

Berichte aus der Pflege

Nr. 13 – August 2009

**Expertise
Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld**

**Praxisbericht mit Beispielen und
Empfehlungen für wohnortnahe Pflege-
und Unterstützungsstrukturen**

Verfasser: Deutsches Institut
für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

PTHV gGmbH
Philosophisch-Theologische
Hochschule Vallendar
Pflegerwissenschaftliche Fakultät

Universität zu Köln



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR ARBEIT,
SOZIALES, GESUNDHEIT,
FAMILIE UND FRAUEN

1. Vorworte

1.1 Vorwort von Staatsministerin Malu Dreyer



Sehr geehrte Herren,
sehr geehrte Damen,

die meisten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf haben den Wunsch, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden und dem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben. Es ist das ein wichtiges Ziel meiner Pflegepolitik, die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern. Ich möchte, dass pflegebedürftige Menschen selbstbestimmt leben und gesellschaftlich teilhaben können. Auch altersverwirrte Menschen sollen gut leben können in Rheinland-Pfalz.

Zusammen mit den Partnerinnen und Partnern meiner Initiative "Menschen pflegen" haben wir in den vergangenen Jahren Strukturen geschaffen, die Bürgerinnen und Bürgern erleichtern, Pflege und Unterstützung direkt vor Ort in Anspruch zu nehmen. Diese Strukturen gilt es weiter auszubauen.

Damit alle Bürgerinnen und Bürger Pflege und Unterstützung vor Ort ohne große Mühe und ohne lange Wege in Anspruch nehmen können, bedarf es vor allem weiterer konkreter Planungen auf Orts- und Stadtebene. Dabei müssen der demografische Wandel und gesellschaftliche Entwicklungen wie die steigende Zahl von Einzelhaushalten, die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen oder die wachsenden Anforderungen an die berufliche Mobilität berücksichtigt werden.

Die vorliegende von mir in Auftrag gegebene Expertise hatte die Aufgabe, die Ausgangssituation im Land zu bewerten, innovative Konzepte für die Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld zu erarbeiten und Handlungsempfehlungen für die Akteure in Stadt und Land abzuleiten.

Sie stellt zunächst fest, dass die Ausgangssituation für die Entwicklung neuer Pflegestrukturen im Wohnumfeld in Rheinland-Pfalz gut ist. Neben der Pflegestrukturplanung und den Regionalen Pflegekonferenzen werden vor allem die aktuell aus den Beratungs- und Koordinierungsstellen hervorgegangenen Pflegestützpunkte hervorgehoben.

Die 135 Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz haben die Aufgabe, zu beraten und Hilfen zu vermitteln, aber auch pflegende Familien oder engagierte Helferinnen und Helfer vor Ort zu unterstützen und in die Angebotsstrukturen mit einzubeziehen.

Auf Basis des Landespflegestrukturgesetzes fördern das Land, die Landkreise und die kreisfreien Städte viele komplementäre Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege. Niedrigschwellige Betreuungsangebote von ehrenamtlichen Helferinnen

und Helfern tragen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Allein in den ca. 180 geförderten Unterstützungsangeboten, z. B. Besuchsdiensten oder Betreuungsgruppen für demenzkranke Menschen, die wir gerade mal ein paar Jahre fördern, sind bereits über 2.500 Ehrenamtliche - mehrheitlich Seniorinnen und Senioren – aktiv.

Darüber hinaus fördert das Land Rheinland-Pfalz die Entwicklung neuer Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf oder Demenz. Die Landesberatungsstelle PflegeWohnen hilft, ambulant betreute Wohngemeinschaften zu initiieren. Sie hilft auch weiter, wenn Betroffene in entsprechende Wohngemeinschaften einziehen wollen. Die Landesberatungsstelle „Barrierefrei Bauen und Wohnen“ gibt Tipps zur barrierefreien Wohnraumanpassung oder Neugestaltung von barrierefreien Wohnungen.

Nicht immer ist eine Unterstützung und Pflege in der bisherigen Umgebung möglich oder gewollt. Der Entwurf eines Landesgesetzes für Wohnformen und Teilhabe stellt deshalb auch für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den Mittelpunkt. Dazu sollen sich die Einrichtungen ins Wohnumfeld öffnen. Es sollte Normalität werden, dass Einrichtungen Orte der Begegnung sind. Der Gesetzentwurf sieht weiter vor, die Position der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen zu stärken.

Um gesellschaftliche Teilhabe und selbstbestimmtes Leben zu fördern, unterstützt das Land zahlreiche unterschiedliche Initiativen. Neben Seniorenbüros, Freiwilligenzentren oder Nachbarschaftshilfen, Heimbeiräten und Tutorinnen und Tutoren werden auch intergenerative Projekte modellhaft gefördert, um neue Konzepte des Zusammenlebens von Jung und Alt zu erproben.

Auch die Häuser der Familie sind in Rheinland-Pfalz ein wichtiges Instrument, um soziale Netzwerke und Kommunikationsmöglichkeiten zu stärken. Sie bieten generationenübergreifend Raum für gegenseitige Hilfen und gesellschaftliche Beteiligung. Sie sind ein wichtiger Baustein der Vernetzung und Weiterentwicklung der familienbezogenen Hilfen in den Kommunen.

Aufbauend auf dieser Ausgangssituation gibt die vorliegende Expertise Anstöße für die Weiterentwicklung kleinräumiger Versorgungsstrukturen in Wohnortnähe. Sie zeigt, wie es gelingen kann, dass Menschen auch dann in ihrem Wohnumfeld bleiben können, wenn sie einen hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf haben.

Die Expertinnen und Experten berücksichtigen vor allem auch Innovationen wie die Öffnung des stationären Sektors, das bürgerschaftliche Engagement und die personenbezogenen Budgets. Eine Schlüsselfunktion weisen sie den Kommunen zu. Die Kommunen kennen die Interessen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und sind am ehesten in der Lage, diese im Rahmen einer Sozialplanung zu berücksichtigen.

In meiner Regierungserklärung "Für ein gutes Leben im Alter" vom Mai dieses Jahres habe ich hervorgehoben, dass ein barrierefreies Wohnumfeld, d.h. auch eine barrierefrei erreichbare Infrastruktur, eine der wichtigsten Voraussetzungen

für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedarf ist. In einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz wird Teilhabe auch durch Fahrdienste, fahrende Geschäfte, durch Dorfläden und eine verlässliche Postzustellung gefördert. Gesellschaftliche Teilhabe wird schließlich auch durch altersgerechte Produkte, einen guten Zugang zum Internet oder andere neue Medien ermöglicht.

Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld verlangen darüber hinaus auch eine entsprechende Infrastruktur in den Kommunen. Es gibt bereits jetzt gute Rahmenbedingungen und Ansätze zur Innovation. So sind die im Landespflegestrukturgesetz vorgeschriebenen Regionalen Pflegekonferenzen und die Pflegestrukturplanung erste Meilensteine. Die Pflegestrukturplanung zielt darauf ab, Daten zur Entwicklung des Bedarfs und der Infrastruktur zu erheben und gemeinsam mit Bürgerinnen und Bürgern zu planen, welche Konzepte zukunftsfähig und realisierbar sind. Dabei brauchen wir einen flexibleren Übergang zwischen stationärer und ambulanter Hilfe und Netzwerkarbeit auf allen Ebenen.

Bürgerschaftliches Engagement ist genauso gefordert wie die Vernetzung der vorhandenen Strukturen. Die Zukunft der Pflege wird davon geprägt sein, dass wir zunächst von den Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen selbst ausgehen, in einem zweiten Schritt auch die Ressourcen des unmittelbaren Umfeldes – Angehörige, Freunde, Nachbarn – einbeziehen und erst danach fragen, was an professionellen Dienstleistungen dazukommen muss.

Auch die Profis müssen stärker zusammenarbeiten. Die gute Zusammenarbeit aller Akteure, vor allem der Wohlfahrtspflege, Wohnungsunternehmen, Kommunen und lokalen Initiativen zur Entwicklung von Wohnangeboten unverzichtbar. Es sollte das Ziel aller Partnerinnen und Partner in der Pflege sein, nicht gegeneinander oder isoliert nebeneinander her zu arbeiten, sondern miteinander in einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Die regionale Pflegekonferenz ist dafür der richtige Ort.

Die professionellen Dienste sollten ihre Aufgabenschwerpunkte in Zukunft so ausrichten, dass sie auch als Brückenbauer in der Gemeinde, als Motivatoren ehrenamtlicher Arbeit, als Vermittler, Koordinatoren und Berater zur Verfügung stehen. Außerdem ist ein gutes Zusammenspiel zwischen Kommune, sozialen Dienstleistungsunternehmen, öffentlichen Leistungsträgern und Bürgerinnen und Bürgern nötig.

Sowohl die Pflege durch professionelle Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich als auch die Pflege in der Familie leisten heute überwiegend Frauen. Um Entlastung zu schaffen, ist deshalb die Weiterentwicklung von Hilfen zur Pflege besonders wichtig. Ich möchte Frauen und Männer in der häuslichen Pflege gezielt unterstützen. Genauso wichtig aber ist mir, dass ihr Engagement bei der Entwicklung einer konkreten Hilfeplanung einbezogen wird.

Ich freue mich, dass die Ergebnisse der Expertise jetzt vorliegen und wünsche mir, dass sie dazu beitragen werden, die Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld in Rheinland-Pfalz weiter zu stärken. Jetzt gilt es, die guten Ideen und Vorschläge aufzugreifen und in der Realität zu erproben.

Ich danke den Expertinnen und Experten des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln, der Pflegewissenschaftlichen Fakultät in Vallendar und der Universität zu Köln für ihre ertragreiche Arbeit und würde mich freuen, wenn sich viele Akteurinnen und Akteure in der Pflege an der Verwirklichung der innovativen Vorschläge beteiligen.

Gemeinsam können und werden wir die Pflege in Rheinland-Pfalz auch in Zukunft weiter verbessern.

Ihre
Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

1.2 Vorwort der Gutachterinnen und Gutachter

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat mit seinen Reformen beispielsweise bezüglich der Einführung von Pflegestützpunkten und eines Fallmanagements neue Impulse in die Pflege- und Unterstützungslandschaften gesendet. Die Landespflegegesetzgebung in Rheinland-Pfalz hat diese Impulse bereits im Vorfeld aufgegriffen und die Weichen gestellt für eine Pflegestrukturplanung, die u. a. von den Regionalen Pflegekonferenzen und nun auch von den Pflegestützpunkten, die aus den Beratungs- und Koordinierungsstellen hervorgehen, umgesetzt werden soll.

Der Auftrag der vorliegenden Expertise besteht nun darin, vor dem Hintergrund dieser neueren Gesetzgebung, aber auch angesichts zahlreicher relevanter Initiativen und Projekte in Rheinland-Pfalz und darüber hinaus, Innovationsfelder für die Entwicklung der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld zu beschreiben und Empfehlungen für die relevanten Einrichtungen und Akteure abzuleiten. Dabei sollen einerseits die Möglichkeiten und Konsequenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher zur Integration von Leistungen für ältere Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf und Behinderung sowie auch zur Ausgestaltung eines modernen Schnittstellenmanagements einbezogen werden. Andererseits werden aktuelle Erkenntnisse zu einzelnen Ansätzen der Entwicklung des Wohnumfeldes etwa über die Öffnung der stationären Altenhilfe, die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, die Nutzung zugehender Beratungsangebote sowie den Einbezug migrationspezifischer Projekte aufbereitet. Ferner erfolgt eine sozialökonomische Einschätzung hinsichtlich einer Kosten-Ergebnis-Abwägung bezogen auf die mit Wohnumfeldkonzepten verbundene Strategie des „ambulant vor stationär“.

Auf der Grundlage einer umfassenden Literatur- und Projektrecherche, die auch internationale Quellen mit einbezog, konnten die einschlägigen theoretischen und empirischen Befunde erschlossen und ausgewertet werden. Fast fünfzig praxisnahe Beispiele und Projekte sowie neun ausführlich dargestellte Referenzprojekte zu Kernthemen veranschaulichen bekannte und weniger bekannte Ansätze innovativer Entwicklungen. Die Erkenntnisse aus diesen Analysen sind zu Schlussfolgerungen zusammengeführt worden und münden in zwanzig Empfehlungen, die sich sowohl auf eine umfassende Struktur- und Prozessentwicklung in den Kommunen als auch auf die konkrete Umsetzung innovativer Ansätze für die Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld beziehen.

Eine erste weitgehend abgeschlossene Fassung der Expertise zum Stand Ende September 2008 konnte im Rahmen verschiedener fachlicher Diskussionsveranstaltungen modifiziert und weiterentwickelt werden. Dabei ging es um Anregungen aus ressortfachlicher, aber auch aus kommunaler Sicht. Die Autorinnen und Autoren danken allen, die beigetragen haben, für die eingebrachten Ideen und Vorschläge und wünschen sich eine breite Rezeption sowie eine intensive Diskussion der vorgelegten Ergebnisse und Vorschläge und eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen.

Köln, Vallendar, 30. Juni 2009

Der Praxisbericht „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ ist eine auf rund 80 Seiten gekürzte Fassung der Expertise. Darin sind die praxisrelevanten Informationen und Argumentationen zusammengeführt. Die Vollfassung mit einem Umfang von rund 180 Seiten erscheint als Buchpublikation unter gleichem Titel in der Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V.

In der Vollfassung werden über den Praxisbericht hinaus

- Fakten und Modelle zur Sozialökonomie ambulanter und stationärer Pflegearrangements
- Ausführungen zum internationalen Modell einer gemeindeorientierten gesundheitspflegerischen Versorgung der Bevölkerung (Community Health Nursing)
- theoretische und empirische Analysen zu den innovativen Entwicklungsfeldern
- sozialwissenschaftliche und -ökonomische Zusammenhänge zu den Themenfeldern Persönliches Budget und Case Management sowie zu Integrierten Versorgung
- ausführliche Zusammenfassungen aller Kapitel sowie
- umfangreiche Quellenangaben

analysiert und aufbereitet.

Den gekürzten Kapiteln im vorliegenden Praxisbericht ist jeweils ein Hinweis vorangestellt, welche Inhalte in der Vollfassung zu finden sind.

Expertise

Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld

**für das
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen
Rheinland-Pfalz**

„Praxisbericht“

Köln, Vallendar im Juni 2009

Autorinnen und Autoren der Expertise

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner

Direktor

Dr. Michael Isfort

Vorstandsmitglied

Ursula Laag, Dipl. Berufspädagogin

Anne Gebert, Dipl.-Pflegerin

Cordula Schmidt, MScN, Dipl.-Berufspädagogin

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

**Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)**

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

Telefon:

0221 / 46861-30

Telefax:

0221 / 46861-39

E-Mail:

dip@dip.de

Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

Prof. Dr. phil. Helen Kohlen

Juniorprofessur Care Policy und

Gemeindenaher Pflege

Renate Adam-Pafrath, MScN

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Philosophisch-Theologische Hochschule

Vallendar (PTHV)

Pflegewissenschaftliche Fakultät

Pallottistraße 3

56179 Vallendar

Telefon:

0261 / 64 02 257

Telefax:

0261 / 64 02 300

E-Mail:

hbrandenburg@pthv.de

Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen

Fakultät der Universität zu Köln

**Dekanat der Wirtschafts- und
Sozialwissenschaftlichen Fakultät**

Universität zu Köln

Albertus-Magnus-Platz

50923 Köln

Telefon:

0221/ 470-5607

Telefax:

0221 /470-5179

E-Mail:

schulz-nieswandt@wiso.uni-
koeln.de

Dr. Clarissa Kurscheid

Studiendekanin Health Care Business Management

(Gesundheitswirtschaft)

Hochschule Fresenius

Hochschule für Wirtschaft und Medien GmbH

Im MediaPark 4c

50670 Köln

Telefon:

0221/ 97 31 99 - 18

Telefax:

0221/ 97 31 99 - 91

E-Mail:

kurscheid@fh-fresenius.de

Inhaltsverzeichnis (Praxisbericht)

1.	Vorworte	1
1.1	Vorwort von Staatsministerin Malu Dreyer	1
1.2	Vorwort der Gutachterinnen und Gutachter	5
2.	Einführung	13
	Hintergrund	13
	Auftrag des Gutachtens	19
	Vorgehensweise, Gliederung und Megathemen	20
3.	Grundlegungen und Ansätze	24
	Landespflegegesetzgebung	24
	Entwurf eines Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG).....	26
	Weitere relevante Initiativen des Landes	27
	Initiativen und Ansätze zum Wohnumfeld	29
4.	Innovative Entwicklungen und Beispiele	30
4.1	Öffnung der stationären Altenhilfe	30
	Variationen der Öffnung von Heimen	31
	Innovationspotenziale durch die Öffnung der Heime	32
	Ansätze für eine Öffnung und Stärkung des Bezugs zum Wohnumfeld	34
	Referenzprojekt „Lebensräume für Jung und Alt“ Stiftung Liebenau	37
	Referenzprojekt „Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH“	38
4.2	Stärkung und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements	39
	Bürgerschaftliches Engagement im Vor- und Umfeld der Pflege	40
	Referenzprojekt „Netzwerk Pflegebegleitung“	42
4.3	Persönliche Budgets und Case Management	44
4.4	Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung	44
	Referenzprojekt „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ (UGOM)	45
4.5	Zugehende Angebote – Präventiver Hausbesuch.....	45
	Präventiver Hausbesuch	46
	Referenzprojekt „Pflegeoptimierung Siegen-Wittgenstein“ (POP SiWi).....	50
4.6	Systematisierung der Pflegeberatung	51
	Wer soll wen auf welcher Grundlage und mit welchem Ziel beraten?	52
	Referenzprojekt „Pflege- und Wohnberatung Ahlen“	53
	Pflegende Angehörige als Zielgruppe zugehender Beratung	54
	Referenzprojekt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe).....	55
4.7	Interkulturelle und migrationsspezifische Ansätze	57
	Anforderungen an eine interkulturelle Gesundheitsförderung.....	57
	Beispiele interkultureller Gesundheitsförderung.....	59
	Referenzprojekt „Gesundheitslotsen – Mit Migranten für Migranten“ (MiMi)	62

5.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	63
5.1	Zusammenfassende Schlussfolgerungen	63
	Gute Ausgangsposition in Rheinland-Pfalz	63
	Von der Erkenntnis zum Handeln – Alles läuft auf die Kommunen hinaus	65
5.2	Die neue Rolle der Kommune.....	69
	Modernisierung der kommunalen Daseinsvorsorge.....	69
	Kommunalisierung der Verantwortung und Steuerung von Pflegelandschaften.....	72
	Strategische und operative Schritte der Umsetzung	73
5.3	Empfehlungen	788
I.	Empfehlungen für eine innovative Struktur- und Prozessentwicklung in den Kommunen	79
II.	Empfehlungen für innovative Ansätze im Wohnumfeld	822

2. Einführung

Hintergrund

Der demografische Wandel stellt eine enorme Herausforderung an die gegenwärtige Sozial- und Pflegepolitik dar. Ausmaß, Ursachen und auch Chancen des Wandels sowie einschlägige Analysen zum Unterstützungs- und Hilfebedarf sind in zahlreichen Gutachten und Prognosen beschrieben^{1 2 3 4 5} und werden an dieser Stelle nicht erneut wieder gegeben. Zentral ist: Durch die erwartete Zunahme Älterer, Pflege- und Hilfebedürftiger werden etablierte Versorgungsstrukturen weiter ausdifferenziert und ergänzt werden müssen. Es geht dabei um die Entwicklung einer angemessenen Strategie hinsichtlich der Beantwortung eines höheren, gesamtgesellschaftlich zu tragenden „Pflegerisikos“. Eine besondere Herausforderung ist dabei, die Versorgung und Unterstützung der wachsenden Anzahl Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen zu sichern und zu entwickeln sowie das Leben zu Hause für möglichst viele Pflege- und Hilfebedürftige zu ermöglichen, zu fördern und zu stabilisieren.

Der beschriebene Hintergrund wird auch im Land Rheinland-Pfalz als besondere Herausforderung gesehen. Die Zahl der Heime hat in diesem Bundesland mit einem Anstieg von 5,1 % zwischen 2001 und 2003 zwar eine geringere Zuwachsrate als in anderen Bundesländern. Dennoch ist auch hier ein Zuwachs erkennbar. Auch die Zahl der Pflegebedürftigen in Rheinland-Pfalz ist zwischen 1999 und 2005 um 6% gestiegen.⁶ Ende 2007 existierten laut MDK-Bericht in Rheinland-Pfalz 421 vollstationäre Einrichtungen, 372 ambulante Pflegedienste und 233 Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen.⁷ Prognosen sehen einen steigenden Bedarf an Heimplätzen, weil sie von einem zu erwartenden Rückgang der familialen Pflegepotenziale ausgehen und sich insbesondere ein Anstieg von Demenzerkrankungen aufgrund zunehmend höherer Lebenserwartung abzeichnet. Diese Tendenz ist heute schon sichtbar, allerdings werden in Rheinland-Pfalz

¹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2007): Europäischer Kongress „Demografischer Wandel als Chance: Wirtschaftliche Potenziale der Älteren“ Kongress. Berlin, 17. und 18. April 2007 Dokumentation. Berlin.

³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin.

⁴ Schneekloth, U.; Leven, I. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten" (MuG 3). München: Infratest Sozialforschung

⁵ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn.

⁶ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2008): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden. (2).

⁷ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (2004): Homepage des MDK Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter <http://www.mdk-rlp.de/>, zuletzt aktualisiert am 06.10.2004, zuletzt geprüft am 16.09.2008.

etwa 3,1 % mehr pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt als in anderen Bundesländern. In diesem Zusammenhang sind auch die verschiedenen Auswirkungen auf die Kostenentwicklungen bei den Sozialversicherungsträgern, den öffentlichen und den privaten Haushalten zu betrachten. Will die Politik wie in Rheinland-Pfalz diesen Tendenzen entgegensteuern, müssen ambulante pflegerische Versorgungsstrukturen konsequent gestärkt, ausgebaut und vernetzt werden.

Verschiedene Aspekte vor allem angesichts der schwersten und komplexen Bedarfslagen der (statistisch zunehmenden) Hochaltrigkeit werden die Vermeidung institutioneller Wohn- und Lebensformen an Grenzen stoßen lassen. Dazu zählen die Dynamisierung der Arbeitswelten, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit, erhöhte Ansprüche an lebenslanges Lernen, räumliche Mobilität im Zusammenhang mit der beruflichen Mobilität und die Ent-Feminisierung der oftmals geradezu naturwüchsig zugeschriebenen Pflegerollen sowie die rückläufige Fertilität, nicht als Kinderlosigkeit, wohl aber als Verschlankung der nachwachsenden Netzwerke. Ein Anstieg des Bedarfs nach stationärer Versorgung ist aber dennoch nicht zwingend. Die Potenziale nicht-stationärer Lebens- und Wohnarrangements sind durch die auf die lebensweltlichen Zusammenhänge abstellenden Pflegestruktursteuerung in Stadt und Land zu fördern und auszuschöpfen und neue soziale Phantasie darauf zu verwenden, das Spektrum der Wohn- und Lebensformen zwischen der häuslichen Privatheit und dem klassischen Heim fortzuentwickeln. Darüber hinaus wird man auch die Wahlfreiheit mit Blick auf Heimformen älteren Menschen offen lassen müssen, wenn diese gerade nicht informell gepflegt werden möchten. Vor allem aber steht die Gesellschaft vor der anthropologisch und ethisch herausragenden Aufgabe der innovativen Entwicklung neuer, menschenwürdiger Konzepte institutionellen Wohnens und Lebens, so dass in Zukunft der kulturgeschichtlich überlieferte Heim-Begriff völlig ersetzt werden dürfte und der Weg in vielfältige, gestützte Formen des Wohnens und Lebens in Kleingruppen gebahnt wird.

Das Versorgungs Panorama der Zukunft bedarf neuer Konzepte, die sowohl die Situation der Pflegebedürftigen als auch die Leistungsmöglichkeiten der professionellen sowie der informellen Pflegeleistungserbringer stärker einbeziehen und besser vernetzen. Dabei muss die Versorgung der chronisch kranken Menschen ebenso einbezogen werden wie die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Anders ausgedrückt müssen gerade die komplexen Schnittflächen der Bedürfnisse und Bedarfe bei chronischer Erkrankung, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und verschiedener Behinderungsformen ins Zentrum der Vernetzungsproblematik gerückt werden.

Eine überwiegend auf professionelle Dienstleistung ausgerichtete Versorgung scheint dabei langfristig weder finanzierbar noch sinnvoll. Vielmehr müssen mehr Konzepte Berücksichtigung finden, die ehrenamtliche Arbeit stärker einbeziehen und eine Durchmischung formeller und informeller Hilfen (Welfare-Mix)^{8 9} ausgewogen repräsentieren. Es

⁸ Olk, T. (2007): Bürgergesellschaft und Engagement älterer Menschen - Plädoyer für einen Welfare-Mix in der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Informationsdienst Altersfragen, Jg. 34, H. 2, S. 5–8.

⁹ Schulz-Nieswandt, F. (2008): Zur Morphologie des Dritten Sektors im Gefüge zwischen Staat, Markt und Familie. Ein Diskussionsbeitrag zur Ciriec-Studie „Die Sozialwirtschaft in der Europäischen Union“. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Jg. 31, H. 3, S. 323–336.

muss jedoch angenommen werden, dass sich das informelle Pflegepotenzial auch in Rheinland-Pfalz langfristig nur durch besondere zusätzliche Anstrengungen halten und entwickeln lässt¹⁰ und deshalb rechtzeitig Konzepte zur Stärkung und Vernetzung der Potenziale entwickelt werden müssen. Diese innovativen Ansätze müssen dabei nicht nur die zahlreichen formellen und informellen Grenzen, sondern zugleich die vielfältig bestehenden Abschottungen der Sektoren und Professionen überwinden und zudem alltagsnahe und attraktive Integrationsprogramme entwerfen. Zugleich müssen sie, sollen sie möglichst erfolgreich sein, das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Strategien von gesundheitsförderlichen, präventiven, kurativen, rehabilitativen, kompensatorischen¹¹ und palliativen Angeboten und Dienstleistungen sowohl flächendeckend als auch wohnortnah im Blick haben.

Im Prinzip enthält das SGB XI dieses Leitbild und es wird in diesem Sinne von der Landesgesetzgebung in Rheinland-Pfalz auch zukunftsweisend konkretisiert. Es geht um die optimale Vernetzung medizinischer, pflegerischer und sozialer „Landschaften“ von Dienstleistungen und Ressourcen. Diese Landschaften sollen wohnortnah und netzwerkzentriert entwickelt werden. Dies wird gutachterlich in der Wohnumfeldbezogenheit auf den Begriff gebracht. Wenn auch der Ausgangspunkt in der Herausforderung der Pflegebedürftigkeit angesiedelt ist, so sind konstruktive Ausdehnungen auf den medizinischen Bereich ebenso notwendig wie die Suche nach der Schnittfläche zu Fragen der Politik der Eingliederungshilfe im Fall der Menschen mit Behinderungen. Hier soll es nicht um fachliche „Übergriffe“, nicht um Konkurrenzeffekte oder gar um „Dominanzstreben“ gehen. Im Interesse der Menschen mit ihren konkreten und zugleich komplexen Bedarfslagen und im Interesse der stark engagierten, dadurch aber auch belasteten Netzwerke, geht es um Kulturen des zielgerichteten Zusammenwirkens und der Bündelung der Ressourcen.¹²

¹⁰ Geros-Steinbeis-Transferzentrum Gerontologie, Gesundheit & Soziales (2008): Pflegestrukturplanung nach dem Landespflegestrukturgesetz. Präsentation vor dem Landespflegeausschuss Rheinland-Pfalz, zuletzt aktualisiert am 31.07.2008, zuletzt geprüft am 16.09.2008.

¹¹ Im therapeutischen Spektrum wird hier von kompensatorischer Ausrichtung gesprochen, wenn überwiegend pflegerische Unterstützungen etwa bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erbracht werden, die der Pflegebedürftige nicht mehr unabhängig ausführen kann. In traditionellen Modellen wird an dieser Stelle häufig per se von „Pflege“ gesprochen.

¹² Vgl. Schulz-Nieswandt, F: „Widerspruchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen bei noch nicht völlig absehbarer Trendrichtung“, in: Wirtschaftsdienst 88 (2008), S. 647-652.

Erläuterung zum Begriff des Wohnumfeldes

Unter Wohnumfeld verstehen die Gutachterinnen und Gutachter insbesondere aus der Sicht der Bewohnerschaft eine möglichst überschaubare Wohnumgebung. Es kann sich also jenseits administrativer oder politischer Einheiten um zusammenhängende Siedlungsgebiete oder ein ganzes Dorf handeln. Damit sind zugleich lebensweltliche Kriterien benannt, die einerseits das Eigenleben und die Identifikations- sowie Teilhabepotenziale eines Wohnumfeldes als Stärken verstehen. Mit einer damit im Zusammenhang stehenden wohnortnahen Versorgung sind Netzwerkentwicklungen gemeint, die von den Ressourcen und Bedürfnissen der Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf sowie mit Behinderung und deren Angehörigen ausgehen und die Kompetenzen und die Leistungsfähigkeit von sozialen Netzen wie Selbst- und Nachbarschaftshilfen sowie bürgerschaftlich engagierter Menschen ausdrücklich einbeziehen.

Die Gutachterinnen und Gutachter verstehen den Begriff des Wohnumfeldes synonym zum Begriff des in der Literatur verbreiteten Terminus „Wohnquartier“, haben sich aber aus pragmatischen Gründen für die allgemein verständlichere Zuschreibung „Wohnumfeld“ entschieden.

Im Zentrum der strategischen Überlegungen zur Entwicklung von Innovationen der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld stehen deshalb die Fragen, wie Formen der Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen politischen, professionellen, familiären und ehrenamtlichen Ebenen und Akteure entwickelt werden können und müssen, wie die Vernetzungen zwischen den häufig noch unverbundenen Strukturen und Prozessen gelingen können und welche Anreize vorhanden sein müssen oder gegeben werden können, damit den Bürgerinnen und Bürgern entsprechend gute Angebote unterbreitet werden können.

Die Ausgestaltung der Erarbeitungen in der Expertise sowie die Entwicklung zukünftiger innovativer Konzepte haben vor dem Hintergrund der Beachtung zentraler Prinzipien zu erfolgen. Dazu gehört das auf Subsidiarität beruhende Prinzip der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger vor dem Hintergrund staatlich garantierter Daseinsvorsorge. Dazu gehört ferner die auf Solidarität gründende gesamtgesellschaftliche Verpflichtung, eine umfassende Integration und Teilhabe besonders gefährdeter Gruppen wie ältere Menschen mit Hilfe- sowie Pflegebedarf und Behinderung zu ermöglichen (Barrierefreiheit) und allen ein Leben in Freiheit, Autonomie und Würde zu gewährleisten. Dazu gehört gerade vor dem Hintergrund des bekannten Zusammenhangs von überwiegend weiblicher Gesundheitsarbeit die Förderung der Gleichberechtigung von Mann und Frau und die besondere Beachtung geschlechts- und rollenspezifischer Aspekte (Gender Mainstreaming). Letztlich sei an dieser Stelle wegen der besonderen Relevanz gerade im Gesundheitssystem auch die Berücksichtigung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen und -chancen von Menschen mit Migrationshintergrund aufgeführt sowie die sich daraus ableitende Beachtung kulturspezifischer Fragen und Zugänge auch zu Gesundheitsdienstleistungen genannt (Multikulturalität).

