden Kosten.
- **Pflegestützpunkt Nürnberg:**
- Träger: ARGE Pflege und Stadt Nürnberg zu je 50 %. In Nürnberg besteht mit den örtlichen Pflegeanbietern ein Kooperationsvertrag. Sie beteiligen sich an den Kosten für Öffentlichkeitsarbeit bisher mit 7.000,00 Euro pro Jahr, künftig mit 6.000,00 Euro pro Jahr. Sachkosten: Im Jahr 2013 16.588,96 Euro, im Jahr 2014 20.111,48 Euro. Im Haushaltsplan für 2016 sind 21.000,00 Euro vorgesehen.
- Personal: Sowohl die Stadt Nürnberg als auch die Kranken- und Pflegekassen stellen pro Woche jeweils 60 Arbeitsstunden zur Verfügung. Diese Einsatzstunden sind immer abzudecken, d.h. bei Abwesenheit der Stamm-Mitarbeiter wird vom jeweiligen Träger eine Vertretung gestellt. Berechnung in Vollzeit-Stellen: 110 Gesamtstunden/Woche: 39 (für Vollzeit) = 2,8 Vollzeitstellen; zzgl. durchschnittlich 20 % Vertretungszeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) ergibt bereinigt ca. 3,4 Vollzeitstellen.
- **Pflegestützpunkt Rhön-Grabfeld:**
- Träger: ARGE Pflege und Landkreis Rhön-Grabfeld zu je 50 %; Budget ca. 8.000,00 Euro jährlich.
- Personal:
- 1 Mitarbeiter mit 9 Stunden pro Woche,
- 1 Mitarbeiter mit 8 Stunden pro Woche,
- 1 Mitarbeiter mit 3 Stunden pro Woche,
- 1 Mitarbeiter mit 5 Stunden pro Woche.
- **Pflegestützpunkt Roth:**
- Träger: ARGE Pflege und Landkreis Roth zu je 50 %; Sachkosten in Höhe von rund 15.000,00 Euro jährlich.
- Personal: Pflegeberater der Pflegekassen sind gegenwärtig 20 Wochenstunden im Pflegestützpunkt Roth tätig (2016 voraussichtlich 25 Wochenstunden):
- Vertreterin der Fachstelle für pflegende Angehörige 25 Stunden,
- Vertreter des Bezirks Mittelfranken 3 Stunden und der
- Vertreter des Landkreises Roth in Vollzeit.
- **Pflegestützpunkt Schwabach:**
- Träger: ARGE Pflege und Stadt Schwabach zu je 50 %. Kooperationspartner vor Ort sind die Fachstelle für pflegende Angehörige der Diakonie Neuendettelsau und der Bezirk Mittelfranken. Sachkosten ca. 12.000 Euro jährlich.
- Personal: Im Pflegestützpunkt Schwabach arbeiten im Umfang von
- ½ Stelle, 19,5 Stunden pro Woche: Koordinator der Stadt Schwabach für den Pflegestützpunkt,
- ½ Stelle, 20 Stunden pro Woche: Beraterin der Fachstelle für pflegende Angehörige der Diakonie Neuendettelsau,
- ½ Stelle, 20 Stunden pro Woche: Beraterinnen des MDK (60%) und der AOK Bayern (40%),
- 4 Stunden pro Woche: Beraterin Wohnungsanpassung.
- **Pflegestützpunkt Schweinfurt:**
- Träger: ARGE Pflege zu 50 %, Stadt Schweinfurt und Landkreis Schweinfurt zu je 25 %; Sachkosten 19.580 Euro jährlich.
- Personal: 2 Mitarbeiter mit je 4 Stunden pro Woche, 3 Mitarbeiter mit je 8 Stunden

- pro Woche, 1 Mitarbeiter mit 20 Stunden pro Woche.
- **Pflegestützpunkt Würzburg:**
  - Träger: ARGE Pflege zu 50 %, Stadt Würzburg und Landkreis Würzburg zu je 25 %; zu den Sachkosten liegen der Staatsregierung keine Angaben vor;
  - Personal: Mitarbeiter der Pflegekassen, der Fachstelle für pflegende Angehörige HALMA e.V., der Stadt Würzburg und des Kommunalunternehmens des Landkreises Würzburg in jeweils im Wochenverlauf wechselnder Besetzung.
- Telefonische Beratung durch die Leitstelle Pflegeservice Bayern (kostenfreie Rufnummer: 0800-7721111). Sie wird im Auftrag und in gemeinsamer Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen in Bayern angeboten. Das Beratungsangebot ist für jeden Bürger kostenfrei und wird zu 100 % durch die Kranken- und Pflegekassen finanziert.
  - Beratungsbesuche der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kranken- und Pflegekassen sowie anerkannte neutrale Beratungsstellen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Diese Beratungsbesuche werden zu 100 % durch die Kranken- und Pflegekassen finanziert. Bei der Durchführung der Beratungsbesuche durch ambulante Pflegedienste werden die Kosten der Beratungsbesuche bis zu den gesetzlich vorgesehenen Höchstbeträgen nach § 37 Abs. 3 S. 4 SGB XI von den Pflegekassen finanziert.
2. Der MDK bietet telefonisch jeweils dienstags bis freitags von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr unter der Telefonnummer 0911-65068-555 sowie per E-Mail unter [pflegeinfo@mdk-bayern.de](mailto:pflegeinfo@mdk-bayern.de) Beratung bei Fragen zur Begutachtung, zum Pflegegutachten sowie zum Thema Pflege allgemein an.
  3. Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen bieten Pflegeberatung durch deren eigene COMPASS Private Pflegeberatung GmbH an.
  4. Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen stehen in Bayern rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige beratend zur Verfügung (vgl. auch Antwort zu Ziffern 6.2.2 und 6.2.8). Deren Aufgabe ist, durch psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen älterer pflegebedürftiger Menschen zu verhindern, dass die Angehörigen durch die oft lang andauernde Pflege selbst erkranken und zum Pflegefall werden. Sie tragen somit zum Erhalt deren Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit bei. Der Freistaat Bayern fördert die Fachstellen für pflegende Angehörige nach der Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen

Netzwerk Pflege“. Jährlich werden die rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige mit ca. 1,4 Mio. Euro unterstützt. Die Förderpauschale beträgt für eine vollzeitbeschäftigte Fachkraft jährlich bis zu 17.000,00 Euro. Bei einer räumlichen Anbindung an einen Pflegestützpunkt, die durch eine Bescheinigung des Pflegestützpunkts nachzuweisen ist, erhöht sich die Förderpauschale für höchstens eine Fachkraft für insgesamt maximal drei Jahre um jährlich bis zu 3.000,00 Euro. Bei Teilzeitkräften reduziert sich die Förderpauschale entsprechend.

5. Beratungsangebote bestehen außerdem bei den Seniorenbeauftragten der Gemeinden, Städte und Landkreise.
6. Hinzu kommen besondere Angebote für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen:

Der Freistaat Bayern und die Bayerischen Bezirke fördern regionale und überregionale Dienste der Offenen Behindertenarbeit (OBA) entsprechend der geltenden Richtlinien. Die Dienste der regionalen OBA stellen einen wichtigen Baustein in der Gesamtversorgung von Menschen mit Behinderungen dar.

Es handelt sich hierbei um ein sozialraumorientiertes und niedrighschwelliges Angebot für Menschen mit wesentlichen geistigen und/oder körperlichen Behinderungen sowie für sinnesbehinderte oder chronisch kranke Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII und deren Angehörige.

Auch das Angebot der überregionalen OBA-Dienste wird niedrighschwellig vorgehalten. Es richtet sich an Menschen, die durch eine spezifische Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind, sowie an deren Angehörige.

Zu den Aufgaben der Dienste zählen insbesondere:

- allgemeine Beratung
- Informations- und Bildungsangebote
- Öffentlichkeitsarbeit
- Einbindung in und Aufbau von Netzwerken
- fachliche Leitung des Dienstes

Die regionalen Dienste der OBA bieten darüber hinaus noch an:

- Organisation und Sicherstellung von Freizeit-, Bildungs- und Begegnungsmaßnahmen
- Organisation und Sicherstellung des Familienentlastenden Dienstes und des Familienunterstützenden Dienstes
- Gewinnung, Schulung und Koordination von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Im Rahmen des Beratungsangebots sind die regionalen und überregionalen Dienste der OBA Anlaufstelle für alle Fragen behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, unter anderem auch zu Themen rund um die pflegerische Versorgung.

Träger der OBA-Dienste sind die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, deren Mitgliedsorganisationen oder die Landesbehindertenverbände. In vielen Regionen haben mehrere Anbieter in Kooperation miteinander die Offenen Hilfen aufgeteilt.

Im Jahr 2015 wurden durch den Freistaat Bayern 8,8 Mio. Euro für die Dienste der Offenen Behindertenarbeit bereitgestellt. Hinzu kamen die Zuschüsse der Bezirke.

### **6.2.2 Wie verteilen sich diese Beratungsmöglichkeiten auf ganz Bayern?**

Die Pflegeberatung wird von den Kranken-/Pflegekassen flächendeckend in ganz Bayern angeboten.

Zusätzlich wird die Pflegeberatung in den neun Pflegestützpunkten Bayerns sichergestellt. Pflegestützpunkte bestehen in den Städten und Landkreisen Coburg, Haßberge, Neuburg-Schrobenhausen, Nürnberg, Rhön-Grabfeld, Roth, Schwabach, Schweinfurt und Würzburg.

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3, 4, 7 und 8 SGB XI können flächendeckend in ganz Bayern in Anspruch genommen werden. Sie werden durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kranken-/Pflegekassen, von 1.919 zugelassenen ambulanten Pflegediensten in Bayern und 45 neutralen Beratungsstellen angeboten.

Die „Leitstelle Pflegeservice Bayern“ ist telefonisch von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr an fünf Tagen in der Woche unter der kostenfreien Rufnummer 0800-7721111 erreichbar. Sie ist mit ausgebildeten Pflegerinnen und Pflegeberatern besetzt.

Auch die rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige verteilen sich räumlich über ganz Bayern. Zur genauen Verteilung der Fachstellen vgl. Auflistung unter Ziffer 6.2.8.

Für die Beratung von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen gilt: Insgesamt sind in Bayern derzeit 265 regionale und überregionale OBA-Dienste (181 regionale und 84 überregionale Dienste) anerkannt. Die Versorgung mit Fachkräften für die regionale OBA ist landesweit einheitlich, da in den Förderrichtlinien eine Fachkraftquote von 1:50.000 bezogen auf die Einwohnerzahl im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt festgelegt ist.

### **6.2.3 Hält die Staatsregierung die bestehenden Beratungsangebote für ausreichend und wo sieht sie Nachbesserungsbedarf?**

Die Staatsregierung ist sich der hohen Bedeutung pflegender Angehöriger für eine dauerhaft gewährleistete, gute Pflege bewusst. Insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel sind pflegende Angehörige eine wichtige Säule in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Derzeit besteht bereits ein breites Netzwerk an Beratungsstellen, von denen einen wichtigen Teil die Fachstellen für pflegende Angehörige sowie die Pflegestützpunkte stellen (vgl. auch Antworten zu Ziffern 6.2.1 und 6.2.2).

Diese bereits bestehenden Angebote sollen aus Sicht der Staatsregierung weiter verbessert werden. In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Rolle der Kommunen in der Pflege ist deswegen unter Beteiligung kommunaler Spitzenverbände das Thema „Stärkung kommunaler Verantwortung im Bereich der Pflege“ diskutiert worden. Die Staatsregierung hat sich dabei intensiv für jeweils kommunal anpassbare Gesamtkonzepte eingesetzt.

Die Ergebnisse wurden am 12.05.2015 veröffentlicht: Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege, insbesondere der Pflegeberatung, verantwortlich eingebunden werden. Diesbezüglich sollen sowohl vorhandene Angebote genutzt und optimiert als auch neue Angebote geschaffen und mit vorhandenen verknüpft werden.

Zu diesem Zweck wurde eine Vielzahl an Maßnahmen empfohlen. Dazu gehört zunächst die künftige Verpflichtung der Pflegekassen, (Rahmen-)Empfehlungen bzw. Vereinbarungen zur Zusammenarbeit in der Beratung anzustreben, in denen die Länder die Landes- und kommunalen Strukturen verpflichten, sich an den Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zu beteiligen. Bestandteil der Vereinbarungen sind verbindliche Informationsflüsse zwischen Pflegekassen und Kommunen/Ländern, insbesondere bezüglich der Angebote vor Ort sowie der Verknüpfung von Case- und Care-Management.

Eine wesentliche Neuerung ist die vorgesehene zeitlich befristete Möglichkeit für Kommunen, Pflegestützpunkte zu initiieren. Darin liegt ein hohes Potential zur Stärkung der örtlichen Beratungsstrukturen, ohne Parallelstrukturen zu schaffen.

Darüber hinaus soll das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte um die Erbringung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ergänzt werden.

Des Weiteren sollen „Einrichtungen in der Kommune“ wie z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, lokale Allianzen für Demenz und Freiwilligenagenturen künftig die Möglichkeit haben, sich an einem Pflegestützpunkt zu beteiligen.

Auch Angehörige sollen in Zukunft bessere Beratungsmöglichkeiten beanspruchen können. Mit Blick auf das Ziel der Stabilisierung bestehender Pflegearrangements, Prävention und ähnliches wird ein Anspruch pflegender Angehöriger auf Beratungsleistungen im SGB XI geschaffen.

Zusätzlich soll zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen ein Modellprojekt durchgeführt werden, das deutschlandweit 60 so genannte „Modellkommunen Pflege“ einrichtet und mit anderen Modellen zur verbesserten Beratung in der Kommune verglichen wird. Eine anschließende Auswertung soll optimale Beratungsstrukturen darstellen.

Diese Maßnahmen erfordern zunächst bundesgesetzliche Änderungen. Der Bund hat diese nicht in das Gesetzgebungsverfahren zum PSG II aufgenommen, sondern ein folgendes eigenes Gesetzgebungsverfahren angekündigt. Trotzdem hat die Staatsregierung über den Bundesrat einen Antrag eingebracht und zumindest die Einführung des Initiativrechts der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bereits im PSG II gefordert. Die Bundesregierung hat die Forderung nicht aufgegriffen.

Für die Beratung speziell von Menschen mit Behinderungen und ihrer Angehörigen erachtet die Staatsregierung die bestehenden Beratungsangebote für ausreichend. Im Rahmen der Eingliederungshilfe ist die Qualität der bestehenden Beratungsstruktur für Menschen mit Behinderungen in Bayern bereits hoch. Durch die Reform der Eingliederungshilfe soll die Beratungsstruktur weiter ausgebaut und gestärkt werden. Der Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz sieht eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung vor. Es handelt sich dabei um ein niedrighwelliges Angebot, das unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern erbracht werden soll. Die Beratung soll frühzeitig, bereits vor Entstehen eines Anspruchs auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ansetzen. Es ist vorgesehen, dass Menschen mit Behinderungen andere Menschen mit Behinderungen beraten (so genanntes Peer Counseling). Menschen mit Behinderungen können so als Experten in eigener Sache ihre Erfahrungen und Kompetenzen in die Beratung miteinbringen.

#### **6.2.4 Ist der weitere Ausbau der Angehörigenberatung vorgesehen und wenn ja, in welcher Weise, in welchem Umfang und an welchem Ort?**

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 6.2.3 verwiesen.

#### **6.2.5 Gibt es Möglichkeiten, Pflegekurse für Angehörige als Pflichtleistung der Pflegekassen anzubieten, die auch gesundheitspräventive Maßnahmen für die Pflegenden enthalten?**

Pflegende Angehörige sind unverzichtbar für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Pflegekassen müssen bereits heute kostenfreie Schulungen gemäß § 45 Abs. 1 SGB XI für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflgetätigkeit interessierte Personen anbieten. Dies entspricht einer Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich in seinem Abschlussbericht vom 27.06.2013 auch dafür ausgesprochen hatte, die edukativen Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu stärken. Die Pflegekurse sind immer unentgeltlich und künftig auch in der häuslichen Umgebung durchzuführen.

#### **6.2.6 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll und erstrebenswert, die Kurzzeitpflege auszubauen, also beispielsweise den Leistungszeitraum zu verlängern oder die finanzielle Unterstützung anzuheben?**

Im Rahmen des PSG I wurde der höchstens in Anspruch zu nehmende Betrag für die Finanzierung der Kurzzeitpflege unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 SGB XI zum 1.1.2015 bereits um 4 % angehoben (vgl. Art. 1 Nr. 12 a) aa) PSG I zu § 42 Abs. 2 SGB XI). Insgesamt wurden im Rahmen des PSG I die Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler gestaltet und ausgebaut. Die Kurzzeitpflege kann seitdem um den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhöht und um bis zu vier Wochen verlängert werden. Es können somit Pflegezeiten bis zu acht Wochen und Leistungen bis zu 3.224 Euro für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, soweit im Kalenderjahr keine Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurden (vgl. Art. 1 Nr. 12 a) bb) PSG I zu § 42 Abs. 2 SGB XI).

Künftig können nach dem PSG II Kurzzeitpflegeleistungen generell für einen Zeitraum von acht anstatt vier Wochen in Anspruch genommen werden (vgl. Art. 1 Nr. 21 a) PSG II zu § 42 Abs. 2 SGB XI). Dieser Anspruch wird auf Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 beschränkt (vgl. Art. 2 Nr. 23 a) PSG II zu § 42 Abs. 1 SGB XI). Unberührt davon und somit auch für Personen mit Pflegegrad 1 möglich, bleibt der Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI, nach dem unter anderem auch für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege entstanden sind, Kosten erstattet werden können.

Nach Auffassung Bayerns und Schleswig-Holsteins sollte der Wortlaut des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI insofern an denjenigen des § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB XI angeglichen werden, als die Pflegekassen die nachgewiesenen Kosten der Pflege generell bis zum gesetzlich festgesetzten Höchstbetrag zu übernehmen haben. Die Begrenzung der Leistungen in § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI stellt eine nicht notwendige Beschränkung dar und ist auch im Vergleich zu § 39 SGB XI

schwer zu begründen. So können in der Verhinderungspflege beispielsweise Transportkosten bereits durch den Verhinderungspflegebetrag gedeckt werden, was hingegen in der Kurzzeitpflege derzeit nicht möglich ist. Hierfür fand sich keine Mehrheit im Bundesrat.

### 6.2.7 Welche Maßnahmen gibt es neben der Kurzzeitpflege, die den Grundsatz „häusliche bzw. ambulante vor stationärer Pflege“ zu fördern?

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ findet sich bereits in § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Danach haben Pflegebedürftige nur dann Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Neben den bereits in den Antworten zu Ziffern 6.2.5 und 6.2.6 dargestellten Rahmenbedingungen bestehen noch zahlreiche weitere Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige:

Beispielsweise können seit der ersten Stufe der Pflegereform Tages- und Nachtpflegeleistungen zusätzlich zu ambulanten Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, ohne dass dies angerechnet wird. Ein ambulanter Pflegemix bietet darüber hinaus jedem pflegebedürftigen Menschen die Chance, seine Pflege nach seinen individuellen Vorstellungen zu gestalten, indem in unterschiedlicher Weise Leistungen der Pflegeversicherung abgerufen werden können.

Zu denken ist hier beispielsweise an die Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen oder die Kombination aus beiden. Auch die Bündelung von Pflegeversicherungsleistungen für mehrere in einer Wohnung zusammen lebende Pflegebedürftige (so genanntes poolen) nach § 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI ist mittlerweile zulässig und erleichtert die Finanzierung verschiedenster ambulanter Wohnprojekte.

Demselben Zweck dient die Möglichkeit Pflegebedürftiger, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, Leistungen nach § 38a Abs. 1 SGB XI zu beanspruchen. Demgemäß haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205,00 Euro monatlich, wenn

- sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind oder bei ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt wurde,
- sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder 123 SGB XI beziehen,
- eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von

der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine, organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

- keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1.1.2017 werden die Leistungen des § 38a SGB XI folgendermaßen ausgeweitet:

- Erhöhung der Zusatzleistungen von 205,00 Euro auf 214,00 Euro monatlich pro Person.
- Künftig kann der Zuschlag auch erteilt werden, wenn die Mieter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI n.F. (Art. 2 Nr. 29 PSG II) wahrnehmen.

Des Weiteren kann von den pflegebedürftigen Mietern unter gewissen Voraussetzungen in der Gründungsphase einer ambulant betreuten Wohngruppe eine Anschubfinanzierung gemäß § 45e SGB XI geltend gemacht werden.

In diesem Zusammenhang wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a SGB XI haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 SGB XI, jeweils einmalig ein Betrag in Höhe von bis zu 4.000,00 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist hierbei je Wohngruppe auf 16.000,00 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Zur Förderung von baulichen Anpassungsmaßnahmen im Bayerischen Wohnungsbauprogramm vgl. auch Antwort zur Ziffer 9.2.

Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden im Rahmen des § 45f Abs. 1 SGB XI zusätzlich 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird im Rahmen der zweiten Stufe der Pflegereform durch die Festlegung eines einheitlichen Zuschusses, den die Pflegekasse jedem Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 und 2 in einer stationären Pflegeeinrichtung zahlt, gerade der Anreiz, für nur in geringem Ausmaß pflegebedürftige Personen stationäre Pflege wahrzunehmen, reduziert (vgl. Art. 2 Nr. 24c PSG II zu § 43 Abs. 3, 4 SGB XI).

Soweit für eigenständig betriebene Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine Versorgung von Demenzerkrankten im Vordergrund steht, kommt seit Beginn des Jahres 2016 eine Förderung aus Mitteln des StMGP in Betracht. Projektanten und Betreiber

derartiger Einrichtungen können, soweit es sich nicht um situativ belegbare stationäre Plätze handelt, finanziell darin unterstützt werden, bauliche Lösungen für ein noch spezifischeres Umfeld für Demenzerkrankte zu schaffen. Förderfähig sind diejenigen baulichen Anpassungsmaßnahmen, die durch besondere Anforderungen an Demenz erkrankter Personen notwendig werden. Dies gilt gleichermaßen für bereits bestehende wie für neu zu errichtende Einrichtungen.

Hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – ein essentielles Thema für berufstätige pflegende Angehörige – unterstützt das StMGP Unternehmen in deren Bestrebungen, den betrieblichen Alltag zu erleichtern. Hierzu entwickelt das StMGP ein Seminarangebot, in dem Beschäftigte zu unternehmensinternen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern fortgebildet werden. Diese sogenannten Pflegelotsen sollen in der Lage sein, Rat suchende Kolleginnen und Kollegen an die zuständigen Personen und Stellen innerhalb und außerhalb des jeweiligen Unternehmens zu vermitteln und sie bei der Suche nach Lösungen für die eigene Situation zu unterstützen.

Ein weiterer Baustein im Angebot eines Unternehmens zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann auch eine betriebliche Tagespflegeeinrichtung sein. Eine derartige betriebliche Einrichtung kann gut auf die individuellen Bedürfnisse, wie z.B. Arbeitszeiten der Beschäftigten des Unternehmens, eingehen. Neben der skizzierten Möglichkeit, bauliche Anpassungen für Demenzerkrankte finanziell zu unterstützen, wird das StMGP in diesen besonderen Fällen die Einführung und Inbetriebnahme einer betrieblichen Tagespflegeeinrichtung pilotartig wissenschaftlich begleiten.

Die Unterstützung niedrigschwelliger Angebote, die den Pflegealltag erleichtern und den längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen, ist ein weiterer Sektor bayerischer Pflegepolitik. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I können Angebote der Betreuung, allgemeinen Anleitung und hauswirtschaftlichen Unterstützung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen:

#### **Betreuungsgruppen**

Betreuungsgruppen sollen pflegende Angehörige stundenweise entlasten und den betreuungsbedürftigen Personen Kontaktmöglichkeiten in familiär gestalteter Umgebung bieten. Für einige Stunden haben sie die Möglichkeit, auch außerhalb ihres familiären Umfeldes Gemeinschaft zu erfahren. Betreuungsgruppen werden in der Regel gegen einen geringen Kostenbeitrag wöchentlich oder vierzehntägig angeboten. Sie finden unter der Leitung einer Fachkraft, ergänzt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, statt. Von den 295 Betreuungsgruppen werden 286 gefördert (Stand 2013).

#### **Ehrenamtliche Helferkreise**

Um Angehörige von Pflegebedürftigen zu entlasten, welche das Haus nicht verlassen können, übernehmen geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung, meist gegen eine kleine Aufwandsentschädigung, die stundenweise Betreuung des Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich. Von den 156 Helferkreisen werden 118 gefördert (Stand 2013).

#### **Qualitätsgesicherte Tagesbetreuung in Privathaushalten (TiPi)**

In ausgewählten Privathaushalten werden Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz als Gäste in kleinen Gruppen von einem geschulten Team aus einer Gastgeberin oder einem Gastgeber und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern betreut. Derzeit gibt es das Demenz-TiPi des Sozialdienstes Germering. Als erfolgreiches Modellprojekt wurde es 2014 in die Regelförderung überführt.

Niedrigschwellige Angebote werden darüber hinaus von Familienpflegestationen, Dorfhelferinnenstationen und Familienentlastenden Diensten erbracht.

Zu den niedrigschwelligen Angeboten zählen außerdem 111 Angehörigengruppen (Stand 2013), die grundsätzlich gefördert werden (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.2.8).

#### **6.2.8 Welche Beratungs- und Hilfsangebote gibt es in Bayern, um den häuslich Pflegenden auch psychische Unterstützung in den häufig problematischen Lebenslagen zu gewähren (bitte aufgeschlüsselt nach Bezirken und Landkreisen und Anbietern)?**

Die Fachstellen für pflegende Angehörige (vgl. auch Antwort zur Ziffer 6.2.1) verteilen sich in Bayern im Jahr 2013 wie folgt:

- Regierungsbezirk Oberbayern:  
32 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Niederbayern:  
12 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Oberpfalz:  
5 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Oberfranken:  
9 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Mittelfranken:  
13 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Unterfranken:  
10 Fachstellen für pflegende Angehörige.
- Regierungsbezirk Schwaben:  
17 Fachstellen für pflegende Angehörige.

Eine detaillierte Übersicht über die Situation im Jahr 2013, aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken und Landkreisen/Kreisfreien Städten sowie Anbietern enthält Anlage 1.

Neben den Fachstellen für pflegende Angehörige bestehen in Bayern auch Angehörigengruppen. Sie bieten die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die regelmäßigen Treffen unter fachlicher Anleitung tragen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bei. Eine detaillierte Übersicht über die Situation im Jahr 2013, aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken und Landkreisen/Kreisfreien Städten sowie Anbietern enthält Anlage 2.

### **6.2.9 Der Staat ist in hohem Maße auf die Pflegeleistungen von Angehörigen angewiesen, wie gedenkt die Staatsregierung diese Leistungen anzuerkennen und zu würdigen?**

Die Staatsregierung ist sich der hohen Bedeutung pflegender Angehöriger für eine dauerhaft gewährleistete, gute Pflege bewusst. Insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel ist der Erhalt pflegender Angehöriger eine wichtige Säule in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Hinsichtlich der Unterstützung pflegender Angehöriger wird auf die Ausführungen zur Ziffer 6.1.4 verwiesen.

In Bayern besteht derzeit bereits ein breites Netzwerk an Beratungsstellen, von denen einen wichtigen Teil die Fachstellen für pflegende Angehörige sowie die Pflegestützpunkte ausmachen. Diese bereits existierenden Angebote sollen noch optimiert werden (weitere Ausführungen vgl. hierzu die Antwort zur Ziffer 6.2.3).

Die staatliche Auszeichnung „Weißer Engel“ wird an beispielgebende Personen verliehen, die sich langjährig und regelmäßig im Gesundheits- und/oder Pflegebereich ehrenamtlich engagiert haben. Im Bereich der Pflege wird der „Weiße Engel“ insbesondere an Personen verliehen, die sich durch vorbildhafte häusliche Pflege verdient gemacht haben. Frau Staatsministerin Melanie Huml hat die Auszeichnung im Jahr 2015 an zehn verdiente Persönlichkeiten verliehen.

Mit der Bayerischen Staatsmedaille für Verdienste um Gesundheit und Pflege werden Bürgerinnen und Bürger für ihr herausragendes ehrenamtliches Engagement ausgezeichnet. Im Jahr 2015 gab es einen Preisträger, der für sein jahrzehntelanges Engagement für menschenwürdige Lebensbedingungen in Heimen, humane Arbeitsbedingungen und für ein selbstbestimmtes Leben pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung geehrt wurde.

Staatsministerin Melanie Huml dankte im Jahr 2015 vier Persönlichkeiten für deren herausragendes selbstloses Engagement in der Pflege und überreichte jeweils das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

### **6.2.10 Werden Pflegeleistungen von Angehörigen nach Auffassung der Staatsregierung in angemessenem Umfang durch die gesetzliche Rentenversicherung berücksichtigt und welche Schritte auf Bundesebene unternimmt sie, um dies weiter auszubauen?**

Die häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ist eine unverzichtbare und tragende Säule des Pflegesystems und muss auch in der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend Anerkennung finden. Bayern hat sich deshalb auf Bundesebene dafür eingesetzt, die Bewertung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung an der Bewertung von Kindererziehungszeiten auszurichten. Mit dem PSG II wurde die Bemessung der Rentenversicherungsbeiträge im höchsten Pflegegrad von bisher 80 auf 100 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV angehoben. Die Bewertung in der Rente entspricht damit nahezu der eines Kindererziehungsjahres.

### **6.2.11 Die Bertelsmann Stiftung prognostiziert bundesweit bis 2030 eine weiter abnehmende Beteiligung der Angehörigen in der häuslichen Pflege. Liegen der Staatsregierung derartige Prognosen auch für Bayern vor? Wenn ja, wie gedenkt die Staatsregierung darauf zu reagieren?**

Aufgrund des bedingt durch den demografischen Wandel insgesamt in Deutschland rückläufigen Erwerbspersonenpotentials ist auch in Bayern damit zu rechnen, dass hier eine ähnliche Entwicklung stattfinden und die Anzahl pflegender Angehöriger insgesamt etwas abnehmen wird. Konkrete diesbezügliche Zahlen liegen der Staatsregierung jedoch nicht vor.

### **6.3 Gibt es Bestrebungen, auch in Bayern den Modellversuch aus Rheinland-Pfalz „Gemeindeschwester plus“ einzuführen? Wenn nein, warum nicht?**

In Bayern wird die Wirkung von präventiven Hausbesuchen analog der Idee der „Gemeindeschwester plus“ aus Rheinland-Pfalz bereits modellhaft in Rödental im Landkreis Coburg untersucht. Die Ergebnisse, die nach Abschluss des Modellprojekts im zweiten Quartal 2017 erwartet werden, sollen als Grundlage für weitere Überlegungen genutzt werden.

