



Sozialräumliche Aspekte für alte Menschen mit Behinderungen/Pflegebedarf

– „Pflegestützpunkte – Pflege und Reha verknüpfen“?!

Armin Lang

Vorsitzender Sozialverband VdK Saarland

Vorsitzender Bundesausschuss Sozialverband VdK Deutschland

DVfR-Kongress 2011
Individuelle Rehabilitation in Sozialräumen
Impulse aus der Behindertenrechtskonvention
30.06.–01.07.2011
Hotel Aquino, Berlin



Der demographische Wandel– die gesellschaftliche Herausforderung!

"Deutschland
wird älter"

- Immer mehr ältere Menschen
- Einschränkung der Alltagskompetenz
- Zunahme chronischer Erkrankungen
- Zunahme demenzieller Erkrankungen
- Zunahme Reha- / Präventions-Bedarf

Prognose:

Anzahl der Pflegebedürftigen
verdoppelt sich
in den nächsten 40 Jahren

Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit – die unterschätzte Problemverschärfung

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Berliner Altersstudie: jeder vierte über 70-Jährige leidet an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996)

Alterssurvey: 24% der über 70-Jährigen gaben an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden (Tesch-Römer 2002)

Gesundheitssurvey: Ca. die Hälfte der 65-Jährigen weisen drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf (Kohler/Ziese 2004)

... auch diese Erkenntnisse gehören dazu...

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Anstieg des professionellen Hilfebedarfs bei Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit

- zu oft, zu früh, zu lange im Krankenhaus
- Dauerkunden bei Haus- und Fachärzten
- hoher Medikamentenverbrauch
- vielfältiger Leistungsbedarf bei Heil- und Hilfsmittel
- Präventions-, Rehabilitations-, Beratungs- und sonstiger Dienstleistungsbedarf -gleichzeitig-
- differenzierter Versorgungs- und Pflegebedarf
- palliativer Versorgungsbedarf

...und viel Leid und steigende Kosten sind die Folgen!

Die Lage ist nicht hoffnungslos, denn . . .

... es fehlt weniger an professionellen Hilfen – mehr am zeit- u. bedarfsadäquaten Einsatz derselben

→ Vielzahl von Hilfen vorhanden

agieren häufig unverbunden neben-/nacheinander

ergänzen sich selten – beeinträchtigen sich eher

vielfältige Umwege und Fehlsteuerungen führen zu nichtbedarfsnotwendigen Aufwendungen und beeinträchtiger Lebensqualität

deshalb:

ein Paradigmenwechsel ist überfällig

– mehr **Koordination** – **Kooperation** – **Integration** im Sozialraum

– kommunale Verantwortung/Sozialgemeinde

– Paradigmenwechsel – Wohlfahrtsverbände – private Dienstleister – Medizin – Pflege – Versorgung

