

Michael Isfort

Pflege an der Grenze: Lösungsmodelle für die Zukunft

The Frontiers of Nursing: Solution Models for the Future

Zusammenfassung

Der steigende Anteil älterer Menschen stellt nicht nur die Gesellschaft, sondern auch das bestehende Versorgungssystem auf die Probe. Mit dem Zuwachs an älteren Menschen verbunden ist auch ein Zuwachs an benötigtem Personal. In Deutschland sowie in Österreich bestehen jedoch bereits Fachkräfteengpässe in der Pflege. Neben der Frage, wie die bisherigen Strukturen weiterentwickelt werden können und müssen, besteht daher die Notwendigkeit, neue Formen der Versorgung zu entwickeln und bestehende Systemgrenzen in Frage zu stellen. Dabei spielt die regionale Analyse ebenso eine große Rolle wie die Entwicklung innovativer Ansätze, wie zum Beispiel die Einführung pflegepräventiver Ansätze.

Schlüsselwörter: Pflegeheime, Pflege, Prävention

Abstract

The increasing proportion of older people is not only putting society to the test but also the existing professional nursing system. The increased number of older people is also associated with an increase in the number of professional nurses needed. However, there are already shortages of skilled nurses in Germany and Austria. In addition to the question of how existing structures can and must be developed, there is a need to develop new forms of care – and to call existing system boundaries into question. Regional analysis plays an important role in this, as does the development of innovative approaches, such as the introduction of preventative care visits.

Keywords: nursing homes, nursing care, prevention

Univ.-Prof. Dr. Michael Isfort
Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e. V.
Katholische Hochschule NRW
Wörthstraße 10, D-50668 Köln
m.isfort@katho-nrw.de

Vorbemerkungen

Der nachfolgende Artikel ist ein Beitrag zur Diskussion um neue Versorgungsformen und stellt grundsätzliche handlungsorientierte Überlegungen vor, wie aktuell innovative Ansätze befördert werden können, um die gesellschaftlichen Herausforderungen der Versorgungssysteme zu beantworten, die sich vor allem in der demographischen Entwicklung begründen. Dazu bedarf es unterschiedlicher Perspektiven, die die Betrachtung wichtiger regionaler Kennzahlen, neue Rollen der Akteure und neue Aufgabenbereiche einschließen. Der nachfolgende Artikel fokussiert dazu zunächst in einer exemplarischen Analyse die bestehenden Strukturen und erwartbaren Entwicklungen in Österreich. Dieser Teil soll für die Fragen sensibilisieren, die eine aktuelle und zukünftige Versorgungsausrichtung beinhalten.

Im zweiten Teil werden, aufbauend auf Entwicklungen in Deutschland, exemplarische Projekte und Lösungsmodelle vorgestellt, die als Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem zu verstehen sind und ihren gesellschaftlichen Beitrag zur Neuausrichtung einer Versorgungssicherung

leisten können. Die Chancen der Ansätze sollen dabei primär vor dem Hintergrund ihres Beitrags aus der Perspektive der Pflegenden und der Pflege als Beruf reflektiert werden.

Entwicklungen in Österreich

In einem einführenden Teil sollen zunächst zentrale Grunddaten aus Österreich vorgestellt werden und im Kontext der zentralen Fragestellungen beleuchtet werden. Nur vor dem Hintergrund einer eingehenden Analyse können die Problemlagen konkreter erfasst werden, und es können zielgerichtet Maßnahmen abgeleitet werden.

Demografische Entwicklungen und Prognosen

Aktuell leben in Österreich 8.858.775 Personen. Damit wird in Österreich zum 1.1.2019 in der Verlaufsbeobachtung seit 2002 ein Höchststand verzeichnet.¹ Für die pflegerische Versorgung primär interessant sind dabei ältere Personengruppen, da sich Pflegebedürftigkeit überwiegend in den höheren Altersgruppen einstellt. In der Gruppe der über 75-Jährigen leben aktuell 835.089 Menschen. Sie machen dabei insgesamt einen Bevölkerungsanteil

