

BIVA



BUNDESINTERESSENVERTRETUNG DER NUTZERINNEN UND NUTZER VON WOHN- UND
BETREUUNGSANGEBOTEN IM ALTER UND BEI BEHINDERUNG (BIVA) E.V.

VORGEBIRGSTRASSE 1, 53913 SWISTTAL-HEIMERZHEIM

TEL.: 02254.7045, 2812; FAX: 02254.7046; EMAIL: INFO@BIVA.DE; INTERNET: WWW.BIVA.DE

Zusammenstellung der Ergebnisse der Fortbildungsveranstaltung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

**„Umstrukturierungen in der Pflege
- mit oder ohne
ehrenamtliche Helferinnen
und Helfer?“**

am 26. April 2007 in Bonn

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Impressum:

BIVA

Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer
von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V.

Vorgebirgsstraße 1
53913 Swisttal-Heimerzheim

Telefon 02254 – 7045, 2812
Telefax 02254 – 7046
E-mail info@biva.de
Internet www.biva.de

Inhaltsverzeichnis

<u>Veranstaltungsablauf</u>	5
<u>Vorträge</u>	
<u>1. Schwerpunktthema</u>	7
„Stationär versorgt – ambulant finanziert“ <i>Michael Conzelmann, Ev. Heimstiftung, Stuttgart</i>	
Arbeitsgruppenergebnisse	17
<u>2. Schwerpunktthema</u>	19
„Welfare-Mix – engagierte Bürger und Angehörige als Ko-Produzenten der professionellen Pflege? Positionen – Erfahrungen - Perspektiven“ <i>Iren Steiner, Projektentwicklung Bürgerschaftliches Engagement, Stuttgart</i>	
Arbeitsgruppenergebnisse	31
<u>3. Schwerpunktthema</u>	33
„Lebensqualität von SeniorInnen in Zusammenhang mit Mobilität“, Bericht über das europäische SIZE-Projekt <i>Karl-Heinz Ludwig, Nürnberg</i>	
Arbeitsgruppenergebnisse	39

Veranstungsablauf

Fortbildungsveranstaltung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

„Umstrukturierungen in der Pflege – mit oder ohne ehrenamtliche Helferinnen und Helfer?“

Veranstungsablauf

- 09.00 Uhr** **Begrüßung**
Vorstand BIVA
- 09.15 Uhr** **Einführungsvortrag**
MinR Dr. Volker Berger, Referat „Heimgesetz; Ambulante Dienste“, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- 09.45 Uhr** **1. Schwerpunktthema**
„Stationär versorgt – ambulant finanziert“
Michael Conzelmann, Ev. Heimstiftung, Stuttgart
- 10.30 Uhr** **Kaffeepause**
- 10.45 Uhr** **2. Schwerpunktthema**
„Welfare-Mix – engagierte Bürger und Angehörige als Ko-Produzenten der professionellen Pflege? Positionen – Erfahrungen - Perspektiven“
Iren Steiner, Projektentwicklung Bürgerschaftliches Engagement, Stuttgart
- 11.30 Uhr** **3. Schwerpunktthema**
„Lebensqualität von SeniorInnen in Zusammenhang mit Mobilität“, Bericht über das europäische SIZE-Projekt
Karl-Heinz Ludwig, Nürnberg
- 12.15 Uhr** **Mittagessen**
- 13.30 Uhr** **3 parallel arbeitende Arbeitskreise zu den drei Schwerpunktthemen unter Leitung der Referenten**
- 15.30 Uhr** **Kaffeepause**
- 16.00 Uhr** **Präsentation der wesentlichen Ergebnisse der Arbeitskreise**
Moderation: Katrin Markus, Geschäftsführerin BIVA
- 16.30 Uhr** **Abreise**

1. Schwerpunktthema:

„Stationär versorgt – ambulant finanziert“
Michael Conzelmann, Ev. Heimstiftung, Stuttgart

MIT-Pflege

Mitarbeit - Integration – Transparenz

Ein Pilotprojekt der Evangelischen Heimstiftung

Einführung

Angesichts der Defizite der Pflegekassen ist abzusehen, dass die finanziellen Ressourcen der Sozialkassen nicht wesentlich ausgeweitet werden können. Damit stellt sich für die Zukunft noch deutlicher als heute die Frage, wie die stationäre Pflege bei guter Qualität preisgünstiger gestaltet werden kann. Eine Lösung des Problems liegt darin, vermehrt private Ressourcen zu mobilisieren.

Ambulante versus stationäre Pflege

Der überwiegende Anteil der pflegebedürftigen Menschen wird nicht in einer stationären Einrichtung, sondern in einer häuslichen Umgebung versorgt. Dabei tragen Familienangehörige, typischerweise Frauen, die Hauptlast der Versorgung. Oft werden erst bei einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit Leistungen ambulanter Pflegedienste hinzugekauft. Selbst dann wird üblicherweise noch ein großer Anteil der Betreuung und Versorgung über persönliche Bezugspersonen¹ abgedeckt.

Die Aufnahme in ein Heim erfolgt meist dann, wenn die Pflegebedürftigkeit so stark zugenommen hat, dass die häusliche Betreuung nicht mehr geleistet werden kann. Während sich zu Hause ambulanter Pflegedienst und Bezugspersonen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung geteilt haben, findet nun im stationären Bereich eine Vollversorgung statt. Dies ist nicht nur für den Bewohner eine gravierende Änderung, sondern auch für die Bezugspersonen, die eine Heimaufnahme nicht nur als Erleichterung empfinden, sondern auch als „Abgabe“ ihres betreuten Menschen. Die damit verbundenen negativen Gefühle können durch das Angebot einer stärkeren Integration in den Heimalltag in Form einer teilweise eigenen Weiterversorgung des Bewohners gemildert werden.

Zum jeweiligen Pflegesatz, der von der Pflegeklasse (Einstufung) abhängig ist, erhält der Bewohner im Heim eine Rundumversorgung. Während im ambulanten Bereich nur die in Anspruch genommenen Leistungsmodule bezahlt werden, erfolgt die Bezahlung im stationären Bereich pauschal, unabhängig von den konkret notwendigen oder gewünschten Leistungen.

Die Mithilfe von Bezugspersonen ist auch im Heim prinzipiell möglich, führt jedoch immer wieder zu organisatorischen Schwierigkeiten, da sie im institutionellen Rahmen nicht

¹ Unter Bezugspersonen wird im Folgenden die nicht institutionelle Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn und Ehrenamtliche verstanden.

vorgesehen ist bzw. nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die Kostenersparnis durch Mithilfe von Bezugspersonen findet im Heimentgelt keinen Niederschlag.

Stationäre und ambulante Pflege werden oft als Gegensatz dargestellt. Der an sich homogene Pflegeprozess wird durch gesetzliche Vorgaben derart segmentiert, dass die einzelnen Segmente (ambulant/stationär) miteinander schlecht verzahnt werden können. Da beide Versorgungsformen spezifische Vorteile aufweisen, können die Unterschiede in sinnvoller Weise verringert werden, indem ambulante Elemente in den stationären Bereich mit seiner hohen Versorgungssicherheit integriert werden.

Qualitätsverbesserung durch Beteiligung

Erstens: Zur Erhaltung von Fähigkeiten und Autonomie ist es wichtig, dass ein Bewohner möglichst viele pflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen selbst erbringt. Damit erfährt er ein hohes Maß an Selbständigkeit.

Zweitens: Bei Leistungen, die von Bezugspersonen erbracht werden, erlebt der Bewohner eine höhere subjektive Qualität. Dabei spielt eine wie auch immer vorgenommene fachlich externe Beurteilung der Leistungen keine Rolle. Entscheidend sind die Einschätzung und damit das Wohlbefinden des Bewohners. Eine vertraute Essenszubereitung, auch mit ungewöhnlichen Kombinationen, die vom Heim nicht angeboten werden kann, schmeckt regelmäßig besser, als ein gutes, fachmännisch zubereitetes Heimesse, um nur ein einfaches Beispiel zu nennen.

Aus beiden Aspekten folgt, dass es sinnvoll ist, die Erbringung von Leistungen durch den Bewohner selbst bzw. durch seine Bezugspersonen zu fördern und den Umfang professioneller Hilfe möglichst gering zu halten. Im Konzept der MIT-Pflege werden Elemente der ambulanten Leistungserbringung und daraus resultierend auch der Leistungsabrechnung in den stationären Bereich übernommen. Damit finden sie nicht nur Niederschlag im Pflegemodell und in der Pflegeplanung, sondern in einer konkreten und differenzierten Leistungsvereinbarung, aus der analog eine Leistungsabrechnung erfolgt.

Additives Grundmodell

Die Leistungen eines Heimes werden in obligatorische Leistungen (Heimgrundpauschale) und variable Angebote (Wahlleistungen) aufgeteilt. Die gesamten Leistungen, die ein Bewohner erhält, ergeben sich damit aus den obligatorischen Leistungen und den von ihm zusätzlich gewählten Leistungen. Dementsprechend setzen sich auch die Gesamtkosten additiv aus der Grundpauschale und den Kosten der einzelnen Wahlleistungen zusammen. Es wird damit ein echter Bezug zwischen Leistung und Kosten hergestellt.

Bei allen Wahlleistungen besteht kurzfristig die Möglichkeit, diese vom Heim in Anspruch zu nehmen. Somit ist bei Ausfall einer Bezugsperson eine unverändert hohe Versorgungssicherheit gewährleistet. Auch die Bezugsperson erhält ein höheres Maß an persönlicher Freiheit (z. B. bei Urlaub, Krankheit), weil die Versorgung jederzeit sichergestellt ist. Dadurch wird bürgerschaftliches Engagement ermöglicht und erleichtert.

Leistungsbereiche des Heimes

Wohnen

Investivkosten

Die im bisherigen Pflegesatzsystem vorhandenen Investivkosten (Pauschale) werden teilweise um das Zimmerinventar gekürzt, da eigene Zimmermöblierung eingebracht werden kann. Falls dies nicht gewünscht wird, kann die Möblierung vom Heim gestellt werden. Ein Pflegebett und Nachttisch ist in der Grundausrüstung enthalten.

Damit wird die Möblierung mit eigenen Möbeln, die zum Wohlbefinden beiträgt, gefördert. Dies ist zwar auch bisher möglich, hat jedoch keinen Einfluss auf das Heimentgelt.

Nebenkosten, Ver- und Entsorgung, Hausmeisterei

In der Heimgrundpauschale sind folgende Kosten enthalten: Nebenkosten (Energie, Wasser), Müllentsorgung, Verkehrssicherungspflichten, Versicherungen, Reinigung von Gemeinschaftsflächen.

Hauswirtschaft

Die Reinigung öffentlicher Bereiche ist bereits in der Heimgrundpauschale enthalten. Alle anderen Leistungen werden als Wahlleistungen angeboten.

Zimmerreinigung

Die Zimmerreinigung wird entweder komplett selbst oder als Wahlleistung durch die Einrichtung erbracht. Die Abrechnung erfolgt nach der Quadratmetergröße des Zimmers.

Wäscheservice

Flachwäsche (Bettwäsche, Handtücher etc.) kann auf Wunsch vom Heim gestellt und gewaschen werden (Wahlleistung). Falls dies nicht gewünscht wird, kann die eigene Flachwäsche im Heim verwendet werden. Eigene Flachwäsche oder persönliche Kleidung kann entweder selbst oder vom Heim gewaschen werden.

Wie bei der Möblierung besteht nun auch ein finanzieller Anreiz, die von zu Hause vertrauten Dinge weiter zu verwenden. Dies trägt zu einer Individualisierung des Ambientes und damit zum Wohlbefinden bei.

Essen und Getränke

Sprudel, Wasser, Kaffee, Tee werden vom Heim generell zur Verfügung gestellt (Heimgrundpauschale).

Die Speiseversorgung ist eine Wahlleistung. Frühstück, Mittag- und Abendessen, sowie Zwischenmahlzeiten werden angeboten. Jede Mahlzeit kann pro Tag gewählt werden. Damit hat ein Bewohner beispielsweise die Möglichkeit, sich ein Frühstück selbst zuzubereiten und die übrigen Mahlzeiten vom Heim in Anspruch zu nehmen. Auch wenn ein Bewohner z. B. am Wochenende bei seinen Kindern isst, fallen ihm dann im Heim keine Kosten an. Eine hohe Flexibilität und individuelle Zusammenstellung sind möglich. Er hat natürlich auch die Möglichkeit, sich komplett durch das Heim versorgen zu lassen und bezahlt dann den Vollverpflegungstag.