Die Beantwortungen dieser komplexen Fragen unter Anwendung der grundlegenden Prinzipien werden zunehmend vor dem Hintergrund konkreter Lebensraumbeschreibungen, wie zum Beispiel dem Wohnumfeld, erfolgen müssen.^{13 14 15} Hier werden auch in stärkerem Maße Verantwortung und Möglichkeiten zur Ausgestaltung der wohnortnahen Versorgung und Netzwerkearbeit bei den Kommunen gesehen. Diese tragen die Verantwortung für die kommunale Daseinsvorsorge und für die damit verbundene soziale und gesundheitsbezogene Infrastruktur für die Bürgerinnen und Bürger im Wohnumfeld in einem System der partiellen Mitverantwortung weiterer Akteure. Die Gutachterinnen und Gutachter – das sei an dieser Stelle bereits vorausgeschickt – sehen in den Kommunen die zentrale und entscheidende Schalt- und Steuerstelle für die weitere Entwicklung und Förderung der pflege- und unterstützungsbezogenen Netzwerke-Vernetzung im Wohnumfeld. Daher ist die Expertise darauf ausgerichtet, in erster Linie den Kommunen Argumente und Wege aufzuzeigen und sie zu ermutigen, diese Verantwortung vor dem Hintergrund der komplizierten Voraussetzungen des ausdifferenzierten staatlichen Sozial- und Gesundheitssystems auf der einen Seite und der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements auf der anderen Seite stärker noch als bisher in die Hand zu nehmen.

Daher wird das Gutachten zunächst aus einem umfassenden Verständnis von Kommunalität entwickelt, denn es geht bei dem Bezug aufs Wohnumfeld um die lebensweltliche Einbettung und um die sozialräumliche Vernetzung allgemeiner kommunaler Strategien und Ansätze. Allerdings werden die jeweiligen Besonderheiten in den Kreisen, Städten und Gemeinden und vor allem die interkommunalen Unterschiede nicht als irrelevant zur Seite geschoben. Bekannt sind die komplexen Probleme, die aufgrund der Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Bezugsräumen innerhalb einer Kommune entstehen können. So lassen sich die meisten gutachterlichen Vorschläge und Empfehlungen zunächst vorrangig in urbanen Räumen umsetzen als in ländlichen Strukturen. Ebenfalls bekannt ist aber die Problematik der Unterschiede innerhalb der ländlichen Räume. Eine besondere Herausforderung stellen daher dünner besiedelte, periphere und strukturschwächere Räume dar, die von den notwendigen Entwicklungen nicht abgekoppelt werden dürfen.

Wenn auch den Landkreisen, kreisfreien Städten und Gemeinden in Rheinland-Pfalz angesichts ihrer besonderen Rolle eine Hauptverantwortung für die weitere Entwicklung neuer Ansätze für gelingende Pflegelandschaften zugeschrieben wird, so können auf der anderen Seite die übrigen wichtigen Akteure nicht aus der Mitverantwortung entlassen werden! Es wird im Weiteren verdeutlicht, dass ohne das aktive und energische Mitwirken der Pflege- und Krankenkassen, der Dienste und Einrichtungen und ihrer Träger, der Ärzte, Pflegeberufe und therapeutischen Berufe und ihrer Organisationen, der

¹³ Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Positionspapier des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel. Gütersloh.

¹⁴ Maier, K. (2004): Soziale Kommunalpolitik für lebenswerte Wohnquartiere. Beiträge zu Wohnungspolitik, Bürgerbeteiligung, Quartiersmanagement und Indikatoren sozialer Nachhaltigkeit. Freiburg im Breisgau: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung (Forschungs- und Projektbericht / Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, 20).

¹⁵ Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes NRW (Hg.) (2006): Alt werden im Quartier – Kooperationen für wohnortnahe Dienstleistungen. Dortmund.

Verbände sowie der Selbsthilfeorganisationen und schließlich der Familien, Bürgerinnen und Bürger das Vorhaben nicht gelingen kann. Ebenfalls fällt den Kirchen und der Wohnungswirtschaft hier eine gewichtige Rolle zu. Zugleich gehen die Gutachterinnen und Gutachter davon aus, dass aufgrund der großen Komplexität und der zahlreichen Risiken der Thematik dies kein triviales Vorhaben ist, sondern zugleich ein hohes Scheiternspotenzial besitzt. Dennoch bzw. gerade deswegen wird ein Schwerpunkt der Ausführung auf die Zusammenhänge einer gelingenden Systematisierung und Vernetzung der Nachfrage und des Angebotes von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld gelegt, ohne die Risiken zu verharmlosen.

Dazu dient auch die Berücksichtigung der Tatsache, dass der Thematik auf der bundespolitischen Ebene seit längerem verstärkt Beachtung geschenkt wird. So sind zahlreiche Initiativen und Projektförderungen auf der Bundesebene zu erkennen, die Entwicklungen bei Wohnformen und wohnumfeldbezogenen Vorhaben unterstützen und begleiten.^{16 17}

¹⁸ Auch private Stiftungen widmen sich in unterstützten Projekten diesem Thema.^{19 20} Das vom Bundestag verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz²¹ kann mit seinen zahlreichen Neuerungen als zusätzlicher Hinweis darauf gedeutet werden, dass eine bessere Wirkung bestehender Versorgungsmöglichkeiten nah am Versicherten und an Bürgerinnen und Bürgern erreicht werden soll.

Im Anschluss an das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) hat Rheinland-Pfalz konsequent in der Landespflegegesetzgebung die Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur vorangetrieben (LPflegeASG²² vom 23. Juli 2005). Darin und in den daraus folgenden Verordnungen und Initiativen sind als zentrale Bestandteile die Entwicklung einer bedürfnisorientierten Angebotsstruktur, eine ortsnahe Leistungserbringung und ein flächendeckender Zugang zu Leistungen beschrieben und beispielhaft umgesetzt worden. Hervorzuheben sind dabei neben der bereits seit Längerem bestehenden Arbeit der 135 Beratungs- und Koordinierungsstellen im Land, die jetzt als Pflegestützpunkte ihre Arbeit fortsetzen, die Ansätze und Handreichungen zur Pflegestrukturplanung. Begleitet wird dieses Engagement von der Initiative des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) „Menschen pflegen“. Das zugehörige Internetportal mit den vielgestaltigen Informationen und Angeboten hat

¹⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Lage: Jacobs.

¹⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin.

¹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2004): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Unter Mitarbeit von TNS-Infratest-Sozialforschung. München.

¹⁹ Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Positionspapier des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel. Gütersloh.

²⁰ Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2004): Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Leben und Wohnen im Alter).

²¹ Bundestag (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), vom 28. Mai 2008, Bundesanzeiger: Bundesgesetzblatt.

²² Landtag des Landes Rheinland-Pfalz (23. Juni 2005): Landesgesetz zur Sicherstellung Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur. LPflegeASG, G3231: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz, zuletzt aktualisiert am 23. Juni 2005.

eine zentrale Bedeutung und wird deshalb hier mit den unterschiedlichen Ansätzen und Erkenntnissen einbezogen.²³

Die Perspektive der Planung und der Verzahnung einer verbesserten Versorgung der Menschen mit Gesundheitsdienstleistungen und der Weiterentwicklung der entsprechenden Wirtschaftszweige wird in Rheinland-Pfalz darüber hinaus in der Initiative Gesundheitswirtschaft bearbeitet und weiterentwickelt. Hier arbeitet das MASGFF ressortübergreifend eng mit dem Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau (MWVLW) zusammen. Eine Grundlage der Arbeit der Initiative ist ein von den beteiligten Ministerien in Auftrag gegebenes Gutachten zu den Strukturdaten der Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz.²⁴ Ferner ist als ein weiteres Ergebnis der Arbeit im Frühjahr 2008 der Masterplan Gesundheitswirtschaft veröffentlicht worden. Über Landesleitprojekte, regionale Projekte und Cluster, die initiiert und gefördert werden können, sollen Versorgungs- und Wertschöpfungsketten der Gesundheitsdienstleistungen optimiert werden.

Es zeigt sich in diesem ersten Überblick, dass die vorliegende Expertise sowohl für Rheinland-Pfalz als auch hinsichtlich einer gesamtdeutschen Perspektive hochaktuelle Herausforderungen und Themen aufgreifen und bearbeiten soll. Dabei kann in Rheinland-Pfalz bereits auf vielfältige Vorarbeiten und etablierte Strukturen zurückgegriffen werden. Diese werden in der Expertise an verschiedenen Stellen aufgegriffen.

Auftrag des Gutachtens

Die inhaltlichen Schwerpunkte und methodischen Entscheidungen zur Erstellung des Gutachtens haben sich aus der Auftragsstellung, den Rahmenbedingungen und in weiteren Gesprächen mit der federführenden Abteilung Soziales im MASGFF ergeben. Die folgenden sieben Hauptaspekte sollten eine besondere Berücksichtigung finden:

- Die Beschreibung innovativer Pflege- und Unterstützungskonzepte
- Die Entwicklung und Benennung von Maßnahmen und von Praxisbeispielen zur Integration und Öffnung der stationären Pflege ins Gemeinwesen
- Die Benennung von Konzepten zur Gewinnung, Qualifizierung und Förderung von bürgerschaftlichem Engagement (insbesondere unter migrationsspezifischen Gesichtspunkten)
- Die Darlegung der Möglichkeiten der Teilhabe und Selbstorganisation von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf
- Die Entwicklung von Vorschlägen hinsichtlich der Beseitigung von Schnittstellenproblemen durch integrierte Versorgungskonzepte

²³ Dreyer, M.: Die Initiative Menschen pflegen. Online verfügbar unter http://www.menschen-pflegen.de/enid/alle_Inhalte/Die_Initiative_Menschen_pflegen_3w.html, zuletzt geprüft am 15.09.2008.

²⁴ Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau: Fachkongress Gesundheitswirtschaft. Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz ist gut aufgestellt und bietet gesundes Wachstumspotenzial. Pressemitteilung vom 25.1.2007. Mainz.

- Die Beschreibung von Konzepten der Vernetzung der pflegerischen Versorgung im Wohnumfeld durch zugehende Beratung, Koordinierung und Vermittlung von Diensten
- Die Benennung von Strategie-Vorschlägen, wie beschriebene Wohnumfeldkonzepte in der Kommune wirksam werden können.

Als weiteres Ziel der Expertise war vorgegeben, dass sie unter der Berücksichtigung der oben benannten Hauptaspekte eine Grundlage für den Aufbau kleinräumiger Versorgungsstrukturen in Wohnortnähe darstellen soll. Dazu sollen aus der Analyse neuester Erkenntnisse insbesondere Anstöße und Empfehlungen für eine entsprechende Strukturentwicklung in den Kommunen, aber auch im Land abgeleitet werden. Letztlich geht es auch darum, das Thema der „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ zu untermauern, zu verbreiten und Anregungen zur Implementierung zu liefern. Die Gutachterinnen und Gutachter gehen angesichts der Vielfalt bei bestehender Heterogenität der benannten Aspekte davon aus, dass ein wesentlicher Beitrag der Expertise in einer Sortierung, Verknüpfung, Priorisierung und Einordnung dieser unterschiedlichen Themenkomplexe in eine Gesamtstruktur sein musste.

Wie zuvor beschrieben, liegen in Rheinland-Pfalz aufgrund einer als vorbildlich zu bezeichnenden, konsequenten Umsetzung der Implikationen, Chancen und Möglichkeiten des SGB XI, der Landespflegegesetze sowie zahlreicher Initiativen bereits gute strukturelle und strategische Ansätze und Konzepte für die Entwicklung der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld vor. Insbesondere sind hier die auf dem LPflegeASG beruhenden Handreichungen zur Pflegestrukturplanung zu nennen, die wiederum bereits in einigen Modellkommunen weiterentwickelt und erprobt werden (Pflegemonitoring). Die Expertise hat daher das vorzügliche Ziel, diese Ansätze mit innovativen Beispielen zu den Hauptaspekten zu bereichern, ohne dabei die strategische Zielsetzung (Netzwerke-Vernetzung) aus dem Auge zu verlieren. So sollen weitere Impulse für eine politische, fachliche und praktische Erarbeitung und Entwicklung vor Ort gegeben werden.

Die in der Expertise empfohlenen Wege sollen sowohl anschlussfähig zu den bisherigen Ansätzen und Initiativen sein sowie zukunftsweisend und möglichst nachhaltig implementiert werden können. Das Land beabsichtigt, einzelne Ansätze und vorgeschlagene Wege und Konzepte im Nachgang der Expertise zu fördern und ihre Umsetzung modellhaft zu erproben.

Vorgehensweise, Gliederung und Megathemen

Das Gutachten soll einerseits den Charakter einer praxisorientierten Handreichung haben und andererseits den aktuellen Stand wissenschaftlichen Wissens zu den Grundlagen und Hauptaspekten erfassen und beschreiben. Beiden Ansprüchen wird die Expertise gerecht, indem auf aktuelle relevante Erkenntnisse aus regionaler, nationaler und internationaler Empirie und Theorie zurückgegriffen wird sowie entsprechende Beispiele und Erfahrungen grundgelegt und exemplarisch beschrieben werden. Die vorliegende Expertise ist (sowohl in der Vollfassung wie im vorliegenden Praxisbericht) eine konsen-

tierte Fassung, gleichwohl einzelne Kapitel die Handschrift der zuständigen Gutachterin bzw. des zuständigen Gutachters tragen können.

So genannte „Referenzprojekte“ werden in den jeweiligen Unterkapiteln aufgenommen. Sie sollen praktische Umsetzungsmöglichkeiten untermauern und beispielhaft darlegen. Bei den „Referenzprojekten“ handelt es sich um als wegweisend und bemerkenswert eingestufte Projekte und Entwicklungen durch die Gutachterinnen und Gutachter, auch wenn nicht alle dieser Projekte belastungsfähige Evaluationsergebnisse vorweisen können. Bei einigen handelt es sich um laufende Projekte, die noch keine Abschlussergebnisse vorweisen können. Auch wenn die Referenzprojekte nicht selten mehrere innovative Perspektiven in sich vereinen, werden sie in einer Themenbearbeitung eingebunden und drucktechnisch abgesetzt. Aus den Referenzprojekten werden besondere Schlussfolgerungen für Rheinland-Pfalz gezogen und vorgestellt.

Im einführenden und grundlegenden Kapitel (Kap. 3) werden die vorhandenen, bereits erwähnten Ansätze der Landespflegegesetzgebung und verschiedener Initiativen mit ihren Ergebnissen und Folgen dargestellt und erörtert.

Im 4. Kapitel werden die bereits benannten Hauptaspekte bearbeitet, jeweils sowohl hinsichtlich zum derzeitigen Stand des Wissens und offener Fragen als auch bezüglich vorhandener Referenzprojekte.

Das 5. Kapitel dient den Schlussfolgerungen und der Ableitung von Empfehlungen für die verschiedenen Akteure. Adressaten sind die Kommunen, die weiteren Akteure des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens auf der kommunalen Ebene sowie die Landesregierung. Es werden Vorschläge unterbreitet, wie Kommunen heute Vorbereitungen treffen können und erste Schritte angehen können, um in die Verantwortung der Netzwerke-Vernetzung durch angemessene Maßnahmen der Strukturentwicklung und der entsprechenden Organisations- und Personalentwicklung kommen zu können.

Kapitelübergreifende Megathemen

Einige hier bedeutsame Themenfelder werden von den Gutachterinnen und Gutachtern wegen ihres eher grundlegenden Charakters als Megathemen aufgefasst und kapitelübergreifend aufgegriffen, eingebunden und genutzt. Dazu zählen insbesondere die Themen Barrierefreiheit und Gender Mainstreaming.

Barrierefreiheit, Mobilität und Teilhabe

Barrierefreiheit wird im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen (LGGBehM) sehr umfassend definiert. Dort heißt es, dass bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche dann barrierefrei sind, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.

Mobilität im Alter heißt Teilhabe. Teilhabe in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz wird auch durch Fahrdienste, fahrende Geschäfte, durch Dorfläden und eine verlässliche Postzustellung gefördert. Teilhabe bedeutet schließlich auch altersgerechte Produkte, einen guten Zugang zum Internet und anderen neuen Medien.

Die Gestaltung einer barrierefreien Wohnumgebung und einer barrierefrei erreichbaren Infrastruktur im Wohnumfeld ist eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen, um Pflege und Unterstützung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf wohnortnah überhaupt zu ermöglichen. Die Gutachterinnen und Gutachter legen dieses Grundverständnis ihren Empfehlungen und Handlungsvorschlägen zugrunde.

Gender Mainstreaming

Auf der Homepage www.gender-mainstreaming.rlp.de, die vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz betrieben wird, wird Folgendes formuliert: „Gender Mainstreaming ist ein Auftrag an Politik, Verwaltungen, Institutionen und Organisationen. Sie sollen in allen Arbeitsbereichen und auf allen hierarchischen Ebenen die (möglicherweise) unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von Anfang an bei allen Planungen und Entscheidungen analysieren und bei der Umsetzung der Maßnahmen berücksichtigen. Dadurch soll die Gleichstellung von Frauen und Männern endlich Realität werden.“ Bei der Umsetzung wird auf sogenannten „vier V“ gesetzt: Verankerung, Verantwortung, Verbreitung und Veranschaulichung. Verankerung steht für die Beschlussfassung der Politik, einer Verwaltung oder Organisation, die Strategie des Gender Mainstreaming einzuführen und zum Leitprinzip des Handelns zu erklären. Verantwortung steht für die tragende Rolle der Führungsebenen, Top-down-Prinzip genannt, den Prozess des Gender Mainstreaming anzustoßen und dauerhaft zu fördern.

Verbreitung steht für die Erprobung von Gender Mainstreaming in Projekten und die systematische Einbeziehung der Strategie in den Arbeitsalltag. Veranschaulichung steht für Qualifizierung der Leitungsebenen und aller Beschäftigten, damit Gender Mainstreaming zum handlungsleitenden Prinzip von Politik und Organisationen werden kann (vgl. ebd).

Die Gutachterinnen und Gutachter greifen in dieser Expertise in verschiedenen Kapiteln das hier wiedergegebene Verständnis insbesondere im Wissen um die besonderen Bezüge zu den ehrenamtlichen und professionellen Leistungserbringungen in sozialen, pflegerischen, gesundheits- und migrationsbezogenen Handlungsfeldern auf.

Um die komplexen Aufgaben in dem verhältnismäßig kurzen Erstellungszeitraum von Mai bis September 2008 bearbeiten zu können, hat das Gutachtergremium aus insgesamt neun Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern bestanden, darunter drei Hauptgutachter und sechs wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Verantwortlicher Hauptgutachter ist Prof. Dr. Frank Weidner (pfliegewissenschaftliche Expertise). Weitere Hauptgutachter sind Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt (sozialökonomische Expertise) und Prof. Dr. Hermann Brandenburg (pflegerisch-gerontologische Expertise). Im Nachgang zur Erstellung der Expertise hat es verschiedene Diskussionsforen im Oktober und November 2008 sowie im März 2009 mit der Fachöffentlichkeit und Expertinnen wie Experten aus Kommunen gegeben. Diese Diskussionen haben wesentlich dazu beigetragen, die Grundaussagen und Empfehlungen der Expertise auf ihre Anschlussfähigkeit hin zu prüfen und in einigen Fällen auch anzupassen und weiterzuentwickeln.

3. Grundlegungen und Ansätze

In diesem Kapitel der Volfassung der Expertise sollen zunächst wichtige Voraussetzungen und Ansätze zur Thematik innovativer Entwicklungen im Wohnumfeld aufgearbeitet und zusammengeführt werden. Neben wichtigen gesetzlichen Grundlagen, die gerade in Rheinland-Pfalz insbesondere in der konsequenten Umsetzung der Landespflegegesetze Vorbildcharakter haben, sollen Leitvorstellungen und Konzepte herausgearbeitet werden, die für die weitere Bearbeitung von besonderer Bedeutung sind. Ein gemeindeorientierter gesundheitspflegerischer Ansatz zur Versorgung der Bevölkerung wird mit dem Community Health Nursing exemplarisch skizziert und kann als Orientierungsgrundlage für systematische Ansätze hierzulande dienen.

Neben den politischen und fachwissenschaftlichen Ansätzen ist immer auch die Frage der wirtschaftlichen und finanziellen Zusammenhänge und Implikationen von Bedeutung. Dies umso mehr, weil mit der Frage der Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld gleichsam verschiedene Steuerungsebenen berührt und einbezogen werden müssen. Es geht dabei im Zentrum um die Frage, welche Qualität der Versorgung angestrebt wird und welche Investitionen bzw. Kosten damit verbunden sind.

Im vorliegenden Praxisbericht werden insbesondere die Landespflegegesetzgebung und die in diesem Kontext nennenswerten Ansätze vorgestellt.

Landespflegegesetzgebung

Ein Ausgangspunkt ist das Landespflegegesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005, 2006 wirksam geworden, sowie die Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASGD-VO) vom 7. Dezember 2005, wirksam geworden ebenfalls 2006.

Im LPflegeASG werden neben den allgemeinen Grundsätzen der pflegerischen Angebotsstruktur, deren Sicherstellung und Weiterentwicklung geregelt. Im § 3 wird dazu die Pflegestrukturplanung als Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte eingeführt. Weitere verbindliche Strukturentwicklungen sind regionale Pflegekonferenzen (§4) sowie die Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) im § 5. Im Weiteren werden die Förderung komplementärer Angebote und von Modellprojekten (§6) sowie die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen einbezogen.

Im März 2008 hat das MASGFF die Grundlagen zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz nach dem LPflegeASG im Sinne von Handlungsanleitungen für kommunale Planungsprozesse vorgelegt. Darin werden neben wichtigen Grundlagen wie der Gesundheitssicherung und der Pflegerisikobewältigung Konzepte und Methoden der Planung vorgestellt, immer mit dem Zweck, diese den zuständigen Kommunen nahe zu bringen und zugänglich zu machen. Zentrale Bereiche der Planung sind das Wohnen, die Pflege

sowie die Migration. Über den Planungsprozess sowie Formen der Beteiligung werden eine Reihe von praxisnahen Vorschlägen gemacht, die durch eine ausführliche Vorstellung des Pflegemonitorings abgeschlossen werden.

Inzwischen hat in der Landesarbeitsgemeinschaft „Pflegestrukturplanung“ die Arbeitsgruppe „Modellkommunen“ gebildet. In dieser arbeiten Vertreterinnen und Vertreter aus dem MASGFF sowie aus elf Landkreisen und Städten aus Rheinland-Pfalz zusammen. U. a. wird in den beteiligten Kommunen das Pflegemonitoring modellhaft erprobt. Es sollen gemeinsam Datenreporte erstellt werden insbesondere für die drei Säulen des Monitorings: Pflegeinfrastrukturdaten, Nutzerstrukturdaten und Sozialraumstruktur. In den Modellkommunen werden zu verschiedenen Themen Schwerpunkte gebildet und bearbeitet. Dazu gehören Themen wie „Aktiv im Alter“, „Wohnen im Alter“, „Freiwilliges Engagement“, „Alternative Wohnformen für demenzkranke Menschen“ u. a. m., die unmittelbar bereits das Anliegen dieses Gutachtens berühren.

Nach § 4 LPflegeASG bildet jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt zur Umsetzung der Pflegegesetze des Bundes und des Landes eine Regionale Pflegekonferenz. Aufgaben der Pflegekonferenzen bestehen in der Mitwirkung bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur unter der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und kooperativer Netzwerke auf der örtlichen Ebene. In den Pflegekonferenzen sollen Vertreterinnen und Vertreter der Dienste und Einrichtungen, der BeKos, der Pflege- und Krankenkassen und sonstiger Sozialleistungsträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der im Bereich der Pflege bestehenden Verbände und sonstige Organisationen wie Selbsthilfegruppen pflegebedürftiger Menschen oder ihrer Angehörigen zusammen wirken.

In der im Februar 2006 vom MASGFF herausgegebenen Broschüre zu den Regionalen Pflegekonferenzen wird eine Anbindung an die vorhandenen kommunalen Strukturen wie Kreis- oder Stadtverwaltung, Sozialdezernat etc. empfohlen. Die Konferenzleitung soll die Landrätin bzw. der Landrat oder die Oberbürgermeisterin bzw. der Oberbürgermeister innehaben. Als weitere Ziele der Arbeit der Konferenzen werden genannt:

- Herstellung von Transparenz, Erfahrungsaustausch und Information
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Kooperationen und Formen der Zusammenarbeit
- Bildung von Netzwerken und Beseitigung von Schnittstellenproblemen

In der LPflegeASGDVO werden (auf der Grundlage des § 9 LPflegeASG) in den §§ 2 ff. die Beratungs- und Koordinierungsstellen aufgenommen und geregelt. Zu den Aufgaben gehören Informations- und Beratungsarbeit, Ermittlung des persönlichen Hilfebedarfs, Case Management und Kooperation mit Diensten und Einrichtungen und weiteren Akteuren. Im Weiteren werden personelle Ausstattung, Anzahl und Trägerschaft sowie die Förderung der BeKos in der LPflegeASGDVO geregelt. Mit der Allgemeinverfügung des MASGFF zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz vom 1. Juli 2008 wurde bestimmt, dass die Pflegekassen und Krankenkassen flächendeckend Pflege-

stützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Unterstützung der Versicherten einrichten. Weiter ist dort geregelt, dass die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz vorhandene und vernetzte Beratungsstellen im Sinne des § 92 Abs. 2 Satz 2 SBG XI sind und demzufolge bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten darauf zurückzugreifen ist. Die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung ist der Verfügung nach gewährleistet, wenn landesweit für durchschnittlich jeweils 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist. Ende 2008 konnten grundlegenden Vereinbarungen zwischen dem Land, den Kassen, dem Landkreis- und Städte- tag, der LIGA und den privaten Anbietern von Pflegeleistungen zur Weiterentwicklung der BeKos in Pflegestützpunkte abgeschlossen werden. Damit konnte Rheinland-Pfalz als einziges Bundesland sicherstellen, dass mit Beginn des Jahres 2009 landesweit 135 Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufnehmen können.²⁵

Mit der in der Landesgesetzgebung verankerten Pflegestrukturplanung und den Regionalen Pflegekonferenzen und den dazugehörigen Ausführungen sowie den neuen Entwicklungen rund um die Pflegestützpunkte liegen hervorragende Ansätze und Instrumente auf Landesebene vor, mit denen die kleinräumige Netzwerke-Vernetzung informeller Pflegearrangements mit professionellen Leistungen höheren Ebenen verknüpft werden können und sollen. Die Entwicklungsszenarien, die durch die Konferenzen dialogisch „am runden Tisch“ erzeugt werden, müssen und können zugleich kleinräumiger in die bestehenden Netzwerke übertragen werden.

Entwurf eines Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)

Die Landesregierung hat den Entwurf eines Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) vorgelegt, dessen Inkrafttreten für 1. Januar 2010 geplant ist. Das Gesetz wird das Heimgesetz des Bundes ersetzen und integriert konsequent die Ziele und Inhalte der rheinland-pfälzischen Politik für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung.

Der Gesetzentwurf will neben ordnungsrechtlichen Vorgaben für Einrichtungen des Wohnens und der Pflege oder Unterstützung von älteren Menschen und Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung auch Anstöße und Impulse vermitteln zur konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung der Angebote des gemeinschaftlichen Wohnens.

Das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe

- will gemeinschaftliche selbstbestimmte Wohnformen älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen unterstützen,
- die Teilhabe der Menschen in den Einrichtungen und in der Gesellschaft fördern,
- deren Position als Verbraucherinnen und Verbraucher stärken,

²⁵ vgl. http://www.stk.rlp.de/rlp/nav/116/broker.jsp?uCon=9a520a85-f0be-4e11-53a1-6e5c3899d11e&uTem=aaaaaaaa-aa-aaaa-aaaa-000000000042&uMen=11660fc4-de16-ecfa-6d78-75f965297725&SP_fontsize=-1 zuletzt geprüft am 8.4.2009

- die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen fördern,
- die bürokratischen Anforderungen an Einrichtungen reduzieren und
- die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen verbessern.

Inhaltliche Schwerpunkte des Gesetzes liegen auf der Öffnung von Einrichtungen und auf den Teilhabegedanken. Einrichtungen im Sinne des Gesetzes sollen sich in das Wohnumfeld öffnen. Sie fördern Bewohnerinnen und Bewohner bei deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und durch die Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement in der Einrichtung. Die kommunalen Gebietskörperschaften können ehrenamtlich tätige Patinnen und Paten für die Einrichtung benennen. Die Öffnung der Einrichtung ist ein anerkannter Qualitätsindikator. Das Land Rheinland-Pfalz will mit dieser Regelung das Engagement der Zivilgesellschaft für die Menschen in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe fördern. Damit soll auch das Bewusstsein gestärkt werden, dass diese Bewohnerinnen und Bewohner Teile und Akteure des gesellschaftlichen Zusammenlebens sind.

Auch die neuen Instrumente des Verbraucherschutzes (Einrichtungen- und Dienstportale, Informations- und Beschwerde-Hotline und erweiterte Beratungsangebote, z. B. für Initiatorinnen und Initiatoren von selbstbestimmten Wohngemeinschaften) dienen dem Ziel, das selbstbestimmte Leben auch bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung zu stärken und diesen Menschen und ihren Angehörigen Unterstützung zu leisten bei der Organisation der gewünschten Hilfen.

Weitere relevante Initiativen des Landes

In Rheinland-Pfalz ist 2002 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) das multidimensionale und an Aspekten reiche Programm „Menschen pflegen“ aufgelegt und ständig weiterentwickelt worden (www.menschen-pflegen.de). Es begleitet komplex die SGB XI-bezogene Landespflegegesetzgebung sowie weitere Gesetzesinitiativen und Maßnahmen, informiert und fördert innovative Ansätze. Das Internetportal www.menschen-pflegen.de hat sich in den vergangenen Jahren zu einer Informationsbörse und Vernetzungsstelle entwickelt. Zahlreiche regionale, überregionale und bundesweite Projekte zum gesamten Themenspektrum werden vorgestellt, begleitet und der interessierten Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Zur Aktivitätenplattform rund um die Initiative „Menschen pflegen“ gehört seit einigen Jahren auch die Planung und Durchführung überregionaler Kongresse mit Pflege Themen in Rheinland-Pfalz. Der erste Pflegekongress Rheinland-Pfalz hat in 2005 mit über 1.200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, der zweite im November 2008 mit mehr als 1.400 Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter dem Themenschwerpunkt „wohnortnahe Pflege“ stattgefunden. Die Hauptgutachter haben Kernaussagen der Expertise im Rahmen des zweiten Kongresses erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt und diskutiert. Außerdem wurde 2006 bereits der zweite rheinland-pfälzische Demenzkongress, ebenfalls unter der Federführung des MASGFF, durchgeführt.

Die Verknüpfung gesundheitspolitischer Themen mit wirtschaftspolitischen Herausforderungen wird vom MASGFF gemeinsam mit dem Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau (MWVLW) in der seit 2006 bestehenden Initiative Gesundheitswirtschaft gebündelt. Diese hat auf der Grundlage einer Basisstudie zu den Daten und Entwicklungen der Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz über den Einsatz einer Expertenkommission und der Zusammenarbeit mit insgesamt sechs Regionalkonferenzen den Masterplan Gesundheitswirtschaft für Rheinland-Pfalz entwickelt. Der Masterplan ist im Frühjahr 2008 veröffentlicht worden. Die Leitlinien im Masterplan beziehen sich sowohl auf die Überwindung der Sektorengrenzen mit übergreifenden Versorgungs- und Wertschöpfungsketten als auch auf die zielgerichtete Unterstützung bestehender regionaler Stärken. Empfohlen wird beispielsweise die in Modellen zu erprobende Stärkung des bzw. der informierten und befähigten Patientinnen und Patienten wie auch ein optimierter Wissenstransfer und Netzwerkbildung. Regionale Initiativen, die die Leitlinien des Masterplans aufgreifen und themenspezifisch bearbeiten wollen, sollen zukünftig unterstützt werden können. Ferner sind Landesleitprojekte möglich zu Qualifizierungsstrategien zur Fachkräftesicherung, Präventionsstrategien sowie zum Aufbau von Innovationsnetzwerken und weiteren Themen. Regionale und branchenbezogene Projekte zielen beispielsweise auf die älter werdende Gesellschaft und Barrierefreiheit sowie auf spezifische Vorhaben der Forschung, Entwicklung und Innovation etwa im Bereich der Umwelttechnologien.