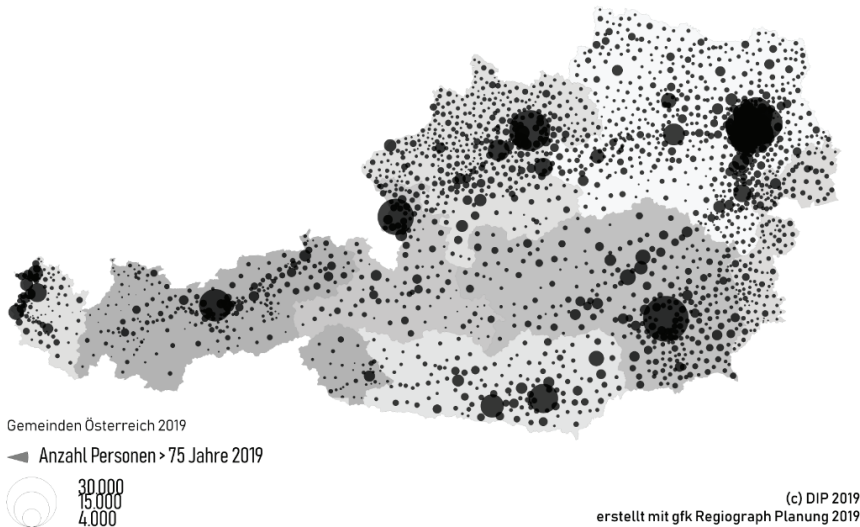


Abb. 1: Anzahl der Personen über 75 Jahre in den Gemeinden in 2019

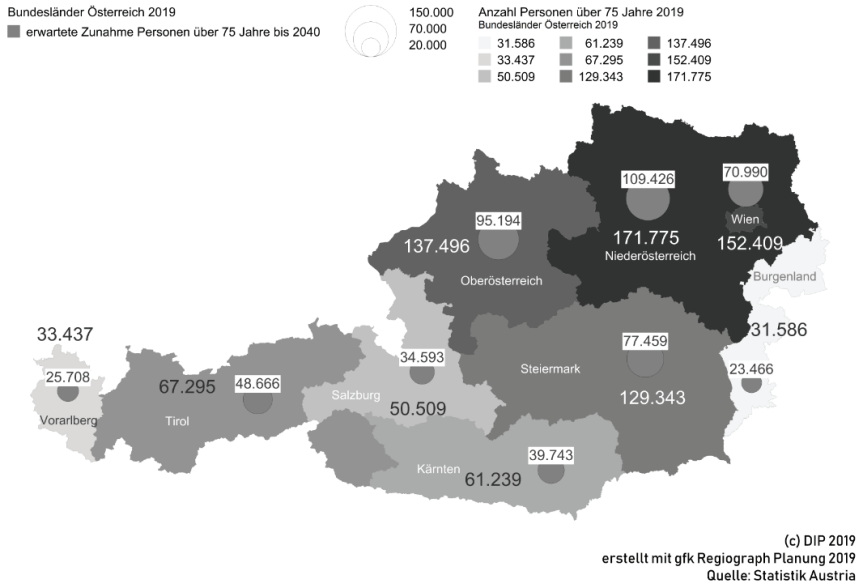


Abb. 2: Prognose Anzahl der Personen über 75 Jahre in den Bundesländern in 2040

von 9,4 Prozent aus. Dabei variieren die Kennzahlen in den Gemeinden stark, sodass nicht von einer einheitlichen Entwicklung in Österreich ausgegangen werden kann und durchschnittliche Kennzahlen eine relativ geringe Aussagekraft bezogen auf die regionalen Entwicklungen haben. Einen guten Überblick bietet hier der Statistikatlas Austria, der eine Fülle von relevanten Kennzahlen und kartografischen Aufbereitungen zur Verfügung stellt.² Auffällig hohe Werte der Anteile (über 15 Prozent anteilige Bevölkerung) findet man gehäuft in der nördlichen Steiermark, im angrenzenden Teil in Niederösterreich, sowie im nördlichen Teil in Niederösterreich und in vereinzelt politischen Bezirken auch in anderen Bundesländern.

Die relativen Anteile aber sind nur von einer begrenzten Aussagekraft, da sie von sehr unterschiedlichen Grundgesamtheiten ausgehen. Für die konkrete Versorgung relevant erscheint somit auch die absolute Zahl und Verteilung der über 75-Jährigen in den einzelnen Gemeinden. So lassen sich Versorgungsbedarfe bzw. aktuelle geografische Räume identifizieren, in denen von einer höheren Versorgungsintensität ausgegangen werden kann. In den großen Zentren (Graz, Linz, Wien,

Innsbruck, Klagenfurt) werden dabei fünfstellige Kennzahlen beschrieben (siehe Abb.1).

Auf der Basis der Daten der Bevölkerungsstände werden Prognosen für die zukünftigen Entwicklungen berechnet. Diese geben erste Hinweise auf die konkreten Anforderungen der Zukunft. Daten liegen für Österreich für die unterschiedlichen Bundesländer vor. Für die Bundesländer wird dabei insgesamt mit einer deutlichen Steigerung bis zum Jahr 2040 gerechnet. In Abb. 2 ist die aktuelle Zahl der Personen über 75 Jahre in 2019 sowie die Zunahme der Anzahl bis zum Jahr 2040 dargestellt.

In den Kreisen dargestellt ist die erwartete Zunahme in Absolutzahlen bis zum Jahr 2040, also in den kommenden 20 Jahren. Für die Region Niederösterreich beispielsweise werden aktuell 171.775 Menschen in der Altersklasse beschrieben. Im Jahr 2040 werden hier rund 109.500 Personen mehr in dieser Altersgruppe leben. Dies scheint auf der einen Seite ein langer Zeitraum zu sein, auf der anderen Seite aber sind hier für Österreich Steigerungsraten in den Bundesländern von rund 50 Prozent bis über 75 Prozent (Vorarlberg) zu erwarten, die eine schrittweise Anpassung der Versorgungssysteme erforderlich und einen Handlungsdruck

