
Stand: 08.11.2017

PFLEGE

IN DER ALTERNDEN GESELLSCHAFT

POSITIONSPAPIER

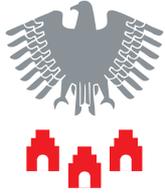
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB)
und von spectrumK



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.



PFLEGE IN DER ALTERNDEN GESELLSCHAFT

POSITIONSPAPIER

des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB) und von spectrumK

1 ÄLTER WERDENE BEVÖLKERUNG STELLT DIE GESELLSCHAFT VOR BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN

In den nächsten Jahren wird sich die Bevölkerungsstruktur in Deutschland weiter verändern. Wenn auch der prognostizierte Bevölkerungsrückgang durch die Zuwanderung, die hohe Zahl der Geflüchteten sowie die steigenden Geburtenraten nicht eintritt, werden die Menschen älter und die Gesellschaft wird bunter und vielfältiger. Alter und Pflege dürfen nicht automatisch gleichgesetzt werden. Gleichwohl ist das höhere Alter von einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit geprägt. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Beträgt die Zahl der Leistungsbezieher derzeit 2,94 Millionen, werden für das Jahr 2030 über 4,07 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 5,32 Millionen prognostiziert.

Die Städte und Gemeinden müssen sich auf die umfassenden Veränderungen des demografischen Wandels einstellen. Dabei müssen die Kommunen in der Senioren- und Pflegepolitik Folgendes im Blick haben:

- Die Menschen leben länger und der Anteil der Hochbetagten nimmt zu.
- Mehr ältere Menschen haben einen größeren Hilfebedarf.
- Die Erwerbstätigkeit der Frauen wird weiter steigen mit Auswirkungen auf die typische Rolle in der Familie: Familien können die Pflege nicht mehr sichern.
- Es wird insbesondere bei Geringverdienenden, Menschen mit längeren Phasen von Unter-

beschäftigung oder Arbeitslosigkeit, bei Alleinerziehenden oder chronisch Kranken zu einem Anstieg der Altersarmut kommen.

- Die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile wird zunehmen.
- Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund wird wachsen.

Die Auswirkungen treffen die Städte und Gemeinden sehr unterschiedlich. Schon heute stehen sich Regionen gegenüber, die durch Bevölkerungsarmut, Wegzug und Überalterung einerseits und Zuzug und Wirtschaftsboom andererseits geprägt sind.

In den strukturschwachen ländlichen Räumen bleiben häufig die Älteren zurück, während die Jüngeren wegziehen. Folge ist nicht nur die Schließung von ortsnahen Angeboten der Nahversorgung (Nahversorgung umfasst als Teil der Grundversorgung unter anderem die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, wie Lebensmittel oder Drogerieartikel, private oder öffentliche Dienstleistungen unter anderem Gaststätten, Post, Banken oder Sparkassen). Dazu zählen auch Gesundheitsdienstleistungen, etwa Arztpraxen oder Pflegedienstleistungen. Hinzu kommt die fehlende Mobilität. Nach Berechnungen des BMUB ist für rund 48 Prozent der Bevölkerung der nächste Lebensmittelmarkt fußläufig nicht zu erreichen, in ländlichen Regionen sogar für 66 Prozent.

Die Zahl der Menschen, deren Lebenslage sich als prekär erweist, wächst. Das Armutsrisiko bei Älteren ist aktuell noch unterdurchschnittlich, trifft aber Frauen stärker als Männer. Insgesamt haben sich Armut und soziale Ausgrenzung verfestigt, die soziale Spaltung hat trotz der positiven Entwicklung von



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k

Gemeinsam Gesundheit gestalten.

Wirtschaft und Arbeitsmarkt zugenommen. Armut hat Auswirkungen auf die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Gesundheit. Das zeigt sich vor allem auf kommunaler Ebene in den unterschiedlichen Lebenslagen im Quartier.

Auch die älteren Menschen wollen weiterhin so lange wie möglich selbstständig wohnen bleiben und dies wenn möglich in ihrer vertrauten Umgebung. Knapp 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, davon zwei Drittel allein durch Angehörige. Aufgrund des sich veränderten Altersaufbaus der Bevölkerung und der zunehmenden eigenen Beschäftigung und steigenden Mobilität werden pflegende Angehörige nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft zur Verfügung stehen, wie das heute noch der Fall ist. Pflegende Angehörige fühlen sich zunehmend überfordert. Knapp zwei Drittel der Angehörigen müssen Pflege und Beruf vereinbaren, davon 30 Prozent in Vollzeit (AOK Pflege-Report 2016). Jüngste Umfragen (Focus 38/2017 S. 51) belegen dies. So wollen 50 Prozent der Deutschen im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit im Alter zu Hause wohnen bleiben, 17 Prozent bei einem Angehörigen und zwölf Prozent im betreuten Wohnen, nur drei Prozent in einer Pflegeeinrichtung. In der Realität werden allerdings 27 Prozent der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen betreut.

Neue Konzepte und Strategien müssen geschaffen werden. Städte und Gemeinden sollten häusliche Versorgungsdienste und ambulante Pflege stärker kleinteilig organisieren. Angesichts der Unterschiedlichkeit der Kommunen kann es keine allgemeingültigen Lösungen für alle geben. So stellt sich die Situation in peripheren ländlichen Regionen völlig anders dar als in prosperierenden Ballungszentren. Während Letztere häufig über das notwendige Potenzial verfügen, fehlen bei Ersteren in der Regel die dazu benötig-

ten Ressourcen. Es bedarf deshalb einer besonderen Herausforderung, Wege aufzuzeigen, wie auch in finanzschwachen und schrumpfenden Kommunen die Bildung sorgender Gemeinschaften gefördert werden kann. Wichtig sind auf jeden Fall eine kontinuierliche Sozialplanung und Sozialberichterstattung. Ihre vorrangige Aufgabe ist es, für passgenaue Angebote verschiedener Träger zu sorgen.

2 LEISTUNGEN UND UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN IN DER PFLEGE

Die Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung 1995 unstrittig zu einer Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen geführt und zur Entlastung pflegender Angehöriger beigetragen. Viele der Ziele gelten auch heute noch:

- Ermöglichung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens
- Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege
- Förderung des familiären, nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Pflegepotenzials
- Aufbau einer professionellen Pflegeinfrastruktur und Verbesserung der Qualität der Pflege

Bis heute ist aber nicht jedem bewusst, dass die Pflegeversicherung eine „Teilkaskoversicherung“ ist. Genauso bedeutsam ist aber der Verlust der Steuermöglichkeiten. Die Kommunen waren für alle pflegebedürftigen Menschen, die nicht selbst die Kosten ihrer Pflegeleistungen tragen konnten, im Rahmen der Hilfe zur Pflege zuständig. Auf der kommunalen Ebene fanden eine Altenhilfeplanung sowie eine Planung der notwendigen Pflegeinfrastruktur statt. Die Planung umfasste in der Regel das gesamte Spektrum der Seniorenarbeit einschließlich des ehrenamtlichen Engagements. Die gesetzli-



che Gestaltung der Pflegeversicherung führte dazu, dass Pflegeleistungen nach marktwirtschaftlichen Prinzipien angeboten werden. Man hoffte, dass sich nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage eine optimale Versorgung ergeben würde. Tatsächlich finden wir heute vor Ort Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Der Barmer GEK Pflegereport 2014 weist nach, dass die Angebotsstrukturen die Versorgungsformen bestimmen und nicht umgekehrt. Die Frage, ob diese Angebote bedarfsdeckend sind, spielte keine Rolle mehr. Unter- und Fehlversorgungen lassen sich nicht mit Mitteln des Marktes korrigieren. Im Zuge der Umsetzung der Modellregionen im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) besteht gemeinsam für alle Beteiligten die Chance, für diese Über-, Unter- und Fehlversorgungen Lösungen zu finden.