Im Übrigen verfügt Bayern über eine vielfältige Landschaft unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Nachbarschaftshilfen, Seniorengemeinschaften, Betreutes Wohnen zu Hause, kommunale Beratungsstellen und Altenservicezentren.

## 7. Ambulante Pflege

### 7.1 Wie viele ambulante Pflegedienste in welcher Größenordnung (Anzahl der Mitarbeiter in Vollzeitäquivalenten) gibt es in Bayern?

Nach Mitteilung der ARGE Pflege sind in Bayern zum Stand 08.10.2015 1.919 ambulante Pflegedienste zugelassen. Zur Darstellung der Anzahl der Mitarbeiter muss auf die Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung am zuletzt ausgewerteten Stichtag 15.12.2013 zurückgegriffen werden. Danach bestanden in Bayern 1.845 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 41.599 Beschäftigten. Davon waren

- 8.734 Personen vollzeitbeschäftigt,
- 13.041 Personen teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der vollen Arbeitszeit,
- 7.355 Personen teilzeitbeschäftigt mit 50 % und weniger der vollen Arbeitszeit, aber nicht geringfügig beschäftigt,
- 11.574 Personen geringfügig beschäftigt,
- 801 Personen Auszubildende und (Um-)Schülerinnen und Umschüler,
- 25 Personen Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr,
- 41 Personen im Bundesfreiwilligendienst und
- 28 Personen Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung.

Daten über die Vollzeitäquivalente der teilzeitbeschäftigten Personen liegen der Staatsregierung nicht vor.

### 7.2 Wie hoch bemisst die Staatsregierung den Bedarf an ambulanter Pflege und auf welcher Grundlage kommt sie zu diesem Ergebnis?

Die Bedarfsermittlung und -planung obliegt nicht der Staatsregierung, dementsprechend liegen keine Daten hierzu vor.

Gemäß Art. 69 Abs. 1 AGSG stellen ambulante Einrichtungen im Benehmen mit den Gemeinden, den örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen, den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den Trägern der Pflegeeinrichtungen den für ihren Bereich erforderlichen längerfristigen Bedarf an Pflegeeinrichtungen fest.

Ohnehin ist der Einfluss der Landkreise und Städte auf die Leistungsanbieter eher gering, da hier die Regeln des freien Marktes gelten. Eine unter den Regierungen durchgeführte Umfrage zur bezeichneten Thematik erbrachte folgende Erkenntnisse aus dem Kreis derjenigen Landkreise und Städte, die sich an der Umfrage beteiligt haben:

#### **Regierung von Oberbayern**

Den meisten Landkreisen (Ausnahmen: Starnberg und Landsberg am Lech) liegen keine konkreten Zahlen über die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen sowie zur Frage, wie viele ambulante Pflegedienste vor Ort sind, vor. Den angefragten Seniorenbetreuern ist auch weitestgehend nicht bekannt, wie sich die personelle Situation auf Seiten der Leistungsanbieter darstellt. Daher kann zur Frage des derzeitigen Bedarfs an ambulanter Pflege keine verlässliche abschließende Aussage getroffen werden. Einige Landkreise sind erst dabei, im Rahmen des seniorenpolitischen Gesamtkonzepts eine entsprechende Strukturhebung durchzuführen, die dann in eine spätere Pflegebedarfsplanung einfließen wird.

#### **Regierung von Unterfranken**

Nach Aussage der einzelnen Landkreise ist der Bedarf an ambulanter Pflege in Unterfranken gegenwärtig gedeckt.

#### **Regierung der Oberpfalz**

Nach Aussage der einzelnen Landkreise ist der Bedarf an ambulanter Pflege in der Oberpfalz gegenwärtig gedeckt.

#### **Regierung von Niederbayern**

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf für Angebote der ambulanten Pflege derzeit noch gedeckt ist. Im Wesentlichen wird der Bedarf bei steigender Nachfrage durch personelle Aufstockung bei den bereits vorhandenen ambulanten Pflegediensten abgedeckt. Allerdings ist in den Landkreisen ein flächendeckendes Angebot wegen einer Ballung der Anbieter in den Städten teilweise lückenhaft und macht die Dienstleistungen durch lange Wege entsprechend kostenintensiv (z.B. im Landkreis Passau).

Die Feststellungen zur Bedarfslage werden überwiegend durch regionale Pflegebedarfsplanung, Sozialraumanalysen, Befragungen der Träger ambulanter Dienste, von Bürgern und zum Teil auch durch von den Kreisverwaltungsbehörden entsprechend beauftragte einschlägige Institute gewonnen.

#### **Regierung von Schwaben**

Nach Aussage der einzelnen Landkreise ist der Bedarf an ambulanter Pflege in Schwaben gegenwärtig gedeckt.

#### **Regierung von Mittelfranken**

Die Regierung von Mittelfranken teilt zur Situation in den Städten Fürth und Erlangen mit:

##### **Stadt Fürth:**

Durch ein am 5.7.2006 in Auftrag gegebenes und 2008 vorgelegtes Gutachten des Instituts Modus Bamberg verfügt die Stadt Fürth sowohl über eine Pflegebedarfsermittlung zum Stichtag 31.12.2006 als auch über eine Pflegebedarfsprognose bis zum Jahr 2020. In dem Gutachten wurde der Bedarf für ambulante Pflege anhand der Pflegepersonen ermittelt, die

am 31.12.2006 in der Stadt Fürth ambulante Dienste in Anspruch nahmen (1.015 Personen), und bei der Pflegebedarfsprognose mit den Ergebnissen einer Bevölkerungsprognose zur Anzahl der älteren Menschen bis zum Jahr 2020 vorausberechnet.

Für den ambulanten Bereich ergab das Gutachten des Instituts Modus Bamberg bei einem Bestand von 124,5 rechnerischen Vollzeitpflegekräften sowie einem Mindestbedarf von 91,3 und einem Maximalbedarf von 129,5 rechnerischen Vollzeitpflegekräften zum 31.12.2006 bis zum Jahr 2010 einen Mindestbedarf von 96,2 und einen Maximalbedarf von 135,7 rechnerischen Vollzeitpflegekräften, bis zum Jahr 2015 einen Mindestbedarf von 103,2 und einen Maximalbedarf von 144,9 rechnerischen Vollzeitpflegekräften sowie bis zum Jahr 2020 einen Mindestbedarf von 111,4 und einen Maximalbedarf von 155,5 rechnerischen Vollzeitpflegekräften.

Sowohl das Gutachten als auch der Stadtrat gingen 2008 davon aus, dass sich die zu erwartende Zunahme des Maximalbedarfs an rechnerischen Vollzeitpflegekräften um 20,4 rechnerische Vollzeitpflegekräfte bis zum Jahr 2015 und um 31 rechnerische Vollzeitpflegekräfte bis zum Jahr 2020 nach allen damals vorliegenden Erfahrungen durch eine Ausweitung des Personalbestandes der bestehenden ambulanten Dienste oder durch zusätzliche ambulante Dienste sicherstellen lassen werde.

#### **Stadt Erlangen:**

Im Bereich der ambulanten Pflege wurde die Anzahl der Pflegefachkräfte umgerechnet in Vollzeitäquivalente zum Stichtag 31.12.2011 ermittelt. Das Ergebnis von 115 Pflegefachkräften, die für die Pflege in Erlangen zur Verfügung standen, zeigt, dass das hohe Niveau der ambulanten Versorgung, das in den vergangenen Jahren festgestellt wurde, beibehalten werden konnte.

#### **7.3 Ist der Bedarf an ambulanten Pflegedienstleistungen gegenwärtig gedeckt, wo gibt es regionale Unterdeckungen und wie sehen die Prognosen für die nächsten 15 Jahre aus?**

Aufgrund fehlender Zuständigkeit verfügt die Staatsregierung diesbezüglich über keine eigenen Ergebnisse. Aus der unter Ziffer 7.2 benannten Umfrage unter den Regierungen ging hervor, dass alle Landkreise und Städte, die sich hieran beteiligt hatten, zwar mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen rechnen, insgesamt mit der vorliegenden ambulanten Pflegestruktur diese Entwicklung aber auffangen können, sofern ihnen gegebenenfalls mehr Personal zur Verfügung steht.

Nach Mitteilung der ARGE Pflege sind in Bayern zum Stand 08.10.2015 1.919 Pflegedienste für den Bereich der ambulanten Pflege zugelassen. Diese werden zu 39 % in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, zu 60 % in privater Trägerschaft und zu 1 % in öffentlicher Trägerschaft betrieben. Die absolute Zahl der zugelassenen Dienste steigt seit vielen Jahren kontinuierlich.

#### *Übersicht: Anzahl ambulanter Pflegedienste in Bayern*

<b>Jahr - jeweils Stand 1.1.</b>	<b>Anzahl der Pflegedienste</b>
2015	1.904
2014	1.860
2013	1.845
2012	1.827
2011	1.825
2010	1.848
2009	1.826
2008	1.792
2007	1.751
2006	1.719
2005	1.680

Die amtlich verfügbaren Daten zum Personal bei den ambulanten Pflegediensten weisen für Bayern für das Jahr 2013 insgesamt 41.599 Beschäftigungsverhältnisse aus, davon 8.734 in Vollzeit.

Aus den nachstehenden Tabellen (Statistisches Bundesamt Pflegestatistik, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) ergibt sich ein stetiger Personalaufbau und ein im Vergleich z.B. zu Baden-Württemberg hoher Personalstand.

## Übersicht: Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten

Personal in ambulanten Pflegediensten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Tätigkeitsbereich								
*****								
Diese Tabelle bezieht sich auf:								
Tätigkeitsbereich:	Tätigkeitsbereich insgesamt							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Deutschland	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.891	290.714	320.077
Baden-Württemberg	19.216	20.022	23.192	23.451	24.371	25.174	28.895	31.823
Bayern	24.562	25.305	26.087	28.425	31.721	36.421	38.594	41.599
Berlin	11.648	11.904	12.951	14.574	16.085	19.408	20.665	21.408
Brandenburg	5.827	6.228	6.865	7.713	9.073	10.690	12.456	14.068
Bremen	2.749	2.836	2.974	3.025	3.150	3.248	3.472	4.009
Hamburg	8.472	8.427	8.004	8.324	8.876	9.726	9.827	10.206
Hessen	12.833	12.891	13.803	14.329	16.456	18.940	19.568	21.575
Mecklenburg-Vorpommern	3.341	3.870	4.358	4.662	5.496	6.410	7.436	8.693
Niedersachsen	17.925	18.909	20.715	22.044	24.033	27.528	29.362	32.144
Nordrhein-Westfalen	39.616	39.096	40.392	43.222	48.019	56.250	59.657	67.018
Rheinland-Pfalz	7.928	7.920	7.883	8.369	9.467	10.713	11.667	12.600
Saarland	2.281	2.258	2.346	2.524	2.522	3.013	3.266	3.355
Sachsen	10.405	12.050	12.987	13.762	15.096	17.048	19.400	22.412
Sachsen-Anhalt	4.832	5.320	5.839	6.398	7.047	7.904	8.752	9.774
Schleswig-Holstein	7.375	7.368	6.948	7.672	8.264	9.008	9.191	10.078
Thüringen	4.772	5.163	5.553	5.813	6.486	7.498	8.506	9.315

Quelle(n): Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn

Personal in ambulanten Pflegediensten (absolut). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis

*****								
Diese Tabelle bezieht sich auf:								
Beschäftigungsverhältnis:	Vollzeit							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Deutschland	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964	79.755	85.866
Baden-Württemberg	5.127	4.904	5.585	5.067	4.758	4.983	5.933	6.071
Bayern	6.137	6.045	5.688	5.577	6.424	7.203	8.049	8.734
Berlin	3.508	3.955	4.210	4.545	5.647	6.783	7.743	7.931
Brandenburg	2.306	2.482	2.566	2.716	3.306	3.903	4.509	4.987
Bremen	727	707	710	638	693	716	748	812
Hamburg	2.454	2.653	2.362	2.399	2.533	2.713	2.840	2.889
Hessen	3.998	3.858	3.860	3.762	4.227	4.902	5.352	5.795
Mecklenburg-Vorpommern	1.486	1.602	1.771	1.723	1.994	2.450	2.847	3.168
Niedersachsen	4.061	4.069	4.250	4.158	4.493	5.280	5.562	5.965
Nordrhein-Westfalen	13.523	12.564	12.057	11.780	13.117	15.351	16.385	18.061
Rheinland-Pfalz	2.554	2.512	2.339	2.138	2.343	2.702	3.125	3.376
Saarland	680	698	628	588	565	711	811	801
Sachsen	4.301	5.034	5.021	4.824	5.193	5.993	6.790	7.779
Sachsen-Anhalt	2.139	2.445	2.671	2.670	2.904	3.366	3.609	3.727
Schleswig-Holstein	1.820	1.710	1.470	1.499	1.675	1.756	1.812	1.980
Thüringen	2.093	2.286	2.322	2.270	2.533	3.022	3.640	3.790

Quelle(n): Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn

Die AOK Bayern hat gegenwärtig rund 35.000 Menschen im Leistungsbezug der Häuslichen Krankenpflege, 7.600 Menschen im Sachleistungsbezug und 30.800 Menschen im Leistungsbezug der Kombinati-

onspflege der sozialen Pflegeversicherung. Gemäß Erfahrungswerten repräsentiert die AOK Bayern etwas weniger als die Hälfte der Leistungsbezieher in Bayern.

Über-, Unter- und Fehlversorgung in der ambulanten Pflege, insbesondere bezogen auf städtische und ländliche Regionen sind, soweit der Staatsregierung bekannt, für Bayern nicht wissenschaftlich untersucht. Für die Bedarfsplanung bezüglich ambulanter Pflegedienste sind die Landkreise und kreisfreien Städte zuständig. Die AOK Bayern kann empirisch für die aktuelle Bedarfsdeckung weder generell noch raumbezogen feststellen, dass notwendige Versorgungsangebote an verfügbaren Angeboten der Pflegedienste scheitern. Strukturelle Versorgungsengpässe bei Pflegeleistungen in Bayern lassen sich aus dem Leistungsgeschehen der AOK Bayern nicht ableiten.

**7.4 Sind die Fahrtkosten in der Vergütung der ambulanten Pflegedienste und in den zur Verfügung stehenden Zeitkorridoren ausreichend berücksichtigt? Gedenkt die Staatsregierung einen Ausgleichsmechanismus für starke Schwankungen der Betriebskosten (z.B. stark steigende Treibstoffpreise) einzuführen und wenn nein, warum nicht?**

Anfahrtpauschalen und Hausbesuchsgebühren werden auf vertraglicher Basis zwischen den Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer vereinbart. Für einzelne ambulante Pflegedienste besteht die gesetzliche Möglichkeit einer Einzelverhandlung nach § 89 SGB XI bzw. § 132 a Abs. 2 SGB V und ggf. bei Nichteinigung auf dem Verhandlungswege eines sich anschließenden Schiedsverfahrens nach § 76 SGB XI bzw. § 132a Abs. 2 SGB V, um individuelle Spezifika in die Verhandlung einbringen zu können. Diese Möglichkeit hat in den vergangenen fünf Jahren kein ambulanter Pflegedienst wahrgenommen, um höhere Anfahrtpauschalen zu verhandeln. Deshalb geht die Staatsregierung davon aus, dass die Fahrtkosten in der Vergütung der ambulanten Pflegedienste und in den zur Verfügung stehenden Zeitkorridoren ausreichend berücksichtigt sind.

Einen von Seiten des Gesetzgebers vorgegebenen Ausgleichsmechanismus für starke Schwankungen der Betriebskosten hält die Staatsregierung nicht für notwendig. Es ist Sache der Träger der Pflegeeinrichtungen und der Leistungsträger (Pflegekassen, sonstige Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger sowie Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungs- bzw. Sozialhilfeträger), die Vergütungen für Pflegeleistungen im Rahmen der Selbstverwaltung eigenverantwortlich auszuhandeln und durch einen Versorgungsvertrag zu vereinbaren. Die jeweils ausgehandelte Vergütung muss der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Daraus folgt, dass auch die Betriebskosten durch die Vergütung gedeckt sein müssen. Der Staat ist an den Verhandlungen über die Vergütung nicht beteiligt. Die Staatsregierung hat keinen Einblick in deren Verlauf, keinen Einfluss auf deren Ergebnis und auch kein Antrags- oder Mitspracherecht.

**7.5 In welcher Höhe ist die erforderliche Zeit der Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in der Vergütung berücksichtigt? Ist dies nach Auffassung der Staatsregierung angemessen? Was unternimmt die Staatsregierung, um hier Abhilfe zu schaffen?**

Die für die Beratung der Pflegebedürftigen notwendige Zeit wird in den Pflegeleistungen über Zeit oder im Rahmen der Leistungskomplexe berücksichtigt und wird daher entsprechend vergütet. Eine genaue Bezifferung des Betrages hierfür ist nicht möglich.

Anhaltspunkte dafür, dass diese Vergütung nicht angemessen sein sollte, liegen der Staatsregierung nicht vor. Im Übrigen wäre es Aufgabe der Selbstverwaltung und nicht der Staatsregierung, hier im Bedarfsfall Abhilfe zu schaffen (vgl. auch Antwort zur Ziffer 7.4).

**7.6 Wie viele Haushalte gibt es in Bayern, in denen Pflegebedürftige durch ein Kooperationsmodell von Haushaltshilfen und ambulanten Pflegediensten versorgt werden? Unterstützt die Staatsregierung solche Modelle und in welcher Form?**

Statistische Daten über die Zahl der Haushalte in Bayern, in denen Pflegebedürftige durch ein Kooperationsmodell von Haushaltshilfen und ambulanten Pflegediensten versorgt werden, liegen der Staatsregierung nicht vor.

Gemäß der Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung haben am zuletzt ausgewerteten Stichtag 31.12.2013 in Bayern insgesamt 28.177 Pflegegeldempfänger eine Kombination von Geldleistung (Pflegegeld bei häuslicher Pflege, wobei der Pflegebedürftige selbst die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellt) und Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst) nach § 38 SGB XI in Anspruch genommen. Wie viele dieser Empfänger der Kombinationsleistung auch eine Haushaltshilfe beschäftigt haben, ist nicht bekannt. Leistungsempfänger müssen keine Rechenschaft über die Verwendung des Pflegegeldes abgeben.

Eine besondere Unterstützung solcher Modelle von Seiten der Staatsregierung ist nicht erforderlich. Das SGB XI sieht flexibel miteinander kombinierbare Leistungen (u.a. Pflegegeld, Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, stationäre Pflege) vor. Pflegebedürftige haben so die Möglichkeit, ein ihrem jeweiligen individuellen Hilfebedarf und ihren Wünschen entsprechendes persönliches Pflegearrangement zusammenzustellen. Das beinhaltet auch das Modell einer Betreuung durch Haushaltshilfen und ambulante Pflegedienste.

**7.7 Ist die erforderliche Zeit für die Dokumentation in der Vergütung der ambulanten Pflegedienste und in den zur Verfügung stehenden Zeitkorridoren ausreichend berücksichtigt?**

Die für die Dokumentation notwendige Zeit findet Eingang in die Vergütungsverhandlungen und wird daher im Rahmen der vereinbarten mischkalkulierten Vergütungssätze berücksichtigt. Sollte eine Verhandlungspartei die angebotenen Vergütungssätze nicht für ausreichend erachten, kann zur Klärung die Schiedsstelle angerufen werden.

**7.8 Wie viele psychiatrische Pflegedienste gibt es in Bayern? Hält die Staatsregierung diese Anzahl für ausreichend?**

Vorbemerkung zu den Fragen unter Ziffern 7.8 und 7.9:

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch zugelassene Pflegedienste. Von den Leistungen sind seit 1.7.2005 auch Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege umfasst.

Nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie ist psychiatrische Krankenpflege bei bestimmten, genau bezeichneten Diagnosen für einen befristeten Zeitraum verordnungsfähig (z.B. bei verschiedenen Formen von Demenz, psychischen Störungen, Schizophrenie, Angst- oder Panikstörungen). Inhalt der psychiatrischen Krankenpflege ist die Erarbeitung einer Pflegeakzeptanz, die Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung der Krisensituationen und das Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen von Aktivitäten.

Nach Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sehen die Leistungsinhalte der psychiatrischen Krankenpflege in Abgrenzung zu den weiteren Maßnahmen der Versorgung (geronto-)psychiatrisch erkrankter Menschen (z.B. auch im Rahmen des § 45b SGB XI) ein hohes Maß an Fachlichkeit vor. Um diese Fachlichkeit zu gewährleisten, sind Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung und Erfahrung in der Psychiatrie notwendig. Die Sicherstellung der Versorgung, auch an Wochenenden und Feiertagen, bedinge, dass der spezielle Leistungserbringer eine Mindestpersonalausstattung von 5,5 Fachkräften vorhält. In Bayern gibt es gegenwärtig einen psychiatrischen Fachpflegedienst (Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst München – APPM), der diese Voraussetzungen erfüllt.

**7.9 Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung bislang durchgeführt, um die Anzahl der psychiatrischen Pflegedienste zu erhöhen, und welche sind noch geplant, um diesen offensichtlichen Missstand zu beseitigen?**

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sieht im Hinblick auf die Versorgungsstruktur durch Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, psychiatrische Instituts- ambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste und Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Behandlungspflege keine Versorgungslücke. Psychiatrische Pflegedienste sind nur ein Teil der psychiatrischen Versorgung. Derzeit liegt von keinem (weiteren) Pflegedienst eine Anfrage auf Zulassung zur psychiatrischen Versorgung vor. Aus Sicht der Staatsregierung kann vor diesem Hintergrund von einem offensichtlichen Missstand nicht die Rede sein.

**7.10 Ist das vorhandene Pflegepersonal in der Lage, eine fachkompetente Einschätzung vorzunehmen, ob ein ambulant gepflegter Patient auch psychiatrische Betreuung bräuchte?**

Eine „fachkompetente Einschätzung, ob ein ambulant gepflegter Patient psychiatrische Betreuung bräuchte“, ist mit einer Diagnose gleichzusetzen, es handelt sich also um eine ärztliche Aufgabe. Gerade bei psychischen Erkrankungen sind Diagnosestellungen komplex. Das „Stellen von Diagnosen“, „Aufklärung und die Beratung von Patienten“ und die „Entscheidungen über Therapien“ muss demnach grundsätzlich von Ärztinnen und Ärzten selbst erbracht werden ([www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/empfehlung-entstellungnahmen/delegation](http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/empfehlung-entstellungnahmen/delegation); Ausführungen der Bundesärztekammer zu „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“). Pflegekräfte sollten bei Zweifeln über die Therapiebedürftigkeit eines Patienten daher eine Ärztin oder einen Arzt hinzuziehen.

**8. Stationäre Pflege**

**8.1 Qualität der Pflege**

**8.1.1 Die Juristin Susanne Moritz wirft dem Staat in ihrer Doktorarbeit „Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen“ vor, die teilweise unwürdigen Zustände in manchen Heimen sehenden Auges zu ignorieren und damit komme er seiner Schutzpflicht nicht nach. Was sagt die Staatsregierung zu diesem Vorwurf und wie entkräftet sie ihn?**

Mit dem PflWoqG und der AVPflWoqG sowie deren Umsetzung durch die FQA besteht in Bayern ein staatliches Schutzkonzept für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Die Vorwürfe von Frau Dr. Susanne Moritz treffen nicht zu.

Die Dissertation „Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen“ von Frau Dr. Susanne Moritz berücksichtigt weder den ordnungsrechtlichen Rahmen der Landesheimgesetze noch die Rechtsentwicklung mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Die Pflegestärkungsgesetze konnten aufgrund des Erscheinungsdatums nicht Eingang in die Arbeit

finden. Die durch die Verfasserin zum Beleg der behaupteten Missstände herangezogenen Studien sind nicht geeignet, das von ihr gezeichnete Bild zu belegen. Verbesserungen in der Betreuung – etwa durch Einführung von § 87b SGB XI und damit verbundene erhebliche Personalmehrungen – ignoriert sie. Das Prinzip der Selbstverwaltung bleibt in der Arbeit durchgehend unverstanden.

Überdies enthält die Arbeit sachliche Unrichtigkeiten. So moniert Frau Dr. Susanne Moritz, dass die zu überprüfenden Einrichtungen vorab über die FQA-Begleitheftungen informiert würden. Hierzu ist festzustellen, dass nach Art. 11 Abs. 1 Satz 2 PflWoqG die Prüfungen in der Regel unangemeldet durchgeführt werden; sie können daher jederzeit erfolgen. Diese Prüfungen sichern die Qualität stationärer Einrichtungen und den Schutz der Würde sowie der Interessen und Bedürfnisse pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen als Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen und sonstiger Wohnformen.

Eine auf die Dissertation gestützte Verfassungsbeschwerde eines bayerischen Einrichtungsträgers wurde durch das Bundesverfassungsgericht nicht zur Entscheidung angenommen.

Ebenso wurde eine durch den Sozialverband VdK Deutschland unterstützte Verfassungsbeschwerde gegen den „Pflegernotstand“ nicht zur Entscheidung angenommen.

### **8.1.2 Die öffentlich bekannt gewordenen Missstände in Pflegeheimen zeigen, dass die Standards, die es hier gibt, keinen ausreichenden Schutz bieten. Welche Konsequenzen hatte die Nichtbeachtung dieser Standards für die betroffenen Heime und gibt es Änderungsvorschläge der Staatsregierung (bitte Angaben seit 2009 aufgeschlüsselt nach Jahren und Art der Verstöße)?**

Die in der Frage enthaltene Unterstellung weist die Staatsregierung entschieden zurück. Die Aufdeckung von Mängeln belegt vielmehr, dass das Schutzkonzept des PflWoqG greift.

Nach Art. 12 Abs. 1 PflWoqG ist die zuständige Behörde, d.h. die jeweilige FQA, berechtigt und verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen zur Aufklärung zu ergreifen, wenn Zweifel daran bestehen, ob die Qualitätsanforderungen an den Betrieb erfüllt sind. Sind in einer stationären Einrichtung Abweichungen von den Anforderungen dieses Gesetzes festgestellt worden (Mängel), so soll die zuständige Behörde nach Art. 12 Abs. 2 PflWoqG zunächst den Träger über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel beraten.

Werden festgestellte Mängel nach einer Beratung gemäß Art. 12 Abs. 2 PflWoqG nicht abgestellt, kann die zuständige FQA gegenüber den Trägern i.S.d. Art. 13 Abs. 1 PflWoqG Anordnungen erlassen, die

zur Beseitigung einer eingetretenen oder Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohnerinnen und Bewohner, zur Sicherung der Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten oder zur Vermeidung einer Unangemessenheit zwischen dem Entgelt und der Leistung der stationären Einrichtung erforderlich sind. Nach Art. 13 Abs. 2 PflWoqG können Anordnungen sofort ergehen, wenn erhebliche Mängel festgestellt werden.

Die zuständige FQA kann dem Träger nach Art. 14 Abs. 1 PflWoqG die weitere Beschäftigung der Leitung, eines oder einer Beschäftigten oder einer sonstigen Mitarbeiterin oder eines sonstigen Mitarbeiters ganz oder für bestimmte Funktionen oder Tätigkeiten untersagen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass diese Personen die für ihre Tätigkeit erforderliche Eignung nicht besitzen.

Die FQA hat nach Art. 15 Abs. 1 PflWoqG den Betrieb einer stationären Einrichtung zu untersagen, wenn die Anforderungen des Art. 3, insbesondere die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen, nicht erfüllt sind und Anordnungen nicht ausreichen.

#### **Im Jahr 2014 stellte sich die Situation wie folgt dar:**

Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 8.121 Mängel bei Prüfungen durch die FQA festgestellt. Davon entfielen

- 343 Mängel auf den Bereich „Wohnqualität“,
- 190 Mängel auf den Bereich „Soziale Betreuung“,
- 100 Mängel auf den Bereich „Verpflegung“,
- 243 Mängel auf den Bereich „Freiheit einschränkende Maßnahmen“,
- 2.315 Mängel auf den Bereich „Pflege und Dokumentation“,
- 179 Mängel auf den Bereich „Qualitätsmanagement“,
- 1052 Mängel auf den Bereich „Arzneimittel“,
- 1313 Mängel auf den Bereich „Hygiene“,
- 662 Mängel auf den Bereich „Personal“,
- 36 Mängel auf den Bereich „Mitwirkung“,
- 116 Mängel auf den Bereich „Bauliche Gegebenheiten“,
- 258 Mängel auf den Bereich „Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung“,
- 633 Mängel auf den Bereich „Gesundheitsvorsorge“,
- 268 Mängel auf den Bereich „Helfender Umgang“,

- 350 Mängel auf den Bereich „Personelle Besetzung“,
- 63 Mängel auf den Bereich „Sonstiges“.

Im Jahr 2014 ergingen 148 Anordnungen für stationäre Einrichtungen nach Art. 13 PflWoqG.

**Im Jahr 2013 stellte sich die Situation wie folgt dar:**

Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 6.746 Mängel bei Prüfungen durch die FQA festgestellt. Davon entfielen

- 349 Mängel auf den Bereich „Wohnqualität“,
- 238 Mängel auf den Bereich „Soziale Betreuung“,
- 77 Mängel auf den Bereich „Verpflegung“,
- 321 Mängel auf den Bereich „Freiheit einschränkende Maßnahmen“,
- 2.466 Mängel auf den Bereich „Pflege und Dokumentation“,
- 159 Mängel auf den Bereich „Qualitätsmanagement“,
- 1273 Mängel auf den Bereich „Arzneimittel“,
- 856 Mängel auf den Bereich „Hygiene“,
- 649 Mängel auf den Bereich „Personal“,
- 37 Mängel auf den Bereich „Mitwirkung“,
- 160 Mängel auf den Bereich „Bauliche Gegebenheiten“,
- 161 Mängel auf den Bereich „Sonstiges“.

Im Jahr 2013 ergingen 271 Anordnungen für stationäre Einrichtungen nach Art. 13 PflWoqG.

**Im Jahr 2012 stellte sich die Situation wie folgt dar:**

Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 7.715 Mängel bei Prüfungen durch die FQA festgestellt. Davon entfielen

- 368 Mängel auf den Bereich „Wohnqualität“,
- 290 Mängel auf den Bereich „Soziale Betreuung“,
- 63 Mängel auf den Bereich „Verpflegung“,
- 380 Mängel auf den Bereich „Freiheit einschränkende Maßnahmen“,
- 3.161 Mängel auf den Bereich „Pflege und Dokumentation“,
- 218 Mängel auf den Bereich „Qualitätsmanagement“,
- 1.181 Mängel auf den Bereich „Arzneimittel“,
- 932 Mängel auf den Bereich „Hygiene“,
- 770 Mängel auf den Bereich „Personal“,
- 31 Mängel auf den Bereich „Mitwirkung“,

- 153 Mängel auf den Bereich „Bauliche Gegebenheiten“,

- 168 Mängel auf den Bereich „Sonstiges“.