Als sektorenübergreifende Konzeption für Mehrgenerationenhäuser in Rheinland-Pfalz ist 2006 vom MASGFF das „Haus der Familie – ein Modell für generationenübergreifende und integrierte Dienste in Kommunen“ entstanden. Im „Haus der Familie“ werden unterschiedliche Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Beratung, Familienbildung, offene Treffpunkte, ambulante Hilfen zur Erziehung, Tagespflegebörse) der Sozial-, Alten- und Gesundheitshilfe (z. B. Sucht-, Schulden-, Schwangerenberatung) sowie ggf. spezifische Angebote der Migrationsberatung (z. B. Sprachförderung) und Maßnahmen zur Arbeitsintegration (z. B. Fortbildungen, Kurse) angeboten. Dadurch sollen für Familien niedrigschwellige und transparente Zugangsmöglichkeiten zur sozialen Infrastruktur entstehen, die an einem „Ort“ zusammengeführt werden. Dabei kommt der Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement (z. B. für Seniorinnen und Senioren) und intergenerativen Ansätzen eine besondere Bedeutung zu. Ein Qualitätsmerkmal der „Häuser für Familien“ ist in diesem Sinne auch eine „Öffnung nach außen“ und die aktive Mitwirkung bei der Ausgestaltung von Netzwerken. Die „Häuser für Familien“ werden so zu Bildungs- und Erfahrungsorten, die an lebensweltliche Zusammenhänge anknüpfen und die Selbsthilfe- und Gestaltungspotenziale von Eltern und Gemeinwesen nutzen.²⁶

²⁶ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): Mehrgenerationenhäuser in Rheinland-Pfalz. Haus der Familie – Ein Modell für generationenübergreifende und integrierte Dienste in Kommunen. Mainz

Initiativen und Ansätze zum Wohnumfeld

Es herrscht allgemein Konsens darüber, dass innovative Konzepte zum Wohnen, zur Pflege sowie zur Unterstützung entwickelt und erprobt werden müssen. Diese sollen eine Optimierung und bessere Vernetzung der bestehenden Ressourcen ermöglichen oder durch einen adäquaten Mitteleinsatz einen höheren Wirkungsgrad hinsichtlich des Erhalts und der Steigerung der Versorgungsqualität auch in der Fläche erzielen können. In der Fachdiskussion werden unterschiedliche Konzepte und Möglichkeiten erörtert, die einerseits auf einer Stärkung der Eigeninitiative und der Schaffung alternativer selbst organisierter Hilfen und niedrigschwelliger Angebote beruhen. Andererseits wird auch davon ausgegangen, dass professionelle Hilfen immer integraler Bestandteil sein werden. Eine maßgebliche Bedeutung wird demnach einem vernünftigen und wohnortnahen „Hilfemix“ beigemessen. Diese Einschätzungen werden durch Befragungen von Expertinnen und Experten gestützt, wie sie z. B. im Rahmen von Arbeiten der Bertelsmann Stiftung (z. B. „Soziales neu gestalten – SONG“) entstanden sind und zur Diskussion gestellt wurden.²⁷

Die Veränderung der Ausrichtung auf nicht mehr ausschließlich stationäre oder alleinige ambulante Versorgung heißt auch, einen im Vorfeld vorgenommenen Wechsel von primär kurativen Versorgungsformen hin zu präventiven Ansätzen gleichermaßen zu entwickeln und zu erproben. Innerhalb der jeweiligen Bereiche der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung bedarf es also neuer öffnender, integrierender Konzepte, die sowohl die Situation der Pflegebedürftigen als auch die Leistungsmöglichkeiten der professionellen und informellen Pflegeerbringer und der kommunalen Umwelten mit einbeziehen. Diese innovativen Ansätze müssen dem steigenden Bedarf an gesundheitsförderlichen, präventiven, kurativen, rehabilitativen, kompensatorischen²⁸ und palliativen Pflegeleistungen Rechnung tragen. Dieser Prämisse wird auf der bundespolitischen Ebene seit Längerem verstärkt Beachtung geschenkt. Als Beispiele sind die Einschätzungen des Sachverständigenrates im aktuellen Gutachten zu nennen²⁹ oder die Bemühungen um ein Präventionsgesetz, das die bislang dominierende kurative Versorgungsperspektive ergänzen soll. In der Vergangenheit hat das Bundesfamilienministerium des Weiteren Projekte zur Verbesserung der Wohnmöglichkeiten für an Demenz Erkrankte initiiert, in der Wirkung untersuchen lassen und beispielsweise in einem Leitfaden für Kommunen veröffentlicht.³⁰

²⁷ Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2006): Demographischer und Sozialer Wandel: Zentrale Leitlinien für eine gemeinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen. Gütersloh sowie jüngst Soziales neu gestalten SONG (2009) (Hg.) verschiedene Themenhefte.

²⁸ Im therapeutischen Spektrum wird hier von kompensatorischer Ausrichtung gesprochen, wenn überwiegend pflegerische Unterstützungen etwa bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erbracht werden, die der Pflegebedürftige nicht mehr unabhängig ausführen kann. In traditionellen Modellen wird an dieser Stelle häufig per se von „Pflege“ gesprochen.

²⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.

³⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin.

Ergänzend dazu müssen professionelle Dienste aber auch in einem tragenden Sinne zur Verfügung stehen.³¹ Gerade in einer zukünftig stärker kommunalen Verantwortung der wohnortnahen Abstimmung von Nachfragen und Angeboten der Pflege und Unterstützung müssen auch Wege und Kompromisse gefunden werden, dass unterschiedliche Auffassungen, Zuständigkeiten und Lösungsansätze der Verantwortlichen und Akteure zur Frage einer mehr oder weniger klar abgrenzbaren Interventionseinheit „Wohnumfeld“ das ganze Vorhaben nicht gleich im Keime ersticken können.

4. Innovative Entwicklungen und Beispiele

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Grundlagen, der allgemeinen Initiativen und Konzepte, der impliziten und expliziten Leitvorstellungen sowie auch internationaler Konzepte und sozialökonomischer Erwägungen werden nun einzelne Entwicklungen und Beispiele für die Innovation der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld aufgezeigt und diskutiert werden. Sowohl das wissenschaftlich verfügbare Wissen als auch Diskurse aus dem sozialpolitischen Raum finden Berücksichtigung. Das Erkenntnisinteresse ist hier ausgerichtet auf möglichst Erfolg versprechende Ansätze, Projekte und Beispiele, die im Rahmen einer systematischen Entwicklungsarbeit für wohnortnahe Angebote genutzt werden sollen. Insgesamt neun Referenzprojekte werden ausführlicher dargestellt und stehen für besonders interessante und empfehlenswerte Lösungsansätze. Entsprechend der Aufgabenstellung, aber auch aufgrund des sukzessiven Erkenntnisfortschritts werden in diesem Kapitel die folgenden Themenfelder bearbeitet:

- Öffnung der stationären Altenhilfe
- Stärkung und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements
- Persönliche Budgets und Case Management
- Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung
- Zugehende Angebote – Präventiver Hausbesuch
- Systematisierung der Pflegeberatung
- Interkulturelle und migrationsspezifische Ansätze

Im vorliegenden Praxisbericht werden insbesondere die praxisrelevanten Aspekte herausgestellt und die Referenzprojekte vorgestellt. Einleitend wird jeweils auf die Bestandteile der Kapitel in der Vollfassung der Expertise hingewiesen.

4.1 Öffnung der stationären Altenhilfe

Im folgenden Kapitel werden in der Vollfassung der Expertise Veränderungsmöglichkeiten und neue Ausrichtungen verschiedener Formen stationärer Pflegearrangements

³¹ Menschen pflegen (Hg.): Wohnortnahe Pflege. Online verfügbar unter http://www.menschen-pflegen.de/enid/3bf568dfd46796b3919562a0e07a2200,0/alle_Inhalte/Wohnortnahe_Pflege_df.html, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

vorgelegt und diskutiert.³² Zunächst sollen einige Gesichtspunkte des aktuellen fachlichen Diskurses im Bereich der Öffnung der stationären Altenhilfe dargelegt werden. Dann werden die Voraussetzungen, die als notwendig erachtet werden, um in einen Prozess der Öffnung einzusteigen, beschrieben. Es werden sodann verschiedene Varianten der Öffnung diskutiert und dann anhand einiger Beispiele und letztlich zweier Referenzprojekte vorliegende Erfahrungen und Erkenntnisse aufgegriffen und im Gesamtkontext erörtert.

Im vorliegenden Praxisbericht werden die Variationen der Öffnung von Heimen, die Innovationspotenziale sowie die praxisnahen Ansätze herausgestellt und zwei Referenzprojekte vorgestellt.

Variationen der Öffnung von Heimen

Kleinräumigkeit durch Hausgemeinschaften

Hier geht es vor allem um verschiedene Konzepte von Wohngruppen innerhalb stationärer Einrichtungen. Das grundlegende Modell dafür wird als „Hausgemeinschaftsmodell“ bezeichnet und ist vom Kuratorium Deutsche Altershilfe vorgestellt worden.³³ Inhaltlich werden in Wohngruppen acht bis zehn Personen mit festen Betreuungspersonen (Wohngruppenorientierung) versorgt. Die Unterstützung und Pflege wird durch einen Mix von professionellem Personal aus Pflege, Hauswirtschaft und dem sozialen Bereich sowie durch neu qualifizierte „Alltagsassistentinnen und -assistenten“ sichergestellt. Jede Hausgemeinschaft kann innerhalb eines Hausgemeinschaftsprojekts wirtschaftlich und räumlich autark funktionieren; dazu trägt auch bei, dass sie in der Regel über eine eigene Möglichkeit der Mahlzubereitung verfügt. Im Zentrum steht die Alltagsgestaltung, die Kleinräumigkeit und ein innovatives Personal- und Unterstützungskonzept. Mittlerweile existiert ein hohes Ausmaß an Variabilität. Es gibt nicht das eine, allgemeingültige Konzept von Hausgemeinschaften. Jeder Träger muss die Hausgemeinschaftskonzeption „neu“ entwerfen, an seine konkreten räumlichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen anpassen. Studien, etwa im Hinblick auf die Evaluation von Hausgemeinschaft, liegen gegenwärtig nicht vor, bestenfalls Erfahrungsberichte.³⁴

Ambulantisierung der stationären Pflege

Ein zentraler Aspekt für die Öffnung ist die Organisation von Pflege und Unterstützung. Der bisherige Ablauf ist weitgehend einem institutionalisierten Ablauf- und Organisationsschema unterworfen. Die Organisation der Pflegearbeit ist funktionell orientiert an

³² An dieser Stelle sei den folgenden Personen für ihre Anregungen und Hinweise gedankt: Prof. Dr. Kricheldorf (Sozialgerontologin, KFH Freiburg, Gespräch am 25. Juli); Martin Mybes (Direktor des St. Carolushauses Freiburg, Gespräch am 11. September 2008), Waltraud Kannen (Gemeinderätin „Die Grünen“, Gespräch am 25. Juli 2008), Dr. Andreas Büscher (wiss. Angestellter, Universität Bielefeld, Kontaktaufnahme per Mail am 25. August 2008).

³³ Winter, H-P; Gennrich, R.; Haß, P. (1999): Hausgemeinschaften. Werkstattbericht [zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und oder verwirrte alte Menschen. Köln: KDA (Architektur + Gerontologie / Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2).

³⁴ Kaiser, G. (2008): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen; [Normalität Kleinteiligkeit Nachhaltigkeit Konzeption Orientierung Standort Raumprogramme Projektbeispiele]. Köln: KDA (Architektur + Gerontologie).

der Körperpflege und den Prämissen einer Krankenversorgung. Diese Logik kann unterbrochen werden, wenn die Pflege „ausgelagert“ wird und durch einen ambulanten Dienst erbracht wird. Das Haus am Kappelberg in Stuttgart-Fellbach hat mit seinem Neubau diesen Weg beschritten. Sieben Wohnungen für jeweils 14 Bewohnerinnen und Bewohner sind entstanden. Umfassende Unterstützung bei der Körperpflege und ärztlich verordneten Leistungen wird im Unterschied zur dezentralen Alltagsorganisation (traditionelle Versorgungsform) von einem zentral organisierten Team aus pflegerisch qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht. Sie unterstützen gezielt nach Bedarf die ihnen zugeordneten Bewohnerinnen und Bewohner. Wichtig dabei ist, dass sie nicht permanent auf den Stationen präsent sind, sondern von Wohnbereich zu Wohnbereich, d. h. von Häuslichkeit zu Häuslichkeit, unterwegs sind. Es finden sich auf den Wohnbereichen auch keine Stationszimmer mit entsprechender Überwachungsfunktion, sondern Räumlichkeiten zur Medikation und zum Führen der Dokumentation. Das Prinzip der Normalität bzw. des normalen Tagesablaufs steht im Zentrum und wird durch Alltagsbegleiterinnen und Altersbegleiter umgesetzt.

Die Verlagerung von Service-Angeboten aus dem Haus

Eine Öffnung von stationären Einrichtungen wird unterlaufen, wenn Serviceangebote (von der Fußpflege über den Friseur bis hin zum Café) intern angeboten werden. Dies hat die Inanspruchnahme entsprechender Dienste innerhalb der Einrichtung zur Folge, macht aber den Kontakt der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zum Stadtteil weitgehend überflüssig, erst recht bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit. Umgekehrt kann das Argument, dass durch die Bereitstellung von internen Angeboten Interessierten aus dem Stadtteil der Besuch der Einrichtung „erleichtert“ wird, noch nicht überzeugen.

Schaffung von Angeboten für das Wohnumfeld

Hier geht es in erster Linie um die Bereitstellung von Räumen innerhalb der Einrichtung, die vom Stadtteil genutzt werden können. Es geht konkret um Angebote z. B. für Verbände, Vereine, selbst organisierte Gruppen. Weiterhin kann ein Bürgerbüro bzw. eine Freiwilligenzentrale innerhalb der Einrichtung angebunden werden. In jedem Fall wird eine Kommunikations- und Begegnungsmöglichkeit geschaffen, welche die Abgrenzung und Abschottung des Heims zum Wohnumfeld unterläuft. Konkret werden Angebote für Beratung, Bildung, Begegnung innerhalb der stationären Einrichtung und darüber hinaus offeriert. Weiterhin ist vorstellbar, dass die vorhandenen Strukturen und Kompetenzen der jeweiligen Einrichtung auch für Informationsarbeit, Ernährung oder Unterhaltung (Feste, Messen etc.) mit Ausstrahlung in die Kommune eingesetzt werden.

Innovationspotenziale durch die Öffnung der Heime

Mit allen vier Initiativen (Hausgemeinschaften, Ambulantisierung, Verlagerung von Serviceangeboten, Schaffung von Angeboten) sind folgende Chancen verbunden:

- Die Veränderung der stationären Einrichtungen von mehr oder weniger „totalen Institutionen“ zu offeneren Strukturen wird vorangetrieben, negative Institutionalisierungseffekte werden abgebaut.³⁵ Ein mehr oder weniger institutionell dominierter Pflege- und Versorgungsablauf kann bzw. muss in diesem Kontext aufgegeben bzw. modifiziert werden. Überlegungen einzelner Einrichtungen gehen so weit, dass innerhalb stationärer Einrichtungen die Pflege quasi als „Gast“ über ambulante Dienste sichergestellt wird. Dies bedeutet, dass kein institutioneller Ablauf durch internes Pflegepersonal mehr vorgesehen ist, sondern dass vielmehr ambulante Pflegedienste ins Haus kommen und dort entsprechende Leistungen anbieten
- Es wird ein grundlegender Wandel der stationären Einrichtungen in Angriff genommen. Diese verstehen sich zurzeit primär als Dienstleister „nach innen“, die ihr Angebotsspektrum für Pflege, Unterstützung, Betreuung, Service etc. immer weiter erhöhen und ausbauen möchten. Die hier vorgestellten Tendenzen zur Öffnung bedingen ein anderes Verständnis der Einrichtung – vom (totalen) Dienstleister hin zum Begegnungszentrum in Wohnumfeld und Stadtteil
- Die Mehrgenerationenperspektive gerät in den Blick. Konkret kann die Vorstellung eines Mehrgenerationenhauses realisiert werden. Einer Konzentration von hochaltrigen, multimorbiden und sterbenden alten Menschen in einer Einrichtung, weitgehend ohne Kontakt zum „realen Leben“ außerhalb des Heimes, wird damit entgegengearbeitet

Zu beachten ist grundsätzlich, dass die Öffnung der Heime und eine damit verbundene De-Institutionalisierung eine große Herausforderung darstellt und nur über einen langen Prozess erreicht werden kann. Die Beispiele des Scheiterns, auch aus dem Ausland, sind dabei instruktiv. Hier ist auf das dänische Projekt in Skaevinge hinzuweisen, in dem ein 24-Stunden Gesundheitsdienst eingeführt und das traditionelle Pflegeheim in ein für jedermann in der Gemeinde Skaevinge zugängliches Gesundheitszentrum umgewandelt wurde³⁶. Wesentliche Elemente für die zunächst gelungene Umsetzung des Projekts waren:

- a) die Nähe zu den älteren Menschen in Skaevinge und deren Einbindung in die Entscheidungsprozesse,
- b) der Dialog mit den politisch Verantwortlichen und die Aufklärung der Bevölkerung über die Durchführung der Maßnahmen (auch im Rahmen des Heimstopps),
- c) eine ausführliche Begutachtung und Evaluation des Gesundheitsstatus der Betroffenen durch ein interdisziplinär arbeitendes Team,
- d) die Bereitschaft zum Umdenken bei den Pflegenden und die Einsicht, dass gewachsene Strukturen innerhalb des geschlossenen Pflegeheimkontextes aufgeben werden können und

³⁵ Lehr, U. (2000): Psychologie des Alterns. 9., überarb. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer (UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher, 55).

³⁶ Fischer, S. (2008). Das dänische Projekt Skaevinge. Ein Beispiel zur Versorgung älterer Menschen im Wohlfahrtsstaat. Diplomarbeit im Fach Sozialpolitik, vorgelegt im Studiengang Volkswirtschaftslehre sozialwissenschaftlicher Richtung der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät zu Köln (Betreuer: Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt). The Skaevinge Project: A Model for Future Primary Health Care – The English Summary, in: Gamroth, L.M., Semradek, J., Tornquist, E.M. (Eds.), Enhancing Autonomy in Long-Term-Care. Concepts and Strategies. New York: Springer Publishing Company, 131-138

e) ein angemessener Zeitraum zur Verwirklichung der Maßnahmen.

Das Projekt wurde durch die dezentrale Organisation der Erfüllung sozialer Aufgaben im dänischen Wohlfahrtsstatt überhaupt erst möglich. Marktdynamik, institutionelle Trägheit und politische Neuorientierung haben aber letztlich dazu geführt, dass das Projekt in Skaevinge am Ende nicht erfolgreich weitergeführt wurde. Skaevinge wurde als kleiner Ort mit ca. 5.000 Einwohnern im Rahmen einer Gemeindereform mit Hillerød (35.000 Einwohner) zusammengelegt und verlor damit seine Eigenständigkeit und den Einfluss auf die Strukturen und Prozesse des Projektes³⁷.

Ansätze für eine Öffnung und Stärkung des Bezugs zum Wohnumfeld

Kritisch vorangestellt werden kann, dass sich grundsätzliche strukturelle Veränderungen nicht auf der Basis kurzfristiger und begrenzt wirksamer Einzelmaßnahmen ergeben können. Das heißt, dass Einzelprojekte kaum nachhaltigen Effekt haben, wohl aber Hinweischarakter entwickeln können. Dennoch muss das Bestreben sein, Projekte und Initiativen in ein Gesamtrahmenprogramm einfließen zu lassen, wie es beispielsweise durch einen Zuständigkeitswechsel erleichtert werden könnte, wie er im späteren Kapitel aufgegriffen werden wird. Es existieren mittlerweile zahlreiche Initiativen und Projekte zur Gestaltung und Verbesserung der Wohnsituation im Alter.^{38 39}

Eine Öffnung und ein Einbezug des Wohnumfeldes setzen voraus, dass dieses alten- und altersgerecht zur Nutzung zur Verfügung steht. Zur Sicherstellung eines altengerechten Wohnumfeldes gehören zahlreiche Aspekte, wie die Barrierefreiheit, die Sicherung von Nahversorgungs- und Freizeitangeboten und Wohngestaltung, Wohnberatung und -anpassung.⁴⁰ Im Folgenden sollen einige Hinweise und Referenzprojekte vorgestellt werden.

³⁷ Neben den internationalen Erfahrungen ist auch auf Erkenntnisse der De-Institutionalisierungsdebatte in der Sozialpsychiatrie und der Behindertenhilfe insgesamt zu verweisen. Zwei Personen sollen stellvertretend erwähnt werden, von denen die Diskussion um die Öffnung der Heime profitieren kann. Zu nennen ist zunächst Klaus Dörner, der konkrete Erfahrungen mit der Rückführung von hospitalisierten psychisch kranken Menschen in die ambulante Versorgung hat (vgl. hierzu Dörner, K.; Graber-Dünow, M. (2007). „Ein Heim ist immer nur die zweitbeste Lösung“. Gespräch mit Klaus Dörner und Michael Graber-Dünow in Dr. med. Mabase, Nr. 169, September/ Oktober 2007; siehe auch das aktuelle Buch von Dörner zur Bundesinitiative „Daheim statt Heim“: Dörner, K. (2007). „Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem.“ Paranus Verlag. Ebenfalls zu nennen ist der Beitrag von Wolfgang Jantzen, Professor an der Universität Bremen und profilierter Vertreter einer materialistischen Behindertenpädagogik, der ebenfalls Erfahrungen mit der De-Institutionalisierung vorweisen kann. In seinem Fall geht es konkret um den Umbau einer Wohnrichtung für ursprünglich 300 Frauen und Männer mit schwersten Behinderungen, an den Jantzen begleitend als Gutachter und Wissenschaftler beteiligt war (siehe Jantzen, W. (2003) „...die da dürstet nach Gerechtigkeit“: De-Institutionalisierung in einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH (Berlin).

³⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2006): Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte. Berlin.

³⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin.

⁴⁰ Deutscher Verein (Hg.) (2006): DV 17-06 Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. Online verfügbar unter http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungslinien2006/pdf/copy8_of_eugleichbehandlungsrichtlinien.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.12.2006, zuletzt geprüft am 17.09.2008.

Bedingung für eine altengerechte Infrastruktur ist z. B. die freie Beweglichkeit und damit die Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Generationen, u. a. durch sichere Fußwege, barrierefreie Gestaltung des ÖPNV etc. Planungsgrundlage ist die DIN18024 Teil 1 f. barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums. Es geht hier um ebene und rutschfeste Bodenbeläge, geringe Steigungen, gute Beleuchtung, Mindestbreiten usw. Beispielhaft wurden vernetzte Spiel- und Begegnungsräume in Frankfurt-Nordend konzipiert. Hier wurde ein Stadtteil mit hohem Anteil alter Menschen hinsichtlich der Bewegungs- und Aufenthaltsräume für Alt und Jung optimiert, die bestehenden Einrichtungen miteinander verknüpft.⁴¹

Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der verkehrstechnischen Infrastruktur und der Wohngestaltung liegen häufig eindeutig in der Kompetenz der Kommunen, in anderen relevanten Entscheidungsfeldern sind sie aber nicht oder nur bedingt in der Verantwortung. Kommunen können z. B. nicht direkt in die Entscheidungen von Wohnungs- und Wirtschaftsunternehmen eingreifen. Hier zeigt sich abermals die Notwendigkeit zur regionalen Vernetzung und Kommunikation, um im Kontakt mit entsprechenden Unternehmen Korrekturen zu erreichen, die zum Beispiel für die Mobilität der Bürgerinnen und Bürger wichtig sind. Ein Ort solcher Kommunikations- und Entscheidungsanbahnung könnte die regionale Pflegekonferenz sein. Konkret kann ein gemeinsam mit dem Einzelhandel entwickeltes Konzept eine Steuerungsmöglichkeit darstellen, die dem wegbrechenden Angebot vor Ort gezielt Einhalt gebietet. Es können aber auch Alternativen durch die Bürgerinnen und Bürger selbst geschaffen werden, wie zum Beispiel ein genossenschaftlich betriebener Lebensmittelladen, der das Wohnumfeld und seine Einrichtungen mit den Grundnahrungsmitteln versorgt.⁴²

Die Weiterentwicklung von selbstbestimmten Wohnformen kann durch ambulant betreute Wohngruppen unterstützt werden, bei denen eine strikte Trennung von Vermieter und dem Erbringer von Pflegeleistungen erforderlich ist. Es gibt also keinen Träger bzw. Betreiber im Sinne des Heimgesetzes, der Mietvertrag muss unabhängig von Unterstützungs- und Pflegeleistungen geschlossen werden. Dies kann aufgebaut werden und gelingen, wie das Beispiel in Rostock zeigt. Vom Grundkonzept leben in dieser Wohnform etwa 6 bis 12 Hilfe- und Pflegebedürftige, die durch einen Mix von Professionellen, Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleitern und bürgerschaftlich engagierten Menschen betreut und begleitet werden. Dies gilt auch für den Bereich der Demenz. Aufgrund der Kleinteiligkeit eignet sich dieses Wohnkonzept in besonderer Weise für die Integration ins Wohnumfeld.^{43 44}

⁴¹ Winkelmann, M. (2006): Stadt Frankfurt - Nahmobilität Nordend. Pilotprojekt Nahmobilität. Herausgegeben von Plannersocietät. Online verfügbar unter <http://www.nahmobilitaet-nordend.de/ind1.htm>, zuletzt aktualisiert am 13.12.2006, zuletzt geprüft am 17.09.2008.

⁴² Dorfladen Pfrondorf (2006). Online verfügbar unter <http://dorfladen.pfrondorf.net/>, zuletzt aktualisiert am 08.12.2006, zuletzt geprüft am 17.09.2008.

⁴³ Arbeiterwohlfahrt Rostock (Hg.): AWO Rostock - Die AWO. Online verfügbar unter <http://www.awo-rostock.de/>, zuletzt geprüft am 18.09.2008.

⁴⁴ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.) (2008): Praxisleitfaden für die Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Online verfügbar unter <http://www.stmas.bayern.de/senioren/seniowof/praxisleitfaden.pdf>, zuletzt aktualisiert am 03.09.2008, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

Der Altenheimbau könnte in mehreren Entwicklungsphasen differenziert werden. Die letzte Phase ist sicher die Öffnung zum Wohnumfeld hin, d. h. die kleinräumige Vernetzung mit den Angeboten, die in der Wohnumgebung unmittelbar vorhanden sind. Bei Konzepten im Wohnumfeld sind u. a. inhaltliche Fragen der Anpassung des Wohnungsbestands bzw. der Wohnungsinfrastruktur relevant und die Koordination sozialer Dienste sowie die Integration sozialer Netze.

Unterstützung eines Konzeptes im Wohnumfeld durch Gemeinden wird zum Beispiel im Rhein-Hunsrück-Kreis in Rheinböllen realisiert. In zwölf kleinen, auseinander liegenden Gemeinden (insgesamt 10.000 Einwohner) wird die häusliche Pflege durch die systematische Einbindung von Angehörigen gestärkt. Es gibt eine Zusammenarbeit mit dem örtlichen privaten Pflegedienst, die Ressourcen der Nachbarschaftshilfe werden genutzt.⁴⁵

⁴⁶

Ein weiteres Projekt in Rheinland-Pfalz, welches gezielt mit der Öffnung der Heime in Verbindung gebracht werden kann, soll kurz skizziert werden. Der Donnersbergkreis hat unter dem Titel „Mittendrin statt nur gepflegt – Förderung der Teilhabe stationär gepflegter Menschen“ ein wegweisendes Projekt aufgelegt. Es soll ein niedrigschwelliger Zugang zu Heimen durch (gegenseitige) Besuchsdienste (z. B. Kindergärten, Vereine, Bürgergemeinschaft) ermöglicht werden. Damit wird ein Beitrag zur Verbesserung des Bildes der Heime in der Öffentlichkeit, zur Integration der stationären Pflegeeinrichtungen ins Gemeinwesen und letztlich zur Verbesserung der Lebensqualität der stationär versorgten alten Menschen angestrebt. Der Landkreis hat dabei eine moderierende und Ideen gebende Funktion und dient als „Schaltstelle“. Dieses Projekt ist deswegen erwähnenswert, weil es ohne große finanzielle Ressourcen vom Gemeinwesen aus Anstöße für eine Öffnung der stationären Pflege bietet. Aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter ist lediglich der Titel des Projektes nicht sonderlich glücklich gewählt, was aber die Bedeutung des Projektes nicht schmälert.

Bei dem folgenden Referenzprojekt „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau handelt es sich um ein Projekt des Rahmenprogramms Netzwerk Song. Es zeigt in herausragender Weise, wie durch Netzwerkbildung kommunale Initiative und Übernahme von bürgerschaftlicher Eigenverantwortung sowie durch eine Öffnung nach außen aus einem klassischen Heimbetrieb ein modernes gemeinwesenorientiertes Unternehmen werden kann.

⁴⁵ Ambulantes Hilfezentrum Ingbert Ochs GmbH. Online verfügbar unter <http://www.ahz-ochs.de/>, zuletzt geprüft am 18.09.2008.

⁴⁶ Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück. Online verfügbar unter <http://www.kreis-sim.de/>, zuletzt geprüft am 18.09.2008.

Referenzprojekt „Lebensräume für Jung und Alt“ Stiftung Liebenau

Die folgenden Aussagen stützen sich auf bisherige Veröffentlichungen zum Projekt.^{47 48}

Förderer:	Kommune und ein eingerichteter Sozialfond der Stiftung Liebenau
Projektnehmer:	Stiftung Liebenau
Wiss. Begleitung:	keine / Erfahrungsberichte von über 10-jähriger Projektinitiative
Laufzeit:	SONG: 2005-2008 (insgesamt Start der Stiftung Liebenau mit einem Erstprojekt 1993)
Projektorte:	z. B. Gemeinde Amtzell (mittlerweile in 21 Kommunen in Deutschland und in Österreich mit mehr als 700 Wohneinheiten)

Projektziele

- Schaffung eines familienergänzenden Lebensraums mit Begegnungsmöglichkeiten zwischen Jung und Alt und Gemeinwesenarbeit
- Kooperation und Vernetzung mit den Angeboten der Gemeinde
- Moderation durch eine Gemeinwesenarbeiterin
- Barrierefrei erschlossene Wohngebäude in zentraler Lage

Die Stiftung Liebenau ist ihrem Selbstverständnis nach ein Sozial- und Bildungsunternehmen, welches das ehrenamtliche, partnerschaftliche und gemeinwesenorientierte Engagement fördert. Das Konzept basiert darauf, dass eine Gemeinde ein zentral gelegenes Baugrundstück zur Verfügung stellt, auf dem dann in Bauträgerschaft der Stiftung (oder mittlerweile durch private Bau-träger) ein Gebäudekomplex errichtet wird. Der Erlös aus dem Grundstücksverkauf und dem Überschuss aus dem Wohnungsbau fließt ein in einen Sozialfond, der durch weitere Fördererinnen und Förderer vergrößert werden kann. Die entstehenden Wohnungen werden zu 2/3 an Personen über 60 Jahre und zu 1/3 an Personen unter 60 Jahren vermietet oder veräußert. Für das Gebäude und auch das gemeinschaftliche Leben ist eine fest angestellte Gemeinwesenarbeiterin zuständig, die als Moderatorin und Initiatorin fungiert.

Die Hausverwaltung und Hausmeisterei werden durch die Bewohnerinnen und Bewohner selbst übernommen. Gemeinschaftliche Aktivitäten und nachbarschaftliche Unterstützungssysteme werden gefördert und finanziell entlohnt. Für Unterstützungs- und Betreuungsdienste können ambulante Leistungen eingekauft werden, es wird (anders als beim betreuten Wohnen) kein monatlicher Sockelbetrag erhoben. Damit soll eine „Spirale der Passivität und Versorgungsabhängigkeit“ vermieden werden. Eine auftretende Hilfebedürftigkeit kann beispielsweise schon durch die Architektur mit offenen Laubengängen für Nachbarn sichtbar werden. Die Pflegeleistung innerhalb der Wohnanlagen beruht auf einem Pflege-Mix, welcher auf den vier Säulen der familiären Unterstützung, der Mitgestaltung durch Professionelle, der Hilfe durch Freiwillige sowie der sonstigen Dienstleistungen basiert. Organisiert werden über die Bewohnerinnen und Bewohner Gymnastikgruppen, Kinderbetreuung, Kaffeenachmittage, Besuchsdienste, gemeinsame Jahres-feste etc. Ein Gemeinschaftsraum kann gegen geringe Kosten gemietet werden. Die Angebote sowie der Gemeinschaftsraum stehen auch anderen offen.