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz und den Pflegestärkungsgesetzen I bis III hat der Bundesgesetzgeber die größten Reformen der Pflegeversicherung seit ihrer Gründung beschlossen. Insbesondere das Pflegestärkungsgesetz II beseitigt mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einen Geburtsfehler der Pflegeversicherung, die zu engen Leistungsvoraussetzungen. Neuer Maßstab für die Pflegebedürftigkeit ist nicht mehr allein der Zeitaufwand des Hilfebedarfs, sondern der Grad der Selbstständigkeit. 200 000 Menschen erhalten erstmals Leistungen der Pflegeversicherung, was zu Mehrkosten von sieben Milliarden Euro führt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument sind richtige Schritte zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, wobei auf der anderen Seite vor überzogenen Erwartungen zu warnen ist.

Es werden nicht alle Probleme der Pflegeversicherung gelöst, insbesondere mehr Quartiers- und Sozialraumorientierung, die Stärkung kommunaler

Gestaltungsmöglichkeiten und eine wirksame Präventionsmaßnahmen- und Rehabilitationsoffensive sowie eine Stärkung der Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung bleiben ungelöst. Dem Wunsch nach Entbürokratisierung wurde ebenfalls nicht hinreichend Rechnung getragen. Wenn von einer Stärkung der Kommunen die Rede ist, darf dies auch nicht mit einer Stärkung des Sozialhilfeträgers in der Pflege verwechselt werden. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung verdeutlicht dies anschaulich.

Ein weiteres Problem in der Pflege besteht im Fachkräftemangel. Dieser rückt zunehmend in die öffentliche Diskussion. Bis 2030 werden bis zu 520 000 Vollzeitkräfte gesucht. Dabei können bereits aktuell 20 000 Stellen nicht besetzt werden. Anzuerkennen ist, dass mit dem Pflegeberufegesetz eine Aufwertung der Altenpflege erfolgt ist.

Die bisherigen Antworten und Hilfestrukturen reichen für künftige Anforderungen nicht mehr aus. Nahezu eine Verdreifachung der konventionellen Angebote ist nicht leistbar, weder personell noch organisatorisch oder finanziell. Vor der Bundestagswahl haben alle Parteien Verbesserungen angekündigt, mehr Personal, bessere Ausbildung und eine funktionierende Finanzierung. Gerade der letzte Punkt wird weiter strittig bleiben. Finanzmittel werden nicht nur für die Altenhilfe und Pflege benötigt. Auch der Pflegeversicherungsbeitrag ist nicht unbegrenzt steigerbar.

2.1 **PFLEGE UND FAMILIENUNTERSTÜTZENDE** **BEZIEHUNGSWEISE FAMILIENENTLASTENDE** **LEISTUNGEN**

Im Siebten Altenbericht wird zu Recht hervorgehoben, dass die Sicherung einer solidarischen und



verlässlichen Pflege eine gesellschaftliche und sozialpolitische Herausforderung ist, für die die Pflegeversicherung nur einen begrenzten Beitrag leisten kann und auch weiter nur leisten können. Es muss darum gehen, dass die Menschen nicht abgeschnitten und isoliert sind von wirtschaftlichen und kulturellen Angeboten. Konkret bedeutet dies:

- Förderung und Unterstützung der selbstbestimmten Lebensführung
- Erhalt der Häuslichkeit
- Ermöglichung der Teilnahme am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben in der Stadt oder Gemeinde
- ausreichende Nahversorgungsangebote
- Mobilität

Der Siebte Altenbericht nennt als tragfähiges Leitbild für die Gestaltung von Pflege- und Sorgeaufgaben die geteilte Verantwortung. Beteiligt sind professionelle Pflegeeinrichtungen, Angehörige sowie Nachbarschaften. Notwendig ist ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen, professionellen und freiwilligen Formen der Hilfe einschließlich der Nutzung alltagstauglicher Assistenzlösungen im Rahmen der elektronisch gestützten Pflege.

2.2 **ANGEBOTE DER KOMMUNEN**

Nirgendwo zeigen sich die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen so deutlich wie in den Städten und Gemeinden, dort, wo Menschen wohnen, arbeiten und zusammenleben. Die Städte und Gemeinden sollten gemeinsam mit dem zivilgesellschaftlichen Engagement vor Ort, den Vereinen, Verbänden, Kirchen als „sorgende Gemeinschaften“ sich intensiv um die Belange älterer Mitbürgerinnen

und Mitbürger mit oder ohne Pflegebedarf kümmern. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen hindert gegebenenfalls aktive Kommunen bei der Umsetzung einer angemessenen Pflegepolitik. Trotz des vorhandenen Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sind gemeinsame Lösungen mit den Kommunen möglich. Dies könnte zum Beispiel durch gemeinsame und lösungsorientierte Gespräche aller Beteiligten erreicht werden. Erstes gemeinsames Ziel sollte die Gewährleistung der bedarfsorientierten und sicheren Versorgung sein.

Seniorenpolitik und Pflege finden vor Ort in den Städten, Landkreisen und Gemeinden statt. Bereits heute leisten die Kommunen wichtige Beiträge zur Pflege und Pflegevermeidung. Für ältere und alte Menschen, pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen und ihre Familien erbringen sie umfangreiche Unterstützung, beginnend mit der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die rechtliche Betreuung bis hin zum Wohnumfeld und zur Nutzbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs. Städte und Gemeinden wollen für alle Einwohner gute Lebensbedingungen schaffen. Mit Blick auf ein eigenständiges Leben im Alter gehören hierzu auch die Beratung und Unterstützung, Gesundheitsförderung und -prävention sowie die soziale Betreuung. Altenarbeit, Seniorenpolitik und Pflege sind kommunale Querschnittsaufgaben und Teil der Daseinsvorsorge.

Ein gut strukturiertes und vernetztes Hilfesystem im Sozialraum und Quartier mit verschiedenen Hilfsformen ist notwendig, um adäquat und bedarfsorientiert Angebote machen zu können. Darüber hinaus sind verstärkt Alternativen zur häuslichen Pflege zu



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

schaffen, damit auch bei Schwerstpflege kein Wegzug aus dem Quartier notwendig wird. Kommunen können dies durch Nutzung von Spielräumen im Leistungs- und Ordnungsrecht, bei Baugenehmigungen und bei der Investitionsförderung unterstützen. Dies setzt aber voraus, dass zum einen die Planungshoheit der Kommunen gestärkt wird, zum anderen auch die Finanzkraft der Kommunen, um die künftigen Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge wahrnehmen zu können.

Der Hilfe- und Pflegebedarf bei steigendem Lebensalter entsteht im häuslichen Bereich/Wohnquartier, die Problemlösung muss ebenfalls in diesem Quartier erfolgen. Die Gemeinde, das Dorf, der Stadtteil oder das Wohnquartier sind seniorengerecht und pflegerecht zu entwickeln und mit Infrastruktur zu versehen.

2.3

MOBILITÄT, BEWEGUNG, ERNÄHRUNG, TEILHABE AM LEBEN IN DER GESELLSCHAFT

Eine konsistente Politik erfordert die Abstimmung von Sozial- und Wohnungspolitik, Quartiersplanung und Infrastrukturplanung. Neben sozialen Angeboten sind barrierefreie öffentliche Räume, Verkehrsanbindung, ortsnahe Einkaufsmöglichkeiten und Freizeitangebote entscheidend. Die Sozialplanung sollte nach Möglichkeit auf kleinräumigen Sozialraumanalysen aufbauen. Dabei sollten die Bereiche Bauen, Soziales und Stadtentwicklung übergreifend beziehungsweise projektbezogen zusammenarbeiten.

Mobilität ist Grundvoraussetzung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der öffentliche Nahverkehr ist die Voraussetzung dafür. Einkaufen, Arztbesuch, soziale Kontakte: All das fällt schwer, für den, der kein Auto hat oder nicht mehr fahren kann. In den länd-

lichen Regionen ist das ÖPNV-Angebot oftmals nicht bedarfsgerecht. Viele Kommunen haben deshalb ergänzend zum öffentlichen Nahverkehr Fahrmöglichkeiten geschaffen: Stadtbusse, Bürgerbusse, Mitfahrerdatenbanken, Anschluss-Sammeltaxis.