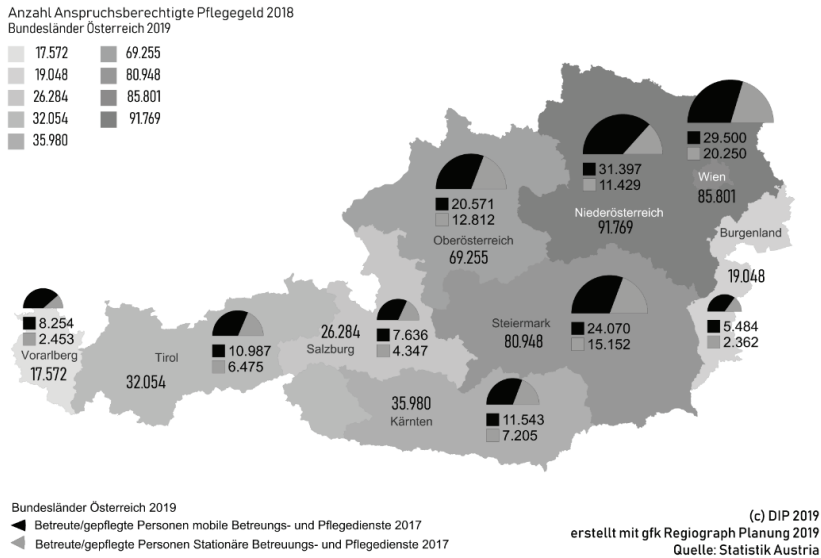


Abb. 3: Bundespflegegeldempfänger 2018 und von Einrichtungen betreute Personen in 2017

erkennbar machen, der nur durch einen systematischen Entwicklungsplan beherrschbar erscheint.

Versorgung und Versorgungskapazitäten

Betrachtet man neben der aktuellen und zukünftigen demographischen Entwicklung die Anzahl der aktuell Anspruchsberechtigten auf Bundespflegegeld für das Jahr 2018 und die durch mobile Pflegedienste und in stationären Betreuungsformen versorgten pflegebedürftigen Personen in 2017, so stellt sich für Österreich das folgende Bild dar: In Niederösterreich beispielsweise waren 2018 insgesamt rund 92.000 Menschen anspruchsberechtigt. 2017 wurden davon rund 43.000 Personen durch ambulante oder stationäre Einrichtungen betreut, wobei der Großteil auf die ambulante Versorgung entfällt (ca. 31.400 Personen, siehe Abb. 3). Diese Zahlen werden angesichts der oben beschriebenen demographischen Entwicklung deutlich steigen.

Eine weitere, wichtige Kenngröße ist die der Versorgungsdichte der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen. Hier ergibt sich auf der Basis der Daten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumenten-

schutz³ das nachfolgende Verteilungsbild für Österreich (siehe Abb. 4): Insgesamt kann aktuell von einer nahezu flächendeckenden Versorgungsinfrastuktur, bezogen auf Altenpflegeeinrichtungen, ausgegangen werden. Kumulationsgebiete sind primär dort, wo aktuell viele ältere Menschen leben und konzentrieren sich insbesondere auf die großen Städte und Ballungsräume. Bezogen auf die Gebiete, in denen mit einer besonders hohen zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu rechnen ist (z. B. nördliche Steiermark, südliches Niederösterreich), sind aber aktuell relativ geringe Kapazitäten und überwiegend kleinere Einrichtungen verzeichnet.

Ob die bestehenden Kapazitäten ausreichend erscheinen und zukunftsorientiert ausgebaut werden müssten, kann anhand dieser ersten Indizien nicht umfassend beschrieben werden. Dazu sind weitere regionale Analysen notwendig, die darüber hinausgehende Daten in die Betrachtung einschließen müssten. Die konkrete Beantwortung der relevanten Frage nach einer Versorgungssicherung muss demnach im regionalen Dialog entwickelt und eingeschätzt werden.

