

Einführung

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß und Antje Schwinger

In der Pflege gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Im Sozialgesetzbuch XI ist explizit als Ziel der Pflegeversicherung verankert, dass vorrangig die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützt werden soll, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Allen einschlägigen Befragungen zufolge entspricht dies zugleich dem Wunsch des Großteils der Bevölkerung. Zudem steht die Versorgung in stationären Pflegeheimen vielfach in keinem guten Ruf. Die Heime werden vielfach als Ort des Sterbens wahrgenommen. Der freiwillige Umzug in ein Pflegeheim ist für viele undenkbar. Eine stationäre Unterbringung steht vielfach für den finalen, unvermeidlichen Schritt, wenn alle Optionen, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, nicht mehr tragfähig sind.

Die Chancen, die Pflege außerhalb der bisherigen Häuslichkeit bietet – von altersgerechten Wohnstrukturen bis hin zu stationären Einrichtungen –, werden dagegen wenig diskutiert. Wahrgenommen werden vielmehr der drohende Autonomieverlust und eine defizitäre Versorgung in den Heimen. Dies müsste ein Umzug aus der eigenen Häuslichkeit in eine gezielt auf die Lebensphase „Pflegebedürftigkeit“ angepasste Wohn- und Versorgungsform aber keineswegs zwangsläufig bewirken. Im Gegenteil – je nach Bedarfslage kann hier professionelle Unterstützung im Vergleich zur vorwiegend informellen Pflege im bisherigen häuslichen Umfeld durchaus positive Versorgungsimpulse setzen. Auch können sich Aufgaben der Gesundheitsförderung oder gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten in speziellen Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige ausgesprochen positiv entwickeln – zum Teil weit über die entsprechenden Potenziale im angestammten häuslichen Umfeld hinaus. Nicht zuletzt gilt es zu berücksichtigen, dass aufgrund fehlender familiärer Unterstützung vor Ort bzw. der Schwere des Pflegebedarfs perspektivisch immer mehr Personen auf Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit angewiesen sind, wozu bei vielen von ihnen überdies beiträgt, dass ihre Wohnsituation für Pflege oft ungeeignet ist und sich auch kaum mit vertretbarem Aufwand oder gar nicht pflegerecht umgestalten lässt.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der Pflege-Report 2015 mit dem Schwerpunktthema „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“ zum Ziel, die besonderen Potenziale von Pflege außerhalb der häuslichen Umgebung aufzeigen. Die heute bestehenden Defizite insbesondere in der stationären Pflege können und dürfen kein hinreichendes Argument gegen verstärkt professionell-formelle und institutionalisierte Pflege oder sonstige gezielte Unterstützung per se sein. Ziel des Pflege-Reports 2015 ist es deshalb, heutige Defizite in der Pflege zu benennen, innovative Konzepte aufzuzeigen sowie die Überwindung von Entwicklungsbarrieren zu diskutieren.

Dabei sind mit Pflege „außerhalb der bisherigen Häuslichkeit“ oder „institutionalisierter Pflege“ keineswegs allein die heutigen stationären Pflegeheime gemeint. Schon heute bilden sich zunehmend neue Versorgungskonzepte wie zum Beispiel

betreute Wohnformen oder Demenz-Wohngemeinschaften heraus, für die die dichotome Trennung ambulant versus stationär nicht mehr richtig greift. Leistungsrechtlich werden diese neuen Wohnformen der ambulanten Versorgung zugerechnet. Tagespflege hingegen, bei der die Pflegebedürftigen eigentlich vorwiegend im eigenen häuslichen Umfeld verbleiben, wird als „teilstationär“ gewertet. Im Hinblick auf das Ziel, zweckmäßige Pflegearrangements für unterschiedliche komplexe Bedarfslagen zu schaffen und dabei zuallererst die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen, sind die im Hinblick auf leistungs- und finanzierungsrechtliche Erfordernisse oftmals allzu starren Abgrenzungen vielfach hinderlich.