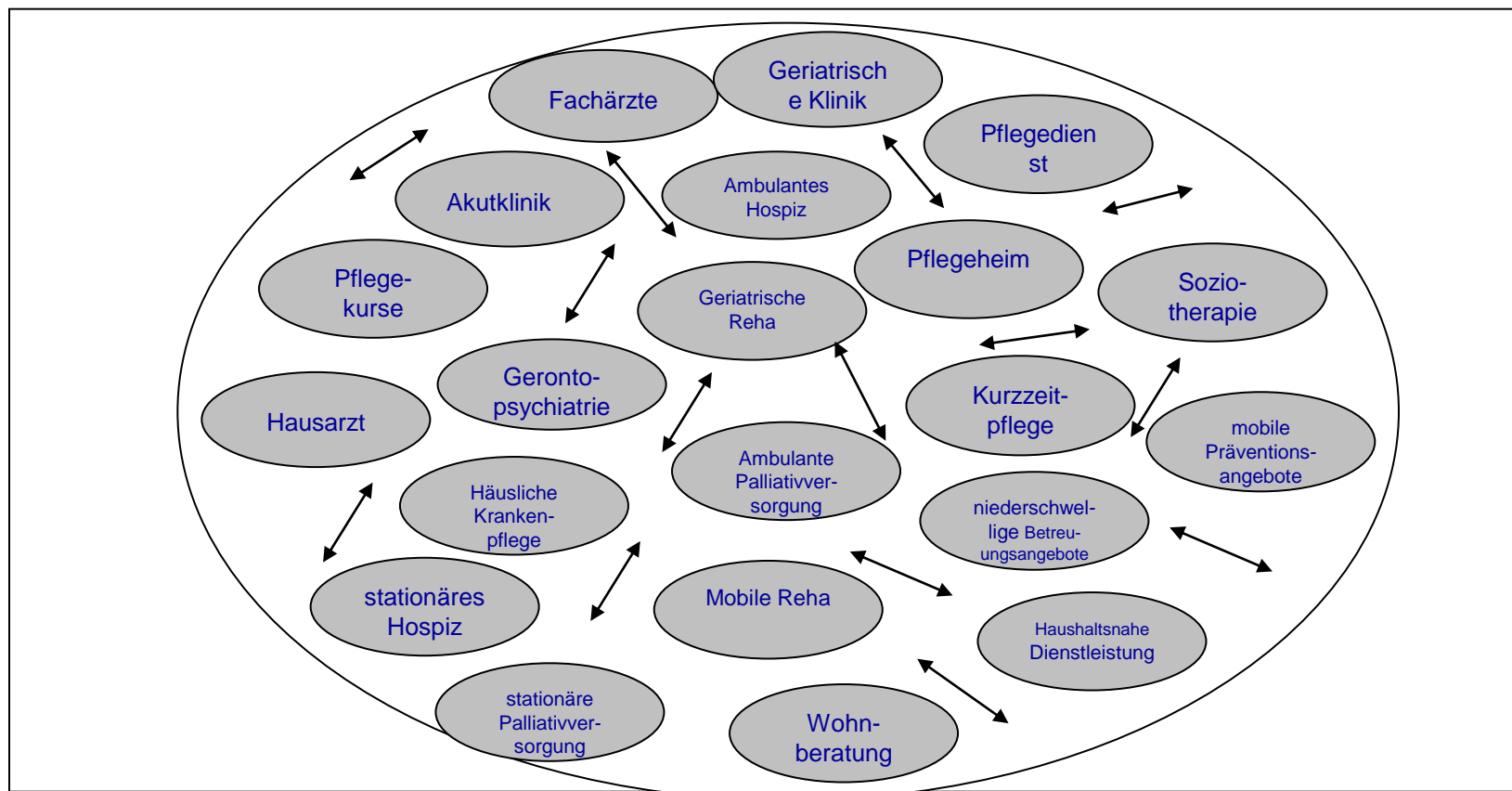
– Pflege- und Krankenkassen

Deshalb konkrete Ziele festlegen – Instrumente entwickeln und nutzen ⇒ vom engagierten Einzelkämpfer zum kooperativen Miteinander im Sozialraum

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2007 fordert Perspektiven-Wechsel Ziel: Stärkung der wohngietsbezogenen Pflegeorganisation

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



1. Individualanspruch auf Pflegeberatung/Case Management – §§ 7a u.12 SGB XI
2. Sicherstellungsauftrag für Care Management gem. § 12 SGB XI bei Pflegekassen
3. Schaffung von Pflegestützpunkten zur Umsetzung von Case und Care Management gem. § 92c SGB XI
4. Stärkung der häuslichen Pflege – u. a. höhere Geld- und Sachleistungen – Poolen von Pflegeleistungen
5. Verbesserung der Rahmenbedingungen für neue Wohnformen – neuer Häuslichkeitsbegriff
6. Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte
7. Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
8. Ausweitung der Leistungen für demenzkranke Menschen, 2.400,- € p. a.
9. mehr Geld für Aufbau und Betrieb niedrigschwelliger Hilfen – Gemeinschaftsprojekte (Kommune/Landesmittel)
10. Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
11. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
12. Stärkung von Prävention und Reha in der Pflege (mobile Reha)

Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Deutschland – aktueller Überblick

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



- gem. § 7a SGB XI hat jede(r) Versicherte(r) einen individuellen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung
 - gem. § 92c SGB XI haben die Länder festzulegen ob u. in welcher Weise Pflegestützpunkte (PSP) errichtet u. betrieben werden
 - nach Festlegung der Länder haben die Kranken- u. Pflegekassen gem. § 92c PSP zu errichten u. zu betreiben
 - in 12 Bundesländern gibt es Allgemeinverfügungen der Länder zur Errichtung u. zum Betrieb von PSP; in 3 Ländern werden PSP nach Einzelentscheidungen errichtet, 1 Bundesland will keine PSP errichten
- Die Wirklichkeit der PSP-Arbeit ist sehr unterschiedlich:**
- mit integrierter, sporadischer, virtueller Pflegeberatung
 - mit ständigem oder ständig wechselndem Personal
 - mit großem/kleinen Einzugsbereich (quartiersbezug?)
 - wettbewerbliche oder wettbewerbsneutrale Ausgestaltung
 - es fehlen: die konsequente Umsetzung der gesetzl. Ansprüche, verbindliche Qualitätsstandards u. ihre Evaluierung

