

# PFLEGE BREITER AUFSTELLEN

## Versorgung in kommunaler Verantwortung

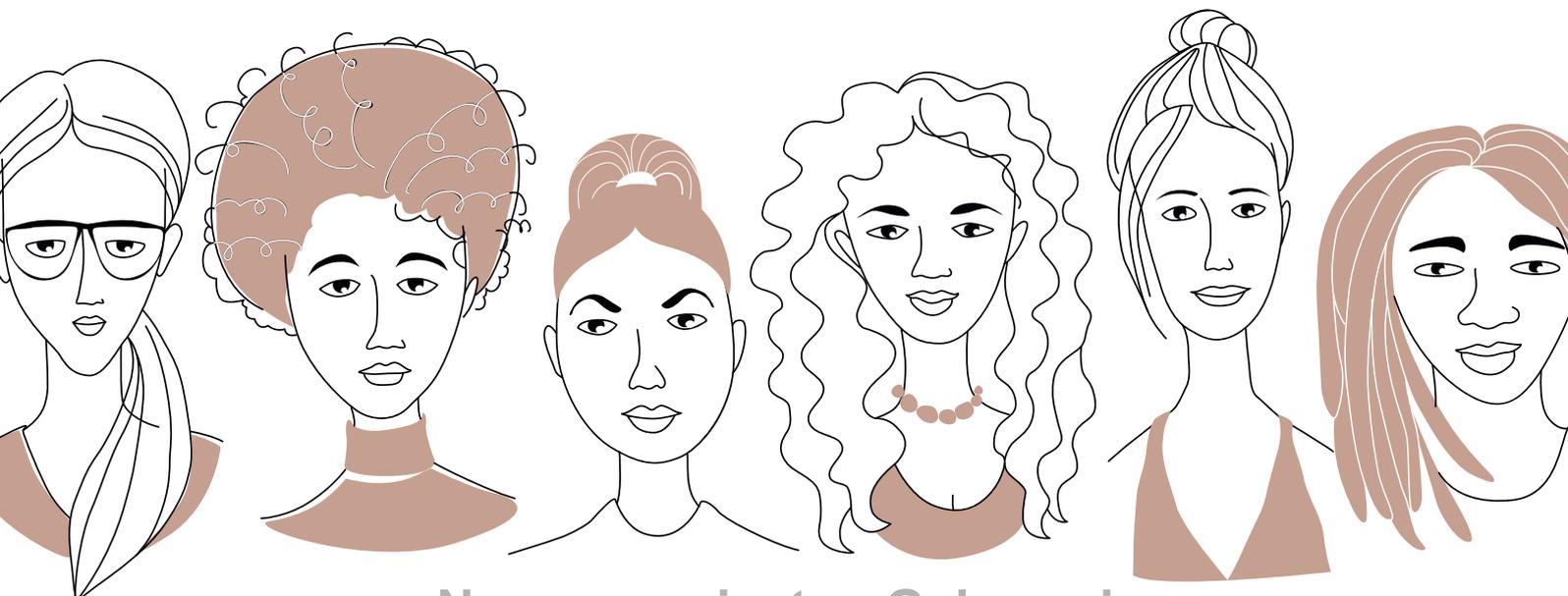
Im ambulanten Bereich werden individuelle Bedürfnisse Pflegebedürftiger kaum erfüllt und Angehörige nur unzureichend über ihre Ansprüche aufgeklärt. Die Autorin schildert ihre Erfahrungen mit Projekten zur Mitarbeit der Pflegeberufe in der Steuerung der örtlichen Gesundheitsversorgung. Ein wichtiger Baustein kommunaler Planung können „Community Health Nurses“ sein.

Text: Dr. Angelika Zegelin

Eine Gestaltungskraft der Kommunen ist dringend erforderlich. Leider betrachten sie den Pflegemarkt als Versicherungsgeschehen und nehmen kaum Einfluss. In den Kommunen fehlt es zudem an Mitteln und an Sachverstand für Pflegebelange. Zwar gibt es in manchen Ämtern kleine Abteilungen für „Pflegeplanung“, die dort arbeitenden Verwaltungsangestellten sind aber meistens überfor-

dert. Entscheidend ist eine kleinräumige Organisation „im Quartier“, denn pflegende Angehörige suchen Hilfe vor Ort.