Durch eine Vernetzung mit der Gemeinde entsteht ein auf bürgerschaftlichem Engagement basierendes offenes Versorgungssystem. Beiräte der Bewohnerinnen und Bewohner der Anlage und die Gemeinwesenarbeiterinnen und -arbeiter wirken in kommunalen Gremien mit und koordinieren die Zusammenarbeit mit anderen Vereinen, der Kirchengemeinde, Alten- und Pflegeeinrichtungen etc. Beispielsweise konnte in den „Lebensräumen“ in Amtzell erreicht werden, dass Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnanlage einen sofortigen Anspruch auf einen Heimplatz haben, wenn dieser notwendig wird. Das führt jedoch nicht zu einer Erhöhung der Institutionalisierung, sondern zu einer Verringerung, weil es dem zuständigen Personal und den Bewohnerinnen und Bewohnern den Rücken stärkt und Alternativen ermöglicht.

⁴⁷ Kuhn, U. (2007): Alternative Konzeption und Finanzierung generationsübergreifender Wohn- und Quartierskonzepte am Beispiel der „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau. Herausgegeben von Stiftung Liebenau. Online verfügbar unter http://www.stiftung-liebenau.de/uploads/media/Aufsatz_Alternative_Konzeption_und_Finanzierung_gemeinscha-205_01.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.03.2007, zuletzt geprüft am 19.09.2008.

⁴⁸ Netzwerk: Soziales neu gestalten: Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte. 1. Aufl. (2008). Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung (Netzwerk, 1).

Bewertung

Das Projekt kann in der Gesamtheit als erfolgreich beschrieben werden. Belastungsfähige Daten aus Forschungen fehlen hier jedoch. Dafür kann davon ausgegangen werden, dass nach über 10-jähriger Erfahrung vielfach erprobte Vorgehensweisen eingesetzt werden und sowohl organisatorisch als auch juristisch Schwierigkeiten überwunden werden konnten. Die größere Verbreitung des Ansatzes spricht für erfolgreiche Folgeunternehmungen.

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

Für das Land Rheinland-Pfalz lässt sich aus diesem Projekt lernen, wie durch gezielte kommunale Förderung, einen gemeinsamen Schulterschluss mit einem Träger und durch kluges Engagement ein interessantes Vorhaben realisiert werden kann, das die Eigenverantwortung stärkt und gleichermaßen eine vielgestaltige Unterstützung sichert.

In den Projektberichten der Bertelsmann-Stiftung wird jedoch darauf hingewiesen, dass eine Grundbedingung der Erfolg des Sozialfonds ist. Dieses Konzept funktioniert dann, wenn der Erlös aus den Wohnungsverkäufen oder ein entsprechender Mietzins den Fond deckt und stabilisiert. Ist dies nicht der Fall (in ärmeren Regionen) oder muss mit einem langen Leerstand der Wohnanlage gerechnet werden, dann kann dies ein finanzielles Risiko sein. Daher sind vor allem die zentrale Lage und der attraktive Standort der Wohnungen ein wesentlicher Garant für den möglichen Erfolg.

Referenzprojekt 1: Stiftung Liebenau – Lebensräume für Jung und Alt

Als weiteres Referenzprojekt soll an dieser Stelle auch die Sozial-Holding GmbH der Stadt Mönchengladbach ausführlicher vorgestellt werden, insbesondere weil hier die Kommune mit den von ihr getragenen Altenheimen und weiteren Diensten einen neuen viel versprechenden Weg gegangen ist. Es ist die Entwicklung einer kommunal getragenen und sich innovativ engagierenden Sozial-Holding, die sukzessive mit den guten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auch die Öffnung der stationären Altenhilfe betreiben kann. Insbesondere steht sie als Vorbild für eine engagierte kommunale Trägerschaft.

Referenzprojekt „Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH“

Es handelt sich hierbei nicht um ein Einzelprojekt, sondern um eine kommunale Entscheidung, Einrichtungen und Angebote rund um die ambulante und stationäre Altenhilfe zu bündeln. 1996 hat die Stadt Mönchengladbach die Sozial-Holding GmbH gegründet, um die wichtigsten Handlungsfelder der Altenhilfe und -pflege schnell und unbürokratisch zu organisieren. Heute befinden sich unter dem Dach der Sozial-Holding GmbH fünf Einzelgesellschaften: Dazu gehören die fünf städtischen Altenheime, ambulante Dienste (ambulante Pflege und Unterstützung, Essen auf Rädern, Tagespflege etc.), Bildungs-GmbH (u. a. Altenpflegeausbildung), Beschäftigungs- und Qualifizierungs-GmbH (Programme für Langzeitarbeitslose etc.) sowie die Service-GmbH (Mahlzeiten, Reinigung etc.).

Projekträger:	Stadt Mönchengladbach
Einzelprojekte:	verschiedene Projekte u. a. zur Gesundheitsförderung, Qualität in der Altenhilfe, innovative Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsangebote
Wiss. Begleitung:	verschiedene Projektberichte liegen vor
Laufzeit:	seit 1996

Projektziele

- Bündelung von kommunalen Arbeitsbereichen und Kompetenzen für ältere Bürgerinnen und Bürger
- Unbürokratische und flexible Organisation sowie Schöpfung von Innovationspotenzialen
- Ziele richten sich aktuell an der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ aus, die 2005 vom BMFSFJ veröffentlicht worden ist (www.pflege-charta.de).⁴⁹ Die Charta formuliert unverzichtbare Grundansprüche in acht Artikeln: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe (1), Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit (2), Privatheit (3), Pflege, Betreuung und Behandlung (4), Information, Beratung und Aufklärung (5), Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft (6), Religion, Kultur und Weltanschauung (7) und palliative Begleitung, Sterben und Tod (8).

In 2006 hat die Sozial-Holding erstmals einen umfassenden Qualitätsbericht vorgelegt. Im Juli 2008 wurde der Bericht nach gründlicher Weiterentwicklung aktualisiert vorgelegt (www.sozialholding.de). Im Mittelpunkt des Berichtes geht es um die Ausrichtung an den Kundinnen und Kunden, insbesondere den Bewohnerinnen und Bewohnern, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kooperation und übergreifende Aufgaben. Instrumente und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements werden offen gelegt.

Die Einbindung der Altenheime in das Gemeinwesen wird in einem Unterkapitel des aktuellen Qualitätsberichtes eigens thematisiert. So werden regelmäßig Kooperationen mit Schulen und Kindergärten, mit religiösen Gruppen und Kirchengemeinden, mit Institutionen und Vereinen gesucht. Sommer- und Stadtteilstefen werden gemeinsam mit den Menschen im Wohnumfeld um die stationäre Einrichtung gefeiert. Die Altenheime stellen etwa 100 Initiativen und Vereinen regelmäßig Räumlichkeiten zur Verfügung.

Innovative Angebote zur Öffnung der stationären Altenhilfe sind z. B. das ‚Wohnen mit Service‘, ein betreutes Wohnen in verschiedenen Wohneinheiten mit barrierefreien Wohnungen. Gemeinsames Kochen oder gemeinsame Freizeitgestaltungen sind möglich. Mittlerweile werden sechs ambulante Wohngemeinschaften betrieben, es sollen einmal dreißig sein.

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

Für das Land Rheinland-Pfalz lässt sich aus diesem Ansatz einer kommunal initiierten und getragenen Sozial-Holding, die wesentliche Aktivitäten im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe bündelt, lernen, wie eine Kommune die Rolle der Trägerschaft von Einrichtungen neu definieren kann, sich Gestaltungsspielräume verschafft und zugleich vorhandene Strukturen (stationäre Angebote hier – ambulante Angebote und Wohnumfeld dort) innovativ miteinander Stück für Stück verzahnen kann.

Referenzprojekt 2: Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH

4.2 Stärkung und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Im folgenden Kapitel werden nach einer Einführung zum Grundverständnis bürgerschaftlichen Engagements auf der Grundlage empirischer Befunde Ansätze zu dessen Förderung angeregt. Ferner soll anhand einer Typologie aufgezeigt werden, welche Formen bürgerschaftlichen Engagements sich inzwischen ausgeprägt haben. Diese werden mit Beispielen und dem Referenzprojekt „Netzwerk Pflegebegleitung“ konkretisiert.

⁴⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=92830.html>, zuletzt aktualisiert am 04.06.2008, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

Bürgerschaftliches Engagement im Vor- und Umfeld der Pflege

Die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Vor- und Umfeld der Pflege durch komplementäre Hilfen hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Das seit Januar 2002 geltende Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sieht z. B. in § 39a SGB V die Förderung ambulanter – ehrenamtlich arbeitender – Hospizdienste vor. Die Berliner Erfahrungen mit den Leistungen nach § 45a-c SGB XI sind in einem Sammelband jüngst publiziert worden.⁵⁰ Auch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 01. Juli 2008 in Kraft getreten ist, weist dem Ehrenamt eine besondere Bedeutung zu. Konkret geht es bei vielen Initiativen darum, durch niedrigschwellige Angebote pflegende Angehörige und Familien, in denen ein an Demenz erkrankter Mensch lebt, zu unterstützen und den Vorrang der häuslichen Pflege zu sichern.

Das Land Rheinland-Pfalz hat diesbezüglich eine Reihe von Angeboten entwickelt und finanziell gefördert. Dazu zählen ehrenamtliche Besuchs- und Begleitdienste, die die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen, pflegende Angehörige vor Überlastung schützen oder auch einer Vereinsamung entgegenwirken. Diese Angebote sollen Menschen zugutekommen, die aufgrund ihres Alters, einer Behinderung oder Krankheit auf soziale Unterstützung im Umfeld der Pflege angewiesen sind. Beispielsweise hat das MASGFF im ersten Förderjahr 2006 insgesamt 36 Förderungen mit einer Summe von 109.000 Euro ermöglicht. Im Jahre 2007 konnte nahezu eine Verdoppelung auf 66 Förderungen mit einer Fördersumme von 209.000 Euro realisiert werden. Im Rahmen der komplementären Angebote konnten im Jahr 2006 insgesamt 511 ehrenamtliche Personen eingesetzt werden, die insgesamt 50.882 ehrenamtliche Einsatzstunden leisteten.

Zielgruppen der Förderung in Rheinland-Pfalz sind nach § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und der Landesverordnung über die Förderung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote pflegebedürftige Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, Lernschwierigkeiten⁵¹ und psychischen Erkrankungen. Aufgrund der vorliegenden Verwendungsnachweise aus dem Jahr 2006 und der Rückmeldungen der Träger dieser Angebote kann davon ausgegangen werden, dass sich nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten, besonders bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, die geförderten komplementären Angebote etabliert haben und die Träger dieses Angebot Schritt für Schritt erweitern. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass zusätzliche Beratungs- und Koordinierungsstellen mit Schwerpunktaufgaben eingerichtet worden sind, die sich verstärkt der Gewinnung, Unterstützung und Einbeziehung bürgerschaftlich engagierter Menschen in der Pflege sowie im Vor- und Umfeld der Pflege in Zusammenarbeit mit den Anbietern widmen.

Darüber hinaus sollen niedrigschwellige Unterstützungsangebote auch von pflegebedürftigen Menschen unterhalb der Pflegestufe I mit erheblichem allgemeinem Unterstützungsbedarf in Anspruch genommen werden können. Eine Förderung kommt für folgen-

⁵⁰ Sauer, P; Wissmann, P. (2007)(Hg.), Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Frankfurt: Mabuse

⁵¹ Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen benutzt – entsprechend eines Wunsches der Selbsthilfe – diesen Begriff für Personen, die allgemein als „geistig behindert“ bezeichnet werden

de Angebote in Betracht: Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer. Bis zum 1. November 2007 wurden 190 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt: 44 Betreuungsgruppen, 96 Helferkreise und 50 Angebote der Tagesbetreuung (Förderhöhe von 2.000 Euro bis 7.000 Euro).

Die entsprechende Rechtsgrundlage ist die Landesverordnung über die Förderung von niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten und von Modellvorhaben nach § 45 c des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Neben der örtlich zuständigen Kommune (Landkreis oder kreisfreie Stadt mit 25 Prozent der Kosten) beteiligen sich die Pflegekassen mit 50 Prozent und das Land mit 25 Prozent an einer Förderung. Acht Modellvorhaben wurden im Jahre 2007 mit einer Gesamtsumme von 357.000 Euro gefördert. Es kann davon ausgegangen werden, dass innerhalb von zwei bis drei Jahren neue Versorgungskonzepte (vor allem fokussiert auf den Demenzbereich) implementiert werden und damit die flächendeckende Versorgung substantiell verbessert wird. Die Nachhaltigkeit der entsprechenden Engagements ist aber ein zentraler Punkt, der u. a. von einer wirksamen Vernetzungsstruktur der erforderlichen Hilfen abhängig sein wird.

Relevante Projekte in Rheinland-Pfalz

Als Beispiel sei hier der Landkreis Bernkastel-Wittlich angeführt. Man orientiert sich dort an den Erfahrungen, die im Landkreis Borken in Westfalen gesammelt wurden.⁵² Das Projekt „zu Hause alt werden“ möchte durch den gezielten Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote einen Beitrag zur selbstständigen Lebensführung im Alter leisten und eine Heimübersiedlung hinauszuschieben. In den Bereichen, in welchen die etablierten medizinisch-pflegerischen Leistungen der klassischen Altenhilfe keine oder nur wenig Unterstützung bieten und in denen das System an Handlungsgrenzen stößt, sollen zusätzliche Hilfen im Sinne komplementärer Angebote bereitgestellt werden. Ziel ist es, keine Doppelangebote zu entwickeln, sondern Lücken des etablierten Systems zu erkennen und zu schließen. Analog zu Borken wird ein Ideenwettbewerb ausgelobt, der mit 100.000 Euro dotiert ist.

Auch das Schammatdorf e. V. Trier ist ein gutes Beispiel für gemeinschaftliches Wohnen von Menschen mit unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensorientierungen. Dort leben ältere und jüngere Menschen mit und ohne Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zusammen. Von den 144 Wohnungen im Schammatdorf sind 44 Wohnungen barrierefrei. Von den 144 Wohnungen im Schammatdorf sind 44 Wohnungen barrierefrei gehalten. Durch die Architektur des Dorfes werden die Voraussetzungen für eine Integration und Kommunikation geschaffen. Die Außenanlagen sind rollstuhlfreundlich, das Dorfzentrum ist barrierefrei und steht allen Bewohnerinnen und Bewohnern für gemeinsame Aktivitäten zur Verfügung. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Schammatdorfs sind im

⁵² Kreis Borken (2008)(Hg.), Leben im Alter – der Kreis Borken bewegt. Borken.

Nachbarschaftsverein Schammatdorf e. V. organisiert. Nach außen vertreten werden sie durch eine „kleine Bürgermeisterin“.⁵³

Eine ganz andere Art bürgerschaftlichen Engagements bildet sich in den in Rheinland-Pfalz verbreiteten Krankenpflegevereinen ab, deren Ursprung teilweise bis in den Beginn des 20. Jahrhunderts reicht. Haben die Krankenpflegevereine zu Beginn beispielsweise die für den Ort zuständige Diakonisse oder Ordensschwester unterstützt, so sind sie heute finanzielle Unterstützer von Sozialstationen. Dabei steht die Solidarität der Mitglieder mit pflegebedürftigen Menschen im Vordergrund.

Für einen je nach Verein unterschiedlichen, aber jeweils geringen Jahresbeitrag (ca. zwischen 20 und 50 Euro), unterstützen die Mitglieder die Qualität und die Kontinuität der Arbeit der Sozialstationen. Die Mitglieder selbst haben je nach Verein unterschiedliche Vorteile, wie z. B. eine Ermäßigung von Pflegeleistungen der Sozialstationen – sofern sie nicht durch die Pflegekassen übernommen werden – Beratungsleistungen oder den gezielten Einsatz von ehrenamtlichen Kräften. Die weite Verbreitung der Krankenpflegevereine und die insgesamt beachtlichen Mitgliederzahlen unterstreichen deren Bedeutung sowie deren Potenzial, das Gemeinwesen zu stützen. Beispielsweise gibt es im Landkreis Schwandorf 33 Krankenpflegevereine mit insgesamt 8.000 Mitgliedern.^{54 55}

Referenzprojekt „Netzwerk Pflegebegleitung“

Das Projekt „Netzwerk Pflegebegleitung“ ist aus einem Projekt hervorgegangen, das im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung SBG XI § 8 Abs. 3 bundesweit realisiert worden ist. Die Projektleitung liegt beim Forschungsinstitut Geragogik (Witten), welches neben der Leitung des Gesamtprojekts und der Begleitung der Arbeit in den regionalen Treffpunkten auch für die Konzept- und Curriculumsentwicklung verantwortlich ist. Das Pflegebegleiter-Projekt wurde umfassend wissenschaftlich begleitet, Interventionen erfolgten im Sinne einer Prozessbegleitung bereits während des Projekts. Eine eigene Homepage und ein Newsletter informieren über aktuelle Aktivitäten und Ergebnisse im Netzwerk.⁵⁶

Förderer: Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
Projektnehmer: PD Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, Forschungsinstitut Geragogik
Wiss. Begleitung: Prof. Dr. Cornelia Kirchedorff, IAF, Katholische Fachhochschule Freiburg
Laufzeit: 2004 -2008
Projektorte: Hamburg (Nord) – Seniorenbüro Hamburg e.V.
Brandenburg (Ost) – Sozialakademie AWO SANO gGmbH
Nordrhein-Westfalen (West) – Diakonisches Werk Dortmund
Baden-Württemberg (Süd) – Paritätisches Bildungswerk BW

Projektziele

- Stärkung pflegender Angehöriger und ihrer Vernetzung mit Unterstützern vor Ort
- Qualifizierung engagierter Freiwilliger

⁵³ <http://www.schammatdorf.de/willkommen.html> zuletzt geprüft am 8.4.2009

⁵⁴ <http://www.caritas-sad.de/kpv/11-kpvbasics> (zuletzt geprüft am 8.4.2009)

⁵⁵ Die Aussagen in der Expertise müssen sich „lediglich“ auf Internet-Recherchen stützen sowie eine Handreichung für Krankenpflegevereine des Diakonischen Werkes Pfalz. Vertiefte Recherchen bei verschiedenen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern auf dem Telefon- und Mailweg blieben leider unbeantwortet. Einschlägige Literatur liegt nicht vor. <http://www.krankenpflegeverein.org/2.html> (zuletzt geprüft am 08.04.2009) <http://www.sozialstation-limburgerhof.de> (zuletzt geprüft am 08.04.2009) http://diakonisches-werk-pfalz.de/699_1474.htm (zuletzt geprüft am 08.04.2009)

⁵⁶ Bubolz-Lutz, E. (Hg.): Projektbüro Pflegebegleiter – Begleitung für pflegende Angehörige. Online verfügbar unter <http://www.pflegebegleiter.de/>, zuletzt geprüft am 09.04.2009.

- Empowerment der Bevölkerung hinsichtlich pflegerischer Fragen

In den Regionen Nord (Seniorenbüro Hamburg), Ost (Sozialakademie AWO SANO Potsdam), West (Diakonische Dienste Dortmund) und Süd (Paritätisches Bildungswerk Stuttgart) wurden regionale Strukturen aufgebaut. Diese sollen letztlich den Transfer des Projekts in weitere Bundesländer sicherstellen.

Vorrangige Aufgaben der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sind es, pflegende Angehörige insbesondere mental zu unterstützen und in den Familien die Vernetzung mit Unterstützern vor Ort voranzubringen. Die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sollen im Sinne eines niedrigschwelligen Angebotes dabei mithelfen, dass die Familien Zugang zu Informationen bekommen. Vor diesem Hintergrund tragen sie u. a. zu einer Barrierefreiheit (hier Informationsbarriere) bei. Sie werden in den einzelnen Regionen angeworben und für ihre Aufgaben vorbereitet. Insgesamt werden sie innerhalb von 6 Fortbildungseinheiten sowie durch Exkursionen und einen Praktikumseinsatz auf ihre Rolle vorbereitet. Bundesweit wurden bisher weit über 1.800 Pflegebegleiterinnen und -begleiter ausgebildet. Seit 2007 gibt es auch in Rheinland-Pfalz Standorte des Projektes (Speyer, Adenau/ Mayen).

Bisherige Ergebnisse der Evaluation verweisen auf interessante Trends (Stand 25. Juli 2008). Statistische Informationen zur Struktur und Verteilung der Pflegebegleiterinnen und -begleiter liegen ebenso vor wie detaillierte Auswertungen der Curricula und deren Akzeptanz. Bei der letzten Sitzung des Beirats (10. April 2008) wurde der Fokus auf Wirksamkeitsforschung gelegt⁵⁷. Dabei zeigte sich insgesamt, dass das Pflegebegleiter-Projekt ein Vorhaben ist, welches niedrigschwellig bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen Erfolg hat.⁵⁸

Nach dem Ende des geförderten Projektes sind die Aktivitäten und Kooperationen ins Netzwerk Pflegebegleitung übergegangen (www.pflegebegleiter.de)

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

Das Projekt trifft auf eine große Bedarfslage: die mentale und praktische Begleitung Pflegenden sowie die Ermöglichung eines Zugangs zu Unterstützungsangeboten vor Ort. Betont werden muss an dieser Stelle, dass bereits in Rheinland-Pfalz eine gute Struktur zur Förderung von pflegenden Angehörigen und insbesondere für Menschen mit Demenz aufgebaut wurde. Allerdings enthält das Projekt „Pflegebegleiter“, gerade aufgrund seiner bundesweiten Bedeutung und der Qualität der wissenschaftlichen Begleitforschung, sowohl grundsätzliche wie auch praktische Anregungen, die nach Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter für eine weitere Förderung freiwilligen Engagements wichtig und auch auf andere Projekte übertragbar sind:

- Es existiert mit den pflegenden Angehörigen eine ausgeprägte Nachfrageseite
- Eine nachhaltige Implementierung des ehrenamtlichen Engagements für pflegende Angehörige ist möglich
- Die Bedarfe der freiwilligen Helfer an Qualifizierung und der Wunsch nach eigenen Gestaltungsmöglichkeiten werden einbezogen
- Mit dem Qualifizierungskonzept werden vier zentrale Motivationsstränge für freiwilliges Engagement ins Zentrum gestellt: *Für mich, mit anderen, für andere, für die Gesellschaft*
- Qualifizierungsmaßnahmen für Initiatorinnen und Initiatoren der Projekte sind wichtig um eine Nachhaltigkeit zu ermöglichen.

⁵⁷ Bei der Wirksamkeitsforschung stellte sich heraus, dass von den Befragten pflegenden Angehörigen (N= 944) nahezu 90% durch das Angebot angeregt wurden, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen. 47,4% der Befragten gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand positiv verändert habe, 87,5% gaben an, dass sich die häusliche Pflegesituation stabilisiert habe, 97,8% meinten, dass sie durch die Pflegebegleitung einen Gesprächspartner gewonnen hätten und 99,1% stimmten der Aussage zu, dass Pflegebegleitung auch weiterhin angeboten werden sollte. Weiterhin wurden im Rahmen der Wirksamkeitsforschung die Schwerpunkte der Pflegebegleitung wie folgt quantifiziert: 1. Zuhören (94,1%), 2. Wertschätzen (63,1%), 3. Informieren (60,2%), 4. Angehörige zum eigenen Weg ermutigen (45,4%), 5. Trost spenden (43,8%). Als subjektiv eingeschätzte Wirkungen konnten bislang Impulse bzw. tatsächliche Öffnung nach außen, das In-Gang-Bringen von Klärungsprozessen und insbesondere eine innere Stabilisierung festgehalten werden. In vertiefenden qualitativen Ergänzungsstudien konnten fünf typische „Pflege-Situationen“ genauer herausgearbeitet werden, die Implikationen für eine gezielt an die jeweilige Bedarfssituation angepasste Praxis der Pflegebegleiter ermöglichen.

⁵⁸ Die Abschlusstagung fand am 02. Oktober 2008 in Berlin statt. Der Endbericht erscheint in Kürze.

- Die Einbindung der Gruppen von Pflegebegleiterinnen und -begleitern in die Infrastruktur vor Ort (Organisationen, Kommunen, Landkreise) ist bedeutsam, um die lokale Verankerung einer Unterstützungskultur für pflegende Angehörige zu sichern.

Referenzprojekt 3: Netzwerk Pflegebegleitung

4.3 Persönliche Budgets und Case Management

In diesem Kapitel werden in der Vollfassung der Expertise zunächst Erkenntnisse und Erfahrungen aus Modellprojekten zu persönlichen Budgets aufgegriffen und vor dem Hintergrund der Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld diskutiert. Dazu gehören neben den Pflegebudgets neue Einkaufsmodelle an den Schnittflächen zwischen chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Als Referenzprojekt wird das vom Land Rheinland-Pfalz geförderte Projekt zum Integrierten Budget vorgestellt. Zugleich werden in diesem Abschnitt Pflegepolitik und Eingliederungshilfe integriert betrachtet. In beiden Bereichen spielen Methoden des Case bzw. des Fall-Managements und Experimente mit einer individuellen Budgetsteuerung grundlegende Rollen.

Im vorliegenden Praxisbericht wird das Referenzprojekt nicht vorgestellt, weil derzeit die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen eine flächendeckende Umsetzung nicht zulassen.

4.4 Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung

In diesem Kapitel geht es in der Vollfassung der Expertise um die Möglichkeiten eines Schnittstellenmanagements im Sinne der Integrierten Versorgung insbesondere ausgehend vom SGB V. Zunächst soll der aktuelle Stand der Vertragsentwicklungen zur Integrierten Versorgung dargestellt werden. Sodann sollen die neuen Möglichkeiten der Verknüpfung von SGB V und dem SGB XI thematisiert werden. Diese werden im Anschluss auf ihre tatsächliche Vernetzungsfähigkeit hin kritisch gewürdigt. Dies soll insbesondere unter Beachtung der Einbindung des SGB XI in integrative Versorgungsstrukturen stattfinden. Betriebsformen und Beispiele werden im Anschluss vorgestellt und die Form der integrierten Vollversorgung mit den möglichen drei Grundmodellen erläutert. Anhand konkreter Beispiele und des Referenzprojekts UGOM werden Strukturen, Kooperationspartnerschaften und Leistungsspektren verdeutlicht. Als besondere Herausforderung bei der Entwicklung und Implementation integrierter Versorgungssysteme wird die Zusammenarbeit über Sektoren-, Institutions- und Professionsgrenzen hinweg diskutiert.

Im vorliegenden Praxisbericht wird das Referenzprojekt vorgestellt.

Referenzprojekt „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ (UGOM)

Es handelt sich um ein Projekt der Integrierten Versorgung, bei dem sich die Patientinnen und Patienten, Versicherte der AOK, ihr Behandlungsteam selbst aussuchen können und im Rahmen einer persönlichen Präventionsplanung an Vorsorgemaßnahmen teilnehmen können.
(www.ugom.de)

Unternehmenspartner: Niedergelassene Haus- und Fachärzte
Klinik St. Marien, Amberg
Klinik St. Anna, Sulzbach-Rosenberg
Klinik St. Johannes, Auerbach
Gesundheitszentrum des Klinikums St. Marien
Vertragspartner: AOK Bayern
Projektregion: Region Amberg/Sulzbach-Rosenberg
Laufzeit: seit 2004

Projektziele

- Entwicklung von einheitlichen, sektorübergreifenden netzinternen Kommunikationsstrukturen zur vollkommenen Darstellung der zur Versorgung der Patientinnen und Patienten relevanten Daten
- Entwicklung und Implementierung einheitlicher Standards in der Qualität der medizinischen Versorgung

Basis für die Zielerreichung ist die enge Zusammenarbeit aller UGOM-Partner, der niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, der Kliniken und der ambulanten Fachzentren, die sich alle auf ein einheitliches Dokumentations- und Kommunikationssystem geeinigt haben und die vollständige Darstellung des medizinischen Versorgungsmanagements gewährleisten. Durch den elektronisch gestützten Informationsaustausch unter den Ärztinnen bzw. Ärzten des "Gesundheitsteams" können medizinische Maßnahmen sinnvoll abgestimmt und mit den ausgewählten Einrichtungen koordiniert werden. Diese Aufgabe übernimmt die von der Patientin oder dem Patienten frei wählbare Betreuungsärztin oder der frei wählbare Betreuungsarzt.

Für ihre besonderen Leistungen erhalten die Ärztinnen und Ärzte eine „Kopfpauschale“ und auch die Versicherten sollen durch finanzielle Anreize motiviert werden, sich einzuschreiben und Prävention zu betreiben. UGOM wird sich in Zukunft auch für Mitglieder nichtärztlicher Fachgruppen im Gesundheitswesen öffnen.

Schlussfolgerungen für Rheinland-Pfalz

Das vorgestellte Projekt der Integrierten Versorgung kann Vorbild für Regionen in Rheinland-Pfalz sein, in denen bislang noch keine IV-Strukturen entwickelt werden konnten. Insbesondere die Öffnung für weitere Dienstleister und Akteure neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Kliniken stellt eine besondere Herausforderung dar, die auch in UGOM noch angegangen werden müssen.

Referenzprojekt 5: Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)

4.5 Zugehende Angebote – Präventiver Hausbesuch

In der Versorgungsstruktur des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens dominieren die nachfrageorientierten so genannten „Komm-Strukturen“. Das Aufsuchen der Hausärztin oder des Hausarztes durch die Patientin oder den Patienten oder das Erlangen von Informationen in einer Beratungsstelle ist Patientinnen und Patienten oder hilfsbedürftigen Menschen jedoch trotz aller Bemühungen um Barrierefreiheit in vielen Fällen nicht möglich. Ebenso geschehen gesundheitsförderliches Verhalten und Prävention in

der Regel nicht eigeninitiativ. Es konnte nachgewiesen werden, dass viele ältere Menschen über Einschränkungen nicht ungefragt, sondern erst bei akuter Verschlechterung oder wenn diese ihr Leben behindern berichten.⁵⁹ So genannte „Zugeh-Strukturen“ oder zugehende Angebote sind jedoch eher im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe etabliert und finden hier in der Regel unter therapeutischen Aspekten und weniger auf freiwilliger Basis Anwendung.

Im vorliegenden Praxisbericht werden die Grundlagen des Präventiven Hausbesuchs herausgestellt und das Referenzprojekt vorgestellt.

Präventiver Hausbesuch

In der Versorgungsstruktur des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens dominieren die nachfrageorientierten so genannten „Komm-Strukturen“. Das Aufsuchen der Hausärztin oder des Hausarztes durch die Patientin oder den Patienten oder das Erlangen von Informationen in einer Beratungsstelle ist Patientinnen und Patienten oder hilfsbedürftigen Menschen jedoch trotz aller Bemühungen um Barrierefreiheit in vielen Fällen nicht möglich. Ebenso geschehen gesundheitsförderliches Verhalten und Prävention in der Regel nicht eigeninitiativ. Es konnte nachgewiesen werden, dass viele ältere Menschen über Einschränkungen nicht ungefragt, sondern erst bei akuter Verschlechterung oder wenn diese ihr Leben behindern berichten.⁶⁰ So genannte „Zugeh-Strukturen“ oder zugehende Angebote sind jedoch eher im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe etabliert und finden hier in der Regel unter therapeutischen Aspekten und weniger auf freiwilliger Basis Anwendung.

Maßnahmen, deren Kernelement die Information und Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung ist, mit dem Ziel Gesundheit zu erhalten und dem Eintreten von Krankheit sowie Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, werden international als preventive home visits (Präventive Hausbesuche) bezeichnet. Derzeit werden diese vor allem für die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren und deren Möglichkeiten, auf Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter Einfluss zu nehmen, diskutiert. Daher wird teilweise auch vom geriatrischen oder präventiven geriatrischen Hausbesuch gesprochen.