Die hier eingenommene Perspektive ist eine andere: Als Pflege in speziellen Wohn- und Versorgungsformen gilt alles, wofür Pflegebedürftige oder andere Personen, die dies im leistungsrechtlichen Sinne noch nicht sind, aber gesundheitlich oder in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, ihr ursprüngliches Wohnumfeld dauerhaft verlassen. Ob sie dabei zum Beispiel eine Demenz-Wohngemeinschaft, Betreutes Wohnen oder ein stationäres Pflegeheim wählen, sei dahingestellt. Ein Ziel des Pflege-Reports ist es zu untersuchen, wie geeignete Pflege „außerhalb der bisherigen Häuslichkeit“ gestaltet sein kann und welcher Anstoß es bedarf, damit sich eine solche Versorgungslandschaft entwickelt.

Schwerpunktthema „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Der einleitende Beitrag des Pflege-Reports 2015 macht die zentrale Bedeutung der Gestaltung der Wohn- und Versorgungsumwelten als eigenständige Ressource deutlich, wenn es darum geht, grundlegende Anforderungen an „gute Pflege und Versorgung“ zu definieren. Dazu zählen neben der qualifizierten Pflege als weitere wesentliche Aufgaben die Stärkung und Förderung noch vorhandener gesundheitlicher Ressourcen, der Erhalt eines Höchstmaßes an Autonomie sowie die soziale Teilhabe. Für den Großteil der Bevölkerung stellt die häusliche Pflege in der angestammten Wohnumgebung durch vertraute Angehörige, gegebenenfalls mit professioneller Unterstützung, die mit Abstand bevorzugte Versorgungsform dar. Damit wird dieses Idealbild zugleich aber auch zur maßgeblichen Referenz für alle Pflegearrangements außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Das gilt für vielfach noch eher randständige neue Wohn- und Versorgungsformen, aber auch für die Ausgestaltung der stationären Pflege im Heim (*Beitrag Kuhlmei/Blüher*).

Schon heute existiert ein breites Panorama von klassischen und innovativen Wohnformen, die eine möglichst selbständige Lebensführung bis ins hohe Alter ermöglichen. Allerdings spielen neue Wohn- und Versorgungsformen – Betreutes Wohnen, traditionelle Altenwohnungen, Pflegewohngruppen oder andere Formen gemeinschaftlichen Wohnens – trotz einer gewissen Bedeutungszunahme in den letzten Jahren neben den „normalen“ Wohnungen sowie dem klassischen Alten- und Pflegeheim noch immer lediglich eine deutlich nachgeordnete Rolle. Dabei bergen sie vielfältige Potenziale, wenn sie gezielt an die Bedarfs- und Bedürfnislagen ihrer Bewohner angepasst werden. Das verdeutlicht eine strukturierte Übersicht, in der die spezifischen Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohn- und Versorgungsformen einander gegenübergestellt werden (*Beitrag Teti*).

Eine repräsentative Befragung des WiDO zu den Erwartungen und Vorstellungen der älteren Generation in Bezug auf neue Wohn- und Versorgungsformen

verweist auf eine große Offenheit und grundsätzlich positive Einstellung der Generation „50 plus“ gegenüber neuen Wohn- und Versorgungsformen. Dabei weist Betreutes Wohnen die größte Attraktivität auf, aber auch die Idee des Mehrgenerationenhauses stößt auf große Sympathie, gefolgt von Alten-/Senioren-Wohngemeinschaften und der 24-Stunden-Pflege. Auf nahezu einhellige Ablehnung stößt dagegen die Option eines Pflegeheims im Ausland. Doch warum führen die durchweg positiven Einstellungen der älteren Bevölkerung nicht zu einer größeren Verbreitung von neuen Wohn- und Versorgungsformen im Alter? Auch hierzu gibt die Befragung Hinweise, indem auf unzureichende Informationen und die Befürchtung unzureichender finanzieller Mittel verwiesen wird (*Beitrag Zok/Schwinger*).