Pflege

Im Bereich Pflege besteht die Schwierigkeit, dass in einem Heim eine hohe Anzahl unterschiedlicher Einzelleistungen für die Bewohner erbracht werden. Im Gegensatz zur Hauswirtschaft ergibt sich nicht aus der Summe aller möglichen Einzelleistungen das maximale Gesamtangebot, da sich manche Leistungen gegenseitig ausschließen.

Im Konzept der MIT-Pflege basiert das Leistungsangebot in der Pflege auf der bereits heute in der Evangelischen Heimstiftung sehr differenzierten Pflegemaßnahmenplanung

mit PERSYS². Da im PERSYS-System für alle Einzelleistungen standardisierte Pflegezeiten hinterlegt sind, kann der individuell notwendige Aufwand transparent dargestellt und auf Basis der Kosten (pro Minute) errechnet werden.

Auf Grundlage einer ausführlichen Pflegeanamnese werden alle erforderlichen und vom Bewohner zusätzlich gewünschten Pflegemaßnahmen erhoben. Dabei wird angegeben, ob Leistungen von Bezugspersonen erbracht werden. Um ein übersichtliches Angebot zu erstellen, werden die Leistungen zu folgenden Leistungskomplexen zusammengestellt:

- Körperpflege morgens
- Körperpflege abends
- Hilfe beim Essen
- Hilfe bei Ausscheidung
- Hilfe bei Mobilität
- Behandlungspflege
- Gerontopsychiatrischer Aufwand
- Baden

Für jeden dieser Leistungskomplexe wird der Aufwand (nach Standardzeiten der zugrunde liegenden Einzelleistungen) entsprechend der Wünsche erfasst und berechnet. Da in der Pflegemaßnahmenplanung die Leistungskomplexe in Einzelleistungen aufgegliedert sind, bietet sich dem Bewohner und seinen Bezugspersonen ein Höchstmaß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit der pflegerischen Arbeit.

Außerdem fallen in der Pflege auch zeitrelevante Aufgaben an, die sich keinem Bewohner direkt zuordnen lassen (z. B. Dienstübergaben, Wegezeiten, sonstige administrative Aufgaben). Diese sind in der Heimgrundpauschale enthalten.

Sonstiges

Veranstaltungs- und Beschäftigungsangebote zählen zu den Grundleistungen. Da diese Angebote einen hohen Fixkostenanteil aufweisen, ist diese Zuordnung sinnvoll. Auch bei pflegfachlicher Betrachtung ist die Zuordnung zur Heimgrundpauschale sinnvoll, da dadurch ein breit gefächertes Angebot (tagesstrukturierende Maßnahmen, Konzerte etc.) unterbreitet werden kann, das erfahrungsgemäß einer Vereinsamung vorbeugt und Abbauprozesse verlangsamt.

Die Verwaltungskosten sind in der Heimgrundpauschale enthalten.

Über die genannten Leistungen eines Heimes hinaus können bei Bedarf zusätzliche Leistungen in Anspruch genommen werden, die nach dem angefallenen Zeitaufwand abgerechnet werden. Dies sind beispielsweise: Hausmeisterei (z. B. Umzugshilfe, Reparaturen), Hauswirtschaft (z. B. Ausrichtung von Familienfesten). Damit können bei Bedarf individuelle Wünsche umgesetzt werden.

Finanzielle Auswirkungen

Da bei den Wahlleistungen nur die konkret gewünschten Leistungen bezahlt werden, entspricht das MIT-Pflege Konzept in weit stärkerem Maße einer Leistungsäquivalenz als der bisherige stationäre Bereich, bei dem pro Pflegeklasse pauschale Pflegesätze entrichtet werden. Damit ergeben sich im Vergleich zum bisherigen System „Gewinner“ und „Verlierer“: Bewohner mit geringem Pflegebedarf bezahlen bisher im Vergleich zu ihrer Leistungsanspruchnahme zu viel. Sie würden bei der MIT-Pflege weniger als

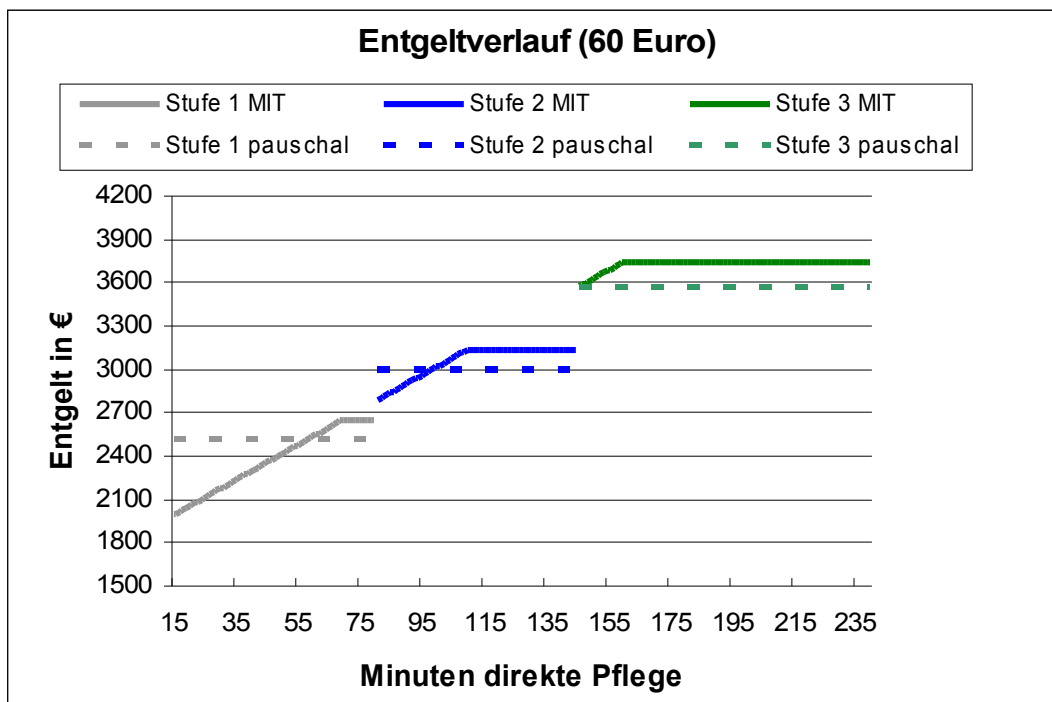
² In PERSYS wurden für alle pflegerischen Einzelleistungen aufgrund von REFA-Messungen notwendige Arbeitszeiten gemessen und in der Pflegemaßnahmenplanung hinterlegt.

bisher bezahlen. Umgekehrt bezahlen Bewohner mit hohem Leistungsumfang bisher zu wenig, sie müssten daher zwangsläufig mehr bezahlen, insofern nicht Bezugspersonen Leistungen übernehmen.³

Beim MIT-Pflege Konzept ergeben sich Einsparungen durch eine bewusstere Inanspruchnahme der Leistungen vor allem jedoch durch die Mobilisierung von Bezugspersonen. Ohne Bezugspersonen würde in erster Linie nur ein leistungsgerechteres Abrechnungssystem vorliegen.

Problematisch ist, dass die finanzielle Belastung bei hohem Pflegebedarf wie im ambulanten Bereich sehr groß werden könnte und damit eine finanzielle Überforderung möglich ist. Dies ist unattraktiv. Daher sieht das Konzept eine Höchstgrenze beim Entgelt vor, bei dem die weiteren Kosten gekappt werden. Diese Begrenzung des maximalen Entgeltes funktioniert wie eine Versicherung. Alle Bewohner bezahlen eine Solidarprämie, die die Grundpauschale erhöht. Mit dieser Prämie werden die Kosten von Bewohnern getragen, die über der Maximalgrenze liegen. Mit Angehörigen wurden verschiedene Prämienmodelle diskutiert. Dabei wurde klar ein Modell mit einer recht hohen Prämie (60 Euro) präferiert, bei dem die Belastung maximal 5 Prozent über dem bisherigen Pflegesatz liegt.

Abbildung 1: Entgeltverlauf bei Solidarprämie 60€



Die Kappungsgrenze hat im Vergleich zum ambulanten Bereich für die Bewohner den Vorteil, dass die maximal mögliche finanzielle Belastung fixiert ist und das Risiko einer zu hohen Belastung entfällt.

³ Allerdings ist diese interpersonelle Betrachtung nur eine Momentaufnahme, die um intertemporale Aspekte ergänzt werden muss. Üblicherweise ist der Umfang der Leistungsanspruchnahme bei einem Bewohner während des Aufenthalts ansteigend. Damit würde er zu Beginn weniger als beim bisherigen System bezahlen und später mehr. Idealtypisch gleicht sich dies im Zeitablauf aus.

Berechnungsbeispiele⁴

Bei allen Beispielen werden zuerst die Kosten ohne Mitarbeit von Bezugspersonen dargestellt, d. h. alle Leistungen würden vom Heim in Anspruch genommen. Diese Kosten werden mit der Kostenreduzierung verglichen, die sich daraus ergibt, dass eine Bezugsperson die Körperpflege abends übernimmt.

Bewohner 1

Pflegestufe 1, leichte Demenz, leichte Einschränkung der Bewegungsfähigkeit

Leistungskomplex	Aufwand in min/Tag	Kosten (ohne Mitarbeit)	Kosten (mit Mitarbeit)
Investivkosten		261,91	261,91
Heimgrundpauschale		1057,61	1057,61
Solidarprämie		60,00	60,00
Zimmermöblierung		15,21	15,21
Zimmerreinigung		52,14	52,14
Waschen persönlicher Kleidung		50,00	50,00
Waschen eigene Flachwäsche		13,69	13,69
Frühstück		59,99	59,99
Mittagessen		119,98	119,98
Abendessen		59,99	59,99
Zwischenmahlzeiten		59,99	59,99
<i>Direkte Pflege</i>			
Körperpflege morgens	12,8	154,51	154,51
Körperpflege abends	11,1	133,99	
Hilfe beim Essen		0,00	0,00
Hilfe bei Ausscheidung	7,8	94,16	94,16
Hilfe bei Mobilität		0,00	0,00
Behandlungspflege	1,3	15,09	15,09
Gerontopsychiatrischer Aufwand		0,00	0,00
Baden	3,2	39,11	39,11
Gesamt	36,19	€ 2.247,37	€ 2.113,37
Pauschales System		€ 2.516,95	€ 2.516,95
Differenz		-€ 269,58	-€ 403,58

Bei der MIT-Pflege würden die Gesamtkosten mit 2.247 € auch ohne Mitarbeit 269 € geringer sein als bei einem pauschalen Pflegesatz. Durch die Übernahme der

⁴ Die Kalkulation der MIT-Pflege wurde anhand eines bestehenden Heimes der Evangelischen Heimstiftung durchgeführt, damit ein realer Vergleich zwischen dem bisherigen System und den finanziellen Wirkungen der MIT-Pflege sinnvoll durchgeführt werden kann. Daraus folgt jedoch, dass bei einer Umsetzung in einer anderen Einrichtung insbesondere bei den Investivkosten Anpassungen notwendig werden.

abendlichen Körperpflege können weitere 134 € eingespart werden. Die Gesamt-ersparnis ergibt sich daher aus zwei Komponenten: direkter Leistungsbezug und Mitarbeit.

Bewohner 2:

Pflegestufe 2, Demenzerkrankung, benötigt umfassende Hilfe bei der Körperpflege, kann gehen, benötigt WC Begleitung

Leistungskomplex	Aufwand in min/Tag	Kosten (ohne Mitarbeit)	Kosten (mit Mitarbeit)
Investivkosten		261,91	261,91
Heimgrundpauschale		1057,61	1057,61
Solidarprämie		60,00	60,00
Zimmermöblierung		15,21	15,21
Zimmerreinigung		52,14	52,14
Waschen persönlicher Kleidung		50,00	50,00
Waschen eigene Flachwäsche		13,69	13,69
Frühstück		59,99	59,99
Mittagessen		119,98	119,98
Abendessen		59,99	59,99
Zwischenmahlzeiten		59,99	59,99
<i>Direkte Pflege</i>			
Körperpflege morgens	31,4	379,04	379,04
Körperpflege abends	22,2	267,99	
Hilfe beim Essen		0,00	0,00
Hilfe bei Ausscheidung	24,8	299,37	299,37
Hilfe bei Mobilität		0,00	0,00
Behandlungspflege	36,0	434,93	434,93
Gerontopsychiatrischer Aufwand		0,00	0,00
Baden	2,8	33,80	33,80
Gesamtkosten	117,2	€ 3.225,64	€ 2.957,65
Pauschales System		€ 2.989,68	€ 2.989,68
Differenz		€ 235,96	-€ 32,03
Engelt		€ 3.139,26	€ 2.957,65

In diesem Beispiel kommt die Kappung zum Tragen. Da die Gesamtkosten von 3.255 € mehr als 5 Prozent über dem bisherigen Entgelt liegen würden, muss nur der Maximalbetrag von 3.139 € entrichtet werden. Damit verringert sich der finanzielle Anreiz zur Mitarbeit, da die theoretisch mögliche Ersparnis von 268 € durch die Übernahme der abendlichen Körperpflege die tatsächlichen Kosten nur in einem geringeren Umfang (182 €) mindert.