... es geht auch anders: Aufbau der Pflegestützpunkte Saarland

SOZIALVERBAND

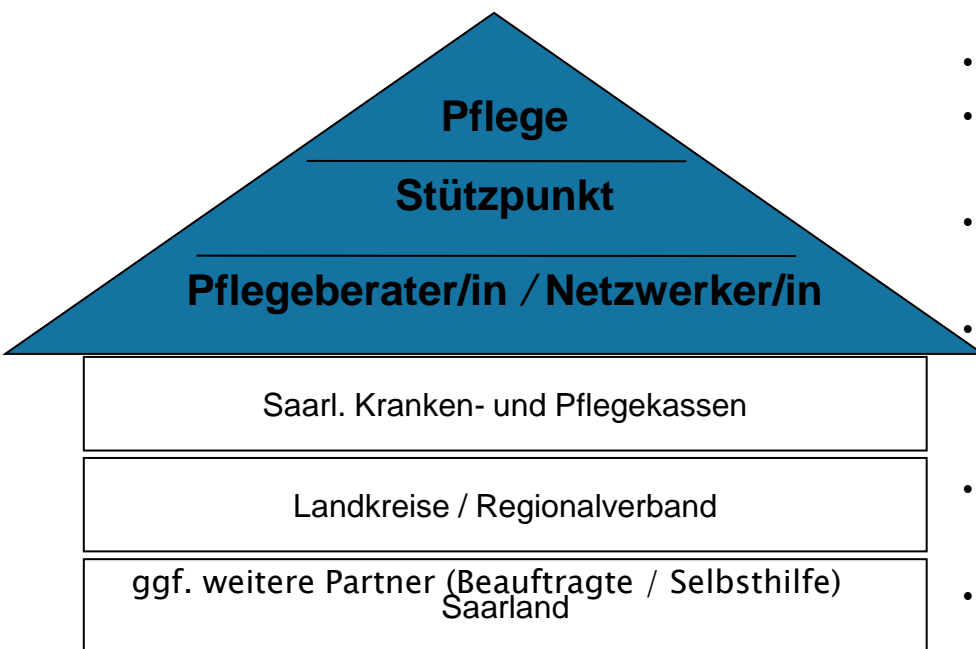
VdK

DEUTSCHLAND



Quartierbezogene Hilfeorganisation unter Berücksichtigung
vorhandener Strukturen und qualitativer Standards

→ von der BEKO-Stelle zum Pflegestützpunkt



- Koop.-Gemeinschaft ist Stützpunktträger
- Koop. Ausschuß ist gem. Verantwortungsebene
- Geschäftsführung ist verantwortliche Führung
- gem. Personalisierung – Sozialarbeiter/Pflegefachkräfte auf 100.000 EW, ca. 3–4 Fachkräfte
- 1/3 Finanzierung (Land/Landkreise/Kranken- und Pflegekassen)
- kosten- u. leistungsträger-unabhängig
- Einbezug weiterer Partner möglich