Wie ist es um die Erfahrungen mit der Organisation der Langzeitpflege im Ausland bestellt? Können wir davon in Deutschland vielleicht etwas lernen? Der Pflege-Report wirft einen Blick auf die skandinavischen Länder, die durch eine deziert professionell ausgerichtete Pflegeversorgung im Rahmen integrativ angelegter öffentlicher Care-Dienste gekennzeichnet sind, die zumeist auskömmlich aus Steuermitteln finanziert werden. Dabei liegt bei der Pflegeversorgung der Schwerpunkt in professionellen häuslichen Diensten, die es Senioren ermöglichen, möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen zu verbleiben. Zugleich ist aber auch der Anteil Äterer, der in Sonderwohnformen versorgt und betreut wird, im Schnitt höher als in Deutschland (*Beitrag Heintze*). Auch in den Niederlanden, die wie Deutschland eine Pflege-Sozialversicherung haben, nehmen die Gebietskörperschaften, speziell auch auf kommunaler Ebene, bei der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur eine aktivere Rolle ein als bei uns. Neben der Stärkung der häuslichen Pflege durch den Ausbau wohnortnaher Hilfe- und Unterstützungsstrukturen kümmert sich die Pflegepolitik in den Niederlanden gezielt um den Umbau von Pflegeheimen und die Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen (*Beitrag Fuhrmann/Rupprecht*).

Nach dem Blick über die Grenzen wendet sich der Pflege-Report 2015 zentralen Querschnittsaufgaben zu und versucht, spezifische Potenziale zu identifizieren, die für die Versorgung von Pflegebedürftigen außerhalb der bisherigen Häuslichkeit bestehen. Das betrifft zunächst Fragen der Pflegequalität. Eine Bestandsaufnahme verdeutlicht die Komplexität der für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung relevanten Fragen. Diese Komplexität nimmt bei einer Diversifikation von Versorgungsangeboten zu. Hieraus, aber auch aus wachsendem Druck zur Einführung neuer Methoden der Qualitätsbeurteilung, resultiert Handlungsbedarf, um interne Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und externe Prüfungen auf eine neue konzeptionelle Basis zu stellen (*Beitrag Wingenfeld*).

Der Beitrag zur Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit stützt sich auf Untersuchungen der stationären Langzeitpflege. Auch wenn es sich bei deren Nutzern ganz überwiegend um chronisch kranke, multimorbide und funktionsbeeinträchtigte Menschen handelt, verfügen diese über förderungswürdige Gesundheitspotenziale. Stationäre Pflegeeinrichtungen tun sich jedoch schwer, geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung zu etablieren. Es bedarf eines verbesserten Verständnisses des Konzeptes Gesundheitsförderung und im Hinblick auf den gezielten Einsatz von Fördermaßnahmen einer sorgfältigeren Berücksichtigung der jeweiligen Fähigkeiten der Nutzer (*Beitrag Kleina/Horn*).

Spezielle Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige benötigen qualifiziertes Pflegepersonal, um ihre Potenziale im Hinblick auf „gute Pflege und Versorgung“ ausschöpfen zu können. Die entsprechende Analyse im Pflege-Report unterstreicht den beträchtlichen Handlungsdruck, den es insbesondere bei der Gewinnung von Fachkräften gibt. Dabei geht es nicht um isolierte Maßnahmen, sondern um ein ganzes Bündel von Maßnahmen, die sich zum Teil wechselseitig beeinflussen. Betroffen sind davon so unterschiedliche Zielgrößen wie die Ausweitung des Beschäftigungsumfangs, die Verlängerung der Berufsverweilzeit, die Verbesserung der beruflichen Qualifizierung, die Aufwertung der Pflege durch Akademisierung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Verminderung des Lohnabstands zu anderen Branchen sowie die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland (*Beitrag Bräutigam/Evans/Hilbert*).

Für den Großteil der Pflegebedürftigen in Deutschland erfolgt die Pflege zu Hause durch Angehörige, deren Bedeutung in diesem Kontext unbestritten ist. Angehörige spielen aber auch eine Rolle, wenn Pflegebedürftige ihr häusliches Umfeld verlassen, denn die zu groß gewordene Belastung der pflegenden Angehörigen ist dafür vielfach ein wesentlicher Grund. Im Heim sind die Angehörigen im Hinblick auf Unterstützungsleistungen dann oft plötzlich vollkommen „außen vor“. Das hat sich in den vergangenen Jahren zwar schon in einer wachsenden Zahl von Einrichtungen verändert, die über ausgearbeitete Konzepte zur Angehörigenarbeit verfügen, doch können die Unterstützungspotenziale durch Angehörige außerhalb des häuslichen Umfelds noch lange nicht als ausgeschöpft gelten (*Beitrag Dräger*).

