

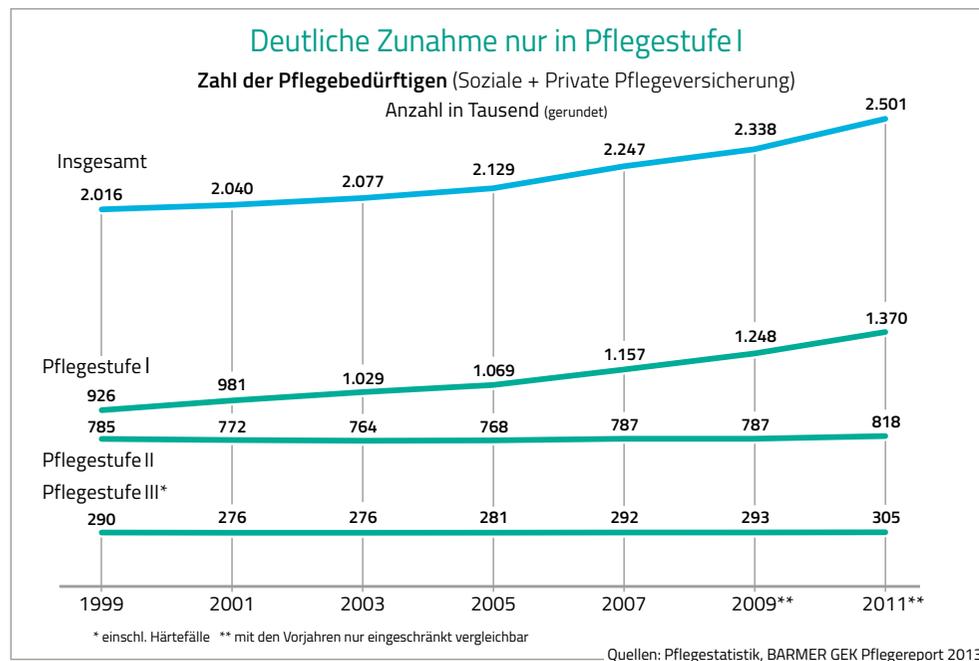
Gemeinsame Anforderungen an die Pflege- Herausforderung für
die Gestaltung in Quartier und Region in Mecklenburg-
Vorpommern

141029 Rostock, Dr.h.c. Jürgen Gohde, KDA

Nach dem Wandel ist vor dem Wandel: was haben eine gute Politik für Menschen mit Pflegebedarf und Zirkus gemeinsam?

- Andre Sarrasani (41): „Wir haben es jahrelang verpennt, unseren Zirkus der Zeit anzupassen“ (Impulse, Oktober 2014, 77)
- Zirkus und Pflegearrangements gestalten „Anderräume“, „lokalisierte Utopien“: „spezielle Räume innerhalb mancher sozialer Räume, die eine andere Funktion haben als die übrigen Räume und gelegentlich sogar genau entgegengesetzte Funktionen“. Pflegeheime sind Abweichungsheterotope (Foucault). Wo bleibt die Utopie?

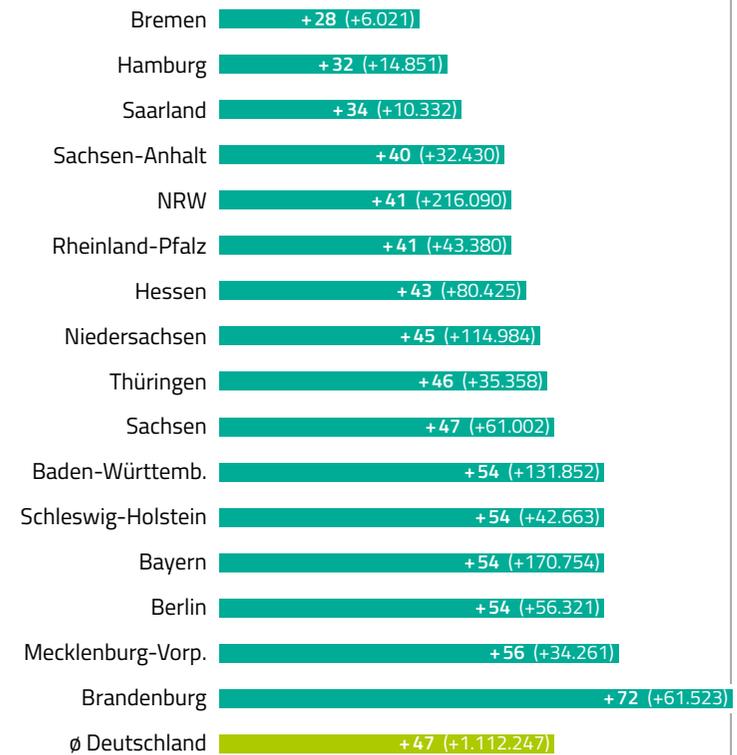
Es gibt immer mehr Pflegebedürftige: Differenzierter Anstieg und Regionalität



Große Unterschiede zwischen den Ländern

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030

Angaben in Prozent und absolut (in Klammern)