In Deutschland sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) die Potenziale zur Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für sozialökonomisch benachteiligte Seniorinnen und Senioren, nicht ausgeschöpft.⁶¹ Bewegung, altersangepasste Ernährung, Stress- und Selbstmanagement sowie Bewältigungsstrategien in Bezug auf Krankheiten, soziale Unterstützung und Ver-

⁵⁹ Dapp, U. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren - Angebote und Zielgruppen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 40, H. 4, S. 226.

⁶⁰ Dapp, U. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren - Angebote und Zielgruppen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 40, H. 4, S. 226.

⁶¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.

netzung werden als wesentliche zu beeinflussende Faktoren benannt.^{62 63} Präventive Hausbesuche werden als eine mögliche Strategie gesehen, insbesondere bei noch nicht pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren, an diese Potenziale anzuknüpfen.

Mit Blick auf die Zielsetzung der Expertise, Kommunen in der Initiierung, dem Aufbau und der Förderung kleinräumiger wohnortnaher Versorgungsstrukturen zu unterstützen, wird schwerpunktmäßig die Ausgestaltung Präventiver Hausbesuche in Dänemark nachfolgend beschrieben. Die Ausführungen werden ergänzt mit Ergebnissen des vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in Kooperation mit der Bosch BKK durchgeführten Projektes *mobil*⁶⁴ und dem in der Schweiz durchgeführten „EIGER-Projekt“.^{65 66} Hintergrund für die Fokussierung auf Dänemark ist die langjährige Erfahrung innerhalb des dänischen Systems mit Präventiven Hausbesuchen sowie die gesetzliche Verankerung der Hausbesuche als Sozial- und Gesundheitsleistung für Seniorinnen und Senioren mit Übertragung der Durchführungsverantwortung auf die Kommunen.

Kommunal angebundene Präventive Hausbesuche in Dänemark

Der in Kooperation vom Sozial- und Gesundheitsministerium in Dänemark seit Ende der 90er Jahre erlassene „Act on Preventive Home Visits“ ist hier von besonderem Interesse, weil die Kommunen die Federführung innehaben. Die Hausbesuche sind ein freiwilliges Angebot für Seniorinnen und Senioren, die 75 Jahre und älter sind. Vass et al., die in 34 Kommunen Hausbesuchsprogramme wissenschaftlich evaluierten, empfehlen dem aktuellen Forschungsstand entsprechend als Zielgruppe nicht pflegebedürftige ältere Menschen.⁶⁷

Nicht pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren im Sinne der Pflegeversicherung waren auch im Projekt *mobil* Zielgruppe der Intervention. Weitere Kriterien waren 75 Jahre und älter, da statistische Analysen für Deutschland zeigen, dass zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr die Anzahl an Pflegebedürftigen exponentiell ansteigt. Ausgeschlossen waren Personen mit bekannten kognitiven Beeinträchtigungen, da diese Personengruppe eine andere Form der Beratung benötigt, als sie der Präventive Hausbesuch bietet.⁶⁸ Im EIGER-Projekt war das Teilnahmekriterium 75 Jahre und älter.

Ziele der Präventiven Hausbesuche

⁶² Kuhlmei, A. (2007): Gesund altern - zwischen Kompressions- und Medikalisationsthese. In: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, S. 797–806.

⁶³ Kruse, A. (2002): Gesund altern. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 146).

⁶⁴ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche.

⁶⁵ Stuck, A. E.; Minder, C. E.; Peter-Wüest, I.; Gillmann, G.; Egli, C.; Kesselring, A. et al. (2000): A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. In: Archives of internal medicine, Jg. 160, H. 7, S. 977–986.

⁶⁶ Stuck, A. E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C. E.; Beck, J. C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. In: JAMA : the journal of the American Medical Association, Jg. 287, H. 8, S. 1022–1028.

⁶⁷ Vass, M.; Avlund, K.; Hendriksen, C.; Philipson, L.; Riis, P. (2007): Preventive home visits to older people in Denmark - why, how, by whom, and when. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 40, H. 4, S. 209–216.

⁶⁸ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche.

Ziele der Hausbesuche sowohl in Dänemark als auch in den Projekten *mobil* und dem Schweizer EIGER-Projekt sind die Förderung und Erhaltung der selbstständigen Lebensführung durch Beratung der Seniorinnen und Senioren und ihrer Angehörigen. Im Zentrum stehen dabei die Mobilisierung potenzieller Ressourcen und das rechtzeitige Erkennen sich abzeichnender Hilfebedarfe. In Dänemark soll zusätzlich die Vernetzung mit Angeboten für Seniorinnen und Senioren in der Region angeregt werden.

In den dänischen Veröffentlichungen wird darüber hinaus die Stärkung des Vertrauens der Älteren in den öffentlichen Sektor als wesentlicher Effekt der Präventiven Hausbesuche betrachtet. Das Wissen, dass im Falle eintretenden Hilfebedarfs ein der Seniorin oder dem Senior bekannte Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung steht und Unterstützung in der Kommune möglich ist, schafft Sicherheit im täglichen Leben insbesondere, wenn alte Menschen alleine leben oder nur auf ein begrenztes oder auf kein persönliches Netzwerk zurückgreifen können.⁶⁹

Häufigkeit der Angebote und Qualifikation der Beraterinnen und Berater

Angeboten werden sollen in Dänemark zwei Hausbesuche jährlich pro Seniorin oder Senior, über diese Anzahl hinausgehende Hausbesuche liegen im Ermessen der Durchführenden. Im vom dip begleiteten Projekt *mobil* wurden im ersten Jahr mindestens drei und maximal fünf Hausbesuche angeboten. In der Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zum Projekt gaben 92% der Befragten an, die Häufigkeit sei „angemessen“, 8% die Anzahl der Besuche sei „zu wenig“ gewesen.⁷⁰ Die Beraterinnen im Projekt *mobil* gaben die Rückmeldung, dass sie eher weniger Hausbesuche als ausreichend erachten. Für eine konstruktive Beratungsbeziehung und zur Abbildung von Interventionserfolgen erscheinen Folgebesuche notwendig, sofern es über ein Informationsangebot hinaus zur Beratung, z. B. hinsichtlich konkreter Veränderungen in der Lebensgestaltung, kommt.⁷¹

Gegenwärtig werden die Hausbesuche in Dänemark hauptsächlich von „district nurses“ durchgeführt, ergänzt durch die Berufsgruppen der Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Im Projekt *mobil* arbeiteten eine Diplom-Pflegewirtin und eine Diplom-Sozialarbeiterin als Beraterinnen. Beide wurden vor Beginn und während der Projektzeit nach Bedarf für die Anforderungen der Beratung im Präventiven Hausbesuch weiter qualifiziert. In der Schweiz wurden speziell geschulte „Gesundheitsschwestern“ eingesetzt. In der vom dip durchgeführten Analyse Präventiver Hausbesuchsprogramme waren in 18 von 20 Studien Pflegenden Teil des Beratungsteams. In Frage kämen auch die von der WHO präferierten Familiengesundheitsschwestern (Family Health Nurse, FHN).⁷²

Zugänge zu den Seniorinnen und Senioren

⁶⁹ Vass, M.; Avlund, K.; Hendriksen, C.; Philipson, L.; Riis, P. (2007): Preventive home visits to older people in Denmark - why, how, by whom, and when. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 40, H. 4, S. 209–216.

⁷⁰ Ratzek, R., Schmidt, C., Weidner, F. (2007): Ergebnisse der Teilnehmerbefragung in der Interventionsgruppe des Projektes *mobil*. Unveröffentlichter Bericht. dip

⁷¹ Schmidt, C., Gebert, A., Weidner, F. (2008): Beraterhandbuch. Präventive Hausbesuche bei Senioren. Schlütersche (in Druck)

⁷² Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.): Familiengesundheitspflege. Online verfügbar unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/>, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

In 80% der dänischen Kommunen werden die älteren Menschen angeschrieben und so über das Angebot des Hausbesuches informiert. Möchte die Seniorin oder der Senior dieses nicht annehmen, muss sie bzw. er aktiv absagen. Mittlerweile nehmen 60% der angeschriebenen Seniorinnen und Senioren das Angebot wahr. Im Projekt *mobil* wurden die Seniorinnen und Senioren zur Teilnahme eingeladen. Bei Teilnahmewunsch sendeten sie die beigefügte Antwortkarte an die Kasse zurück. Der mit diesem Verfahren erzielte Rücklauf betrug 13,8%. Dies entspricht den Schweizer Erfahrungen zur Teilnahme an Hausbesuchsprojekten von Krankenkassen. Eine höhere Teilnahmequote konnte hier durch die Empfehlung des Programms durch die Hausärztin oder den Hausarzt erreicht werden.⁷³ In der Münchner Machbarkeitsstudie „Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen“ meldeten sich 14% der über das Einwohnermeldeamt angeschriebenen Seniorinnen und Senioren und 27% der über die Hausärztin oder den Hausarzt kontaktierten.⁷⁴

Mögliche Anbindung von Hausbesuchen an bestehende Strukturen

Hausbesuche sind in Dänemark eine in die Rahmenbedingungen und Altenhilfestrukturen von Kommunen eingebundene und mit diesen verzahnte Maßnahme.⁷⁵ Wesentlich dabei ist, dass mit ihnen keine Doppelstrukturen geschaffen werden. Sie sind ein Element im Kanon verschiedener Leistungen und Angebote für Seniorinnen und Senioren. Dementsprechend ist die Anbindung der Hausbesuche in den 34 evaluierten Kommunen unterschiedlich. Zum größten Teil sind sie entweder in die ambulante pflegerische Versorgung integriert (40% der Kommunen) oder an Strukturen, die am ehesten dem Aufgabenspektrum deutscher Sozialämter (40% der Kommunen) entsprechen. Zu einem geringen Teil (14% der Kommunen) entschlossen sich die Kommunen für eine unabhängige Struktur.

Die systematische kommunale Anbindung der Präventiven Hausbesuche in Dänemark ermöglicht nicht nur eine individuelle Beratung, sondern ebenso eine den regionalen Gegebenheiten angepasste Beratung. Zudem werden dadurch Angebotslücken sichtbar, die zur Optimierung umweltbezogener Einflüsse auf die Gesundheit der Seniorinnen und Senioren einer Bearbeitung bedürfen. Hausbesuche geben zugleich Kommunen einen Einblick in die Lebensgestaltung der Seniorinnen und Senioren. Auf freiwilliger Basis erhält die Kommune darüber wertvolle Informationen zu individuellen Bedarfen, zum anderen werden kleinräumliche und kohortenbezogene Daten erfasst. Die Hausbesuche unterliegen der professionellen Schweigepflicht, bei der Auswertung der erfassten Daten ist daher auf eine Anonymisierung zu achten.

⁷³ Diese Informationen stammen aus dem persönlichen Gespräch mit dem Projektmanager Herr Born, Leiter Planung und Projekte, Geriatrie Universität Bern, SPITAL NETZ BERN, Ziegler

⁷⁴ Bayerischer Forschungsverbund Public Health (Hg.) (2003): Prävention im Alter. Geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 19. Juni 2002. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/pdf/Archiv/DokuPraev.pdf>, zuletzt aktualisiert am 07.04.2003, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

⁷⁵ Vass, M.; Avlund, K.; Hendriksen, C.; Philipson, L.; Riis, P. (2007): Preventive home visits to older people in Denmark - why, how, by whom, and when. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 40, H. 4, S. 209–216.

Referenzprojekt „Pflegeoptimierung Siegen-Wittgenstein“ (POP SiWi)

Im Kreis Siegen-Wittgenstein (NRW) wird seit einigen Jahren die „Zukunftsinitiative Siegen-Wittgenstein 2020“ mit der Teilinitiative „Leben und Wohnen im Alter“ (LWA) entwickelt und umgesetzt. Ältere Bürgerinnen und Bürger sollen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben können. Wichtiger Baustein des Gesamtkonzeptes sind die „Präventiven Hausbesuche“. Im Laufe des Jahres 2008 hat der Kreis Siegen-Wittgenstein zielgerichtet ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, dieses Beratungsangebot in der eigenen Wohnung unterbreitet. Es gab eine sehr positive Resonanz. Auf der Grundlage der durchgeführten Hausbesuche sollen zukünftig individuelle Informations- und Unterstützungsangebote gemacht werden. Dazu wird parallel in den kommenden Jahren Transparenz über die vorhandene und zu entwickelnde Angebotsseite hergestellt (Dienste, Einrichtungen, niedrigschwellige Angebote, Selbsthilfe etc.).

Projektträger: Kreis Siegen-Wittgenstein
Wiss. Begleitung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln
Laufzeit: 2006 – 2010 (geplant)

Projektziele:

Ältere Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause wohnen können
Optimierung der Verzahnung von Nachfragen und Angeboten im Gesundheits- und Pflegebereich im Wohnumfeld
Verbesserung der Steuerungen durch systematisches Case und Care Management
Neues Verhältnis von Kommune zu Bürgerinnen und Bürgern

Im Vorfeld wurden vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Regionalen Sozialen Dienstes (RSD) geschult und mit der Methode des Präventiven Hausbesuchs sowie mit den zu nutzenden Instrumenten (Assessment etc.) vertraut gemacht. Ebenfalls im Vorfeld wurden in elf Städten und Gemeinden mit Fördermitteln des Kreises Senioren-Service-Stellen eingerichtet, die als Anlauf- und Beratungsstellen dienen. Diese und weitere Schritte sollen im weiteren Verlauf des Projektes weiter optimiert und zusammengeführt werden. In Kooperation mit den Senioren-Service-Stellen, Trägern von Diensten und Einrichtungen, Kranken- und Pflegekassen sowie verschiedenen kommunalen Stellen soll eine Angebotsmatrix entstehen. Diese soll als Hintergrund eines verbesserten Care Managements über die vom RSD eingesetzten Beraterinnen und Berater mit dem Case Management verbunden werden. Es ist angestrebt, die zukünftige Entwicklung und den Aufbau von Pflegestützpunkten in die Initiativarbeit einzubeziehen.

Ein weiterer Hintergrund dieses Projektes und der Initiative ist ein neues Gemeindemodell, das das Verhältnis des Kreises zu den Städten und Gemeinden sowie zu den Bürgerinnen und Bürgern neu grundlegt. „Kommunale Sozialpolitik, die bei den Menschen ankommen soll, erfordert, dass sich der Kreis Siegen-Wittgenstein und die kreisangehörigen Städte und Gemeinden gemeinsam abstimmen und Angebote miteinander vernetzen.“

Siegen-Wittgenstein will in Zukunft mehr noch als bislang schon als aktiver und engagierter Partner von seinen Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen werden.

Bewertung:

Die wissenschaftliche Begleitung erstreckt sich auf Entwicklung, Konzeption und Erprobung neuer, an kommunalen Strukturen und Prozessen ausgerichteter Verfahren und Instrumente der Pflegeprävention. Über formative und summative Evaluationsschritte sollen Ergebnisse und Erkenntnisse gesichert werden.

Schlussfolgerungen für Rheinland-Pfalz

Kommunen in Rheinland-Pfalz können durch das Beispiel von Siegen-Wittgenstein motiviert werden, die Pflegestrukturplanung sowie die Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld anzugehen. Besonders imponiert die Verknüpfung einer neuen Umsetzung kommunaler Daseinsvorsorge durch zugehende Präventive Hausbesuche und damit vernetzte Angebote mittels optimiertem Case und Care Management.

4.6 Systematisierung der Pflegeberatung

Während sich die Beratungen im Präventiven Hausbesuch eher auf selbstständige Seniorinnen und Senioren konzentrieren, ist die Zielgruppe der Pflegeberatung die der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Aus diesem Grund und vor dem Hintergrund der besonderen Bedeutung im SGB XI wird diese Pflegeberatung nun in einem eigenen Unterkapitel abgehandelt.

Die Bedeutung des Begriffs und die Ausgestaltung der Pflegeberatung wurden in der Vergangenheit vielfältig in der Literatur diskutiert.^{76 77} Obwohl vielfach eine Konkretisierung des Handlungsfeldes angestrebt war⁷⁸, wird der Begriff nach wie vor unterschiedlich und undifferenziert verwendet. In der Praxis umfasst das Verständnis von Pflegeberatung in erster Linie sozialrechtliche Belange, wie die Bewilligung von Leistungen oder die Empfehlung oder Vermittlung von unterstützenden Dienstleistungen. Das Potenzial von Pflegeberatung ist jedoch wesentlich größer und weiter zu fassen.

Ab dem 1. Januar 2009 haben Versicherte nach § 7a SGB XI einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung, der durch die Pflegekassen zu finanzieren ist. Damit wird es notwendig, Pflegeberatung zu systematisieren und Eindeutigkeit über die inhaltliche Ausgestaltung herzustellen. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe ist die Aufgabe der Pflegeberatung:

- Den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren
- Einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen
- Auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken
- Die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen
- Bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren

Diese Aufgaben entsprechen den Schritten des Case Managements, über die mittlerweile ein breiter Konsens besteht. Ein individuelles Fallmanagement, das den Anspruch erhebt, an den Bedürfnissen der Menschen orientiert zu sein, muss jedoch in vielen Fällen darüber hinausgehen. Besonders an Pflegeberatung, die in der häuslichen Umgebung stattfinden soll (§ 7a, Abs. 2 SGB XI), sind weitergehende Ansprüche zu stellen als an

⁷⁶ Koch-Straube, U. (2008): Beratung in der Pflege. 2., Aufl. Bern: Hans Huber.

⁷⁷ Stratmeyer, P. (2005): Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung. In: Pflegemagazin, Jg. 6, H. 2, S. 42–57.

⁷⁸ Beratung in der Pflege e.V. Online verfügbar unter <http://www.beratunginderpflege.de/index.php>, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

eine Pflegeberatung innerhalb einer Beratungsstelle (siehe Kap. 4.5, Merkmale zugehender Beratung).

Dieses Kapitel trägt in der Vollfassung der Expertise der oben genannten Notwendigkeit Rechnung, Pflegeberatung erstens zu systematisieren und sie zweitens für die spezielle Zielgruppe pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz beispielhaft auszugestalten. Dazu werden die Referenzprojekte „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ und „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe) vorgestellt und ihre Bedeutung für Rheinland-Pfalz verdeutlicht.

Im vorliegenden Praxisbericht werden die Zielperspektive der Beratung und die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen herausgestellt. Beide Referenzprojekten werden vorgestellt.

Wer soll wen auf welcher Grundlage und mit welchem Ziel beraten?

Das MASGFF hat für Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland eine Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten erlassen, durch die u. a. Pflegeberatung stattfinden soll. Eine Systematisierung der Tätigkeit der Pflegeberatungsstellen ist auch für die Entwicklung einer Pflegestrukturplanung, wie sie in Rheinland-Pfalz angestrebt wird, zwingend erforderlich. Die im Rahmen individueller Fallarbeit gewonnenen Erkenntnisse sollten dann ebenfalls verstärkt für die Pflegestrukturplanung eingesetzt werden. Zielführend wären dabei systematisch erhobene Daten zu u. a. den Fragen:

- Welche Anlässe führen zu einer Beratung und welcher Beratungsbedarf hat sich abgezeichnet?
- In welchem Verhältnis steht die direkte Fallarbeit zu den administrativen und koordinierenden Aufgaben?⁷⁹

Die Auswertung der Entwicklung und Arbeit der Pilot-Pflegestützpunkte im ersten halben Jahr durch das Kuratorium Deutscher Altershilfe⁸⁰ hat in vielen Aspekten ein sehr unterschiedliches Bild ergeben. So wurde in den Stützpunkten auf Grund verschiedener Voraussetzungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten beraten und es stellt sich die Frage, ob die Leistungsprofile einander angeglichen werden sollten, um für Hilfesuchende ein verlässliches vergleichbares Angebot bereitzuhalten. Auch wenn sich in einer bundesweiten Online-Befragung von Beratungsstellen, die Pflege- und Wohnberatung anbieten, Rheinland-Pfalz mit seinen BeKos als dasjenige Bundesland herausgestellt hat, in dem mit 80,9% am häufigsten die Methode des Case Management praktiziert wird,⁸¹ werden dem KDA-Bericht zufolge die Begriffe Case Management und zugehende Beratung

⁷⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2008): Grundlagen zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz nach dem Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG). Mainz.

⁸⁰ Michell-Auli, P.; Großjohann, K.; Kutschke, A. (2008): Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht vom 27. Juni 2008. Herausgegeben von Kuratorium Deutsche Altershilfe. Deutschland.

⁸¹ Alter und Soziales e.V. (Hg.) (2007): Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen. Abschluss- und Ergebnisbericht zu dem Modellprojekt, zuletzt aktualisiert am 03.12.2007, zuletzt geprüft am 04.09.2008.

recht uneinheitlich verwendet, wobei der inhaltliche Unterschied unklar bleibt.⁸² Ein zufrieden stellendes Dokumentationssystem liegt zudem in keinem der Pilotstützpunkte vor. Als problematisch wird das überwiegende Fehlen von schriftlichen Vereinbarungen aller Beteiligten angesehen.

Einen Ansatz zur Systematisierung der Pflegeberatung sowie zur Beantwortung der o. g. Fragen aus den Grundlagen zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz bietet das Projekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“.⁸³

Referenzprojekt „Pflege- und Wohnberatung Ahlen“	
Förderer:	Spitzenverbände der Pflegekassen (seit 01.07.2008 Spitzenverband Bund der Pflegekassen) – Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.
Projektnehmer:	„Alter und Soziales e.V.“ (bestehend aus Wohlfahrtsverbänden, sozialen Einrichtungen und der Stadt Ahlen als Geschäftsführung)
Wiss. Begleitung:	Forschungsverbund: ISO-Institut Saarbrücken, Institut für med. Soziologie, Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charite Universitätsmedizin Berlin, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster
Laufzeit:	2004-2007
Projektort:	Stadt Ahlen, Vergleichsgruppe Stadt Menden
Projektziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Qualität des Ahlener Versorgungssystems und Analyse der durch Pflegebedürftige verursachten Versorgungskosten in Ahlen und Menden • konzeptionelle und alltagspraktische Weiterentwicklung der Koordinationsstelle ambulanter Angebote Pflege- und Wohnberatung Ahlen und des Ahlener Versorgungssystems • Entwicklung von Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatungen 	
<p>In Ahlen konnten entsprechend der Frage, welche Anlässe zu einer Beratung führen, vier typische Hilfsituationen identifiziert werden: stabile, chaotische und labile Hilfsituation sowie plötzliche Krise. Zudem wurde festgelegt, wann die Arbeitsform des Case Management einzusetzen ist.</p> <p>Über drei Jahre (2004-2006) wurden die Inhalte der Beratungsgespräche dokumentiert. Die Beratungen erfolgten in einer Beratungsstelle, aber auch in zugehender Form. Es zeichnete sich deutlich ab, dass die Sicherung der häuslichen Situation ganzheitliche Problemlösungen über Systemgrenzen hinweg erfordert und sich nicht ausschließlich auf das SGB XI beziehen darf.</p> <p>Das Verhältnis von erbrachten Frontoffice-(direkter Klientenkontakt) zu Backofficezeiten (Vor- und Nachbereitung) lag bei 1,0 zu 1,3. Damit wird deutlich, dass die quantitative Bedeutung des Backofficebereichs bei Aufgabenbeschreibungen und Finanzierungsplänen berücksichtigt werden sollte. Der Projektbericht bietet weitere interessante Ansätze wie die Organisation der Beratungsstelle in der Trägerschaft eines Vereins bestehend aus Wohlfahrtsverbänden, sozialen Einrichtungen und der Stadt Ahlen, womit gute Voraussetzungen für eine Vernetzung im Versorgungssystem gegeben waren. Des Weiteren wurde untersucht, ob die Existenz einer Pflege- und Wohnberatung und einer vernetzten Versorgung in einer Kleinstadt Versorgungskosten bei der Betreuung pflegebedürftiger Personen spart. Dabei konnte nach Auswertung der Kassendaten</p>	

⁸² Michell-Auli, P.; Großjohann, K.; Kutschke, A. (2008): Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht vom 27. Juni 2008. Herausgegeben von Kuratorium Deutsche Altershilfe. Deutschland.

⁸³ Alter und Soziales e.V. (2007): Gesamtbericht VDAK Ahlen 2004 bis 2007. Online verfügbar unter http://www.charite.de/medsoz/forschung/dokumente/Ahlen_Abschlussbericht.pdf, zuletzt aktualisiert am 03.12.2007, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

bezüglich der Anteile ambulanter und vollstationärer Pflege gezeigt werden, dass durch die Beratungsarbeit Heimaufenthalte vermieden bzw. hinausgezögert werden. Zur Erfassung der Daten in der Beratungsstelle wurde eine EDV-gestützte Beratungsdokumentation entwickelt, mit der die Beratung systematisiert und damit effektiver und effizienter gestaltet werden konnte. Zudem wurden verschiedene Beratungsleistungen definiert und Qualitätsstandards erarbeitet.

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

Die Pflegekassen werden pro 30.000 Einwohner in Rheinland-Pfalz einen Pflegestützpunkt nach § 92c SGB XI errichten. Dabei soll auf die vorhandenen vernetzten Beratungsstrukturen (BeKos) zurückgegriffen werden. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten im Zusammenhang mit der geplanten Pflegestrukturplanung erfordert eine Systematisierung der Pflegeberatung und individuellen Versorgungssteuerung sowie die Arbeit auf der Ebene des Care Managements. Das Projekt „Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ bietet hinsichtlich der genannten Herausforderungen bei der Umsetzung der Pflegeberatung nach Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter wichtige Ansätze.

Referenzprojekt 7: Pflege- und Wohnberatung Ahlen

Pflegende Angehörige als Zielgruppe zugehender Beratung

Pflegende Angehörige, insbesondere demenzerkrankter Menschen, gelten als unumstrittene Zielgruppe zugehender Beratung. Die Belastungen und Bedarfe dieser Gruppe sind in zahlreichen Studien beschrieben. Es sind dies insbesondere die Belastungen durch kognitive und emotionale Veränderungen der Demenzerkrankten sowie deren abnehmende Alltagskompetenz. Damit verbunden sind häufig ein ständiges Gefühl des Angebundenseins der Angehörigen und die Einschränkung der eigenen persönlichen Freiheit. Beratende Gespräche durch Fachpersonen zum Umgang mit den demenzspezifischen Symptomen werden als psychisch und physisch entlastend empfunden. So konnte gezeigt werden, dass Angehörige mit einem umfassenden Demenzverständnis z. B. eine niedrigere Depressionsrate aufwiesen.⁸⁴ In internationalen Studien wurde zudem nachgewiesen, dass Beratungsprogramme für pflegende Angehörige die Anzahl von Heimeinzügen verringern können.⁸⁵

Trotz extremer Belastung der pflegenden Angehörigen bestehen ganz offensichtlich Barrieren bzgl. der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Nur 13-30% aller pflegenden Angehörigen nehmen professionelle Hilfe in Anspruch und fragen erst dann um Hilfe nach, wenn sie „nicht mehr können“ und zum Teil irreversibel gesundheitlich beeinträchtigt sind.^{86 87} Entsprechend werden die präventiven Leistungen der Pflegeversicherung (bes. zusätzliche Unterstützungsleistungen, Verhinderungspflege) nur in geringem

⁸⁴ Meier, D.; Ermini-Fünfschilling, D.; Monsch, A. U.; Stähelin, H. B. (1999): Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten - Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, Jg. 12, H. 2, S. 85–96.

⁸⁵ Kurz, A.; Hallauer, J.; Jansen, S.; Diehl, J. (2005): Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. In: Der Nervenarzt, Jg. 76, H. 3, S. 261–269.

⁸⁶ Sieber, G. (2006): Die „Zugehende Beratung“ von pflegenden Angehörigen Demenzkranker. Ergebnisse einer qualitativen Studie (2005). In: Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (Hg.): Effizienz und Qualitätsstandards in der Angehörigenarbeit. 10. Bayerische Fachtagung. Stein.

⁸⁷ Schneekloth, U. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten ; integrierter Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.

Umfang genutzt.⁸⁸ Frauen bilden mit 73% den weitaus größten Anteil der pflegenden Angehörigen und haben zugleich in vielen Fällen eine Mehrfachbelastung durch das gleichzeitige „Kümmern“ um eine eigene Familie und die eigene Berufstätigkeit.

Auch wenn der Schwerpunkt in diesem Kapitel auf der Gruppe pflegender Angehöriger liegt, sind in diesem Kontext weitere Zielgruppen zugehender Beratung denkbar. Es sind dies z. B. Menschen, die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt z. B. nach Schlaganfall oder Sturz eine intensive häusliche Versorgung benötigen. Hierzu werden Projekte u. a. aus dem Förderprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen (seit 01.07.2008 Spitzenverband Bund der Pflegekassen) zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchgeführt. Die Projekte „Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen in der nachstationären Versorgungssituation“⁸⁹ und „Nordlicht“⁹⁰ nehmen besonders die nachstationäre Versorgungssituation in den Blick mit dem Ziel, die häusliche Versorgungssituation zu sichern und sowohl im Sinne der Patienten als auch der Angehörigen zu stabilisieren.

Referenzprojekt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe)

Bei diesem Projekt handelt es sich um ein noch laufendes Projekt, dessen Endergebnisse erst ab Herbst 2009 vorliegen werden. Es soll dennoch als Referenzprojekt angeführt werden, weil es insbesondere für Rheinland-Pfalz verwertbare Ansatzpunkte für eine Stabilisierung der ambulanten Versorgung in Familien mit demenzerkrankten Menschen bietet. Die folgenden Aussagen stützen sich auf bisherige Veröffentlichungen zum Projekt.

Förderer: Spitzenverbände der Pflegekassen (seit 01.07.2008 Spitzenverband Bund der Pflegekassen) - Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
Projektnehmer: Parisozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH im Kreis Minden-Lübbecke
Wiss. Begleitung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) in Köln
Laufzeit: Mai 2006-April 2009
Projektregion: Landkreis Minden-Lübbecke

Im Projekt sollen die Leistungen der Pflegeversicherung⁹¹ effektiv zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und damit zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation zum Einsatz kommen. 300 Familien, in denen demenzerkrankte Menschen gepflegt werden, werden von Pflegefachkräften aus ambulanten Diensten über 18 Monate in häuslicher Umgebung beraten, geschult und begleitet. Die Pflegefachkräfte sind für ihre Aufgaben im Vorfeld qualifiziert worden und werden ihrerseits sowohl fachlich als auch supervisorisch begleitet. Das Projekt zeichnet sich durch eine gelungene Vernetzungsarbeit auf mehreren Ebenen und eine hohe Zustimmung in der Region aus. Im Folgenden sollen wesentliche Rahmenbedingungen und Erfolgsfaktoren erläutert werden.

⁸⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (Hg.) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, zuletzt aktualisiert am 02.11.2004, zuletzt geprüft am 29.09.2008.

⁸⁹ GKV Spitzenverband (Hg.): Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungssituation. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/_8_Kompetenzfoerderung.gkvnet, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

⁹⁰ GKV Spitzenverband (Hg.): „Nordlicht“: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessmentgestützte Planung und Kooperation. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/_8_Nordlicht.gkvnet, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

⁹¹ Dabei stehen die Beratungsbesuche (§ 37,3 SGB XI), die Schulungen (§ 45 SGB XI) und die Möglichkeiten der Pflegeauszeiten (über die §§ 39, 41 und 45b SGB XI) im Vordergrund.

Zugang zu den Familien

Der Zugang zu den pflegenden Angehörigen der demenzerkrankten Menschen erfolgte fast ausschließlich über ein Netzwerk ambulanter Dienste. Hier erwiesen sich der bestehende Kontakt und das bestehende Vertrauen zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienste (über Pflegeeinsätze oder Beratungsbesuche nach § 37,3 SGB XI) als Erfolgsfaktoren für die Zusage der Familien, das Beratungsangebot des Projekts anzunehmen. Viele Familien machten die Teilnahme ausdrücklich davon abhängig, dass die ihnen bekannte Pflegeperson auch die Beratungsbesuche durchführen würde, zusätzliche fremde Personen waren oftmals nicht erwünscht.