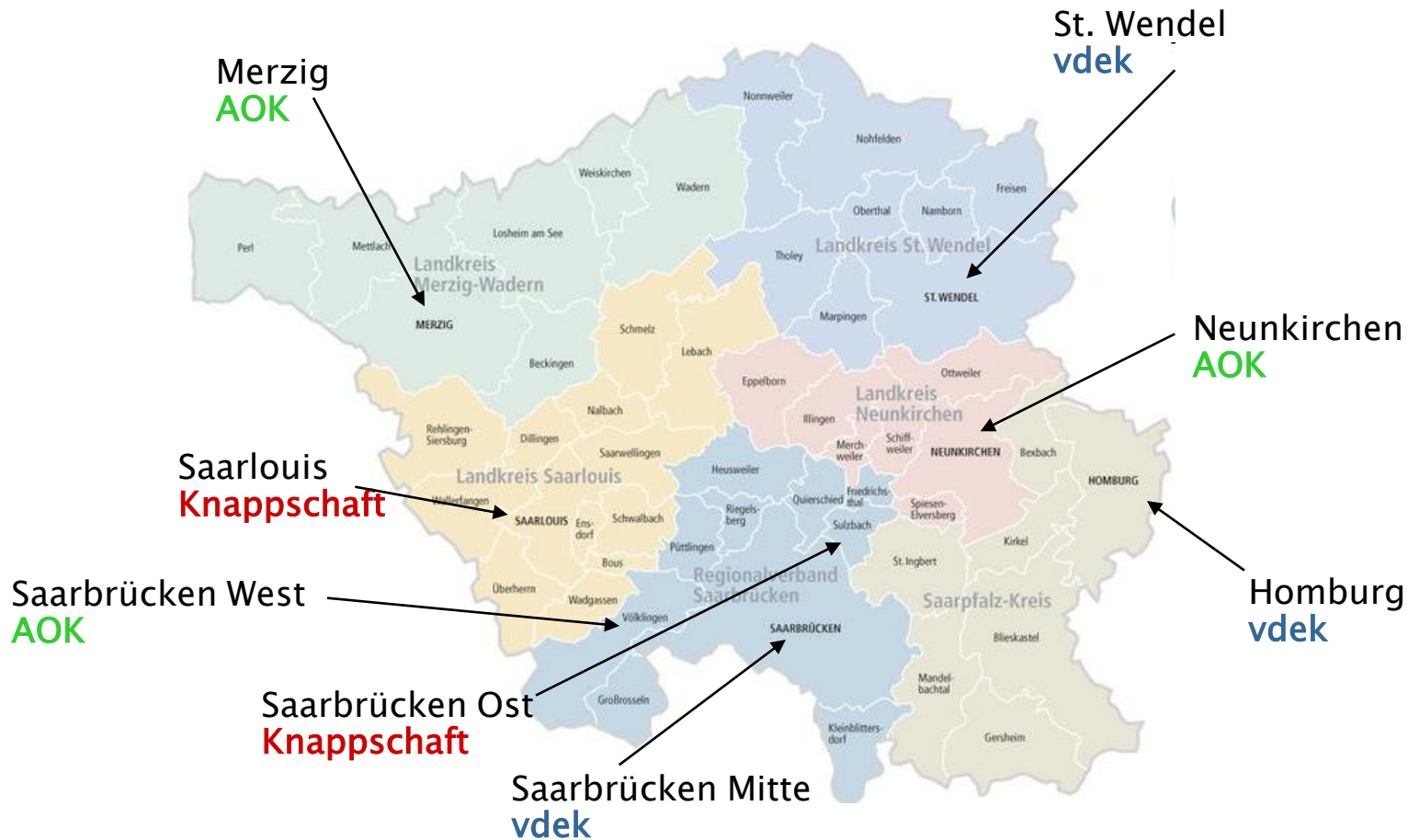
Standorte und Federführungen Pflegestützpunkte im Saarland