In den zurückliegenden Jahren meiner Un-Tätigkeit als Pflegewissenschaftlerin leitete ich zwei mehrjährige Projekte in diesem Feld: zum einen das Projekt „Neuheit für Pflege“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (NRW, 2013) [1], zum anderen das Projekt „Quartiersnahe



– Nur zum privaten Gebrauch –

Unterstützung pflegender Angehöriger“ (2017) für das Gesundheitsministerium NRW [2]. Zu beiden Projekten sind Berichte verfügbar.

Diese Projekte haben gezeigt, dass für die Pflege eine Neuorientierung absolut notwendig ist, nämlich mehr Steuerung und Moderation durch die öffentliche Hand. Zunächst ist es wichtig, örtliche Anbieter zum Mitmachen zu bewegen und für die einzelnen Wohnquartiere auszurichten. Diese Anbieter sollten alle möglichen Unternehmen und Angebote im Zusammenhang mit Pflege repräsentieren. Eine neutrale Stelle, bestenfalls organisiert von der Kommune, sollte die Arbeit und die Effekte solcher Projekte nach deren Abschluss verstetigen. Dies ist eine große Herausforderung.

### **Konkurrenzdruck und mangelnde Absprache grenzen Angebote ein**

In beiden Projekten waren Angehörigenfokusgruppen eingerichtet, diese begleiteten die Projekte und brachten ihre Ideen ein. Die Teilnehmenden der jeweiligen Projekte trafen sich alle sechs bis acht Wochen zum Austausch – über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren. Am runden Tisch saßen u. a. ambulante Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflegedienste, Pflegeberatungsstellen, die Wohnungswirtschaft, Sanitätshandel – auch Kirchenvertreter

nahmen teil. Eine erste Erfahrung war, dass die Anbieter nur zu ihren eigenen Produkten berieten bzw. sie orientierten sich an ihren Verbänden, tauschten untereinander kaum Erfahrungen aus, kannten sich nur flüchtig. Eine Ausrichtung am Wohnumfeld gab es nicht, eher eine lineare Ausrichtung am jeweiligen Wohlfahrtsverband – bei hohem Konkurrenzdruck. Die vor Ort vorgehaltenen Angebote doppelten sich oder wiesen Lücken auf. So kamen etwa Pflegekurse für Angehörige kaum zustande, weil die Anbieter nur in den eigenen Reihen bzw. innerhalb der jeweiligen Verbandsorganisation warben.

Während der Laufzeit der Projekte wurden auch andere Akteure hinzugezogen, etwa im Projekt aus 2013 einige Referenzarztpraxen. Es stellte sich heraus, dass die dort tätigen Mediziner nichts über das SGB XI wussten. Immerhin waren die Ärzte bereit, zum einen die von ihnen behandelten Personen zu befragen, ob sie pflegende Angehörige seien, und zum anderen über ihre Fachangestellten Projektflyer auszulegen und vereinzelt auch Projektposter auszuhängen.

Für das Projekt aus dem Jahr 2017 holten die Projektverantwortlichen die örtliche Bücherei ins Projekt. Diese stellte ein Medienregal für pflegende Angehörige auf und bot kleine Aktionen an. Volkshochschulen waren genauso Ansprechpartner wie die Telefonseelsorge.

Illustration: Getty Images/sv\_sunny



– Nur zum privaten Gebrauch –

Eine Erkenntnis der Projekte war, dass Pflegebedürftigkeit überall eine Rolle spielt, im Supermarkt, in Banken, in Apotheken, beim Optiker – überhaupt in allen Lebensbereichen. Pflegebedürftigkeit wird (immer noch) als Stigma und Privatangelegenheit gesehen. Die Projektteilnehmenden starteten zwar Sonderveranstaltungen, etwa einen Tag der pflegenden Angehörigen, Seniorentage, Messen und vieles mehr. Allerdings nahmen pflegende Angehörige solche Angebote abseits des üblichen Lebensmittelpunkts kaum wahr, weshalb sich Angebote an alltäglichen Orten sicher besser eignen.