Der Austausch der Bürgerinnen und Bürger und der Ausbau von sozialen Netzwerken können durch die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und die Förderung von Nachbarschaftsbeziehungen gestärkt werden. Hierzu eignen sich Mehrgenerationenhäuser, Familienzentren, lokale Bündnisse für Familien oder vernetzte Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen. Erforderlich sind geeignete Gemeinschaftsräume sowie eine qualifizierte Gemeinwesenarbeit, die in Kooperation von Kommunen, freigemeinnützigen Trägern und weiteren Kooperationspartnern finanziert und organisiert werden sollten. Es ist Aufgabe der Kommunen den dafür notwendigen Rahmen zu schaffen.

2.4

BEZAHLBARER UND BARRIEREFREIER WOHN- RAUM

Das Wohnen in den „eigenen vier Wänden“ ist nach wie vor die beliebteste Wohnform der Älteren. Bei der zunehmend zu erwartenden Altersarmut und der damit verbundenen Abnahme des Haushaltseinkommens wird die Höhe der Miete immer relevanter dafür, ob die Menschen in ihrer Wohnung verbleiben können. Besonders problematisch ist dies in den sogenannten Wachstumsregionen mit den steigenden Mietpreisen. Auf der anderen Seite verliert die eigene Immobilie als Altersvorsorge in den peripheren ländlichen Räumen an Wert.

Der Wohnungsbestand ist im großen Umfang nicht altersgerecht. Die größten Probleme treten bei der



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k

Gemeinsam Gesundheit gestalten.

Nutzung der sanitären Einrichtungen auf sowie beim Zugang zur Wohnung. Um den Wunsch der meisten älteren Menschen, solange wie möglich selbstständig in ihren eigenen vier Wänden zu bleiben, realisieren zu können, müssen in den nächsten Jahren Hunderttausende an Wohnungen altersgerecht modernisiert werden. Hierfür müssen die Förderprogramme weiter ausgebaut werden. Rund 700 000 altersgerechte Wohnungen stehen derzeit zur Verfügung, 2,75 Millionen fehlen, 2030 werden es 3,75 Millionen sein. In Deutschland fehlen aktuell mindestens 1,6 Millionen barrierefreie Wohnungen, Tendenz steigend. Gleichzeitig sind barrierefreie Wohnungen eine Grundvoraussetzung für eine stärkere ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen und damit auch für eine finanzielle Entlastung der Kommunen. Barrierefreies Bauen ist keine Frage der Kosten, sondern vielmehr der Konzeption und Planung. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der TER-RAGON und des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB). Ein weiteres Ergebnis der Studie: Die Kosten für die Barrierefreiheit sind im Neubau weitaus günstiger. Die durchschnittlichen Aufwendungen für den altersgerechten Umbau im Bestand im Rahmen des KfW-Programms „Altersgerechter Umbau“ beliefen sich laut einer Untersuchung von Prognos auf 19 100 Euro pro Wohnung. Mit diesem Aufwand wurde eine Verringerung der Barrieren, aber keine Barrierefreiheit erreicht. Durchschnittlich wurde das KfW-Programm „Altersgerechter Umbau“ für jährlich rund 25 000 Wohnungen wahrgenommen. Im Jahr 2011 wurde ein Spitzenwert von 43 310 Wohnungen erreicht. Jeder Neubau ist eine Chance, zeitgemäßen Wohnraum zu schaffen – Wohnraum, der für Jahrzehnte als Zuhause dienen soll. Aktuell werden jährlich circa 100 000 Wohnungen im Geschosswohnungsbau errichtet. Die Studie empfiehlt Bauherren, den Fokus auf Maßnahmen zu legen, die den höchsten Beitrag zur Barrierefreiheit leisten: ein

barrierefreier Haus- und Wohnungszugang, ein barrierefreier Aufzug, geeignete Türen und ausreichend große Bewegungsflächen, barrierefreie Bäder mit bodengleicher Dusche sowie ein barrierefreier Zugang zum Balkon. Zur Förderung des barrierefreien Bauens schlägt die Studie zudem vor, das KfW-Programm „Altersgerechter Umbau“ auf den Neubau auszuweiten. Demnach könnten 2500 bis 5000 Euro pro Wohnung als Zuschuss gewährt werden.

Durch die Pflegestärkungsgesetze wurde der Spielraum der Krankenkassen erweitert, zur Wohnumfeldverbesserung beizutragen. Es können nun Zuschüsse von bis zu 4000 Euro je Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewährt werden. Gleichzeitig besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, der sinnvoll auf die Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung abgestimmt werden kann und sollte.

Die vorhandenen Beratungsmöglichkeiten sollten ausgebaut werden, um die Nutzer (sowohl Eigentümer als auch Mieter) über die sehr unterschiedlichen Angebote zu informieren und dazu beizutragen, dass diese sinnvoll und abgestimmt eingesetzt werden. Hierzu gehört auch, dass Mieter nicht un-abgestimmt Veränderungen am Wohnraum vornehmen, für die im Anschluss durch den Rückbau erneut Kosten anfallen. Dies gilt insbesondere für das Thema Badumbau.

Im Detail besteht bei den Angeboten noch Regelungsbedarf, beispielsweise kommt es zu Missverständnissen, was genau unter einer Maßnahme zu verstehen ist. Die Verantwortlichkeiten zu Installation von und Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln im Zusammenhang mit Wohnumfeldverbesserungen sind nicht geklärt und die teilweise



geforderten drei Kostenvoranschläge stellen einen unverhältnismäßigen Aufwand für Nutzer dar.

2.5 **TECHNISCHE ASSISTENZSYSTEME** **FÜR DEN ALLTAG**

Bedarfsorientierte Lösungsansätze, die den Alltag für Betroffene und Pflegepersonen erleichtern, existieren mittlerweile in großer Anzahl. Vor allem elektronische Angebote bestimmen den Markt. Besonders die Entwicklung der technischen Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living – kurz AAL genannt) wird kontinuierlich durch den demografischen Wandel vorangetrieben. In den letzten zehn Jahren wurden die Technologien kontinuierlich verbessert. Die meisten AAL-Anwendungen wurden für die Bereiche Komfort, Unterhaltung und Sicherheit entwickelt. Ein bekanntes Beispiel ist die automatische Abschaltfunktion beim Herd, die eine besondere Sicherheit für demenziell veränderte Menschen schafft.

Ein weiteres bekanntes Feld sind die Lösungen rund um die Sturzprävention. Das Gehen und Laufen trägt maßgeblich zu unserem täglichen Wohlbefinden bei. Nach einem Schlaganfall können durch einseitige Lähmungen Einschränkungen beim Gehen oder Laufen auftreten. Die Folge ist häufig eine erhöhte Sturzgefahr. Neben den klassischen Hausnotrufsystemen der verschiedenen Leistungserbringer, wie zum Beispiel das Deutsche Rote Kreuz, die Caritas, den Arbeiter-Samariter-Bund oder die Diakonie, gibt es mittlerweile Ortungssysteme für gestürzte Menschen im häuslichen und stationären Umfeld. Anbieter sind beispielsweise Locate Solution aus Essen oder Nevis Q aus Aachen. Die Alarmierung der Pflegefachkräfte kann bei diesen Systemen zu jedem Zeitpunkt und von jedem Standort aus erfolgen.

Der Großteil der heute eingesetzten AAL-Technologien ist am grundsätzlichen Bedarf der potenziellen Nutzer orientiert. Sie werden in das häusliche Umfeld des Hilfebedürftigen integriert. Die Gruppe der Nutzer ist insgesamt sehr heterogen. Auf der einen Seite wenden gesunde und aktive ältere Menschen die AAL-Technologien zur Steigerung ihrer Lebensqualität an. Auf der anderen Seite stehen die multimorbiden Menschen, die möglichst lange ein selbstständiges Leben zu Hause verbringen wollen. Die technische Unterstützung ist daher nicht einseitig auf die Hilfebedürftigen ausgerichtet. Es sollen alle an der Pflege Beteiligten, wie zum Beispiel Ärzte, Pflegefachkräfte und Familienmitglieder, miteinbezogen werden. Denn nur so kann eine gemeinsame Entlastung und Unterstützung erreicht werden.