Quellen: Rothgang et al., BARMER GEK Pflegereport 2013

Alter und Risiko: mehr als Finanzierung

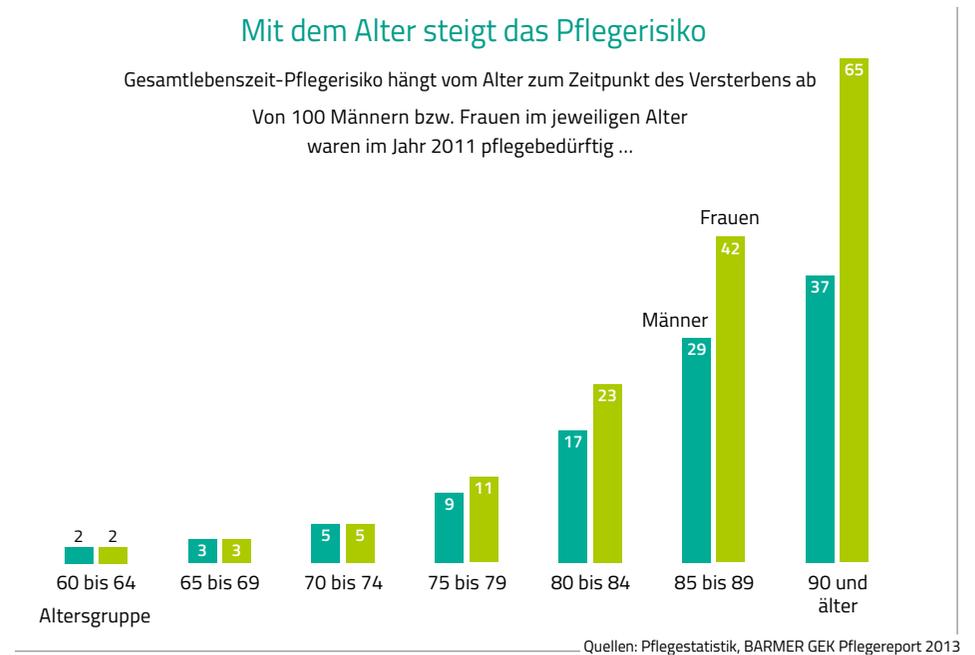
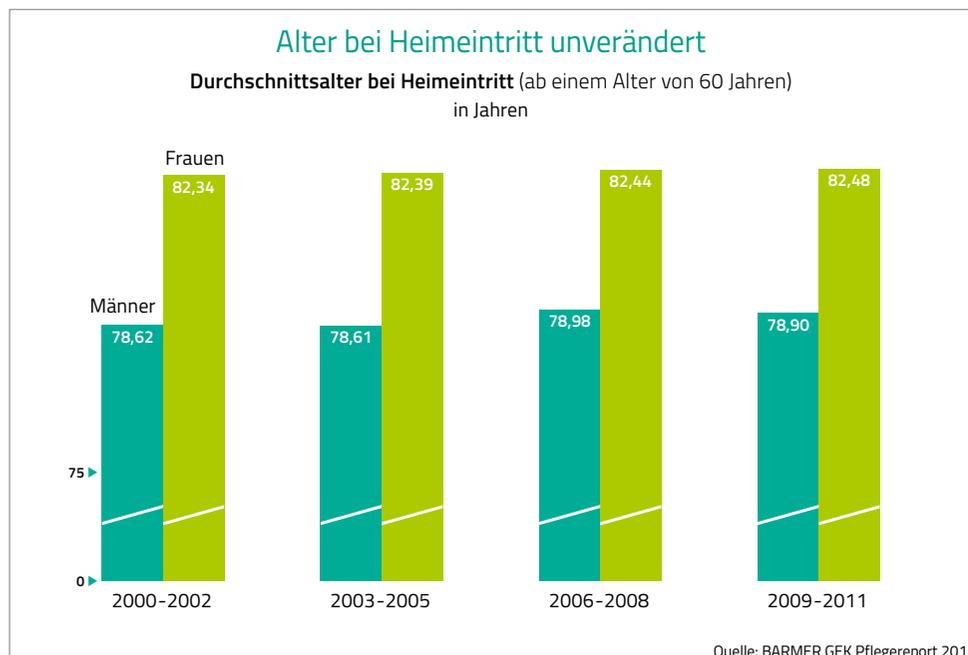


Tabelle 1: Verteilung der Hauptleistungsarten nach Bundesländern im Jahr 2009

	vollstationäre Pflege	ambulante Pflegesachleistungen	Pflegegeld
Baden-Württemberg	34,1	20,2	45,7
Bayern	32,6	23,0	44,4
Berlin	25,7	25,9	48,4
Brandenburg	25,0	30,4	44,6
Bremen ³	/	/	/
Hamburg	31,2	30,0	38,8
Hessen	24,8	21,6	53,5
Mecklenburg-Vorpommern	27,7	25,5	46,7
Niedersachsen	31,9	24,6	43,5
Nordrhein-Westfalen	30,4	23,3	46,4
Rheinland-Pfalz	29,4	20,8	49,8
Saarland	30,9	21,9	47,2
Sachsen	33,1	28,2	38,8
Sachsen-Anhalt	31,3	25,8	43,0
Schleswig-Holstein	40,5	21,1	38,4
Thüringen	26,6	24,3	49,0
Deutschland	30,7	23,7	45,6

³ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht hinreichend genau für eine Beschreibung der Situation in Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

Themenreport Pflege Bertelsmann Stiftung

Tabelle 3: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Szenario (in Tsd.)

	Jahr		Veränderung ¹⁾	
	2009	2030	in Prozent	absolut
Insgesamt	2.330	3.435	47,4	1.105
ambulante Pflege				
Szenario 1: Status quo	553	853	54,2	300
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	553	997	80,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	553	1.140	106,0	587
vollstationäre Pflege				
Szenario 1: Status quo	713	1.138	59,6	425
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	713	1.157	62,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	713	713	0	0
Angehörigenpflege				
Szenario 1: Status quo	1.063	1.443	35,7	380
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	1.063	1.280	20,4	217
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	1.063	1.581	48,7	518

1) Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich.