Ein Handwerker mit haushaltsnahen Dienstleistungen wie Reparaturen und Rasenpflege schloss sich einem Projekt an und offerierte eine „spezialisierte Palliativversorgung“: u. a. für alte Menschen das nicht mehr benötigte Auto verkaufen, Schwerkranke an die holländische See fahren oder ein Grab in Polen versorgen. Dies, so der Handwerker, trage zu einem friedlicheren Sterben bei, die Vergütung handele er jeweils aus. Mir zeigte dies, dass unser Leben „unordentlich“ und vielfältig ist. Niemand der anderen Akteure konnte so etwas anbieten – dafür gab es keine Listen, die Versorgung ist segmentiert. Die offiziellen Beratungsstellen weigerten sich deswegen, für den Handwerker zu werben. Überhaupt habe ich in beiden Projekten gewisse Vorbehalte gegenüber privaten Veranstaltern festgestellt. Das Projektteam hat während der Laufzeiten der Projekte viel für die Anbieter unternommen, um die kontinuierliche Mitarbeit zu sichern: u. a. Vereinbarungen, Zertifikate, Papier zu Kooperationsstufen und Selbstbewertungskonzept, ferner regelmäßig Wissensinputs in die Treffen eingebracht und alle teilnehmenden Anbieter besucht.

### **Professionelles pflegerisches Casemanagement aufbauen**

Ein professionelles pflegerisches Casemanagement fehlt m. E. ganz besonders hierzulande. Nötig wären etwa 20 Stunden pro Fall – vergleichbar mit der Tätigkeit von Architekten oder Anwälten. Zweimal habe ich so etwas kennengelernt: selbstständige Expertinnen, die passgenau die komplette Versorgung aufstellen – über alle Anbieter hinweg, und Kolleginnen ohne Studium, die aber über viele Weiterbil-

dungen verfügen. Sie kennen alle Akteure und alle Bestimmungen. Wohnen die Kinder weit entfernt, werden dieses Expertinnen und Kolleginnen autorisiert, Verträge abzuschließen und später noch die daraus resultierenden Verhältnisse und Änderungen zu kontrollieren. Ihr Stundengehalt liegt zwischen 100 und 140 Euro, beide Gruppen haben unzähligen Familien geholfen. So etwas wünsche ich mir überall in Deutschland. Die vielerorts etablierten Pflegestützpunkte sind davon weit entfernt, sie verteilen Flyer, können oder dürfen keinen individuellen Rat geben und vor allem: Sie sind nur selten mit Pflegefachpersonal besetzt.

Eine interessante Erfahrung waren für mich auch die Treffen mit den Angehörigengruppen, hier lagen viele Erfahrungen mit Beratungsstellen vor („von Pontius bis Pilatus“). Diese überhäufte mich mit pflegespezifischen Fragen, z. B.: Was ist Kinästhetik? Wie kann ich mich über bessere Inkontinenzversorgung informieren? Wie komme ich mit einer chronischen Wunde klar? Was ist das Bobath-Konzept? Das Problem: Alle diese Fragen konnten sie sonst nirgendwo stellen, offenbar auch nicht während der „Pflegeberatungsbesuche“ zur Kontrolle zwecks Pflegegeldbeziehung. Schon lange wird ja gefordert, dass diese Besuche dringend aufgewertet werden müssen.

Zu einem professionellen Umgang gehört auch das Vorgehen in der Erstbegegnung zur Hilfesuche. Leider berichteten viele Angehörige, dabei schlechte Erfahrungen gemacht zu haben – daraufhin haben wir in den Projekten immer wieder Übungen zur Erstbegegnung in den Arbeitsgruppen geleitet.

Auch ist entscheidend, dass die Werbung professionell gestaltet ist. Für das Projekt 2013 hatte das Projektteam eine bekannte Werbe-firma hinzugezogen. Die Analyse der verschiedenen Flyer offenbarte jedoch ein meist langweiliges Design und unverständliche Ausdruckweise – nämlich die bürokratische Sprache der Versicherung („Verhinderungspflege“). Das Projektteam regte viele Verbesserungen an. Wichtig war auch eine gemeinsame Werbeaktion, etwa die Broschüren aller Projektteilnehmer gebündelt zu verteilen.

Stationäre Pflege kostet die Kommunen erhebliches Geld (Hilfe zur Pflege) – im Projekt 2017 zeigte eine gesundheitsökonomische Begleitforschung erschreckende und steigende Kosten auf. Günstiger ist es, in die Pflegeinfra-

– Nur zum privaten Gebrauch –

struktur zu investieren, Menschen mit Pflege-sachverstand in den Rathäusern einzusetzen.