Die Ausrichtung am allgemeinen Bedarf der Anwender führt allerdings dazu, dass den individuellen Bedürfnissen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Dies gilt es zu optimieren, um den tatsächlichen Nutzen für die Betroffenen zu steigern.

Die Praxis zeigt, dass in vielen neu gebauten Wohneinheiten altersgerechtes Wohnen in Verbindung mit vorhandenen AAL-Technologien schon berücksichtigt wird. Ein Nachteil dieser Entwicklung ist, dass sich viele Betroffene diesen Wohnraum mit moderner Ausstattung aufgrund des Lohn- und Rentenniveaus nicht leisten können.

Die Finanzierung der AAL-Technologien ist für viele Hilfesuchende ein grundlegendes Problem. Das SGB XII, das unter anderem Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung enthält, sieht zwar einen Zuschuss in Höhe von 4000 Euro für Wohnumfeldverbesserungen vor, die Genehmigung für die Umsetzung der eventuell benötigten AAL-Technologien wird jedoch bei den einzelnen Pflegekassen unter-



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

schiedlich bewertet. Hier sollte der vorhandene Ermessensspielraum unter dem Aspekt „ambulant vor stationär“ in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in den jeweiligen Einzelfällen positiv bewertet werden.

3 BERATUNGSLEISTUNGEN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

Die Angebote, die Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen (im Folgenden Hilfesuchende genannt) zur Erleichterung ihrer Situation zur Verfügung stehen, sind komplex und die gesetzlichen Rahmenbedingungen für deren Inanspruchnahme für den Laien kaum nachzuvollziehen. Hilflosigkeit und Überforderung zeichnen zu oft die Situation der Hilfesuchenden aus. Eine umfassende Information ist aber einer der zentralen Schlüssel zu einer – im Rahmen des bestehenden Angebots – optimalen Versorgung der Hilfesuchenden.

Gut informierte Hilfesuchende können zielgerichtet Leistungen beantragen und Angebote abfragen. Insbesondere um dem Grundsatz "ambulant vor stationär" gerecht zu werden und das Leben in den eigenen vier Wänden trotz Pflegebedürftigkeit zu erleichtern beziehungsweise überhaupt erst zu ermöglichen, ist es wichtig, das Angebot an Hilfsmitteln und Unterstützungsleistungen zu kennen. Beratungsangebote entlasten nicht zuletzt auch die Dienstleister in der Pflege, die so durch gezielte Anfragen einen deutlich reduzierten Verwaltungsaufwand haben. Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen können die Situation im häuslichen Umfeld stabilisieren und eine Überlastung der Angehörigen vermeiden.

Die Pflegekassen (gilt auch für die privaten Versicherungsunternehmen) sind daher gesetzlich verpflich-

tet, ihre Versicherten und deren Pflegepersonen umfassend über bestehende Unterstützungsleistungen aufzuklären und bei der Antragstellung zu unterstützen.

ARTEN VON BERATUNGSLEISTUNGEN

Die Beratungsangebote, die der Gesetzgeber dafür vorgesehen hat, sind die Pflegeberatungen, die Beratungseinsätze sowie die Pflegekurse.

Die Leistungsansprüche hängen vom jeweiligen Einzelfall ab. Leistungsempfänger nach SGB XI, Antragsteller sowie deren Angehörige oder Betreuer können eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Entscheidend ist der jeweilige Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Erfolgt die Pflegeberatung vor der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), erhält die Pflegekasse eine passgenaue Zusammenstellung präventiver, kurativer, rehabilitativer oder sonstiger medizinischer, pflegerischer und sozialer Hilfen mittels eines Versorgungsplans. Somit hat die Pflegekasse vorab Kenntnis über den Hilfebedarf ihres Versicherten und kann gegebenenfalls bereits erste Maßnahmen (etwa Zusendung eines Antrags auf Zuzahlungsbe-freiung) einleiten.

Grundsätzlich findet die Feststellung des Hilfebedarfs auf Basis eines Gutachtens durch den MDK statt. Über die im MDK-Gutachten empfohlenen Leistungen entscheidet die Pflegekasse. Aufgrund dieser Bewilligungen erhalten die Versicherten ihre Leistungen, sofern die Pflegekasse oder der MDK feststellen, dass für die weitere Versorgung (inkl. Umsetzung der Leistungsbewilligungen) eine Pflegeberatung angezeigt ist. Diese Möglichkeit sollte als Grundlage für die Koordinierung und Steuerung sowie gegebenenfalls erforderliche Nachsteuerung weiterer Maßnahmen gesehen werden.



Die Beratungseinsätze sind bei ambulanter häuslicher Pflege ab Pflegegrad zwei regelmäßig verpflichtend. Die Maßnahme dient insbesondere dem Zweck, Pflegenden praktische pflegfachliche Unterstützung zur Optimierung der Versorgungssituation anzubieten. Die Informationen aus diesen Beratungseinsätzen sind darauf gerichtet, dass alle an der Pflege Beteiligten – das heißt Pflegekasse, Krankenkasse, Träger der Sozialhilfe und Pflegepersonen – im Rahmen eines Case-Managements ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation umfassend ausschöpfen. Damit soll die Pflege in der eigenen Häuslichkeit entsprechend der Zielsetzung der sozialen Pflegeversicherung (ambulant vor stationär) länger erhalten bleiben. In Notsituationen kann so interveniert werden.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, pflegenden Angehörigen und sonstigen an ehrenamtlichen Pflegetätigkeiten interessierten Personen Pflegekurse unentgeltlich anzubieten. Die Pflegekurse können individuell in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, der Angehörigen oder der Pflegepersonen angeboten werden. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, dass die Hilfesuchenden zum Beispiel an Gruppenkursen der Pflegekassen oder der Leistungserbringer teilnehmen.

Alle genannten Beratungsleistungen können durch die Pflegekassen selbst oder durch Pflegestützpunkte organisiert werden, es können aber auch externe Dienstleister beauftragt werden.

Um die Potenziale der Beratungsleistungen der Pflegekassen nutzen zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

TRANSPARENZ

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Bera-

tungsangebote ist, dass bekannt ist, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf diese Angebote besteht und welche Möglichkeiten es gibt, um diesen Anspruch geltend zu machen – idealerweise bereits bevor eine Pflegebedürftigkeit eintritt. Dies ist auch wichtig, damit Hilfesuchende die kostenfreien Beratungsleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung von kostenpflichtigen Angeboten unterscheiden und Kosten und Nutzen abwägen können. Hier sollten die Pflegekassen ihre Versicherten verstärkt und vor allem in einfacher, auch für den Laien verständlicher Sprache informieren.

Bei allen Beratungsleistungen muss die Wahlfreiheit der Nutzer gewahrt bleiben. Der Nutzer muss sowohl hinsichtlich der Beratungsleistungen als auch der vorgeschlagenen Versorgungsangebote frei entscheiden können, die Beratung muss daher unabhängig und neutral erfolgen. Kritiker zweifeln jedoch daran, dass von Pflegekassen beschäftigte Pflegeberater diesem Grundsatz tatsächlich genügen, da sie den Interessen und Vorgaben ihres Arbeitgebers folgen müssen. Die Herausforderung für alle am Prozess Beteiligten sollte daher sein, diese Zweifel auszuräumen und für mehr Transparenz in der Pflege einzutreten.