Bewohner 3:

Pflegestufe 3, fortgeschrittene Demenz, Hilfebedarf in allen Bereichen

Leistungskomplex	Aufwand in min/Tag	Kosten (ohne Mitarbeit)	Kosten (mit Mitarbeit)
Investivkosten		261,91	261,91
Heimgrundpauschale		1057,61	1057,61
Solidarprämie		60,00	60,00
Zimmermöblierung		15,21	15,21
Zimmerreinigung		52,14	52,14
Waschen persönlicher Kleidung		50,00	50,00
Waschen eigene Flachwäsche		13,69	13,69
Frühstück		59,99	59,99
Mittagessen		119,98	119,98
Abendessen		59,99	59,99
Zwischenmahlzeiten		59,99	59,99
<i>Direkte Pflege</i>			
Körperpflege morgens	26,0	313,86	313,86
Körperpflege abends	20,3	245,05	
Hilfe beim Essen	73,5	887,25	887,25
Hilfe bei Ausscheidung	26,0	313,86	313,86
Hilfe bei Mobilität		0,00	0,00
Behandlungspflege	5,4	65,31	65,31
Gerontopsychiatrischer Aufwand		0,00	0,00
Baden	3,2	38,63	38,63
Gesamtkosten	154,41	€ 3.674,45	€ 3.429,40
Pauschales System		€ 3.566,44	€ 3.566,44
Differenz		€ 108,01	-€ 137,04

Bei der MIT-Pflege würden die Gesamtkosten mit 3.674 € ohne Mitarbeit 108 € höher sein als bei einem pauschalen Pflegesatz. Durch die Übernahme der abendlichen Körperpflege können 205 € eingespart werden. Damit wären die Gesamtkosten 137 € geringer als im pauschalen System.

Würde beispielsweise am Wochenende die Hilfe beim Essen von Angehörigen übernommen werden, ergibt sich eine weitere Einsparung in Höhe von 233 €.

Stand des Projektes

Die Evangelische Heimstiftung möchte diese Konzeption in einem eigenständigen Wohnbereich eines Heimes ausprobieren. Damit würde das MIT-Pflegeangebot zum bisherigen Pflegeheim mit stationärer Pflege, teilstationärer Pflege und Betreutem Wohnen als eigenständige Wohn- und Betreuungsform hinzukommen. Da es ambulante und stationäre Charakteristika verbindet, hätte die MIT-Pflege ihren Platz zwischen klassischer stationärer Pflege und Betreutem Wohnen.

In rechtlicher Hinsicht sind zahlreiche Ausnahmegenehmigungen für ein Pilotprojekt notwendig. Das Sozialministerium unterstützt die Evangelische Heimstiftung insbesondere bei der Schaffung der heimrechtlichen Voraussetzungen.⁵ In der Landesarbeitsgemeinschaft Pflege konnte das Projekt vorgestellt werden. Aktuell besteht die Schwierigkeit, dass es zwar im Bereich SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) eine Öffnungsklausel für Pilotprojekte gibt, diese aber sehr eingeschränkt ist und nicht der Öffnungsklausel im Heimgesetz entspricht. Hierfür wurde noch keine Lösung gefunden.

Gespräche mit Angehörigen wie auch der Deutsche Altenpflege-Monitor haben gezeigt, dass ein Modell wie die MIT-Pflege grundsätzlich auf Akzeptanz stößt. Daher sind wir zuversichtlich, dass zumindest mittelfristig die rechtlichen Voraussetzungen für dieses Projekt geschaffen werden können.

Vorteile im Überblick

- Eigenständigkeit wird gefördert
- Mitarbeit von Bezugspersonen wird ermöglicht und angeregt
- Übergang vom häuslichen in den stationären Bereich wird für den pflegebedürftigen Menschen und seine Bezugsperson fließender gestaltet
- Hohe Versorgungssicherheit, Mitarbeiter können kurzfristig Leistungen übernehmen
- Individuelle Wünsche werden ganzheitlich berücksichtigt
- Höhere Leistungsgerechtigkeit, da Leistungsumfang dem Entgelt entspricht
- Hohe Transparenz im Vergleich zum klassischen stationären Bereich
- Angebotsdifferenzierung: Neues Leistungsangebot MIT-Pflege zwischen klassischer stationärer Pflege und Betreutem Wohnen
- Im Vergleich zum ambulanten Bereich: Begrenzung des Risikos einer sehr hohen finanziellen Belastung durch eine Obergrenze des Gesamtentgeltes

⁵ Die Evangelische Heimstiftung bedankt sich ganz herzlich beim Sozialministerium für die Unterstützung und die fruchtbaren Diskussionen, die die Konzeptentwicklung gefördert haben.

Arbeitsgruppenergebnisse
1. Schwerpunktthema

Zum 1.Schwerpunktthema kam die Arbeitsgruppe - unter Nichtberücksichtigung bestehender Gesetze und Vorschriften - zu folgendem Ergebnis:

- Um Bezugspersonen verlässlich in die Betreuung einbeziehen zu können, müsste zwischen ihnen und dem Heim eine Art Vertrag o.ä. erstellt werden, der die Bezugspersonen zu regelmäßigem „Dienst“ verpflichtet. Nur so könnte eine sichere Verlässlichkeit gewährleistet werden
- Die Stationsleitung müsste hierfür zusätzliche Dienstpläne erstellen, um Heim- und Bezugspersonentätigkeiten zu koordinieren, was zusätzlichen Organisationsstress bedeuten würde
- Es müsste vom Heim Ersatzpersonal für den plötzlichen Ausfall der Bezugspersonen z.B.: durch Unfall bei der Anreise, plötzliche Erkrankung usw. vorgehalten werden
- Der Informationsfluss für s.o. müsste geregelt sein. Wer teilt z.B. vom Unfallort aus wem mit, dass die Bezugsperson nicht kommt?
- Für die Bewohner würde es Unruhe bringen: Welchen Tag haben wir heute? Wer kommt heute? Personal oder Bezugsperson?
- Es würde Neid entstehen bei den Bewohnern, die keine Bezugsperson haben.
- Kompetenzgerangel und Akzeptanzprobleme könnten zwischen Stammpersonal und Bezugspersonen entstehen.
- Bei jedem Neuzugang mit Bezugsperson müssten neue Dienstpläne erstellt werden, da vermutlich andere Dienstleistungen erbracht werden. Das bedeutet wieder Mehrarbeit für's Personal.
- Ein Abrechnungsmodell aus dem ambulanten Pflegedienst würde sich als Grundlage - nach Meinung der Arbeitsgruppe - anbieten, damit die Bezugspersonen Dienstleistungen auswählen können und gleichzeitig die Kostenersparnis errechnen können.
- Damit würde sich gleichzeitig insgesamt mehr Transparenz im Finanzbereich des Heimes ergeben
- Die Arbeitsgruppe war der Meinung, dass selbst bei einem hohen Mitwirkungsanteil durch Bezugspersonen die Personalsituation nicht veränderbar ist, da sich eine solch erfreuliche Situation zu schnell grundlegend ändern kann, und jedes Heim den Bewohnern gegenüber immer in der Pflicht bleibt.

Die Arbeitsgruppe bestand aus sieben Teilnehmern. Hiervon waren sechs der Meinung, dass dieses Konzept nicht umsetzbar ist, eine Teilnehmerin meinte, dass ein Modellversuch in drei bis vier Heimen sinnvoll sei.

2. Schwerpunktthema

Welfare Mix- engagierte Bürger und Angehörige als Ko-Produzenten der professionellen Pflege ?

Positionen – Erfahrungen - Perspektiven

Iren Steiner, Projektentwicklung Bürgerschaftliches Engagement, Stuttgart

1. Bedeutung des Themas:

Seit Anfang der 90 er Jahre wird auch in Deutschland über die sogenannten Wohlfahrtsmix oder die „Mixed economy of welfare“ breit diskutiert. Darunter versteht man eine Wohlfahrtsproduktion, in der nicht nur Kommune und Wirtschaft, sondern auch selbstorganisierte Akteure der Zivilgesellschaft, also Bürgerinnen und Bürger in eigener Sache zusammenarbeiten. Am Welfare-Mix beteiligen sich Akteure aus vier Sektoren:

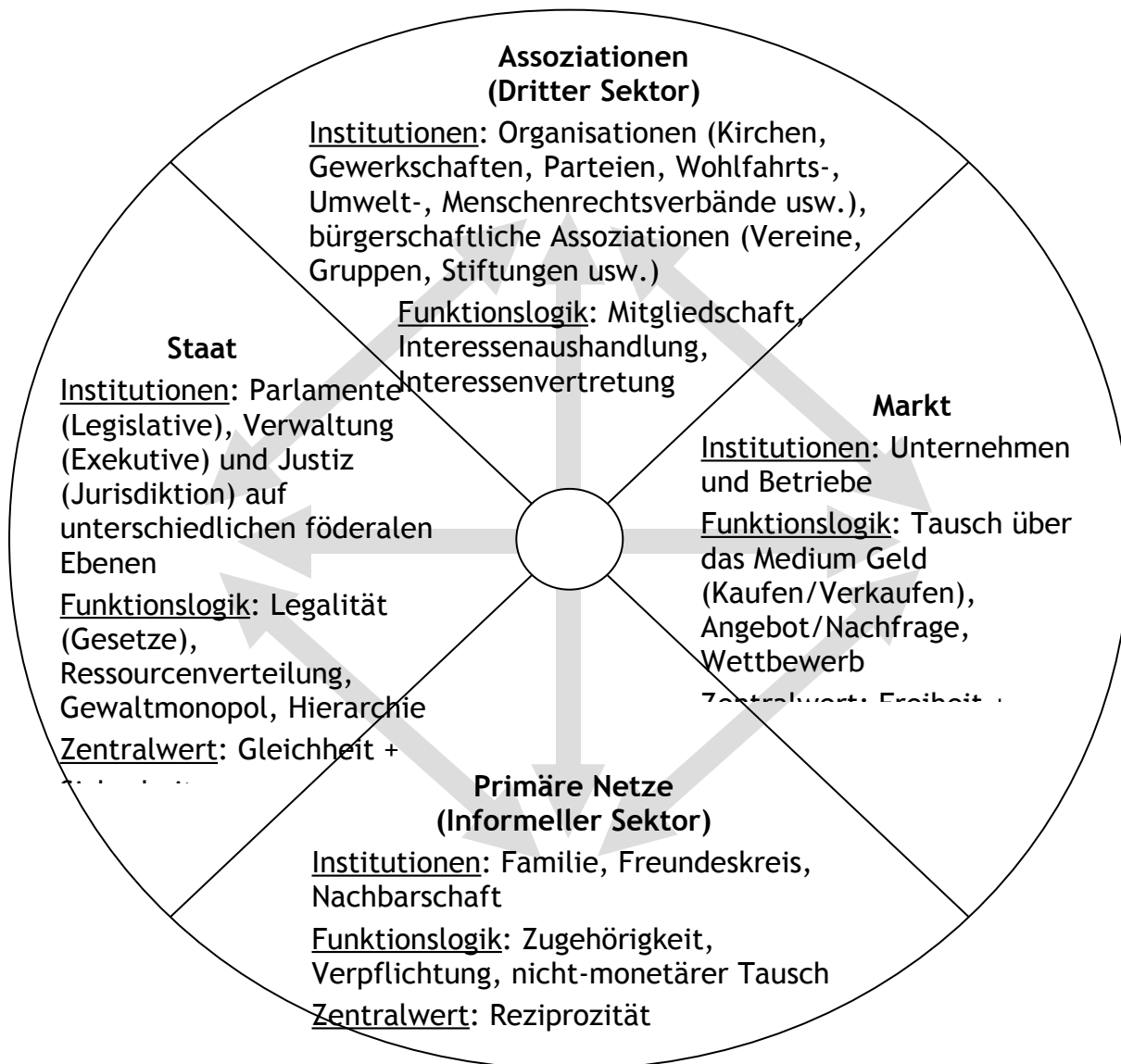
- dem informellen Sektor (Familie, Freunde und Nachbarn, Freiwillige),
- dem staatlichen Sektor
- dem dritten Sektor oder Sektor der freien Assoziationen (Wohlfahrtsverbände, Berufsgruppen) und
- dem Markt

Historisch ist Wohlfahrt immer schon in einem Mix entstanden. Durch verschiedene gesellschaftliche Akteure, in verschiedenen Formen, aus unterschiedlichen Motiven und Interessen. Wenn man die Bedeutung der einzelnen Sektoren heute vergleicht, so gilt mit 68% ca. immer noch der informelle Sektor als Hauptträger der Versorgung und Pflege der Hochbetagten mit einer durchschnittlichen Pflegedauer von ca. 8 Jahren. Gleichzeitig stellt das Gesundheitswesen heute schon mehr Arbeitsplätze als die Industrieproduktion.