**Pflegeinfrastruktur ausbauen und Gestaltungsraum lassen**

Es fehlt an vielerlei Einrichtungen. So sollten überforderte Krankenhäuser umgewidmet werden in pflegeorientierte Zentren. Der Riesenbedarf wird hier selbstregulierend wirken. Fehlt ein entsprechender politischer Wille, wird diese Umwidmung aber noch Jahrzehnte dauern. Um die häusliche Pflege zu stärken, fehlt es an Nacht- und Nachpflege, an Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen – Letztere v. a. rehabilitativ ausgerichtet. Wir haben viel zu enge bürokratische Korridore. Eine Orientierungen am niederländischen „Buurtzorg-Konzept“ könnten positive Veränderungen bewirken. Pflege leidet unter der Trennung von SGB XI und SGB V, wünschenswert ist auch mehr Begleitung aus dem Krankenhaus heraus. Vorstellbar ist, dass Pflegeexpertinnen und -experten aus dem Krankenhaus, z. B. Stomatherapeutinnen und -therapeuten, auch einen Quartiers-Versorgungsauftrag erhalten (und dies nicht nur kommerziellem Caremanagement überlassen wird).

**Berufliche Pflegende sollten ihren Blick erweitern**

Mir ist deutlicher geworden, dass berufliche Pflege viel breiter aufgestellt werden und überall mitgedacht werden muss – zum Wohl der vielen Familien, die mit Pflegebedürftigkeit zu tun haben.

Wegen des Pflegepersonalmangels werden Pflegende in der direkten Versorgung gebraucht, trotzdem dürfen wir uns nicht in ein Hamsterrad einsperren lassen. Auch die Vorbereitung der „Community Health Nurses“ ist ein wichtiger Schritt – egal, ob sie hausarztähnlich in der individuellen Patientenversorgung eingesetzt werden oder in der kommunalen Planung.

Tatsächlich habe ich eine andere Auffassung von professioneller Pflege als sie heute vorherrscht, tiefer und breiter, aus diesem Grund bin ich vor 40 Jahren angetreten, die Pflegewissenschaft mit aufzubauen. Ich denke, dass gute Pflegefachpersonen in Krankenhäusern stets die nächste Versorgungsstufe mit-

denken müssen: von der Intensivpflege zur Normalstation, von der Klinik in die Häuslichkeit – übrigens mit vielen Kenntnissen über die Versorgungslandschaft und die pflegerischen Möglichkeiten „draußen“. Die Chronizität zieht einen „Rattenschwanz“ von Problemen nach sich.

Neben exzellenten Medizinkenntnissen sind mir Psychologie und Pädagogik immer wichtiger geworden. Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme sind der Ausgangspunkt für viele Störungen im Alltag – es ist die Aufgabe der Pflegenden, Betroffenen wieder zu mehr Selbstständigkeit zu verhelfen. Eine Herzschwäche bringt viele Einschränkungen mit sich, die zu berücksichtigen sind, eine Stomaversorgung muss bedacht, mit einer Halbseitenlähmung muss umgegangen werden. Es gilt, auch Menschen mit Sauerstoffgerät oder Schmerz- bzw. Ernährungspumpen zu ermöglichen, weiter ins Kino oder zu Konzerten zu gehen, an Feiern teilzunehmen oder ihren Hobbys nachzugehen. Natürlich werden diese Menschen trotz medizinischer Behandlung nicht mehr „gesund“ im herkömmlichen Sinne, aber auch sie haben ein Recht und Anspruch auf einen eigenen gelingenden Alltag mit allen Routinen und Ritualen. Professionell Pflegende sind dafür mitverantwortlich – an allen gesellschaftlichen Orten. Ich möchte beruflich Pflegende dazu aufrufen, ihren Blick deshalb zu erweitern.

[1] Unfallkasse NRW. Abschlussbericht des Modellprojekts „Neuheit für Pflege“ in Dortmund und in Solingen. 2013

[2] Zegelin A, Segmüller T, Bohnet-Joschko S. Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger. Schlütersche 2017

**Dr. Angelika Zegelin**  
 Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin  
 vorm. Uni Witten/Herdecke  
 kontakt@angelika-zegelin.de