Qualifikation und Erfahrung der Beraterinnen und Berater

Die „Gesundheitsberaterinnen/Gesundheitsberater“ im Projekt sind ausschließlich Pflegefachkräfte mit Erfahrungen im ambulanten Bereich. Die Kenntnis und das Verstehen der Situation in den Familien und das pflegerische Fachwissen erweisen sich als wesentliche förderliche Voraussetzungen für die Beziehungsgestaltung mit den Angehörigen und Familien. Zudem zeigen die Ergebnisse der ersten Belastungsmessung im Projekt, dass pflegepraktische Themen und die demenzbedingten Verhaltensänderungen die höchsten Belastungen für die Angehörigen darstellen und damit auch den höchsten Bearbeitungsbedarf haben. Zusätzliche Qualifikationen insbesondere in den Bereichen Sozialrecht, Beratung und Case Management wurden durch Schulung und begleitende Fallkonferenzen erworben.

Assessmentgestützte strukturierte Bedarfserhebung

Wichtiger Ausgangspunkt für den Beratungsprozess ist ein Assessmentinstrument, das der Mehrdimensionalität der Pflegesituation Rechnung trägt und sie zugleich strukturiert. Im Projekt wird ein umfassendes Instrument^{92 93}, das für die Belastungsmessung und zur Beratungsbedarfserhebung pflegender Angehöriger demenzerkrankter Menschen zur Verfügung steht, von den Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberatern in EDV-Form eingesetzt. Die Beratungsrelevanz des Instruments hat sich als sehr hoch herausgestellt und das Instrument hat sich in der Praxis als wichtige Strukturierungshilfe für den Beratungsprozess erwiesen.

Akzeptanz und Wirkung

Aus den Rückmeldungen der Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater in den regelmäßigen Fallkonferenzen wird eine hohe Zustimmung der Familien gegenüber der Gesamtintervention mit den zugehenden Beratungen im Zentrum deutlich. Dies bestätigte sich durch eine große Teilnehmerzahl von pflegenden Angehörigen bei der regionalen Fachtagung zum Projekt im Mai 2008. Die wissenschaftliche Evaluation des „Entlastungsprogramms bei Demenz“ hat im November 2008 begonnen.⁹⁴

Fortsetzung in EDe II

Das Projekt wird in der Förderung durch den GKV-Spitzenverband als EDe II bis 2011 fortgesetzt. Schwerpunkt in EDe II sind Familien mit an Demenz erkrankten Mitgliedern, die noch nicht in eine Pflegestufe eingestuft sind.

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

⁹² Zank, S.; Schacke, C.; Leipold, B. (2006): Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, Jg. 35, H. 4, S. 296-305.

⁹³ Zank, S.; Schacke, C. (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2. Herausgegeben von Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie. Berlin.

⁹⁴ Bisherige Hinweise auf die Wirkung zugehender Beratung für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen ergeben sich u. a. aus einer qualitativen Studie, die in der „Angehörigenberatung e.V. Nürnberg“ stattgefunden hat. Hier führte zugehende Beratung zu einer Verringerung der Belastung, einer Steigerung der Bereitschaft zur Pflege und der Kompetenz der pflegenden Angehörigen. Die Angehörigen gaben an, mehr Kontrolle im Pflegealltag durch diese Unterstützung zu haben und fühlten sich fachlich und emotional zu den Pflegeaufgaben befähigt. Die regelmäßige Kontaktaufnahme seitens der Beraterinnen hatte zur Folge, dass sich die Angehörigen weniger überfordert fühlten. Andere Studien zeigen darüber hinaus, dass die Umsetzungsbereitschaft und Einhaltung von Empfehlungen zur häuslichen Pflege bei Hausbesuchen größer ist. In der KAA-Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen findet eine aufsuchende Nachsorge statt, wenn bei komplexen Problemlagen entsprechende Unterstützungsmaßnahmen in die Wege geleitet wurden. Diese dient der Einschätzung, ob die Hilfesituation stabil geblieben ist, und fördert damit die Nachhaltigkeit. Die Evaluation hat eine stark präventive Wirkung ergeben. Die Ratsuchenden beschreiben die Nachsorge als entscheidenden Entlastungsfaktor, da es ihnen in einer Hilfesituation oder in einer Krise wichtig ist, zu wissen, dass jemand ihre Situation im Griff hat, an den sie sich jederzeit wenden können.

Die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen und die Unterstützung der Familien in ihrer Alltagsbewältigung sind Schwerpunkte der rheinland-pfälzischen Initiative „Menschen pflegen“. Das Konzept dieses Referenzprojekts setzt bei der gezielten Unterstützung von Familien, in denen demenzerkrankte Menschen gepflegt werden, an. Die Form der zugehenden Beratung durch Pflegefachkräfte ermöglicht einen fundierten Einblick in die häusliche Pflegesituation und stellt einen Ausgangspunkt dar für den Einsatz oder die Erweiterung familiärer und sozialer Netzwerke. Besonders im sensiblen Bereich der häuslichen Demenzpflege ist die Passgenauigkeit von Hilfen eine bedeutsame Anforderung. Die bisherige Entwicklung im Projekt weist darauf hin, dass dieser Anforderung mit dem Beratungskonzept inkl. Assessment und Fallkonferenzen Rechnung getragen wird. Die zugehende Form der Beratung hat hier das Potenzial, bestehende Barrieren zu überwinden und die Inanspruchnahme dringend notwendiger Unterstützung bei den pflegenden Angehörigen zu fördern.

Referenzprojekt 8: Entlastungsprogramm bei Demenz (EDe)

4.7 Interkulturelle und migrationsspezifische Ansätze

Als spezifische Zielgruppe sollen in diesem Kapitel Bürgerinnen und Bürger anderer kultureller Herkunft mit Migrationshintergrund gesondert betrachtet werden. Menschen mit Migrationshintergrund im Sinne des Mikrozensus 2005 sind Personen, die selbst zugewandert sind (Menschen mit eigener Migrationserfahrung) oder von Eltern abstammen, die vor der Geburt der Kinder nach Deutschland zugewandert sind (Menschen ohne eigene Migrationserfahrung).⁹⁵ Folglich handelt es sich um Menschen, die aufgrund von Einwanderung einschließlich Flucht (Asylbewerberinnen und -bewerber und Asylberechtigte) oder anderen Gründen wie Heirat, Studium etc. nach Deutschland gekommen sind und unter Umständen schon seit Generationen hier leben.

Nach einer Schilderung der Ausgangssituation in Rheinland-Pfalz (Analyse der demografischen Grunddaten) folgt eine zusammenfassende Darstellung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Problematik der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Migrantinnen und Migranten (nationale Literaturanalyse). Mittels einer Analyse bundesweiter Projekte zur Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten und beteiligten Pflegediensten werden mögliche Maßnahmen zur interkulturellen Gesundheitsförderung angeregt. In Anknüpfung an vorliegende Erfahrungsberichte zu Initiativen und Projekten in Rheinland-Pfalz werden abschließend Empfehlungen dargelegt.

Im vorliegenden Praxisbericht werden insbesondere die Anforderungen an eine interkulturelle Gesundheitsförderung und einige Beispiele wie auch das Referenzprojekt herausgestellt.

Anforderungen an eine interkulturelle Gesundheitsförderung

Damit Menschen mit Migrationshintergrund die gleichen Chancen beim Erhalt oder der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes haben, ist eine umfassende und letztlich gelingende Integrationspolitik erforderlich. Das Einbeziehen von Migrantinnen und Migranten in Pflege- und Unterstützungskonzepte im Wohnumfeld sollte sich in ein Gesamtkonzept interkultureller Öffnung einfügen.

⁹⁵ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, September 2008: <http://www.statistik.rlp.de/index.html>

Der Entwicklungsprozess der interkulturellen Öffnung⁹⁶ trägt durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen dazu bei, dass sich gesundheitsförderliche Angebote stärker an den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten orientieren und ihnen der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen erleichtert wird. Dabei gewinnen Fragen interkultureller⁹⁷ Kompetenz und einer kultursensiblen⁹⁸ pflegerischen Versorgung an Bedeutung. So hat das MASGFF 2008 eine Broschüre zur kultursensiblen Pflege neu aufgelegt, die insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund anspricht und umfassend z. B. über eine rechtzeitige Vorbereitung auf Pflegesituationen und rechtliche Fragen informiert und Ansprechpartnerinnen und -partner benennt.⁹⁹

Es geht nicht nur darum, Wissen über Kulturen zu vermitteln, sondern Selbstverständlichkeiten im alltäglichen Handeln zu hinterfragen. Je heterogener die Zielgruppe, desto stärker rückt neben der fachlichen Qualifikation auch die persönliche Eignung und Offenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Mittelpunkt. In Bezug auf Teamentwicklungsprozesse sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als unentbehrlicher Erfolgsfaktor in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten anzusehen, da diese als Mediatorinnen und Mediatoren sprachliche und kulturelle Barrieren überbrücken können.¹⁰⁰ Da es nicht ein klassisch türkisches oder asiatisches Gesundheits-, Krankheits- oder Pflegeverständnis gibt, wird es umso mehr auf eine dialogische Verständigung unter den Beteiligten in konkreten Settings¹⁰¹, das heißt in zeitlichen, örtlichen und sozialen Zusammenhängen, ankommen, wobei die Sprache und ein Verständnis für tradierte Werte wohl eine Schlüsselfunktion für eine gelingende Verständigung sind.

Auf institutioneller Ebene ist eine Situationsanalyse unabdingbar, um herauszufinden, welche der notwendigen Bedingungen vor Ort bereits gegeben und welche außerdem

⁹⁶ In der Ottawa-Charta von 1986 wurde eine Neuorientierung von Gesundheitseinrichtungen gefordert, die unterschiedliche kulturelle Gegebenheiten und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund stärker berücksichtigt. Dieser Entwicklungsprozess umfasst innerhalb von Einrichtungen umfangreiche strukturelle Maßnahmen, zu denen Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen zählen (Bundesweiter Arbeitskreis 2005)

⁹⁷ Kultur meint die Art und Weise, wie eine Gruppe von Menschen die von ihr vorgefundene materielle und soziale Lebenswelt interpretiert, auf sie reagiert und damit entsprechend ständig (um-)gestaltet und entwickelt. Während mit Interkulturalität stärker die Beziehung zwischen zwei unterschiedlichen Positionen und Perspektiven betont wird, wird mit Transkulturalität mehr auf das Gemeinsame verschiedener Kulturen abgehoben und zwar sowohl auf die Gemeinsamkeiten, die „jenseits“ kultureller Unterschiede vorhanden sind als auch solche, die als ein Produkt der interkulturellen Interaktion entstehen

⁹⁸ Eine kultursensible Pflege hat zum Ziel, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihren individuellen Werten, kulturellen und religiösen Prägungen sowie Bedürfnissen leben kann. Siehe hierzu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Eine Arbeitshilfe für Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen. Berlin.

⁹⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2008): Familien kultursensibel pflegen. Ein interkulturelles Begleitheft zum Familienpflegeratgeber. Mainz

¹⁰⁰ Bunge; C.; Meyer-Nürnberg, M.; Kilian, H. (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz 49, S. 894

¹⁰¹ Eine Frage nach dem *Setting* meint im ursprünglich angewandten Sinne der Literaturwissenschaft die Frage danach, welche Einflüsse die Umgebung in zeitlichen, örtlichen und sozialen Zusammenhängen auf die Entwicklung der einzelnen Charaktere hat. Isoliert bzw. ohne eine direkte oder indirekte Beschreibung des *Settings* bleiben menschliche Handlungen – nicht nur in fiktiven Geschichten – kaum nachvollziehbar und für die Gesundheitsförderung wären Prävention und Intervention nur sehr begrenzt möglich. Der *Setting*-Ansatz gehört inzwischen zur Kernstrategie der Gesundheitsförderung und es werden darunter die Lebensbereiche verstanden, in denen die Menschen einen Großteil ihres alltäglichen Lebens verbringen. Wird z. B. in einem bestimmten Kreis von Migranten auf bestimmte Nahrungsmittel verzichtet und dafür ggf. andere in hohem Maße zu sich genommen, um die eigene Stellung (durch beispielsweise religiöse Identität) zu wahren, müssen Angebote in der Gesundheitsförderung dieses Wissen einbeziehen, um erfolgreich sein zu können.

erforderlich sind, um bedarfsgerechte Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten abzuleiten und durchzuführen.¹⁰²

Das beschriebene Prinzip der interkulturellen Öffnung wird beispielsweise durch das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. in Zusammenarbeit mit verschiedenen Trägerorganisationen und Einrichtungen der Diakonie im Projekt „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe/ Pflege in Betreuungs- und Ausbildungseinrichtungen“ vorbildlich umgesetzt.^{103 104} Das Projekt wird im Folgenden unter dem Gliederungspunkt „Beispiele interkultureller Gesundheitsförderung“ erläutert.

Die genannten Schritte können als Bestandteil eines Diversity Managements angesehen werden, dessen übergeordnetes Ziel die bedarfsgerechte Gestaltung von Angeboten und somit die gesundheitliche Chancengleichheit aller Bevölkerungsteile ist sowie das Nutzen sozialer Unterschiede für eine gesellschaftliche Weiterentwicklung in Richtung einer bewussten Vielfalt.¹⁰⁵

Wenn man die Entwicklungen in der Gesundheitsförderung bezüglich des Gender Aspektes betrachtet, so kann man bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund Parallelen entdecken. Analog zum Thema des Gender Mainstreamings wird derzeit bei der Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten die politische Strategie des Diversity Mainstreaming favorisiert. Der Vorteil dieser Strategie wird darin gesehen, dass sie nicht nur die Integration von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitssystem, sondern auch deren gesamtgesellschaftliche Beteiligung unterstützt.

Beispiele interkultureller Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden einige Beispiele interkultureller Gesundheitsförderung aufgegriffen, von denen sich möglicherweise Ansätze für Initiativen auf Wohnumfeldebene nutzen bzw. vor Ort entwickeln lassen. In Rheinland-Pfalz bieten unter anderem die Erfahrungen mit dem Modellprojekt (2000-2002) „Barrieren abbauen – Zugänge schaffen“ (BACI) Anknüpfungspunkte. Die Beispiele enthalten gleichzeitig Möglichkeiten, einen Zugang zu Teilen der Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten zu schaffen.

Nutzung von Medien zur Information

1982 wurden in den Niederlanden nach amerikanischem Muster Gemeindezentren für eine psychosoziale Gesundheitsversorgung (die „Riaggs“) eingerichtet. Ziel war es, den Verbraucherinnen und Verbrauchern die Gesundheitsversorgung näher zu bringen. Beispielsweise wurden Infoblätter in verschiedenen Sprachen oder auch TV-Programme für

¹⁰² Domenig, D. (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde, T. (Hg.): Gut versorgt. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

¹⁰³ Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (Hg.) (2005): Interkulturelle Öffnungsprozesse der Diakonie in Berlin und Brandenburg, Berlin.

¹⁰⁴ ebd.

¹⁰⁵ Auernheimer, G. (2002): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen: Leske + Budrich (Reihe, 13).

Migrantinnen und Migranten produziert, um ihnen zu vermitteln, wie das Gesundheitssystem funktioniert. Über den Erfolg oder Misserfolg gibt es keine Studienergebnisse.¹⁰⁶

Eine „Verbesserung der Gesundheitsinformation“ wurde unter anderem auch im Anschluss an die Tagung „In Vielfalt beraten: MigrantInnen als interkulturelle BeraterInnen“ (2005) dokumentiert. Nötig seien mehr leicht zugängliche Informationen z. B. über Materialien in verschiedenen Sprachen oder Informationsveranstaltungen in den Sprachen der Hauptherkunftsländer sowie Verstehenshilfen in Bezug auf medizinische Fachbegriffe, Diagnosen, Behandlungsweisen etc.¹⁰⁷

Sport- und Bewegungsangebote

Speziell für die Zielgruppe der Frauen mit Migrationshintergrund haben sich ausgewählte Sport- und Bewegungsangebote als Zugangsweg bewährt, die Migrantinnen selbst auf die Wunschliste stellten. So bietet ein Frauengesundheitstreff in Bremen seit 1989 in einem sozialen Brennpunktgebiet Radfahrkurse an. Neben Gesundheit kann dabei die Mobilität der Frauen gefördert werden und dies bedeutet im Alltag Hilfe und Entlastung, ohne auf andere angewiesen zu sein. Wegen der großen Resonanz sind weitere Kurse geplant.¹⁰⁸

Ambulanter Pflegedienst für Migrantinnen und Migranten

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des „Ambulanten Dienstes Gesundheitspflege“ in Mainz pflegen und betreuen Menschen mit Migrationshintergrund, die etwa 10% der Patientinnen und Patienten darstellen. Probleme und Konflikte, die im Zusammenhang mit unterschiedlichen Wertvorstellungen oder Pflegeverständnissen stehen, begegnet man im Team in Form von Einzelgesprächen und Supervisionen. Ebenso werden Fortbildungen angeboten. Eine intensive Pflegeanamnese und Biografiearbeit seien bedeutend für die Pflegearbeit und als unbedingt notwendig wird eine enge Zusammenarbeit mit Behörden, Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer schnelleren und besseren Hilfestellung gesehen.

Projekt „Barrieren abbauen – Zugänge schaffen“ (BACI)

Eine Dokumentation liegt über das Pilotprojekt „Barrieren abbauen – Zugänge schaffen. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsvorsorge“ (BACI) im Landkreis Alzey-Worms (2000-2002) vor.¹⁰⁹ Der Begriff BACI leitet sich vom türkischen Wort für Schwester, Nachbarin, Schwägerin oder auch Freundin ab. Sie wird aufgesucht, um Freud und Leid oder Sorgen zu teilen. Dies war auch Ausgangspunkt für das Bera-

¹⁰⁶ Rommelspacher, B.; Kollak, I. (2008): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

¹⁰⁷ Nestmann, F.; Beckmann, A.; Sickendiek, U. (Hg.) (2005): In Vielfalt beraten: MigrantInnen als interkulturelle BeraterInnen. Dokumentation der Tagung. Online verfügbar unter http://www.vielfalt-als-chance.de/data/downloads/webseiten/16_Tagungsdokumentation_InVielfaltberaten.pdf, zuletzt aktualisiert am 26.05.2005, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹⁰⁸ Wehr, V. (2008): Soziale Stadt: Newsletter zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt - Bundestransferstelle Soziale Stadt. Online verfügbar unter <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/newsletter/>, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹⁰⁹ Landesbeauftragte für Ausländerfragen bei der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz (2003): Barrieren abbauen – Zugänge schaffen. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsvorsorge. Dokumentation des Pilotprojekts BACI im Landkreis Alzey-Worms, zuletzt aktualisiert am 03.12.2003, zuletzt geprüft am 05.09.2008.

tungsangebot. Ziel war es, Aufschluss über notwendige Maßnahmen zu gewinnen, die die Zugangsmöglichkeiten von Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsversorgungsangeboten verbessern.

Im ersten Jahr der Arbeit im Gesundheitstreff war festzustellen, dass die häufigsten Anlässe, die Beratungsstelle aufzusuchen und nach Hilfe und Unterstützung zu fragen, soziale, finanzielle und familiäre Gründe waren. Im zweiten Jahr war auffällig, dass die Beratungsstelle gehäuft von Frauen aufgesucht wurde, die von sich aus über ihre eigenen gesundheitlichen Probleme sowie die ihrer Familienangehörigen sprechen wollten und Rat suchten. Diese Anfragen bildeten die Grundlage für eine Kooperation mit den behandelnden Ärzten, der Psychiatrischen Tagesklinik in Alzey, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Gerontopsychiatrie der Rheinessen Fachklinik. Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regelversorgung für die wachsenden Anforderungen und Bedarfe zu sensibilisieren, ist es zu einem Angebot an Fortbildungs- und Kooperationsmöglichkeiten gekommen.¹¹⁰

Kritisch reflektiert wurden aber auch die Versäumnisse des Projektes:

- „Das Projekt hätte sich im Vorfeld an den Lebenswelten der Menschen orientieren und diese informieren müssen, um eine schnelle Akzeptanz herzustellen (Orientierung am kulturellen, ökonomischen und religiösen Mittelpunkt und an den entsprechenden Schlüsselpersonen).“
- Da statistisch die Einwohnerzahl von Migrantinnen und Migranten in der Verbandsgemeinde Wörrstadt am höchsten war, war hier der Standort gewählt worden. Allerdings befand sich der Lebensraum dieser Menschen eher in Alzey, da dort alle Ämter, der Kulturverein und auch die Moscheen sind. Entsprechend wäre ein (niederschwelliges) Angebot besser im Lebensraum (mitten in den Aktivitäten des Alltags) der Migrantinnen und Migranten angesiedelt gewesen.

In diesem grundsätzlich als konstruktiv wahrgenommenen Modellprojekt ist positiv herauszuheben, dass das Projekt den Beratungsbedarf insbesondere von Migrantinnen sichtbar machte und für zwei Jahre die damit verbundenen interkulturellen Fragen auch angemessen beantwortet werden konnten. Die Dolmetschertätigkeiten, die durch das Projekt geboten werden konnten, wurden auch von anderen Gesundheitsdiensten in Anspruch genommen und konnten zu einer verbesserten Kommunikation zwischen den Einrichtungen beitragen.

Berufliche Förderung junger Menschen mit Migrationshintergrund

Im September 2005 startete in Ludwigshafen ein bundesweit einmaliges Projekt (im Rahmen der Initiative „Menschen pflegen“) zur beruflichen Förderung junger Menschen mit Migrationshintergrund. Die Jugendlichen sollen gezielt auf eine Ausbildung in einem Pflegeberuf vorbereitet werden. Angesichts der steigenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund könnten sie einen Beitrag zur interkulturellen Pflege leisten. Das Modellvorhaben ist insgesamt auf vier Jahre angelegt. Durchgeführt wird das Projekt vom Klinikum der Stadt Ludwigshafen und der Berufsbildenden Schule der Fachrichtung Gesundheit/ Pflege in Ludwigshafen in Zusammenarbeit mit dem

¹¹⁰ Gespräch mit Frau Ingeborg Germann, Referat Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, öffentlicher Gesundheitsdienst und sozialer Wandel. Landeszentrale für Gesundheitsförderung e.V. am 26.08.08

MASGFF.¹¹¹ Evaluationen liegen hier nicht vor, d. h. es fehlt insgesamt an einer aussagekräftigen begleitenden Wirkungsforschung.

Referenzprojekt „Gesundheitslotsen – Mit Migranten für Migranten“ (MiMi)

Die folgenden Aussagen basieren auf bisherigen Veröffentlichungen^{112 113} zum Projekt sowie telefonischen Informationsgesprächen.¹¹⁴

Förderer:	Auftrag des BKK Bundesverbandes seit 2003
Projektnehmer:	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Wiss. Begleitung:	Keine/Erfahrungsberichte/Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld im Rahmen des Forschungsprojektes „Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland“. ¹¹⁵
Laufzeit:	seit 2003
Projektorte/Verlauf:	Nach erfolgreichem Projektverlauf wurde MiMi von Dezember 2005 bis Juni 2007 in Bayern, Hessen, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen fortgesetzt. Als zusätzliche Bundesländer kamen Bremen, Brandenburg, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz hinzu. Von 2007 bis 2008 ist nun das Projekt in den Standorten Bremen, Frankfurt, Gelsenkirchen, Hamburg, Hamm, Hannover, Mainz (Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Mainz-Bingen), Nürnberg, Potsdam und Stuttgart weiterentwickelt worden, indem sich bereits ausgebildete Mediatorinnen und Mediatoren in einer zusätzlichen Qualifikation befinden.

Seit 2003 werden im Auftrag des BKK Bundesverbandes vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover zweisprachige Migrantinnen und Migranten als Gesundheitslotsen ausgebildet. Nach 50 Stunden kostenloser Schulung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihrer jeweiligen Muttersprache ehrenamtlich kostenlose Informationsveranstaltungen zu den Themen Prävention und Gesundheitsförderung durchführen.¹¹⁶ Mit Unterstützung der ausgebildeten Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren sowie Akteuren des Gesundheitswesens erlernen die Migrantinnen und Migranten einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit. Zur Schulung werden muttersprachliche Materialien erstellt. Hierzu steht ein mehrsprachiger Gesundheitswegweiser zur Verfügung, der Informationen zum Aufbau und zu Angeboten des Gesundheitswesens, zu gesunder Lebensweise und weiteren ausgewählten Gesundheitsthemen enthält.

Das Projekt kann aufgrund von positiven Erfahrungsberichten – jedoch nicht aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen – als erfolgreich bewertet werden.

Schlussfolgerung für Rheinland-Pfalz

Auf Grund der positiven Erfahrungen sollten die Schulungsmaßnahmen für Migrantinnen und Migranten in Regionen mit hohem Anteil weiterhin angeboten bzw. um diese erweitert werden. Die ausgebildeten Mediatorinnen und Mediatoren sollten während ihrer ehrenamtlichen Tätigkeiten pädagogisch und fachlich begleitet werden. Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch über ihre

¹¹¹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. Online verfügbar unter <http://www.masfg.rlp.de/>, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹¹² Mit Migranten für Migranten (2008). Online verfügbar unter <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/>, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹¹³ Die Schirmherrschaft hat die Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, MdB übernommen

¹¹⁴ Informationsgespräch mit Björn Menhaus, Ethno-Medizinisches Zentrum, Hanna Voer und Irina Dodnik, Deutsches Rotes Kreuz, Mainz am 23.09.08

¹¹⁵ Pflegeforschungsverbund NRW - Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Häusliche Pflege bei Migranten (2008). Online verfügbar unter http://fvb.animate-it.de/projekte/haeusliche-pflege-bei-migranten.html?no_cache=1, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹¹⁶ Menkhaus, B.; Salman, R.; Hohmann, T. (2005): Endbericht zum MiMi-Projekt für die Projektlaufzeit von August 2003 bis Oktober 2004. Herausgegeben von BKK Bundesverband. Online verfügbar unter http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/fileadmin/template/download/Endberichte/Projektbericht_2003-2004.pdf, zuletzt aktualisiert am 18.10.2005, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

Vermittlungstätigkeit sollte (weiterhin) dokumentiert werden. Eine Dokumentation der Strukturdaten, Erfolge und Misserfolge kann frühzeitig auf notwendige Veränderungen der Projekt- oder Schulungsgestaltung aufmerksam machen.

Referenzprojekt 9: Gesundheitslotsen - Mit Migranten für Migranten

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Gute Ausgangsposition in Rheinland-Pfalz

Der Auftrag dieser Expertise besteht darin, innovative Konzepte für die Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld auf aktuellem Stand des Wissens zu beschreiben, deren Grundlagen und Wechselwirkungen zu berücksichtigen und aus den Erkenntnissen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Kommunen, Akteure und das Land abzuleiten. Zunächst ist zu konstatieren, dass es in Rheinland-Pfalz eine gute Ausgangsposition gibt, um neue Pflegelandschaften und deren Strukturen und Prozesse mit Blick auf das Wohnumfeld zu entwickeln und zu implementieren.

Die Landespflegegesetze setzen seit Jahren die Auflagen, die sich aus den Gesetzen der Bundesebene ergeben, vorbildlich um und ermöglichen vor allen Dingen die Chancen, die sich aus diesem Auftrag ergeben. Neben der Pflegestrukturplanung und den Regionalen Pflegekonferenzen sind es aktuell die aus den Beratungs- und Koordinierungsstellen hervorgegangenen Pflegestützpunkte, die für neue Impulse sorgen werden. Zugleich gibt es im Land eine Fülle von Initiativen und Projekten, die insbesondere über die Initiative „Menschen pflegen“ gefördert, gesammelt, aufbereitet und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Mit dem „Haus der Familie“ steht beispielsweise ein familienzentriertes und zugleich umfassendes wie integrierendes Konzept zum Mehrgenerationenhaus mit kommunaler Vernetzung zur Verfügung, das anschlussfähig ist an viele Erkenntnisse und letztlich auch Vorschläge des vorliegenden Gutachtens.

Somit ist davon auszugehen, dass es gute bis hervorragende Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten für Menschen, Einrichtungen, Verbände, Kommunen und alle weiteren interessierten Gruppen im Lande gibt und reichlich Ansätze wie Beispiele vorhanden sind, um in die Umsetzung neuer Prozesse zu gehen. Der Masterplan Gesundheitswirtschaft, der ab 2009 im Land umgesetzt wird, legt zudem als gemeinsame Initiative des MASGFF und des MWVLW Schwerpunkte auf eine regionale und landesweite Strukturentwicklung mit dem Ziel, Versorgungsketten und -netze zu fördern und zu stärken und unterstützt damit das konzertierte Vorgehen.

Die aktuellen Grundlagen für die Entwicklung und Umsetzung der Pflegestrukturplanung nach dem LPflegeASG geben wertvolle Hinweise für die grundsätzlichen Struktur- und Prozessgestaltungen wie auch für ein zu erprobendes Pflegemonitoring. Auf örtlichen

Ebenen sollen damit systematisch relevante Daten zu Bevölkerungsstrukturen, Gesundheitszustand etc. gesammelt und ausgewertet werden. Diese aufbereiteten Daten sollen dann wieder als Grundlage zur Planung und Entwicklung adäquater und anschlussfähiger Angebotsstrukturen dienen. Dies alles ist bereits auf den Weg gebracht, harret aber noch einer flächendeckenden Bearbeitung bzw. Umsetzung.

Die vorliegende Expertise erweitert diese Grundlagen nun um weitere wichtige Bausteine und Konkretisierungen. Sie legt ein Hauptgewicht auf inhaltliche und prozessbezogene Fragen und Ansätze, lässt wichtige strukturpolitische Aspekte aber nicht aus dem Blick. Sie bereitet systematisch und übergreifend wichtige Handlungsfelder und Megathemen auf, die in erster Linie für eine praktische Ausgestaltung neuer Pflege- und Unterstützungslandschaften für die Wohnumgebung in Frage kommen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Ideen und Modellen, die Sektoren-, Institutions- und Professionsgrenzen überwinden und Versorgungsangebote vernetzen sollen.

Grundsätzliche Leitvorstellungen werden dazu aus den gesetzlich verankerten Ansprüchen und Rechten wie auch aus den Initiativen, Projekten und Beispielen abgeleitet. So müssen über alle Themen hinweg die Implikationen des Gender Mainstreamings beachtet werden, gerade auch, weil im sozialen Handlungsfeld der Pflege, Unterstützung und Betreuung sowohl auf der Seite der Leistungsempfängerinnen und -empfänger wie auch der Leistungserbringerinnen und -erbringer mehrheitlich Frauen stehen. Zentral ist auch das Grundprinzip der Barrierefreiheit, das sich nicht nur auf die Reduktion von Stolperschwellen im Alltag, sondern auf jedweden Abbau von Behinderungen der freien Bewegung im körperlichen, geistigen oder seelischen Sinne bezieht. Dazu gehören freie Zugänge zu Informations- und Beratungseinrichtungen genauso wie die barrierefreie Gestaltung von Internetauftritten u. a. m.

Die Beschäftigung mit internationalen Modellen und Erfahrungen hinsichtlich der Organisation gemeindeorientierter und gesundheitspflegerischer Versorgungsangebote hat gezeigt, dass es auch anderswo mitunter ausgefeilte Ansätze und Instrumente für eine entsprechenden Struktur- und Prozessentwicklung gibt. Beispielhaft wurde das Augenmerk auf das Community Health Nursing (CHN) aus Nordamerika gelegt. Zur Bearbeitung der einzelnen Interventionsfelder wurden aber auch immer wieder Beispiele aus anderen Ländern angeführt wie die Schweiz oder Dänemark.

Eine der zentralen Fragen, die mit einem veränderten und verstärkten Engagement auf regionaler oder kommunaler Ebene einhergehen, ist die nach der Effektivität und Effizienz des Vorhabens. Die Fragen lauten, ob innovative Ansätze erwünschte Wirkungen erzielen können und ob sich ein möglichst günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis einstellt. In diesem Gutachten wurden die Fragen grundsätzlich und exemplarisch beantwortet.