Personal

Abbildung 21: Projektion des Bedarfs und des Angebots an ambulantem Pflegepersonal in Deutschland

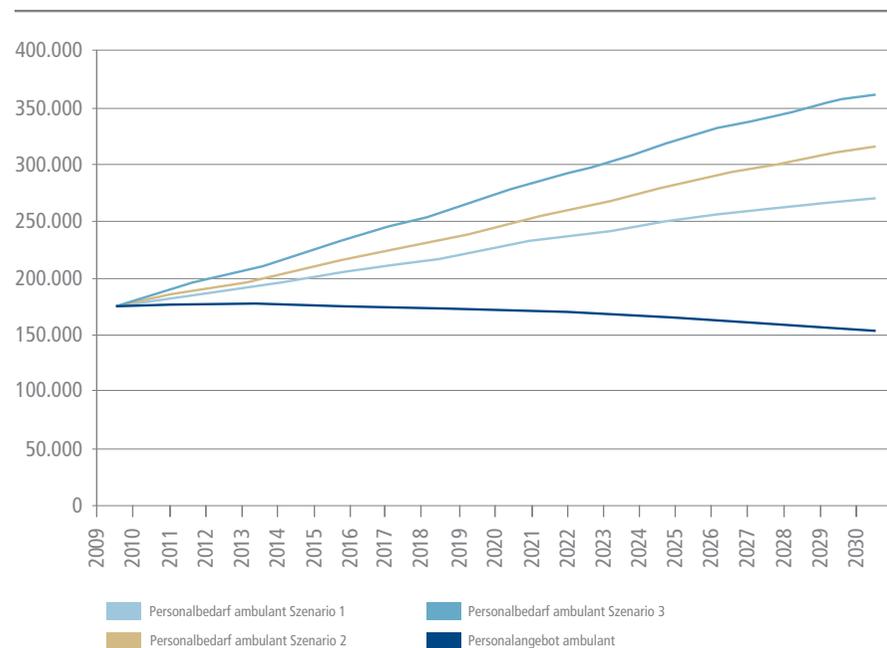
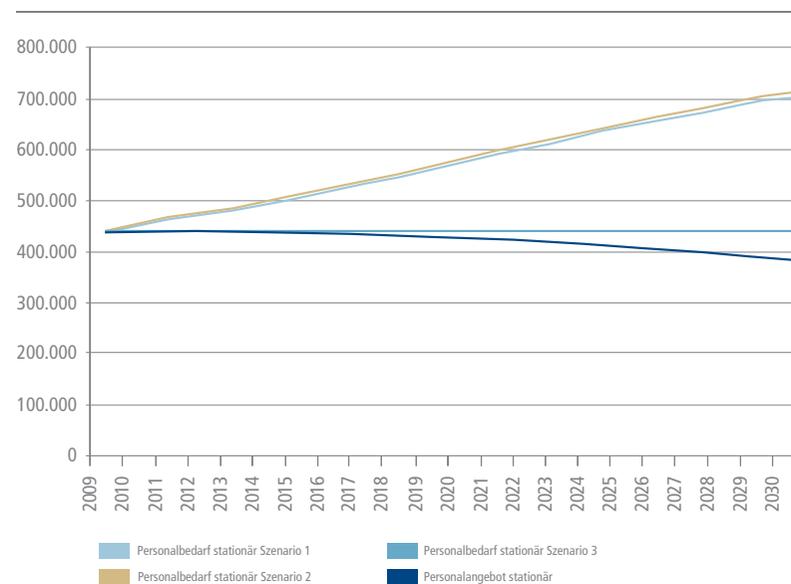


Abbildung 22: Projektion des Bedarfs und des Angebots an stationärem Pflegepersonal in Deutschland



Heute (2012) : 30.000. Es fehlt eine Kleinstadt voller Pflegekräfte

2030: Szenario 1- 434 000

2030: Szenario 2-492 000

2030: Szenario 3- 263 000

1. Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen – aber regional sehr unterschiedlich → **Kommunalpolitik** ist gefragt
2. Versorgungspotentiale sind rückläufig, in familialer und formaler Pflege → Unterstützung **aller** Pflegearten
 - Angehörigenpflege:
 - Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
 - Beratung und Begleitung, Case und Care Management
 - Formale Pflege
 - Steigerung der Attraktivität des Berufs – nicht nur Imagekampagnen
 - Höhere Rekrutierung, höherer Rückkehrquoten nach Familienphase, längerer Verbleib im Beruf
 - Zivilgesellschaftliches Engagement
 - Quartiersmanagement

3. Versorgungslücke in der formalen Pflege kann halbiert werden, wenn Zahl der Heimplätze eingefroren wird und **ambulante Kapazitäten** ausgebaut werden