Worum es heute geht, sind neue Gleichgewichte in Betreuungs- und Pflegearrangements, stärkere Verflechtungen einzelner Akteure, andere Bedingungen und Regeln der Zusammenarbeit, ja noch dichter gefasst der Koproduktion. In diesem Sinn geht es um eine Neugestaltung der Kultur der Pflege, in der die verschiedenen Akteure ihr Verhältnis und ihre Verantwortlichkeiten neu bestimmen. Angesichts des sozialen und demographischen Wandels und mit Blick auf die begrenzten staatlichen Ressourcen für die Wohlfahrtsproduktion, zeigt sich die Notwendigkeit, diesen Wohlfahrtsmix neu zu justieren.

Hier lassen sich 4 Trends identifizieren:

- Der Trend, den informellen Sektor, Familie und Nachbarschaften gezielt in Wohlfahrtsmixturen einzubeziehen;
- der Trend, kommerzielle Anbieter, den Markt in der Wohlfahrtsproduktion stärker zu berücksichtigen,
- der Trend, dem Staat vorrangig die Rolle eines Initiators, Moderators und Regulators zuzuweisen und
- der Trend, freiwilliges bürgerschaftliches Engagement als unverzichtbaren Bestandteil zeitgemäßer Wohlfahrtsmixturen zu betrachten (Klie; Roß 2005).



Quelle: Klie, Roß 2005

Auch wenn Wohlfahrtspluralismus kein gebräuchlicher Begriff ist, so ist er praktisch sowohl aus der persönlichen Lebensführung, als auch aus dem Alltag kommunaler Gestaltung des Sozialen bekannt und alltägliche Realität. In der Kinderbetreuung wird die eigene Betreuungstätigkeit als Mutter und/ oder Vater ergänzt durch die Unterstützung seitens der Großeltern und Nachbarn (informeller Sektor), die kommunale Kindertagesstätte, bzw. die öffentlichen Zuschüsse (Staat) werden ebenso genutzt, wie das gegen Bezahlung erbrachte Dienstleistungsangebot einer Babysitterin aus dem Bekanntenkreis (Markt). Schließlich sind auch die Trainingszeiten und Gruppenaktivitäten des Sportvereins (Dritter Sektor) meist fest eingeplanter Bestandteil des Betreuungsmixes. Auch in der Pflege werden Familienselbsthilfe (informeller Sektor), organisierte Nachbarschaftshilfe der Wohlfahrtsverbände und ehrenamtliche Besuchsdienste der Kirchengemeinde (Dritter Sektor), sowie die gekauften Leistungen gewerblicher Pflegedienste (Markt) miteinander kombiniert, finanziell ermöglicht bzw. unterstützt und mit einem zugeschriebenen Sicherstellungsauftrag garantiert, wird dies durch die Pflegeversicherung (Staat). Das Prinzip des Welfare Mix ist auch in der Pflege alltägliche Praxis in der Erbringung von Unterstützungsleistungen.

Welfare Mix als Konzeption, als Architektur moderner Sozialstaatlichkeit ist allerdings nicht naturwüchsig, sondern bedarf der gezielten Förderung, Stabilisierung und Begleitung. Dabei kann der moderne Welfare Mix-Ansatz auf wichtige Traditionen deutscher Sozialstaatlichkeit

aufbauen, sei es das Subsidiaritätsprinzip (Nell- Breuning v. 1990) oder die deutsche Sozialrechtslehre, die letztlich auch von einem Welfare Mix basierten Konzept ausgeht, mit nachrangig zueinander gestellten Sicherungsebenen. (Zacher 1992). Schließlich weisen auch Genossenschaftstraditionen, die zum Teil auf kommunaler Ebene eine Renaissance erleben, deutliche Bezüge zu Welfare Mix-Ansätzen auf. Für die Wohlfahrtsverbände beinhalten Welfare Mix basierte Konzepte die Chance und Herausforderung einer Neupositionierung, sowohl auf der Bundes- als auch auf der kommunalen Ebene. Gilt es doch auch und gerade für sie ihren spezifischen Beitrag einerseits als Marktteilnehmer und andererseits als intermediäre Instanz und Kulturträger zu reformulieren.

2. Positionen in der stationären Altenhilfe:

Eine besondere Bedeutung kommt dem Konzept des Wohlfahrtspluralismus auch für die Weiterentwicklung der Heime zu.

Modernisierung der Heimeinrichtungen geht heute in zwei widersprüchliche Richtungen: einerseits sind sie durch Qualitätsanforderungen unter dem Druck der veränderten Heimbewohnerschaft auf eine professionelle Entwicklung verpflichtet. Sie soll dazu führen, dass immer anspruchsvollere und differenzierter professionelle Behandlungs- und Betreuungskonzepte umgesetzt werden - und dies unter erheblichem Kosten- und Rationalisierungsdruck. Andererseits betonen Architektur und Pflegekonzepte wie nie zuvor eine Lebenswelt- und biographieorientierte Individualität.

Pflegen wie Zuhause und Leben mit Behinderung mit allen professionellen Schikanen – so ließe sich diese Situation umschreiben. Im Kreuzfeuer dieser Erwartungen steht eine oft bunt zusammengewürfelte Mitarbeiterschaft. Verschärfte Kontrollanforderungen in einem Klima der „gläsernen Pflege“ entmutigen die Experimentierbereitschaft.

Aus diesem Dilemma führt nicht mehr Abgrenzung – von Berufsgruppen, Beschäftigungsverhältnissen - sondern mehr Beteiligung, Kooperation mit neuen Partnern.

Angesichts des demographischen und strukturellen Wandels und dem damit verbundenen Anstieg der Personen mit demenziellen Veränderungen wird das Heim für immer mehr Pflegebedürftige zum letzten Ort des Lebens. *Für die Institution Heim bedeutet dies eine enorme Herausforderung Menschenwürde und Teilhabe auch dann zu sichern, wenn nur begrenzt auf die Begleitung von Angehörigen gesetzt werden kann.*

Diese Aufgabe allein der Institution zu überantworten, ist sowohl unter ethischen wie finanziellen Gesichtspunkten weder wünschenswert noch finanzierbar. Gerade hier gilt es die Öffnung der Heime weiter zu fördern. Neben neuen Wegen, wie Wohngruppen in Verantwortung der Angehörigen, gilt es stärker als bisher die Heime als Teil des Gemeinwesens zu begreifen und zu entwickeln.

Drei Positionen lassen sich im Blick auf den Wohlfahrtsmix beschreiben:

2.1. Qualitätsentwicklung – eine Frage der Professionen: Vorrang sektoraler Lösungen

In Akuteinrichtungen der Krankenpflege noch weit verbreitet (vgl. Regensburg Gerontopsychiatrie). Überall, wo es um Vorsorge, Nachsorge oder Beteiligung des sozialen Umfeldes geht, nicht genügend tragfähig. In der stationären Altenhilfe noch kein Auslaufmodell, aber deutlich auf dem Rückzug. Zwei Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu beigetragen:

- Neue Pflege – und Betreuungskonzepte wie personenbezogene Pflege im Zusammenhang mit der Zunahme von Demenzerkrankungen. Sie orientieren sich stärker an Lebensgeschichte, Alltag und dem sozialen Umfeld von Bewohnern.

- Der Strukturwandel in stationären Einrichtungen mit stärkerer Betonung von Wohnqualität und Normalität.

Untersucht man die stationäre Altenhilfe genauer, so zeigt sich ganz deutlich, dass sich professionelle Versorgung, die sich an den Personen und nicht nur an Funktionen ausrichtete schon immer von unterschiedlichsten Elementen informeller Unterstützung profitiert hat: die Offenheit für Besuche, die Einbindung in jahreszeitliche Feste und Veranstaltungen mit caritativem Engagement aus Kirchgemeinden (vgl. mein eigenes Engagement als Konfirmandin) und nicht zuletzt das oftmals ganzheitlich ausgerichtete Engagement von Mitarbeitern aus früheren Professionsjahren. Es handelt sich um eine Frage der Perspektive.

Ehrenamtliches Engagement in der Altenhilfe ist in den unterschiedlichen Wohlfahrtstraditionen begründet, aber es wurde nicht als Teil eines gemeinsamen Auftrags wahrgenommen.

2.2. *Der traditionelle Wohlfahrtsmix: vielfältiges Engagement im Schatten der professionellen Pflege*

Unter dem Blickwinkel Wohlfahrtsmix bietet sich in der stationären Altenhilfe heute ein interessantes Bild. Freiwilliges Engagement mit dem Profil ehrenamtlicher Hilfe und Betreuung ist wesentlich verbreiteter, als es uns bewusst ist. Für den Sektor der stationären Einrichtungen gibt es nur wenige verbandsübergreifende Erhebungen. Das hat das Sozialministerium Baden-Württemberg 2005 bewegt, im Rahmen einer Förderungs- und Würdigungsstrategie BELA (Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter) eine landesweite Erhebung zu Umfang und Qualität von Bürgerengagement durchzuführen. Mit einem Wettbewerb wurden verbreitete und neue Formen des Engagements sichtbar gemacht.

An der Erhebung beteiligten sich 259 Einrichtungen (23,9%). An der Befragung der Freiwilligen und Seniorenräte 1180 Personen. Einige interessante Ergebnisse im Auszug:

- Über ein schriftliches Konzept verfügten 37,6% der Einrichtungen
- Über feste Ansprechpartner für Freiwillige verfügten 68,2%
- Gruppen- und Einzelengagements verteilten sich wie folgt:

Angehörigengruppen:	18,3 %
Interne Hospizgruppe:	18 %
Freundes-Helferkreis:	46,8%
Ehrenamtliche Betreuer:	61,9%
Regelmäßige externe Gruppen	94,3%
Einzelne Bürger für Bewohner	83,7%
Angehörige für andere Bewohner	78,2%

Am Wettbewerb beteiligten sich 289 Initiativen (bei ca. 1000 stationären Einrichtungen). Dahinter stehen über 10.000 Engagierte.

Wir haben 9 typische Handlungsfelder und –formen gefunden:

- *Generationenprojekte*: Engagement von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen in Zusammenarbeit mit ihren Lehrern und Betreuern
- *Senioren für Senioren*: besondere Initiativen von Seniorenräten und anderen organisierten Seniorenvertretungen für Bewohner von stationären Einrichtungen
- *Kommunale Projekte*: Hier geht es im wesentlichen um Bürgervereine und Sozialgemeinschaften unter Mitwirkung kommunaler Schlüsselpersonen, die kulturelle, soziale und auch Versorgungsaufgaben aufgebaut haben oftmals im Rahmen kommunaler Daseinsfürsorge für ältere Bürgerinnen und Bürger in kleinen Gemeinden.

- *Altenhilfefördervereine* als einrichtungsbezogene Engagementformen
- *Hospizgruppen und Sterbebegleitung*
- *Besuchs- und Begleitangebote*
- *Kultur- und Kommunikationsangebote*
- *Engagierte Einzelpersonen*

Das Engagement ist demnach breiter, bunter und durchaus komplex. Der Wohlfahrtsmix findet statt.

Es ist interessant, dass offensichtlich weder die berufliche Pflege, noch das Fremdbild in der Gesellschaft zur stationären Einrichtung diese Entwicklungen anerkennen und in ihren Überlegungen aufnehmen.

In beiden Meinungsmilieus wird die Wirklichkeit und die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements für Lebensqualität von Bewohnern praktisch ausgeblendet. Fachkräfte sehen in Freiwilligen oftmals eine Bedrohung, im schlimmsten Fall Arbeitsplatzkiller oder Vorbote einer Deprofessionalisierung.