Im Jahr 2012 ergingen 628 Anordnungen für stationäre Einrichtungen nach Art. 13 PflWoqG.

**In den zusammen erhobenen Jahren 2010 und 2011 hier stellte sich die Situation wie folgt dar:**

Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 9.968 Mängel bei Prüfungen durch die FQA festgestellt. Davon entfielen

- 380 Mängel auf den Bereich „Wohnqualität“,
- 488 Mängel auf den Bereich „Soziale Betreuung“,
- 179 Mängel auf den Bereich „Verpflegung“,
- 628 Mängel auf den Bereich „Freiheit einschränkende Maßnahmen“,
- 4.066 Mängel auf den Bereich „Pflege und Dokumentation“,
- 355 Mängel auf den Bereich „Qualitätsmanagement“,
- 1391 Mängel auf den Bereich „Arzneimittel“,
- 1.080 Mängel auf den Bereich „Hygiene“,
- 784 Mängel auf den Bereich „Personal“,
- 42 Mängel auf den Bereich „Mitwirkung“,
- 226 Mängel auf den Bereich „Bauliche Gegebenheiten“,
- 349 Mängel auf den Bereich „Sonstiges“.

In den Jahren 2010 und 2011 ergingen 139 Anordnungen für stationäre Einrichtungen nach Art. 13 PflWoqG.

**In den zusammen erhobenen Jahren 2008 und 2009 hier stellte sich die Situation wie folgt dar:**

Insgesamt wurden in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen 9.314 Mängel bei Prüfungen durch die FQA festgestellt. Davon entfielen

- 211 Mängel auf den Bereich „Selbstbestimmung und Lebensqualität“,
- 1.933 Mängel auf den Bereich „Pflege-/Betreuungsqualität“,
- 1.769 Mängel auf den Bereich „Dokumentation“,
- 417 Mängel auf den Bereich „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“,
- 664 Mängel auf den Bereich „Freiheitsentziehende Maßnahmen“,
- 722 Mängel auf den Bereich „Medikamentenaufbewahrung“,
- 187 Mängel auf den Bereich „Hauswirtschaft“,

- 843 Mängel auf den Bereich „Hygiene“,
- 335 Mängel auf den Bereich „Ärztliche und gesundheitliche Betreuung“,
- 724 Mängel auf den Bereich „Personaleinsatzplanung“,
- 414 Mängel auf den Bereich „Qualitätsmanagement“,
- 470 Mängel auf den Bereich „Bauliche Anforderungen“,
- 91 Mängel auf den Bereich „Heimmitwirkung“,
- 13 Mängel auf den Bereich „Entgelterhöhung“,
- 522 Mängel auf den Bereich „Sonstiges“.

In den Jahren 2008 und 2009 ergingen 118 Anordnungen für stationäre Einrichtungen nach Art. 13 PflWoqG.

Für das Jahr 2015 liegen der Staatsregierung noch keine Zahlen vor.

Trotz der dargestellten Missstände sollte nicht übersehen werden, dass in Bayern mehr als 1.600 Pflegeheime mit rund 125.000 Plätzen bestehen, in denen über 90.000 Beschäftigte ältere Menschen pflegen. So unentschuldig Mängel sind, sie sind doch Ausnahmen und werden von den zuständigen FQA im Rahmen der oben genannten Maßnahmen engmaschig überwacht, um eine qualitativ hochwertige Versorgung in bayerischen Altenpflegeeinrichtungen sicherzustellen.

### **8.1.3 Wie gehen die Heime mit der Verabreichung von Psychopharmaka zur Ruhigstellung von Heimbewohnern um? In welcher Form und durch wen wird der Gebrauch kontrolliert? Müssen die Heime über den Gebrauch Rechenschaft ablegen, bzw. benötigen sie hierfür eine richterliche Anordnung?**

Psychopharmaka sind zugelassene Arzneimittel, die leitliniengerecht zur Behandlung von Depressionen und anderen psychischen und neurologischen Krankheitsbildern eingesetzt werden. Diese Erkrankungen treten im höheren Lebensalter gehäuft auf und betreffen somit insbesondere auch Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Art. 3 Abs. 2 PflWoqG definiert die Qualitätsanforderungen an Altenpflegeeinrichtungen. Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben unter anderem sicherzustellen, dass die ärztliche und gesundheitliche Betreuung in der stationären Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise gewährleistet wird, insbesondere die Arzneimittel ordnungsgemäß und bewohnerbezogen aufbewahrt und die in der Pflege und Betreuung tätigen Personen einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden. Eine Kontrolle dieser Vorgaben

erfolgt durch die zuständigen FQA im Rahmen von Heimbegehungen.

Wenn Psychopharmaka über den therapeutischen Nutzen hinaus eingesetzt werden, kann es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme handeln. Zahlen darüber, in wie vielen Fällen Anträge auf Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB) den Einsatz von Medikamenten mit freiheitsentziehender Wirkung betreffen, werden nicht erhoben. Die Verabreichung von Psychopharmaka bedarf gemäß § 1906 Abs. 4 BGB bzw. § 1906 Abs. 5 Satz 2 BGB in Verbindung mit § 1906 Abs. 4 BGB der gerichtlichen Genehmigung, wenn sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig mit dem Zweck erfolgt, den Heimbewohner am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern und wenn der Heimbewohner nicht einwilligungsfähig ist. In diesem Fall muss ein Betreuer oder gegebenenfalls ein Vorsorgebevollmächtigter hinzugezogen werden, dessen Einwilligung in die Gabe der Psychopharmaka vom Betreuungsgericht genehmigt werden muss. Die Verabreichung der Psychopharmaka wird also nicht vom Gericht angeordnet; vielmehr wird die durch den Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten erteilte Einwilligung genehmigt.

Der Freistaat Bayern wirkt erfolgreich in der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Auf Initiative eines Richters am Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen und eines Beamten des Landratsamts Garmisch-Partenkirchen wurde der inzwischen bundesweit erfolgreiche so genannte „Werdenfelser Weg“ entwickelt, der das Ziel verfolgt, freiheitsentziehende Maßnahmen soweit möglich zu vermeiden, so dass es gar nicht erst zu einer Genehmigung kommen muss. Der „Werdenfelser Weg“ nimmt ausdrücklich die Vermeidung von Psychopharmaka in den Fokus (siehe auch Fachtag Werdenfelser Weg zum Thema „Vermeidung medikamentöser Fixierung“ am 17.07.2015 in München; [www.werdenfelser-weg-original.de/fortbildungen/fachtag-muenchen](http://www.werdenfelser-weg-original.de/fortbildungen/fachtag-muenchen)).

Das StMGP engagiert sich im Zuge der Umsetzung der Beschlüsse des Landespflegeausschusses, des Vollzugs des PflWoqG sowie der Durchführung von Modellprojekten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege seit längerem für die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Im Fokus standen bislang mechanische, körpernahe Fixierungen.

Um auch den Einsatz von Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen im Hinblick auf freiheitsentziehende Maßnahmen aufzugreifen, wurde eine Projektgruppe gegründet, die sich diesem Thema aus verschiedenen Blickwinkeln nähert. Ziel des Projektes ist es, die Akteure in der Pflege dahingehend zu sensibilisieren, dass es sich bei der Verabreichung von Psychopharmaka zur Einschränkung der Fortbewegung um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt. Kooperationspartner sind das StMJ sowie das StMGP, das Betreuungsgericht München, der MDK, die KVB, der Bayeri-

sche Hausärzteverband sowie die Landeshauptstadt München (Sozialreferat, Kreisverwaltungsreferat, Referat für Gesundheit und Umwelt). Die Auftaktveranstaltung für die gemeinsame Initiative fand am 06.11.2014 unter dem Titel „Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen – Gemeinsame Lösungen finden“ statt. Sie befasste sich mit der Intensivierung der Zusammenarbeit verschiedener Professionen beim Einsatz von Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen.

#### 8.1.4 Wie viele Anträge auf richterliche Anordnung sind in Bayern seit 2009 gestellt worden?

Eine Statistik, die die Anträge auf richterliche Genehmigung speziell der Verabreichung von Psychopharmaka erfasst, liegt der Staatsregierung nicht vor. In der Betreuungsstatistik werden lediglich die Genehmigungen unterbringungsähnlicher Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB gesondert erfasst. Diese umfassen aber neben der Gabe von Psychopharmaka auch sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen wie z.B. Fixierungen, das Einschließen, das Anbringen von Bettgittern oder das Anlegen von Leibgürteln. Danach ergibt sich folgende Anzahl von Anordnung einer unterbringungsähnlichen Maßnahme:

Jahr der Genehmigung	Anzahl
2009	25.765
2010	24.662
2011	21.266
2012	20.167
2013	19.253
2014	18.324

Der Rückgang der Zahlen dürfte dabei allerdings keine zwingenden Rückschlüsse auf das Antragsverhalten der Pflegeeinrichtungen zulassen. Vielmehr erscheint ein Zusammenhang mit dem „Werdenfelser Weg“ naheliegend, der das Ziel verfolgt, freiheitsentziehende Maßnahmen soweit möglich zu vermeiden, so dass es gar nicht erst zu einer Genehmigung kommen muss (vgl. Antwort zur Ziffer 8.1.3).

#### 8.1.5 Gibt es konkrete Handlungsanweisungen für das Pflegepersonal, wann bewegungseinschränkende Maßnahmen in Pflegeheimen durchgeführt werden dürfen und wann eine richterliche Genehmigung erforderlich ist? Hält die Staatsregierung spezielle Schulungen für erforderlich?

Freiheit einschränkende Maßnahmen sind nur nach gewissenhafter Abwägung der Freiheitsrechte mit den Fürsorgepflichten unter Beachtung der Würde des

Menschen und seiner Selbstbestimmung anzuwenden. Sie sind immer das letzte Mittel der Wahl. Es muss die schonendste und am wenigsten in die Freiheit des Betroffenen eingreifende Maßnahme zum Tragen kommen. Zudem muss ihre Dauer begrenzt sein und ihre Notwendigkeit immer wieder reflektiert werden. Freiheit einschränkende Maßnahmen sind nur dann angebracht, wenn alle anderen Möglichkeiten versucht wurden und keinen Erfolg hatten. An erster Stelle steht daher eine Überprüfung von Alternativen, um eine Freiheit einschränkende Maßnahmen möglichst zu umgehen.

Das PflWoqG legt in Art. 1 den Zweck des Gesetzes, nämlich die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen als Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen und sonstiger Wohnformen vor Beeinträchtigung zu schützen, fest. Hierzu gehört auch die Vermeidung von bzw. im Falle deren Unvermeidbarkeit, der Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen.

Im Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Menschen mit Behinderungen in Bayern, der als Instrument die Vorgehensweise bei der Überprüfung stationärer Pflegeeinrichtungen festlegt, ist dem Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen ein eigenes Kapitel gewidmet. Der Prüfleitfaden erläutert die rechtlichen Grundlagen von Freiheit einschränkenden Maßnahmen, zählt Beispiele auf und legt Qualitätskriterien und Indikatoren fest. Bei Begehungen stationärer Einrichtungen durch die FQA steht daher auch der Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen im Mittelpunkt der Betrachtungen. Neben der Prüfung möglicher Alternativen und Dokumentationsanforderungen stehen die FQA den Einrichtungen auch beratend zur Seite. Zusätzlich steht der Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen auch im Fokus von Fachtagen sowie Dienstbesprechungen mit den FQA.

Die Webseite des StMGP „www.eure-sorge-fesselt-mich.de“ gibt zudem Informationen zu Freiheit einschränkenden Maßnahmen und weist auf Alternativen hin. Die gleichnamige DVD gibt Pflegekräften und Angehörigen wichtige Tipps und Anregungen für Alternativen zu Freiheit einschränkenden Maßnahmen und kann im Webshop der Staatsregierung kostenfrei bestellt werden. Auch der Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ gibt Denkanstöße für eine verantwortungsvolle Prüfung des Einsatzes sowie des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Er richtet sich gleichermaßen an Betroffene, Pflegekräfte, Heimleitungen, Träger von Einrichtungen, Angehörige, Betreuer, Ärzte und die Justiz.

Checklisten und spezifische Erläuterungen sollen konkrete Hilfestellungen für die am Entscheidungsprozess Beteiligten geben.

### 8.1.6 Finden kollegiale Beratungen, Konsilien, Fallbesprechungen, Pflegevisiten etc. als Qualitätssicherungsinstrumente in den Personalschlüsseln Berücksichtigung, insbesondere im Hinblick auf ihren zeitlichen Aufwand?

§ 112 SGB XI, „Qualitätsverantwortung“, verpflichtet die stationären Einrichtungen zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, das „auf eine ständige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“. § 113 SGB XI regelt die Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ohne Vorlage eines Qualitätsmanagement-Konzepts erfolgen keine Pflegesatzverhandlungen. Dies sorgt unter anderem auch dafür, dass bei den Pflegesatzverhandlungen das Qualitätsmanagement der Einrichtung bekannt ist und berücksichtigt werden kann.

Im Rahmen von Schiedsgerichtsurteilen sind Problemfälle auf diesem Gebiet nicht bekannt. Es muss davon ausgegangen werden, dass kollegiale Beratungen, Konsilien, Fallbesprechungen, Pflegevisiten usw. als Qualitätssicherungsinstrumente in den Personalschlüsseln ausreichend Berücksichtigung finden.

### 8.2 Die Verwaltungsvorschrift zur Nachtdienstregelung in stationären Pflegeeinrichtungen greift zu kurz, da keine verbindliche Regelung für den Tagdienst mit formuliert wurde und die Stellenbesetzung sich nicht verändert hat. Wird ein verbindlicher Personalschlüssel, der sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Bewohner orientiert, sowohl für den Tag- als auch für den Nachtdienst eingeführt?

Eine Notwendigkeit, auch einen Schlüssel für den Tagdienst vorzugeben, besteht nicht. Für die Nacht wurde zur Konkretisierung einer bestehenden Regelung ein Anwesenheitsschlüssel im Rahmen eines Korridors festgesetzt. Die Konkretisierung sichert die Qualität der Betreuung in der Nacht, vor allem auch bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern. Die pflegerische Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen während der Nacht ist aufgrund von Multimorbidität durch unterschiedliche Versorgungsanforderungen und Problemsituationen gekennzeichnet. Zudem hat in den letzten Jahren der Anteil an gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern stark zugenommen. Im Nachtdienst kann es – insbesondere durch die Multimorbidität und der daraus folgend verschlechterten Kompensationsmechanismen – jederzeit zu einem Notfall kommen. Hierzu zählen u. a. Stürze, ein „entgleister“ Diabetes mellitus, Schlaganfall, Herzinfarkt. Weiterhin sind Notarzteinsätze bzw. Krankenhauseinweisungen keine Seltenheit. Der Nachtdienst in stationären Pflegeeinrichtungen muss daher ausreichend besetzt sein.

Ausreichende Personalschlüssel zu vereinbaren, ist Aufgabe der Leistungsträger sowie der Leistungserbringer (vgl. Antwort zur Ziffer 1.7).

### 8.3 Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtungen

#### 8.3.1 Im Moment überschneiden sich die externen Kontrollen des MDK und der FQA in stationären Pflegeeinrichtungen häufig, was für das Personal einen erhöhten Verwaltungsaufwand und Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeutet. Ist für die geplante Entbürokratisierung der Pflegebranche auch die Einrichtung einer einheitlichen Aufsichtsstelle vorgesehen und damit ein Abbau dieser Doppelstrukturen?

Eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Prüfungsstellen FQA und MDK zu einer einheitlichen Aufsichtsstelle ist gegenwärtig nicht vorgesehen. Die unterschiedlichen Institutionen haben unterschiedliche Aufgaben, verfolgen grundsätzlich verschiedene Ziele und haben daher auch andere Prüfansätze. Der MDK nimmt eine Überprüfung hinsichtlich der Erfüllung der Leistungen nach den Vorgaben der Versorgungsverträge vor; dies ist Teil des Leistungsrechts (Bundesgesetzgebung). Die FQA hingegen befassen sich mit dem sicherheitsrechtlichen Aspekt (Landesgesetzgebung).

Aufgrund der in hohem Maße bestehenden Schutzbedürftigkeit des betreffenden Personenkreises wird in Bayern großer Wert auf die Erfüllung des staatlichen Schutzauftrags mit einer eigenständigen, vollumfänglichen und insbesondere mit eigenen Pflegefachkräften ausgestatteten FQA gelegt. Im Unterschied zum MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV sind die FQA aufgrund ihrer dezentralen Struktur und ihres zur Verfügung stehenden ordnungsrechtlichen Instrumentariums erster Ansprechpartner für Beschwerden. Sie sind in der Lage, differenzierte Maßnahmen zu treffen und auf diese Weise zu einer Qualitätssicherung beizutragen (z.B. Anordnung der Mangelbeseitigung mit Zwangsgeldbewehrung, Aussprache eines Aufnahmestopps).

#### 8.3.2 Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und MDK derzeit geregelt? Würden veränderte Regelungen hier zu einer Entbürokratisierung der Lage beitragen?

Nach § 47 Abs. 1 Satz 1 AVPfleWoqG sind die FQA bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den stationären Einrichtungen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung verpflichtet, eng u.a. mit dem MDK zusammenzuarbeiten. Im Rah-

men der engen Zusammenarbeit sollen sich FQA und MDK gegenseitig informieren, ihre jeweiligen Prüfergebnisse austauschen, ihre Prüftätigkeit unter Federführung der FQA koordinieren, Doppelprüfungen vermeiden sowie sich über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Beanstandungen austauschen (§ 47 Abs. 1 Satz 2 AVPfleWoqG). Zur Durchführung der Zusammenarbeit nach § 47 Abs. 1 AVPfleWoqG können gemäß § 47 Abs. 4 Satz 1 AVPfleWoqG Arbeitsgemeinschaften gebildet werden. Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaften führen gem. § 47 Abs. 4 Satz 2 AVPfleWoqG die FQA.

Nach § 117 Abs. 1 Satz 1 SGB XI arbeitet u.a. der MDK mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem SGB XI und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen und Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen wirksam aufeinander abzustimmen, wobei gemäß § 117 Abs. 1 Satz 2 SGB XI sicherzustellen ist, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist u.a. der MDK verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften (siehe oben) mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen (§ 117 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Gemäß § 117 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist u.a. der MDK zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde die ihm nach dem SGB XI zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sachliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, mitzuteilen.

Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeeinrichtungen sind u.a. vom MDK unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind (§ 117 Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Ferner hat u.a. der MDK das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit mitzuteilen (§ 115 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Gemäß § 114a Abs. 2 Satz 5 SGB XI soll u.a. der MDK die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

Nach § 114a Abs. 4 Satz 4 SGB XI ist u.a. der MDK unabhängig von seinen eigenen Prüfungsbefugnissen nach § 114a Abs. 1 bis 3 SGB XI befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu beteiligen, soweit sie von der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden, wobei gemäß § 114a Abs. 4 Satz 5 SGB XI in diesem Fall die Mitwirkung des MDK an der Überprüfung der Pflegeeinrichtung auf den Bereich der Qualitätssicherung nach dem SGB XI beschränkt ist.

Nach § 114 Abs. 3 Satz 1 SGB XI haben die Landesverbände der Pflegekassen, die dem MDK Prüfaufträge erteilen, im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117 SGB XI) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können gemäß § 114 Abs. 3 Satz 2 SGB XI auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben gemäß § 114 Abs. 3 Satz 3 SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen, die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI gewährleistet ist.

Überdies sollen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI regelhafte Begehungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und des MDK soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.

Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen FQA, MDK und dem PKV-Prüfdienst funktioniert in der Praxis gut. Insbesondere bemühen sich die Prüfinstitutionen darum, dass der zeitliche Abstand zwischen den Prüfungen von MDK und FQA grundsätzlich mindestens acht Wochen beträgt. Die Prüftermine werden abgestimmt. Gemeinsame Prüfungen haben sich als für die Einrichtungen schon aufgrund der Vielzahl der Prüfer und der Prüfgegenstände als erhebliche Belastung herausgestellt, so

dass eine solche nicht zu einer Entlastung beitragen würde, zumal die bundes- bzw. landesrechtlich vorgegebenen Prüfkonzepte voneinander abweichen.

MDK, StMGP und FQA intensivieren stetig ihre Zusammenarbeit sowohl in der Abstimmung vor Ort als auch bei der Erprobung neuer Qualitätsprüfungsinstrumente. So besteht eine Zusammenarbeit bei dem Projekt ReduDok, das eine Reduzierung des Dokumentationsaufwands zum Gegenstand hat.

Auch beim Projekt zur Effizienzsteigerung in der Dokumentation in der Altenpflege, das durch das BMG unterstützt wurde, haben MDK, FQA und StMGP im Beirat zusammengewirkt und sind an der Umsetzung auf Landesebene im Kooperationsgremium gemeinsam beteiligt. Darüber hinaus sind MDK und StMGP am Projekt zur „Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege – EQisA“ beteiligt. Diese Ansätze dienen einer Entbürokratisierung der Altenpflege. Die Überlegungen auf Bundesebene zur Ausgestaltung der Qualitätsprüfungsrichtlinie („Pflege-TÜV“) können überdies zu einer Annäherung der Prüfinstrumentarien führen.

Unabhängig davon wurde durch Verwaltungsvorschrift des StMGP vom 08.01.2015 festgelegt, dass an dem in Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG enthaltenen Grundsatz, stationäre Einrichtungen turnusgemäß mindestens einmal im Jahr zu überprüfen, insbesondere dann nicht mehr zwingend festgehalten werden muss, wenn bei den beiden letzten turnusmäßigen Überprüfungen der FQA nach Ermessen der FQA keine akut bestehenden oder langfristig wirkenden Mängel im Sinne des PflWoqG bekannt geworden sind. In solchen Fällen besteht nunmehr die Möglichkeit, den Prüfrhythmus bei turnusmäßigen Überprüfungen zu reduzieren bzw. von der Überprüfung einer Einrichtung für bis zu zwei Jahre abzusehen. Bei problematischeren Einrichtungen können dadurch nunmehr häufiger Überprüfungen durchgeführt werden. Auch wird dieser Schritt dazu beitragen, dass es weniger Doppelprüfungen von FQA und MDK geben wird.

## 8.4 Heimkosten

### 8.4.1 Was unternimmt die Staatsregierung gegen die steigende Zahl an pflegebedürftigen Empfängern sozialer Transferleistungen (z.B. Hartz IV-Empfängern)?

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Frage, entgegen der Bezeichnung „Hartz IV“, schwerpunktmäßig auf Empfänger von Sozialhilfe nach den Vorschriften des SGB XII bezieht. Pflegebedürftige Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können, erhalten zur Unterstützung Hilfe zur Pflege, eine bedarfsorientierte Leistung der Sozialhilfe.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist bundesweit seit dem Jahr 1999 von rund 2 Mio. auf rund 2,6 Mio. im Jahr 2013 angestiegen. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege stieg im gleichen Zeitraum, allerdings

nicht schneller, sondern analog. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die gleichzeitig auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, schwankte dabei konstant zwischen 12 % und 13 %.

Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze sind die Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt deutlich erhöht worden. Neben einer Dynamisierung für alle Pflegebedürftigen können insbesondere Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler kombiniert werden. Tages- und Nachtpflege werden nicht mehr auf ambulante Pflegeleistungen angerechnet und die niedrigschwelligen Angebote wurden ausgebaut. Zudem können nunmehr 40 % der Leistungsbeträge für ambulante Leistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote eingesetzt werden.

Diese umfangreich erweiterten und flexibilisierten Möglichkeiten dienen dazu, jedem Pflegebedürftigen ein individuelles Versorgungskonzept entsprechend seinen jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten zu ermöglichen. Die zahlreichen Verbesserungen dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es sich bei der Pflegeversicherung unverändert um eine Teilkostenversicherung handelt, die den Einzelnen daher nicht von der Pflicht entbindet, selbst für das Alter vorzusorgen.

Da Empfänger von Pflegeleistungen in der Regel nicht erwerbsfähig sind, kommen ergänzende Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II an ambulant pflegebedürftige Personen nur selten zur Anwendung. Für Leistungsempfänger in stationärer Pflege gilt für das SGB II ein vollständiger Leistungsausschluss. Sozialämter und Jobcenter können allenfalls die sozialen Folgen auffangen, wenn die vorgelagerten Sozialleistungssysteme nicht (ausreichend) greifen.

### 8.4.2 Welche Konsequenzen zieht die Staatsregierung aus dem Umstand, dass immer mehr Pflegebedürftige in Heime nach Osteuropa und anderen Teilen der Welt ziehen, weil sie sich die Heimkosten in Deutschland nicht mehr leisten können?

Die Sozialhilfe stellt mit der Hilfe zur Pflege, aber auch mit den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts die Deckung des sozio-kulturellen Existenzminimums für bedürftige Menschen sicher. Das umfasst auch die angemessenen Aufwendungen für eine erforderliche stationäre Pflege. Insofern kann jeder Mensch, der stationäre Versorgung in Anspruch nehmen muss, diese auch erhalten. Sofern er selbst nicht dazu in der Lage ist, dies zu finanzieren, trägt die Sozialhilfe die anfallenden Kosten im zuvor genannten Umfang.

Es besteht somit – zumindest aus finanziellen Erwägungen – kein Grund, nach Osteuropa oder in andere Teile der Welt abzuwandern, weil Heimkosten nicht finanzierbar sein sollen.

#### 8.4.3 Wie sollen sich Pflegebedürftige zukünftig eine einheimische Einrichtung leisten können, wenn die Heimkosten immer weiter steigen, die Rentenhöhe gleichzeitig aber stagniert oder sogar sinkt (beschlossene Absenkung des durchschnittlichen Rentenniveaus bis 2030)?

Der demografische Wandel hat auch Auswirkungen auf das umlagefinanzierte System der gesetzlichen Rentenversicherung. Zwar ist und bleibt die gesetzliche Rente für den größten Teil der Bevölkerung die wichtigste Einnahmequelle im Alter. Die rückläufige Geburtenrate und die steigende allgemeine Lebenserwartung machen es jedoch notwendig, das Sicherungsniveau der gesetzlichen Rente in den kommenden Jahrzehnten schrittweise anzupassen.

Der Staat fördert eine ergänzende kapitalgedeckte Vorsorge mit Zulagen und steuerlichem Sonderausgabenabzug (Riester-Rente) sowie durch Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit beim Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung. Der Freistaat Bayern drängt zudem auf Bundesebene auf weitere Maßnahmen sowohl im Bereich der ergänzenden Altersvorsorge als auch der gesetzlichen Rentenversicherung zur Sicherung einer angemessenen und leistungsgerechten Versorgung im Alter.

Sofern pflegebedürftige Personen ihren notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können, erhalten sie (ergänzend) Hilfe zur Pflege. Die Hilfe zur Pflege umfasst dabei sowohl Leistungen der häuslichen Pflege, die Versorgung mit Hilfsmitteln, Leistungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege als auch der stationären Pflege.

#### 8.4.4 Wie beurteilt die Staatsregierung das Verhalten einiger gesetzlicher Krankenkassen, die Kosten für Heimaufenthalte im europäischen oder zukünftig außereuropäischen Ausland zu übernehmen?

Die Verfahrensweise bei Pflegeheimaufenthalten im Ausland richtet sich ausschließlich nach den gesetzlichen Vorschriften.

Bei Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union und in der Schweiz kommen Ansprüche auf Pflegeleistungen aufgrund einer in Deutschland bestehenden Versicherung nach EU-Recht in Betracht. Nach der Europäischen Verordnung 883/04 erhält ein Versicherter, der in einem anderen EU-Staat wohnt als in dem zuständigen EU-Staat, in dem er einen Leistungsanspruch hat,

- Geldleistungen grundsätzlich vom zuständigen Träger (d.h. dem Träger, bei dem der Betroffene versichert ist – hier also der deutschen Pflegeversicherung) nach den für diesen Träger geltenden (hier also deutschen) Rechtsvorschriften sowie
- Sachleistungen (also auch Leistungen der ambulanten und stationären Pflege) im Wege der so

genannten Sachleistungsaushilfe für Rechnung des zuständigen Trägers, bei dem das Mitgliedschaftsverhältnis besteht, vom Träger des Wohnorts (aushelfender Träger) nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem Träger versichert wäre.

Gleiches gilt sinngemäß auch bei Aufenthalt in der Schweiz.

Eine Kostenbeteiligung in einem außereuropäischen Pflegeheim kommt nur im Fall eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts für einen Zeitraum von längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr zum Tragen. In einem solchen Fall kommt aufgrund der in sonstiger Art und Weise privat sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in Betracht.

Für einen dauerhaften Heimaufenthalt außerhalb der EU und der Schweiz ist eine Übernahme von Pflegeleistungen aufgrund fehlender Rechtsgrundlage nicht möglich.

#### 8.5 Erfüllen die aktuellen Heimverträge mit ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen die nötigen Anforderungen an Transparenz und Verständlichkeit für die Heimbewohner?

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) des Bundes ist ein Verbraucherschutzgesetz. Es findet auf Verträge Anwendung, bei denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verbunden wird, und normiert insoweit die zivilrechtlichen Fragen für Heimverträge und Pflegeverträge. Insoweit regelt das WVBVG seit dem Jahr 2009 die zulässigen Inhalte von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) sowie weitere beteiligte Verbraucherzentralen informieren über die verbraucherschützenden Regelungen des WVBVG und bieten eine individuelle Beratung zu den Wohn- und Betreuungsverträgen an. Unter der Telefonnummer 01803-663377 können Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie deren Angehörige aus allen Bundesländern Expertinnen und Experten der Verbraucherzentralen Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein Fragen zu ihrem Vertrag stellen. Beratungsanfragen können auch per E-Mail an [wvbg@vzbv.de](mailto:wvbg@vzbv.de) oder postalisch an den vzbv, Stichwort: WVBVG, Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin, gerichtet werden.

Zur Verbesserung des Verbraucherschutzes älterer Menschen und von Menschen mit Behinderung fördert das BMFSFJ ein Projekt mit der Bezeichnung „Höherer Verbraucherschutz nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe“. Das Projekt wird durch den vzbv in Kooperation mit elf Verbraucherzentralen seit dem 1. Juni 2013 durchgeführt. Die Ergebnisse sind noch nicht publiziert.

Weitere Erkenntnisse hierzu liegen der Staatsregierung nicht vor.