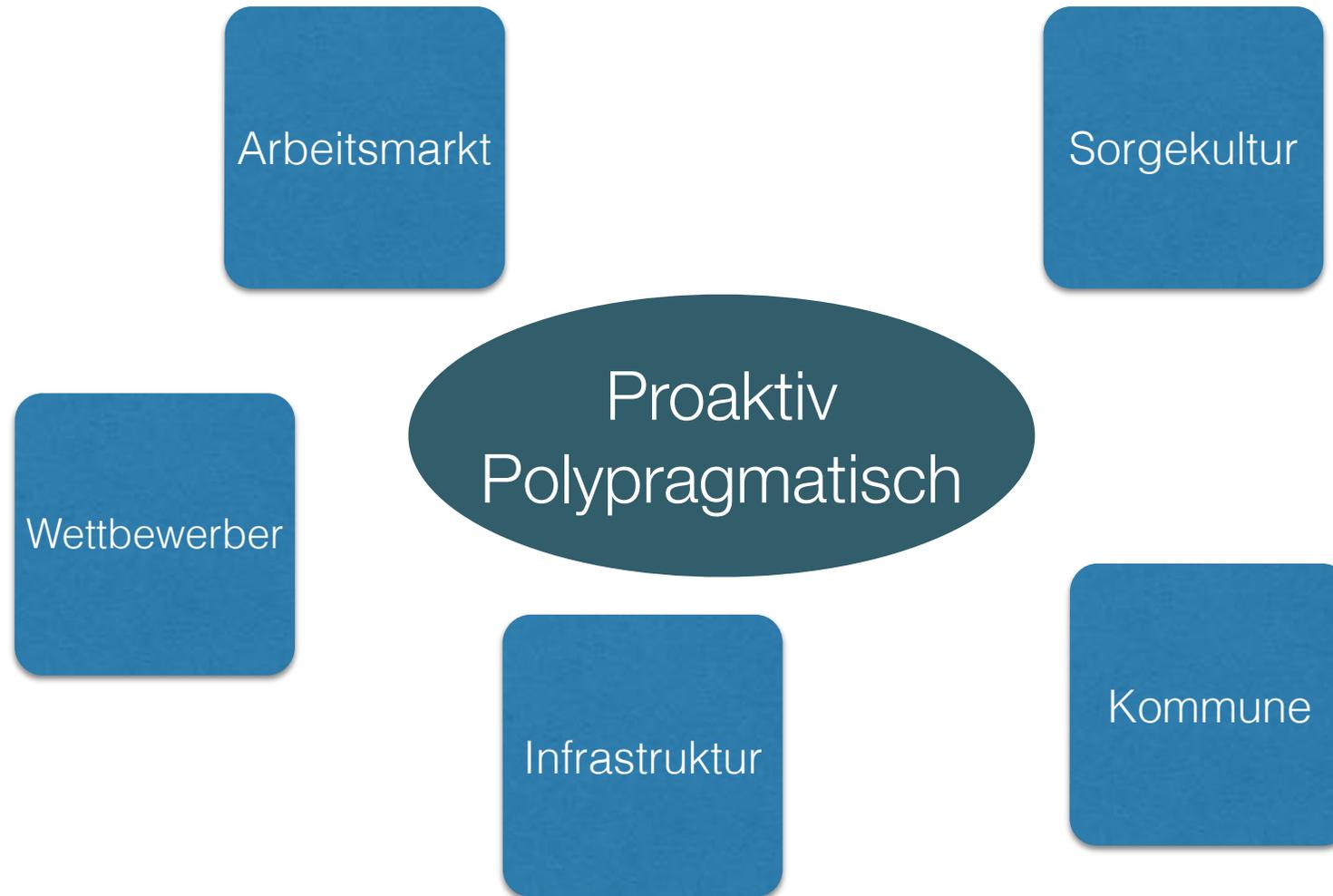
- Heimpflege entspricht nicht den Präferenzen der Betroffenen
- Heimpflege lässt vorhandene Fähigkeiten der Bewohner zur Selbstversorgung ungenutzt
- Heimpflege mobilisiert zivilgesellschaftliches Engagement nur in geringem Ausmaß
- Versorgungslücke ist je geringer je niedriger der Anteil der stationären Pflege ist...

Handlungspfade zur Dämpfung des Arbeitskräftemangels in der Pflege bis 2030



Quelle: Prognos (2011)

Rahmenbedingungen für Langzeitpflege als regionale Daseinsvorsorge



Welche Bilder und Interessen leiten das Handeln ?

- Der 6. Altenbericht der Bundesregierung (2010) verdeutlicht die
- Heterogenität und Vielfalt der Altersbilder,
- Potentiale: selbstverantwortlich und mitverantwortlich individuelles und gesellschaftliches Alter(n) gestalten
- Verwundbarkeit
- Soziale Ungleichheit (Gefahr von Altersarmut) und Heterogenität
- Die Gesellschaft braucht die Alten

Kernanforderungen : Wunsch und Wirklichkeit

- Möglichst lange selbstverantwortlich und mitverantwortlich in der eigenen Häuslichkeit leben
- Ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und / oder Pflegebedürftigkeit sind auf eine integrierte und kontinuierliche vernetzte Langzeitversorgung vor Ort angewiesen (Sachverständigenrat 2009)
- Demenz als Schlüsselerkrankung der Hochaltrigkeit: nicht selektiver Pflegebegriff
- Multimorbidität
- Heterogenität wahrnehmen
- Zivilgesellschaft

Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen - Gutachten 2014

- Regionale Unterschiede auf kommunaler Ebene (demographisch, Versorgungsentwicklung)
- Starker Anstieg von Tages- und Kurzzeitpflege
- Starker Anstieg der stationären Versorgung (1999-2011: 30,5%;Regionalität, Parameter 75,Überkapazitäten ? Ländlicher Raum)
- Gefährdung durch Fachkräftemangel (Regionalität)
- Neue Versorgungsmodelle(Ressourcenorientierung, Quartiersnahe Versorgung)

Stärkung der informellen Hilfefpotenziale und Lebensweltorientierung: Netzwerke. Trend: Ambulantisierung

- „274. Besonders in ländlichen Regionen mit Abwanderungstendenzen der mittleren Generation ist eine Intensivierung der Förderung der Solidar- und Hilfefpotenziale von Familien, Wahlverwandten, Freunden, sozialen Netzwerken und informellen Hilfenetzen erforderlich...
- Ebenso sind neue Formen der Unterstützung und der Ressourcen- bzw. Kompetenzförderung notwendig. Dabei sind vor allem zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte Konzepte gefragt, an deren Entwicklung pflegende Angehörige beteiligt werden sollten...
- **275. Der ambulanten Pflege kommt künftig prioritäre Bedeutung zu, zumal eine häusliche Versorgung auch aus Nutzersicht präferiert wird... (SVR 2014)**

