Dokumentation der Fachkonferenz „Alternative Pflegekonzepte“

der SPD-Bundestagsfraktion

am 30. Januar 2013

im Deutschen Bundestag

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser SPD Pflegekonzept ist praxistauglich. Die auf der Konferenz vorgestellten Modelle zeigen: alternative Pflegekonzepte sind erfolgreich und müssen durch die Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen unterstützt werden. Dies ist eine zentrale Forderung der SPD.

Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung alternativer Pflegekonzepte ist, dass die Kommunen ihre Pflegeinfrastruktur ausbauen und die Umsetzung alternativer Konzepte ermöglichen. Der Ausbau kommunaler Pflegeinfrastrukuren wird nicht nur dem Anspruch ambulant vor stationär gerecht, sondern unterstützt Pflegebedürftige und deren Angehörige in der eigenen Häuslichkeit. Der Ausbau kommunaler Pflegeinfrastruktur entlastet auch kommunale Haushalte.

Repräsentative Umfragen zeigen, dass die meisten Menschen ihren Lebensabend in der eigenen Häuslichkeit verbringen möchten. Sie wollen auch im Alter möglichst selbstständig und selbstbestimmt leben. Aber sie machen sich Sorgen, ob sie ambulante Hilfe bezahlen können. Alternative Pflegekonzepte können die Umsetzung dieses Wunsches unterstützen.

Die Konferenz hat gezeigt, dass es die unterschiedlichsten Ansätze für alternative Pflegekonzepte gibt. Technische Assistenzsysteme können Pflegebedürftigen die Bewältigung des Alltags erleichtern. Das Zusammenleben in einem Stadtquartier mit pflegerischer Versorgung kann eine Möglichkeit sein, für pflegebedürftige Menschen eine gute Unterbringung und Betreuung zu gewährleisten. Auch Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz sind eine Möglichkeit, pflegebedürftigen Menschen eine Umgebung zu geben, in der sie sich wohl fühlen. Seniorengenossenschaften zeigen den Weg, wie bürgerliches Engagement genutzt werden kann, um vor Ort mit Strukturen und Hilfen zu unterstützen. Die auf der Konferenz vorgestellten Konzepte zeigen: Alternative Pflegekonzepte sind gut und müssen weiter ausgebaut werden.

Die SPD-Bundestagsfraktion hat zur Reform der Pflegeversicherung im Positionspapier Pflege einen umfassenden Vorschlag für ein Gesamtkonzept Pflege erarbeitet. Das Konzept setzt genau an den vorgestellten Punkten an. Wir wollen für Pflegebedürftige die Unterstützung ausweiten, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ermöglichen, gute Arbeit für Pflegefachkräfte gewährleisten und die Pflegeinfrastruktur ausbauen.

Anbei finden Sie die Dokumentation zu unserer Fachkonferenz „Alternative Pflegekonzepte“, die am 30. Januar 2013 im Deutschen Bundestag statt fand.

Ihre
Hilde Mattheis, MdB

Fachkonferenz „Alternative Pflegekonzepte“ der SPD-Bundestagsfraktion

am Mittwoch, den 30. Januar 2013
im Deutschen Bundestag

Programmablauf

- **Begrüßung** Elke Ferner
- **Einführung in das Thema** Hilde Mattheis

- **Ansätze für gute Pflege**
  - Prof. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg: „Lebenswirklichkeit von Pflegebedürftigen mit Demenz“

  - Prof. Haux, Institut für Medizinische Informatik, TU Braunschweig und Medizinische Hochschule Hannover: „Was können Altersgerechte Assistenzsysteme (AAL) zur Bewältigung des Alltags von Pflegebedürftigen leisten?“

- **Vorstellung alternativer Pflegekonzepte**
  - Quartiersnahe Versorgung im Netzwerk SONG
  - Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz in Nürnberg
  - Seniorengenossenschaft in Riedlingen
  - TECLA-Projekt in Sachsen-Anhalt
  - Pflegenetz Heilbronn

Prof. Andreas Kruse
„Lebenswirklichkeit von Pflegebedürftigen mit Demenz“

Andreas Kruse

Werden in der Alzheimer-Demenz letzte Grenzen der menschlichen Existenz offenbar?