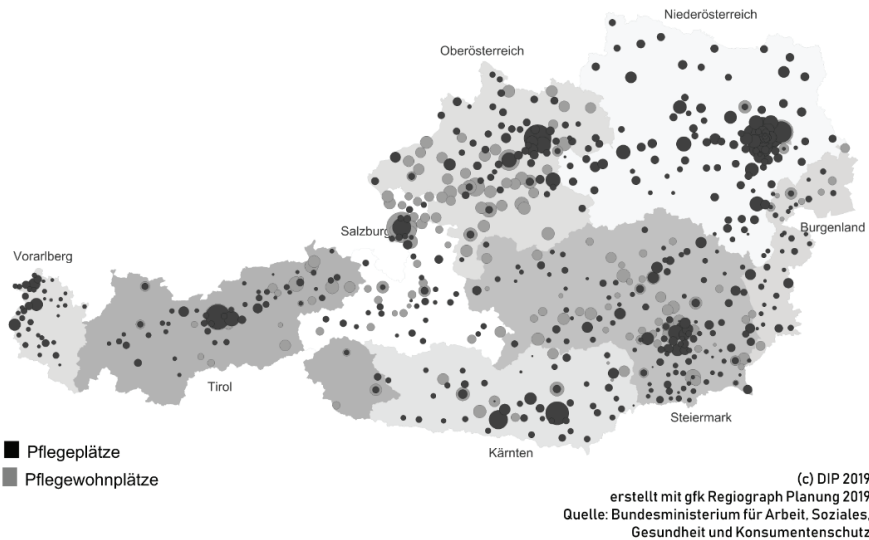


Abb. 4: Verteilung der Pflegeplätze und Pflegewohnplätze in Österreich 2018

Regionale Analysen als Voraussetzung einer Versorgungsplanung

Dieser Exkurs mit den einführenden Analysen und angeführten Indizien führt zu einer zentralen Hypothese des Artikels: Sollen versorgungsrelevante Aspekte einer zukunfts-sicheren Versorgung der professionellen Pflege diskutiert und eingeschätzt werden, so kommt man um eine kleinräumige regionale Analyse relevanter Bestandsdaten nicht umhin. Dazu bedarf es der zusammenfassenden Betrachtung unterschiedlicher Faktoren und Kennzahlen, wie der Demographie, der Pflegebedürftigkeit, der Versorgungseinrichtungen und der Beschäftigungszahl der Pflegenden in den Einrichtungen etc. Darüber hinaus ist auch die Frage nach der regionalen Ausbildungskapazität von Pflegenden relevant, denn sie geben Auskunft über die potenzielle Rekrutierungsmöglichkeit für Einrichtungen in einer Region. Ebenso müssen Arbeitsmarktkennzahlen einfließen wie die der arbeitslos gemeldeten Pflegenden, um Abschätzungen über mögliche Arbeitsmarktreserven treffen zu können. Zentral ist auch, dass hier Sektoren übergreifende Betrachtungen erfolgen müssen, da auch die Zahl der Krankenhäuser und der in den

Krankenhäusern arbeitenden Personen relevant sind bezogen auf die Frage, ob ambulante oder stationäre Versorgungsanpassungen erfolgen können oder ob dies angesichts der Arbeitsmärkte und der konkurrierenden Einrichtungen unrealistisch erscheint. Nur in dieser Gesamtschau lassen sich Aussagen über die Grenzen und Möglichkeiten der regionalen professionellen Versorgungssicherung vor Ort treffen.

Es bedarf demnach einer umfassenden, Sektoren übergreifenden Pflegeberichterstattung mit einem kleinräumigen Fokus, wie er der Kenntnis des Autors nach bislang für Österreich nicht vorliegt. Wie ausgewiesen, finden sich in unterschiedlichen Statistiken durchaus wichtige und interessante Einzelbefunde; diese aber zu systematisieren, die Kennzahlen in Verbindung miteinander zu bringen und vor dem Hintergrund der pflegerischen Versorgungssicherheit einer Region zu diskutieren, steht aus.

In Deutschland wurde die Notwendigkeit in den letzten Jahren zunehmend erkannt. Auf der Ebene der Bundesländer erfolgen solche kleinräumigen Analysen seit 2010 bereits in Nordrhein-Westfalen.⁴ Aktuell werden analoge Verfah-

ren auch in Niedersachsen sowie in Bayern umgesetzt. Neben der Erfassung und Darlegung der für die Pflege relevanten Kennzahlen ist ein weiteres zentrales Merkmal dieses Ansatzes, dass er in ein umfassendes Monitoring eingebettet wird. Zeitgleich werden alle versorgenden Einrichtungen standardisiert befragt und geben Auskunft über ihre Einschätzungen zur regionalen Sicherung, zu Bedarfen, zentralen Entwicklungen, offenen und zu besetzenden Stellen in der Pflege etc. Ein weiteres Merkmal dieses Ansatzes ist, dass in regionalen Konferenzen die Daten gemeinsam mit den Akteuren diskutiert und bewertet werden. Die Datenreporte sind somit ein Kommunikationswerkzeug und stellen den Beginn und nicht das Ende des Monitoringprozesses dar. Ziel dabei ist, dass sich regionale Netzwerke bilden und Verbünde zusammenschließen, um gemeinsam die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu fokussieren. Die Erfassung von Grunddaten ist dabei eine wesentliche Grundlage, um eine gemeinsame Sprachfähigkeit zu erreichen, die über subjektive Eindrücke hinausgeht.

So bedeutsam dies für die regionale Betrachtung ist, so deutlich ist jedoch auch, dass die Versorgungssicherung zukünftig nicht ausschließlich durch professionelle Einrichtungen und Dienste geleistet werden kann. Weder existiert das dafür benötigte Pflegepersonal rekrutierbar im In- oder Ausland, noch können die existierenden Einrichtungen wirtschaftlich sinnvoll in dem Maße ausgebaut werden, wie dies notwendig werden würde. Es braucht daher zukünftig eine Einbindung der Zivilgesellschaft in die Aufgaben, den Aufbau alternativer Wohn- und Lebensformen, den Aufbau anderer Hilfemixe, eine erweiterte Durchlässigkeit zwischen den Sozialsystemen (und Finanzierungssystemen der Kranken- und Pflegekassen) sowie grundsätzlich neuer Modelle der Versorgungsstrukturierung. Dies aber muss wohnortnah und regional differenziert in den Kommunen gestaltet werden, was auch eine andere Einbindung der Kommunen erforderlich macht.