Sozialraumorientierte Versorgungskonzepte

- 237. Die Sicherung der Langzeitversorgung und -pflege stellt besonders die Kommunen in strukturschwachen ländlichen Regionen vor Herausforderungen. ...Entwicklung neuer, passgenauer, **sozialraumorientierter, pflegerischer Versorgungskonzepte und -modelle für ländliche Regionen** notwendig.
- Dabei sind Modelle gefordert, die an die gewachsenen Strukturen anknüpfen, auf die jeweils gegebenen Bedingungen abgestimmt sind und dem Ziel folgen, eine **qualitativ hochwertige, wohnortnahe, umfassend angelegte (Basis-)Versorgung** zu ermöglichen, während **hochspezialisierte Versorgungsmaßnahmen in entsprechenden Zentren in den Städten** erfolgen. (SVR 2014)

Qualitative Weiterentwicklung der stationären Pflege: Palliative Praxis und Gerontopsychiatrie, Kooperation und Koordination

- 277. Die stationäre pflegerische Langzeitversorgung in Heimen wird für einen Teil der Bevölkerung auch künftig Bedeutung behalten, doch hat sich hier die **Bedarfssituation der Nutzer u .a. durch die voranschreitende Ambulantisierung stark verändert.** Diese Veränderung bedarf der Reaktion. **Erforderlich ist, in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung die nötigen personellen und konzeptionellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der dort lebenden Nutzergruppen zu schaffen...**
- Notwendig ist außerdem der Aufbau einer **neuen Form der stationären Übergangversorgung** in Anlehnung an die heute verfügbaren Angebote der solitären Kurzzeitpflege, aber mit einer Ausstattung, die dem akuten Versorgungsbedarf und den **Rehabilitationserfordernissen nach frühzeitiger Krankenhausentlassung** Rechnung trägt. (SVR 2014)

S. Görres, Anforderung gestiegene Komplexität der Bedarfe: Ungesicherte Ressource Personal (BSG, 9.9.2014)

- „... in der stationären Heimversorgung : **Klientel mit komplexem und hoch unterschiedlichem Pflegebedarf** einstellen müssen. In den Heimen ist zudem eine Zunahme von psychisch Kranken und schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern/innen zu beobachten
- Folge: **heterogener Bedarf an Personal**, das sowohl die Grund- und Behandlungspflege (direkte und indirekte Pflege) als auch die psychosozialen Betreuungsleistungen sowie eine planvolle, ressourcenfördernde und an gerontopsychiatrischen Problemlagen orientierte Pflege durchführen kann.“(Görres, BSG, 9.9.2014)

Märchenhaft: Auf ewig Aschenputtel?

- Pflege hat kein Imageproblem. Sie hat ein Kommunikationsproblem. Gute und schlechte Pflege werden gleich entgolten. Wettbewerb fragt nicht nach der besonderen Verwurzelung in der Region, nach der Wertbindung, nach der Qualifikation der Mitarbeitenden.
- Orte der Solidarität (Trauer, Tod, Schmerz, Freude, Verletzlichkeit) mit einzelnen pflegebedürftigen Menschen
- Gesellschaft braucht mehr Careorientierung



Die Frage nach Potentialen und Ressourcen

- Komm mit , sagte der Hahn, etwas Besseres als den Tod kannst Du überall finden. Du hast eine wunderbare Stimme und wenn wir alle zusammenhalten, werden wir einen guten Effekt haben. (Brüder Grimm)