QUALITÄTSSICHERUNG

Für die Umsetzung der Beratungsleistungen ist entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen, das – gerade in Hinblick auf die häufigen gravierenden Änderungen der gesetzlichen Grundlagen – regelmäßig geschult werden muss. Für die Sicherstellung einer ausreichenden Qualifizierung benötigt es einheitliche Vorgaben. Bei den Pflegeberatern beispielsweise handelt es sich derzeit vielfach um Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Die Empfehlungen des GKV-Spitzen-



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k

Gemeinsam Gesundheit gestalten.

verbandes geben hier konkreten Aufschluss. Zudem wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern geben. Für die Beratungseinsätze sind die Vertragsparteien verpflichtet, bis zum 1. Januar 2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungseinsätze zu beschließen. Ob diese Regelungen und Vorgaben ausreichend sind oder konkrete Regelungen seitens des Gesetzgebers notwendig werden, wird sich dann in der konkreten Umsetzung zeigen. Bezüglich der quantitativen Sicherstellung können bei Engpässen zu Urlaubs- und Krankheitsphasen (etwa Grippewellen) Angebote von Dienstleistern die Pflegekassen entlasten, indem sie über einen Pool an freiberuflichen Pflegeberatern Vertretungen gewährleisten. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sichergestellt wird, dass die Pflegeberater die regionalen Strukturen gut kennen und die Beratungsleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung mit denen anderer Träger, zum Beispiel der kommunalen Unterstützung bei der Hilfe zur Pflege, gut abstimmen und vernetzen.

Gerade die Pflegeberater sind durch ihre Zusammenarbeit mit den verschiedenen, an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligten Akteuren stark in den Versorgungsprozess eingebunden. Sie könnten daher über ihre beratende Rolle hinaus als Koordinator oder Lotse die verschiedenen Beteiligten sektorenübergreifend vernetzen und somit beispielsweise beim Entlassmanagement eine nahtlose Nachsorge gewährleisten. In einigen Regionen gibt es bereits Erfolg versprechende Modellprojekte.

4 VERNETZUNG UND KOOPERATION: ROLLE DER KOMMUNEN ALS KOORDINATOR BEI DER VERNETZUNG DER ANGEBOTE

Es gibt zahlreiche Beratungsangebote für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen und ihre Angehörigen. Es sind nicht nur die Pflege- und Krankenkassen, sondern auch die Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte, kommunalen Beratungsstellen, Wohlfahrtsverbände oder Selbsthilfegruppen. Vielfach werden aber nur spezifische Beratungen angeboten. Die von Pflege betroffenen Menschen und ihre Angehörigen brauchen aber eine ganzheitliche Beratung. Diese geht weit über den lediglich Teilbedarfe abdeckenden Pflegeversicherungsbereich hinaus. Die Betroffenen und ihre Angehörigen benötigen zeitnahe und umfassende Informationen, insbesondere hinsichtlich einer vernetzten, ganzheitlichen Unterstützung, Entlastung und Sicherstellung häuslicher Pflegearrangements. Dies erfordert eine umfassende Beratung aller potenziell Anspruchsberechtigten über die möglichen Leistungen der Versicherungssysteme, aber auch anderer Unterstützungssysteme. Das PSG III zeigt für diese Herausforderung zwei parallele Beratungsstrukturen auf. Auf der einen Seite besteht weiterhin die Möglichkeit, die kostenfreie Pflegeberatung durch die Pflegekassen in Anspruch zu nehmen. Für diese Aufgaben sind unabhängige, regionale Pflegeberater die ersten Ansprechpartner für alle Anspruchsberechtigten. Somit wird adäquate Versorgung gewährleistet. Auf der anderen Seite können die Kommunen im Rahmen des PSG III eine stärkere Rolle in den Modellregionen übernehmen, da sie über die Strukturen vor Ort am besten informiert sind. Aufgrund der Kenntnis originär kommunaler Aufgaben wie zum Beispiel der Seniorenberatung, der Wohnanpassung, der Wohnraumberatung, der allgemeinen Sozialberatung oder der Altenhilfe



besteht für die Kommunen die Chance zu einer neutralen und die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen vor umfassenden Beratung.

Die bestehenden Beratungsangebote müssen besser vernetzt und verzahnt werden, sodass an einer Stelle aus einer Hand beraten werden kann. Die existierenden verschiedenen Beratungsangebote (etwa der Pflegeversicherungen, der Kommunen, zu ehrenamtlichem Engagement etc.) sollten nicht durch neue Angebote ersetzt, sondern vernetzt und von der Kommune koordiniert werden, sodass Beratungssuchende alle Informationen an einem Ort erhalten können.

Welche Lösung dann tatsächlich die bessere ist, wird sich im Rahmen der Evaluation zu den Modellregionen zeigen. Alle Beteiligten profitieren gemeinsam aus den fünf Jahren Modellregion durch Best-Practice-Modelle und umfangreichen Wissenstransfer, begünstigt durch die Evaluation und zahlreiche gewonnene Erkenntnisse. Das ausgegebene Ziel ist es, auf dieser Basis die optimale Versorgung zu schaffen.

4.1 ORGANISATION VON PRIVATER UND PROFESSIONELLER HILFE BEI EINTRITT EINES PFLEGEFALLS

Für die Betroffenen stellen sich bei plötzlich eingetretener Pflegebedürftigkeit immer wieder die gleichen Fragen. Wer hilft mir jetzt weiter? Wo bekomme ich die erforderliche Hilfe? Wie finanziere ich die benötigte Hilfe?

Erster Ansprechpartner ist die Pflegekasse beziehungsweise deren Pflegeberater. Der Pflegeberater stellt den jeweiligen Bedarf fest und erstellt einen individuellen Maßnahmenplan für die Betroffenen.

4.2 BETREUUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSSTRUKTUREN SICHERN

Das SGB XI gibt der ambulanten Versorgung den Vorzug vor der stationären. Bei der Organisation der Betreuung im häuslichen Umfeld ist festzulegen, wer den Pflegebedürftigen betreut und versorgt. Wichtig ist, hier die Betreuungsstruktur sicherzustellen: Lebt der Hilfesuchende alleine oder gibt es Angehörige und in welchem Umfang können diese die Betreuung übernehmen? Ist die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Tagespflege notwendig und werden zusätzliche Leistungen wie Essen auf Rädern benötigt?

Sind an der Versorgung Laienpfleger, in der Regel Familienangehörige, beteiligt, hilft diesen gegebenenfalls ein Pflegekurs, um mit der neuen Situation zurechtzukommen. Die Information über die Möglichkeit, einen Pflegekurs zu erhalten, sollte als Pflichtbestandteil in die Beratungspflicht aufgenommen werden – nicht nur, wenn ein Pflegegrad anerkannt wird, sondern auch, wenn dieser abgelehnt wird, aber trotzdem ein Hilfebedarf erkannt wird. Denn das Wissen darüber, wie gepflegt wird, erleichtert dem Pflegenden seine Aufgabe und kann die Situation zu Hause stabilisieren.

4.3 IN BETREUUNG EINGEBETTETE FACHPFLEGE („24-STUNDEN-PFLEGE“)

Die sogenannte 24-Stunden-Pflege ist eine Leistung der Krankenversicherung, die für diese erhebliche Kosten verursacht. Durch die aktive Einbindung der Angehörigen oder Pflegepersonen in die Pflege in Form von Übernahme von Tätigkeiten der Pflegefachkräfte, wie zum Beispiel das Absaugen des Spei-



chels oder das Verabreichen von Injektionen, versuchen Krankenkassen einen Mittelweg zu gehen, um gleichermaßen wirtschaftlichen Zwängen und pflegerischen Herausforderungen zu entsprechen.

Die Belastung von Angehörigen und Pflegepersonen ist erheblich. Hier besteht von Seiten des Gesetzgebers Handlungsbedarf. Die Bereitschaft der Angehörigen und Pflegepersonen, die Betroffenen bei Bedarf zu versorgen, sollte nicht nur unter ökonomischen, sondern auch unter gesellschaftlichen und sozialen Aspekten betrachtet werden. Die jetzige Situation führt unter anderem dazu, dass pflegende Angehörige, Pflegepersonen und Pflegebedürftige mit den großen Belastungen des Pflegealltags leider noch immer zu sehr alleingelassen werden. Die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie die Unterstützung und Entlastung von Betroffenen stellen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die stärker in den öffentlichen Diskurs Einzug halten muss.