**8.6 Gibt es Maßnahmen der Staatsregierung, die interkulturelle Ausrichtung von Pflegeheimen zu unterstützen, insbesondere im Hinblick auf die nunmehr pflegebedürftigen „Gastarbeiter“ der ersten Generation?**

Beschäftigte mit Migrationshintergrund sind in Bayerns Pflegeteams willkommen. Nicht nur, weil die Pflege insgesamt Verstärkung braucht. Sondern auch, weil Menschen, die in mehreren Kulturen zuhause sind, sich wertvoll mit unterschiedlichen Einstellungen und Fähigkeiten einbringen können. Pflegekräfte, die den jeweiligen Kulturkreis der Migrantinnen und Migranten selbst kennen und deren Sprache sprechen, können den Alltag dieser Pflegebedürftigen erleichtern.

Deswegen wurde seitens der Staatsregierung im PflWoqG geregelt, dass Träger von Pflegeeinrichtungen die Förderung der interkulturellen Kompetenz der Betreuungs- und Pflegekräfte sicherzustellen haben. Pflegenden benötigen ein kulturspezifisches Wissen für den Umgang mit pflegebedürftigen Menschen des eigenen Kulturkreises oder anderer Kulturkreise. Interkulturelle Kompetenz meint dabei die Fähigkeit, in interkulturellen Situationen sensibel und zur wechselseitigen Zufriedenheit der Beteiligten reagieren zu können. Dies bedeutet auch, dass ausländische Pflegekräfte gefordert sind, auf die Wünsche und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen aus dem deutschsprachigen Kulturkreis einzugehen. Basis hierfür ist die Verständigung in deutscher Sprache. Es muss auch mit Blick auf die Anforderung einer angemessenen Qualität der Pflege jederzeit gewährleistet sein, dass eine tätigkeitsbezogene Kommunikation des Betreuungs- und Pflegepersonals mit den betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen in deutscher Sprache möglich ist.

Auch bei der Gewinnung von Pflegekräften spielt die interkulturelle Kompetenz eine wichtige Rolle. Deswegen spricht die Staatsregierung mit der HERZWERKER-Kampagne, die bei jungen Menschen für eine Tätigkeit im Pflegebereich wirbt, seit 2013 gezielt junge Menschen mit Migrationshintergrund an.

**8.7 In welcher Art und Weise unterstützt die Staatsregierung die Menschen mit Behinderungen, die im Rentenalter in Pflegeheimen untergebracht werden müssen?**

Menschen mit Behinderungen erhalten auch im Rentenalter Leistungen der Eingliederungshilfe und bei Bedarf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege. Die Eingliederungshilfe hat die Aufgabe, behinderungsbedingte Nachteile für die betroffenen Menschen auszugleichen oder abzumildern und die Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern.

Zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und in Anbetracht der sich abzeichnenden Entwicklung, dass ältere, an Behinderungen leidende Menschen in immer größerem Umfang an Mobilitätseinschränkungen oder Sinnesbeeinträchtigungen leiden, wurden in die AVPflWoqG die Bestimmungen der DIN 18040-2 aufgenommen.

Der Staatsregierung war es wichtig, diese Bestimmungen auch für bereits bestehende Einrichtungen in möglichst großem Umfang zur Anwendung zu bringen, um den jetzt dort lebenden und auch den zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohnern Nutzungserleichterungen zuteilwerden zu lassen.

Ziel dieser Norm ist die Barrierefreiheit baulicher Anlagen, damit sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Nach § 4 Behindertengleichstellungsgesetz sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche dann barrierefrei, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Berücksichtigt werden unter anderem die Bedürfnisse von Menschen mit Sehbehinderung oder Hörbehinderung, mit motorischen Einschränkungen, die Mobilitätshilfen und Rollstühle benutzen, die großwüchsig oder kleinwüchsig sind, mit kognitiven Einschränkungen und die bereits ein höheres Lebensalter erreicht haben. Die Anforderungen der Norm DIN 18040-2 sollen zu Nutzungserleichterungen führen.

**8.8 Heimbeirat**

**8.8.1 Welche konkreten Rechte und Einflussmöglichkeiten hat der Heimbeirat? Welche Pflichten hat er?**

Die Mitbestimmung und Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen ist in Art. 9 PflWoqG sowie in den §§ 18 ff. der AVPflWoqG geregelt. Nach Art. 9 Abs. 1 Satz 1 PflWoqG wirkt die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner (Bewohnervertretung) in Angelegenheiten des Betriebs der stationären Einrichtung mit. Es ist auch möglich, für Teile der stationären Einrichtung eigene Bewohnervertretungen zu bilden, wenn dadurch die Interessenvertretung der Bewohner besser gewährleistet wird (§ 18 Abs. 3 AVPflWoqG).

Wenn in der Einrichtung keine Bewohnervertretung gebildet werden kann, werden deren Aufgaben durch einen Bewohnerfürsprecher wahrgenommen (Art. 9 Abs. 3 Satz 1 PflWoqG). Die zuständige FQA ist nach § 44 Abs. 1 AVPflWoqG verpflichtet, einen oder mehrere Bewohnerfürsprecher zu bestellen, falls die Bildung einer Bewohnervertretung nicht zustande

kommt. Die Bewohnerfürsprecher haben dieselben Rechte und Pflichten wie die Bewohnervertretung (§ 44 Abs. 7 Satz 1 AVPfleWoqG).

Die Aufgaben der Bewohnervertretung sind in § 39 Abs. 1 AVPfleWoqG geregelt. Danach hat die Bewohnervertretung die Aufgabe,

- Maßnahmen des Betriebs der stationären Einrichtung, die den Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Einrichtung dienen, bei der Einrichtungsleitung oder dem Träger der stationären Einrichtung zu beantragen,
- Anregungen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls durch Verhandlungen mit der Einrichtungsleitung oder in besonderen Fällen mit dem Einrichtungsträger auf ihre Erledigung hinzuwirken,
- die Eingliederung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Einrichtung zu fördern,
- bei Entscheidungen in Angelegenheiten nach §§ 40 und 42 AVPfleWoqG mitzubestimmen und mitzuwirken,
- vor Ablauf der Amtszeit einen Wahlausschuss zu bilden und
- Bewohnerversammlungen durchzuführen.

Entscheidungen, die der Mitbestimmung (§ 40 AVPfleWoqG) der Bewohnervertretung unterliegen, sind im gegenseitigen Einvernehmen zu treffen (§ 41 Abs. 1 AVPfleWoqG). Die Bewohnervertretung muss rechtzeitig über mitbestimmungspflichtige Vorhaben informiert werden. Anregungen und Änderungswünsche der Bewohnervertretung sind von der Einrichtungsleitung bzw. dem Träger aufzugreifen und im Bemühen um gegenseitiges Einvernehmen zu berücksichtigen (§ 41 Abs. 2 AVPfleWoqG). Die von der Bewohnervertretung geäußerten Vorschläge zu den der Mitbestimmung unterliegenden Angelegenheiten hat die Einrichtungsleitung oder der Träger wohlwollend zu prüfen. Die Einrichtungsleitung oder der Träger teilt der Bewohnervertretung das Ergebnis der Prüfung in angemessener Frist, längstens binnen sechs Wochen, mit und bemüht sich um gegenseitiges Einvernehmen (§ 41 Abs. 3 AVPfleWoqG). Ist die Herstellung des Einvernehmens nicht möglich, hat die Bewohnerversammlung zu entscheiden (§ 41 Abs. 4 AVPfleWoqG).

Folgende Bereiche unterliegen gemäß § 40 AVPfleWoqG der Mitbestimmung:

- Aufstellung der Grundsätze der Verpflegungsplanung
- Freizeitgestaltung und Bildungsangebote einschließlich der Planung und Durchführung der von der Einrichtungsleitung angebotenen Veranstaltungen
- Angelegenheiten der sozialen Betreuung im Rahmen des Gesamtkonzepts der Einrichtung der Pflege und für ältere Menschen

- Qualitative Aspekte der Betreuung im Rahmen des Gesamtkonzepts der Einrichtung

- Ausgestaltung der Gemeinschaftsräume

Entscheidungen, die der Mitwirkung (§ 42 AVPfleWoqG) der Bewohnervertretung unterliegen, hat die Einrichtungsleitung oder der Träger mit der Bewohnervertretung vor der Durchführung rechtzeitig und mit dem Ziel einer Verständigung zu erörtern, wobei Anregungen der Bewohnervertretung in die Überlegungen bei der Vorbereitung der Entscheidungen einzubeziehen sind (§ 43 Abs. 1 AVPfleWoqG). Werden Anträge oder Beschwerden von der Bewohnervertretung vorgebracht, sind diese in angemessener Frist, längstens nach sechs Wochen, von der Einrichtungsleitung oder vom Träger zu beantworten, wobei die Antwort auf Verlangen zu begründen ist, wenn das Anliegen der Bewohnervertretung bei der Entscheidung nicht berücksichtigt wird (vgl. § 43 Abs. 2 AVPfleWoqG).

Folgende Bereiche unterliegen gemäß § 42 Abs. 1 AVPfleWoqG der Mitwirkung:

- Aufstellung oder Änderung der Musterverträge für Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Hausordnung
- Maßnahmen zur Verhinderung von Unfällen
- Unterkunft und Betreuung
- Erweiterung, Einschränkung oder Einstellung des Betriebs der stationären Einrichtung
- Zusammenschluss mit einer anderen stationären Einrichtung
- Änderung der Art und des Zwecks der stationären Einrichtung oder ihrer Teile
- Umfassende bauliche Veränderungen oder Instandsetzungen der stationären Einrichtung
- Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung

Ferner gehört zum Bereich der Mitwirkung das Hinzuziehen von Mitgliedern der Bewohnervertretung zu Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen auf Verlangen (§ 42 Abs. 2 Satz 1 AVPfleWoqG).

Ein weiteres Recht der Bewohnervertretung ist in § 19 Abs. 3 AVPfleWoqG geregelt. Danach sind der Bewohnervertretung in der stationären Einrichtung in angemessenem Umfang Räume sowie ein Platz für Aushänge zur Verfügung zu stellen und der Bewohnervertretung zu ermöglichen, Mitteilungen an die Bewohnerinnen und Bewohner zu versenden.

Die Bewohnervertretung hat folgende Pflichten:

- Nach § 38 AVPfleWoqG sind sowohl die Mitglieder als auch die Ersatzmitglieder der Bewohnervertretung zur Verschwiegenheit über die ihnen bei Ausübung des Amts bekannt gewordenen Angelegenheiten oder Tatsachen verpflichtet
- Besteht die Bewohnervertretung aus mehr als zwei Mitgliedern, sind nach § 33 Abs. 1 AVPfle-

WoqG in der ersten Sitzung nach der Wahl zu nächst ein Vorsitzender und ein Stellvertreter zu wählen

- Nach Art. 9 Abs. 2 PflWoqG soll die Bewohnervertretung mindestens einmal jährlich die Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Versammlung einladen, zu der jede Bewohnerin oder jeder Bewohner eine Vertrauensperson beiziehen kann
- Mit dem Auslaufen der Amtszeit ist die Bewohnervertretung nach § 23 Abs. 1 AVPflWoqG verpflichtet, einen Wahlausschuss zu bilden

### **8.8.2 Wie viele Heimbeiräte gibt es in Bayern? Wie konsequent werden die Bewohner über ihr Recht hierzu aufgeklärt?**

Im Jahr 2014 gab es in Bayern insgesamt 978 Bewohnervertretungen und 317 Bewohnerfürsprecher in den stationären Einrichtungen für ältere Menschen. Für das Jahr 2015 liegen noch keine Zahlen vor. Zur Frage, wie konsequent die Bewohner über ihr Recht hierzu aufgeklärt werden, liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor.

Nach § 19 Abs. 1 AVPflWoqG hat der Träger der stationären Einrichtung auf die Bildung einer Bewohnervertretung hinzuwirken. Hierzu zählt insbesondere die Pflicht zur Aufklärung der Bewohner über ihre Rechte und Möglichkeiten, die mit der Bildung einer Bewohnervertretung verbunden sind.

Nach § 19 Abs. 2 AVPflWoqG wird die Bewohnervertretung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vom Träger und der Einrichtungsleitung unterstützt. So haben diese nach § 19 Abs. 2 Satz 3 AVPflWoqG dafür zu sorgen, dass den Mitgliedern der Bewohnervertretung die für ihre Tätigkeit notwendigen Kenntnisse zum PflWoqG und der dazugehörigen Ausführungsverordnung vermittelt werden. Nach § 39 Abs. 2 AVPflWoqG können sich die Mitglieder der Bewohnervertretung jederzeit mit Fragen zur Mitwirkung und Mitbestimmung an die FQA als zuständige Behörden wenden.

Bei Bedarf klärt die FQA darüber hinaus die Mitglieder der Bewohnervertretung bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Rechte auf und führt im Rahmen von turnusmäßigen Prüfungen regelmäßige Gespräche mit der Bewohnervertretung.

Nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 7 PflWoqG haben der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung sicherzustellen, dass die Mitwirkung und die Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden. Die FQA überprüfen die stationären Einrichtungen gemäß Art. 11 Abs. 1 Satz 4 PflWoqG daraufhin, ob sie diese Anforderung an den Betrieb einer stationären Einrichtung erfüllen.

### **8.8.3 Welche Fortbildungsmöglichkeiten, Informationsbeschaffungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote gibt es für die Heimbeiräte?**

Zur Unterstützung der Arbeit der Bewohnervertretung bzw. Bewohnerfürsprecher stehen die FQA zur Verfügung. Aufgabe der FQA ist auch, die Bewohnervertretung bzw. Bewohnerfürsprecher über ihre Rechte und Pflichten zu beraten. In Einzelfällen werden Einrichtungen bei der Bestellung von Bewohnervertretungen unterstützt. Informationsmaterial wird den Bewohnervertretungen auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Die Adressen der FQA sind im Webauftritt des StMGP einsehbar ([www.stmgp.bayern.de/pflege/fqa](http://www.stmgp.bayern.de/pflege/fqa)). Die FQA suchen außerdem im Rahmen ihrer Begehungen regelmäßig Kontakt zu den Bewohnervertretungen und führen mit ihnen Gespräche.

Mitglieder der Bewohnervertretung bzw. Bewohnerfürsprecher können sich bei Fragen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit auch an den Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung wenden.

Weiter sind in diesem Zusammenhang die Seniorenbeiräte der Kommunen sowie die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V. – BIVA ([www.biva.de](http://www.biva.de)) zu nennen.

Zum Thema Mitbestimmung und Mitwirkung in stationären Einrichtungen werden auch Schulungen und Vorträge angeboten. Veranstalter können Seniorenorganisationen, die FQA, die BIVA, Beratungsunternehmen oder Trägerverbände sein. Informationen darüber, ob solche Veranstaltungen in der Region stattfinden, sind z.B. beim Seniorenbeirat der Kommune oder bei der FQA erhältlich.

Speziell für Bewohnervertreter und Bewohnerfürsprecher hat das StMGP im September 2015 den Leitfaden „Mitbestimmung und Mitwirkung in der stationären Altenpflege“ herausgegeben. Der Leitfaden wurde an alle FQA mit der Bitte übermittelt, jeder stationären Pflegeeinrichtung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich ein Exemplar zur Verfügung zu stellen.

In dem Leitfaden sind die wichtigsten Grundlagen der Mitbestimmung und Mitwirkung dargestellt. Darin werden den Bewohnervertretern und Bewohnerfürsprechern praktische Tipps für ihre Arbeit an die Hand gegeben. Daneben enthält der Leitfaden Arbeitshilfen (z.B. Einladungen zur Sitzung der Bewohnervertretung, Bekanntmachung von Beschlüssen der Bewohnervertretung, Checkliste zum Ablauf der Wahl der Bewohnervertretung, Stimmzettel, Wahlergebnisprotokoll).

Nach § 34 Abs. 5 AVPflWoqG kann die Bewohnervertretung beschließen, zu bestimmten Themenbereichen fach- und sachkundige Personen zu ihrer Sitzung hinzuziehen, wobei der Träger der stationären Einrichtung die Auslagen der genannten Personen in angemessenem Umfang übernimmt.

## 9. Alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

### 9.1 Wie viele Menschen in Bayern nehmen Angebote des betreuten Wohnens zu Hause in Anspruch? Welche regionale Verteilung stellt sich in Bayern dar?

Im Zuständigkeitsbereich des StMAS wurden bislang 45 Projekte des Betreuten Wohnens zu Hause gefördert. Die regionale Verteilung stellt sich wie folgt dar:

Regierungsbezirk	Anzahl der Projekte
Oberbayern	14
Niederbayern	3
Oberpfalz	4
Oberfranken	6
Mittelfranken	3
Unterfranken	5
Schwaben	10

Die mit staatlichen Mitteln geförderte bayerische „Kordinationsstelle Wohnen im Alter“ geht von bayernweit insgesamt rund 50 existierenden Standorten aus, in denen im Durchschnitt jeweils rund 25 Menschen betreut werden.

### 9.2 Welche finanziellen Fördermöglichkeiten des Staats oder der Sozialversicherungen gibt es für die Bewohner und welche für die Einrichtungen?

Bei alternativen Wohnformen, wie z.B. Seniorenhausgemeinschaften oder generationenübergreifenden Wohnformen, handelt es sich um privates Wohnen. Die Leistungen für ältere Menschen in alternativen Wohnformen unterscheiden sich nicht von denen des sonstigen privaten Wohnens. Der Aufbau von alternativen Wohnformen kann im Rahmen der Förderrichtlinie „Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)“ mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 40.000,00 Euro gefördert werden. Gefördert werden können dabei Personal- und Sachkosten.

Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000,00 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe

von 4.000,00 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000,00 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Seitens der Renten- und Unfallversicherung bestehen für alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen grundsätzlich keine Fördermöglichkeiten. Sollte die Pflegebedürftigkeit durch einen Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung verursacht worden sein, können sich individuelle Ansprüche des Versicherten auf Wohnungshilfe ergeben (behindertengerechter Umbau), sofern diese ausschließlich dem jeweiligen Versicherten zu Gute kommen.

Im Rahmen des Bayerischen Wohnungsbauprogramms fördert die Staatsregierung den Neubau von Mietwohnungen mittels zinsvergünstigter Darlehen sowie ergänzender Zuschüsse. Bereits seit dem Jahr 2008 müssen alle geförderten Mietwohnungen auf Grundlage der DIN 18040-2 barrierefrei geplant werden. Die Wohnungen einer Wohnebene müssen stufenlos erreichbar sein; alle weiteren Wohnebenen müssen so geplant sein, dass sie durch die nachträgliche Schaffung eines Aufzugs oder einer Rampe stufenlos erreichbar sind. Auf diese Weise ist auch für das Älterwerden oder eine im Lauf des Lebens eintretende schwere Erkrankung, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung baulich Vorsorge getroffen. Bei besonders förderungswürdigen Wohnungen, z.B. für Rollstuhlnutzer, kann das auf diese Wohnungen entfallende Förderdarlehen erhöht werden.

Außerdem ist es Ziel, auch den Wohnungsbestand an die Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung anzupassen. Im Bayerischen Wohnungsbauprogramm können für bauliche Anpassungsmaßnahmen sowohl für Miet- als auch für selbstgenutzte Eigentumswohnungen leistungsfreie Baudarlehen bis zu 10.000,00 Euro je Wohnung mit einer Laufzeit von fünf Jahren bewilligt werden. Nach dem Ende der Laufzeit werden diese erlassen und kommen damit Zuschüssen gleich. Für Mietwohnungen gibt es alternativ eine Förderung im Bayerischen Modernisierungsprogramm mit zinsverbilligten Kapitalmarktdarlehen. Der Abbau von Barrieren ist dabei ein Förderschwerpunkt. Zum Bezug einer geförderten Wohnung ist grundsätzlich die Einhaltung festgelegter Einkommensgrenzen Voraussetzung.

Die Bereitstellung von Wohnraum zugunsten alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen kann ggf. Gegenstand einer Förderung aufgrund des Bayerischen Wohnraumförderungsgesetzes (BayWoFG) und der hierzu erlassenen Wohnraumförderungsbestimmungen des StMIBV sein. Die besonderen Anforderungen solcher alternativer Wohnformen, beispielsweise im Hinblick auf die Haushaltszusammensetzung, können zwar im Einzelfall dazu führen, dass die allgemeinen Fördervoraussetzungen des BayWoFG nicht eingehalten werden. Für derartige besondere Anforderungen hat der Gesetzgeber des BayWoFG

den Weg zu besonderen, diese Anforderungen soweit als möglich berücksichtigenden Lösungen eröffnet: Nach Art. 19 BayWoFG kann bei der Förderung besonderer Wohnformen zur Erreichung des besonderen Förderzwecks von einer Reihe von förder- und belegungsrechtlichen Vorschriften des BayWoFG abgewichen werden; dies gilt insbesondere bei der Bereitstellung von Wohnraum für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung sowie für Wohngemeinschaften zur gegenseitigen Unterstützung im Alter oder bei Hilfebedürftigkeit und betreute Wohngemeinschaften.

### 9.3 Beabsichtigt die Staatsregierung die Förderung des betreuten Wohnens darüber hinaus auszubauen und welche Modelle werden bevorzugt?

Konzepte des Betreuten Wohnens zu Hause können im Rahmen der Förderrichtlinie „Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)“ mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 10.000,00 Euro gefördert werden. Eine Förderung des seit langem etablierten Betreuten Wohnens in Einrichtungen ist nicht vorgesehen.

### 9.4 Wie viele pflegebedürftige Menschen leben in Bayern in einem Quartierskonzept und wie viele sind es in anderen Bundesländern (bitte aufgeschlüsselt nach Art des Konzepts)?

Hierzu liegen der Staatsregierung keine Daten vor. Da es sich bei Quartierskonzepten um privates Wohnen handelt und keine eindeutigen Begrifflichkeiten bestehen, gibt es keine aussagekräftigen Erhebungen.

### 9.5 Welche staatlichen Fördermöglichkeiten gibt es für diese Quartierskonzepte und ist eine Erhöhung dieser Mittel geplant?

Quartierskonzepte können im Rahmen der Förderrichtlinie „Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)“ mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 40.000,00 Euro gefördert werden. Eine Erhöhung der Förderung ist nicht vorgesehen. Ergänzend wird auf die Antwort zur Ziffer 9.10 verwiesen.

Nicht als Quartierskonzept im engeren Sinn wurde im Jahr 2005 von der Staatsregierung das Modellvorhaben des Experimentellen Wohnungsbaus „WAL – Wohnen in allen Lebensphasen“ initiiert. Engagierte Wohnungsunternehmen aus ganz Bayern konnten sich mit ihren integrierten, teils quartiersbezogenen Konzepten zum altengerechten Wohnen bewerben. Zwölf Pilotprojekte wurden in den darauf folgenden Jahren realisiert. Dabei wurden Wohnkonzepte entwickelt, die den Übergang vom unabhängigen zum betreuten Wohnen ermöglichen, ohne die eigene Wohnung oder das Quartier verlassen zu müssen. Neben den baulichen Maßnahmen wurden Unterstützungs- und Pflegeangebote geschaffen, die bei Bedarf von den Bewohnern in Anspruch genommen werden kön-

nen. Dieses System der sozialen Unterstützung reicht von der Betreuung durch sozialpädagogische Fachkräfte und ehrenamtlich organisierte Angebote bis zu Kooperationen mit den im Quartier vorhandenen Trägern der Wohlfahrtspflege, sozialen Dienstleistern und benachbarten Pflegeheimen.

Alle Bauvorhaben wurden mit Mitteln des Bayerischen Wohnungsbauprogramms und mit Zuschüssen des Experimentellen Wohnungsbaus zu den vorgeschalteten Architektenwettbewerben finanziell unterstützt. Das Modellvorhaben ist abgeschlossen und die Ergebnisse werden derzeit evaluiert.

### 9.6 Welche unabhängigen Beratungs- und Unterstützungsangebote gibt es in den Kommunen für pflegebedürftige Menschen, die eine Hausgemeinschaft eröffnen wollen?

Hauptzielgruppe der Seniorenhausgemeinschaften sind nicht pflegebedürftige Menschen, sondern ältere Menschen, die noch in eigenen, abgeschlossenen Wohnungen leben und darüber hinaus separate Gemeinschaftsräume nutzen können. Hier organisieren die Mieterinnen und Mieter ihr Gemeinschaftsleben selbst, unterstützen sich gegenseitig und nehmen darüber hinaus bei Bedarf Unterstützungsleistungen in Anspruch. Vor diesem Hintergrund gibt es keine speziellen Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen, die vorhaben, eine Seniorenhausgemeinschaft zu eröffnen. Grundsätzlich berät die Koordinationsstelle Wohnen im Alter – im Zuständigkeitsbereich des StMAS – alle Interessierten bayernweit zu alternativen Wohnformen. Darüber hinaus informieren – neben kommunalen Beratungs- und Anlaufstellen – auch die Koordinatorinnen und Koordinatoren für Seniorenarbeit in den Landkreisen und kreisfreien Städte über neue Wohnformen.

### 9.7 Wie viele derartige Hausgemeinschaften gibt es in Bayern und wie stellt sich die regionale Verteilung dar?

Im Jahr 2014 bestanden bayernweit 47 Seniorenhausgemeinschaften. Dabei stellt sich die regionale Verteilung wie folgt dar:

Regierungsbezirk	Anzahl der Seniorenhausgemeinschaften
Oberbayern	7
Niederbayern	0
Oberpfalz	17
Oberfranken	2
Mittelfranken	6
Unterfranken	3
Schwaben	12

**9.8 Wie viele ambulant betreute Wohngemeinschaften gibt es in Bayern (bitte aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken) und wie viele sind es in anderen Bundesländern?**

Zum Stichtag 31.12.2014 bestanden in Bayern insgesamt 237 ambulant betreute Wohngemeinschaften. Dabei stellt sich die regionale Verteilung wie folgt dar:

Regierungsbezirk	Anzahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften
Oberbayern	89
Niederbayern	26
Oberpfalz	31
Oberfranken	8
Mittelfranken	25
Unterfranken	21
Schwaben	37

Über die Anzahl bestehender ambulant betreuter Wohngemeinschaften in anderen Bundesländern liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor.

**9.9 Welche Fördermöglichkeiten bestehen für diese betreuten Wohngemeinschaften? Beabsichtigt die Staatsregierung diese Förderung in Anbetracht der demographischen Entwicklung auszubauen?**

Der Aufbau von neuen ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Seniorinnen und Senioren wurde bislang im Rahmen der Förderrichtlinie „Neues Seniorenwohnen – SeniWoF“ in Form einer Anschubfinanzierung mit bis zu 40.000,00 Euro je Projekt gefördert. Die Förderrichtlinie „SeniWoF“ in der Fassung vom 14.01.2015 ist zum 1.1.2016 in einer neuen Förderrichtlinie „Richtlinie zur Förderung neuer ambulant betreuter Wohngemeinschaften sowie zur Verbesserung der Lebensqualität und der Rahmenbedingungen in der Pflege (Förderrichtlinie Pflege – WoLeRaF)“ aufgegangen und um zwei weitere Förderbereiche erweitert worden.

Den Bedingungen der Förderrichtlinie entsprechend können Personal- und Sachkosten für die Koordination und Organisation sowie kontinuierliche fachliche Begleitung, Ausgaben für externe Beratungsleistungen, für die Öffentlichkeitsarbeit sowie notwendige Ausgaben für Ausstattungsgegenstände gefördert werden. Der Förderzeitraum umfasst höchstens zwei Jahre.

Im Rahmen des Bayerischen Wohnungsbauprogramms können unter bestimmten Voraussetzungen auch Wohngemeinschaften zur gegenseitigen Unterstützung im Alter sowie betreute Wohngemeinschaften

gefördert werden (vgl. auch Antwort zur Ziffer 9.2). Entscheidende Voraussetzung für eine Förderung ist hierbei, dass die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner gefördert und deren Selbstbestimmung gewährleistet wird. Ebenso unabdingbar ist, dass sie nicht der permanenten persönlichen Anwesenheit von Betreuungskräften Tag und Nacht bedürfen und noch in der Lage sind, ihre Interessen und Bedürfnisse mitteilen zu können.

**9.10 Welche Qualitätsstandards gelten für die verschiedenen Quartierskonzepte und wie wird ihre Einhaltung kontrolliert?**

Da es sich bei Quartierskonzepten um eine private Wohnform handelt, unterliegen diese weder den Regelungen des PflWoqG noch einer anderen staatlichen Kontrolle.

Quartierskonzepte können im Rahmen der Förderrichtlinie „Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)“ mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 40.000,00 Euro gefördert werden. Fördervoraussetzung sind die vom StMAS herausgegeben Eckpunkte zu Quartierskonzepten, die Qualitätsstandards beinhalten ([www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_internet/senioren/eckpunkte\\_quartierskonzept.pdf](http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/senioren/eckpunkte_quartierskonzept.pdf))

Ergänzend wird auf die Antwort zur Ziffer 9.5 verwiesen.

In der Auslobung des Modellvorhabens „WAL – Wohnen in allen Lebenslagen“ (vgl. auch Antwort zur Ziffer 9.5) wurden Ziele formuliert, zu deren Umsetzung sich die Wohnungsunternehmen verpflichteten. Neben anpassungsfähigen Grundrisslösungen und der barrierefreien Ausstattung der Wohnungen standen vor allem Kriterien wie ein altengerechtes Wohnumfeld, eine entsprechende Nahversorgung im Quartier sowie wohnortnahe Unterstützungs- und Pflegeangebote im Vordergrund. Das Modellvorhaben ist abgeschlossen und die Ergebnisse werden derzeit evaluiert.

**9.11 Wie hoch ist der Anteil der Ehrenamtlichen, die diese Quartierskonzepte unterstützen?**

Hierzu liegen keine Erhebungen vor. Erfahrungen aus einzelnen Projekten zeigen jedoch, dass bürgerschaftliches Engagement ein wesentlicher Konzeptbaustein von Quartierskonzepten ist.

**9.12 Welche unabhängigen Beratungsangebote gibt es für die Angehörigen und Betroffenen und in welchen Regionen werden sie angeboten?**

Hierzu wird auf die Antworten zu den Ziffern 6.2.1, 6.2.2 und 9.6 verwiesen.

**9.13 Wie viele dieser Quartierskonzepte sind speziell auf Demenzerkrankte ausgerichtet, wie sind die Erfahrungen und welche Schlüsse zieht die Staatsregierung daraus?**

Quartierskonzepte haben das Ziel, ein soziales Umfeld zu schaffen, mit dem sich alle Bewohnerinnen und Bewohner identifizieren können und das es auch älteren Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf ermöglicht, in ihrem vertrauten Wohnumfeld bleiben zu können. Die im Rahmen der Förderrichtlinie „Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)“ geförderten Quartierskonzepte sind deshalb nicht gesondert auf Menschen mit Demenzerkrankungen ausgerichtet.