Grundsätzlich haben die Gutachterinnen und Gutachter bei der sozialökonomischen Frage die Kosten-Effektivität in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Dabei wurde der fromme Wunsch verworfen, man könne neue und innovative Pflegelandschaften fürs Wohnumfeld entwickeln und dabei auch noch Geld sparen. Hingegen wurde gezeigt, dass in einem Vergleich von Entwicklungsszenarien sehr wohl aufgrund der Investition in

innovative Ansätze unnötige Kosten etwa für veraltete Heimstrukturen zukünftig vermeiden werden können.

Insofern muss es jetzt folglich um eine kluge und mutige Investition in Reformen und Modernisierungen gehen, die über vielfältigere und effektivere wohnortnahe Angebote zu höherer Lebensqualität insbesondere für ältere Menschen mit Hilfe-, Pflegebedarf und Behinderung beitragen. Nicht ausgeschlossen ist dabei, dass z. B. bei leichten und mittelschweren Fällen der Pflegebedürftigkeit, die durch die neuen Angebote länger zu Hause betreut und gepflegt werden können, mittel- oder auch langfristig die privaten, öffentlichen und solidarisch getragenen Haushalte direkte Ausgaben einsparen können. Es ist aber auch deutlich geworden, dass die Angelegenheit keineswegs trivial ist und sich unter Einbezug aller Faktoren und Variablen auch die Frage des Aufwands und der Wirkungen durchaus komplizierter darstellt.

Exemplarisch wurde bei der Betrachtung der innovativen Projekte und Beispiele Wert darauf gelegt, was sich hinsichtlich der nachweisbaren Wirkungen sagen lässt. Trotz einer Fülle von Projekten, auf die hier Bezug genommen wurde, muss festgehalten werden, dass die Wirksamkeitsnachweise nicht in allen Fällen geführt werden können. Das erklärt sich zumeist aufgrund der Komplexität der Sachverhalte, die untersucht und entwickelt worden sind. Dennoch sind die empirischen Befunde in der Gesamtschau überzeugend, denn sie zeigen gleichermaßen Erfolg versprechende Wege und Lösungen für zentrale Fragen auf, die mit der Innovation der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld einhergehen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Erkenntnisse der zentralen Innovationsfelder sowie aus den Beispielen und Referenzprojekten zusammenfassend und übergreifend dargestellt.

Von der Erkenntnis zum Handeln – Alles läuft auf die Kommunen hinaus

Die Debatte um die Entwicklung zukunftsfähiger Wohnumfeldkonzepte läuft bereits seit längerem. Auch mit Blick auf die besondere Herausforderung einer alternden Gesellschaft gibt es eine Fülle von Studien, Beiträgen und Empfehlungspapieren, auf die in dieser Expertise Bezug genommen wurde. Im vergangenen Jahr wurden u. a. auch ein Handlungsleitfaden für das Wohnen im Alter vom BMFSFJ¹¹⁷, ein Positionspapier „Zukunft Quartier“ der Initiative SONG (Soziales neu gestalten)¹¹⁸ sowie Eckpunkte des Deutschen Vereins für sozialräumliche Ausgestaltung kommunalen Handelns¹¹⁹ vorgelegt. So wie in dem vorliegenden Gutachten kommen die Autorinnen und Autoren dieser Quellen zu dem klaren Schluss:

¹¹⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin.

¹¹⁸ Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Positionspapier des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel. Gütersloh.

¹¹⁹ Deutscher Verein (Hg.) (2006): DV 17-06 Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. Online verfügbar unter http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen2006/pdf/copy8_of_eugleichbehandlungsrichtlinien.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.12.2006, zuletzt geprüft am 17.09.2008.

Den Kommunen fällt die Schlüsselfunktion in der Initiierung, der Organisation und der Förderung der kommunikativen und steuernden Prozesse bei der Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld zu!

Der Handlungsleitfaden des BMFSFJ ist auf der Grundlage einer Befragungsauswertung von Kommunen entstanden, die bereits 2006 veröffentlicht worden ist. Er liefert eine Fülle von detaillierten Vorschlägen zum Vorgehen in verschiedenen Handlungsfeldern mit Schwerpunkt auf das Wohnen im Alter. Kommunen werden als maßgebliche Akteure bei der Ausgestaltung der sozialen Daseinsvorsorge insbesondere bei der Infrastrukturentwicklung im Wohnsektor gesehen. Ihre Nähe zum Menschen spricht für die besondere Verantwortung, aber auch für die Spielräume, die daraus erwachsen können. Es wird darauf hingewiesen, dass sich durch die Entwicklung altersgerechter Wohn- und Infrastrukturen auch für kommunale Haushalte Einsparpotenziale erschließen ließen. Kommunen sollten daher mehr noch als bislang schon initiativ werden und erkennen, dass die Bereitstellung altengerechter Wohnformen ein Handlungsfeld der Zukunft ist.

Der Leitfaden geht im Einzelnen auf die inhaltlichen Handlungsfelder der Entwicklung eines altersgerechten Wohnumfeldes, die Gestaltung von Wohnraumangeboten und ausdrücklich auf die Förderung von Wohnumfeldkonzepten ein. Als strategische Handlungsfelder werden die Verbesserung der Informationslage zum Wohnen im Alter, Verbesserung von Kooperationen, Stärkung von Eigeninitiative und Mitwirkung sowie Sicherung der Angebotsqualität durch kommunale Steuerung bearbeitet. Es schließt sich ein Teil zur Umsetzung an, in dem eine Reihe von themenorientierten Checklisten praxisnah aufgeführt wird.

Die Initiative SONG geht von einem radikalen demografischen Wandel aus, der ebenso starke Reaktionen und Planungen der verantwortlichen Akteure erfordert. Die zentrale Perspektive der Argumentation ist das Wohnumfeld. Das Positionspapier ist ein Plädoyer für eine stärkere Vernetzung und einen Abbau von Berührungspunkten und Barrieren. Das Gestaltungsprinzip orientiert sich an einer kommunalen Moderationsstrategie unter Einbezug aller relevanten Akteure inklusive der Betroffenen. Den Kommunen fällt dabei eine bedeutende Rolle zu, allerdings wird von zentralistischen Strukturen abgeraten: „Sie (die Kommunen, d.V.) sollen vielmehr durch die Bereitstellung von Infrastruktur, Kommunikation und Dialogplattformen sowie den Abbau von Handlungsschranken die Basis und die Freiräume schaffen, damit die zivilgesellschaftlichen Akteure bedarfsgerechte Lösungen umsetzen können.“ (S. 11)

Es werden Empfehlungen an die Kommunen formuliert wie etwa die Einführung integrierter Sozialraumanalysen als Planungsinstrument, eine ämter- und ressortübergreifende Kooperation in der kommunalen Verwaltung und die Verlagerung von Entscheidungsbefugnissen auf die Wohnumfeldebene. Die Einrichtung Runder Tische zu „Wohnen und Betreuung“ wird ebenso angeregt wie ein überregionaler Austausch zwischen Kommunen u. a. m.

Ebenfalls werden durch das Positionspapier von SONG Empfehlungen an Bund und Länder formuliert. So wird empfohlen, neben der Einzelfallhilfe im Sozialsystem die In-

vestition in Strukturen wie Case Management, Koordination und Netzwerkarbeit usw. nicht zu vernachlässigen. Darüber hinaus wird empfohlen, ein aktivierendes und flexibles Leistungsrecht zu schaffen, das u. a. eine Modularisierung von Leistungen stationärer Angebote vorsieht und eine Gemeinwesenorientierung und Kooperation im Pflegesystem honoriert.

Bei den ebenfalls erst jüngst verabschiedeten „Eckpunkten des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns“ handelt es sich um ein Positionspapier, das Vorschläge auf der Grundlage des Paradigmas eines an Sozialräumen orientierten Denkens entwickelt. Es geht damit zunächst über die Perspektive der Pflege, Unterstützung und Betreuung hinaus, liefert aber eine klare Perspektive zum Wohnumfeld. Eine sozialräumliche Ausgestaltung kommunalen Handelns greift verschiedene Ansätze auf, um in den Kommunen die Chancen für integrierte Ansätze zu verbessern.

Die sozialräumliche Ausgestaltung kommunalen Handelns sollte demnach von folgenden Prinzipien geleitet sein:

- Ressort- und handlungsfeldübergreifendes Arbeiten
- Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte
- Vernetzung und Einbindung aller lokalen Akteure
- Von Bewohnerinnen und Bewohnern getragene Strukturen, Aktivierung und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern

Den Autorinnen und Autoren zufolge ist die Kommunalverwaltung eine geeignete Instanz, Entwicklungspartnerschaften zu initiieren und zu moderieren. Dabei soll die Verantwortung für die Gesamtkoordination, die Zielsetzung und Prioritätenfindung nicht an einzelne Fachämter oder Interessengruppen abgegeben werden und die politische Spitze der Kommune soll eine wesentliche Steuerungsfunktion innehaben.

Sozialraumorientierung kommunalen Handelns benötigt zudem klare Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen. Es ist im Vorfeld zu klären, von wem unterschiedliche Funktionen und Aufgaben zu erledigen sind. Diese reichen von der Gesamtsteuerung und Koordination über Moderation und Projektentwicklung bis hin zur Vernetzung, Aktivierung und Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern. Wie eine sinnvolle Aufgaben- und Rollenverteilung aussehen kann, sei den Eckpunkten zufolge in jeder Kommune vor dem Hintergrund örtlicher Gegebenheiten zu entscheiden.

Bereits 2004 wurden im Abschlussbericht des vom BMFSFJ geförderten Projektes zu den Altenhilfestrukturen der Zukunft die Erkenntnisse folgendermaßen zusammengeführt:

„Die gemachten Erfahrungen belegen, dass eine systematisch angelegte Kooperation und Vernetzung von verschiedenen Leistungsanbietern Synergien schafft, die zu qualitativ besseren Leistungen bei einem rationelleren Ressourceneinsatz führen können. Erfolg versprechend sind solche Ansätze, die darauf abzielen, vorhandene Kooperationsstrukturen schrittweise zu lokalen Qualitätsverbänden auszubauen. Hierbei hat es sich bewährt, zur Herstellung der notwendigen Verbindlichkeit formale Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Dies lässt sich am

besten vor dem Hintergrund von gemeinsam erarbeiteten Leitbildern und Qualitätsstandards realisieren. Zur Leistungsplanung und Steuerung sollte im Sinne der gewünschten Mobilisierung von Synergien auf Elemente des Case Managements zurückgegriffen werden. Während dies in eher kleinräumigen Strukturen, bei denen (interdisziplinäre) Teams miteinander kooperieren und dabei die erforderlichen Hilfen für die Klienten unmittelbar abstimmen, die Methode der Wahl ist, ist dies in komplexeren Verbänden schwerer zu realisieren und eher als Entwicklungsziel zu betrachten. In diesen Fällen sollte aber als Mindeststandard die Durchführung von gemeinsam abgestimmten Assessmentverfahren sowie eine dokumentierte Überleitung innerhalb des Verbundes realisiert werden. Die Netzwerkkoordination schließlich sollte im Sinne einer „regionalen Moderation, Planung und Steuerung“ begriffen werden. Die Zuständigkeit hierfür kann sowohl bei der Kommune als traditionell planender Instanz als auch bei einem sonstigen Träger liegen, der vor Ort über das entsprechende Potenzial und die Erfahrung verfügt und bei den Akteuren anerkannt ist. Entscheidend ist, dass die Instanz neutral gegenüber den verschiedenen Einzelinteressen insbesondere der Leistungsanbieter agiert sowie über ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz verfügt. Im Rahmen des Modellprogramms liegen hierzu unterschiedliche Lösungen vor. Besonders interessant sind die Ansätze, bei denen die regionalen Koordinationsaufgaben zwischen einer von den Verbundpartnern im Umlageverfahren selbst finanzierten Koordinationsstelle sowie einer kommunalen Instanz aufgeteilt werden“.¹²⁰

Das Fazit dieser Betrachtungen lautet, dass es bereits reichlich Erkenntnisse und gute Vorschläge über die zukünftige Gestaltung von Wohnumfeldern und Altenhilfestrukturen gibt. Darüber hinaus existiert – wie gezeigt – auch eine Vielzahl von ganz konkreten Umsetzungsempfehlungen. Der größere Teil der Analysen und Empfehlungen geht auf Rahmenbedingungen und grundsätzliche Entscheidungs- und Handlungsfelder ein, wie etwa das aktuelle Eckpunktepapier des Deutschen Vereins.

Die vorliegende Expertise nun hat einen anderen, ergänzenden Ansatz verfolgt. Über den inhaltlichen Einstieg in verschiedene Innovationsfelder wie die Öffnung des stationären Sektors, das bürgerschaftliche Engagement und die personenbezogenen Budgets wurden das aktuelle Wissen und vorbildliche Referenzprojekte vorgestellt und diskutiert. Für die Kommunen stellen diese alleine schon wertvolle Hinweise für eigene Projekte, mehr aber noch für konzertierte Vorhaben dar. Es wurde ein weiter thematischer Bogen gespannt und zugleich der Versuch unternommen, die einzelnen Themenfelder enger miteinander in Bezug zu setzen und über die besondere Bedeutung und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommune wieder zusammenzuführen. Dabei ist von Bedeutung, dass hier auch erstmals über alle relevanten Sozialgesetzbücher hinweg integrierende Möglichkeiten vorgeschlagen und erörtert werden können. Letztlich ist die folgende Erkenntnis Konsens:

An den Kommunen führt kein Weg vorbei, wenn es um die Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld geht. Sie müssen dazu die Initiative ergreifen, Strukturen schaffen und Prozesse fördern. Zugleich werden die anderen regionalen Akteure, die Länder und der Bund aber keineswegs aus

¹²⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm (2004). Lage: Jacobs

der Verantwortung gelassen, sondern auf eine gemeinschaftliche Gemeinwesenarbeit eingeschworen und verpflichtet.

Deshalb wird im Folgenden der neuen Rolle der Kommune eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt und auch zukunftsweisend konkrete, strukturpolitische Vorschläge der Umsetzung gemacht.

5.2 Die neue Rolle der Kommune

Kommunalität als Ebene des lokalen Daseins und Ort der Verwirklichung des Menschen ist eine uralte Idee. Der Mensch will sich individualisieren und drängt zum Person-Werden, definiert als Status der Autonomie, als Praxis seiner Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung. Er kann dies jedoch nur im Modus des Mit-Seins mit anderen Menschen leben. Er ist als Ich am Du im Dialog gebunden. Die tiefste Form dieses Mit-Seins, in dem der Mensch zugleich sich selbst vollkommen entfaltet, nennt man in der Philosophie und in der Theologie das Prinzip der Liebe.¹²¹ Da die Menschen dies aber nicht zu allen anderen Menschen empfinden können, entwickeln sich andere Formen und Ebenen der Solidarität, die politisch¹²² definiert werden: als altruistische Gebilde der Hilfe auf Gegenseitigkeit und der freiwilligen Fremdhilfe für Dritte. Darin wurzelt auch die praktische Sozialpolitik des Sozialstaates. Generationenbeziehungen, also die Umgangsweise der Menschen im konkreten Miteinander der verschiedenen Altersklassen¹²³, gehören in den Kernbereich der sich so ergebenden politischen Daseinsaufgaben.

Modernisierung der kommunalen Daseinsvorsorge

Gerade auch als Antwort auf Internationalisierung und Globalisierung, insbesondere auf die wettbewerbliche und marktorientierte Dynamik des EU-Binnenmarktes¹²⁴, der Folgen und Implikationen daraus hat sich die Idee der Daseinsvorsorge eher verstärkt als abgeschwächt. Die Modernisierung bezieht sich mehr auf die Modalitäten der Umsetzung. Die Verantwortung des Staates und seiner Gliederungen für die Sicherstellung und Gewährleistung von Dienstleistungen mit existenzieller Bedeutung für die alltägliche Lebensführung der Bürgerinnen und Bürger ist als europäisches Sozialmodell gestärkt aus den Prozessen hervorgegangen. Die Grundrechte der Charta von Nizza bestätigen und

¹²¹ Schulz-Nieswandt, F. (2006): Chancengleichheit und Sozialstaat. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 37, H. 4, S. 4–18.

¹²² Schulz-Nieswandt, F. (2004): Politische Herausforderungen des Alters. In: Kruse, Andreas (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. 1. Aufl. Bern: Hans Huber (Aus dem Programm Huber: Psychologie-Handbuch).

¹²³ Schulz-Nieswandt, F. (2007): Kulturelle Ökonomik des Alterns. Zum Umgang mit dem Alter im Generationengefüge zwischen archetypischer Ethik und Knappheitsökonomik. In: Teising, M.; Drach, L. M.; Gutzmann, H.; Haupt, M.; Kortus, R.; Wolter, D. K. (Hg.): Alt und psychisch krank. Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen: Kohlhammer.

¹²⁴ Schulz-Nieswandt, F. (2008): EU-Harmonisierung im Gesundheitswesen? Der Wandel der Umwelt der betrieblichen Organisationen im Gesundheitswesen. In: Greiner, W.; Schulenburg, J. M. von der; Vauth, C. (Hg.): Gesundheitsbetriebslehre. Management von Gesundheitsunternehmen: Hans Huber, S. 515–533.

fundieren diese Vergrundrechtlichung nun auch für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger.¹²⁵

Auch innerhalb der bundesdeutschen Gesellschaft haben Kräfte auf diese Entwicklung hingewirkt. Die Modernisierung bezog sich primär auf Modelle neuer Steuerung (New Public Management), auf einen Wohlfahrtsmix insbesondere zwischen Staat, Markt und Familie bzw. Verwandtschaft. Hinzu kommt eine immer stärkere Raumbewusstheit der sozialpolitischen Interventionen in Theorie und Praxis. Der Sozialraumbezug und die lebensweltlichen Kontexte (das Denken in Settings)¹²⁶ wurden und werden immer wichtiger.

Insbesondere international werden positive Erfahrungen mit kommunalen Prozessen der Gestaltung der Hilfeangebote angesichts soziodemografisch anwachsender Bedarfe gesammelt.^{127 128} Im Ausland macht man allerdings immer dann bessere Erfahrungen in einer regionalisierten, auf Integration und Vernetzung abstellenden Entwicklung moderner Versorgungslandschaften, wenn die Kommunen dazu die notwendige politische Macht haben, ausgedrückt etwa in einem zentralen, die Fragestellungen übergreifenden Budget. In der Schweiz z. B. im Engagement der Stadt Zürich in der Politik des „Gesundheitsnetzes 2025“¹²⁹ spielt sicherlich die Tatsache eine entscheidende Rolle, dass die Stadt selbst Spitäler vorhält und die Spitex-Dienste stärker einbinden kann.

In Deutschland ist man zunächst auf eine mögliche Moderationsrolle reduziert, die eine besondere Kompetenz erfordert. Doch könnte man in Deutschland auch fragen, warum die kommunalen Krankenhäuser nicht stärker zum Initialmodul integrierter Versorgung werden. Hier hätten die Kommunen doch ein ökonomisches Instrument in der Hand, um derartige Entwicklungen vor Ort anzustoßen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind dafür vorhanden. Es fehlt wohl noch am politischen Bewusstsein und der Phantasie, dass die Kommune gerade dafür im Rahmen der Daseinsvorsorge zuständig ist und aktiv werden muss. In der vorliegenden Expertise werden daher vielfache Beispiele und Referenzprojekte vorgestellt, die zu einem kommunalen Aufbruch ermutigen sollen.

Zunächst wird man dafür jedoch der Einschätzung folgen müssen, dass es nicht beliebig viele Lösungen für die komplexen Probleme gibt. Auf die Fragmentierung des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems¹³⁰ ist mehrfach hingewiesen worden. Die zahlreichen schwierigen Schnittstellen sind aber längst erkannt. Und die Erkenntnis reift, dass es zu

¹²⁵ Schulz-Nieswandt, F. (2007): Public-Private-Partnership im Sozialsektor. Kontexte einer Theorie-Praxis-Entwicklung im engeren und im weiteren Sinne. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 56, H. 3, S. 51–56.

¹²⁶ Kümpers, S. (2008): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Herausgegeben von Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), zuletzt aktualisiert am 17.04.2008, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹²⁷ Kümpers, S. (2007): Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz. Herausgegeben von Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), zuletzt aktualisiert am 17.04.2008, zuletzt geprüft am 30.09.2008.

¹²⁸ Kümpers, S.; Raak, A. von; Hardy, B.; Mur, I. (2002): The influence of institutions and culture on health policies: different approaches to integrated care in England and The Netherlands. In: Public Administration, Jg. 80, H. 2, S. 339–358.

¹²⁹ Schulz-Nieswandt, F. (2007): Gesundheitsnetz 2025 - Innovationen in der Gesundheitsversorgung in Zürich. In: Soziale Medizin, Jg. 34, H. 4, S. 19.

¹³⁰ Braun, G. E.; Blome-Drees, J.; Schulz-Nieswandt, F. (2006): Liberalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, 53).

innovativen und übergreifenden Versorgungsstrukturen der Integration keine sinnvollen Alternativen gibt. So sind die Bereiche der Medizin, der Rehabilitation, der Pflege, der Hilfen für Menschen mit Behinderungen¹³¹ und komplementären sozialen Dienstleistungen insgesamt zu vernetzen. Die soziodemografischen und die damit einhergehenden epidemiologischen Verschiebungen in der Bevölkerung machen dies dringend erforderlich.

Kein einzelner Kostenträger, weder die Kranken- noch die Pflegeversicherung oder ein Rehabilitationsträger, auch nicht örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger, sofern sie sich immer nur auf Sparten beziehen (Altenhilfe oder Eingliederungshilfe z. B.), können letztendlich zu dem zentralen Akteur der übergreifenden Integration und Moderation werden. Alle ökonomischen und verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnisse sprechen dafür, dass die eigene Interessensgebundenheit der jeweiligen Akteure zu ausgeprägt ist, um die übergreifende Gemeinschaftsaufgabe hinreichend im Auge zu behalten. Dies alles läuft auf die Erkenntnis hinaus, dass den Kommunen hier eine neu zu formulierende und auszugestaltende Rolle zuwächst. Denn die eher rhetorische Frage, die sich nun noch stellt, lautet: Wer sonst als die Kommunen könnten diese Rolle übernehmen?

Die Gutachterinnen und Gutachter möchten jedoch auch dem Bild einer möglicherweise naiven und romantisch verklärten Zukunftsrolle der Kommunen entgegenwirken. Auch muss die Ambivalenz in der Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Rollen der Kommunen gesehen werden. Nicht überall und von allen Akteuren wird eine solche, hier beschriebene neue Rolle der Kommune akzeptiert. Gegenläufige Intentionen und Vorbehalte, aber auch Unverständnis und Desinteresse gehen oftmals komplizierte Gemengelage ein. Und die Kommunen, so differenziert sie ohnehin aufgestellt sind, müssen auch in diese zukunftsweisenden Aufgaben der Wohnumfeldentwicklung hineinwachsen können. Auch wenn, wie gutachterlich gefordert, eine Kommunalisierung einen tendenziellen Rückzug des Landes in kostenträgerschaftlich-strategischer und global steuernder Perspektive bedeutet, so bleiben viele Kommunen auf eine spezifische Gewährleister-Rolle des Landes angewiesen. Und dies gilt nicht nur vorübergehend, sondern langfristig. Das Land muss in dieser Funktion weiterhin auch Rahmen vorgeben und Regeln setzen sowie landesweite Ziele mitbestimmen und Anreize geben können. Die Kommunen sollen dadurch im Konsens und unter Einbringung ihrer spezifischen Kompetenzen und Gestaltungsfreiräume sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe in die Lage versetzt werden, ihre neuen Rollen zu erfüllen.

Diese Rolle als Gewährleistungs-Land ist sicherlich noch nicht hinreichend definiert worden, da die Entwicklung in diese Richtung im Prozess der Kommunalisierung erst begonnen hat. Unabdingbar scheint eine infrastrukturell unterstützende Rolle des Landes für die Kommunen zu sein. Und die Landesgesetzgebung wird weiterhin politisch die wichtigsten Rahmenvorgaben gesetzgeberisch konstituieren müssen. So gesehen werden die Kommunen auf die Weiterentwicklungen landesgesetzlich verpflichtet werden müssen. Gleichwohl wird angesichts der Vielfalt der kommunalen Welten in Stadt und

¹³¹ Driller, E.; Alich, S.; Karbach, U.; Pfaff, H.; Schulz-Nieswandt, F. (2007): Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Land eine Gleichheit der Wege nicht möglich und auch nicht sinnvoll sein. Die verschiedenen kommunalen Wege werden gleichwertig und damit vielgestaltig die Zukunftsvision einer wohnumfeld-orientierten und lebenswelt-zentrierten Förderung der selbstständigen Lebensführung der Menschen bis in höhere Alter hinein verfolgen können. Dennoch sollte das Land auf eine kollektiv geteilte Verpflichtung und auf ein Leitbild moderner, humaner Pflegestruktursteuerung verbindlich hinwirken. Offen und sicherlich kontrovers bleibt die rechtstheoretische Frage, ob eine Gewährleistungsfunktion der Landesebene nicht auch instrumentell die Möglichkeit vorsehen muss, in offensichtliche Lücken von „Kommunalversagen“ gestalterisch einspringen zu können und zu müssen. Diese Frage stellt sich analog zur Modernisierung der Daseinsvorsorge in Sektoren, wo die Dienstleistungen im Sinne der Gewährleistungsfunktion von allgemeinem Interesse an private und freie Träger delegiert werden (Ausschreibung, Betrauung etc.).

Auch aus ausländischen Erfahrungen wissen wir, dass diese Aufgaben der lebensweltlichen Vernetzung von Akteuren und Netzen nur eine regionale Gebietskörperschaft übernehmen kann. Nachteilig kann sich hierbei auswirken, dass die Kommune keine integrierte Globalbudgetverantwortung für die Prozesssteuerung hat, wenn man von großen Teilbereichen der Sozialhilfe absieht. Damit fehlt ihr eine zentrale politische Variable. Sie hat diesbezüglich wenig Macht. Aber sie kann ihr grundsätzliches Kapital an Akzeptanz, fachlicher Autorität und Vertrauenspotenzial einsetzen und entwickeln. Sie muss ihre Moderatorenrolle mittels professioneller kommunikativer Kompetenzen einnehmen und ausfüllen. Und es bedarf eines systematischen Monitorings des Prozess- und Leistungsgeschehens, so dass sich die ganze Region bzw. die regional wirksame Akteurskonstellation als lernende Organisation begreifen können. Dies ist eine Herausforderung, die als sozialräumliche Organisationsentwicklung mit verbundener Personalentwicklung zu verstehen ist. Es muss also ein institutionelles Setting gefunden werden, allgemeine Regelsysteme müssen generiert und verbindlich akzeptiert werden und die Akteure müssen an einem gemeinsam normativ geteilten Leitbild orientiert sein.

Zugleich müssen auch die Verantwortlichkeiten etwa der Pflege- und Krankenkassen, der Einrichtungsträger, der Verbände, der Selbsthilfe etc. zur Wirkung kommen können. Die Steuerungsaufgabe der Kommune bedeutet nicht, dass andere aus der Verantwortung entlassen werden. Im Gegenteil, der Prozess läuft darauf hinaus, das jeweilige Engagement der unterschiedlichen Akteure in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess zu identifizieren und mit Blick auf eine sich potenzierende Wirkung zu stärken.

Kommunalisierung der Verantwortung und Steuerung von Pflegelandschaften

Dass die Choreografie einer gelingenden Entwicklung von vernetzten Pflege- und Unterstützungslandschaften mit Blick auf das Wohnumfeld auf der Grundlage einer neuen kommunikativen Plattform, die von der Kommune moderiert wird, stattfinden muss, ist vor dem Hintergrund dieser Einschätzung nahe liegend. Die hier vorgeschlagene Kommunalisierung der politisch-strategischen und der versorgungsorientiert-operativen Ar-

beit einer Netzwerke-Vernetzung versteht sich damit als eine Antwortperspektive, um die erkannten Probleme mit den vorgestellten Beispielen und Ansätzen zu verbinden und zu lösen.

Empfohlen wird eine Neuordnung, die eine weitere Kommunalisierung einleiten kann und somit die moderne Gewährleistungskommune strukturell ermöglicht. Die Kommune muss dazu die Möglichkeit haben, zumindest die Sozialhilfeausgaben für die Altenpolitik und Politik für Menschen mit Behinderung gemäß SGB XII und SGB IX zu bündeln, teilweise auch die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik gemäß SGB II und SGB III. Dies ist eine Voraussetzung, um ein kommunales Budget weniger kausal-, sondern vielmehr finalorientiert zu schnüren, um somit auch Lenkungsaspekte realisieren zu können. Das heißt aber auch, dass sich Land bzw. überörtliche Träger als Kostenträger sukzessive zurückziehen müssten und ihre Ressourcen auf die Kommunen übertragen und im Weiteren als rechtliche Rahmensetzer und global Steuernde fungieren sollten. Diese Rahmensetzung sollte auf die Ermöglichung der kommunal gebündelten Politik fördern. Betont werden darf aber nochmals die Unterstützungsrolle des Landes für viele Kommunen, die u. a. aufgrund von Besonderheiten zu den anstehenden Schritten aus eigener Kraft nicht in der Lage sind. Sofern Fragen der Entwicklung von Versorgungslandschaften entstehen, die jeweilige Verwaltungsgrenzen von Kommunen überschreiten, müssen sich entsprechende interkommunale Zusammenarbeiten ergeben. In anderen Bereichen der Daseinsvorsorge sind interkommunale Gemeinschaften schließlich üblich (etwa in der Abfallwirtschaft oder der Energieversorgung), also machbar.

Die Kommune muss sich zugleich bewusster werden, dass ihr hier eine eminent wichtige Gestaltungsaufgabe zukommt.¹³² Sie hat dafür zu sorgen, dass eine moderne Versorgungslandschaft entfaltet wird, die dem Sog in die stationäre Langzeitpflege – sowohl für Menschen mit Pflegebedürftigkeit als auch mit Behinderungen - in einem klassischen, anstaltsförmigen Sinne entgegenwirkt und auch kosteneffektiver ist als bisher. Eine Ausgabeneinsparung im Trend wird angesichts der wachsenden Bedarfe nicht erwartet werden können. Aber die Ausgaben können bessere Ergebnisqualitäten produzieren. Dazu müssen die Strukturen gut aufgestellt sein; und die Prozesse, die in diesen Strukturen ablaufen, müssen optimiert werden.

Strategische und operative Schritte der Umsetzung

Die organisatorische Form, die benötigt wird, muss den Akteuren und Professionen die Chance geben, sich vertrauensvoll (Bildung von Vertrauenskapital) aufeinander hinzubewegen und ihre Vernetzung als positives Sozialkapital verstehen zu können. Eine Einbeziehung aller relevanten Akteure mit eigenem Interesse an der Entwicklung folgt dem so genannten „Stakeholder“-¹³³-Denken, welches versucht, die Prozesse möglichst nicht auf Kosten Dritter zu organisieren.

¹³² Lies, J. (2003): Wandel begreifen. Die Rolle von Macht und Sozialkapital im Change-Management. 1. Aufl. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Wirtschaftswissenschaft).

¹³³ Das Stakeholder-Denken setzt an den jeweiligen, auch divergierenden Intentionen und Interessen der beteiligten Akteure an und versucht, diese von vornherein zu berücksichtigen, um alle im Prozess mitzunehmen.