4.4 **VERBINDUNG DER BETREUUNG** **MIT KURZZEITPFLEGE UND TAGESPFLEGE**

Der Gesetzgeber hat die Kombination der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege im SGB XI fest verankert. Diese Kombinationsvariante bietet den Angehörigen und Pflegepersonen Variationsmöglichkeiten bei der Versorgung der Betroffenen.

Damit wurde der erste Schritt gemacht. Der Gesetzgeber sollte jedoch für die Zukunft die Möglichkeit schaffen, dass nicht genutzte Gelder der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege – maximal 3224 Euro – auch für die Inanspruchnahme der Tages- oder Nachtpflege eingesetzt werden können. Somit hätten die Angehörigen und Pflegepersonen noch mehr Entlastungsmöglichkeiten.

4.5 **„GEMEINDENÄHE“ UND VERSORGUNG** **IM LÄNDLICHEN RAUM SICHERN**

Insbesondere in den strukturschwachen Regionen können die notwendigen Angebote der Nahversorgung über den freien Markt nicht sichergestellt werden. Lebensmittelläden und Gaststätten verschwinden, aber auch Post und Banken schließen ihre Filialen. Es widerspricht aber unter anderem dem Sozialstaatsprinzip, wenn Bürgerinnen und Bürger von notwendigen Dienstleistungen ausgeschlossen sind. Soziale Infrastruktur muss für alle verfügbar, erreichbar und zugänglich sein, auch durch eigene kommunale Einrichtungen. Dies muss rechtlich möglich und finanzierbar sein. Der DStGB hat in seinem Positionspapier „Ländlicher Raum – für eine Politik der Chancen und der Zukunft ländlicher Räume!“ darauf hingewiesen, dass viele Städte und Gemeinden eigene Anstrengungen unternehmen, aber auch zusätzliche Hilfen durch Bund und Länder erforderlich sind, um Chancen und Zukunft der ländlichen Räume zu gewährleisten. Dies gilt für die Breitbandversorgung ebenso wie für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Natürlich ist Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität im ländlichen Raum, dass neben einer ausreichenden Wirtschaftskraft auch die notwendige Daseinsvorsorgeinfrastruktur in den Kommunen vorhanden ist. Das Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse setzt die Gewährung eines Mindeststandards an Daseinsvorsorgeleistungen und den erforderlichen Zugang zu den notwendigen öffentlichen und privaten Dienstleistungen voraus. Lebensqualität erschöpft sich allerdings nicht allein darin. Sie hat auch etwas mit den sozialen Beziehungen von Menschen, mit dem alltäglichen Lebens- und Wohnumfeld und mit der Gestaltung der Freizeit zu tun. Dazu gehören erreichbare Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten,



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

Begegnungsstätten vor Ort, ein attraktives Wohnumfeld genauso wie eine moderne Kommunikations- und Verkehrsinfrastruktur. Gerade Letzteres kann helfen, die Verfügbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten zu verbessern. Nachbarschaftsläden (Dorfläden), die praktisch als soziale Zentren ohne Sozialarbeiter und Stadtteilmanager ebenso wie als Dienstleistungszentren dienen, sind verbreitet.

4.6 GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN FLÄCHENDECKEND SICHERSTELLEN, ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN PFLEGE UND GESUNDHEITSSYSTEM STÄRKEN

Derzeit ist eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung in einigen Regionen nicht mehr gewährleistet und es besteht dringender Handlungsbedarf (siehe Positionspapier des DStGB: "Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen").

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine zunehmend knappe Ressource werden, müssen Modelle gefördert werden, mit denen man die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler nutzen kann. Ein Schritt ist, die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Unter den Kürzeln „AGNES“, „VERAH“, „MVA“ oder „EVA“ gibt es in einzelnen Regionen verschiedene Ausprägungen dieser Delegationsmodelle. Gemeindefrauen besuchen die Patientinnen und Patienten in der Regel zu Hause. Denkbar wäre auch, dass sie in einer verwaisten ländlichen Arztpraxis einen Anlaufpunkt für Patienten bekommen, in dem sie selbst kleinere Krankheiten nach entsprechender Aus- und Fortbildung behandeln können. Bei komplizierteren Fällen können sie Ärzte hinzuziehen, die dann qualifiziert entscheiden, ob der Patient vor Ort versorgt werden kann oder in eine Fachpraxis oder Klinik überwiesen

wird. Auch sollte überlegt werden, ob ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin eingeführt wird. Dies würde sich bei der ärztlichen Versorgung entlastend auswirken, ohne dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird.

Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärzthäuser oder lokale Gesundheitszentren dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten 2014 bereits entsprechende Gesundheitszentren gefordert. Dort könnten etwa auch angestellte Ärztinnen und Ärzte aus der Stadt tageweise arbeiten. Die Gesundheitszentren könnten mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerade für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. In den Gesundheitszentren könnte die Zusammenfassung der verschiedenen Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht werden. Dazu können neben den niedergelassenen Ärzten auch Therapeuten und Pflegeangebote zählen. Der Bund sollte mit den beteiligten Akteuren eine Strategie für eine „sektorenübergreifende Versorgung“ erarbeiten, um die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für eine Leistungskoordination ambulant tätiger Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, aber auch von Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer integrierten regionalen Versorgungsplanung zu schaffen und sicherzustellen. In diesem Zusammenhang sollten außerdem neue gemeinsame Finanzierungswege diskutiert werden.

Die Hospiz- und Palliativversorgung muss ebenfalls weiter ausgebaut werden. Hier sind Politik und Selbstverwaltung, die Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen gefordert, die Entwick-



lung innovativer Versorgungskonzepte zu fördern und die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Ebenso sind aber auch Maßnahmen notwendig, die die Attraktivität gerade ländlicher Regionen als Wohn- und Lebensort für alle Generationen sicherstellen, um die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte wieder zu erleichtern.

4.7 **STELLSCHRAUBEN FÜR DIE KOMMUNEN –** **KOMMUNALE PFLEGESTRUKTURPLANUNG**

Pflegepolitik umfasst allerdings mehr als die gewiss notwendige Reform der Pflegeversicherung im Kontext einer konsistenteren Einpassung des Themas Pflege innerhalb der Sozialgesetzgebung (SGB V, IX, XI und XII). Zur Verwirklichung bedarfsgerechter Wohn- und Pflegekonzepte ist eine Vernetzung aller verantwortlichen Personen und Institutionen erforderlich, von der Stadtplanung über Wohnungsbaugesellschaften und Pflegekassen bis hin zu Leistungsanbietern in Krankenversicherung, Rehabilitation und Pflege. Dabei erscheint vor dem Hintergrund der Zuständigkeiten und Organisationsgrößen die kommunale Ebene als maßgeblich für die Prozess- und Angebotskoordinierung. Sie muss deutlich gestärkt werden – strukturell und finanziell. Dabei ist aber sicherzustellen, dass sich die Kommunen dieser Aufgabe stärker stellen, als dies vor Einführung der Pflegeversicherung der Fall war.

Eine zersplitterte Organisationsstruktur im Feld der altenbezogenen sozialen Dienste erschwert die Kooperation und Vernetzung der Akteure auf kommunaler Ebene. Kommunale soziale Dienste, Wohnungswirtschaft und Wohlfahrtsverbände müssen kooperieren und intersektoral zusammenwirken.

Trotz der Präferenz für ambulante Pflege ist die stationäre Pflege weiterhin notwendig, muss sich aber den neuen sozialstrukturellen Bedingungen anpassen. D.h., die Fokussierung auf Wohnquartiere erfordert kleinteilige, wohnortnahe Versorgung und insbesondere einen Pflegemix. Gefordert sind Kombinationen aus Wohnungen mit Betreuungsservice, Pflegeheim und gegebenenfalls einem Demenzzentrum.

Integrierten wohnortnahen Versorgungskonzepten mit Infrastrukturangeboten (von Arztpraxen bis hin zum Supermarkt) gehört die Zukunft – wenigstens in städtischen Regionen. Aber auch in den Dörfern sind adäquate Sorgestrukturen aufzubauen beziehungsweise abzusichern.