**10. Grauer Pflegemarkt**

**10.1 Welchen Anteil an der Pflegeversorgung hat der „Graue Pflegemarkt“ nach Informationen der Staatsregierung in Bayern (in absoluten Zahlen und im Vergleich zu Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten)? Wie hat sich die Gesamtsituation seit der Expertenanhörung zu diesem Thema im Landtag am 30.06.2011 verändert?**

Da sich die Tätigkeiten des so genannten grauen Pflegemarktes im Verborgenen abspielen, fehlen naturgemäß valide Zahlen zu Umfang und Entwicklung. Hinzu kommt, dass sich die Aufdeckung illegaler Praktiken in Privathaushalten besonders schwierig gestaltet, da diese im Gegensatz zu Geschäftsräumen von den Kontrollbehörden (Finanzkontrolle Schwarzarbeit des Zolls) nur mit Einverständnis des Berechtigten betreten werden dürfen (vgl. auch Antworten zu Ziffern 10.8 und 10.16). Auch ist die Begrifflichkeit „Grauer Pflegemarkt“ nicht definiert, unterschiedlichen Interpretationen zugänglich und kann verschiedene Erscheinungsformen umfassen (z.B. illegale Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen oder Pflegekräfte, Verschleierung eines Beschäftigungsverhältnisses unter dem Deckmantel der Scheinselbstständigkeit, Vorenthalten von Arbeitnehmerrechten, keine Abführung von Sozialabgaben und Steuern usw.).

Bereits anlässlich der Expertenanhörung zum grauen Pflegemarkt im Landtag am 30.06.2011 wurde betont, dass es keine verlässliche Datenquelle gibt. Die damaligen Schätzungen gingen weit auseinander und reichten von bundesweit 120.000 bis 800.000 Pflegekräften, die in deutschen Privathaushalten illegal hilfsbedürftige ältere oder behinderte Menschen betreuen und versorgen dürften. Wie sich diese Pflegekräfte auf die einzelnen Bundesländer verteilen, war nicht bekannt.

Wie im Jahr 2011 kann auch gegenwärtig nur auf verschiedene bundesweite Schätzungen zurückgegriffen werden, die eine weitgehend ähnliche Größenordnung wie die damaligen annehmen. Nach Schätzungen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln war im Jahr 2013 von 400.000 ille-

gal in Deutschland beschäftigten ausländischen Pflegehilfen auszugehen. Laut DBfK werden schätzungsweise zwischen 100.000 und 800.000 Pflegehilfen illegal in Privathaushalten beschäftigt.

Zum Anteil des grauen Pflegemarkts an der Pflegeversorgung in Bayern sind demnach keine Aussagen möglich. Auch der Finanzkontrolle Schwarzarbeit des Zolls als zuständiger Kontrollbehörde liegen keine gesonderten Statistiken oder Informationen zum grauen Pflegemarkt vor.

**10.2 Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil des „Grauen Pflegemarkts“ in anderen Bundesländern und ist der bayerische Anteil im Bundesvergleich eher hoch oder niedrig? Worin liegen hierfür nach Auffassung der Staatsregierung die Ursachen?**

Hierzu sind keine Aussagen möglich (vgl. Antwort zur Ziffer 10.1).

**10.3 Was unternimmt die Staatsregierung gegen die oftmals fehlenden Basisqualifikationen auf dem „Grauen Pflegemarkt“, die unter Umständen eine mangelhafte Pflege zur Folge haben können? Wie kann langfristig ein angemessenes fachliches Pflegeniveau erzielt werden? Wie können angemessene Deutschkenntnisse sichergestellt und aufrechterhalten werden?**

Pflegebedürftige haben entsprechend der gesetzlichen Regelungen des SGB XI die Möglichkeit, aus Sachleistungen, Pflegegeld und einer Kombination aus beidem zu wählen. Um durch Versorgungsvertrag zur Pflege zugelassen zu werden, müssen Pflegeeinrichtungen insbesondere die Qualifikation der die Pflege verantwortenden Kräfte als Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- oder als Altenpfleger gewährleisten.

Sobald sich Pflegebedürftige jedoch für den Bezug von Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen entscheiden, ist der Nachweis einer Qualifikation nicht mehr erforderlich. Dies entspringt der historischen Entwicklung und der Idee, dass, soweit die pflegerische Versorgung durch Angehörige wahrgenommen wird, auf der einen Seite eine besondere Qualifikation der Angehörigen nicht erforderlich ist, auf der anderen Seite eine Vergütung in dem klassischen Sinne nicht vorgesehen ist, wohl aber eine Anerkennung der aufgrund Familienbande geleisteten Dienste, die letztlich auch dem Gemeinwohl zugutekommen.

Wie Pflegebedürftige das beanspruchte Pflegegeld einsetzen, kann und darf aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen daher nicht staatlicherseits überwacht werden.

Eine Qualitätskontrolle scheidet insoweit aus. Damit Pflegegeldbezieher den Anspruchsvoraussetzungen, u.a. ihre Grundpflege und hauswirtschaftliche Versor-

gung selbst sicherzustellen, genügen, müssen sie regelmäßige Beratungen in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, anerkannte Beratungsstelle oder ähnliche Institution abrufen.

#### **10.4 Wie kann zukünftig sichergestellt werden, dass Hilfskräfte für hauswirtschaftliche Tätigkeiten keine Pflegeleistungen durchführen?**

Wie in der Antwort zur Ziffer 10.3 ausgeführt, ist eine Überwachung darüber staatlicherseits nicht möglich. Eine Sensibilisierung der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger ist nur im Rahmen der vorgegebenen Beratungen möglich.

Der Begriff pflegerische Alltagshilfen ist nicht eindeutig definiert, könnte aber als ein Teil der grundpflegerischen Maßnahmen gesehen werden. Außerdem obliegt es dem häuslichen Auftraggeber, welche Tätigkeiten er mit dem Arbeitnehmer aushandelt. Welche Hilfen im Vordergrund stehen, hängt sehr stark vom Einzelfall ab und unterliegt großen Schwankungen.

Nach § 21 der Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern können ausländische Haushaltshilfen zur Ausübung einer versicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung (von bis zu drei Jahren) für hauswirtschaftliche Arbeiten und notwendige pflegerische Alltagshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen zugelassen werden, wenn sie auf Grundlage einer Verfahrensabsprache zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes vermittelt worden sind (vergleiche IAB Stellungnahme, „Grauer Pflegemarkt“ und professioneller Pflegearbeitsmarkt in Bayern 7/2011, Carsten Pohl, Nürnberg). Diese Regelung war insbesondere für die legale Beschäftigung von mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen vor dem 01.05.2011 von Bedeutung. Vermittlungsabsprachen bestanden zum Stand August 2010 mit folgenden Ländern: Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowakische Republik, Slowenien, Tschechien und Ungarn.

Durch die seit dem 01.05.2011 bestehende Arbeitnehmerfreizügigkeit zwischen Deutschland und den Ländern Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn besteht für selbstständige Haushaltshilfen ein legales Arbeitsfeld in Deutschland.

Diese Personen können hauswirtschaftliche Arbeiten und notwendige pflegerische Alltagshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen durchführen. Auch deutsche Pflegedienstanbieter nutzen die Gelegenheit, grenzübergreifend tätig zu werden.

#### **10.5 Gibt es steuerliche oder sonstige Anreize zur Legalisierung dieser irregulären Beschäftigungsverhältnisse und befürwortet die Staatsregierung derartige Anreize wie es sie beispielsweise in Frankreich gibt?**

Für die Beschäftigung einer Pflegekraft oder für die Inanspruchnahme von Pflegediensten bestehen im geltenden Einkommensteuerrecht folgende Förderungen, die auch dazu bestimmt sind, Schwarzarbeit und illegale Beschäftigung zu bekämpfen.

Aufwendungen für die eigene ambulante Pflege oder die ambulante Pflege eines Unterhaltsberechtigten (z.B. Eltern oder Kinder) können – soweit sie nicht von einer Kranken- oder Pflegeversicherung ersetzt werden – als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 Einkommensteuergesetz geltend gemacht werden. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person mindestens Pflegestufe I nach § 15 SGB XI hat oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt wurde. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist eine Berücksichtigung auch möglich, wenn die Aufwendungen von einem anerkannten Pflegedienst nach § 89 SGB XI gesondert in Rechnung gestellt werden. Außergewöhnliche Belastungen mindern die einkommensteuerliche Bemessungsgrundlage, soweit sie die nach Familienstand und Einkommen gestaffelte zumutbare Belastung übersteigen.

Daneben besteht die Möglichkeit, die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse und für die Inanspruchnahme haushaltsnaher Dienstleistungen nach § 35a Einkommensteuergesetz in Anspruch zu nehmen, wenn die Pflege im eigenen Haushalt oder im Haushalt der zu pflegenden Person erbracht wird. Danach vermindert sich die tarifliche Einkommensteuer um 20 Prozent der Aufwendungen, höchstens 510,00 Euro jährlich, wenn die Pflege im Rahmen eines Minijobs erfolgt.

Bei anderen haushaltsnahen Beschäftigungsverhältnissen und für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes ermäßigt sich die Einkommensteuer um 20 Prozent der Aufwendungen, höchstens 4.000,00 Euro jährlich. Voraussetzung ist, dass am Haushaltsscheckverfahren teilgenommen wird bzw. für die Aufwendungen eine Rechnung ausgestellt wird und die Zahlung auf das Konto des Leistungserbringers erfolgt.

Steuerliche oder sonstige Anreize anderer Staaten sind stets auch im Zusammenhang mit dem jeweils dort bestehenden Gesamtsystem zu sehen und können deshalb nicht losgelöst von diesem bewertet werden.

#### **10.6 Gibt es Erkenntnisse dazu, ob auf dem „Grauen Pflegemarkt“ eher Pflege im professionellen Sinne stattfindet oder Betreuung im Sinne einer Haushaltshilfe oder unterstützenden Pflege?**

Es ist davon auszugehen, dass in der Praxis Haushaltshilfen beschäftigt werden, ohne dass diese arbeits- und sozialrechtlich abgesichert sind. Die Bezeichnung „Grauer Pflegemarkt“ steht für diese Gruppe. Da hierzu nicht angemeldete Beschäftigungsver-

hältnisse gezählt werden dürften, kann es auch keine belastbaren Zahlen geben. Schätzungen gehen weit auseinander. Demnach kann keine belastbare Wertung darüber abgegeben werden, welche Tätigkeiten diese Haushaltshilfen vorrangig ausüben. Der Staatsregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

**10.7 Gibt es Untersuchungen oder Studien zu den Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Pausen, Urlaub, Vertragsdauer) in diesem informellen Bereich? Wenn nicht, beabsichtigt die Staatsregierung dies zu ändern?**

Eine Auflistung zu Aufsätzen, Studierenerkenntnissen und sonstige diese Thematik berührende Veröffentlichungen enthält ein Sonderheft der Zeitschrift für Gerontologie und Ethik, Ausgabe 2/2014, mit der Bezeichnung „Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit durch osteuropäische Haushaltshilfen“ ([www.evhn.de/for\\_ige\\_zeitschrift.html](http://www.evhn.de/for_ige_zeitschrift.html)).

Das Institut für Pflegeforschung, Gerontologie und Ethik der Evangelischen Hochschule Nürnberg hat zu dieser Thematik im Auftrag des StMAS im Jahr 2013 eine Untersuchung mit der Bezeichnung „Osteuropäische Haushaltshilfen in Bayern“ durchgeführt. Die Untersuchung kann nur einen Anhaltspunkt geben, da aufgrund der bestehenden Grauzone kein repräsentativer Umfang von Befragten erreicht werden konnte.

Zur Beleuchtung der Situation osteuropäischer Haushaltshilfen wurden ambulante Pflegedienste auf der einen Seite und die Hausbewohner, d.h. Haushaltshilfen und Angehörige für die Pflegebedürftigen, auf der anderen Seite befragt. Die Untersuchung förderte keine überraschenden Erkenntnisse zutage. Während Angehörige das Modell der Haushaltshilfen wählen, um die Pflegebedürftigen länger in der ambulanten Versorgung zu halten und das Funktionieren dieser Versorgung grundsätzlich bejahen, fühlen sich die Haushaltshilfen zwar freundlich in der Familie aufgenommen, jedoch ohne echte Freizeit und Rückzugsräume auch gefangen. Deren Motivation ist weit überwiegend finanzieller Natur. Sie wollen meisthin den Familienunterhalt verbessern und die Ausbildung ihrer Kinder finanzieren. Demzufolge ist das Migrationspendeln auch jeweils als begrenztes Modell bis zum Ende der Ausbildung ihrer Kinder angelegt. Selten wird als Motiv auch sinnhafte Beschäftigung oder gar kulturelles

Interesse angegeben. Die ambulanten Pflegedienste empfinden das Verhältnis teilweise als konkurrenzbehaftet, sind sich aber auch darüber im Klaren, dass viele Pflegebedürftige ohne die Haushaltshilfen nicht mehr im ambulanten System wären, sondern stationär versorgt werden müssten.

**10.8 Wie geht die Staatsregierung gegen informelle Arbeit vor, sind die vorhandenen ausführenden Institutionen ausreichend?**

Die Bekämpfung von Schwarzarbeit und illegaler Beschäftigung ist Aufgabe der Behörden der Zollverwaltung (Finanzkontrolle Schwarzarbeit). Als Bundesbehörden unterstehen diese dem Bundesministerium der Finanzen. Die Staatsregierung hat weder Einwirkungsmöglichkeiten auf deren Tätigkeit noch eigene Vollzugszuständigkeiten (vgl. auch Antworten zu Ziffern 10.15 bis 10.19).

**10.9 Welche Maßnahmen und Kooperationen im Bereich „Grauer Pflegemarkt“ finden auf Bundesebene und auf europäischer Ebene statt?**

Für die Bundesebene liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor. Von einer Wertung zu Anreizen in anderen Staaten sieht die Staatsregierung ab, da diese stets auch im Zusammenhang mit dem dort bestehenden Gesamtsystem zu sehen sind und nicht losgelöst von diesem bewertet werden sollten.

Ergänzend wird bemerkt, dass sich die grundsätzliche Situation fehlender Leistungsangebote im Bereich der Pflege in der Häuslichkeit nach Auffassung von ver.di auch in anderen europäischen Ländern stellt. Auch hier zeigten sich Defizite, wenn es um die Betreuung von Menschen gehe, die eine Rundumbetreuung benötigten. Auch in den europäischen Nachbarländern würde diese Betreuung von osteuropäischen Frauen geleistet. Dabei habe es keine Rolle gespielt, ob in den Ländern bereits die Arbeitnehmerfreizügigkeit vollzogen gewesen sei oder nicht. In allen Ländern Europas sei die Form der abhängig Beschäftigten, der entsandten Arbeitnehmerin sowie der selbstständigen Unternehmerin zu finden. Mit Ausnahme der skandinavischen Länder habe sich ein „grauer Arbeitsmarkt“ im Bereich der häuslichen Pflege entwickelt. Um diese negativen Wirkungen zu begrenzen, wurde in einigen europäischen Staaten mit einem auf die Betreuungssituation zugeschnittenen Rechtsrahmen (z.B. Österreich) bzw. mit Legalisierungsmaßnahmen (Frankreich, Belgien, Niederlande) reagiert.

**10.10 Gibt es Erkenntnisse zu der Geschlechterverteilung auf dem „Grauen Pflegemarkt“? Wie hoch wird der Anteil männlicher Pflegekräfte in diesem Bereich geschätzt?**

Hierüber liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor. Vermutet wird, dass sich der Anteil männlicher Hilfen in einem sehr begrenzten Umfang bewegen dürfte.

### 10.1 Bedeutet insbesondere der Zuzug von Arbeitskräften aus anderen EU-Staaten nicht eine deutliche Verschlechterung der Lage des dortigen Pflege-Arbeitsmarktes?

Die Frage zielt auf den so genannten Brain Drain im Sinne eines Talenteschwundes besonders ausgebildeter Menschen durch Emigration. Care Drain ist eine spezielle Form des Brain Drains, bei der medizinisches und pflegerisches Fachpersonal das Herkunftsland verlässt. Ausschlaggebend für einen Zuzug von pflegefachlichen Arbeitskräften dürften dabei meist schlechtere Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven, größere gesundheitliche Risiken sowie Anziehungsfaktoren wie höhere Löhne, bessere soziale Bedingungen sowie ein höherer technischer Standard sein.

Eine temporäre oder auf längere Dauer angelegte Arbeitsmigration nach Deutschland unterliegt einer freien Entscheidung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers. Hinsichtlich der EU-Bürgerinnen und -Bürger gilt: selbst wenn sich in einzelnen Staaten durch die Arbeitsmigration die Lage des dortigen Pflege-Arbeitsmarktes verschlechtern sollte, so ist dies Ausfluss der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit als Kernbestandteil des für alle EU-Mitgliedstaaten verbindlich geltenden Unionsrechts und damit systembedingt.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) teilt mit, dass sie die Situation in den Herkunftsländern berücksichtigt und Pflegefachkräfte aktiv nur in denjenigen EU-Staaten rekrutiert, in denen ein Bewerberüberhang besteht und eine Vermittlungsabsprache zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitsverwaltung des jeweiligen Landes getroffen wurde. Das gleiche Prinzip gilt auch für die Rekrutierung von Pflegepersonal aus Drittstaaten. Im Rahmen des Projekts Triple Win gewinnen die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der BA und die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit qualifizierte Pflegefachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen für Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege.

Ergänzend wird bemerkt, dass ein Care Drain auch aus Deutschland weg in Staaten wie z.B. in die Niederlande, nach Großbritannien, nach Schweden und auch in die Schweiz besteht.

### 10.12 Welche Pläne und Konzepte hat die Staatsregierung zur Hinführung der informellen Arbeit in formelle Arbeit?

Die Bekämpfung von Schwarzarbeit und illegaler Beschäftigung ist Aufgabe der Behörden der Zollverwaltung (Finanzkontrolle Schwarzarbeit). Als Bundesbehörden unterstehen diese dem Bundesministerium der Finanzen. Die Staatsregierung hat weder Einwirkungsmöglichkeiten auf deren Tätigkeit noch eigene Vollzugszuständigkeiten. Die in der Antwort zur Ziffer 10.5 dargestellten steuerlichen Anreize sollen zur Legalisierung illegaler Beschäftigung beitragen.

Der graue Pflegemarkt basiert in Europa auf den Grundsätzen des Binnenmarktes. Ein Graumarkt kann als deutlich schwächere Form eines Schwarzmarkts gesehen werden. Dort werden ihrem Wesen nach legale Dienstleistungen erbracht; allerdings unter Rahmenbedingungen, die ordnungspolitisch nicht gewünscht sind.

Die Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen, Pflegekräfte oder Pflegehilfskräfte ist häufiger dem grauen Arbeitsmarkt zuzuordnen. Beschäftigt und entlohnt als Haushaltshilfen oder Hauswirtschafterinnen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen, übernehmen wohl weit überwiegend Frauen hauswirtschaftliche sowie grundpflegerische Aufgaben. Dabei werden vermutlich arbeitsrechtliche Normen teilweise nicht beachtet (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.16).

### 10.13 Wie bewertet die Staatsregierung die Maßnahmen in Österreich und Frankreich gegen informelle Beschäftigungsverhältnisse im „Grauen Pflegemarkt“?

Von einer Wertung zu Anreizen in anderen Staaten wird abgesehen, da diese stets auch im Zusammenhang mit dem dort bestehenden Gesamtsystem zu sehen sind und nicht losgelöst von diesem bewertet werden sollten.

### 10.14 Erachtet die Staatsregierung die französischen oder österreichischen Ansätze auch für Bayern als sinnvoll und übertragbar? Falls nein, was sind die Gründe hierfür?

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 10.13 verwiesen.

### 10.15 Melden die ambulanten Pflegedienste informelle Arbeit des „Grauen Pflegemarktes“ an die zuständige Behörde wenn diese entdeckt wird, und in wie vielen Fällen geschieht dies pro Jahr?

Der Staatsregierung liegen hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor. Die Bekämpfung von Schwarzarbeit und illegaler Beschäftigung ist Aufgabe der Behörden der Zollverwaltung (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.8). Die Bundesfinanzdirektion Südost ist Rechts- und Fachaufsichtsbehörde für die bayerischen Hauptzollämter Augsburg, Landshut, München, Nürnberg, Regensburg, Rosenheim und Schweinfurt sowie für das Hauptzollamt Erfurt.

Nach Mitteilung der Bundesfinanzdirektion Südost sind in deren Bezirk bislang keine Fälle bekannt, in denen konkrete Hinweise durch ambulante Pflegedienste an die Finanzkontrolle Schwarzarbeit übermittelt wurden. In den überwiegenden Fällen handelt es sich im Zusammenhang mit Pfl egetätigkeiten bei den Hinweisgebern um anonyme Personen oder um Privatpersonen.

**10.16 Wie kontrolliert die Staatsregierung die Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen in privaten Haushalten? Erfolgt eine Anmeldung der Kontrollen in privaten Haushalten?**

Der Staatsregierung obliegen keine Kontrollzuständigkeiten (vgl. auch Antworten zu Ziffern 10.8 und 10.15).

Nach Mitteilung der Bundesfinanzdirektion Südost erfolgen Prüfungen durch die Finanzkontrolle Schwarzarbeit zumeist verdachtsunabhängig, durch die Befragung von Personen oder die Einsichtnahme in Geschäftsunterlagen. Die Notwendigkeit einer vorherigen Ankündigung der Prüfung ist gesetzlich nicht normiert. Prüfungen in Privathaushalten sind aufgrund der verfassungsrechtlich geschützten Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Grundgesetz) nur mit Zustimmung des Wohnungsinhabers möglich. Grundsätzlich erfolgen Prüfungen im Bereich der Pflege mit einem besonderen Maß an Sensibilität und Rücksichtnahme auf die individuelle Situation.

**10.17 Gab es im Zuge dieser Kontrollen bereits Beschwerden oder Beanstandungen seitens der kontrollierten Personen oder deren Angehöriger (bitte Angaben für 2009 – 2014)?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.15). Nach Mitteilung der Bundesfinanzdirektion Südost sind dort entsprechende Sachverhalte nicht bekannt.

**10.18 Wie ist die Personalausstattung für diese Kontrollen in absoluten Zahlen (bitte Zeitraum von 2009 – 2014)? Ist diese Ausstattung ausreichend?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.15). Die Bundesfinanzdirektion Südost kann hierzu keine Aussage treffen. Bei der Tätigkeit der Finanzkontrolle Schwarzarbeit erfolgt keine Unterteilung der Zuständigkeiten nach bestimmten Branchen. Das eingesetzte Personal ist für Prüfungen in verschiedenen Branchen zuständig.

**10.19 Auf welche Höhe belaufen sich die jährlichen Kosten für die Kontrollen im „Grauen Pflegemarkt“ (Zeitraum: 2009 – 2014)?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.15). Von der Bundesfinanzdirektion Südost kann hierzu keine Aussage getroffen werden (vgl. auch Antwort zur Ziffer 10.18).

**10.20 Werden in Deutschland die etwaigen Berufsqualifikationen der rumänischen und bulgarischen Pflege-/Betreuungskräfte anerkannt?**

Die berufliche Anerkennung in reglementierten Berufen (z. B. der Gesundheits- und Krankenpflege) erfolgt auf Grundlage der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und den jeweiligen Berufsgesetzen des Bundes. Es handelt sich grundsätzlich immer um Einzelfallprüfungen. Zuständig für die Anerkennungsverfahren sind die Bezirksregierungen.

Bestimmte, innerhalb der EU und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erworbene Berufsabschlüsse werden automatisch, d.h. ohne Prüfung der individuellen Ausbildungsinhalte anerkannt, sofern der für den jeweiligen Mitglied-/Vertragsstaat laut Anhang der Richtlinie aufgeführte Qualifikationsnachweis vorgelegt wird.

**10.21 Sieht die Staatsregierung in der Nichtanerkennung der Qualifikationen auch einen Grund für das Anwachsen des „Grauen Pflegemarktes“?**

Eine Anerkennung der beruflichen, pflegerischen Qualifikationen erfolgt individuell (vgl. Antwort zur Ziffer 10.20), wenn betroffene Personen einen Antrag auf Anerkennung bzw. Gleichstellung ihrer beruflichen Qualifikationen in Deutschland stellen. Deshalb ergibt sich hieraus kein Grund für ein Anwachsen eines „Grauen Pflegemarktes“.

Unter dem Begriff „Grauer Pflegemarkt“ wird vorrangig die Tätigkeit von Haushaltshilfen aus dem Ausland verstanden und weniger die Tätigkeit von professionellem Pflegepersonal, weshalb sich die Frage eines Anerkennungsverfahrens in der Regel nicht stellen wird.

**10.22 Welchen Zeitraum erfordert die Anerkennung der Qualifikationen im Durchschnitt und welche Unterstützungsangebote gibt es für die Antragsteller?**

Die Verfahrensdauer ist von vielfältigen Kriterien abhängig und variiert je nach Ablauf des Verfahrens von wenigen Wochen bis zu zwei Jahren. In der Praxis sind die eingereichten Antragsunterlagen häufig unvollständig. Bereits in Deutschland lebende Antragsteller müssen häufig noch Unterlagen aus ihrem Herkunftsland einholen und übersetzen lassen. Nachforderungen und Nachreichungen führen dann zu teilweise erheblichen Verzögerungen, da die Bewertung der Antragsunterlagen erst nach deren vollständiger Vorlage erfolgen kann. Bei fehlender Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands haben Antragsteller Ausgleichsmaßnahmen zu absolvieren (Ablegen einer Eignungs- oder Kenntnisprüfung bzw. Absolvieren eines Anpassungslehrgangs).

Ausführliche Informationen zu den einzureichenden Unterlagen erhalten Antragsteller über die Internetangebote der Regierungen. Ergänzende Informationen können telefonisch bei den zuständigen Sachbearbeitern eingeholt werden. Antragsteller können sich auch an die Anerkennungsberatung Bayern beim „MigraNet – Landesnetzwerk Bayern“ wenden. Als spezialisierte Serviceleistung bietet die Anerkennungsberatung individuelle und umfassende Informationen zu Anerkennungsmöglichkeiten und -verfahren sowie Zuständigkeiten. Die Ratsuchenden werden beim Anerkennungsprozess bedarfsgerecht unterstützt und begleitet. Die Dienstleistung ist kostenfrei.

**10.23 Inwiefern beeinflusst das neue Mindestlohngesetz eine Überführung informeller Tätigkeiten in formelle Arbeitsverhältnisse? Welche Konsequenzen sind notwendig? Wird die Staatsregierung auf Bundesebene diese Problematik thematisieren und wann?**

Hinsichtlich der Auswirkungen des Mindestlohngesetzes auf die Beschäftigung von Pflegekräften in Privathaushalten sind keine belastbaren Aussagen möglich. Es ist davon auszugehen, dass die Pflicht zur Vergütung von Pflegekräften in Privathaushalten entsprechend Mindestlohn von 8,50 Euro brutto je Zeitstunde in nicht wenigen Fällen zu Kostensteigerungen führen wird. Gesicherte Erkenntnisse, inwieweit dies ein Ausweichen in Schwarzarbeit oder illegale Beschäftigung fördern kann, liegen nicht vor.

Das Mindestlohngesetz wird im Jahr 2020 evaluiert. Die Auswirkungen des Mindestlohns bzw. seiner konkreten Höhe auf Schwarzarbeit und illegale Beschäftigung werden dabei auch zu prüfen sein. Die Staatsregierung hat sich wiederholt für eine frühere Evaluation eingesetzt.

**10.24 Sind weitere Ausnahmeregelungen des Mindestlohngesetzes hinsichtlich der Pflegearbeit bzw. Betreuungstätigkeit geplant?**

Hierzu liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor. Die Zahlung eines auskömmlichen Arbeitsentgelts – auch und gerade für die verantwortungs- und anspruchsvolle Arbeit am Menschen – ist ein zentrales Anliegen bayerischer Politik.

**10.25 Welche Pläne hat die Staatsregierung, damit keine weiteren Erschwernisse des Pflegepersonals im Zusammenhang mit dem Mindestlohngesetz eintreten?**

Besondere Erschwernisse für das Pflegepersonal durch das Mindestlohngesetz sind mit Ausnahme der möglichen Auswirkungen auf Schwarzarbeit und illegale Beschäftigung nicht erkennbar. Besondere Pläne sind deshalb nicht erforderlich.

**11. Gewalt in der Pflege**

**11.1 Liegen der Staatsregierung Zahlen oder Studien vor, wie verbreitet das Thema Gewalt in der Pflege ist und welche Formen von Gewalt (psychisch oder physisch) vorherrschen?**

Anfangen von aggressiven Äußerungen über finanzielle Ausbeutung bis hin zu Handgreiflichkeiten – das Thema Gewalt hat viele Facetten. Die Anwendung von Gewalt ist dabei schwer messbar, vor allem zur psychischen Gewalt lassen sich kaum Aussagen treffen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt daher relativ ausführlich: „Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“

In der Pflege kann Gewalt vonseiten der Pflegekräfte als auch vonseiten der zu Pflegenden ausgeübt werden. Die Übergriffe reichen dabei von Einschüchterungen über härteres Anfassen bis hin zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie z.B. das Fixieren im Bett.

Die Datenlage zu Ausmaß und Vorkommen von Gewalt in der Pflege ist dünn. Dies lässt sich u. a. damit erklären, dass keine einheitliche Definition des Begriffs Gewalt vorliegt und das Vorkommen schwer zu untersuchen ist.

Nach einem Themenreport des Zentrums für Qualität in der Pflege mit der Bezeichnung „Gewaltprävention in der Pflege“, der im Juni 2015 publiziert wurde, berichteten 40 % der 503 befragten Pflegekräfte, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind oder waren, dass sie sich innerhalb der letzten 12 Monate mehr als einmal inadäquat gegenüber Pflegebedürftigen verhalten hatten. 21 % dieser Pflegekräfte gaben zudem an, physische oder verbale Gewalt angewendet zu haben. 19 % der befragten Pflegekräfte berichteten, dass sie einen pflegebedürftigen Patienten bereits einmal vernachlässigt haben, 9 % von ihnen wendeten physische Gewalt an. 62 % der befragten Pflegekräfte gaben an, dass sie in Belastungssituationen noch nie unangemessen reagiert haben. 21 % der Pflegekräfte berichteten jedoch, dass sie sich in solch einer Situation bereits einmal unangemessen verhielten, 14 % gaben sogar an, dass sie schon mehrmals unangemessen reagierten.

Weitere Zahlen zur Gewaltanwendung in der Pflege liegen der Staatsregierung nicht vor.