Eine weit in die Zukunft reichende Vision wäre es, dass die Kommunen „Agenturen für kommunale Sozialkapitalentwicklung“¹³⁴ einführen. Diese haben die zentrale Aufgabe, die strategischen Prozesse zu managen. So sind sie für die institutionell-politische Netzworkebildung im kommunalen Raum mit Blick auf Medizin, Rehabilitation, Pflege, Politik für Menschen mit Behinderung und komplementäre soziale Dienste zuständig. An diese Agenturen schließen sich zentrale Kontakt- und Servicestellen für das personenorientierte und sektorübergreifende Care und Case Management an, die eher für das Management der operativen Geschäfte in der Kommune und im Wohnumfeld zuständig sind. Es liegt aber nahe, dass es wenig Sinn macht, dieses mögliche Fernziel hier abstrakt ‚von oben‘ einfach politisch einzuführen. Der Bruch zu den konkreten realen Anknüpfungspunkten in den ohnehin unterschiedlichen Kommunen wäre zu groß. Allerdings könnten die in der Umsetzung befindlichen Pflegestützpunkte sich durchaus zu zentralen Steuerungseinheiten entwickeln. Aber auch dies setzt die politische Akzeptanz voraus. Im Sinne des Bildes konzentrischer Kreise könnte sich das akteurbezogene Integrationsfeld der Pflegestützpunkte langsam und mit Geduld über einen längeren kulturellen Lernprozess zu einem strategischen Steuerungszentrum entwickeln. Die Tatsache, dass in Rheinland-Pfalz die Pflegestützpunkte in die regionalen Pflegekonferenzen aktiv integriert sind, arbeitet dieser Idee grundlegend und nachhaltig zu.

Der anzustrebende Veränderungsprozess ist qualifiziert und professionalisiert zu choreografieren. Dazu bedarf es im strategischen Bereich der Verknüpfung einer politischen Akteurlandschaft wie im operativen Geschäft der konkreten versorgungsrelevanten Netzwerkarbeit einer Rekrutierung von Personal mit entsprechender betriebswirtschaftlicher Managementausbildung und -erfahrung sowie ergänzenden feldspezifischen fachlichen Kenntnissen. Dieses Personal muss ein professionelles Organisationsentwicklungskonzept implementieren, das hinreichend systemisch angelegt ist und die Aufgabe choreografisch – also auch mit der entsprechenden Zeitperspektive – verstehen muss. Hier ist den Gutachterinnen und Gutachtern augenblicklich bewusst, dass der Personalschlüssel der Pflegestützpunkte sowie die noch zu optimierende Systematisierung der dort zu leistenden Arbeit (Stichwort: zugehende Pflegeberatung) zurzeit noch begrenzte Perspektiven aufweist. Doch zeichnet sich hier, bei allgemeiner Akzeptanz und erfolgreicher Kommunikationsarbeit im kommunalen Raum, eine Wachstumsperspektive ab, die im Bild der konzentrischen (Wachstums-)Ringe angedeutet worden ist.

Durch die Einbindung der sich so entwickelnden Pflegestützpunkte werden unter anderem die Pflegestrukturplanung ebenso wie die regionalen Pflege-Konferenzen zu organisieren und zu moderieren sein. Vor dem Hintergrund der neuen Chancen etwa der Verknüpfung von SGB V und SGB XI und weiterer integrierender und budgetorientierter Ansätze – etwa die Rehabilitations- und Behindertenpolitik nach SGB IX, die Altenhilfe und die Eingliederungshilfe nach SGB XII, aber auch die Arbeitsmarktpolitik (SGB II sowie SGB III) sind darüber hinaus Konferenzen denkbar, die die Gesundheits- und Pflegeversorgung integriert managen können und sollen. Auch wenn in Rheinland-Pfalz diese

¹³⁴ Grüb, B. (2007): Sozialkapital als Erfolgsfaktor von Public Private Partnership. 1. Aufl. Berlin: BWV Berliner Wiss.-Verl. (Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, 206).

Konferenzen unter dem Titel der regionalen Pflegekonferenz geführt werden (da das Ausgangsthema die Pflege ist), kann man diese inhaltlich als „Gesundheits- und Pflegekonferenzen“ (GP-Konferenzen) verstehen, indem noch stärker als bisher die Gesundheitsakteure einbezogen werden, was auch die europarechtlich gängige Auffassung von universalen Komplexleistungen aufgreift. Zu betonen ist hier, dass keine zusätzlichen Strukturen geschaffen werden. Die Pflegekonferenzen würden nur die Gesundheitsakteure einbeziehen. Richtig ist, dass andere Bundesländer neben der Pflegekonferenz eine Gesundheitskonferenz in den Regionen kennen. Hier geht es um die Zusammenführung. Und dort, wo es keine von der regionalen Pflegekonferenz getrennte Gesundheitskonferenz gibt, soll die Pflegekonferenz organisch, aus sich heraus wachsend, eine solche Gesundheitswesen-Orientierung einbeziehen.

Erläuterung: Agentur für Sozialkapitalentwicklung

Zur Verdeutlichung, was unter einer Agentur für Sozialkapitalentwicklung zu verstehen ist, könnte eine Analogie hilfreich sein. Jede Kommune bemüht sich durch ein Amt für Wirtschaftsförderung, ökonomisches Kapital standortmäßig zu binden. Eine Kommune muss mit Blick auf den demografischen Wandel der nächsten 25 Jahre aber auch erfolgreich sein in der Förderung und Bindung von Sozialkapital, also der zumeist informellen Netze und deren Vernetzung. Dies wird als eine wesentliche Voraussetzung verstanden, damit der ältere Mensch in einem lokalen Raum des sozialen Vertrauens und Engagements sowie der Gegenseitigkeitshilfen erfolgreich und zufrieden leben und altern kann. So können auch die Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger als eine Form von Humankapital gefördert und sozial sinnvoll genutzt werden. Die Zukunft der Kommunen entzündet sich nicht nur an der Pflege und Förderung des ökonomischen Kapitals, sondern auch an der Entwicklung des auf das soziale Zusammenleben bezogenen Sozialkapitals sowie des auf die Daseinsvorsorge bezogenen Humankapitals.

Die neuen kommunalen Strukturen müssen die Akteure zusammenbringen und die Weichen stellen, um innovative Entwicklungen u. a. auf Wohnumfeldebene anzustoßen. Dazu gehören wie gezeigt die grundsätzlichen Fragen und Konzepte zur Öffnung des stationären Sektors, zur Modernisierung des bürgerschaftlichen Engagements, zur integrierten Versorgung und Schnittstellenarbeit, zu Budgetierungsprozessen, zu zugehenden Beratungsangeboten (Präventiver Hausbesuch) wie auch zur Beachtung besonderer Lebenslagen angesichts von Migrationshintergründen und weitere mehr. So geht es beispielsweise um eine konzertierte Abstimmung der Gewinnung von Menschen für das bürgerschaftliche Engagement in der Form, dass in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Alten-, Pflegearbeit und Arbeit für Menschen mit Behinderungen etc.) nicht aneinander vorbei oder sogar gegeneinander Strategien entwickelt werden. Ferner könnte die Aufgabe angegangen werden, gerade auch mittels der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft, diese und ambulante Ärzteschaften zusammenzubringen. Und es könnte endlich die fachlich und wissenschaftlich seit vielen Jahren angefragte Modernisierung der Gesundheitsämter in diese Prozesse integriert werden. Die Aufzählung ließe sich fortsetzen.

Die angeschlossene Kontakt- und Servicestelle ist ebenfalls Sektor übergreifend orientiert und betreibt eine synthetische Mischung aus Care und Case Management. Sie ist auf die Person und ihre Lebenswelt und die gewachsenen sozialen Netzwerke im Wohnumfeld zentral bezogen. Sie organisiert den Hintergrund zur Bündelung der Leistungen verschiedener Kostenträger (links im Schaubild) und die Leistungsanbieter (rechts im Schaubild). Diese operative Stelle wird, nimmt man politische Realitäten hin und akzeptiert schwer abschaffbare historisch gewachsene Strukturen und Entwicklungspfade, die zahlreichen bereits vorhandenen und sich aktuell neu entwickelnden Knotenpunkte des Case Managements als kommunikative Anknüpfungspunkte annehmen müssen, aber auch können. Insofern handelt es sich auch hier noch um eine Meta-Instanz, in die die Stützpunkte langfristig hineinwachsen könnten. An diese wiederum lassen sich andere vorhandene oder entstehende Beratungs- oder Servicestellen wie auch weitere Akteure anschließen.

Im vorgeschlagenen Weg geht Case Management eine Synthese mit Care Management ein. Diese Ansätze sind in der Gesundheitsökonomie und in den Diskussionen um Public Health lange Zeit strikt auseinander gehalten worden. Das eine sei individualisiert zu verstehen, das andere ist standardisiert, indikations- und populationsbezogen definiert. Das ist nun nicht mehr der Fall. Die Verknüpfung und Verschachtelung von Case und Care Management kommt hier einem Marktmodell nahe, das Nachfrage (im Sinne von geäußerten oder vorgefundenen Bedürfnislagen der Menschen im Wohnumfeld) und Angebot besser aufeinander abstimmen will. Das Referenzprojekt „Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein“ (Kap.4.5) geht diesen Weg mit den derzeit vorhandenen Möglichkeiten im Kreis. Die Leitung des neuen Geschäftsmodells der Initiative „Leben und Wohnen im Alter“ übernimmt zurzeit Aufgaben der hier vorgeschlagenen Agentur sowie der Servicestelle.

Eine Herausforderung ist und bleibt die Entwicklung und Organisation der inhaltlich-fachlichen Arbeit von Case Managerinnen und Case Managern und ihre Qualifikation. Die vorhandenen Ansätze, etwa aus der Bewertung der bisherigen Arbeit der Pilot-Pflegestützpunkte, sind nicht zufrieden stellend, was die Grundlagen, das Spektrum sowie das Repertoire der Informations-, Beratungs-, Schulungs- und Unterstützungsarbeit der Managerinnen und Manager betrifft. Die vorgestellten Referenzprojekte zum Präventiven Hausbesuch oder zur Pflegeberatung geben hier mehr Aufschluss. Diese Ansätze müssen weiterentwickelt und angepasst werden, um zwischen dem im SGB XI grundgelegten Pflegeberatungsbegriff und den lebensweltlich mehr oder weniger bekannten Bedürfnislagen der Menschen zu vermitteln. Davon hängt auf Dauer auch die Abgrenzung einzelner Kostenträgerschaften ab. Hier empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter möglichst zeitnah eine systematisierende inhaltlich-fachliche Entwicklungsarbeit anzustoßen.

Die Kommune bedarf für eine erfolgreiche Choreografie und das damit verbundene Change Management eines möglichst günstigen kulturellen Klimas zwischen den Akteuren. Dieses stellt eine der zentralen Einsichten dar, dass die Arbeit an den individuellen Haltungen, Einstellungen und Verhaltensmustern wie häufig wohl die Schlüsselfrage im Veränderungsprozess ist.^{135 136 137}

Diese kommunale Organisationskulturarbeit¹³⁸ wird die schwierigste, aber grundlegende Aufgabe einer kommunalen Neuausrichtung mit Blick auf die hier relevanten zukunftsorientierten Steuerungsfunktionen sein.

¹³⁵ Krizanits, J. (2005): Transition. Die Kunst der personalen Transformation. In: Fatzer, G. (Hg.): Nachhaltige Transformationsprozesse in Organisationen. Bergisch Gladbach: EHP (EHP-Organisation, 4), S. 72–93.

¹³⁶ Lohmer, M. (2000): Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta.

¹³⁷ Fürstenau, P. (1992): Warum braucht der Organisationsberater eine mit der systemischen kompatible ichpsychologisch-psychoanalytische Orientierung. In: Wimmer, R. (Hg.): Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte. Wiesbaden: Gabler, S. 43–58.

¹³⁸ Baumgartner, M. (2006): Gestaltung einer gemeinsamen Organisationswirklichkeit. Systemische Strukturaufstellungen und Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Diagnose von Organisationskultur. 1. Aufl. Heidelberg: Systemische Forschung im Carl-Auer-Verl. (Organisationsberatung, Strukturaufstellungen).

5.3 Empfehlungen

Die Gutachterinnen und Gutachter entwickeln im Folgenden auf der Grundlage der Analysen und Schlussfolgerungen der Expertise zentrale Empfehlungen, die sich zum einen auf eine grundsätzliche Struktur- und Prozessentwicklung als günstige Rahmenbedingung und zum anderen auf konkrete, innovative Ansätze für die Entwicklung der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld beziehen. Im Fachdiskurs wird – wie gezeigt – den Kommunen die Schlüsselrolle zur Initiierung, Moderation und Förderung der angemessenen Strukturen und Prozesse zugeschrieben. Es wurde daraufhin das vorliegende Grundverständnis für die neue Rolle der Kommune im Geschehen dargelegt. Im Zentrum steht die Auffassung, dass die Kommunen die Bündelung der Kräfte vor Ort und eine systematische Netzwerk-Vernetzung vorantreiben sollen. Das heißt, sie müssen bestehende professionelle, informelle und familiäre Netze im Wohnumfeld identifizieren und fördernde Voraussetzungen schaffen, um neue Vernetzungen auch über Sektoren-, Institutions- und Professionsgrenzen hinweg zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der vorhandenen Konstellationen und zukünftigen Herausforderungen durch den demografisch-gesellschaftlichen Wandel, aber auch angesichts der ermutigenden Ansätze, die in Rheinland-Pfalz durch die Landespolitik und viele Initiativen auf den Weg gebracht worden sind, handelt es sich bei den abschließenden Empfehlungen um ein Plädoyer für eine Stärkung und zugleich auch Verpflichtung der Kommunen, ihrer Verantwortung für die Entwicklung innovativer Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungslandschaften im Wohnumfeld gerecht zu werden. Dazu müssen die Kommunen angesichts der Bedarfslagen insbesondere der älteren Bürgerinnen und Bürger mit Hilfe- sowie Pflegebedarf und Behinderung aufgrund ihrer Nähe zu deren Lebenswirklichkeiten in die Lage versetzt werden, die Sozial-, Gesundheits-, Familien- und Arbeitsmarktpolitik und die daraus erwachsenden direkten Maßnahmen zu bündeln und wohnortnah zu organisieren. Die Kommunen sollten dazu die vorhandenen Modelle und Vorstellungen zur Daseinsvorsorge entsprechend kritisch überprüfen.

Die Landkreise, kreisfreien Städte und Gemeinden stehen aber nicht alleine vor den anstehenden Aufgaben! Die weiteren regionalen Akteure wie die Wirtschaft, Träger von Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Wohnungswirtschaft, Kranken- und Pflegekassen, Dienstleister im Gesundheits- und Pflegewesen, Professionelle und deren Verbände, das bürgerschaftliche Engagement, das Land Rheinland-Pfalz und der Bund werden damit keineswegs aus der Verantwortung entlassen. Die größte Herausforderung besteht in einer gemeinschaftlich getragenen Gemeinwesenarbeit, in der nach Möglichkeit verbindlich und transparent alle relevanten Gruppen eingebunden werden. Die Empirie hat gezeigt, dass hier häufig Scheiterungsgründe liegen, weil die Einstellungen und Haltungen der Verantwortlichen der genannten Gruppen Ängste, Vorbehalte und Widerstände hervorbringen, die ein Zusammenwirken erschweren oder verunmöglichen. Daher ist die vorliegende Expertise auch ein Appell an die Ermöglichungsmacht der Beteiligten. Um in dieser Hinsicht zu informieren, zu überzeugen und zu ermutigen, werden die folgenden Empfehlungen gegeben:

I. Empfehlungen für eine innovative Struktur- und Prozessentwicklung in den Kommunen

1. Die Daseinsvorsorge muss neu verstanden und ausgestaltet werden

Die Kommunen müssen sich zukünftig hinsichtlich der Entwicklung der Infrastrukturen und Pflegelandschaften im Wohnumfeld mehr der Daseinsvorsorge in einem Sektor übergreifenden Sinne als Aufgabe annehmen. Insbesondere müssen die Instrumente der Alten-, Behinderten-, Arbeitsmarkt- und Familienpolitik gebündelt werden und die Schnittstelle zur Gesundheitspolitik im Lichte der Möglichkeiten zur integrierten Versorgung gestaltet werden.

2. Es kann nicht ums Sparen, sondern es muss um die Kosten-Effektivität gehen

Die Kommunen sollten erkennen, dass es angesichts der soziodemografischen Wandlungen und der damit verbundenen Folgen für das Pflege- und Krankheitspanorama der Bevölkerung nicht darum gehen kann, Sozialausgaben insgesamt einzusparen, sondern dass es um die Steigerung der Kosten-Effektivität gehen wird: Die Sozialausgaben müssen ergebnisorientiert wirksamer eingesetzt und gestaltet werden. Dies stellt eine erhebliche gemischt ökonomisch-gesellschaftspolitische Gestaltungsaufgabe dar.

3. Die Ausgestaltung des „ambulant vor stationär“ darf nicht unterschätzt werden

Die Verantwortlichen müssen in diesem Zusammenhang erkennen, dass die Strategie „ambulant vor stationär“ komplexe Ansprüche an die Entwicklung nicht-stationärer Pflege- und Hilfearrangements stellt. Das gesamte Spektrum von den Wohn- und Lebensformen des Privathaushalts bis zum traditionellen Heim, das sich zukünftig öffnen und mit dem Wohnumfeld weiter vernetzen muss, muss und kann angesichts innovativer Modelle, Projekte und Erfahrungen gefördert werden. Die komplexen Bedarfslagen betroffener Menschen werden bei gleichzeitiger Rückläufigkeit belastbarer primärer sozialer Netze aber absehbar zunehmen. Die Kommunen und die weiteren relevanten Akteure dürfen daher die Rahmenbedingungen und Folgen einer angestrebten „Ambulantisierung“ nicht unterschätzen. Hier kommen vor allem auch Gender-Aspekte zur Wirkung.

4. Die sozialrechtlich verankerte Kostenträgerschaft der öffentlichen Hand muss auf die Kommunen konzentriert werden

Das Land und andere überörtliche Stellen sollten sich als Kostenträger aus dem Kontraktmanagement im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis zurückziehen. Die Kompetenzen für Altenpolitik, Pflege, Eingliederungshilfe etc. sollten bei den Kommunen gebündelt werden. Die Ländergesetzgebung sollte dies durch geeignete Rahmengesetze substantiell ermöglichen. Unter Umständen müssen aus sozialräumlichen Erwägungen heraus auch interkommunale Kooperationen entstehen,

wie es sie in anderen Versorgungsbereichen der Energie- oder Verkehrswirtschaft bereits gibt. Von der Beaufsichtigung vertraglicher Netzwerkbildungen durch Landesregulierungsbehörden ist abzusehen.

5. Es muss in die kommunale Organisations- und Personalentwicklung investiert werden

Die Kommunen müssen sich als zentrale Steuerungs- und Moderationsstelle für die innovative Entwicklung der Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld organisatorisch angemessen aufstellen. Dazu werden Organisations- und Personalentwicklungskosten anfallen, die notwendigerweise investiert werden müssen, um zu einer modernen Gewährleistungskommune zu werden. Die Kommune bedarf in der Folge daraus in personalwirtschaftlicher Hinsicht erheblich mehr Management- und Fachkompetenzen im Sozial-, Gesundheits- und insbesondere im Pflegebereich.

6. Für die strategischen Aufgaben sollten in den Kommunen mit den Pflegestützpunkten als Entwicklungsausgangspunkte strategische Steuerungszentren entstehen

Die zusätzlichen Personalressourcen sollten zum einen in den Pflegestützpunkten gebündelt werden. Diese hätte als längerfristige Entwicklungsaufgabe vor allen Dingen strategische Aufgaben im Bereich einer auf das Wohnumfeld bezogenen, transsektoralen, und die Gesetzbücher übergreifenden sowie multidisziplinären Netzwerkbildung. Die weitere Organisations- und Personalentwicklung wie auch die Kommunikation mit allen relevanten Akteuren und die Moderation der Schlüsselprozesse kämen ihr als Aufgaben zu.

7. Für die operativen Aufgaben sollten im Rahmen der Arbeit der Pflegestützpunkte Integrationen von Care und Case Management entstehen

Für die operativen Aufgaben und auch für die Entwicklung der Vernetzung der polyzentrischen Care und Case Management-Strukturen sollte den Pflegestützpunkten angemessene Ressourcen, Kompetenzen und Handlungsperspektiven zugeordnet werden. Die Pflegestützpunkte in der Kommune sollten im Schnittbereich zu den Kranken- und Pflegekassen und anderen Mitverantwortlichen unter kommunaler Moderationsregie diesbezügliche Aufgaben übernehmen können.

8. Die Steuerungs- und Vernetzungsarbeit könnte über regionale Pflegekonferenzen geleistet werden, die stärker als bislang auch das Gesundheitswesen berücksichtigen müssten

Die Regionalen Pflegekonferenzen sollten inhaltlich, wenn auch nicht zwingend dem Namen nach zu Regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen erweitert werden. Diese sollten möglichst als ein zentrales Instrument der kommunalen Arbeit zur Pflegestrukturplanung und Entwicklung zukunftsfähiger Pflegelandschaften fortentwickelt werden. Im Prinzip böte es sich auch an, über die Idee nachzudenken, die Gesundheitsämter in Richtung auf eine solche Entwicklung hin modernisierend weiterzuentwickeln und ebenfalls zu integrieren.

9. Kommunen können eigene Ressourcen zur transsektoralen Netzwerkbildung nutzen

Die Kommunen sollten ihre eigenen ökonomischen Ressourcen (insbesondere kommunale Krankenhäuser und Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe) verstärkt als Instrumente einer transsektoralen Netzwerkbildung nutzen. Vorbilder wie etwa die Gründung einer Sozial-Holding, die die Einzelstrukturen und Arbeitsbereiche unter einem Dach bündelt, liegen vor. Die Kommunen als Träger dieser Einrichtungen sollten dazu auch vor Ort Bündnisse mit niedergelassenen Ärzten und deren Netzwerken suchen und sie wie auch Kranken- und Pflegekasernen gemeinsam zur Bildung von transsektoral komplexen Integrationsverträgen drängen. Kommunen könnten sogar mit eigenen Aktivitäten beratend im Nicht-Versorger-Status tätig werden und die Netzwerkbildung fördern.

10. Organisationale Konzepte verfassungsrechtlich prüfen lassen

Es ist anzuraten, entsprechende organisationale Konzepte weiterzuentwickeln und diese verfassungsrechtlich prüfen zu lassen. Entscheidend wird dabei sein, dass die Kommune Verantwortung für die komplexe Daseinsvorsorgearbeit entwickelt und sich organisational und personell entsprechend kompetent aufstellt.

II. Empfehlungen für innovative Ansätze im Wohnumfeld

11. Die Öffnung der stationären Altenhilfe muss mit der Vernetzung im Wohnumfeld einhergehen

Konzepte der Öffnung der stationären Altenhilfe sollten gemeinsam von Heimträgern wie auch von den Kommunen und weiteren Akteure betrieben werden. Es geht um eine gegenseitige Öffnung und Vernetzung der Einrichtungen wie auch der Wohnumfelder miteinander, die ein anderes Rollen- und Dienstleistungsverständnis bei den Verantwortlichen voraussetzen. Der auf Öffnung ausgerichtete Vernetzungsprozess kann konzertierte Entwicklungen wie den Aufbau alternativer Wohn- und Unterstützungsformen oder auch neue Ansätze wie beispielsweise „Lebensräume für Jung und Alt“ (Stiftung Liebenau) umfassen.

12. Land und Kommunen sollten zur weiteren Öffnung Anreize für Heimträger entwickeln – Ideenwettbewerb

Land und Kommunen sollten Anreize für Heimträger fördern und entwickeln, um die stationäre Pflege weiter ins Wohnumfeld hinein zu öffnen. Es geht grundsätzlich um Maßnahmen zur De-Institutionalisierung. Konkret bedeutet dies: Ambulantisierung der Pflege, Vernetzung mit Bildungs- und Kultureinrichtungen der Kommune sowie der niederschwellige Zugang von Besuchsdiensten (Schulen, Kindergärten, bürgerschaftlich Engagierte). Imageverbesserung von Heimen ist auch ein wichtiges Thema und kann auf vielfältige Weise gefördert werden, u. a. auch durch die Nutzung der Einrichtung für die Belange der Bürgerinnen und Bürger (Sitzungen des Ortsbeirats innerhalb des Pflegeheimes). Es wird für dieses zentrale Thema ein Ideenwettbewerb angeregt, bei dem das Land federführend sein soll: „Heime für das Leben – Öffnung und Kooperation mit Bürgerinnen und Bürgern“. Bei diesem Ideenwettbewerb sollen Projektvorschläge der Heimträger eingeholt werden, von denen die Erfolg versprechenden Ansätze gezielt als Einzelprojekte gefördert werden könnten.

13. Das Potenzial des bürgerschaftlichen Engagements muss neu entdeckt werden

Die in Kommunen Verantwortlichen sollten sich mit den neuen, ausdifferenzierten Modellen und Typologien des bürgerschaftlichen Engagements auseinandersetzen und das Engagement als eine bedeutsame Schnittstelle zwischen individuellen Potenzialen, Ideen und Erfahrungen und gesellschaftlichen Bedarfen und Nachfragen begreifen. Das Potenzial des bürgerschaftlichen Engagements kann durch innovative und passgenaue Angebote und Möglichkeiten für die Arbeit im Wohnumfeld weiter aktiviert werden.

14. Eine systematische Öffentlichkeits- und Moderationsarbeit ist notwendig, um das bürgerschaftliche Engagement zu gewinnen und zu erhalten

Eine abgestimmte Gewinnung und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements über gezielte Öffentlichkeits- und Informationsarbeit im Wohnumfeld kann Parallel- und Konkurrenzstrukturen zwischen verschiedenen Handlungsfeldern etwa der Arbeit in der Altenpflege und für Menschen mit Behinderungen verhindern. Um die Bereitschaft und das Engagement bereits involvierter Menschen zu erhalten, empfiehlt es sich je nach Typologie und Rahmensetzung vorbereitende und begleitende Unterstützungen von kommunaler Seite oder z. B. durch Wohlfahrtsverbände systematisch anzubieten.

15. Persönliche Budgets sollten unter Berücksichtigung der Komplexitätssteigerung weiterentwickelt werden

Mit der Einführung von persönlichen und integrierten Budgets würde neben dem Steuerungsansatz seitens der Kostenträger auch ein entsprechender Ansatz seitens der „Kundinnen und Kunden“ vorliegen, was die Komplexität grundsätzlich erhöhen würde. Vorliegende Erkenntnisse deuten darauf hin, dass leichte und mittelschwere Problemlagen über die persönlichen Budgets gut zu steuern und zu begleiten sein werden. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang die trägerübergreifenden integrierten Budgets dar. Trotz der zunehmenden Steuerungs-Komplexität und damit im Zusammenhang stehender Anforderungen stellen Budgetansätze viel versprechende Lösungswege dar, die im Zusammenhang mit einem systematisierten Case Management ihre Wirkung entfalten können.

16. Neue Möglichkeiten zum Schnittstellenmanagement und zur Integrierten Versorgung mit kommunaler Beteiligung sollten genutzt werden

Es geht um die neuen Möglichkeiten aus dem SGB V i.V.m. SGB XI, die Potenziale wohnortnaher vernetzter Pflege- und Hilfelandschaften auch gemäß der Leitbilder in „Menschen pflegen“ weiterentwickeln zu können. Die Kommunen könnten hier die Rolle der Initiatoren und der Moderatoren einnehmen. Konkret geht es um die besagte Netzwerk-Vernetzung durch regionale (Gesundheits- und) Pflegekonferenzen, Pflegestrukturplanung und Pflegestützpunkte und weitere Strukturen. Die Einbindung von Kranken- und Pflegekassen, Krankenhäusern, Ärztenetzen, ambulanter Pflege usw. könnte über innovative kommunale Strukturentwicklungen sowie Kontakt- und Servicestellen erfolgen.

17. Das Konzept des Präventiven Hausbesuchs sollte als Einstieg in die zugehende Beratung im Wohnumfeld genutzt werden

Den Kommunen wird empfohlen, das Konzept des Präventiven Hausbesuchs als einen Einstieg in die systematische zugehende Gesundheits- und Pflegeberatung insbesondere für ältere Menschen mit Hilfe- sowie Pflegebedarf oder Behinderung und pflegende Angehörige aufzugreifen und für die Entwicklung von Versorgungskonzepten für das Wohnumfeld zu nutzen. Beispiele kommunal getragener Ansät-

ze, an die angeknüpft werden könnte, liegen sowohl aus dem Ausland als auch hierzulande vor (Referenzprojekt „POP Siegen-Wittgenstein“).

18. Zugehende Beratung und Case Management muss mit dem regionalen Care Management systematisch verbunden werden

Die verschiedenen Möglichkeiten zugehender Angebote in der Unterstützung und Pflege als Ergänzung zu den Komm-Strukturen können für die zukünftige Arbeit u. a. der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz eine wichtige Rolle spielen und beitragen, die Beratungs- und Interventionsarbeit weiter zu systematisieren. Mit dem Präventiven Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren bestünde einerseits die Möglichkeit direkter gesundheitsförderlicher und präventiver Effekte, mit dem zugleich ein Case Management-Ansatz installiert werden kann. Mit einer zusätzlichen systematischen Aufbereitung der verschiedenen professionellen und informellen Angebotsstrukturen für Pflege und Unterstützung in den Kommunen und dem Wohnumfeld ließe sich auch das regionale Care Management mit entwickeln und verknüpfen.

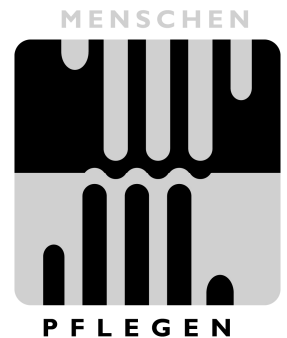
19. Die Gesundheits- und Pflegeberatungsangebote im Wohnumfeld müssen inhaltlich und methodisch weiterentwickelt und optimiert werden

Das Land, die Kommunen sowie die Pflege- und Krankenkassen sollten Übereinkommen treffen, um den Umfang, Inhalte und Methoden der Pflegeberatung nach SGB XI mit weiteren Formen der Gesundheits- und Pflegeberatung etwa im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit und Krankheit für die operative Umsetzung in Pflegestützpunkten etc. miteinander verbinden zu können. Eine Systematisierung der Grundlagen, Assessments, Dokumentationen, Interventionen und Evaluationschritte der gesamten Beratungs- und Unterstützungsarbeit ist für eine qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Steuerung und Implementierung derselben anzuraten. Es liegen dazu Erkenntnisse und Vorschläge aus einschlägigen Projekten vor (Entlastungsprogramm bei Demenz in Minden-Lübbecke).

20. Im Wohnumfeld sollten spezifische Angebote für und mit Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt werden

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie innovative Angebote der Pflege und Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund müssen sich in ein Gesamtkonzept interkultureller Öffnung im Wohnumfeld einfügen. Dazu liegen ebenfalls vielfältige und einschlägige Projekte sowie Erfahrungen vor. Diese verweisen auch darauf, dass die Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer besonderen Lebenslagen zunächst als potenzielle Leistungsempfängerinnen und -empfänger angesehen werden müssen, zukünftig aber auch stärker als potenzielle Leistungserbringerinnen und -erbringer im Rahmen professioneller oder ehrenamtlicher Tätigkeiten und Engagements einbezogen werden sollen.

**In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des
Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz
sind bisher erschienen:**



- Nr.1, September 2005
Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 2, August 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz
- Nr. 3, September 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen
- Nr. 4, Oktober 2005
Arbeit und Zukunft e.V.:
Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege
- Nr. 5, September 2006
Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 6, März 2007
Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in Pflegeeinrichtungen
- Nr. 7, November 2007
Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006
- Nr. 8, September 2008
Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
PIZA II-Ergebnisse
- Nr. 9, Oktober 2008
Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege
- Nr. 10, Oktober 2008
Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege
- Bestandsaufnahme und Ausblick

- Nr. 11, Oktober 2008
Abschlussbericht des Modellprojektes „Optimierung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“
- Nr. 12, Oktober 2008
Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb)
- Nr. 13, August 2009
Expertise Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld – Praxisbericht -

Weitere Veröffentlichungen zu „Menschen pflegen“:

- Regionale Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz
- Musterdokumentation für die ambulante Pflege
- Musterdokumentation für die stationäre Pflege

Die Berichte sind zu beziehen über das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz oder per E-Mail:
bestellservice@masgff.rlp.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9
55116 Mainz
www.masgff.rlp.de

Verfasser: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

PTHV gGmbH
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Pflegerwissenschaftliche Fakultät

Universität zu Köln

Stand: August 2009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und -bewerbern oder Wahlhelferinnen und -helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.