Pflegeplanung ist kein Selbstzweck, sondern sie soll sich am tatsächlichen Bedarf vor Ort orientieren. Eine kommunale Pflegeplanung muss Einfluss auf die Versorgungslandschaft nehmen können, um die beschriebenen Über-, Fehl- und Unterversorgungen zu vermeiden. Nicht die Angebote dürfen den Bedarf bestimmen, sondern umgekehrt. Die notwendigen bedarfsgerechten Angebotsstrukturen können sich derzeit nicht entwickeln. Das Bundessozialgericht hat mehrfach entschieden, dass für ambulante und stationäre Pflegeleistungen alle Leistungserbringer zuzulassen sind, die geeignet und wirtschaftlich sind, unabhängig davon, wo eine Pflegeeinrichtung in einem überversorgten Gebiet errichtet werden soll. Erschwerend kommen die Abschottung der leistungsrechtlichen Konstrukte der verschiedenen Sozialgesetzbücher und die institutionellen Barrieren auf Kosten- und Leistungsträgerseite hinzu, die eine sektorenübergreifende Versorgung behindern.

Die kommunale Pflegeplanung muss maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungs-



landschaft vor Ort nehmen können. Es bedarf planerischer Kompetenzen der Kommunen, um in bestimmten Bedarfs- und Angebotssituationen Vorgaben zu formulieren, die für alle Marktteilnehmer verbindlich sind.

4.8 **ABBAU VON ABSTIMMUNGSPROBLEMEN** **BEI DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG** **IN PFLEGEHEIMEN**

Informationslücken und Abstimmungsprobleme in der Patientenversorgung haben verschiedene Ursachen. Einer der Hauptgründe dafür ist die veränderte ärztliche Versorgungssituation von Pflegebedürftigen. Dies führt unter anderem zu Kostensteigerungen, zum Beispiel im Krankenhausbereich, oder unter Umständen zu Multimedikationen, um nur einige Auswirkungen zu nennen.

Die aktuelle Gesetzeslage sieht zur Verbesserung vor, dass die stationären Pflegeeinrichtungen mit Ärzten Verträge bezüglich der ärztlichen Versorgung schließen.

Die „elektronische Patientenakte“ könnte zu einer besseren Abstimmung beitragen. Bei einer Vernetzung aller an der ganzheitlichen Versorgung Beteiligten könnten zum Beispiel Krankenhauseinweisungen oder Überweisungen an Fachärzte reduziert werden. Insgesamt könnte die Versorgung des Patienten optimal und übergreifend ausgerichtet werden. Hier sollte der Gesetzgeber das Zepter mit noch mehr Nachdruck in die Hand nehmen und gesetzliche Lösungen schaffen.

4.9 **ÜBERGANGSMANAGEMENT NACH KRANKEN-** **HAUSBEHANDLUNG**

Durch das Entlassmanagement hat der Gesetzgeber gute Lösungen für die Betroffenen geschaffen. Ziel ist es, die nahtlose Weiterversorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sicherzustellen.

Ob diese Lösungen erfolgreich sind, wird die Zukunft zeigen. Damit das Entlassmanagement erfolgreich wird, sollten die an der Versorgung Beteiligten in den jeweiligen Regionen enge Absprachen treffen. Alternativ könnten Pflegeberater die idealen Vermittler zwischen den Beteiligten sein, denn diese könnten die Koordination der Versorgung im häuslichen Umfeld übernehmen, was zu einer Entlastung der Ärzte, Krankenhäuser, sonstigen Leistungserbringer, Angehörigen und Pflegepersonen führt.

Kritiker werden anmerken, dass die Koordination über die jeweiligen Hausärzte erfolgen sollte. Die Praxis zeigt, dass ein Großteil der an der ambulanten Versorgung beteiligten Ärzte aus unterschiedlichen Gründen dazu nicht in der Lage ist. Einzelne Hausärzte und Krankenhäuser haben heute bereits erkannt, dass die Pflegeberater bei der Versorgung ihrer Patienten eine große Unterstützung sind.

4.10 **STÄRKUNG DES BEREICHS DER ALTERSMEDIZIN** **IN DER AUSBILDUNG DER ÄRZTINNEN**

Die Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen erfolgt in der Regel durch den Hausarzt. Die Praxis zeigt, dass die zunehmende Zahl von Pflegebedürftigen zur Folge hat, dass die Angaben von an der Pflege beteiligten Dritten immer stärker in



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

den Behandlungsprozess einfließen. Die medizinische Einschätzung der Hausärzte sollte in jedem Fall die Verordnungsgrundlage bilden.

Eine prüfsichere Verordnung kann nur auf Basis einer gesicherten ärztlichen Einschätzung erfolgen. Es ist daher zwingend erforderlich, die Aus- und Weiterbildung der verordnenden Ärzte im Bereich der Altersmedizin sicherzustellen.

5 DIGITALISIERUNG

Die Digitalisierung zieht sich durch alle Themenbereiche im Zusammenhang mit der Pflege. Von der vollautomatischen Toilette über den Airbag-Gürtel, der beim Sturz den Oberschenkelhalsbruch verhindert, bis hin zu Umbettungsaktivitäten können technische Einrichtungen die Pflege erleichtern.

Pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte können durch innovative Technologien unterstützt und entlastet werden. Primäres Ziel bei der Unterstützung hilfebedürftiger Personen ist es, deren Selbstständigkeit zu steigern und Abhängigkeiten von Dritten zu verringern beziehungsweise zu vermeiden. Dabei werden insbesondere die folgenden Bereiche unterschieden (Näheres unter aal.fraunhofer.de):

- Gesundheit und Wohlbefinden: Kompensation sensorischer, physischer oder kognitiver Beeinträchtigungen beziehungsweise Training zur Vermeidung entsprechender Defizite
- Sicherheit und Privatsphäre: Automatische Aufzeichnung und gegebenenfalls auch Auswertung von Vitalparametern, Erkennung von Notsituationen wie etwa Stürzen
- Häusliches Umfeld: Unterstützung bei Alltagsaufgaben durch intelligente Haustechnik oder

Assistenzroboter

- Soziales Umfeld: Kommunikationsunterstützung, Unterstützung von Mobilität, bei der Arbeit etc.

Telecare und E-Health in Pflegehaushalten müssen mit Blick auf die genannten Bereiche zwingend ausgebaut werden. Das E-Health-Gesetz ist nur ein erster Schritt.

Unter Ziffer 2 werden der Einsatz, die Möglichkeiten und die Vorteile von technischen Assistenzsystemen, auch als AAL-Technologien bezeichnet, ausführlich erläutert. Generell besteht die Herausforderung in der Prüfung, Beurteilung und Finanzierung der digitalen Angebote. Es muss zum Beispiel einheitlich geklärt werden, wie bei digitalen Lösungen in der Pflege mit den Daten umgegangen wird. Es gilt festzulegen, dass möglichst eine einheitliche Bewertung der angebotenen Lösungen durch die Pflegekassen geschieht. Daraus folgt schließlich, dass „Insellösungen“ möglichst vermieden werden. Das hätte unter anderem den Vorteil, dass alle Versicherten über Kassengrenzen hinweg von einer einheitlichen Versorgungsqualität profitieren.

Ein weiterer Aspekt ist die Ausschöpfung des Potenzials der Digitalisierung, um die in der Pflege tätigen Personen wie Pflegepersonal, Ärzte und auch pflegende Angehörige zu entlasten. Konkret sollte der Einsatz von Systemen wie zum Beispiel aus der Robotik im Alltag von Pflegepersonal stärker gefördert werden. Dadurch könnten durch Überlastung auftretende Symptome wie Rückenprobleme besser vermieden werden. Wichtig ist beim Einsatz von Robotik die Wahrung ethischer Pflegegrundsätze. Ein Roboter kann niemals einen Pflegenden ersetzen, er kann ihn aber unterstützen. Weiter sollten Angehörigen bessere und ihren Lebensumständen



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

entsprechende Angebote zur digitalen Pflegeberatung und Pflegeschulung zugänglich gemacht werden. Entsprechende E-Learning-Konzepte aus anderen Bereichen der Aus- und Weiterbildung können als Vorbild dienen. Und schließlich gilt es, alle am Pflegeprozess Beteiligten besser zu vernetzen, um einen effizienteren und sicheren Datenaustausch zu gewährleisten. Lösungsansätze wie eine elektronische Patientenakte, die dann von allen Akteuren der gesetzlichen Pflegekassen gleichermaßen eingesetzt wird, sollten das Ziel sein.