„MILCEA“ (Monitoring in Long-Term Care Pilot Projekt on Elder Abuse) ist ein Projekt, das vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) koordiniert und mit Mitteln der Europäischen Kommission gefördert wird. Bei diesem Projekt liegt der Fokus auf Gewaltanwendungen gegenüber älteren Menschen in der Langzeitpflege. Da

bisher keine gesetzlichen Grundlagen für die Einführung von Mechanismen vorliegen, die Gewalt gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen routinemäßig erfassen, arbeitet das Projekt an einer Systematisierung der Gewaltauswirkungen in der Langzeitpflege. Gleichzeitig wird ein Szenario „guter“ Praxis entwickelt. Nach den bisherigen Erkenntnissen heben sich als häufigste Formen psychische, physische und finanzielle Gewaltauswirkungen sowie Vernachlässigung hervor.

Ein durch das BMG gefördertes Projekt des MDS, der Universität zu Köln, der Städte Dortmund, Potsdam, Stuttgart und des Landkreises Fulda mit der Bezeichnung „Gewaltfreie Pflege“ hat zum Ziel, in vier Modellkommunen die Voraussetzungen zu schaffen, um der Gewalt gegenüber älteren und pflegebedürftigen Menschen mit einem systematischen Präventionsansatz zu begegnen. Das Projekt zielt darauf ab, die Empfehlungen aus dem MILCEA-Projekt zur Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen auf kommunaler Ebene umzusetzen. Ergebnisse sind noch nicht bekannt.

#### **11.2 Welche Bereiche sind von Gewalt besonders betroffen, die ambulante, die stationäre, die häusliche Pflege?**

Der Staatsregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

#### **11.3 Hat die Staatsregierung Erkenntnisse über die Ursachen der Gewalt? Gibt es einen Zusammenhang zu Zeit- und Personal-mangel, zu restriktive Behandlungs- und Pflegevorgaben sowie Dokumentationsaufwand? Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung bereits ergriffen, um hier entgegenzusteuern?**

Die Ursachen von Gewalt sind vielfältig. Häufig müssen mehrere Faktoren zusammen kommen, damit sich dies in Form von Gewalt äußert. Eine der vielfältigen Ursachen für Gewalt in der Pflege dürfte Überlastung und Überforderung der Pflegenden sein.

Zudem herrscht zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ein Machtverhältnis. Der Pflegebedürftige ist auf die Pflege, Hilfe und Unterstützung des Pflegenden angewiesen.

Das Verständnis von Gewalt ist zudem abhängig von vorherrschenden gesellschaftlichen Normen. Bei der Beurteilung, was als problematische Handlung, als aggressiv oder als gewalttätig empfunden wird, spielt die persönliche Grenze und individuelle Bewertung eine entscheidende Rolle.

Die Staatsregierung bietet Informationsmaterialien in Form von Broschüren, Leitfäden sowie einer DVD mit dem Titel „Eure Sorge fesselt mich“ zu Freiheit einschränkenden Maßnahmen als Form der physischen

Gewaltanwendung an. Diese Informationsmaterialien zum verantwortungsvollen Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen in der Pflege sollen Alternativen aufzeigen und so Gewaltauswirkungen minimieren. Die Angebote richten sich dabei an Pflegekräfte, Angehörige, Betreuer und Ärzte (vgl. auch Antwort zur Ziffer 8.1.5).

Zur Entlastung von pflegenden Angehörigen kann die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden. Pflegenden Angehörigen können sich bei Pflegekassen oder regionalen Pflegestützpunkten informieren und unterstützende Angebote – auch in Überforderungs- bzw. Überlastungssituationen – einholen. Zudem werden nach der Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“ Fachstellen für pflegende Angehörige gefördert. Auch diese dienen als Anlaufstelle für Angehörige bei Fragen rund um pflegerische Belange (vgl. auch Antwort zur Ziffer 12.11).

#### **11.4 Gibt es Schulungen oder Fortbildungen für Pflegenden zur Stressbewältigung als Gewaltprävention und wenn ja, von wie vielen Personen wurden sie in Anspruch genommen (bitte für den Zeitraum von 2009 – 2014)?**

Schulungen werden einrichtungsintern angeboten, sodass der Staatsregierung keine Zahlen vorliegen, wie viele Personen diese in Anspruch nahmen.

Für pflegende Angehörige besteht die Möglichkeit, die von den Pflegekassen angebotenen Pflegekurse zu besuchen. Inhaltlicher Bestandteil ist auch die Stressbewältigung im Kontext der Pflege. Zudem regelt § 7a SGB XI die Pflegeberatung, die jeder in Anspruch nehmen kann, der Leistungen nach dem SGB XI erhält. Pflegenden Angehörigen erhalten hier individuelle Beratung und Hilfestellungen.

Den Schwerpunkt dieses Beratungsangebotes bilden pflegefachliche Fragestellungen, jedoch finden hier auch die Themen Gewalt und Stressbewältigung ihren Raum. Auch die in der Antwort zur Ziffer 12.11 beschriebenen Pflegestützpunkte und Fachstellen für pflegende Angehörige bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung an.

Daneben regelt die „Förderrichtlinie Fortbildung der in den Bereichen Altenpflege, Altenarbeit, Behindertenhilfe, psychiatrische Versorgung, AIDS sowie Suchtkrankenhilfe tätigen Personen“ die Förderung von Fortbildungen für den Bereich der Pflege. Die Richtlinie wurde durch das StMGP und das StMAS gemeinsam bekannt gegeben, da beide Ressortzuständigkeiten berührt sind.

Folgende Fortbildungen, die im Rahmen der Richtlinie gefördert werden können, lassen sich den Themenfeldern Stressbewältigung und Gewaltprävention zuordnen:

#### Freiheitsentziehende Maßnahmen

- Schulungen von ehrenamtlich Tätigen (ambulanter und stationärer Bereich)
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Stressbewältigungs- und Entspannungstrainings
- Implementierung von Gesundheitszirkeln

Die Voraussetzungen für eine Förderung nach dieser Richtlinie sind eine Mindeststundenzahl von acht Fortbildungseinheiten, die Teilnahme von mindestens acht in der Altenarbeit/Altenpflege/Familienpflege in Bayern tätigen Personen und die Höchstteilnehmerzahl von 25 Personen (im Einzelfall mit ausreichender Begründung auf 30 Personen erweiterbar). Der Staatsregierung liegen jedoch keine Zahlen vor, wie viele Personen diese Fortbildungen im Hinblick auf Stressbewältigung oder Gewaltprävention in Anspruch genommen haben.

#### **11.5 In wie vielen Fällen wurden Fixierungen richterlich angeordnet (bitte für den Zeitraum 2009 – 2014)? Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über Fixierungen, die nicht richterlich angeordnet wurden? Was gedenkt sie hiergegen zu unternehmen?**

Eine Statistik, die richterliche Genehmigungen (nicht: Anordnungen) speziell der Fixierungen erfasst, ist der Staatsregierung nicht bekannt. Demnach liegen zu Fixierungen, die nicht richterlich genehmigt wurden, keine Erkenntnisse vor.

Wie in der Antwort zur Ziffer 8.1.4. ausgeführt, werden in der Betreuungsstatistik lediglich die Genehmigungen unterbringungsähnlicher Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB gesondert erfasst. Diese betreffen aber neben mechanischen Fixierungen auch sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen wie beispielsweise die Gabe von Psychopharmaka, das Einschließen, das Anbringen von Bettgittern oder das Anlegen von Leibgürteln. Danach ergab sich im jeweiligen Jahr folgende Anzahl von Anordnungen einer unterbringungsähnlichen Maßnahme:

Jahr der Genehmigung	Anzahl
2009	25.765
2010	24.662
2011	21.266
2012	20.167
2013	19.253
2014	18.324

Aus Sicht der Staatsregierung stellt der bereits in der Antwort zur Ziffer 8.1.4. dargestellte „Werdenfelser Weg“ einen wichtigen Schritt dar, um Fixierungen überhaupt und damit auch nicht genehmigte Fixierun-

gen zu vermeiden. Der „Werdenfelser Weg“ verfolgt unter anderem das Ziel, einen Bewusstseinswandel in den Pflegeheimen, bei den Angehörigen und auch in der Genehmigungspraxis der Betreuungsgerichte herbeizuführen. Die Gefahren der Fixierung und die Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen in den Mittelpunkt gestellt werden. Dazu wird unter anderem ein Pool von Verfahrenspflegern gebildet, die über eigene pflegerische Berufserfahrung verfügen und in den einschlägigen Rechtsfragen zusätzlich geschult wurden. Diese Verfahrenspfleger werden in den Verfahren zur Genehmigung freiheitsbeschränkender Maßnahmen gezielt eingesetzt, um in jedem Einzelfall mit den Betroffenen, deren Angehörigen und Betreuern sowie mit dem Personal in der Pflegeeinrichtung Alternativen zur Freiheitsbeschränkung zu erörtern.

Zeigt sich, dass pflegerische Alternativen bestehen, lehnt das Betreuungsgericht den Antrag auf Genehmigung freiheitsbeschränkender Maßnahmen ab.

Es ist davon auszugehen, dass die damit verbundene Aufklärung und Schulung der Beschäftigten der Pflegeheime zu möglichen Alternativen zur Fixierung auch zu einem Rückgang der Zahl der nicht genehmigten Fixierungen beiträgt.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Ziffer 11.3 verwiesen.

#### **12. Demenzielle Erkrankungen**

##### **12.1 Wie viele Personen mit demenziellen Erkrankungen gibt es derzeit in Bayern und wie wird sich ihre Anzahl in den nächsten 10 Jahren verändern? Wie hoch ist der Anteil der Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Pflegeheimen und wie viele werden im häuslichen Umfeld oder in Wohngruppen versorgt und gepflegt?**

In Bayern leben gegenwärtig rund 220.000 Demenzerkrankte. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem Anstieg der Zahl der Demenzerkrankten in Bayern auf rund 270.000 Personen, bis 2032 auf rund 340.000 zu rechnen. Diese und weitere Zahlen sind dem Gesundheitsreport Bayern 3/2014 mit der Bezeichnung „Demenzerkrankungen - Update 2014“ des LGL zu entnehmen ([www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport\\_2014\\_03.pdf](http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2014_03.pdf)).

Ziel der im Jahr 2013 beschlossenen Bayerischen Demenzstrategie ist es, die Gesellschaft für das Thema Demenz zu sensibilisieren, Ängste abzubauen und so der Stigmatisierung und Tabuisierung der Krankheit entgegenzuwirken. Das soll die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen verbessern.

Im Jahr 2014 waren bayernweit 492 Menschen Mieterinnen und Mieter in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Zur Anzahl demenziell erkrankter Menschen in Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor.

**12.2 Welche Studien zu demenziellen Erkrankungen gibt es, die im Auftrag der Staatsregierung durchgeführt wurden oder an denen die Staatsregierung finanziell beteiligt war?**

Einzelne Forschungsstudien werden in den psychiatrischen Universitätskliniken durchgeführt. Im Alzheimer Gedächtniszentrum der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München laufen derzeit vier Studien zum Thema Demenz und Alzheimer. Gefördert werden diese Studien durch das BMBF sowie aus dem Zuschuss für Forschung und Lehre des StMBW. In der Psychiatrischen Klinik in Würzburg wird zwischen den Jahren 2010 und 2017 die so genannte Vogel-Studie - Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen - durchgeführt, die von der Vogel-Stiftung

und aus dem Zuschuss für Forschung und Lehre des StMBW unterstützt wird. Das StMGP fördert zudem das Projekt Bayerischer Demenz Survey. An den drei Standorten Dachau, Erlangen und Kronach wird eine multizentrische Langzeitstudie durchgeführt, in der Versorgungsfragen beleuchtet und Handlungsempfehlungen für die häusliche Versorgung bei Demenz bereitgestellt werden sollen.

**12.3 Welche Modellprojekte zu demenziellen Erkrankungen sind bereits abgeschlossen und an welchen Alten- und Pflegeheimen oder an welchen Wohngruppen für Demenzerkrankte werden sie umgesetzt?**

*Übersicht über Modellprojekte im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen*

Projekte	Projektstandort und Einrichtung	Projektzeitraum
Betreutes Wohnen psychisch Kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien	Hof Projektträger: Ambulante Sozialpflegerische Dienste e. V.	2008 - 2013
Evaluierung Pflegeoase	Gemeinde Hartenstein (Rupprechtstegen) Senioren- und Pflegezentrum	2011 - 2012
Evaluierung Pflegeoase Sozialstiftung	Stadt Bamberg Sozialstiftung Bamberg	2012 - 2014
Projekt Sehbehinderung Unterfranken	Stadt Würzburg Blindeninstitutsstiftung Würzburg	2012 - 2015
Medienkonferenz „Medien für an Demenz erkrankte Bewohner“	Gemeinde Hartenstein (Rupprecht-stegen) Senioren- und Pflegezentrum	2013 - 2014
Modellprojekt FeM „Schuhtransponder“	Markt Oberzell St. Josef	2013
Evaluierung Pflegeoase	Stadt Augsburg Seniorenzentrum Lechhausen	2013 - 2014
Evaluierung Pflegeoase	Markt Fürstzell Seniorenzentrum Abundus AZURIT	2013 - 2014
Evaluierung Pflegeoase Seniorenzentrum Lindenhof	Unterleinleiten Seniorenzentrum - Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim	2012 - 2016
Fachtagung Tagespflegeoasen	Markt Fürstzell ISGOS Berlin	2014
Produktion DVD „Das letzte Lebensjahr von Anni Huber“ - palliative Versorgung	Stadt Straubing Petra Mayer Bildung und Beratung Eching am Ammersee	2014 - 2015

#### 12.4 In welcher Höhe fördert der Freistaat gegenwärtig die Forschung an demenziellen Erkrankungen und wie hat sich die Höhe dieser Förderung seit 2009 entwickelt?

Schlaganfälle und neurodegenerative Erkrankungen zählen weltweit zu den zehn häufigsten Erkrankungen und zu den drängendsten gesundheitlichen Herausforderungen in alternden Gesellschaften. Deswegen wurde beschlossen, ein Forschungszentrum in München zu errichten. Dort ist der Standort München des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE); das Institut für Schlaganfall- und Demenzforschung (ISD) ist Partner geworden. Beide Institute, das DZNE und das ISD wurden in einem neuen Forschungsgebäude integriert. Ziel des Zentrums ist es, Ursachen und Risikofaktoren von neurodegenerativen und zerebrovaskulären Erkrankungen zu verstehen und neue Therapieansätze zu entwickeln. Das DZNE wird im Rahmen einer institutionellen Förderung durch den Freistaat Bayern mit jährlich 550.000,00 Euro unterstützt.

Darüber hinaus fördert der Freistaat Bayern im Rahmen des laufenden Zuschusses für Forschung und Lehre zahlreiche Forschungsprojekte, vor allem in den psychiatrischen Universitätskliniken. In Bayern besteht an der Universität Erlangen-Nürnberg seit 1979 ein Lehrstuhl für Gerontologie und damit der älteste Lehrstuhl für dieses Fachgebiet in der Bundesrepublik. Seit 1988 trägt er die Bezeichnung „Lehrstuhl für Innere Medizin V (Gerontologie)“. Dieser Lehrstuhl deckt spezifisch geriatrische Fragestellungen im Bereich der inneren Medizin ab. Das Institut für Gerontologie wurde auf Antrag der Universität in „Institut für Biomedizin des Alterns“ umbenannt.

#### 12.5 Welche Projekte zur Demenzprävention werden gefördert, in welcher Höhe und an welchen Orten in Bayern werden sie angeboten?

Gefördert wird mit Mitteln des StMGP ein Projekt mit der Bezeichnung „Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V., die in Kooperation mit unterschiedlichen Verbänden, Vereinen und Organisationen, die im Bereich Sport und Bewegung tätig sind, und in Zusammenarbeit mit regionalen Demenznetzwerken inklusive Sport- und Bewegungsangebote entwickelt. Diese Angebote, an denen Menschen mit Demenz und auch nicht erkrankte Menschen teilnehmen, sollen in ganz Bayern von speziell geschulten Kursleitern umgesetzt werden.

Das Projekt wird zunächst im Zeitraum vom 01.05.2015 bis 31.12.2016 mit 45.807,00 Euro gefördert. Es ist beabsichtigt, eine Förderung auch vom 01.01.2017 bis 30.04.2018 auszureichen ([www.alzheimerbayern.de/hauptseiten/projekte\\_sport\\_demenz.htm#projekt](http://www.alzheimerbayern.de/hauptseiten/projekte_sport_demenz.htm#projekt)).

Zudem wurde ein Projekt mit der Bezeichnung „GESTALT-kompakt“ des Instituts für Sportwissenschaften und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg gefördert. Ziel ist die Entwicklung eines kompakten Bewegungsprogramms zur Vorbeugung von Demenzerkrankungen auf der Basis des ursprünglich nach Evidenzkriterien entwickelten sechsmonatigen GESTALT-Programms. Es wird ein Trainer-Manual entstehen, das nach Zertifizierung des Programms durch den Deutschen Turnerbund an die Präventionsleitlinien des GKV-Spitzenverbands angepasst wird. Zielgruppe sind ältere Erwachsene (ab 60 Jahre) beiderlei Geschlechts, die ein erhöhtes Demenzrisiko haben, bei denen jedoch keine derartige Erkrankung diagnostiziert ist. Da körperliche Inaktivität einen wichtigen modifizierbaren Risikofaktor für demenzielle Erkrankungen darstellt und das GESTALT-Programm die körperliche Aktivität der Teilnehmer fördern und erhalten will, zielt das Projekt auf die Gewinnung von Teilnehmern, die bislang gar nicht, wenig oder nur unregelmäßig körperlicher Aktivität nachgehen. Studien zeigen, dass sich gerade sozial benachteiligte Personen weniger als andere bewegen, weswegen Personen mit geringem Einkommen, niedrigem Bildungsstatus und sozialer Isolation besonders angesprochen werden sollen (Projektdauer vom 15.05.2014 bis 31.12.2015; Förderung aus Gesund.Leben. Bayern-Mitteln (2014: 19.936,33 Euro, 2015: 47.950,00 Euro)).

#### 12.6 Das Projekt „GESTALT-Implementierung eines bewegungsfördernden Interventionskonzepts zur Prävention demenzieller Erkrankungen in Bayern“, das auch in der bayerischen Demenzstrategie der Staatsregierung genannt wird, hatte eine Projektlaufzeit von 2010 – 2012. Liegt bereits eine Evaluation vor oder hat die bayernweite Umsetzung bereits begonnen? Wenn ja, an welchen Orten? In welcher Höhe wird es gefördert?

Hierzu wird auf die Antwort der Staatsministerin für Gesundheit und Pflege zur Schriftlichen Anfrage vom 04.08.2015 verwiesen (Drs. 17/8000 vom 16.11.2015).

#### 12.7 Wie hat sich der Anteil des speziell für den Bereich demenzieller Erkrankungen fort- und weitergebildeten Pflegepersonals seit 2009 (bitte aufgeschlüsselt nach Jahren) entwickelt? Welcher Anteil ergibt sich daraus im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der Pflegekräfte?

Nach § 15 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG müssen in gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Wohnbereichen gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte nach § 16 Abs. 2 Satz 1 AVPfleWoqG entsprechend dem Verhältnis von je einer Fachkraft pro 20 Bewoh-

nerinnen und Bewohner eingesetzt werden. In stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen sind dies eine gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft auf 30 Bewohnerinnen und Bewohner. Die Erfüllung dieser Bedingung wird von der örtlich zuständigen FQA überwacht.

Laut Bayerischem Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung gab es zum Stand Oktober 2015 in Bayern insgesamt 126.162 verfügbare Plätze in den Einrichtungen für ältere Menschen, davon 33.498 verfügbare Plätze für Bewohnerinnen und Bewohner mit gerontopsychiatrischer Betreuung. Weitere Daten zur Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen liegen der Staatsregierung nicht vor.

**12.8 Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung ergriffen, um die Fort- und Weiterbildung im Bereich demenzieller Erkrankungen bei den professionellen Pflegekräften und bei den pflegenden Angehörigen zu stärken?**

Die AVPfleWoqG enthält auch Regelungen zur Weiterbildung in der Pflege. Die Vorgaben zu den Weiterbildungen beinhalten u.a. die Regelung in § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG, die die Vorhaltung einer Mindestzahl an gerontopsychiatrischen Fachkräften fordert (vgl. auch Antwort zur Ziffer 12.7).

Diese Vorgaben werden durch die FQA während der regelmäßigen Heimbegehungen überprüft und gegebenenfalls eingefordert.

Pflegende Angehörige haben Anspruch auf Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI und Pflegeberatung gemäß §§ 7, 7a SGB XI.

**12.9 Wie gestaltet sich die konkrete Zusammenarbeit mit dem Bund und mit Europa im Bereich demenzieller Erkrankungen (vor allem im Bereich Forschung, Aufklärung und Behandlung)?**

**Bund:**

In der „Allianz für Menschen mit Demenz“ arbeiten unter dem Vorsitz des BMFSFJ und des BMG sowie dem Ko-Vorsitz der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. - Selbsthilfe Demenz kommunale Spitzenverbände sowie relevante Spitzenverbände aus dem Bereich Pflege und Gesundheit, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft zusammen mit den Bundesländern an einer nationalen Demenzstrategie. In einem intensiven Diskussionsprozess wurden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation demenziell Erkrankter und ihrer Angehörigen vereinbart und ein Monitoring zur Umsetzung dieser Maßnahmen entwickelt. In diesem Gremium auf Bundesebene vertritt Bayern die Gesundheitsministerkonferenz ([www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content/downloads/BF1501\\_001\\_Allianz-Nationale\\_Demenzstrategie\\_DE\\_RZ.pdf](http://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content/downloads/BF1501_001_Allianz-Nationale_Demenzstrategie_DE_RZ.pdf)).

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ hat unter Beteiligung der Länder die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz Die Handlungsfelder“ erarbeitet. Jetzt wird in Hinblick auf die Demografie-Strategie des Bundes – ebenfalls mit Beteiligung der Länder – ein Zwischenbericht erstellt.

Auch am Bundesmodellprojekt des BMFSFJ „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ zur Förderung regionaler Netzwerke ist Bayern aktiv beteiligt. Bis zum Jahr 2016 sollen bis zu 500 lokale Allianzen entstehen, die über zwei Jahre jeweils 10.000,00 Euro vom BMFSFJ erhalten, um die Grundlagen für eine nachhaltige Vernetzungsarbeit zu legen. Geeignete Träger werden nach bestimmten Kriterien und unter Einbezug von Ländervoten jährlich ausgewählt ([www.lokale-allianzen.de/service/foerderung.html](http://www.lokale-allianzen.de/service/foerderung.html)). Im Rahmen der 5. Förderwelle der „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“ sind aus Bayern elf Bewerbungen eingegangen. Der Bund bezieht in seine Bewertung das Votum aus Bayern mit ein.

**Europa:**

Das Erlanger Demenz-Register der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) wurde in den vergangenen zwei Jahren durch EU-Mittel gefördert. Bei dieser Befragung wurden in den vergangenen zwei Jahren Daten von 100 Demenzpatienten und 132 pflegenden Angehörigen zu den Alltagsbedürfnissen der Erkrankten und den Pflegebelastungen der Angehörigen erhoben. Darauf aufbauend wird seitens des Freistaats Bayern das Projekt „Bayerischer Demenz Survey“ der FAU mit dem Ziel gefördert, Informationen über den Verlauf der Demenzerkrankung sowie über die Versorgung im häuslichen Umfeld zu gewinnen und auf deren Basis Handlungsstrategien zu entwickeln, um die Lebenssituation der Betroffenen sowie der betreuenden und pflegenden Angehörigen zu verbessern.

Bei der Europäischen Kommission (Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – DG Santé) fallen demenzielle Erkrankungen (Bereich Forschung, Aufklärung und Behandlung) unter das Programm Europäische Innovationspartnerschaft „Aktives und gesundes Altern“. Ziel dieses Pilotprogramms ist es, die durchschnittliche Zahl der gesunden Lebensjahre der Europäerinnen und Europäer bis zum Jahr 2020 um zwei Jahre zu erhöhen. Die Partnerschaft baut auf die Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und den EU-Ländern und -Regionen, der Industrie, Fachkräften aus dem Gesundheits- und Pflegebereich sowie Organisationen, die ältere Menschen und Patienten vertreten ([ec.europa.eu/health/ageing/innovation/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation/index_en.htm))

Im Jahr 2011 wurden die Aktionsbereiche im Durchführungsplan ([ec.europa.eu/research/Innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan](http://ec.europa.eu/research/Innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan)) und dem anliegenden Arbeitsplan von der verantwortlichen Lenkungsgruppe festgelegt. Im Februar 2012 hat die Kommission in Unterstützung

des strategischen Durchführungsplans eine Mitteilung ([ec.europa.eu/health/ageing/docs/com\\_2012\\_83\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf)) angenommen. Die verschiedenen Akteure haben ihre Zusammenarbeit in Aktionsgruppen aufgenommen, um die Partnerschaft mit Leben zu füllen.

Die aktuellste Initiative des Parlaments ist die Europäische Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen mit der Bezeichnung „Entschlüsselung des Europäischen Parlaments vom 19. Januar 2011 zu einer europäischen Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen“.

Die luxemburgische Ratspräsidentschaft hat Schlussfolgerungen mit der Bezeichnung „Unterstützung von Menschen mit Demenz: Verbesserung von Versorgungspolitik und -praxis“ erarbeitet, die beim EPSCO-Rat am 07.12.2015 in Brüssel angenommen wurden. Beim informellen Rat der Gesundheitsminister am 24. und 25.09.2015 in Luxemburg bildete das Thema Demenz einen Schwerpunkt der Beratungen.

Unter dem Titel „Global Action Against Dementia“ fand am 16. und 17.03.2015 zum ersten Mal eine Ministerkonferenz der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Demenz statt, bei der die weltweit steigende Zahl von Demenzerkrankungen im Mittelpunkt stand. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nahm an der Konferenz in Genf teil, bei der die Gesundheitsminister der Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation zusammen mit Experten aus Wissenschaft und Medizin sowie von nichtstaatlichen Organisationen diskutierten ([www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/erste-who-ministerkonferenz-zu-demenz.html](http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/erste-who-ministerkonferenz-zu-demenz.html)).

**12.10 Gibt es Erkenntnisse der Staatsregierung, welchen Anteil demenziell Erkrankte im „Grauen Pflegemarkt“ haben (bitte aufgeschlüsselt für die Jahre 2009 – 2014)?**

Hierzu liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor.

**12.11 In der Demenzstrategie der Staatsregierung von 2010 wird der Ausbau des Beratungsangebots für pflegende Angehörige als ein konkretes Teilziel genannt. Welche Maßnahmen wurden seitdem getroffen und konkret umgesetzt? Wie hat sich die Anzahl von Beratungsangeboten in den einzelnen Bezirken und Landkreisen seit 2009 entwickelt?**

Wie in der Antwort zur Ziffer 6.2.1 bereits ausgeführt, fördert der Freistaat Bayern die Fachstellen für pflegende Angehörige nach der Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“. In den Übersichten in Anlage 3 ist dargestellt, wie sich die Fachstellen für pflegende Angehörige auf die einzelnen Regierungsbezirke und Landkreise/Kreisfreie Städte

verteilen, aufgeschlüsselt nach den Jahren 2009, 2010, 2011 und 2012. Die Übersicht für das Jahr 2013 ist in Anlage 1 dargestellt; diese korrespondiert mit der Antwort zur Ziffer 6.2.8. Für die Jahre 2014 und 2015 liegen noch keine Zahlen vor.

Neben den Fachstellen für pflegende Angehörige werden in Bayern Pflegestützpunkte als Beratungsangebote vorgehalten. Zu den näheren Einzelheiten wird auf die Antwort zur Ziffer 12.12 verwiesen.

Sozialpsychiatrische Dienste sind ein zentraler Baustein in der psychiatrischen Versorgung. Die niederschweligen kostenfreien Beratungsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sowie deren Angehörige stellen eine wohnortnahe Versorgung sicher. Sie tragen zur sozialen Rehabilitation bei.

Die Angebote der Gerontopsychiatrischen Dienste sind für Menschen ab einem Alter von 60 Jahren gedacht, die an einer psychischen Erkrankung leiden, sowie deren Angehörige. Die Dienste sind ein wichtiger Baustein der ambulanten Versorgung von Menschen mit einer seelischen Erkrankung im höheren Lebensalter. Ziel ist, durch eine möglichst umfassende Beratung und Betreuung die Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft zu fördern und zu unterstützen.

Nachstehend sind die Beratungsangebote in den Bayerischen Bezirken dargestellt:

**Bezirk Mittelfranken:**

*Gerontopsychiatrische Fachkräfte an Sozialpsychiatrischen Diensten (SPDI)*

In den Jahren 2009 bis 2013 wurden bei den mittelfränkischen SPDI keine Stellen für gerontopsychiatrische Fachkräfte gefördert.

Erstmals wurden im Jahr 2014 zwei halbe Vollzeit-Fachkraftstellen in Hersbruck und Fürth genehmigt. Von diesen insgesamt 1,0 Fachkraftstellen waren 0,34 Stellen 2014 tatsächlich besetzt. Die Förderung des Bezirks Mittelfranken betrug insgesamt rund 27.500,00 Euro für Personal- und Sachkosten sowie Erstausrüstung.

Im Jahr 2015 wurde die Zahl der genehmigten Vollzeitstellen für gerontopsychiatrische Fachkräfte auf 2,47 ausgeweitet: Insgesamt 1,0 in Nürnberg, 0,5 in Hersbruck, 0,5 in Fürth, 0,25 in Neustadt a. d. Aisch und 0,22 in Erlangen.

*Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GEFA) Mittelfranken*

Die GEFA Mittelfranken wurde im Jahr 2000 als Koordinierungsstelle für Mittelfranken eingerichtet. Seitdem wird die Stelle mit einer pauschalen Personal- und Sachkostenförderung gefördert. Von 2009 bis 2013 waren insgesamt 1,14 Vollzeitstellen bewilligt. Die Förderhöhe betrug

im Jahr 2009	rund 67.000,00 Euro,
im Jahr 2010	rund 71.000,00 Euro,

im Jahr 2011                    rund 71.000,00 Euro,  
im Jahr 2012                    rund 71.000,00 Euro,  
im Jahr 2013                    rund 73.000,00 Euro.

Im Jahr 2014 erfolgte eine Ausweitung auf 1,19 genehmigte Fachkraft-Stellen. Die Förderhöhe betrug rund 77.000,00 Euro.

#### *Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie*

Bereits seit dem Jahr 2002 fördert der Bezirk Mittelfranken die Kosten des Qualifizierungskonzepts Gerontopsychiatrie der Angehörigenberatung Nürnberg e.V. für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste. Es bestehen mittlerweile vier Teile:

- Teil I:     Basiskurs Gerontopsychiatrie
- Teil II:   Entwicklung von Handlungskompetenz – Schwerpunkt Demenz
- Teil III:  Vertiefung der Umgangskompetenz – Depression und Sucht
- Teil IV:  Themenspezifische Module zur Vertiefung der Handlungskompetenz

Der Bezirk Mittelfranken gewährt hierfür jährlich bis zu 41.160,00 Euro.