Der deutsche Altenpflege Monitor 2006 als repräsentative Umfrage unter 500 Personen der Generation 50 + zeichnet ein düsteres Fremdbild der Altenpflege in den Köpfen der jungen Älteren:

- 83% meinen, das Personal habe zu wenig Zeit
- 63% halten die Pflege für zu teuer
- 76% sind der Ansicht, dass Pflegebedürftige nicht respektvoll behandelt werden;
- nur 23% meinten, man werde in der Pflege gut versorgt;
- 44% hat sich noch nicht mit Fragen nach den Pflegemöglichkeiten, nach einer zukünftigen Versorgung und ihren Kosten beschäftigt.

Im traditionellen Wohlfahrtsmix führt freiwilliges Engagement eine Schattenexistenz. Diese auffällige Marginalisierung in einer Parallelwelt hat Gründe.

Sie hat einmal mit der beruflichen Funktionslogik zu tun, die die Organisationsabläufe steuert. Durch eine Reihe von gesetzlichen Anforderungen ist die Pflegequalität in den letzten Jahren ganz in den Vordergrund gerückt. Sie lässt für geteilte Verantwortung in stationären Einrichtungen nur wenig Spielraum. Pflegequalität ist heute eindeutig als Domäne der Fachkräfte festgelegt.

Die eigentliche Domäne von Freiwilligenengagement liegt im Bereich von Lebensqualität und ist auch meistens dort angesiedelt. Es hängt es nun sehr davon ab, wie das Verhältnis von Pflegequalität und Lebensqualität in einer Einrichtung konzeptionell gedacht wird. Je nachdem wird sich mehr oder weniger an Beteiligung und Öffnung für Freiwillige und Angehörige ergeben.

So kommen nicht von ungefähr die schärfsten Gegenstimmen gegenüber eine Aufwertung von Bürgerengagement in stationären Einrichtungen von der Seite von Pflegewissenschaftlern. Pflegeberufe ringen in den letzten Jahren um ein professionelles Verständnis von Pflege und müssen sich besonders abgrenzen gegenüber Freiwilligen. In diesem Verständnis kann den Freiwilligen kein anderes Verhältnis zugedacht werden als ein komplementäres, ergänzendes. Strukturell betrachtet stellt sich die Rolle des Freiwilligensektors in der Pflege als „Teil eines hierarchischen Systems selektiver und begrenzter Hilfen dar“ (Evers, 2003 S.87). Deswegen wird im traditionellen Wohlfahrtsmix das bürgerschaftliche Engagement auch leicht übersehen.

2.3. *Der zukunftsorientierte Wohlfahrtsmix:*

- *Bejahung und Anerkennung bürgerschaftlicher Verantwortung,*
- *Förderung von Partizipation in den Einrichtungen*

- *Koproduktion von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen*
- *Lernen in Projekten*

Diese Herangehensweise greift den Paradigmenwechsel in der Freiwilligenarbeit und den Wandel der Altersleitbilder auf. Im Mittelpunkt beider Diskurse steht die Ermöglichung, ja Einforderung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Das gilt für die aktive ältere Generation im Sinne ihrer Potenziale und für die hochbetagten Bewohner von stationären Einrichtungen im Sinne der personenbezogenen Pflege gegenüber einer funktionsorientierten Pflege. Der Hauptunterschied liegt in einem veränderten Grundverständnis von bürgerschaftlichem Engagement und der Rolle der Einrichtung und der Mitarbeiter in diesem Zusammenspiel.

Was gewinnen Organisationen und die Menschen, die darin arbeiten und leben von Engagierten und Angehörigen, die vermehrt beteiligt werden, auf gleicher Augenhöhe behandelt werden und für gemeinsame Ziele gewonnen, ja begeistert werden können?

Vier Gewinnperspektiven lassen sich beschreiben:

- 3.1. Bürgerengagement ist ein starker Faktor für Lebensqualität und Wohlbefinden: Vielfalt erfreut und macht beweglich
- 3.2. Bürgerengagement ist ein Vertrauensfaktor im Dienstleistungsmarkt: Das Gras wachsen hören
- 3.3. Bürgerengagement ist ein Faktor für Einbindung ins Gemeinwesen: Mittendrin statt aussen vor
- 3.4. Bürgerengagement ist ein Faktor für Zukunftsfähigkeit der Einrichtung: Vorne dran statt hinten nach

3. 1. Vielfalt und Beweglichkeit gewinnen- Lebensqualität steigern.

Wohlbefinden entsteht durch Kontakt, sensorische Anregung und Vertrautheit. Sie ist an die Präsenz von Menschen gebunden, die verlässlich und ruhig da sind.

Bürgerengagement sichert, verändert und bereichert den Lebensalltag. Alle Beteiligten.- Pflegebedürftige, Mitarbeiter, Angehörige können davon profitieren.

Beispiele: Cafeteria, Unterstützung beim Essen, Krisenintervention in der Tagespflege, Frühstücksassistenz, Pflegebegleiter.

Vielfalt, Offenheit, Lebensnähe, Bereicherung, Beteiligung – so lassen sich die Auswirkungen für das Milieu, in dem Bewohner leben, beschreiben. Vertrauen, mehr Initiative und mehr Dialog – so lassen sich die Auswirkungen für das Kooperationsklima zwischen Angehörigen, Mitarbeitern und Freiwilligen beschreiben, wo ein wirkliches Zusammenwachsen erfolgt. Mehr Ruhe, Entlastung und Möglichkeit zu gezielter Betreuung – so lassen sich die positiven Wirkungen für Mitarbeiter beschreiben, die sich auf eine systematische Zusammenarbeit mit Freiwilligen eingelassen haben. Diese Wirkung teilt sich denjenigen mit, die direkt in solche Aktivitäten eingebunden sind. Sie stellt eine der wichtigsten Motivatoren dar für die Engagierten. Mitarbeiter erleben diese Wirkung oft nur am Rande oder indirekt.

Angebote sind möglich, die ohne Freiwillige unbezahlbar oder unmöglich wären:

Tagespflege am Wochenende, flexible Öffnungszeiten, Aktivierung mit allem, was Bürgerinnen und Bürger heute an Erfahrungswissen und Daseinskompetenz einbringen (von Kräuteröl und –schnaps bis Bauchtanz und Tango, Putz- und Schneiderkompetenz).

In Einrichtungen ist besonders wertvoll, dass sich Menschen durchmischen und dadurch Pflegeroutine und Pflegedominanz abgemildert werden. Normalität erhält eine Chance. Ein Heimleiter formulierte den Gewinn als Dienstleistungsqualität:

„Es mag provokant erscheinen, ausgerechnet den Begriff Dienstleistungsqualität an den Anfang zu stellen. Aber was bedeutet er? Doch eigentlich die Qualität der Gesamtheit der Leistungen, die ein Kunde erwarten kann. Es ist daher ein legitimes Ziel eines Leistungserbringers, das Mögliche zu tun, um die eigene Qualität zu steigern. Dazu gehört, im Bereich der Altenhilfe eigentlich schon lange, eine funktionierende Einbindung freiwillig tätiger Mitmenschen in den Heimalltag. Eine Institution, die den Gewinn aus der Arbeit der Freiwilligen höher schätzt als den damit verbundenen Aufwand, wird sich um freiwilliges Engagement kümmern.“

3. 2. Bürgerengagement als Vertrauensfaktor im Dienstleistungsmarkt

Dienstleister im Altenpflegemarkt müssen sich bewähren. Das gilt für herkömmliche Angebote. Das gilt aber noch viel mehr für neue Dienstleistungen, für die es zunächst oft wenig Nachfrage gibt. Ein gutes Beispiel ist die Entwicklung der Tagespflege. In Deutschland erfolgte ein breiterer Ausbau dieser wirkungsvollen Entlastung für häusliche Pflege erst in den 90er Jahren. Ein Umdenken bei Angehörigen war notwendig, um den Schritt zu geteilter Verantwortung zu tun. Für Träger war und ist die Einrichtung von Tagespflegeeinrichtungen mit einem finanziellen Risiko verbunden. Im BETA-Projekt zeigte sich die Bedeutung von Bürgerengagement für Einrichtung und Auslastung von Tagespflegeeinrichtungen. Ohne Bürgerengagement hätten Träger wie die Seniorengenossenschaften den Schritt gar nicht tun können. Bürgerengagement hat zu einer besseren und schnelleren Auslastung geführt und damit zur Erhaltung des Angebots beigetragen. Tagespflegeeinrichtungen mit Bürgerengagement konnten Nutzer erschliessen und dadurch das Angebot erweitern zu einer Zeit, in der andere wegen mangelnder Nachfrage schliessen mussten.

Zufriedene und begeisterte Engagierte sind die wirkungsvolle Vertrauensquellen – nach dem Motto wo Engagierte gerne ein und aus gehen, da lass dich ruhig nieder. Sie wirken als Mediatoren und Multiplikatoren und stärken das Image – vorausgesetzt das Klima und die Behandlung stimmt. Integriertes Bürgerengagement ist ein Gradmesser für eine förderliche Organisationskultur.

3. 3. Bürgerengagement als Faktor für Einbindung ins Gemeinwesen: Mittendrin statt aussen vor

Wenn Menschen pflegebedürftig werden – ob zu Hause oder in einer Einrichtung – dann droht ihnen ein schleichender sozialer Tod. Ausgrenzung ist ein zentrales Problem der Lebenslage mit Pflege. Teilhabe bleibt eine uneingelöste Forderung – auch angesichts beeindruckender baulicher Veränderungen im Heimbereich der letzten Jahre. Dies wird sich mit brüchiger werdenden Netzwerken verstärken. Isolation, Einsamkeit, Verwahrlosung stellen schon heute ein wachsendes Gesundheitsrisiko für immer mehr Menschen mit Hilfebedarf in den Gemeinden dar.

Einrichtungen der Altenhilfe bleiben umstritten – verstärkt durch skandalisierende Berichterstattung. Die Fachdiskussion ist geprägt von einer fundamentalen Infragestellung großer Institutionen. Kleinräumige Konzepte werden favorisiert

Dennoch tragen heute große Einrichtungen die Hauptlast der Versorgung. Bürgerengagement ist ein wichtiger Garant für humane Verhältnisse, sei es in den Einrichtungen oder als Vorbilder und Streiter für innovative kleine Versorgungsformen. Teilhabe lebt von Begegnung – mit vertrauten Menschen, mit vertrauten Umgebungen, vom Austausch. Heime brauchen gute, lebendige Nachbarschaft.

Bürgerengagement baut Brücken. Oft werden alte Beziehungen entdeckt. Bürgerengagement ermöglicht die Erweiterung des Lebenskreises in den Ort hinein.

Gemeinschaftliche Verantwortung schützt vor Ausgrenzung.

Eine gute Einbindung einer Einrichtung ins Gemeinwesen bedeutet Qualität. Dabei lässt sich nicht vermeiden, dass die Situation der Einrichtung, auch die Schwierigkeiten

und Probleme, öffentlich werden. Die Abläufe werden hinterfragt und diskutiert. Dabei wird es immer zu einem Gemisch aus Kritik und positiver Mund zu Mund Propaganda kommen. Wer die Öffentlichkeit nicht scheut und dazu bereit ist, sich kontinuierlich hinterfragen zu lassen und darin auch die Chance zu Veränderungen auf der politischen Ebene sieht, der wird sich für freiwilliges Engagement einsetzen.

Einbindung ins Gemeinwesen bedeutet heute auch, sich als Ort sozialer Erfahrung andern Generationen zu öffnen. Viele Schülerprojekte kommen zur Zeit in Gang. Darin steckt die Chance, Bewusstsein für den Wert der Altenhilfe zu entwickeln, sich als Ort für soziales Lernen zu begreifen- eine wunderbare Chance Resonanz zu erhalten für das eigene Tun. (Bsp. Geislinger Aktion Stühle wechseln) Aber auch eine Chance, mehr gesellschaftliche Bedeutung und damit Respekt und Anerkennung zu erhalten.

3.4. Bürgerengagement als Faktor für Zukunftsfähigkeit: Vorne dran statt hinten nach Alter und Pflege in gemeinschaftlicher Verantwortung ist ein Leitbild für die zukünftige Entwicklung. Das belegt der 5.Altenbericht, der Bericht der Enquetekommission Bürgerschaftliches Engagement und der neue nationale Standard Teilhabe.