Die neue Rolle der Kommunen

Im Alter begrenzt sich für viele Menschen der Aktionsradius zunehmend auf einen überschaubaren Raum in und rund um die eigene Wohnstätte. In diesem Kontext spielen die Kommunen als Akteure und Gestalter eine zentrale Rolle, denn entscheidender für eine hohe Lebensqualität, eine Einbindung in gesellschaftliche Teilhabe und Vernetzung sind eben nicht die bundesweiten Gesetzgebungen und die theoretischen Ableitungen der daraus resultierenden Leistungszugänge oder Ansprüche, sondern der nahe Sozialraum in seiner Angemessenheit der Angebotsstruktur, Diversität und Ausgestaltung. Kommunen müssen zielgerichtet einbezogen werden um die Rolle der Steuerung und Entwicklung maßgeblich mit zu übernehmen und z. B. aktiv Altenhilfeplanungen zu entwickeln.

In Deutschland wurde dies in den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege konkretisiert.⁵ Die kommunale Altenhilfe ist dabei von den Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge als Aufgabe anzunehmen und von den Ländern als Aufgabe der Kommunen im Hinblick auf die Verknüpfung mit der Pflege näher auszugestalten. Dabei spielt auch die engere Zusammenarbeit von Kommunen mit den Kranken- und Pflegekassen eine zentrale Rolle.⁶ Damit geht für die Kommunen prinzipiell ein Wechsel von einer verwaltungsorientierten zu einer gestalterischen Ausrichtung einher. Kommunen können auf der Basis einer Strukturplanung darauf einwirken, die Pflegelandschaft vor Ort und die Lebensräume konkreter an die Bedürfnisse der älteren Menschen anzupassen. Sie sollen die Chance nutzen, eine bestehende Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu korrigieren und mit passenden und verschränkten Angeboten auf den Pflegebedarf der Zukunft zu reagieren bzw. Anreize zu setzen, dass Entwicklungen durch andere ermöglicht werden.

In diesem Zusammenhang spielen neben den Entwicklungen und Finanzierungen von Modell-

kommunen in den Bundesländern auch Arbeits-hilfen eine Rolle, um die Kommunen bei der Erstellung kommunaler Planungen zu unterstützen.⁷

Beispiele innovativer Ansätze

Im Folgenden sollen, auf der Basis der bisherigen Ausführungen, ausgewählte Ansätze innovativer Entwicklungen aufgezeigt werden. Dabei wird zunächst der Bereich der Quartiersentwicklung vorgestellt. Nachfolgend soll exemplarisch der präventive Hausbesuch diskutiert werden, der modellhaft in einzelnen Bundesländern erprobt wird und in dem die Kommunen die oben beschriebenen neuen Rollen mit ausgestalten.

Quartiersentwicklung

Die grundsätzliche Erkenntnis, dass Lebensräume, und hierbei insbesondere die regionalen und kleinräumigen kommunalen Bedingungen, neu zu gestalten sind und auf eine u.a. altengerechte Versorgung hin ausgerichtet werden müssen, ist nicht neu. In zahlreichen Beiträgen und Arbeiten von Instituten und Stiftungen wird dabei auf die Notwendigkeit der Anpassung verwiesen.⁸ In Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland in Deutschland, wurde dazu ein Masterplan altengerechte Quartiere⁹ entwickelt und daraus resultierende Modellprojekte wurden mit Förderungen in der Umsetzung unterstützt.

„Quartiere“ stehen hier als ein Begriff für eine zu definierende räumliche Struktur; es liegt keine einheitliche Definition vor. In Städten werden dabei meist Stadtteile oder auch einzelne Wohngebiete verstanden, die eine soziale Entität darstellen. In ländlichen Regionen können dies einzelne Dörfer sein.

Dabei wird insgesamt davon ausgegangen, dass sich hier die eher theoretischen Beobachtungen allgemeiner demographischer Entwicklungen in konkreten Alltagsfragen verdichten, die es vor Ort zu lösen gilt, um ein Leben in Selbstbestimmtheit und am eigenen Wohnort möglichst lange zu stabilisieren. Dieser Ansatz verdeutlicht, dass es nicht nur

um eine Betrachtung der Strukturen der professionellen Hilfesysteme geht - sie sind ein wesentlicher Teil, jedoch nicht alleinig führend in der Diskussion.

Bei der Entwicklung neuer Lebens- und Wohnorte und der Ausgestaltung neuer Formen der Versorgung spielen zahlreiche Ansätze eine Rolle, die je nach regionaler Ausgestaltung oder Projektausrichtung unterschiedlich zusammenwirken. Eine Quartiersentwicklung, wie sie aktuell verstanden und diskutiert wird, ist daher kein linearer und gleichförmiger Prozess, sondern besteht aus unterschiedlichen Werkzeugen, Handlungsstrategien und Ansatzpunkten, die man zusammenfassen kann unter den zentralen Perspektiven der kommunalen Gestaltung, der Partizipation sowie der Vernetzung. Einen Überblick bietet dabei z. B. die Webseite der altengerechten Quartiere NRW,¹⁰ auf der neben zahlreichen Projekten auch Informationen zu möglichen Methoden und Tools gegeben werden, die eingesetzt werden können, um eine Quartiersentwicklung zu befördern (siehe Abb.5).