#### *Initiative „Demenzfreundliche Kommune Mittelfranken“*

Die GEFA Mittelfranken unterstützt alle Projekte der Initiative „Demenzfreundliche Kommune Mittelfranken“ durch Beratung, Vernetzung, Informationen und Öffentlichkeitsarbeit. Die Initiative „Demenzfreundliche Kommune Mittelfranken“ bezieht Politik, Organisationen, Träger und Institutionen, private Initiativen und Verbände, Gruppen und Vereine mit ein. In den Jahren 2009, 2011 und 2013 förderte der Bezirk Mittelfranken einzelne Informationskampagnen mit jeweils 5.000,00 Euro.

Ab dem Jahr 2015 gewährt der Bezirk Mittelfranken der GEFA zur Organisation und Durchführung der Initiative „Demenzfreundliche Kommune Mittelfranken“ jährlich einen Zuschuss in Höhe von bis zu 2.500,00 Euro.

#### *Internetwegweiser „Wegweiser Gerontopsychiatrie Mittelfranken“*

Der Internet-Wegweiser der GEFA Mittelfranken stellt ein offenes Angebot dar, das interessierten und Rat suchenden Bürgerinnen und Bürgern sowie Fachleuten einen breiten Überblick über Einrichtungen und Angebote im Bereich der Gerontopsychiatrie geben soll. In der Datenbank werden neben medizinischen Angeboten, Beratungsstellen und SPDI ambulante Dienste sowie niedrigschwellige Entlastungsangebote aufgeführt. Der Bezirk Mittelfranken gewährt hierfür einen jährlichen Zuschuss in Höhe von bis zu 1.200,00 Euro.

#### *Zentrale Anlaufstelle Pflege (ZAPF) in Nürnberg*

Die ZAPF war eine trägerübergreifende Erstanlaufstelle zu allen Fragen der Pflege in Nürnberg. Ihre Aufgabe war die Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Betreuern, Leistungsanbietern, Ärzten und Krankenhäusern sowie Kranken- und Pflegekassen mit

dem Ziel, Versorgung und Pflege so zu optimieren, dass der Verbleib in der häuslichen Umgebung gesichert und so dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden konnte. Der Bezirk Mittelfranken förderte diese Beratungsstelle in den Jahren 2005 bis 2010, bevor entsprechende Pflegestützpunkte eingerichtet wurden.

Finanziert wurden die Personal- und Sachkosten einer halben Vollzeitstelle. Die Förderung betrug im Jahr 2009 rund 26.000,00 Euro und im Jahr 2010 rund 27.000,00 Euro. Im Jahr 2011 wurde die ZAPF in den Pflegestützpunkt Nürnberg integriert.

#### **Pflegestützpunkte**

Im Zuständigkeitsbereich des Bezirks Mittelfranken bestehen gegenwärtig drei Pflegestützpunkte, die von den jeweiligen Kommunen und den Pflege- und Krankenkassen gemeinsam betrieben werden. Die Pflegestützpunkte in Nürnberg und Roth öffneten im Jahr 2011, im Jahr 2014 folgte der Pflegestützpunkt Schwabach. Diese werden vom Bezirk Mittelfranken durch die Entsendung von Personal aus der Sozialverwaltung unterstützt. Im Pflegestützpunkt Nürnberg steht ein Mitarbeiter der Sozialverwaltung des Bezirks Mittelfranken sieben Wochenstunden, in den Pflegestützpunkten Roth und Schwabach je drei Wochenstunden den Rat Suchenden zur Verfügung.

#### **Bezirk Niederbayern:**

Der Bezirk Niederbayern gewährt den SPDI im Rahmen der allgemeinen haushaltsrechtlichen Bestimmungen und nach Maßgabe der Richtlinie zur Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste Zuwendungen für Maßnahmen der ambulanten Hilfen. Diese Dienste erbringen Hilfen zur Daseinsvorsorge, zur medizinischen Vorsorge und zur sozialen Rehabilitation. Sie sind notwendiger Teil der Versorgung psychisch kranker Menschen. Durch eine möglichst umfassende Beratung und Betreuung verhindern sie die Ausgliederung dieses Klientels aus der Gesellschaft, unterstützen die Wiedereingliederung und erbringen einen notwendigen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität.

Die Leistungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung werden integriert in dem Gesamtleistungspaket der SPDI und von eigens angesiedelten Fachkräften erbracht. Sie erbringen Leistungen für Menschen mit seelischer Erkrankung oder Behinderung in höherem Lebensalter.

Im Bezirk Niederbayern werden neun SPDI mit einem Gesamtvolumen von rund 2,7 Mio. Euro gefördert; 32,5 Planstellen stehen zur Verfügung.

Diese teilen sich auf in 8,5 Stellenanteile für Psychologen, 18 Stellenanteile für Sozialpädagogen und 6 Stellen für Fachkräfte der Gerontopsychiatrie (3 x 1,00 und 6 x 0,5 Stellen).

Die Beantragung einer Stellenmehrung in der gerontopsychiatrischen Beratung führte in den letzten Jahren zu einem kontinuierlichen Ausbau auf jeweils 0,5 bzw. 1,0 Planstellen je Dienst.

Waren im Jahr 2009 nur zwei Dienste mit je einer 1,0 Planstelle im Gerontobereich ausgestattet, waren im Jahr 2010 bereits 4,5 Planstellen bei sieben Diensten angesiedelt. Bis zum Jahr 2014 boten schon acht Dienste mit insgesamt 5,5 Planstellen eine gerontopsychiatrische Beratung an. Im Jahr 2015 kam nochmals eine Planstelle im Umfang von 0,5 hinzu.

Demnächst wird im Planungs- und Koordinierungsausschuss erneut über einen Antrag auf Ausweitung des Personals bei zwei Diensten um jeweils eine 0,5 Fachkraft in der Gerontopsychiatrie beraten werden.

Begründet werden die Anträge mit dem steten Anstieg der Zahl der Ratsuchenden und der allgemeinen demographischen Entwicklung, die zu einer höheren Inanspruchnahme der Beratungen bei Personen über 60 Jahren führen wird. Darüber hinaus liegen keine Anträge auf Stellenmehrungen im Beratungsbereich der Gerontopsychiatrie vor.

#### **Bezirk Oberbayern:**

Seit dem Jahr 2009 wurden durch den Bezirk Oberbayern folgende Maßnahmen getroffen, ergänzt und ausgebaut:

- Gerontopsychiatrische Fachkräfte an den SPDI
- Gerontopsychiatrische Dienste (GPDI) im Bereich der Landeshauptstadt München und im Landkreis Mühldorf
- Servicestelle beim Bezirk Oberbayern
- Pflegestützpunkt im Landkreis Neuburg an der Donau
- Krisendienst Oberbayern

#### **Gerontopsychiatrische Fachkräfte an den SPDI ohne München und Mühldorf**

SPDI sind mit ihrem Beratungsauftrag ein wesentlicher Eckpunkt in der regionalen Versorgungslandschaft. In diesen Diensten sind gerontopsychiatrische Fachkräfte angesiedelt, so dass in jedem Landkreis mindestens eine gerontopsychiatrische Fachkraft vorhanden ist.

Die Ausnahme bilden hier die Landeshauptstadt München und der Landkreis Mühldorf, da es dort eigene Gerontopsychiatrische Dienste gibt.

Im Jahr 2009 waren in den SPDI (ohne München und Mühldorf) 33,63 Planstellen mit Gerontopsychiatrischem Fachpersonal besetzt. Im Jahr 2014 waren es 41,21 Planstellen. Die Entwicklung stellt sich wie folgt dar:

– Jahr 2009:	33,63 Planstellen,
– Jahr 2010:	33,13 Planstellen,
– Jahr 2011:	33,13 Planstellen,
– Jahr 2012:	35,38 Planstellen,
– Jahr 2013:	37,97 Planstellen,
– Jahr 2014:	41,21 Planstellen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den Jahren 2009 bis 2014 eine Zunahme um 7,58 Planstellen

bzw. eine Mehrung von rund 22% im Bereich der Gerontopsychiatrischen Fachkräfte erfolgte.

#### **GPDI im Bereich der Landeshauptstadt München und im Landkreis Mühldorf**

Wie bereits ausgeführt, bestehen zwei eigenständige GPDI im Bereich der Landeshauptstadt München und im Landkreis Mühldorf. Während im Jahr 2009 in diesen zwei Diensten noch 15,46 Fachkräfte beschäftigt waren, erhöhte sich der Personalbestand bis zum Jahr 2014 auf 19,25 Fachkräfte. Die Entwicklung stellt sich wie folgt dar:

– Jahr 2009:	15,46 Planstellen,
– Jahr 2010:	15,46 Planstellen,
– Jahr 2011:	15,76 Planstellen,
– Jahr 2012:	17,76 Planstellen,
– Jahr 2013:	17,76 Planstellen,
– Jahr 2014:	19,25 Planstellen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den Jahren 2009 bis 2014 eine Zunahme um 3,79 Planstellen bzw. eine Mehrung von rund 24% im Bereich der Gerontopsychiatrischen Fachkräfte erfolgte.

#### **Servicestelle beim Bezirk Oberbayern**

Beim Bezirk Oberbayern ist eine trägerübergreifende gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger angesiedelt. Die in diesem Bereich tätigen Beschäftigten erteilen Auskünfte zu Ansprüchen auf Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen und von einer Behinderung bedrohten Menschen, sowie zur Leistung und Gewährung von Sozialhilfe.

#### **Pflegestützpunkte**

Ein Pflegestützpunkt, der seinen Betrieb zum 01.06.2011 aufgenommen hat, befindet sich in Neuburg-Schrobenhausen im Landkreis Neuburg an der Donau. Der Bezirk Oberbayern fungiert hierbei als Kooperationspartner für diesen bislang einzigen Dienst in Oberbayern.

#### **Ambulant-psychiatrisches Kriseninterventions-system Oberbayern**

Am 17.06.2015 wurde durch den Sozial- und Gesundheitsausschuss die Weiterentwicklung des Projektes zur flächendeckenden Einführung des psychiatrischen Krisendienstes in Oberbayern beschlossen. Hier soll Menschen in Oberbayern möglichst rund um die Uhr telefonisch und/oder persönlich wohnortnah eine fachliche Hilfestellung und Beratung ermöglicht werden. Aussagekräftige Daten darüber, ob und inwieweit das Angebot von Angehörigen und Betroffenen mit Demenzproblematik genutzt wird, bestehen noch nicht.

#### **Bezirk Oberpfalz:**

#### **Pflegestützpunkte**

Hierzu liegt nachstehender Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 17.06.2010 vor:

- „1. Der Bezirk kooperiert im Rahmen seiner Aufgaben mit den für die Errichtung der Pflegestützpunkte in erster Linie zuständigen Pflegekassen, Landkreisen und kreisfreien Städten.
2. Eine Beteiligung als Träger an einem Pflegestützpunkt erfolgt nicht. Eine finanzielle Beteiligung des Bezirks an Sach- und Personalkosten ist deshalb nicht gerechtfertigt.“

Im Bezirk Oberpfalz war die Errichtung von zwei Pflegestützpunkten in der Stadt Regensburg und im Landkreis Regensburg vorgesehen. Da beide Kommunen keine Einigkeit über den Betrieb des Pflegestützpunktes mit den Pflegekassen erzielen konnten, ist die Errichtung jeweils nicht erfolgt.

#### **Gerontopsychiatrische Dienste**

Auf der Grundlage eines Beschlusses des Sozialhilfeausschusses aus dem Jahr 2001 werden gerontopsychiatrische Fachkräfte in organisatorischer Anbindung an die SPDI gefördert. Die Förderung erfolgt nach Kostenpauschalen analog der Förderrichtlinie für SPDI. In jedem der sieben oberpfälzer SPDI sind gerontopsychiatrische Fachkräfte im Einsatz (je eine Vollzeitstelle). Die Vorgabe des Ausschusses wurde umgesetzt.

Seit dem Jahr 2008 fördert der Bezirk Oberpfalz daneben die Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) Oberpfalz. Gefördert werden analog der Förderrichtlinie für SPDI eine 1,00 Fachkraft und eine 0,25 Verwaltungskraft. Die GKS ist als Informationszentrale für gerontopsychiatrisches Fachwissen in der Stadt Amberg zentral gelegen und oberpfalzweit tätig. Sie versteht sich als Koordinationsstelle für Hilfeleistungen, die mit anderen Verbänden und Fachdiensten zusammenarbeitet. Durch ihre Arbeit und Initiativen soll es älteren Menschen ermöglicht werden, so lange wie möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben. Ihre Zielsetzung ist daher der Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen, die Aktivierung der in den Gemeinden vorhandenen Hilferessourcen und die fachliche Weiterbildung der mit dem betroffenen Personenkreis befassten Menschen.

#### **Bezirk Oberfranken:**

Oberfränkischen Kommunen verfügen über differenzierte Strukturen unterschiedlicher Beratungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen, die überwiegend nach regionalen Kriterien aufgebaut sind (u.a. Fachstellen häusliche Versorgung, Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege, Alten- und Service-Zentren und Fachstellen für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege).

Der Bezirk Oberfranken beteiligt sich in Form von Außensprechtagen an dieser Angebotspalette. Darüber hinaus werden weder die Fachstellen für pflegende Angehörige, Pflegestützpunkte noch GPDI aus Bezirksmitteln gefördert.

Der in Oberfranken bestehende Pflegestützpunkt in der Stadt Coburg wird von den Kommunen (Stadt und Landkreis) mitfinanziert.

Hinsichtlich der Etablierung gerontopsychiatrischer Versorgungsangebote wurde es angesichts der demografischen Bevölkerungsentwicklung als zentrales Thema des Bezirks Oberfranken angesehen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Beratungsstruktur zu schaffen.

In allen Regionen sind Arbeitskreise Gerontopsychiatrie entstanden bzw. im Aufbau, in denen die verschiedensten Professionen in unterschiedlicher Intensität an diesen Themen zusammenarbeiten, die sich für die jeweilige Region stellen. Im Ergebnis soll daraus ein oberfränkisches Gesamtkonzept entstehen, in dem die Handlungsstrategien zusammenfasst werden.

#### **Bezirk Schwaben:**

##### **Pflegestützpunkte**

Im Regierungsbezirk Schwaben bestehen gegenwärtig keine Pflegestützpunkte. Die durch den Bezirk Schwaben initiierten Gespräche stießen bei den Kommunen nicht auf Interesse.

##### **Fachstellen für pflegende Angehörige**

Grundsätzlich gewährt der Bezirk Schwaben hier keine Förderungen. Lediglich ein bereits im Jahr 2007 begonnenes Modellprojekt zur Finanzierung der Sozialarbeit Gerontopsychiatrie in Augsburg und im Landkreis Donau-Ries wird weiterhin fortgeführt. Hier werden insgesamt 3,5 Vollzeitstellen (1,5 in Donau-Ries, 2,0 in Augsburg) an drei Sozialstationen im Rahmen einer Kooperation mit den betroffenen Kommunen bezuschusst (Volumen Bezirk gegenwärtig 125.100,00 Euro). Schwerpunkt dieses Projekts sind sowohl die Einzelfallarbeit als auch die Angehörigen- und Gemeinwesenarbeit.

##### **Gerontopsychiatrische Dienste**

Die Leistungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung sind gemäß Rahmenleistungsbeschreibung in dem Gesamtleistungspaket der SPDI integriert. Um die gewünschte komplexe Leistungserbringung in ausreichender fachlicher Qualität, unter anderem auch im Bereich der Gerontopsychiatrie zu gewährleisten, ist ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung einer gerontopsychiatrischen Fachkraft erforderlich. Dem hat der Bezirk Schwaben durch entsprechende personelle Aufstockung im Rahmen der Ausbauplanung Rechnung getragen und wird dies je nach Bedarf auch in Zukunft tun.

#### **Bezirk Unterfranken:**

Der Bezirk Unterfranken fördert auf freiwilliger Basis drei Modellprojekte zur Vernetzung der gerontopsychiatrischen ambulanten Pflege mit insgesamt 3,5 Fachkraftstellen.

Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Qualifizierung, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen, Qualifizierung von Ehrenamtlichen, Fachpersonal, Betreuern usw. und Unterstützung bestehender sowie Ausbau weiterer niederschwelliger Hilfsangebote.

Die drei GPDl wurden seit dem Jahr 2009 nicht weiter ausgebaut, werden allerdings mittlerweile unbefristet gefördert.

Der Bayerische Landkreistag weist darauf hin, dass in vielen bayerischen Landkreisen bereits vor dem Jahr 2010 ein Beratungsangebot für pflegende Angehörige aufgrund der langjährigen Förderung der Fachstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege durch den Freistaat Bayern bestand. Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Pflegebedarfsplanung zum seniorenpolitischen Gesamtkonzept haben zahlreiche Landkreise in ihren Landratsämtern (z.B. Fachstellen für Seniorenfragen) oder in Trägern der Freien Wohlfahrtspflege (z.B. an SPDI angebundene Genesungsberater) durch organisatorische Maßnahmen weitere Beratungsstrukturen aufgebaut.

In weiteren Landkreisen wurden regionale Alzheimer Gesellschaften/Allianzen gegründet, (z.T. interkulturelle) Helferkreise und Vernetzungsprojekte angestoßen und/oder besondere Beratungs- bzw. Betreuungsstrukturen wie Demenz-Sprechstunden, Demenzbegleiter, Demenzbotschafter oder Demenz-Cafés geschaffen. Auch gibt es zwischenzeitlich in verschiedenen Landkreisen flächendeckend Seniorenbeauftragte in den kreisangehörigen Gemeinden, die als Ansprechpartner und Netzwerker tätig sind; manche Landkreise haben auch selbst die Stelle eines Seniorenbeauftragten eingerichtet.

**12.12 Welche Gründe haben dazu geführt, dass die Pflegestützpunkte bislang noch nicht annähernd flächendeckend ausgebaut wurden, obwohl sich das bayerische Kabinett 2009 dafür ausgesprochen hat? Sollten nicht bis Ende 2010 etwa 60 Pflegestützpunkte eingerichtet werden?**

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008 hatte die Bundesregierung die gesetzliche Grundlage zur Einführung von Pflegestützpunkten geschaffen (§ 92c SGB XI). Die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist Aufgabe der Pflegekassen und Krankenkassen.

Bayern war dem jedoch zuvorgekommen: Bereits seit dem 1.1.1998 förderte der Freistaat Bayern im Rahmen des Bayerischen Netzwerks Pflege Angehörigenarbeit mit anfangs 30.000,00 DM je Kraft (eine Kraft je 100 000 Einwohner). Ziel war es, in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt Angehörigenarbeit fest zu installieren. Ein wesentliches Element der Angehörigenarbeit war von Anfang an die Beratung und begleitende Unterstützung für die pflegenden Angehörigen. Mittlerweile werden bayernweit flächendeckend rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige mit jährlich mehr als 1,4 Mio. Euro gefördert. In den Fachstellen wird Pflegeberatung durchgeführt, bei Bedarf auch gegenüber dem Pflegebedürftigen selbst.

Obwohl Pflegestützpunkte bis 30.06.2011 im Wege einer Anschubfinanzierung des Bundes in Höhe von bis zu 50.000,00 Euro gefördert werden konnten, wurde damals seitens der Kommunen und Pflegekassen in Bayern aufgrund bereits bestehender Beratungsangebote kein flächendeckender Bedarf für die Errichtung von Pflegestützpunkten gesehen.

Daneben bestehen noch umfangreiche weitere Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (vgl. auch Antworten zu den Ziffern 6.2.1, 6.2.2 und 12.11).

Nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung bestehen gegenwärtig folgende Beratungsansprüche:

- Allgemeine Beratung nach § 7 SGB XI für alle Versicherten; i.d.R. Erbringung durch Sachbearbeiter/in der Pflegekassen bzw. in Pflegestützpunkten.
- Individuelle Beratung nach § 7a SGB XI; Erbringung durch qualifizierte Pflegeberater/innen bei Pflegekassen, Pflegestützpunkten oder unabhängigen Beratungsstellen (bei Erstantrag Anspruch auf Beratung innerhalb von zwei Wochen oder Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI).
- Pflichtberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI in der eigenen Häuslichkeit beim Bezug von Pflegegeld; Erbringung in der Regel durch Pflegedienste, jedoch auch möglich durch Pflegeberater/innen nach § 7a SGB XI.
- Pflichtberatung in der eigenen Häuslichkeit bei Umwidmung von Pflegesachleistungen in niedrigschwellige Angebote nach § 45 Abs. 3 SGB XI; Erbringung wie § 37 Abs. 3 SGB XI.
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI.

Zusätzlich sieht das SGB XII (Sozialhilferecht) derzeit folgende Beratungsansprüche vor, die im Zusammenhang mit Pflege und Pflegevermeidung stehen können:

- Beratung zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB XII (§ 11 SGB XII).
- Beratung im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 Abs. 2 Nr. 4 SGB XII.
- Beratung im Rahmen der Eingliederungshilfe durch das Gesundheitsamt oder die nach Landesrecht bestimmte Stelle nach § 59 SGB XII.

Weitere Beratungsansprüche in kommunaler Verantwortung im Zusammenhang mit Pflege und Pflegevermeidung bestehen u.a. nach dem SGB I, dem BGB (rechtliche Betreuung) und den jeweiligen Landesgesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten erfolgt – meist in Zusammenarbeit mit interessierten Kommunen – durch die Pflegekassen und Krankenkassen (§ 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI; Ziffer 1. der Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflege-

stützpunkten in Bayern vom 22.10.2009, Az. III 3/022/4/09). Sie wirken darauf hin, dass sich die örtlichen Träger der Altenhilfe sowie der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, die Pflegeeinrichtungen sowie die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Pflegestützpunkten beteiligen (§ 92c Abs. 2 Satz 3 SGB XI; Ziffer 2.3 der Allgemeinverfügung).

Im Mai 2015 hat die laut Koalitionsvertrag eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ihre Empfehlungen vorgelegt. Ein Schwerpunkt dieser Empfehlungen betrifft die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Hierzu hat die Arbeitsgruppe beschlossen, unterschiedliche Modelle zur Verbesserung von Koordination und Kooperation bei der Beratung von Bürgerinnen und Bürgern bezüglich Pflegebedürftigkeit und anderen Fragen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit zu erproben.

Zudem soll ein Initiativrecht der Kommunen bei deren finanzieller Beteiligung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erprobt werden. Weitere Empfehlungen der Arbeitsgruppe betreffen insbesondere die Qualifikation der Berater, die Stärkung der bestehenden Beratungsstrukturen sowie einen im SGB XI zu verankernden Rechtsanspruch pflegender Angehöriger auf Beratung. Nun ist der Bundesgesetzgeber gefordert, die Empfehlungen der Arbeitsgruppe in einem kommunalen Pflegestärkungsgesetz umzusetzen.

**12.13 Inwieweit ist die erfolgreiche Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes in Bayern erreicht worden, welches ebenfalls als konkretes Teilziel der Demenzstrategie der Staatsregierung genannt wird? Welche konkreten Maßnahmen wurden in der Zwischenzeit diesbezüglich von der Staatsregierung ergriffen?**

Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 6.1.4 verwiesen. Weitere Maßnahmen der Staatsregierung sind derzeit nicht erforderlich.

**12.14 In welchem Umfang wurde das Ziel der Demenzstrategie der Staatsregierung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Einrichtung von Demenzgärten erreicht?**

Der Staatsregierung ist bekannt, dass in zahlreichen stationären Pflegeeinrichtungen Demenzgärten errichtet wurden. Da diesbezüglich keine finanzielle Förderung erfolgte, kann die genaue Anzahl nicht beziffert werden.

**12.15 Liegen der Staatsregierung Erkenntnisse vor, an wie vielen und an welchen Alten- und Pflegeheimen die Aktivierungstherapie „MAKS aktiv“ durchgeführt wird? Wel-**

**che Maßnahmen wurden umgesetzt, um die Durchführung flächendeckend zu fördern?**

„MAKS aktiv“ steht für Motorische, Alltagspraktische, Kognitive und Spirituelle Aktivierung, ein Konzept zur nicht-medikamentösen Aktivierung für demenzerkrankte Menschen. Im Vergleich zu anderen nicht-medikamentösen Behandlungsstrategien gegen Demenz zeichnet sich „MAKS aktiv“ durch eine Kombination dreier Merkmale aus: Erstens ein aus vier Elementen (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv und spirituell) bestehendes Aktivierungsprogramm, das zweitens intensiv, d.h. an jedem Werktag, angeboten wird und drittens nach einem weitgehend standardisierten Therapiehandbuch durchgeführt wird.

Die Aktivierungstherapie verspricht einen längeren Erhalt alltagspraktischer und kognitiver Fähigkeiten bei Demenzkranken als dies bei klassischen medikamentösen Therapien der Fall ist. Nach einer kontrolliert-randomisierten, vom BMG im Rahmen der Initiative „Leuchtturmprojekt Demenz“ geförderten Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen unter Beteiligung der Katholischen Fachhochschule Mainz und der Diakonie Neuendettelsau lässt sich mit „MAKS aktiv“ ein Fortschreiten der Demenz um mindestens zwölf Monate verzögern.

Um „MAKS aktiv“ auch für zu Hause lebende Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erschließen, wurde die Therapie für Tageseinrichtungen für Senioren angepasst und erweitert (MAKS-T). Aktuell läuft eine große Wirksamkeitsstudie, an der bundesweit 34 Tageseinrichtungen für Senioren, davon 17 in Bayern, beteiligt sind. Das Projekt wird vom GKV-Spitzenverband gefördert. In Bayern unterstützt das StMGP dieses Projekt finanziell durch die Förderung einer Studie zu nicht-medikamentösen Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention („DeTaMAKS“), welche die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg durchführt.

Der Staatsregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, in wie vielen Alten- und Pflegeheimen – neben den am Forschungsprojekt teilnehmenden Einrichtungen – die Aktivierungstherapie „MAKS aktiv“ durchgeführt wird.

**12.16 Wie hoch ist der Anteil an gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflegekräften in Bayern? Hält die Staatsregierung diesen Anteil in Anbetracht der steigenden Zahlen demenzieller Erkrankungen für ausreichend? Wenn nein, was beabsichtigt sie dagegen zu tun?**

Aufgrund der deutlich zunehmenden Anzahl von Menschen mit einer Demenzerkrankung (vgl. Antwort zur Ziffer 12.1) nimmt der Bedarf an gerontopsychiatrischen Pflegekräften zu. Hierzu wird auf die Antwort zur Ziffer 12.8 verwiesen.