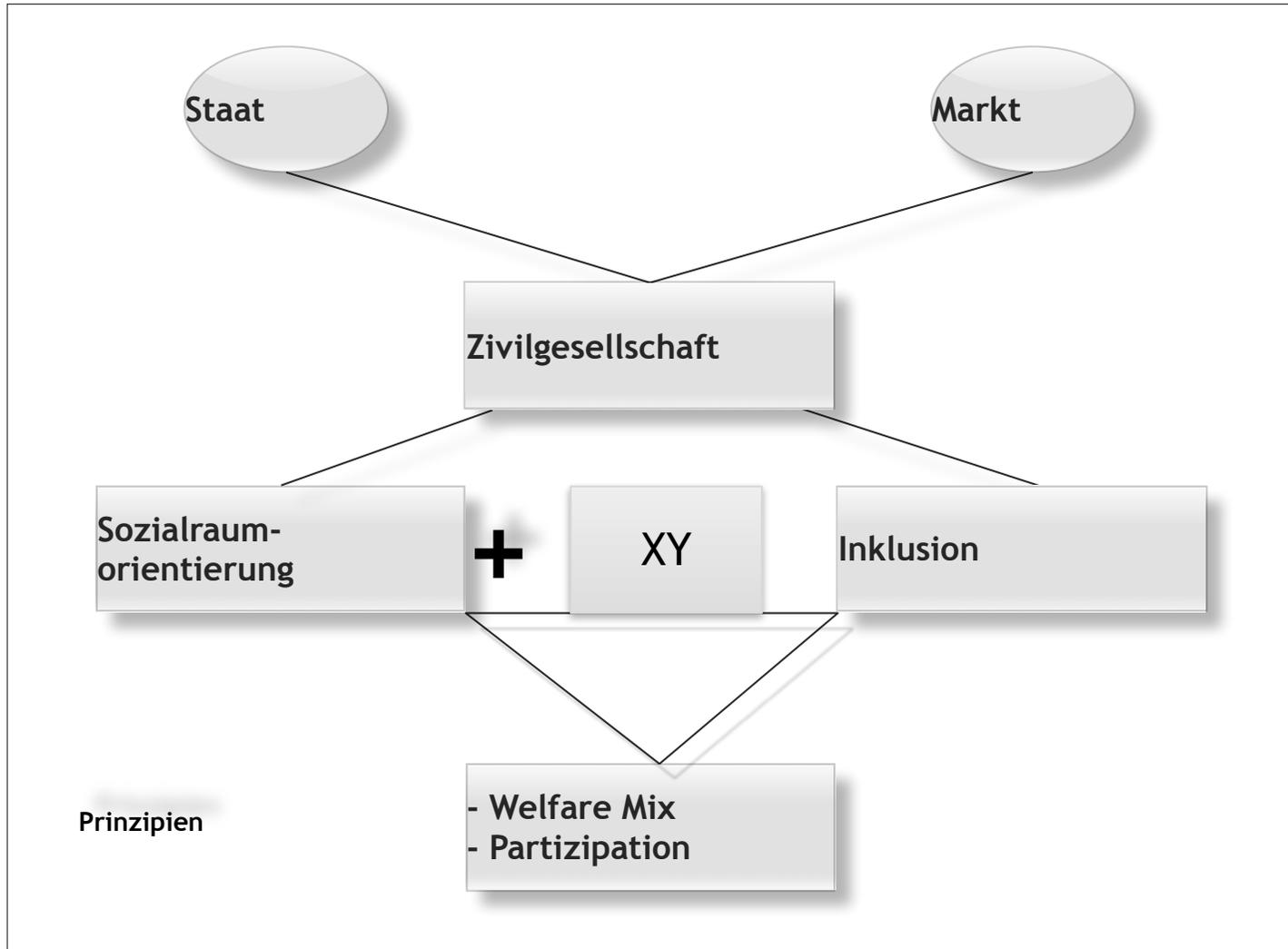
Komplexitätssteigerungen der Anforderungen: Inklusive Gemeinde als „Anderraum“ (Foucault)

- **Soziologisch**
- „Abwanderungsprozesse aus ökonomisch schwächeren urbanen Räumen, massive selektive Entleerung ländlicher Räume, Verdichtungsprozesse in anderen Teilräumen, veränderte Wohn- und Familienformen, lebenszyklische Erosionen sozialer Netze durch Mobilitätsprozesse, Ausdünnung sozialer Netze in der Hochaltrigkeit etc.“
- **sozial- kulturell**
- normative (rechtliche) Neu-Orientierungsbedarfe der Gesellschaft : VN BRK.Die Inklusionslogik kennt keine „Sonderwelten“. Der Leitgedanke „ambulant vor stationär“ radikalisiert sich zu einem Paradigma des „ambulant statt stationär“ .
- „Veränderungen in der kulturellen Grammatik des sozialen Miteinanders : Zusammenhang des Aufeinanderverwiesenseins.
- **Strategisch**
- **Eine inklusive Gemeinde ist ohne Umbauarbeiten nicht möglich:** Soziale Stadtentwicklung, weitere De-Institutionalisierung, Quartiersmanagement, Re-Vitalisierung dörflicher Siedlungsstrukturen in ländlichen Räumen, neue Wohnformen im Alter, neue Heimkonzepte, mehr Pflegeprävention und Rehabilitation, transsektorale Sicherstellung von Versorgungsketten, neue Betriebsformen für multidisziplinär arbeitende Teams etc. (F. Schulz- Nieswandt, aaO.)

Integrierte Versorgung auf kommunaler Ebene als Antwort auf komplexe Bedarfslagen

- „... Im lokalen Raum, dort, wo die Menschen leben: wohnen, arbeiten, sich bewegen, lieben und leiden, muss das Problem der integrierten, ver- netzten Landschaften der Versorgung, Behandlung, Betreuung, Begleitung, Förderung, Aktivierung gelöst werden.
- Die Bewältigung des sozialen Wandels ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ (F.Schulz- Nieswandt, aaO. 11)

Die Frage nach Spannungsfeldern und Akteursbeziehungen



SONG

Herausforderungen : Generationengerechte Pflegeinfrastruktur ist Daseinsvorsorge

DIFFERENZIIERTES
WOHNANGEBOT FÜR
UNTERSCHIEDLICHE
BEDARFE

KLEINRÄUMIGE
VERNETZUNG IM
QUARTIER

GESUNDHEIT/
PFLEGE/
UNTERSTÜTZUNG

BERATUNG
CASE- UND CARE
MANAGEMENT

ENTWICKLUNG
EINER NEUEN
KULTUR SOZIALER
NETZWERKE

NACHBARSCH
AFT/
BEGEGNUNG/
PARTIZIPATION

FÖRDERUNG VON
EIGENVERANTWORTUNG

Das Quartier

- ist ein Stadtteil oder eine Gemeinde deren Bürgerschaft durch eine gemeinsame Identität und eine soziale Interaktion gekennzeichnet ist.
- ist der Ort, an dem sich ältere Menschen am häufigsten in ihrem Alltag aufhalten, um Freunde und Freundinnen zu besuchen, zum Arzt oder einkaufen zu gehen. Der Weg zum Supermarkt liegt dabei häufig nicht in der unmittelbaren Nachbarschaft und erfordert unter Umständen eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Leitbild: Quartierskonzepte

- Wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld fördern
- Tragfähige soziale Infrastruktur erhalten
- Bedarfsgerechte Wohnangebote ausbauen
- Generationengerechte räumliche Infrastruktur sicherstellen
- Bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote aufbauen
- Wohnortnahe Beratung und Begleitung ermöglichen (KDA)

Zukunft der Pflege im Quartier

- generationsübergreifende Wohn- und Versorgungsformen
- LOKALE VERANTWORTUNGSGEMEINSCHAFTEN
- individualisierte Angebote: Pflege ist gestaltete Teilhabe
- sozialer und ökonomischer Mehrwert
- innovative Formen
- Potentiale der Zivilgesellschaft und des Hilfreichen Alters

NETZWERK soziales neu gestalten



BREMER HEIMSTIFTUNG



Stiftung Liebenau



Kuratorium Deutsche Altershilfe



Stiftung Liebenau



Evangelisches Johanneswerk e.V.