Der professionellen Pflege wird dabei eine wichtige Rolle zuteil. Beispielsweise wird sie eingebunden durch die Öffnung der Heime ins Quartier. Dies kann erreicht werden, indem die strukturellen und organisationalen Grenzen geöffnet werden; das Restaurant wird für alle Teile der Bevölkerung geöffnet, beliefert Personen außerhalb der Einrichtung und ist z. B. im Catering für Veranstaltungen von Vereinen tätig, Veranstaltungsräume im Haus werden geöffnet für Festlichkeiten und Tagungen im Quartier, der Friseur, der in der Einrichtung ist, nimmt Kunden auch von außen an. Die Quartiersbewegung umfasst aber wesentlich mehr als die Öffnung der Heime und die damit verbundenen neuen Betätigungsfelder.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Entwicklung übergreifender versorgender Wohnformen in einem lokalen Raum (Resorts), in denen der Übergang zwischen der selbstständigen Lebensführung und progredient steigenden Hilfeformen (betreut, assistiert, kompensatorisch, palliativ) in der Kleinräumigkeit des Quartiers gewährlei-



Abb. 5: Schematische Darstellung möglicher Ansätze und Themen der Quartiersentwicklung

stet werden kann. So verlieren die singulären und oftmals nach außen abgeschotteten institutionalisierten Altenpflegeheime Stück für Stück an Bedeutung und werden ersetzt bzw. ergänzt durch neue Modelle. In Projekten wird dabei u. a. auch erprobt, wie die stärkere Verschränkung ambulanter Dienste und Angehöriger mit klassischen Heimstrukturen erfolgen kann.

Professionell Pflegende spielen als sogenannte Quartiersmanager eine Rolle, denn sie sollen für eine überschaubare Anzahl an hilfebedürftigen Menschen im Quartier die individuellen Versorgungs- und Betreuungsnetze organisieren, die den unterschiedlichen Bedürfnissen in unterschiedlichen Phasen der Hilfebedürftigkeit älterer Menschen angepasst sind. Dazu ist erforderlich, dass sie einen umfassenden Blick auf die unterschiedlichen Hilfeformen, Angebote und professionellen sowie informellen Leistungsangebote haben. Dabei können z. B. auch elektronische Netzwerkarten oder internetgestützte Vermittlungsplattformen von Hilfesuche und Hilfsangeboten eine wichtige Rolle spielen.

Der Quartiersansatz geht grundsätzlich von einem partizipativen Ansatz aus. Über Bürgerbeteiligung, Workshops, Entwicklungsgruppen und Zukunftswerkstätten soll die konkrete Mitgestaltung ermöglicht werden. Wie stellen sich ältere Menschen und solche mit Behinderungen ihren Lebensraum vor? Wie sieht die Erreichbarkeit wichtiger Dienste und Dienstleistungen und Kulturangebote aus? Welche Ausgestaltungsmöglichkeiten werden vor Ort gesehen und als notwendig erachtet? Wie können Begegnungsräume geschaffen werden und in die Stadtplanung aufgenommen werden? Welche Barrieren ergeben sich im Alltag und wie können diese beseitigt werden? Dies sind nur beispielhafte Fragen, die von Bedeutung sind.

Eine weitere Säule des Ansatzes ist die Gestaltung, die aktiv von der Kommune ausgeht. In diesem Kontext sind z. B. neue Wohnkonzepte von Bedeutung und die Berücksichtigung innovativer Wohn- und Lebensformen bei der Erschließung kommunaler Bebauungsprojekte. Auch hier wurden in den vergangenen Jahren in Deutschland erste Schritte organisiert, und es gibt dazu parallele

Programmlinien, wie das der Mehrgenerationenhäuser des Bundesfamilienministeriums. In dem Bundesmodellprogramm wurden bislang rund 540 Mehrgenerationenhäuser gefördert, in denen das gemeinsame und auch gegenseitig unterstützende Zusammenleben zwischen den Generationen eine neue Rolle bekommen soll. So können sich ergänzende Hilfesysteme (Kinderbetreuung und Einkaufshilfe) in der Zivilgesellschaft stärker entfalten.

Wunder sind dabei nicht zu erwarten – es geht vielmehr um den sukzessiven ergänzenden Aufbau kluger und individualisierter Ideen, die Brücken zu den bislang versäulten professionell pflegerischen Versorgungsangeboten schlagen und diese ggf. nachhaltig entlasten.

Pflegepräventive Hausbesuche

In diesem Kontext der regionalen und kommunalen Steuerung und Partizipation sind auch pflegepräventive Hausbesuche als ein innovativer Ansatz zu betrachten, der in den skandinavischen Ländern zum Routineverfahren gehört, in Deutschland bislang aber nicht existierte.

Die Hausbesuche setzen, entgegen anderer Beratungsbesuche durch z. B. ambulante Dienste im Falle einer Pflegebedürftigkeit, zu einem frühen Zeitpunkt an und gehen in der theoretischen Grundlage davon aus, dass durch eine rechtzeitige Information und daraus resultierenden Handlungen, Pflegebedürftigkeit ggf. hinausgezögert werden kann. Sie setzen also primär an, bevor ein attestierter pflegerischer Bedarf besteht und ermöglichen so, frühzeitig Handlungsspielräume zu erschließen, soziale Netzwerke zu aktivieren und zu steuern. Damit durchbricht das Konzept die bestehende Logik der Sozialversicherungssysteme, in denen Leistungen finanziert und gegeben werden, wenn Pflegebedarf manifestiert ist und Leistungen ausgeweitet werden, wenn dieser weiter zunimmt.