– Sozialversicherungs- und
Sozialleistungsträger gemeinsam –

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND

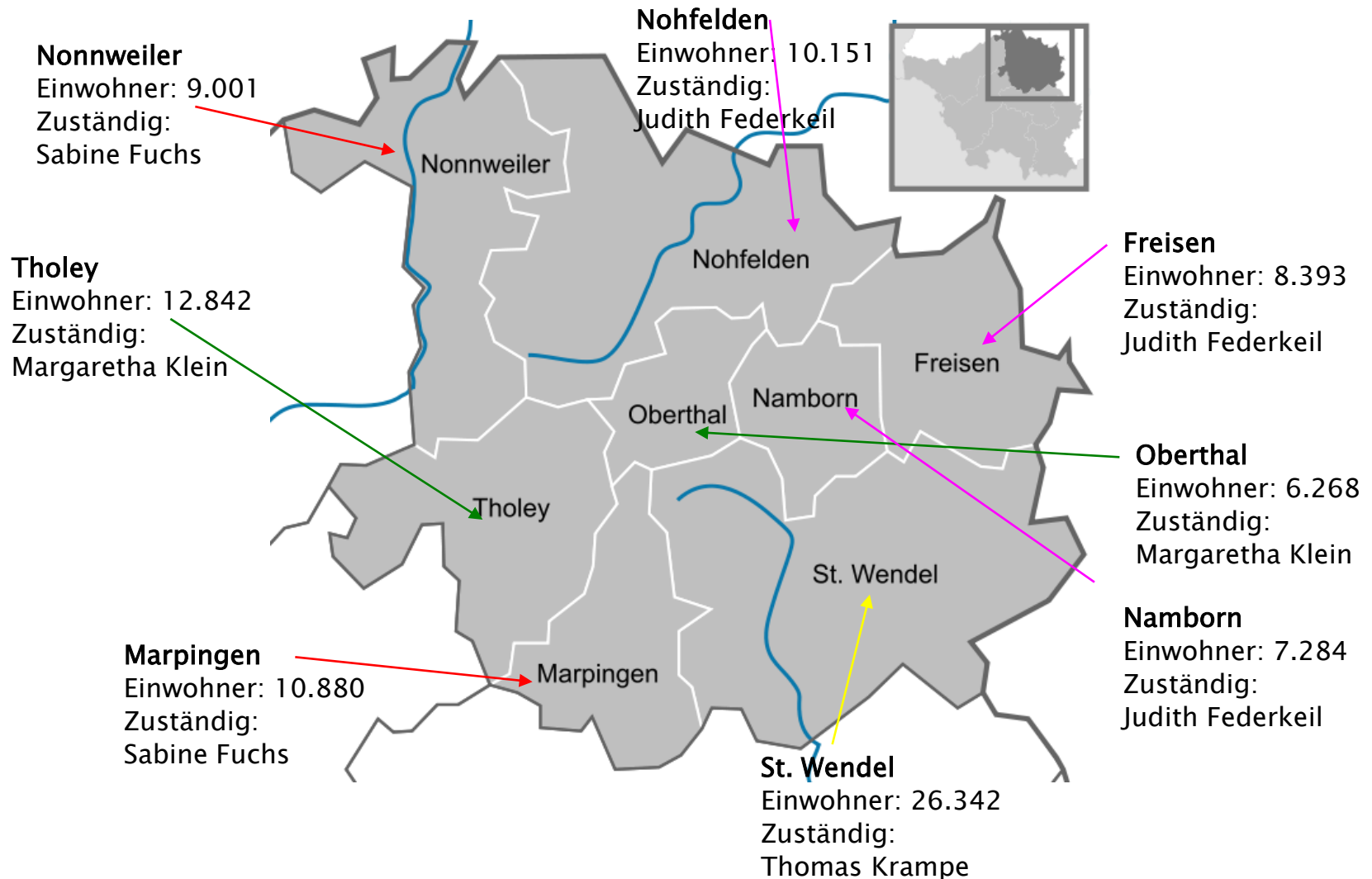


Arbeitsorganisation Pflegestützpunkt St. Wendel – quartiersbezogene Hilfeorganisation – Basis für Care- und Case Management im Sozialraum

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Pflegeberatung im Pflegestützpunkt – Aufgabenbeschreibung gem. §§ 7a, 12 und 92c SGB XI

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



- Erfassung **Hilfebedarf** (u.a. gem. MDK Gutachten)
- Erarbeitung **Versorgungsplan** (u.a. Sozialleistungen, präventive/kurative/rehabilitative/pflegerische und soziale Hilfen)
- Einleitung entsprechender **Maßnahmen** (nach Abstimmung mit Pflegebedürftigen u. Kostenträgern)
- Überwachung, Dokumentation, **Auswertung der Umsetzung des Versorgungsplanes**
- Einbeziehung – Aktivierung – häusl., nachbarschaftl. **Umgebung** („Beratung vorOrt“)
- **Information u. Aufklärung – Pflegekompetenz** in der Region stärken
- Kooperation **Arbeitsagentur** (Alternativen zur „illegalen Beschäftigung“)
- quartiersbezogene **Arbeitsorganisation – Netzwerkaufbau** – auch im informellen Sektor – Pflegemix
- Kooperation mit **Kosten- u. Leistungsträgern** in der Region
- Aufbau u. Begleitung **vernetzter Strukturen** in der Versorgungsregion