Die Zusammenarbeit mit Freiwilligen in Projekten ist ein wirkungsvolles Lernfeld für Mitarbeiter und Organisationen. Sie ermöglicht Zusammenarbeit in gemischten Teams und schafft die Notwendigkeit zu mehr Kommunikation. Sie ermöglicht eine verstärkte Auseinandersetzung mit Fragen von Lebensqualität.

Je umfangreicher Freiwillige und Angehörige beteiligt werden, desto mehr werden Abläufe diskutiert und auch verändert. Mitarbeiter sind herausgefordert, Funktionen und Kompetenzen neu zu bestimmen und Projekte zu definieren. Wenn Freiwillige in großer Zahl mitarbeiten, müssen neue Strukturen geschaffen werden. Es werden Ressourcen mobilisiert. Die Identität der gesamten Organisation verändert sich.

Einrichtungen und Dienste stehen dann vorne dran und hinken nicht hinten nach.

Im BELA-Praxisverbund haben Mitarbeiter und Freiwillige aus 19 Einrichtungen von 2003-2006 erstaunliche Entwicklungen in diesem Grundverständnis bewerkstelligt.

- Sie arbeiteten in Tandems Fachkräften und Freiwilligen
- Sie organisierten sich als Lerngruppe in einem begleiteten Arbeitsprozess Es gab Arbeitstreffen, jährliche Auswertungsgespräche und Zielvereinbarungen in den Einrichtungen mit Tandem, Leitung und kommunalen Partnern;
- lokale Fortbildungs- und Projektentwicklungsmodule für Freiwillige und Fachkräfte und lokale Budgets unterstützten den praktischen Prozess.

Unter der Zielsetzung „Zeit für Lebensqualität“ entstanden Projekte und Aktivitäten in vier Kompetenzfeldern: 1) Begleitung von Menschen mit Demenz; 2) Wohlbefinden in Alltagsaktivitäten 3) Selbständigkeit im Alltag und Teilhabe in der Gemeinde 4) Förderung von Kontakten zwischen Generationen;

Lebensqualität durch systematische Beteiligung von Freiwilligen aller Altersgruppen wurde in beachtlichem Umfang und mit einzelnen herausragenden und kreativen Ergebnissen gefördert.

In über 120 Projekten konnten über 300 neue Freiwillige eingebunden werden. Nach Angaben der 19 Einrichtungen wurden ca. 800 Bewohner mit den Aktivitäten erreicht.

Rahmenbedingungen für Freiwillige haben sich in 2/3 der Einrichtungen verbessert .

Es sind sichtbare Höhepunkte und Anregungen für Bewohner im Alltag entstanden. Angehörigen und Mitarbeitern nehmen diese Wirkungen wahr. In den Einrichtungen wurden ca. 100 weitere Mitarbeiter für eine Mitwirkung an Projekten gewonnen. Viele Projektideen entstanden auf Anregung von Pflegekräften.

Auch ca. 50 Angehörige beteiligten sich an den Maßnahmen.

An 10 Standorten verzeichnen Tandems eine Veränderung der Kooperation zwischen Fachkräften und Freiwilligen.

Etwa ein Drittel verfügt über einen verlässlich praktizierten Standard zum Umgang mit Bürgerengagement. Dazu gehören systematische Einführungen, zuverlässige Einbindung, eigene Qualifizierungsangebote und Formen systematischer Kommunikation.

Die Öffnung der Einrichtungen ist in 7 Einrichtungen durch das BELA- Projekt quantitativ und qualitativ weitreichend unterstützt worden oder erstmals in größerem Umfang gelungen. Ca. 50 Gruppierungen und Partner aus dem Umfeld der Einrichtungen konnten aktiviert werden.

Mitarbeiter und Freiwillige entwickelten neuen Kompetenzen und ein gemeinsames Grundverständnis.

Die Arbeitsweisen im Projekt stärkten Selbstverantwortung, Selbstvertrauen und Innovationsbereitschaft zu stärken.

Wo solche Projekte wachsen, finden wir immer wieder ähnliche Rahmenbedingungen:

- - Es gibt eine „Mission“: Im Mittelpunkt steht Lebensqualität von Hochbetagten ermöglicht durch Fähigkeiten und Ressourcen von Engagierten - Lebensqualität als eigenständige Zielsetzung neben Pflegequalität
- Bürgerengagement ist Chefsache, wird gemocht und gewollt – zumindest von wichtigen Schlüsselpersonen in der Organisation.
- Geschlossene hierarchische Organisationsformen wurden weiterentwickelt hin zu mehr offenen, auf Beteiligung ausgerichteten Organisationsformen. Partizipation, Beteiligung, Teilhabe wird gelebt. Partnerschaftlichkeit ist das Leitbild für Zusammenarbeit.
- Freiwillige haben einen anerkannten Platz – sie führen kein Schattendasein mehr. Sie werden gewürdigt. Sinn und Nutzen findet Resonanz.
- Die Perspektive der Mitarbeiter und die Perspektive der Engagierten werden bejaht in ihrer Unterschiedlichkeit.
- Es werden immer wieder gemeinsame Projekte definiert, die den Zusammenhalt stärken, Talente anfragen und gemeinsamen Respekt ermöglichen.
- Es wird kontinuierlich miteinander kommuniziert.
- Gemeinsames Lernen ist der einfachste Weg zu Vertrauensbildung im Verhältnis von Fachkräften und Freiwilligen und wird aktiv unterstützt.

Kulturwandel ist Voraussetzung, damit eine weitergehende Beteiligung von Freiwilligen und Angehörigen als Gewinn für alle Seiten erlebt werden kann.

4. Perspektiven

Freiwillige und Angehörige wollen keine Lückenbüßer sein und schon gar nicht instrumentalisiert werden. Freiwillige und Angehörige sind eine unbezahlbare Ressource („Was wir können ist unbezahlbar“). Diesen Schatz zu heben wird in der

Breite nicht gelingen, wenn Bürgerengagement vorrangig im Blick auf Kosteneffizienz betrachtet wird. (vgl. „Begrenzte Budgets veranlassen viele Träger und Führungskräfte das Thema „Ehrenamt“ verstärkt zu diskutieren.“) Verfechter einer neuen Ausgestaltung des Wohlfahrtsmix warnen vor der Instrumentalisierung des Bürgerengagements. Sie verweisen darauf, dass es einen breiten Aufschwung geteilter Verantwortung nur geben wird, wenn die Einrichtungen insgesamt beteiligungsorientierter ausgestaltet werden, wenn das Verhältnis zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen aktiv gestaltet wird, wenn Pluralität von Wandel von Motiven und Engagementformen berücksichtigt und ermöglicht wird und wenn eine Kultur des bürgerschaftlichen Engagements gefördert wird auch durch geeignete Infrastruktur. Das bedeutet einen Kulturwandel im Leitbild und in Funktionsweisen von Einrichtungen und Diensten. Die Neuverteilung von Verantwortlichkeiten fordert von allen Beteiligten einen Umdenk- und Lernprozess.

Ich bin überzeugt, dass bürgerschaftliches Engagement für den notwendigen Paradigmenwechsel in der Altenhilfe notwendig und unverzichtbar ist. Bürgerengagement ist ein Katalysator für Wandel in den Einrichtungen, Fähigkeiten bei den Beteiligten und für mehr Lebensqualität bei Hochbetagten. Beteiligung von außen wirkt protektiv, indem es der Ausgrenzung hochbetagter Menschen entgegenwirkt.

Und Bürgerengagement kann innovativ sein, wenn es praktisch an neuen Pflegearrangements arbeitet – sei es durch Anbahnung von Zusammenarbeit und Partnerschaft von Fachkräften und Freiwilligen – sei es als Lebensschule und praktische Altersvorbereitung. Wenn gutes und würdiges Leben auch angesichts von Pflege eine „Herzensangelegenheit“ ist, die Mitarbeiter, Angehörige und Bürgerinnen und Bürger in der Gemeinde verbindet, dann kann Bürgerbeteiligung ein Gewinn werden für alle. Wohlfahrtspluralistische Ansätze sind weder Allheilmittel noch sind sie einfach zu gestalten, sie sind gleichwohl unverzichtbar und ohne Alternative.

Informationen, Praxisbeispiele - Best practice

Als „best practice“-Beispiele für Welfare Mix basierte Ansätze in der kommunalen Altenplanung finden sich zum einen Beispiele aus der Betreuung von Menschen mit Demenz. Hier haben sich insbesondere Wohngruppen in geteilter Verantwortung als tragfähige Konzepte erwiesen und bieten interessante Anschauung und Orientierung.

- Praxisbeispiel 1: Wohngemeinschaft für pflegebedürftige/ demente ältere Menschen des Vereins „Gemeinsam statt einsam e.V.“ Kirchheim/ Teck (Vereinsanschrift: Stifterstr. 23 73230 Kirchheim/ 1. Vorsitzende Frau Sybille Mauz)
- Praxisbeispiel 2: Freiburger Modell, Netzwerkwohngruppen für Menschen mit Demenz (www.freiburger-modell.de)

Im Bereich der Pflege und Betreuung finden sich zahlreiche Beispiele unter anderem in Baden Württemberg:

- Praxisbeispiel 1: Seniorenzentrum Mühlehof in Steinen (Mühlenweg 3, 79585 Steinen)
- Praxisbeispiel 2: Schwanenhof Eichstetten, Betreutes Wohnen unter Beteiligung von bürgerschaftlich Engagierten als Aufgabe der Kommune im Rahmen eines neuen Generationenvertrages. (Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V., Hauptstr. 32, 79356 Eichstetten)

Eichstetten a.K. Tel.: 07663-948686 Fax: 07663-912113 E-Mail: info@buergergemeinschaft-eichstetten.de)

- Ähnliche Ansätze verfolgt die Kommune Schwandorf in Bayern – die Caritas Sozialstation bietet drei unterschiedliche Dienstypen an: Professionelle, günstige haushaltsnahe Tätigkeiten, Vermittlung von bürgerschaftlich Engagierten. (Caritas Sozialstation Schwandorf e.V. Etmannsdorfer Str. 19-21, 92 421 Schwandorf) oder auch die Diakonie in Kassel mit dem Verein Hand in Hand e.V.
- Der Kreis Husum, Schleswig Holstein, will einen anderen Weg beschreiten und setzt sich intensiv mit einem regionalen Sozial- und Eingliederungshilfebudget auseinander..
- Für den Bereich der Hospizarbeit zeichnet sich die Stadt Stuttgart durch ein Welfare Mix basiertes Förder- und Finanzierungskonzept aus (Kontakt über: www.hospiz-stuttgart.de oder Prof. Dr. Dr. C. Student: www.christoph-student.de)
- Auch die stationäre Altenpflege ist ein Ort, in dem gemischte Wohlfahrtsproduktion konsequent umgesetzt werden sollte. Hier bietet die Arbeit an dem Projekt „BELA – Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter“ wichtiges Anschauungsmaterial (www.bela-bw.de). Das von der Landesstiftung Baden-Württemberg geförderte und von einer breiten Trägerschaft aus kommunalen Spitzenverbänden, Sozialministerium, Landesseniorenrat und Ev. Fachhochschule getragen Projekt hatte vier Projektbereiche: Einen Landeswettbewerb zum Bürgerengagement im Heim, die Heim- u. Engagiertenerhebung, das BELA-Fortbildungsprogramm und eine internationale Fachtagung zum Bürgerengagement. Am Wettbewerb beteiligten sich mehr als 250 Heime und Initiativen. (www.bela-bw.de/wettbewerb). In der Fortbildungsreihe wurden zahlreiche Workshops und Seminare für Bürgerschaftlich Engagierte und professionelle aus Heimen angeboten, die zahlreiche und vielfältige Beispiele für den Beitrag des freiwilligen Bürgerengagements für die Lebensqualität im Heim vorstellten und initiierten (www.bela-bw.de/fortbildung). Aktuell sind im Folgeprojekt der Robert Bosch Stiftung dem BELA-Praxisverbund (www.bela-bw.de/praxisverbund) 21 Heime aus Baden-Württemberg zusammengeschlossen um sehr erfolgreich die Entwicklung und Förderung des Engagements im Heim durch Austausch und Initiative zu implementieren. Hier wurde sehr erfolgreich mit dem methodischen Instrument des Tandems, den Entwicklungsteams von Professionellen und Engagierten, gearbeitet. (Kontakt über: Iren Steiner, Wilhelmstr. 27, 73 776 Altbach, iren.steiner@gmx.de)

Schlussfolgerungen

Bsp. Cafeteria Fickerstift.

Lebendige Gemeinschaftseinrichtungen brauchen - je stärker eine Monokultur sich durch Lebenslagen ergibt - Vielfalt und Öffnung, Austausch in Nachbarschaften und Gemeinwesen hinein.