In einem umfassenden Konzept von Pflege ist soziale Teilhabe ein integraler Bestandteil des Lebens von pflegebedürftigen älteren Menschen und der enge Zusammenhang zwischen Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität im Alter unbestritten. Die jeweilige Wohnform kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung von sozialer Teilhabe bzw. zur Vermeidung von Exklusion bei Pflegebedürftigkeit leisten. Neue Wohn- und Versorgungsformen bieten in dieser Hinsicht vielfältige Potenziale, insbesondere wenn sie sich in das und für das Quartier öffnen und die Mobilität der Pflegebedürftigen aktiv fördern (*Beitrag Kümpers/Wolter*).

Die Diversifizierung des Pflegeangebots im Spektrum „zwischen Heim und Häuslichkeit“ wird durch eine Reihe rechtlicher Barrieren behindert, die insbesondere aus dem gegliederten Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Leistungsträgerschaften der Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe, einer strikten Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Angeboten in allen Rechtsgebieten sowie einer unzureichenden Integration von Krankenbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflege resultieren. So erschweren etwa bestehende Restriktionen beim Persönlichen Budget mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen innerhalb stationärer Wohnformen und sollten auf den Prüfstand gestellt werden (*Beitrag Welti*).

Auf die in anderen Ländern gegenüber Deutschland teilweise sehr viel aktivere Rolle der Kommunen im Kontext der Pflegeversorgung haben bereits die beiden Beiträge dieses Reports zu den skandinavischen Ländern und den Niederlanden verwiesen. Die spezifische Rolle der Kommunen kann und muss aber auch in Deutschland deutlich gestärkt werden. Als Voraussetzung dafür wird ein Kooperationsmodell beschrieben, bei dem die Kommunen eine infrastrukturelle und koordinierende Rolle in verpflichtender Zusammenarbeit mit den Pflege- und Kranken-

kassen wahrnehmen. Ziel ist eine am Individuum ausgerichtete koordinierte Versorgungsplanung und eine sozialräumliche Gestaltung, die den Mix professioneller und zivilgesellschaftlicher Hilfen organisiert (*Beitrag Engelmann/Gohde/Künzel*).

Praxisbeispiele

Abgerundet wird der Beitragsteil des Pflege-Reports 2015 durch fünf Praxisbeispiele unterschiedlicher Ausprägung:

- ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaften (*Beitrag Hommel*)
- die Bremer Heimstiftung mit Angeboten für unterschiedliche Lebensmodelle an 26 Standorten im vertrauten Bremer Viertel (*Beitrag Sörensen*)
- ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in den Berliner Bezirken Charlottenburg und Schöneberg (*Beitrag Meyer*)
- Sonnweid das Heim in der Nähe von Zürich, das in verschiedenen Wohnformen Raum für 155 stationäre Bewohner mit Demenz bietet (*Beitrag Mühlegg*)
- das Quartiers- und Wohnprojekt „Goethe15sen.“ in Kassel mit barrierearmem Wohnraum für Senioren in einer sozial integrierenden Nachbarschaft (*Beitrag Mengel-Müller/Möller/Müller*)

Daran anschließend wird ein noch Überblick über Ziele, Aufgaben und das Forschungsverständnis der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband gegeben, indem relevante Arbeitsfelder und -schwerpunkte aus den laufenden Modellprogrammen vorgestellt und daraus resultierende Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und -versorgung skizziert werden (*Beitrag Schnabel/Eifert*).

Daten und Analysen

Den Schlusspunkt im Pflege-Report 2015 setzt ein Beitrag mit empirische Analysen zu Entwicklung und Status quo der Pflegebedürftigkeit sowie zur gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Grundlage sind zum einen die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und zum anderen AOK-Abrechnungsdaten, die auf die deutsche Wohnbevölkerung hochgerechnet wurden. Die Daten der Pflegestatistik belegen die Zunahme der Pflegebedürftigkeit, aber auch deren deutliche regionale Varianz zwischen den Ländern. Bei den Analysen zur Gesundheitsversorgung der Pflegebedürftigen nach einzelnen Leistungsbereichen erfolgt – für Frauen und Männer – jeweils ein Vergleich mit gleichaltrigen Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit sowie eine differenzierte Sicht nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und dem Versorgungssetting (*Beitrag Schwinger/Waltersbacher/Jürchott*). Dieser Empirie-Beitrag soll auch in Zukunft fester Bestandteil des Pflege-Reports sein; es ist beabsichtigt, ihn sukzessive weiter auszubauen.