1. die gesetzlichen Ansprüche – §§ 2, 3, 5, 6, 32 SGB XI und § 11 SGB V

- Erhalt oder Wiederherstellung selbstbestimmten Lebens – Würde des Menschen –
- Vorrang häuslicher Pflege- und der Förderung der Pflegebereitschaft
- Vorrang von Prävention- und Rehabilitation
- Eigenverantwortung – Befähigungs- und Mitwirkungspflichten
- Pflicht zur Vorleistung – bei medizinischem Rehabedarf – § SGB XI
- Leistungsanspruch auch um Behinderungs- und Pflegebedürftigkeit abzuwenden – SGB V



-
2. die Reha-Wirklichkeit – voller Hürden und Hindernisse –
- heterogene Versorgungsstrukturen – Zuständigkeiten – Inflexibilitäten
 - Rechtsansprüche – Ermessensleistungen – (Zusatz)–Beitragswirklichkeit
 - Altersbild – Leitbild – ICF – Klassifikation
 - Anspruch und systembedingte Hindernisse
 - Eigeneinschätzung – Selbstvertrauen – Widersprüchlichkeiten

3. Was bleibt zu tun? – Handlungsbedarfe –

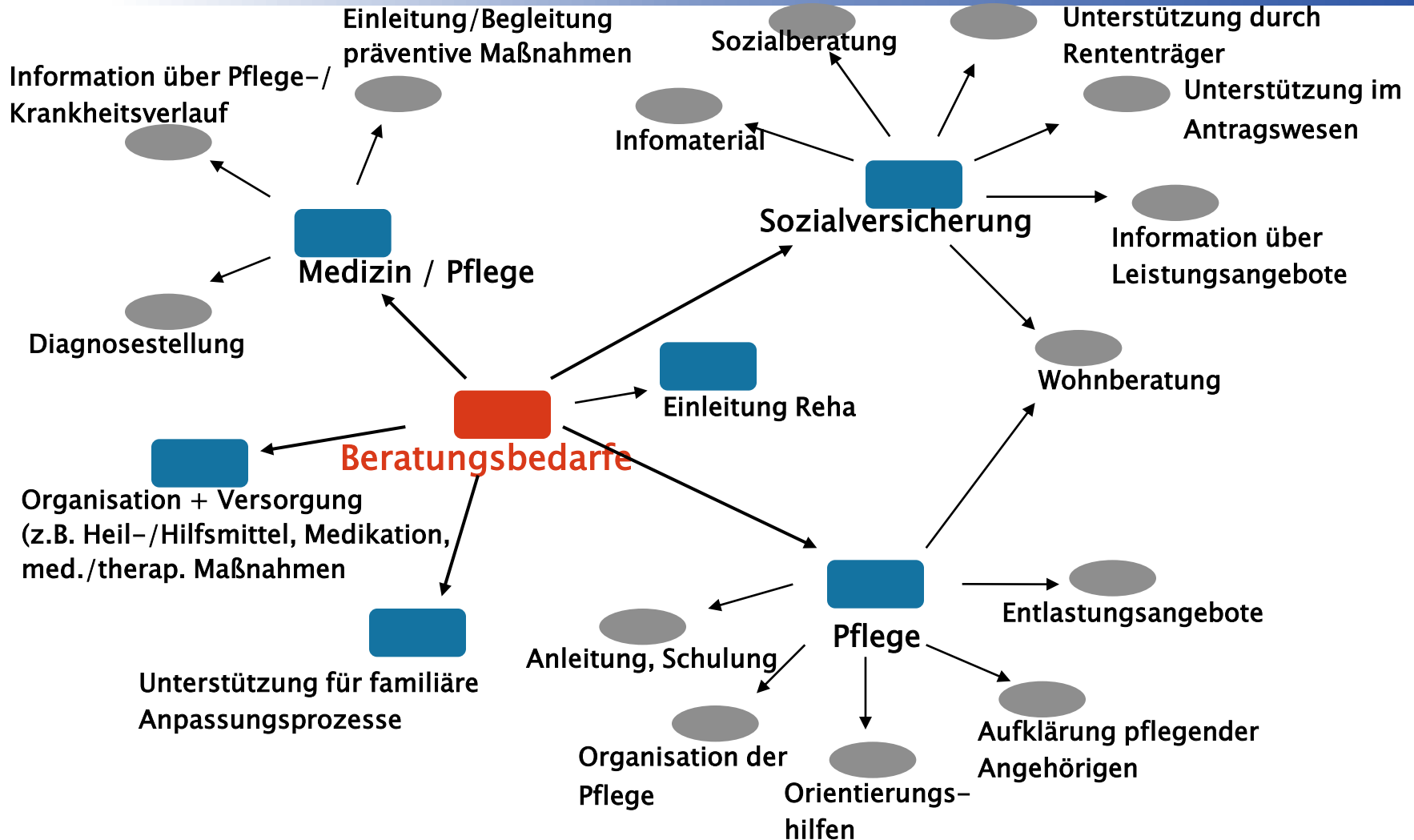
- Altersbilder korrigieren – Autonomie und Kompetenz – Fähigkeiten erhalten
- Ressourcenorientierung statt Defizit-/Verrichtungsorientierung – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Verpflichtende differenzierte Aussagen zu Reha – Bedürftigkeit – Fähigkeit und Prognose → Umsetzungspflicht
- Forderung nach: Finanzierungsneuordnung – Vorrang SGB XI (Kompensation durch Behandlungspflege SGB V)