6 WERTSCHÄTZUNG IM EINSATZBEREICH VON PFLEGENDEN STÄRKEN

Ein Punkt, der häufig in der Diskussion rund um den Pflegenotstand außer Acht gelassen wird, ist die fehlende Wertschätzung gegenüber Pflegenden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen bleibt die Wertschätzung für den Einsatz der Pflegenden und deren hohe Belastung in der Hektik des Pflegealltags auf der Strecke. Es wird oft schlichtweg als ihre Aufgabe gesehen, ganz nach dem Motto: „Pflegebedürftigen Menschen zu helfen ist schließlich ihr Job“. Diese Aussage trifft unbestritten zu, lässt aber wenig Raum für die Anerkennung der sehr guten Leistungen der Pflegenden unter oftmals schwierigen Bedingungen. Eine solche vorherrschende Meinung führt auch dazu, dass nicht optimal verlaufende Situationen, die wie überall natürlich auch im Pflegealltag entstehen können, wie zum Beispiel in der Kontrakturen- oder Sturzprophylaxe, häufig übertrieben negativ bewertet werden. Die Beschwerden an die Leitungen der Pflegeeinrichtungen lassen meist nicht lange auf sich warten.

Um diesen für die Pflegenden belastenden Begleitumständen ihrer Tätigkeit zu begegnen, einen entsprechenden Ausgleich zu schaffen und parallel die

Wertschätzung für sie zu steigern, sind eine höhere Vergütung, bessere Sozialleistungen durch den Arbeitgeber und attraktive Arbeitszeitmodelle empfehlenswert. Weitere förderliche Maßnahmen sind Investitionen in eine bessere Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte. Größere Anerkennung für die in der Pflege tätigen Fachkräfte ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die der Unterstützung und eines klaren Bekenntnisses der Politik bedarf.

Mit Blick auf den demografischen Wandel und den zu erwartenden Fachkräftemangel als Gesamtproblem der deutschen Gesellschaft sind weitere Maßnahmen erforderlich, um dem sich ankündigenden Notstand in der Pflege entgegenzuwirken. Ideen und Ansätze sind durchaus vorhanden. So ist zum Beispiel die bessere Eingliederung und Weiterbildung von ausländischen Pflegekräften in den deutschen Arbeitsmarkt sehr zu empfehlen. Eine faire Bezahlung, entsprechende Sozialleistungen und eine langfristige Perspektive für die Arbeitskräfte aus dem Ausland sind dabei nur einige der entscheidenden Punkte. Die Politik muss hier die Grundlagen und Rahmenbedingungen schaffen, der Entstehung eines Billiglohnssektors entgegenwirken und Anreize für qualifizierte Arbeitskräfte schaffen.

Weitere alternative Modelle, die durchaus schon bestehen, sind weiter zu fördern. Dazu gehört zum Beispiel die Betreuung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen auf Bauernhöfen in Form einer Tagesbetreuung. Besonders in landwirtschaftlich geprägten Flächenländern bestehen bereits erste Modelle. Die Aufgabe der Politik ist daher die gezielte Förderung solcher Projekte. Dabei geht es sowohl um finanzielle Unterstützung wie auch um die Einrichtung entsprechender Beratungsstellen für interessierte Hofbetreiber.



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k

Gemeinsam Gesundheit gestalten.

Auch für die Bündelung lokaler und kommunaler Pflegeangebote bedarf es noch zu schaffender Rahmenbedingungen und Grundlagen. Die Kommune als Ort des generationsübergreifenden Zusammenlebens wird von enormer Bedeutung sein. Im PSG III wurde die zukünftige Aufgabe der Kommune mit Blick auf die Pflege skizziert. Die Bündelung der Pflegeangebote wird für die Kommunen zu einem wichtigen Standortfaktor. Da sich die Kommunen vielen Belastungen ausgesetzt sehen, müssen gezielt Fördermaßnahmen ergriffen werden, um die Kommunen für die zunehmenden Aufgaben im Bereich der Pflege zu stützen.

Ein besonders wichtiger Aspekt, der in den Debatten zur Pflege bisher nur eine Nebenrolle spielt, ist die Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Arbeitnehmern. Denn neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird besonders die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eine immer wichtigere Rolle spielen. Um die Bedeutung dieser Thematik zu fördern und stärker auch auf der politischen Agenda zu platzieren, werden auf der Berliner Pflegekonferenz Unternehmen und Organisationen, die sich in diesem Bereich verdient gemacht haben, mit dem Otto Heinemann Preis ausgezeichnet.

7 FOLGERUNGEN

Deutschland altert, der Anteil älterer Menschen nimmt rapide und kontinuierlich zu. Das ist Herausforderung, aber auch Chance. Das Grundgesetz fordert gleichwertige Lebensbedingungen im ganzen Land. Diesen Auftrag müssen wir erfüllen. Dazu gehören eine flächendeckende ärztliche Versorgung, Mobilitätsangebote und Möglichkeiten der kulturellen Teilhabe in der Stadt und auf dem Land für alle, also auch für ältere Menschen. Das wird nur gelingen, wenn wir bereit sind, neue Wege zu gehen, und

die Alterung als gesamtgesellschaftliche Herausforderung begreifen.

Dazu gehört auch, die Bürgerinnen und Bürger frühzeitig auf die Chancen der Telemedizin vorzubereiten. Wir müssen zudem vermehrt neue Wohnformen mit Mehrgenerationenhäusern und anderen Gemeinschaftsmodellen etablieren, in denen die Kreativität und das Engagement gerade älterer Menschen in der Gemeinsamkeit mit jungen Familien genutzt werden kann. Wohnortnahe ambulante Pflegestrukturen müssen kommunal gesteuert werden und bieten die große Chance, dass viel mehr Pflegebedürftige weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld leben können.

Gleichzeitig sollten auch die Chancen des Alterungsprozesses deutlicher hervorgehoben werden. Noch nie gab es so viele aktive, engagierte und teilweise auch wohlhabende ältere Menschen. Sie sind oftmals bereit, sich ehrenamtlich zu engagieren und Verantwortung zu übernehmen. Es ist Aufgabe der Kommunen, die dafür notwendigen Grundlagen zu schaffen.

Der demografische Wandel und der Alterungsprozess ist aber zugleich Auftrag an Bund und Länder, die notwendigen – auch finanziellen – Rahmenbedingungen zu schaffen, damit es vor Ort gelingt, das Land altersgerecht zu gestalten. Wir brauchen mehr Investitionen in die Infrastruktur, um den Anforderungen des Alterungsprozesses gerecht zu werden. Das ist wichtiger als der Automatismus von immer neuen und höheren Sozialleistungen.

Nicht nur die Politik, sondern auch die Wirtschaft ist gefordert. Wer heute altersgerechte Produkte entwickelt, wird damit morgen auch im Export erfolgreich sein, denn alle Industrieländer durchlaufen einen ähnlichen Alterungsprozess. ■ *Stand: 08.11.2017*

ANSPRECHPARTNER

des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB)
und spectrumK

Deutscher Städte- und Gemeindebund

Beigeordneter Uwe Lübking

Stellvertretender Pressesprecher

Alexander Handschuh

Marienstrasse 6

12207 Berlin

Tel.: +49 30 77 307 245

uwe.luebking@dstgb.de

alexander.handschuh@dstgb.de

spectrumK GmbH

Jasmin Russak

Spittelmarkt 12

10117 Berlin

Tel.: +49 30 212336 163

jasmin.russak@spectrumk.de



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.