Einrichtungen der Diakonie 

Handeln im Sozialraum. Rückgewinnung der Gestaltungsfähigkeit der Akteure

- Vier Dimensionen: Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum.
- Priorität: Stärkung des normalen Wohnens (ggf. mit Assistenz/ AAL) in der eigenen Häuslichkeit,
- Weiterentwicklung alternativer selbständiger Wohnformen auch für Pflegebedürftige
- Quartiersorientierung
- stärkt Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe ,
- sichert Teilhabe, Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement
- fördert Kooperation aller Akteure und Vernetzung von Versorgungs- und Assistenzangeboten

Kooperationen

- Interdependenz und Selbstbestimmung
- Mitverantwortung und Zugehörigkeit
- „Ethics of care is an approach to personal, social, material and political life, that starts from the reality that all human beings need and receive care and give care to others. The care relationships among humans are part of what mark us as human beings. We are always interdependent beings.“(Joan Tronto,4.8.2009)

Neue kommunale Verantwortung: caring community

- Rückgewinnung der Gestaltungsfähigkeit der Kommunen: Stützende und kulturentwickelnde Infrastruktur und Professionalität
- Kompetenzen: Steuerung der Infrastruktur : Kooperation und Koordination
- Lokale Verantwortungsgemeinschaften bei hohen Unterschieden: geteilte Verantwortung, proaktive Sorgebereitschaft, generationenübergreifende Sozialräume
- Neue Rolle der Bürger und Bürgerinnen = neue Rolle der Kommunen: Kooperation der Akteure fördern und Bürgerbeteiligung an den Sorgeaufgaben möglich machen.

Akteure in der Manege

- Es geht um den Platz in der Manege, nicht auf der Tribüne:
- Es geht um Aktion, nicht Zuschauen
- Augenhöhe
- mit den Betroffenen, nicht für sie
- auch wenn es Gerangel gibt