4. Pflegeberatung – Case- und Care-Management – Nutzen für Reha?!

- Pflegeberatungsziel – selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit – nur mit Reha!
- Pflegeberatung wirkt mit bei Begutachtung, Ermutigung, Realisierung – passgenaue Reha!
- Pflegeberatung sichert Nachsorge, begleitende Hilfen (Übung; Barriereabbau; psychosoziale Stabilisierung; Co-Therapeuten)
- Pflegeberatung vermeidet Über-, Unter-, Fehlversorgung – organisiert passgenaue Hilfen im Sozialraum

Komplexität von Pflegeberatung und Fallmanagement



Die Kompetenz der Pflegeberatung – eine Voraussetzung zur Sicherung häuslicher Pflegeversorgung

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



- **Hilfeorganisation als Hilfemix** – Selbsthilfe – Fremdhilfe – Profihilfe – Laienhilfe– Medizin – Pflege – Versorgung
- setzt differenzierte Betrachtung des Hilfebedürftigen und seines Umfeldes sowie seines individuellen Hilfebedarfs, inkl. **aktivierbarer Eigenpotentiale** voraus (auch Nachbarschafts-/Quartiershilfen)
- ebenso – die **professionelle Übersicht** über das medizinische, präventive, rehabilitative und pflegerische **Versorgungsangebot** inkl. dessen jeweiliger Leistungsfähigkeit in der Region (ebenso entlastende/unterstützende Initiativen/Hilfestrukturen vor Ort)
- Wichtig: Initiativen anstoßen – z.B. Wohnungs– und Alltagsversorgung im Wohnquartier; sozialraumorientierte mobile und ambulante geriatrische Reha

deshalb:

- **nicht irgendeine Beratung – sondern quartiersbezogene und regionalspezifische Kompetenz ist nötig**
- **Gemeinwesen-/Bürgeraktivierungskompetenz**



1. Entwicklung und Umsetzung von Hilfeplanung und Versorgungsmanagement nach § 11, Abs. 4 SGB V, § 7a SGB XI, § 140 a ff. SGB V bzw. § 92 b SGB XI
2. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI
3. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI (= Pflegekurse, individuelle häusliche Schulungen)
4. Modelle und Projekte zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen nach § 45 c SGB XI
5. Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe gem. § 45 d SGB XI

Handlungsbedarf – Vernetzung im Sozialraum

Perspektiven für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



- Optimierung der hausärztlichen Versorgung – multidisziplinäre Teamarbeit
- Optimierung der geriatrischen/gerontopsychiatrischen Versorgung
- neue Wohn- und Versorgungs-Formen – Koordinierungsstelle –
- SAPV-Stützpunkt – Netzwerk für Palliativ-Versorgung
- Demenz-Stützpunkt – präventive, qualifizierende und entlastende Dienste
- Aufbau und Begleitung pflege- und versorgungsbezogener Bürgerarbeit/Selbsthilfe
- Zentralstelle – „Tele-Pflege“ und „Tele-Medizin“
- Leitstelle „Persönliches Budget“
- Organisation/Begleitung und Nachsorge bei mobiler und ambulanter Reha im Sozialraum; Co-Therapeuten
- Initiative – "Gesund alt werden" (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte, Sturzprophylaxe, präventiver Hausbesuch u.ä.)

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Armin Lang