Gewinn durch Bürgerengagement für die Partner in den Organisationen beginnt damit, Wünsche für eine Veränderung im Pflegealltag zu entwickeln:

Was möchten Sie wirklich, wirklich, dass anders wird in ihren Dienststellen:

Möchten Sie dass Lachen alltäglicher wird? Wie wäre es mit einem Clownprojekt mit Freiwilligen.

Möchten Sie, dass Farben alltäglicher werden in Ihrer Einrichtung? Wie wäre es mit einem Kunstprojekt mit Studenten?

Möchten Sie, dass Körperpflege und Wohlbefinden alltäglicher wird für Bewohner? Wie wäre es mit Wohlfühlstunden mit Massage und Düften, die Freiwillige leisten.

Möchten Sie, dass pflegende Angehörige mehr Kontaktpartner finden? Wie wäre die Zusammenarbeit mit Pflegebegleitern, also Freiwilligen, die als Freundverwandte sich zu Verfügung stellen.

Möchten Sie, dass Bewohner mehr Berührung erleben? Wie wäre es mit einem Hundebesuchsprojekt, getragen von Hundeliebhabern.

Möchten Sie, dass Blumen und Pflanzen in ihrem Alltag und dem ihrer Klienten selbstverständlicher Bestandteil sind: Wie wäre es mit einer Aktion „Freude durch Blumen“ mit gartenfreudigen Nachbarn aus dem Stadtteil.

Möchten Sie, dass Menschen zu Hause und in Heimen genießen können, was sie sich von Herzen wünschen? Wie wäre es mit einer Aktion Herzenswunsch-Bürger und Bürgerinnen erfüllen, was alte Menschen sich wünschen.

Was ich Ihnen hier aufzähle, sind Beispiele aus dem Landeswettbewerb BELA und neueren Projekten zur Förderung von Bürgerengagement in der stationären und ambulanten Arbeit. Es sind keine Wunschträume, sondern Beispiele, wie Engagierte bereits heute in Einrichtungen und Diensten wirken.

Es geht einerseits darum, stationäre Einrichtungen grundlegend und systematisch zu öffnen und zwar indem interessante Handlungsfelder mit eigenständigen Profilen geschaffen werden. Diese liegen nicht in der Zuarbeit zu Pflegekräften, sondern im Feld von Lebensqualität und Teilhabe. Hier können Freiwillige ganz eigene Qualitäten entwickeln, auch durchaus pflegenah. Die neue Generation der Freiwilligen ist an einem eigenen Profil interessiert. Dabei soll aber das Engagement selbstbestimmt sein, Lernmöglichkeiten bieten, Kontakt und Anerkennung ermöglichen. (Rosenblatt 2000,Übersicht 24). Etwas für das Gemeinwohl tun und anderen Menschen helfen sind die zwei wichtigsten Motivationen für den Engagementbereich „Hilfe und Pflege“.

Arbeitsgruppenergebnisse
2. Schwerpunktthema

Die an der Arbeitsgruppe beteiligten hatten viele Nachfragen zu dem von Frau Steiner gehaltenem Referat.

Unter Anderem:

Welchen Umfang hatte die zu Grunde gelegte Befragung, welchen zeitlichen Umfang und wie tief wurde hinterfragt?

Nachdem die Fragen nach einem Versicherungsschutz einen großen Raum einnahmen und daher von Frau Steiner dieser Fragenkomplex mit der Versicherung, daß für freiwillige Helfer in jedem Fall ein Versicherungsschutz vorliegt zurückgestellt wurde, wurde die Diskussion auf andere Themen verlegt.

Aus den Erfahrungsberichten der Diskussionsteilnehmer ergab sich die Feststellung, daß viele Dinge (z.B. Gespräche, Gesellschaftsspiele, Klavierspiel u.a.) zwischen Heimbewohnern und Heimb Besuchern stattfinden, ohne von der Einrichtung wahrgenommen zu werden. Daher wäre es erforderlich in einem Qualitätszirkel alle im Heim durchgeführten Tätigkeiten und Veranstaltungen festzuhalten. Z.B. in einem Qualitätszirkel für Veranstaltungen zur Lebensqualität.

Als besonders positives Beispiel wurde ein Musiker, der als Bewohner eines Heimes seine beruflichen Erfahrungen einbrachte hervorgehoben: Er brachte nicht nur sein Musikinstrument mit ins Heim, nein er fing an in Form einer Musiktherapie seine Musik und seine Erfahrungen den Bewohnern zu vermitteln. Mittlerweile führt er als "Heimbewohner" mehrere Gesprächs- und Musikkreise pro Woche für alle interessierten Heimbewohner durch.

Dieses Beispiel zeigt, man muss seine Fähigkeiten nur einbringen, man muss nur anfangen! Eventuell befürchtete Vorurteile zerfallen in der Regel auf dem Weg zu vorgefassten Ziel.

Der Zugang in die Heime ergibt sich auf vielfältige Weise, über Besuche, Einladungen durch die Heime oder Kurse z.B. eines Kreis-Seniorenbeirates. Wobei beim ersten Besuch darauf geachtet werden sollte, nicht allein ins Heim zu gehen. Achten Sie darauf gemeinschaftlich aufzutreten, auch um ihre Kompetenz besser darstellen zu können.

Es wurde betont: Die Anzahl der freiwilligen Mitarbeiter gibt ein gutes Bild um die Qualität eines Heimes zu beurteilen.

Zum Diskussionsschluss wies Frau Steiner noch auf folgendes hin:

1. Wir müssen wissen, wofür wir unterwegs sind - für Lebensqualität
2. Mitarbeiter sammeln Herzenswünsche, dazu braucht es Menschen die diese verwirklichen, daher braucht es ein Miteinander.

Bewohner, Angehörige, Freiwillige Helfer und die Profis (Verwaltung und Pflege) müssen Parallelwelten finden, in denen sie sich verständigen und ein Forum in dem sie zu einander finden.

Gemeinsames Ziel muss sein zu einer hohen Pflege- und Lebensqualität zu kommen.

Ernst Janssen

3. Schwerpunktthema

Lebensqualität von SeniorInnen in Zusammenhang mit Mobilität
 Bericht über das europäische SIZE-Projekt
Karl-Heinz Ludwig, Multiplikator aus Nürnberg



Life Quality of Senior Citizens in Relation to Mobility Conditions in Deutsch

(Lebensqualität älterer Mitbürger in Relation zu Mobilitätsbedingungen)

ist ein Forschungsobjekt, das von der Europäischen Kommission aus Mitteln des 5. Rahmenprogramms gefördert wird.

Die Projektlaufzeit von SIZE beträgt 3 Jahre und gliedert sich in 4 Arbeitsbereiche: State-of-the art = Vorbereitung, qualitative Studien, standardisierte Erhebungen, Entwicklung eines Kataloges zur Mobilitätsverbsserung

Zielsetzung:

Feststellung der derzeitigen Mobilitätssituation

„Ältere Mitbürger in wissenschaftlicher und politischer Hinsicht dabei zu unterstützen so lange wie möglich „mobil zu bleiben.“

- Beschreibung und Erklärung der gegenwärtigen Mobilitätssituation älterer Mitbürger aus ihrer eigenen Sicht.
- Aktivierung und Motivierung von politischen Entscheidungsträgern, Städte- und Verkehrsplanern und vielen anderen relevanten Gruppen zu diesem Thema.
- Beratung und Begleitung bei der Planung und Durchführung von (politischen) Maßnahmen, die der Aufrechterhaltung der Mobilität älterer Menschen dienen sollen.
- Relevante Lösungen für vorhandene Probleme zu identifizieren sowie
- Anleitung für Richtlinien zur Einführung und Realisierung dieser Maßnahmen der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Teilnehmer:

Wissenschaftliche Partner:

Universität Erlangen (Deutschland)

Natuional University of Ireland

Universität für Verkehr Italien

Universität Lund (Schweden)

Universität aus Cracow Polen

CDV Transport etc. aus Tschechische Republik

Universität Spanien

Seniorenvereinigungen:

Politechnische Vereinigung Krakow Polen

Associazione Abitare Italien

Pro Skane, Schweden

Stadtseniorenrat der Stadt Nürnberg Deutschland

Projektverlauf:

Die Untersuchung erfolgte in drei aufeinander folgende Phasen im Zeitraum von 2003 bis 2005. Zuerst wurden Senioren (N=95 europaweit: 487) und Experten (N=26, europaweit: 225) zu Gruppendiskussionen eingeladen und aufgefordert ganz allgemein ihre Sichtweisen auf die Mobilität und die der älteren Menschen im Allgemeinen zu schildern. Aus der Fülle der Beiträge (positiver wie negativer Art) wurden diejenigen Themen gefiltert, die in hohem Maße und übereinstimmend als von großer Bedeutung für die Mobilität älterer Menschen bezeichnet wurden.

Zur Vorbereitung des Projektes fand ein 1. Workshop in Cork. (Irland) statt. Hier hatten ortsansässige Senioren ebenfalls Gelegenheit, aus Ihrer Sicht die Mobilität zu erläutern.

Beschreibung und Ermittlung der gegenwärtigen Mobilitäts Situationen älterer Mitbürger aus ihrer eigenen Sicht:

Befragung:

In den Gruppengesprächen wurden die Altersgruppen zwischen 65 und 90 Jahren sowie der unterschiedlichsten Einkommensschichten befragt, wobei es bei den einzelnen Wohngebieten unterschiedliche Sorgen gab:

Stadt- und Stadtnähe:

In zeitlicher Hinsicht wurde die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln als gut befunden; jedoch wurde kritisiert, dass zu wenig Niederflurfahrzeuge eingesetzt werden, spez. bei Straßenbahnen.

Dagegen sind große Ängste zu verzeichnen:

Keine Rücksichtnahme von anderen Verkehrsteilnehmern, wie Radfahrern auf Fußwegen, oder bei vorhandenen Radwegen verbotswidrige Benutzung in der verkehrten Richtung; Behinderung durch geparkte Autos auf Gehwegen; Raserei auf Straßen und Nichtbeachtung der Fußgängerüberwege.

Weitere Ängste sind insb. bei Ansammlungen von Jugendlichen durch Anpöbelungen, Behinderungen oder sogar Überfällen vorhanden.

Die Nichtachtung älterer Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln wurde ebenso beanstandet, wie fehlende Hilfsbereitschaft und Zusammengehörigkeit, und der Typ „ich“ Mensch.

Bemängelt wurde zusätzlich, fehlende Toiletten, zu wenig Ruhebänke; fehlende Absenkungen der Bürgersteige fehlende Markierungen für Sehbehinderte auf den Gehwegen.

Landgebiete:

Schlechtere öffentliche Verkehrsanbindung, daher Auto erforderlich, Einkaufsmöglichkeiten nur in weit abgelegenen Supermärkten. Besuche unterhaltsamer und kultureller Veranstaltungen werden als meist sehr schwierig beschrieben, da keine Verkehrsverbindungen in den späten Abendstunden. Positiv wurde die größere Bereitschaft Nachbarschaftshilfe ausgeführt.

In der zweiten Phase wurde auf dieser Information aufbauend der Entwurf und die Fragen (Items) des Fragebogens entwickelt und mit Hilfe beteiligter Seniorenorganisationen auf ihre Verständlichkeit und Funktionalität getestet.

Der Fragebogen schließlich wurde in Deutschland von 438 SeniorInnen und 62 ExpertenInnen beantwortet und sowohl auf europäischer, als auch auf deutscher Ebene ausgewertet.

Mithilfe der so gewonnenen Daten wurden in der 3. Phase Lösungswege gesucht und bestimmt, die in der Praxis für die meisten SeniorInnen eine Verbesserung ihrer gegenwärtigen Mobilität darstellen sowie zur ferneren Erhaltung ihrer Mobilität einen Beitrag leisten können.

Weiterhin wurde ein Workshop in Lund (Schweden) durchgeführt.

Anlässlich einer Exkursion in einen kleinen Ort VÄGVERKET konnten wir hier gelungene Maßnahmen für ältere, spez. für Sehbehinderte feststellen. Dort waren durch besondere Steine mit „Höckern“ sämtliche Wege an den Straßen gekennzeichnet. Dieses Prinzip wurde auch an den Straßenquerungen eingesetzt, wobei auch die Bordsteine abgesenkt waren, Interessant war auch der Hinweis auf besondere, reflektierende Bänder, die jeder insb. bei Dunkelheit tragen sollte.

Diese haben sich als sehr einfache und effektive Maßnahme zur Erhöhung der Sicherheit erwiesen.