Aus der Perspektive der Pflege ist dabei bedeutsam, dass die Pflegenden, die diese Beratungsbesuche in den Projekten überwiegend durchführen, neue Rollen einnehmen und edu-

kative, unterstützende Leistungen bei ihnen real Eingang finden in die tägliche Arbeit. Die Pflege insgesamt wird so ihrer von außen zugeschriebenen und primär Defizit orientierten sowie kompensatorischen Rolle enthoben und nutzt die Chance, um für die Berufsangehörigen neue Handlungsfelder zu erschließen.

Für die Kommunen, die oftmals Träger der Maßnahme waren, ergab sich durch die Projekte die Möglichkeit, proaktiv auf ihre Bürger zuzugehen und wichtige und steuerungsrelevante Informationen zurückgespiegelt zu bekommen, die beispielsweise auch für die Sozialraumgestaltung und Quartiersentwicklung relevant sind. Erreicht wurde der Zugang z. B. dadurch, dass Geburtstagsbriefe an hochaltrige Senioren versendet wurden, die einen präventiven Hausbesuch ankündigten, in dem neben individuellen Situationen und Risiken auch sozialraumbezogene Daten erfasst wurden. Die Teilnahme an den Besuchen war dabei selbstverständlich freiwillig. Von den Senioren wurde dies, entgegen erster Befürchtungen, in der Mehrzahl nicht als „Überwachung oder Einmischung“ wahrgenommen, sondern als ernsthaftes Bemühen der Kommunen, die konkreten Situationen der älteren Bürger zu erkennen, sie damit auch anzuerkennen und die Informationen und Hinweise für strategische Ausrichtungen zu nutzen. Die Kommunen profitierten mit einem deutlichen Zugewinn an Ansehen.

In Deutschland wurden in unterschiedlichen Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hamburg) konkrete Projekte durchgeführt, die jeweils ihre spezifischen unterschiedlichen Ausrichtungen haben. Federführend wurden sie vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung entwickelt und begleitet, das sich seit rund 20 Jahren mit dem Thema beschäftigt.

Das Landesmodellprojekt „Gemeindeschwester^{plus} in Rheinland-Pfalz“, wurde von 2015 bis Ende 2018 in sieben Modellregionen des Landes durchgeführt.¹¹ In über 7.000 präventiven Hausbe-

suchen konnten im Modellprojektzeitraum mehr als 3.000 hochbetagte Menschen erreicht und zu ihrer Lebens- und Gesundheitssituation beraten und unterstützt werden. Das Angebot umfasste sowohl präventiv ausgerichtete Beratung, beispielsweise zur sozialen Situation, gesundheitlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung, Wohnsituation, Mobilität oder Hobbys und Kontakte, als auch die Vermittlung von wohnortnahen und gut erreichbaren Teilhabeangeboten wie beispielsweise Seniorentreffen, Bewegungsangeboten, Veranstaltungen oder interessanten Kursen. In ländlichen Regionen mit fehlender Infrastruktur wurden zahlreiche dieser Angebote durch die Gemeindeschwestern^{plus} initiiert und erstmalig aufgebaut. Das Projekt wurde im Jahr 2017 in der Umsetzungsphase von der Universität zu Köln evaluiert. Das im Mai 2018 vorgestellte Evaluationsergebnis bestätigt die positive Wirkung der Gemeindeschwestern^{plus} und zeigt auf, dass sich die hochbetagten Bürgerinnen und Bürger mit dem Angebot sicherer, informierter und wertgeschätzt fühlen. Land und Krankenkassen haben aktuell entschieden, das Projekt aufgrund der positiven Ergebnisse weiter fortzusetzen und auszuweiten.

Das Pilotprojekt „Pakt“ in Nordrhein-Westfalen wurde vom Caritasverband für das Bistum Aachen e. V. durchgeführt. Im Kern bestand es in der Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines modularisierten Beratungs-, Schulungs- und Trainingsangebotes für Seniorinnen und Senioren, die noch in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Ihnen wurden aufsuchende und präventiv auf ihre Bedürfnisse ausgelegte häusliche Beratungen, Schulungen und Trainings oder auch Gruppenschulungen zu alltagsrelevanten Themen angeboten.¹² Die verfolgten Ziele bestanden im Erhalt und der Stärkung von Selbstständigkeit, Gesundheit und sozialer Teilhabe/Vernetzung der Senioren, sodass diese möglichst lange in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können und über entsprechende Kompetenzen (der Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung) verfügen.

In Baden-Württemberg wurden das Projekt

„PräSenZ“ sowie das darauf aufbauende Projekt PIQ (Präsenz im Quartier) durchgeführt.¹³ Die übergeordneten Ziele von PräSenZ bestanden in der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung zugehender und präventiv ausgerichteter Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren unter Einbezug des bürgerschaftlichen Engagements. Es wurde zwischen 2014 und 2017 in drei Modellkommunen umgesetzt.