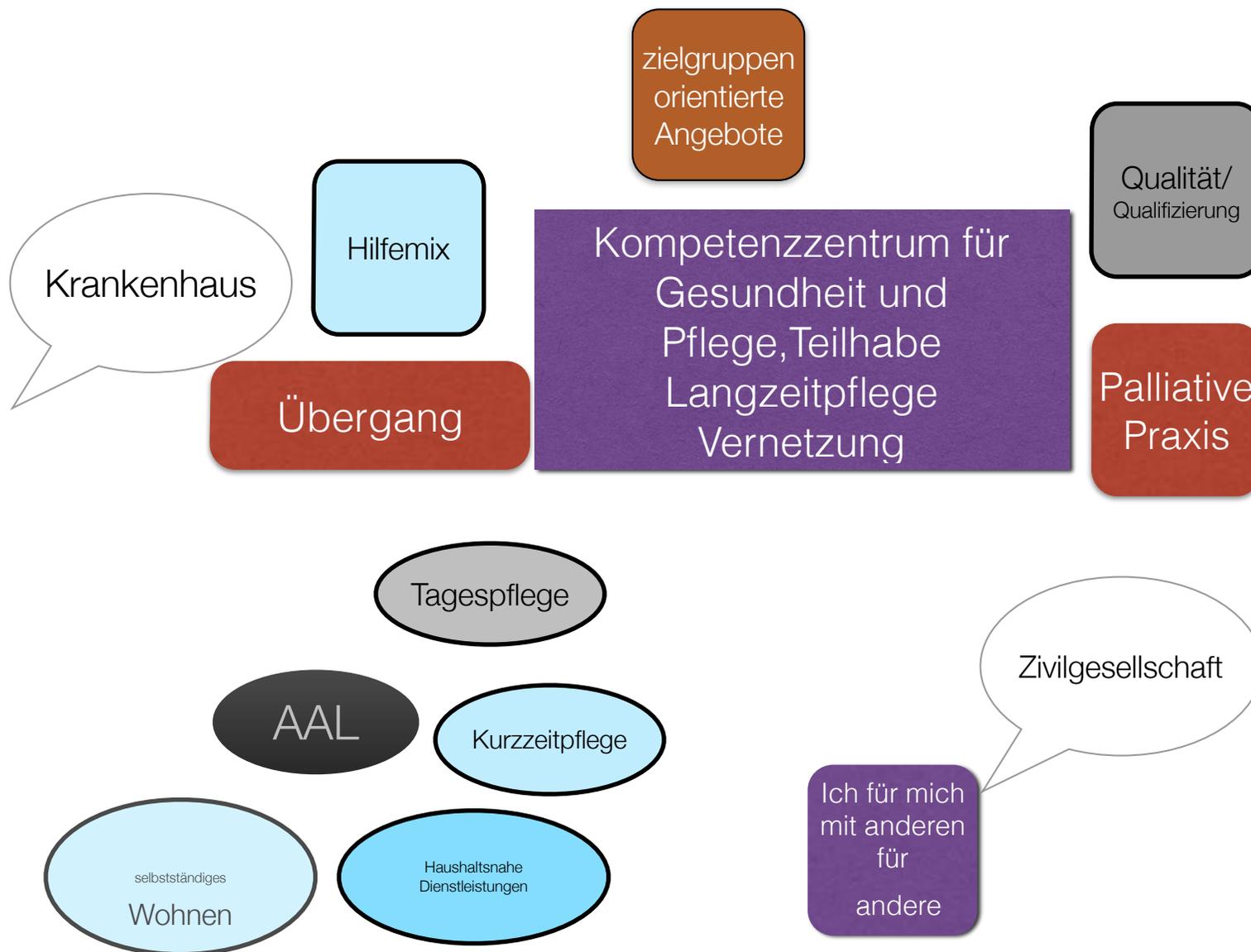
Anforderungen an Dienstleister

- Leitbild Selbstbestimmung und Teilhabe realisieren
- Lokale Netzwerke und Kooperationen stärken
- Betroffene zu Beteiligten machen
- Professionelle Mitarbeitende zu Moderatoren und Managern des Hilfemix qualifizieren (SONG)
- Organisation und Lobbyarbeit weiter qualifizieren

Versorgungsstrukturen: Lokale Gesundheitszentren (SVR 2014)

- „230. Ergänzend zu einer bedarfsgerechten Gestaltung der ambulanten Pflege werden Anreize benötigt, um zu neuen Formen der Organisation der ambulanten Pflege zu gelangen – sei es auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Steuerung (Einführung von Case Management/Primary Nursing zur Verbesserung der personellen Kontinuität und Versorgungsqualität) oder der Betriebsorganisation/-größe. **Damit die Flexibilität in Regionen mit geringer Versorgungsdichte erhöht werden kann, ist es sinnvoll, zu größeren Organisationseinheiten zu gelangen – sei es durch Verbund- oder Netzwerkbildung oder aber durch Schaffung lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung, in denen alle für eine umfassende Versorgung und Pflege erforderlichen Dienste und Hilfen unter einem Dach angesiedelt sind und möglichst aus einer Hand angeboten werden.**
- **multiprofessionell ,**
- **kooperativ**
- **bedarfsgerechte koordinierte und integrierte Versorgung über die gesamte Lebensspanne zu leisten“ (svr 2014)**

Quartiershäuser und mehr :Netzwerk der Versorgung im Quartier- who cares?



Mehr von dem Gleichen ist nicht die Lösung : inklusives Denken erfordert neue Strategien und Umverteilung

- **Proactive Ansätze zur Eindämmung der Bedarfssteigerung/ effizienter Umgang mit Bedarf (Europ.Rat 2014)**
- Überwindung negativer Altersbilder und Lebensräume: Demenzfreundliche Kommunen ;Lebensqualität
- Quartierkonzepte brauchen Care Orientierung (relationship approach) und Unterscheidung von Care und Cure
- Regionalität: Standortplanung, „regional differenzierte Versorgungskonzepte“ (Sachverständigenrat 2014)
- Qualifikation und Diversität der Pflege, Kooperation der Gesundheitsberufe
- Heterogenität: Was bedeutet künftig die Ungleichheit zwischen städtischen und ländlichen Räumen
- Morbidität und Mortalität: wie sieht die palliative Praxis aus?

Frage nach dem richtigen Geschäftsmodell: Heraus aus der Komfortzone und Bekanntes lebensdienlich variieren

- "Kombination von bisher ambulanten und bisher stationären Formen" (Hybridisierung)
- Diversifizierung: Quartiersorientierung
- Regionalität : Delegation - Substitution. Medizinorientierte (zielgruppenorientierte) Angebote
- Demenz
- Zenrales Problem: Palliativ Care

Brandenburg/ Bode/ Werner : Wege zu einer neuen Pflegeinfrastruktur : „Sozialverträgliche Konversion der Strukturen“

- Sozial, integrativ, partnerschaftlich
- KDA Quartiershäuser, Demenzfreundliche Kommune (Bosch Stiftung)
- Empfehlung: umsichtig prüfen (Realismus) und utopisch denken :
- 1.intergenerationelle Betreuungsangebote (z. B. SONG). Widerstand : eingeschränkte Handlungsräume, fehlende Finanzierung des Managements),
- 2.Beteiligung der Betroffenen (Ermöglichung ja, Überforderung nein)
- 3. Entinstitutionalisierung (Leben ohne Heim): Privatisierung der Sorge ?

Artisten in der Kuppel, nicht ratlos: ohne Vertrauen
wird alles nichts...

**Selbstbestimmung
braucht
Vertrauen in die
Verlässlichkeit von und
Kooperation in
Versorgungssystemen
und transparente
Rahmenbedingungen**

**Pflege braucht
„Anderräume“ („Hetero-
tope“ M.Foucault), die
das Jenseits als
bestimmende Kraft des
Diesseits erfahren
lassen.**

Investitionen in Sozialräumliche Inklusion

- **„Die Einrichtungen müssen ihre strategischen Investitionen neu und zwar auf den Fokus der sozialraumorientierten Inklusion ausrichten;** dazu muss aber auch das Fachpersonal den organisationskulturellen Wandel des Angebots (Change Management) authentisch mitmachen: Sie müssen resiliente Flexibilität aufweisen, nicht nur fixiert sein von ihrer Angst um den Arbeitsplatz, und müssen ihre narzisstischen Kränkungen mit Blick auf den Wandel der bislang wertgeschätzten Kernkompetenzen überwinden.
- **Die Kommune muss zum Zentrum der systematischen Netzwerkbildung werden.“** (F. Schulz- Nieswandt, 2014, iza 40(4),12)