## Anlage 1

**Übersicht über die 98 Fachstellen im Jahr 2013, aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken und Landkreisen/Kreisfreien Städten sowie Anbietern:**

Regierungsbezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München Nord)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Mü.-West/Würmtal)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	AWO München gemeinnützige Betriebs-GmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	PWV Landesverband Bayern e.V. - Bezirksverband Oberbayern	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft München e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Münchenstift gemeinnützige Gesellschaft der LH mbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Hilfe im Alter-Gemeinnützige GmbH der inneren Mission München - Diakonie in München und Oberbayern e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	BRK KV München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Neuhausen/Moosach)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem München e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>10</b>
Oberbayern	Rosenheim (Kreisfreie Stadt)	Sozialprojekt gGmbH (Großkarolinenfeld)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Altötting	BRK Kreisverband Altötting	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Berchtesgadener Land	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Bercht.g.L., Bad Reichenhall)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (Franziskus-Zentrum)	1
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	BRK Kreisverband Bad Tölz-Wolfratshausen	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>2</b>

Oberbayern	Dachau	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Dachau)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Ebersberg / Grafing)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Freising	Sozialstation Neufahrn e.V.	1
Oberbayern	Freising	AWO Bezirksverband Oberbayern/ Soziale Zukunft GmbH (Moosburg)	1
Oberbayern	Freising	CV der Erzdiözese München und Freising e.V. (Freising)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>3</b>
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	Verein zur Koordinierung sozialer Aufgaben in Germering e.V., Germeringer Insel	1
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (Caritas Fürstenfeldbruck)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen</b>	Alzheimer Gesellschaft Werdenfels e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Kreisverband Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	PWV Bayern e.V. - Bezirksverb. Oberbayern (Leitung: Amb. Altenh. Stephanie Winter)	1
Oberbayern	München (Lkrs)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München-Ost/Land)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>

Oberbayern	Pfaffenhofen a. d. Ilm	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Pfaffenhofen - Wohnanlage St. Josef)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Rosenheim)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse Kubaschewski Stiftung	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Ökumenische Sozialstation f. d. Landkreis Weil- heim-Schongau gGmbH (Peißenberg)	1
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>32</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	CV Landshut e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Deggendorf	CV für den Landkreis Deggendorf e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	Kreis-CV Freyung-Grafenau e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Kelheim	CV für den Landkreis Kelheim e.V. (Abensberg)	1
Niederbayern	Kelheim	BRK Kelheim	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>

Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV für den Landkreis Passau e.V. (Sst. Bad Griesbach)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Regen	Kreis-CV Regen e.V. (CV Wohn- u. Pflegezentrum St. Elisabeth gGmbH i. G., Regen/ Zwiesel)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	Kreis-CV Rottal-Inn e.V.	1
Niederbayern	Rottal-Inn	BRK Kreisverband Rottal-Inn	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Straubing-Bogen	CV f. d. Stadt Straubing u. d. Lkrs. Straubing-Bogen e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV für den Landkreis Dingolfing - Landau e.V.	1
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Isar/Vils e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>12</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Regensburg (Kreisfreie Stadt)	Stadt Regensburg, Seniorenamt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	CV Sst. Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	DW Neumarkt/Opf. (Hersbruck-Neumarkt-Pyrbaum)	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Schwandorf	CV Sst. Neunburg v. Wald	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>5</b>

Oberfranken	Bamberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Kreisverband Bamberg Stadt u. Land e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	Bayreuth (Kreisfreie Stadt)	CV für die Stadt und den Landkreis Bayreuth e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Coburg (Kreisfreie Stadt)	AWO Bezirksverband Ober- u. Mittelfranken e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Hof (Kreisfreie Stadt)	CV für den Landkreis Hof e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Forchheim	CV für den Landkreis Forchheim e.V.	1
Oberfranken	Forchheim	DW Bamberg-Forchheim	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diakonie Hochfranken gGmbH	1
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Die Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH (Rehau)	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>

<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	Diakonisches Werk Selb-Wunsiedel e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>9</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	Diakonische Dienste Neuendettelsau K.d.ö.R. (Ansbach)	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Erlangen (Kreisfreie Stadt)	Verein Dreycedern e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	DW Fürth e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (Nachbarschaftshaus Gostenhof)	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Kreisverband Nürnberg e.V.	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Schwabach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	AWO Kreisverband Erlangen-Höchstadt e.V.	1
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	ASB Erlangen-Höchstadt e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV für die Stadt und den Landkreis Fürth e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Nürnberger Land	CV im Landkreis Nürnberger Land e.V.	1
Mittelfranken	Nürnberger Land	Diakonisches Werk Altdorf-Hersbruck-Neumarkt e.V.	1

<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Scheinfeld und Landkreis Neustadt/Aisch - Bad Windsheim e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	Zentrale Diakoniestation i. d. Dekanaten Pappenheim u. Weißenburg gGmbH	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>13</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	HALMA e.V., Würzburg	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Caritas-Sozialstation St. Hildegard e.V. (Schöllkrippen)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Bad Kissingen	CV für den Landkreis Bad Kissingen e.V.	1
Unterfranken	Bad Kissingen	Juliusspitalstiftung Münnerstadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV für den Landkreis Rhön-Grabfeld e.V.	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	Diakonisches Werk Bad Neustadt e.V.	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Haßberge	Landkreis Haßberge (ARGE/Pflegestützpunkt Haßberge)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>

Unterfranken	Miltenberg	Franziskus GmbH der Caritas	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Main-Spessart	Caritas-Sozialstation St. Rochus e.V. (Lohr)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Schweinfurt (Lkrs)	DW Schweinfurt e.V. (Land -Sennfeld, Fr.Back)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>10</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Gesellschaft für Wohnen und Pflege im Alter mbH	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Caritas-Sozialstation Augsburg-Lechhausen e.V.	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Malteser Hilfsdienst e.V. Diözesangeschäftsstelle Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	DW Augsburg e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>4</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Schwaben gGmbH	1
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	CV Memmingen-Unterallgäu e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Aichach-Friedberg	Landkreis Aichach-Friedberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Landkreis Augsburg (Stadtbergen)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>

Schwaben	Günzburg	Landkreis Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Lindau (Bodensee)	Sozialstation Lindau GmbH	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	Caritas-Sozialstation Westallgäu e.V. (Lindenberg)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Kreisverband Ostallgäu (Marktoberdorf)	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu e.V. (Marktoberdorf)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Unterallgäu	Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen gGmbH	1
Schwaben	Unterallgäu	Ambulante Krankenpflege Unterallgäu gGmbH	1
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau Ries e.V. (Nördlingen)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>17</b>

## Anlage 2

**Übersicht über die 111 Angehörigengruppen im Jahr 2013, aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken und Landkreisen/Kreisfreien Städten sowie Anbietern:**

Regierungsbezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V.	2
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München Nord)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Mü.-West/Würmtal)	3
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	AWO München gemeinnützige Betriebs-GmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft München e.V.	4
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Hilfe im Alter-Gemeinnützige GmbH der inneren Mission München - Diakonie in München und Oberbayern e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem München e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Manuela Aigner, Institut für Schlaganfall- u. Demenzforschung (LMU Uni München)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	JUH e.V. Regionalverband München	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>13</b>
Oberbayern	Rosenheim (Kreisfreie Stadt)	Sozialprojekt gGmbH (Großkarolinenfeld)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	Betreuungsgruppe Lichtblicke e.V., Sylvia Kardell, Geretsried	1
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	Zimmer Gabriele, Geretsried	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	Dachau	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Dachau)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Ebersberg / Grafing)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>

<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (Caritas Fürstenfeldbruck)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	NBH Taufkirchen	1
Oberbayern	München (Lkrs)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München-Ost/Land)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	Alten und Pflegeheim Bruckmühl GmbH	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse Kubaschewski Stiftung	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Traunstein	CZ Traunstein	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Ökumenische Sozialstation f. d. Landkreis Weil- heim-Schongau gGmbH (Peißenberg)	4
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V.	2
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>6</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>33</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer SHG für betroffene Angehörige e.V.	2
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	Kreis-CV Freyung-Grafenau e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Kelheim	CV für den Landkreis Kelheim e.V. (Abensberg)	2
Niederbayern	Kelheim	BRK Kelheim	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV für den Landkreis Passau e.V. (Sst. Bad Griesbach)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	BRK Kreisverband Rottal-Inn	4
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>4</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	Agentur haush.nahe Betr.leistungen, Landau (Mensch sein - Mensch bleiben)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>12</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	CV Sst. Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	2
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Schwandorf	DW d. Evang.Luth. Dekanatsbez. Sulzbach-Rosenberg e.V. (SpD Schwandorf)	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>4</b>

<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Bayreuth (Kreisfreie Stadt)	Aphasiker-Zentrum Ofr.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Coburg (Lkrs)	Diakonie Weitramsdorf	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>0</b>

Oberfranken	Hof (Lkrs)	CV für den Landkreis Hof e.V.	2
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	DW Wunsiedel (Selb u. Wunsiedel?)	3
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>7</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	Diakonische Dienste Neuendettelsau K.d.ö.R. (Ansbach)	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenberatung Nürnberg	3
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO KV Nürnberg	2
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg Senioren..	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>6</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Schwabach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	ASB RV Erlangen-Höchst.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV für die Stadt u. d. Lkr. Fürth e.V.	3
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>3</b>

<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Scheinfeld u. Lkr. Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Roth	Diakonische Dienste Neuendettelsau GmbH (Roth-Schwabach)	3
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>3</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	Zentrale Diakoniestation i. d. Dekanaten Pappenheim u. Weißenburg gGmbH	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>16</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	HALMA e.V. Würzburg	2
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	FortSchritt Würzburg e.V.	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Haus St. Vinzenz von Paul GmbH, Kleinostheim	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Bad Kissingen	CV f. d. Landkrs. Bad Kissingen e.V.	2
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV Rhön-Grabfeld	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	DW Bad Neustadt e.V.	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>0</b>

Unterfranken	Main-Spessart	CV Sst. Rochus e.V., Lohr a.M.	2
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>10</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Gesellschaft für Wohnen u. Pflege im Alter mbH	2
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	MHD Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	JUH Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Sozialstation Augsburg-Lechhausen e.V.	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Sozialstation Augsburg Hochzoll Friedberg und Umgebung gGmbH - Ökumenische Sozialstation -	2
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>7</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Kaufbeuren	3
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	DW Memmingen e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	CV Ökum. Sst. Gersthofen u. Umgebung gGmbH	1
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Ökum. Sst. Meitingen	1
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Landratsamt Augsburg	2
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>4</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Günzburg	Landkreis Günzburg	4
Schwaben	Günzburg	CV f. d. Region Günzburg u. Neu-Ulm e.V.	2
Schwaben	Günzburg	CV Ökum. Sst. Im Lkr. Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>7</b>

<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Sst. Lindau	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	Caritas-Sozialstation Westallgäu e.V. (Lindenberg)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Ostallgäu-Marktoberdf.	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu	1
Schwaben	Ostallgäu	NUZ Pfronten	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>3</b>
Schwaben	Unterallgäu	CV Amb. Krankenpfl. Unterallgäu gGmbH, Ottobeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau-Ries	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>29</b>

## Anlage 3

**Übersicht über die Fachstellen in den Jahren 2009, 2010, 2011 und 2012, aufgeschlüsselt nach Regierungsbezirken und Landkreisen/Kreisfreien Städten sowie Anbietern:**

Kalenderjahr 2009			
Regierungsbezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Ingolstadt	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV München-Nord	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Mü.-West/Würmtal	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	PWV BV Oberbayern, München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	DAHOAM München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	München Stift gGmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Innere Mission München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	BRK KV München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Neuh.-Moosach	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>10</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Altötting	BRK Altötting	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Berchtesgadener Land	CV BGL, Bad Reichenhall	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	CV Bad Tölz	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Dachau	CZ Dachau	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CZ Ebersberg	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Freising	CV Sst. Neufahrn	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>1</b>

Oberbayern	Fürstenfeldbruck	Germeringer Insel FFB	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	CV Sst. Mü.-Ost/Land	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Pfaffenhofen a. d. Ilm	CZ Pfaffenhofen	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	CV Rosenheim	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse-Kubaschewski-Zentrum	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Weilheim-Schongau	CV Ökum. Peißenberg	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>24</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	CV Landshut	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Passau (Kreisfreie Stadt)	BRK Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Deggendorf	CV Deggendorf	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	CV Sst. Freyung-Grafenau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>

Niederbayern	Kelheim	CV Kelheim	1
Niederbayern	Kelheim	BRK Kelheim	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Landshut (Lkrs)	CV Sst. Essenbach	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Regen	CV Sst. Zwiesel	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	CV Kreis Rottal Inn	1
Niederbayern	Rottal-Inn	BRK Rottal Inn	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Straubing-Bogen	CV Straub. u. Str. Bogen	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Dingolfing	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>13</b>

Oberpfalz	Amberg (Kreisfreie Stadt)	BRK Wallmenich Amberg	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	DW Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Schwandorf	CV SSt. Schwandorf	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>1</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>4</b>

Oberfranken	Bamberg (Kreisfreie Stadt)	DW Bamberg	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt)</b>	CV Stadt u. Lkr. Bayreuth	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Coburg (Kreisfreie Stadt)	AWO. HeAz Coburg	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Hof (Kreisfreie Stadt)	CV Stadt Hof	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Forchheim	CV Forchheim	1
Oberfranken	Forchheim	DW Bamberg-Forchheim	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diakonie Hochfranken	1
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diak. Sozialzentrum Rehau	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	DW Wunsiedel	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>9</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	DV Neuendettelsau	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	DW Fürth	1
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	AWO Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenber. Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV Lkr. Fürth	1
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	BRK Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberger Land	CV Nürnberger Land	1
Mittelfranken	Nürnberger Land	DW Hersbruck-Lauf	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Neustadt/Aisch	1
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	DW Neustadt/Aisch	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Roth	DW Lkr. Roth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	DW Weißenburg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>14</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Sst. St. Hilde.Schöllkr.	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>

Unterfranken	Bad Kissingen	CV Bad Kissingen	1
Unterfranken	Bad Kissingen	Juliusspitalst.Münnerstadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV Rhön-Grabfeld	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	DW Bad Neustadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Haßberge	Landratsa. ARGE Haßberge	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Main-Spessart	CV Lkr. Main-Spessart/Roch	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>7</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Augsburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Kaufbeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	CV Memmingen-Unterallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Aichach-Friedberg	LRA Aichach-Friedberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Landkreis Augsburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Günzburg	LA Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>

Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Sst. Lindau	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Westallgäu-Lindenberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Ostallgäu-Marktoberdorf	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau-Ries	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>11</b>
<b>Gesamt</b>			<b>82</b>

Kalenderjahr 2010			
Regierungsbezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Ingolstadt	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV München-Nord	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Mü.-West/Würmtal	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	AWO, KV München-Stadt	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	PWV BV Oberbayern, Mü.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	München Stift gGmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Innere Mission München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	BRK KV München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Neuh.-Moosach	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>10</b>
Oberbayern	Rosenheim (Kreisfreie Stadt)	Sozialproj.Großkarolinenfeld	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Altötting	BRK Altötting	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>1</b>

Oberbayern	Berchtesgadener Land	CV BGL, Bad Reichenhall	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	CV Bad Tölz	1
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	BRK KV Bad Tölz-Wolfratsh.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	Dachau	CZ Dachau	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CZ Ebersberg	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Freising	CV Sst. Neufahrn	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	Germeringer Insel, Verein zur Koordinierung sozialer Aufga- ben in Germering e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	PWV BV Oberb. Amb.Altensp	1
Oberbayern	München (Lkrs)	CV Sst. Mü.-Ost/Land	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Pfaffenhofen a. d. Ilm	CZ Pfaffenhofen	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	CV Rosenheim	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse-Kubaschewski-Zentrum	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>0</b>

Oberbayern	Weilheim-Schongau	CV Ökum. Peißenberg	1
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Alzh. Pfaffenwinkel, Lkr.Weilh.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>28</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	CV Landshut	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Passau (Kreisfreie Stadt)	BRK Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Deggendorf	CV Deggendorf	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	CV Sst. Freyung-Grafenau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Kelheim	CV Kelheim	1
Niederbayern	Kelheim	BRK Kelheim	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Landshut (Lkrs)	CV Sst. Essenbach	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Regen	CV Sst. Zwiesel	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	CV Kreis Rottal Inn	1
Niederbayern	Rottal-Inn	BRK Rottal Inn	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Straubing-Bogen	CV Straub. u. Str. Bogen	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Dingolfing	1
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Isar/Vils, Landau a.d.Isar	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>14</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Regensburg (Kreisfreie Stadt)	Stadt Regensburg	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	DW Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>3</b>

Oberfranken	Bamberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Bamberg Stadt u. Land	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Coburg (Kreisfreie Stadt)	AWO. HeAz Coburg	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Hof (Kreisfreie Stadt)	CV Stadt Hof	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Bayreuth (Lkrs)	CV Landkreis Bayreuth	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Forchheim	CV Forchheim	1
Oberfranken	Forchheim	DW Bamberg-Forchheim	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>2</b>

Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diakonie Hochfranken	1
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diak. Sozialzentrum Rehau	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	DW Wunsiedel	1
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	BRK KV Wunsiedel	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>10</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	DV Neuendettelsau	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Erlangen (Kreisfreie Stadt)	Verein Dreycedern, Erlangen	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	DW Fürth	1
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	AWO Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenber. Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Schwabach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Ansbach (Lkrs)	DW Ansbach (Neuendettls)	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	AWO, KV Erlangen-Höchstadt	1
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	ASB, RV Erlangen-Höchstadt	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV Lkr. Fürth	1
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	BRK Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberger Land	CV Nürnberger Land	1
Mittelfranken	Nürnberger Land	DW Hersbruck-Lauf	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>2</b>

Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Neustadt/Aisch	1
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	DW Neustadt/Aisch	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Roth	DW Lkr. Roth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	DW Weißenburg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>18</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	HALMA Würzburg	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Sst. St. Hilde. Schöllkrippen	1
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Franz-Göhler-Stift., Hösbach	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Bad Kissingen	CV Bad Kissingen	1
Unterfranken	Bad Kissingen	Juliusspitalstift Münnernstadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV Rhön-Grabfeld	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	DW Bad Neustadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Haßberge	Landratsamt ARGE Haßberge	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Miltenberg	FranziskusGmbH Miltenberg	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Main-Spessart	CV Lkr. Main-Spessart/Roch	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs)</b>	DW Schweinfurt Land - Sennfeld Fr. Back	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>11</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	CV Augsburg-Lechhausen	1

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	MHD Augsburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Kaufbeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	CV Memmingen-Unterallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Aichach-Friedberg	LRA Aichach-Friedberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Landkreis Augsburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Günzburg	LA Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Sst. Lindau	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Westallgäu-Lindenberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Ostallgäu-Marktoberdorf.	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Unterallgäu	Amb. Krpfl. Bad Wörishofen	1
Schwaben	Unterallgäu	CVamb. Krank. pfl. Ottobeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau-Ries	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>15</b>
<b>Gesamt</b>			<b>99</b>

Kalenderjahr 2011

Regierungs- bezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Ingolstadt	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV München-Nord	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Mü.-West/Würmtal	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	AWO, KV München-Stadt	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	PWV BV Oberbayern, Mü.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	München Stift gGmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Innere Mission München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	BRK KV München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV Sst. Neuh.- Moosach	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>10</b>
Oberbayern	Rosenheim (Kreisfreie Stadt)	Sozialproj.Großkarolinenfeld	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Altötting	BRK Altötting	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Berchtesgadener Land	CV BGL, Bad Reichenhall	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	CV Bad Tölz	1
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	BRK KV Bad Tölz-Wolfratsh.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	Dachau	CZ Dachau	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CZ Ebersberg	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Freising	CV Sst. Neufahrn	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	Germeringer Insel, Verein zur Koordinierung sozialer Aufga- ben in Germering e.V.	1
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	CV Sst. Fürstenfeldbruck	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>2</b>

<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	PWV BV Oberb. Amb. Altenp	1
Oberbayern	München (Lkrs)	CV Sst. Mü.-Ost/Land	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Pfaffenhofen a. d. Ilm	CZ Pfaffenhofen	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	Chris.Sozialw. Brannenburg	1
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	CV Rosenheim	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse-Kubaschewski-Zentrum	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Weilheim-Schongau	CV Ökum. Peißenberg	1
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Alzh. Pfaffenwinkel, Lkr. Weilh.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>30</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	CV Landshut	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Deggendorf	CV Deggendorf	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	CV Sst. Freyung-Grafenau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Kelheim	CV Kelheim	1

Niederbayern	Kelheim	BRK Kelheim	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Regen	CV Regen Sst. Zwiesel	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	CV Kreis Rottal Inn	1
Niederbayern	Rottal-Inn	BRK Rottal Inn	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>2</b>
Niederbayern	Straubing-Bogen	CV Straub. u. Str. Bogen	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Dingolfing	1
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Isar/Vils, Landau a.d.Isar	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>12</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Regensburg (Kreisfreie Stadt)	Stadt Regensburg	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Amberg-Sulzbach	CV Ensdorf	1
Oberpfalz	Amberg-Sulzbach	CV Sulzbach-Rosenberg	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	CV Sst. Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	DW Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Schwandorf	CV Sst. Neuburg v. Wald	1

<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>7</b>

Oberfranken	Bamberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Bamberg Stadt u. Land	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Coburg (Kreisfreie Stadt)	AWO. HeAz Coburg	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Hof (Kreisfreie Stadt)	CV Stadt Hof	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Forchheim	CV Forchheim	1
Oberfranken	Forchheim	DW Bamberg-Forchheim	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diakonie Hochfranken	1
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diak. Sozialzentrum Rehau	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	DW Wunsiedel	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>8</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	DV Neuendettelsau	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Erlangen (Kreisfreie Stadt)	Verein Dreycedern, Erlangen	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	DW Fürth	1
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	AWO Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenber. Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Nürnberg	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Schwabach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	AWO, KV Erlangen-Höchstadt	1
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	ASB, RV Erlangen-Höchstadt	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV Lkr. Fürth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Nürnberger Land	CV Nürnberger Land	1
Mittelfranken	Nürnberger Land	DW Hersbruck-Lauf	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Neustadt/Aisch	1
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	DW Neustadt/Aisch	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Roth	DW Lkr. Roth	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	DW Weißenburg	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>16</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	HALMA Würzburg	1

<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Franz-Göhler-Stift., Hösbach	1
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Sst. St. Hilde. Schöllkrippen	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Bad Kissingen	CV Bad Kissingen	1
Unterfranken	Bad Kissingen	Juliusspitalst. Münnerstadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV Rhön-Grabfeld	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	DW Bad Neustadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Haßberge	Landratsamt ARGE Haßberge	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Miltenberg	FranziskusGmbH Miltenberg	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Main-Spessart	CV St. Rochus/Lohr	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Schweinfurt (Lkrs)	DW Schweinfurt Land - Sennfeld Fr. Back	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>11</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	CV Augsburg-Lechhausen	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	MHD Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	DW Augsburg e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>4</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Kaufbeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	CV Memmingen-Unterallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>

Schwaben	Aichach-Friedberg	LRA Aichach-Friedberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Lkr. Augsburg, Landratsamt	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Günzburg	LA Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Sst. Lindau	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	CV Westallgäu-Lindenberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Ostallgäu-Marktoberdorf	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Unterallgäu	Amb.Krpfl.Bad Wörishofen	1
Schwaben	Unterallgäu	CV amb. Krank.pfl. Ottobeuren	1
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau-Ries	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>16</b>
<b>Gesamt</b>			<b>100</b>

Kalenderjahr 2012			
Regierungsbezirk	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Träger	Anzahl
Oberbayern	Ingolstadt (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ingolstadt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München Nord)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Mü.-West/Würmtal)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	AWO München gemeinnützige Betriebs-GmbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	PWV Landesverband Bayern e.V. - Bezirksverband Oberbayern	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Alzheimer Gesellschaft München e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Münchenstift gemeinn. Gesellschaft der LH mbH	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Hilfe im Alter-Gemeinnützige GmbH der inneren Mission München - Diakonie in München und Oberbayern e.V.	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	BRK KV München	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Neuhausen/Moosach)	1
Oberbayern	München (Kreisfreie Stadt)	Carpe Diem München e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>10</b>
Oberbayern	Rosenheim (Kreisfreie Stadt)	Sozialprojekt gGmbH (Großkarolinenfeld)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Altötting	BRK Kreisverband Altötting	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Altötting Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Berchtesgadener Land	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Bercht.g.L., Bad Reichenhall)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Berchtesgadener Land Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (Franziskus-Zentrum)	1
Oberbayern	Bad Tölz-Wolfratshausen	BRK Kreisverband Bad Tölz-Wolfratshausen	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Bad Tölz-Wolfratshausen Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberbayern	Dachau	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Dachau)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Dachau Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Ebersberg	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Ebersberg / Grafing)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Ebersberg Gesamt</b>		<b>1</b>

<b>Oberbayern</b>	<b>Eichstätt Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Erding Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Freising	Sozialstation Neufahrn e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Freising Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	Verein zur Koordinierung sozialer Aufgaben in Germering e.V., Germeringer Insel	1
Oberbayern	Fürstenfeldbruck	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (Caritas Fürstenfeldbruck)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Fürstenfeldbruck Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Garmisch-Partenkirchen Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Landsberg am Lech Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Miesbach	BRK Kreisverband Miesbach	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Miesbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Mühldorf am Inn Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	München (Lkrs)	PWV Bayern e.V. - Bezirksverb. Oberbayern (Leitung: Amb. Altenh. Stephanie Winter)	1
Oberbayern	München (Lkrs)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ München-Ost/Land)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>München (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Neuburg-Schrobenhausen Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Pfaffenhofen a. d. Ilm	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Pfaffenhofen - Wohnanlage St. Josef)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Pfaffenhofen a. d. Ilm Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Rosenheim (Lkrs)	CV d. Erzdiözese München und Freising e.V. (CZ Rosenheim)	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Rosenheim (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberbayern	Starnberg	Ilse Kubaschewski Stiftung	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Starnberg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberbayern</b>	<b>Traunstein Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Ökumenische Sozialstation f. d. Landkreis Weilheim-Schongau gGmbH (Peißenberg)	1
Oberbayern	Weilheim-Schongau	Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V.	1
<b>Oberbayern</b>	<b>Weilheim-Schongau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberbayern Gesamt</b>			<b>29</b>

Niederbayern	Landshut (Kreisfreie Stadt)	CV Landshut e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Passau (Kreisfreie Stadt)	BRK Passau	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>

Niederbayern	Deggendorf	CV für den Landkreis Deggendorf e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Deggendorf Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Freyung-Grafenau	Kreis-CV Freyung-Grafenau e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Freyung-Grafenau Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Kelheim	CV für den Landkreis Kelheim e.V. (Abensberg)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Kelheim Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Niederbayern</b>	<b>Landshut (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Niederbayern	Passau (Lkrs)	CV für den Landkreis Passau e.V. (St. Bad Griesbach)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Passau (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Regen	Kreis-CV Regen e.V. (CV Wohn- u. Pfl.zentr. St. Elisabeth gGmbH i. G., Regen/ Zwiesel)	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Regen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Rottal-Inn	Kreis-CV Rottal-Inn e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Rottal-Inn Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Straubing-Bogen	CV f. d. Stadt Straubing u. d. Lkrs. Straubing-Bogen e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Straubing-Bogen Gesamt</b>		<b>1</b>
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV für den Landkreis Dingolfing - Landau e.V.	1
Niederbayern	Dingolfing-Landau	CV Isar/Vils e.V.	1
<b>Niederbayern</b>	<b>Dingolfing-Landau Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Niederbayern Gesamt</b>			<b>11</b>

<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Regensburg (Kreisfreie Stadt)	Stadt Regensburg, Seniorenamt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Weiden i. d. Opf. (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Amberg-Sulzbach	Caritas-Sozialstation Dekanat Ens Dorf e.V.	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Amberg-Sulzbach Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Cham Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	CV Sst. Neumarkt/Opf.	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	DW Neumarkt/Opf. (Hersbruck-Neumarkt-Pyrbaum)	1
Oberpfalz	Neumarkt i. d. Opf.	BRK KV Neumarkt	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neumarkt i. d. Opf. Gesamt</b>		<b>3</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Neustadt a. d. Waldnaab Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Regensburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberpfalz	Schwandorf	CV Sst. Neunburg v. Wald	1
<b>Oberpfalz</b>	<b>Schwandorf Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberpfalz</b>	<b>Tirschenreuth Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberpfalz Gesamt</b>			<b>6</b>

Oberfranken	Bamberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Kreisverband Bamberg Stadt u. Land e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Bayreuth (Kreisfreie Stadt)	CV für die Stadt und den Landkreis Bayreuth e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Coburg (Kreisfreie Stadt)	AWO Bezirksverband Ober- u. Mittelfranken e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Oberfranken	Hof (Kreisfreie Stadt)	CV für den Landkreis Hof e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>

<b>Oberfranken</b>	<b>Bamberg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Bayreuth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Coburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Forchheim	CV für den Landkreis Forchheim e.V.	1
Oberfranken	Forchheim	DW Bamberg-Forchheim	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Forchheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Diakonie Hochfranken gGmbH	1
Oberfranken	Hof (Lkrs)	Die Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH (Rehau)	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Hof (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kronach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Kulmbach Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Oberfranken</b>	<b>Lichtenfels Gesamt</b>		<b>0</b>
Oberfranken	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	Diakonisches Werk Selb-Wunsiedel e.V.	1
<b>Oberfranken</b>	<b>Wunsiedel i. Fichtelgebirge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Oberfranken Gesamt</b>			<b>9</b>

Mittelfranken	Ansbach (Kreisfreie Stadt)	Diakonische Dienste Neuendettelsau K.d.ö.R. (Ansbach)	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Erlangen (Kreisfreie Stadt)	Verein Dreycedern e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	DW Fürth e.V.	1
Mittelfranken	Fürth (Kreisfreie Stadt)	AWO Kreisverband Fürth-Stadt e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (Nachbarschaftshaus Gostenhof)	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	AWO Kreisverband Nürnberg e.V.	1
Mittelfranken	Nürnberg (Kreisfreie Stadt)	Stadtmission Nürnberg e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>3</b>

<b>Mittelfranken</b>	<b>Schwabach (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Mittelfranken</b>	<b>Ansbach (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	AWO Kreisverband Erlangen-Höchstadt e.V.	1
Mittelfranken	Erlangen-Höchstadt (Lkrs)	ASB Erlangen-Höchstadt e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Erlangen-Höchstadt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Fürth (Lkrs)	CV für die Stadt und den Landkreis Fürth e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Fürth (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>

Mittelfranken	Nürnberger Land	CV im Landkreis Nürnberger Land e.V.	1
Mittelfranken	Nürnberger Land	Diakonisches Werk Altdorf-Hersbruck-Neumarkt e.V.	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Nürnberger Land Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	CV Scheinfeld und Landkreis Neustadt/Aisch - Bad Windsheim e.V.	1
Mittelfranken	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	Zentrale Diakoniestation im Raum Neustadt/Aisch gGmbH	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim Gesamt</b>		<b>2</b>
Mittelfranken	Roth	Diakonische Dienste Neuendettelsau GmbH (Roth-Schwabach)	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Roth Gesamt</b>		<b>1</b>
Mittelfranken	Weißenburg-Gunzenhausen	Zentrale Diakoniestation i. d. Dekanaten Pappenheim u. Weißenburg gGmbH	1
<b>Mittelfranken</b>	<b>Weißenburg-Gunzenhausen Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Mittelfranken Gesamt</b>			<b>16</b>

<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Unterfranken	Würzburg (Kreisfreie Stadt)	HALMA e.V., Würzburg	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Aschaffenburg (Lkrs)	Caritas-Sozialstation St. Hildegard e.V. (Schöllkrippen)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Aschaffenburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Bad Kissingen	CV für den Landkreis Bad Kissingen e.V.	1

Unterfranken	Bad Kissingen	Juliusspitalstiftung Münnerstadt	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Bad Kissingen Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	CV für den Landkreis Rhön-Grabfeld e.V.	1
Unterfranken	Rhön-Grabfeld	Diakonisches Werk Bad Neustadt e.V.	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Rhön-Grabfeld Gesamt</b>		<b>2</b>
Unterfranken	Haßberge	Landkreis Haßberge (ARGE/Pflegestützpunkt Haßberge)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Haßberge Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Kitzingen Gesamt</b>		<b>0</b>

Unterfranken	Miltenberg	Franziskus GmbH der Caritas	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Miltenberg Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Main-Spessart	Caritas-Sozialstation St. Rochus e.V. (Lohr)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Main-Spessart Gesamt</b>		<b>1</b>
Unterfranken	Schweinfurt (Lkrs)	DW Schweinfurt e.V. (Land-Sennfeld, Fr. Back)	1
<b>Unterfranken</b>	<b>Schweinfurt (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Unterfranken</b>	<b>Würzburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Unterfranken Gesamt</b>			<b>10</b>

Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	AWONIA Gesellschaft für Wohnen und Pflege im Alter mbH	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Caritas-Sozialstation Augsburg-Lechhausen e.V.	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	Malteser Hilfsdienst e.V. Diözesangeschäftsstelle Augsburg	1
Schwaben	Augsburg (Kreisfreie Stadt)	DW Augsburg e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>4</b>
Schwaben	Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt)	Blaue Blume Schwaben gGmbH	1
<b>Schwaben</b>	<b>Kaufbeuren (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Kempten (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Memmingen (Kreisfreie Stadt)	CV Memmingen-Unterallgäu e.V.	1
<b>Schwaben</b>	<b>Memmingen (Kreisfreie Stadt) Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Aichach-Friedberg	Landkreis Aichach-Friedberg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Aichach-Friedberg Gesamt</b>		<b>1</b>

Schwaben	Augsburg (Lkrs)	Landkreis Augsburg (Stadtbergen)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Augsburg (Lkrs) Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Dillingen a. d. Donau Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Günzburg	Landkreis Günzburg	1
<b>Schwaben</b>	<b>Günzburg Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Neu-Ulm Gesamt</b>		<b>0</b>
Schwaben	Lindau (Bodensee)	Sozialstation Lindau GmbH	1
Schwaben	Lindau (Bodensee)	Caritas-Sozialstation Westallgäu e.V. (Lindenberg)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Lindau (Bodensee) Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Ostallgäu	BRK Kreisverband Ostallgäu (Marktoberdorf)	1
Schwaben	Ostallgäu	CV Ostallgäu e.V. (Marktoberdorf)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Ostallgäu Gesamt</b>		<b>2</b>
Schwaben	Unterallgäu	Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen gGmbH	1
<b>Schwaben</b>	<b>Unterallgäu Gesamt</b>		<b>1</b>
Schwaben	Donau-Ries	DW Donau Ries e.V. (Nördlingen)	1
<b>Schwaben</b>	<b>Donau-Ries Gesamt</b>		<b>1</b>
<b>Schwaben</b>	<b>Oberallgäu Gesamt</b>		<b>0</b>
<b>Schwaben Gesamt</b>			<b>15</b>
<b>Gesamt</b>			<b>96</b>