Mit den vorliegenden Dokumenten zu den Implementierungs- und Umsetzungsstrategien, den Qualifizierungsbausteinen, den Beratungswerkzeugen sowie den Evaluationsstrategien liegen konzeptionell alle wesentlichen Bausteine vor, um Projekte dieser Art auch in weiteren Kommunen und Ländern zu erproben.

Fazit

Als Fazit kann festgehalten werden, dass Innovationen in der Sozialraumgestaltung an unterschiedlichen Stellen ein interessantes Gebiet der pflegerischen Entwicklung darstellen. Sie sind sowohl für den pflegewissenschaftlichen Bereich als Entwicklungs- und Evaluationsfeld interessant als auch für die Pflegenden selbst. Ebenso können die Kommunen profitieren und sich als erster Dienstleister der Bevölkerung sichtbar positionieren. Dazu aber müssen die Räume geschaffen werden und Dialoge in Gang gebracht werden. Ebenso kann nicht überall davon ausgegangen werden, dass kommunale Quartiersarbeit oder präventive Hausbesuche ohne Anschub von außen gewährleistet werden können.

Bezüglich der Rolle der Pflege bei der kommunalen Entwicklung sowie bei der Implementierung pflegepräventiver Strategien bedarf es neben der Entwicklung fachspezifischer Expertise bei Pflegenden auch der gesetzgeberischen Grundlagen sowie einer Möglichkeit, stärker als bislang ermächtigt zu werden, Planungen umzusetzen und Entscheidungsräume zugesprochen zu bekommen. In Deutschland ist dies in der Diskussion und wird aktuell u.a. sichtbar in der Beschreibung vorbehalten.

licher Tätigkeiten von Pflegenden, wie sie im neuen Pflegeberufereformgesetz formuliert werden.

In der Summe kann festgehalten werden: Auf der einen Seite ergeben sich hier Möglichkeiten, die gesellschaftlichen Herausforderungen kreativ und gemeinschaftlich anzugehen und so dem Slogan „Soziales Neu Gestalten“ zu folgen. Vielleicht können so die Folgen des demographischen Wandels abgemildert werden. Sie werden aber zumindest nicht ausschließlich einer zunehmend überforderten Pflegestruktur zur Beantwortung übergeben. Auf der anderen Seite lassen sich darüber hinausreichende positive Aspekte ausmachen: Es entstehen neue Aufgabenfelder, in denen Pflegenden mit ihrer Expertise neue Aufgaben entwickeln können. Damit wird ein Beschäftigungsraum eröffnet, der über die bisherigen klassischen Gebiete der Arbeit in den Versorgungseinrichtungen hinausreicht. Die Vernetzung von Angeboten, die Organisation kommunaler Versorgungsinfrastruktur und auch die Beratung von Menschen in einem Sozialraum oder die gemeinschaftliche Entwicklung mit Bürgern, stellen interessante Aufgabenbereiche dar. Sie können auch dazu beitragen, dass Pflege mit ihrer Expertise für die Bevölkerung sichtbar wird. Damit tragen diese Konzepte auch mittelfristig dazu bei, den Beruf tatsächlich aufzuwerten und die gesellschaftliche Wertschätzung zu erhöhen.

Referenzen

- 1 Statistik Austria, *Statistik des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2019 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht*, Wien (2019).
- 2 Statistik Austria, *STATatlas*, (2019), <https://www.statistik.at/atlas/> (letzter Zugriff am 5. 12. 2019).
- 3 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, *Alten- und Pflegeheime in Österreich – Süd/West. Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg*, Wien (2018a); Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, *Alten- und Pflegeheime in Österreich – Mitte. Oberösterreich und Steiermark*, Wien (2018b); Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, *Alten- und Pflegeheime in Österreich – Ost. Burgenland, Niederösterreich und Wien*, Wien (2018c).
- 4 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., *Regionaldossiers. Regionalanalysen Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen in NRW 2019*, Köln (2019); Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, *Landesberichterstatterin Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017, Situation der Ausbildung und Beschäftigung*, Düsseldorf (2019).
- 5 Bundesministerium für Gesundheit, *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege*, Berlin (2015).
- 6 GKV Spitzenverband, *Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern*, Berlin (2015).
- 7 Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung, *Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz*, Mainz (2019); Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, *Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen*, Düsseldorf (2012).
- 8 Berlin Institut/ Körber Stiftung, *Stadt für alle Lebensalter. Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundlich werden müssen*, Berlin (2014); Bertelsmann Stiftung, *Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG)*, Gütersloh (2009).
- 9 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen, *Masterplan altengerechte Quartiere. NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter*, Düsseldorf (2013).
- 10 Altengerechte Quartiere NRW, <https://www.aq-nrw.de/> (letzter Zugriff am 5. 12. 2019).
- 11 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., *Modellprojekt Gemeindeschwesterplus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“*, Köln (2016).
- 12 Weidner F., Wittrahm A., *PAKT. Kompetenzerhalt und soziale Teilhabe im hohen Alter durch PAKT – Präventives Alltags-Kompetenz-Training*, Lambertus Verlag, Freiburg (2020) (in Druck).
- 13 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., *PräSenZ. Prävention für Senioren Zuhause. Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014 -2017)*, Köln (2018).