Eine kleine Anmerkung hierzu:

Die schwedischen Teilnehmer (SIZE) waren im internationalen Vergleich mit ihrer Mobilität am zufriedensten.

Im folgendem wird hauptsächlich auf die Untersuchungen in Deutschland eingegangen, da sich in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedliche Möglichkeiten und Erwartungen ergeben haben.

Die Gespräche mit Senioren und Experten

Zunächst soll kurz zusammengefasst werden was von den Teilnehmern in den Interviews unter den Begriffen „älterer Mensch, Mobilität (und Lebensqualität)“ verstanden wurde.

Eine wichtiges Thema für Senioren und Experten waren die großen Unterschiede zwischen älteren Menschen (z.B. ob es unter ihnen Gruppen mit spezifischen Problemen gibt). Nahezu alle Teilnehmer konnten sich darauf verständigen, dass es „den typischen, älteren Menschen“ an sich nicht gibt und dass die Lebensbedingungen und -umstände der Menschen und folglich auch deren Mobilität individuell sehr unterschiedlich sind.

Die SeniorInnen präsentierten sich als sehr mobile und selbständige Menschen von 65 bis weit über 85 Jahre. Es zeigte sich, dass etwa **20%** der Teilnehmer mit häufigen oder dauernden Problemen bei der Mobilität außer Haus zu leben hat.

Insbesondere fehlt es an Vertrauen in die Verlässlichkeit sozialen Verhaltens bei den anderen Bevölkerungsgruppen.

Vornehmlich bedrohliches Sozialverhalten Raserei und allgemeine Beschleunigung, VERWAHRLOSUNG

negative Einstellungen in der Gesellschaft und Sicherheitslücken

führen dazu, dass Ältere zuweilen darauf verzichten, aus dem Haus zu gehen.

Emotionale Faktoren

Die emotionalen Faktoren, wie Furchtsamkeit spielen für die Mobilität der SeniorInnen eine weitaus größere Rolle als ihnen gewöhnlich zugesprochen wird.

So beeinträchtigen zum Beispiel die Furcht vor einem Unfall, die Furcht um die persönliche Sicherheit, besonders bei Nacht, die Furcht in der Menge „eingeklemmt“ zu werden die Mobilität sehr nachhaltig. Eine andere Gruppe von Ängsten betrifft den öffentlichen Nahverkehr. Vollgestopfte Busse, aber auch die Furcht davor, z.B. bei dem Versuch einen Bus während des Berufsverkehrs zu erreichen, herumgestoßen oder umgerannt zu werden,

lösen Ängste aus. Ebenso wie Radfahrer auf Gehwegen Angstausslösend kann aber auch Technik (z.B. Automation) sein.

Autofahrer

Für ältere Autofahrer war die Sicherheit im Auto, z..B. vor eventuellen Übergriffen und' Gefährdungen ein zentrales Motiv möglichst lange Auto zu fahren. Aber die Bedingungen des Autofahrens werden ebenso als schwierig eingestuft.

Ältere Autofahrer teilen häufig die Meinung, dass andere(jüngere) Straßennutzer und insbesondere Autofahrer gegen ihre Fahrweise voreingenommen sind. Sie zeigten kein Verständnis für die älteren Fahrer, für deren vorsichtigere Handlungs- und Fahrweise.

Fußgänger Radfahrer

Dies gelte zunehmend auch für Fußgänger und Radfahrer. Autoverkehr ist oft zu schnell und bedrohlich für ältere, aber viel mehr noch für die sehr leicht verletzbaren Straßenbenutzer in höherem Alter. Als Beispiel wurde die Straßenüberquerung sehr oft angeführt.

Schlussfolgerungen

Beim letzten Workshop in Brüssel im Jahre 2006 wurden sämtliche Fakten zusammengefasst, besprochen, erläutert und als Ergebnis des SIZE Projektes festgelegt. Diese Ergebnisse sollen als Hilfsmittel für die Besprechungen mit den beteiligten Behörden, Politikern, Gremien usw. dienen.

Spezielle Angebote bezüglich Information, Hilfe und Dienstleistungen die die Mobilität von SeniorInnen unterstützen wurde begleitend erstellt.

Man kann unterscheiden zwischen

Maßnahmen globaler Art

1. Maßnahmen, die die Komplexität der modernen Verkehrsumgebung reduzieren sollten vorrangig sein.

z.B Striktere Durchsetzung und Kontrolle zur Einhaltung von Geschwindigkeitsbeschränkungen.

2. SeniorInnen die Mitarbeit an Maßnahmen nicht nur anzubieten sondern auch Wege der Mitarbeit aufzuzeigen und sie darin zu unterstützen aktiv zu sein.

z.B. Einführung eines Ombudsmanns für die Belange älterer Menschen.

3. Maßnahmen, die auf die sozialen Qualitäten –(das soziale Zusammenleben) zielen z.B. Gesellschaftliche Kampagnen, die Altersprobleme thematisieren oder

Maßnahmen gegen die Verwahrlosung unserer Städte einleiten.

Konkrete Maßnahmen

Das Fußwegenetz insgesamt besser auszubauen mehr Fußgängerinseln an breiten Straßenübergängen

Mehr Sitz und Rastgelegenheiten.

Mehr Toiletten.

Intensivere Polizeipräsenz, Sicherheitskameras im öffentlichen Raum und im ÖPNV.

Wiedereinführung des Schupo zu Fuß.

Ältere Menschen sollten ein Mobiltelefon mit sich tragen.

Das Auto

Die Möglichkeit der Nutzung des eigenen Autos und somit die individuelle Teilnahme am Fahrzeugverkehr bis ins hohe Alter hinein.

Es ist den SeniorInnen sowohl Fluch und Segen zugleich.

Als Segen erhält, stützt und garantiert das Auto die gewohnte Mobilität im Alter, man fühlt sich sicherer gegenüber der äußeren Umwelt, gegenüber rücksichtslosen Verkehrsteilnehmern wie z.B. Radfahrern, die auf Gehwegen fahren oder in falscher Richtung auf den Fahrradwegen fahren. Autofahrern, die Haltestellen des öffentlichen Verkehrs zuparken und desgleichen mehr.

Als Fluch verlieren sie, im schlimmsten Fall Mobilität, sie erleben mehr Furcht und Unsicherheit und Gefahren in einer Umwelt, in der SeniorInnen als sog. schwächere Verkehrsteilnehmer eher Opfer sind aber zugleich als besondere Risikogruppe gelten. D.h. für Täter gehalten werden.

Was der Staat und die Politik zur Verbesserung der Mobilität noch tun kann:

Es zeigte sich in der Untersuchung, dass die SeniorInnen sehr viel darin investieren mobil und Selbständig zu bleiben. Sie dabei zu unterstützen, z.B. die Individuelle Mobilität durch geeignete und günstige Hilfsmittel zu fördern damit beispielsweise tägliche Besorgungen selbst erledigt werden können ist von großer Wichtigkeit

Gleichfalls wichtig:

Ist es Sicherheiten zu schaffen, damit das Gefühl vorhanden ist, sich sicher zu fühlen.

Ist Gleichberechtigung unter den Verkehrsteilnehmern. Keine Menschen 2. Klasse auf der Straße

Was die SeniorInnen selbst tun können:

Ältere Personen, die aus den Städten in die Umgebung abgewandert sind, sollten sich überlegen, ob sie zu Stadtgebieten zurückkehren, um weiterhin am kulturellen Leben teilzunehmen zu können.

Weitere Vorteile sind die ärztliche Betreuung, insbesondere durch Fachärzte, Pflegemöglichkeiten, sowie der Einkaufsmöglichkeiten.

Die öffentlichen Verkehrsmittel sowohl im Nahbereich als auch im Fernverkehr sind wesentlich besser ohne größere Anfahrtswege zu nutzen.

Ich möchte persönlich darauf hinweisen, dass bei einer Rückkehr in die Stadt folgende Punkte berücksichtigt werden sollten:

- Lage und Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.
- Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe
- Wie ist die Versorgung im Falle einer Krankheit?
- Besteht eine ambulante gesicherte Pflege auch bei Bedarf in der Nacht?
- Insbesondere für Ehepaare:
- Gibt es eine Pflegestation, auch für Demenzerkrankungen, im Hause oder in unmittelbarer Nachbarschaft, damit sich die Partner besuchen können.

Was die SeniorInnen selbst tun können und sollten ist natürlich ihr eigenes Engagement zu erhöhen und für ihre Belange einzutreten. Dabei zu unterstützen war das allgemeine Ziel des europäischen Forschungsprojektes SIZE.

Erlauben Sie mir hierzu noch eine Bemerkung

Das Ziel meines Engagements ist es die Forschungsergebnisse einem breiteren Publikum zugänglich zu machen und die Verwendung der SIZE-Resultate in Praxis und Politik anzustoßen.

Ziel ist es auch die Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnissen und Resultate von SIZE zu ermöglichen bzw. zu forcieren.

Da die im Rahmen von SIZE gesammelten Daten sehr umfangreich sind, möchten wir mit Hilfe dieser "Empfehlungen" kurze und verständliche Informationen, Argumente und Tipps für die praktische Arbeit in Bezug auf Lebensqualität und Mobilität von SeniorInnen anbieten.

Ziel ist es weiterhin, Mitglieder der Zielgruppen zu motivieren, Barrieren abzubauen und die Umsetzung von Lösungen bzw. Maßnahmen für SeniorInnen zu forcieren. Dadurch soll die Mobilitätssituation für SeniorInnen und dadurch in weiterer Konsequenz ihre Lebensqualität verbessert werden.

Aus diesem Grunde wende ich mich an Sie als, Multiplikatoren.

Ich würde mich freuen, wenn Sie die Materialien und Informationen von SIZE zur Mobilität nutzen und verbreiten und damit Vorort die betroffenen und interessierten Senioren und Seniorinnen zu einem Engagement ermutigen.

Leider konnte ich die Broschüren etc. die wir Ihnen für Ihre Arbeit als Unterstützung zur Verfügung stellen wollen, noch nicht mitbringen. Diese werden Ihnen nach Erscheinen zugestellt. Ich lege eine Liste aus, die Sie bitte ausfüllen. Außerdem werden Sie eine CD erhalten, auf der alle einzelnen Zusammenfassungen zu den einzelnen Workshops, leider in engl. Sprache, enthalten sind. Weiterhin sind die Ihnen noch zu übergebenen Broschüren ebenfalls darauf enthalten. Zudem sind allgemeine Informationen älterer Untersuchungen vorhanden, die von allg. Interesse sein können.

Nachfolgenden aufgelisteten Zielgruppen bieten:

Entscheidungsträger in allen Bereichen, welche die Mobilität (von SeniorInnen) betreffen

* Politiker

* Planer

* Verwaltungsbeamte etc.

Ich danke Ihnen für das Zuhören und hoffe, dass auch Sie sich im Rahmen der Möglichkeiten für die Belange älterer Menschen einsetzen werden.

**So lange wie möglich mobil bleiben!
.....darin sollten uns alle
an maßgebender Stelle unterstützen**

Arbeitsgruppenergebnisse
3. Schwerpunktthema

Die Multiplikationen waren sich einig, dass sie Ihre Tätigkeiten um die in meinem Vortrag aufgeführten Angelegenheiten erweitern sollten.

Eine zusätzliche Aufklärung sahen sie in der rechtzeitigen Orientierung für die Wahl eines Heimes.

Besonders sollte hierbei auf folgende Punkte hingewiesen werden:

- 1.) rechtzeitiges Bemühen
- 2.) welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es:
 - ärztliche Betreuung gesichert - auch Fachärzte –
 - ständige ambulante Pflege (Anwesenheit im Hause)
 - Pflegestation im Hause
 - Pflegestation für Demenzkranke, und Beschäftigungstherapien für diese
 - dieses insb. für Ehepartner, damit Sie nicht durch große Entfernungen getrennt werden.
- 3.) Lage, insb. Vorhandensein von öffentlichen Verkehrsmittel - laufend
- 4.) Einkaufsmöglichkeiten
- 5.) Träger des Heimes
- 6.) Besteht ein Heimbeirat und kann mit diesem vorher Kontakt aufgenommen werden.
- 7.) Unterbringung - Anzahl der Betten –
- 8.) Können eigene Möbel mitgebracht werden
- 9.) Größe der Anlage
- 10.) welche Aktivitäten werden angeboten
- 11.) Preisgestaltung

Diese Punkte wurden anhand des "Wohnstiftes am Tiergarten" in Nürnberg, in dem ich wohne erläutert.

Karl-Heinz Ludwig