In der Bundesrepublik Deutschland leiden ca. 1.4 Millionen Menschen an einer Demenz. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, nimmt dabei mit steigendem Alter erkennbar zu: In der Gruppe der 65-69-Jährigen sind ein Prozent, in der Gruppe der über 90-Jährigen hingegen 35 Prozent an einer Demenz erkrankt. Wenn in den nächsten Jahrzehnten kein Durchbruch in der Prävention und Therapie der Demenzerkrankungen erreicht wird, so werden 2050 ungefähr drei Millionen Menschen an einer Demenz leiden. Die Zuwächse in der Anzahl demenzkranker Menschen könnten sogar noch höher ausfallen, wenn man jüngsten Angaben aus Forschungszentren in den USA folgt: Dort geht man bis zum Jahre 2050 von einer Verdreifachung der Anzahl demenzkranker Menschen aus. Dies würde für die Bundesrepublik Deutschland bedeuten, dass im Jahre 2050 schätzungsweise 4.2 Millionen Menschen an einer Demenz leiden werden.

Demenz ist der Oberbegriff für ein breites Spektrum von Erkrankungen mit unterschiedlicher Ätiopathogenese und Symptomatologie. Die gröbste Differenzierung zwischen den Erkrankungen bezieht sich auf die Schädigung der Nervenzellen (neurodegenerative Demenz) *vs.* Schädigung der Gefäße (vaskuläre Demenz) als primärer Krankheitsursache. Dabei machen die neurogenerativen Demenzen ca. 65 Prozent aller Demenzen aus, die vaskulären Demenzen 20 Prozent, bei 15 Prozent handelt es sich um Mischformen der neurodegenerativen und vaskulären Demenz. Während bei den vaskulären Demenzen von einem Präventionspotenzial auszugehen ist – durch die lebensstilbedingte Reduktion des Arterioskleroserisikos wird ein zentraler Beitrag zur Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit der vaskulären Demenz geleistet –, ist dieses bei der neurodegenerativen Demenz (deren häufigste Form die Alzheimer-Demenz darstellt) nicht nachgewiesen. Aus diesem Grunde sollte man mit Aussagen, die die Möglichkeit einer Prävention der neurodegenerativen Demenz behaupten, eher zurückhaltend sein.

Die Demenzerkrankung konfrontiert – vor allem in einem fortgeschrittenen Stadium – mit einer Seite des Lebens, die Individuum und Gesellschaft vor besondere Herausforderungen stellt: Mit der Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit der menschlichen Existenz. Die hohe Anzahl von Neuerkrankungen – diese wird in der Bundesrepublik Deutschland mit 250.000 jährlich geschätzt – und der kontinuierliche Anstieg in der Anzahl demenzkranker Menschen – dieser liegt in der Bundesrepublik Deutschland bei jährlich 35.000 – führen nicht nur die Notwendigkeit vor Augen, kausale Therapieansätze zu entwickeln, sondern legen auch den intensiv geführten, öffentlichen Diskurs über den Umgang mit Grenzen des Lebens nahe. Auch wenn zu hoffen ist, dass bald kausale Therapieansätze für

Patientinnen und Patienten mit Alzheimer-Demenz entwickelt werden, so ist doch vor zu großem Optimismus zu warnen: Trotz intensiver Forschung und zunächst vermuteter Erfolge ist es bislang noch nicht gelungen, die Alzheimer-Demenz ursächlich zu behandeln. Mit dieser Aussage wird nicht die Notwendigkeit in Frage gestellt, intensiv Therapieforschung zu betreiben. Und doch erscheint es als angemessen, die Frage zu stellen, ob in dieser Krankheit die letzten Grenzen der menschlichen Existenz offenbar werden. Die hohe Korrelation zwischen Auftretenshäufigkeit und Lebensalter scheint dafür zu sprechen, dass in der Alzheimer-Demenz letzte Grenzen unseres Lebens sichtbar werden.

Derartige Überlegungen können unsere Einstellung gegenüber einem demenzkranken Menschen wie auch unsere Verantwortung diesem gegenüber erheblich beeinflussen: Denn führen wir uns vor Augen, dass aufgrund der zunehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung immer mehr Menschen mit dem Risiko einer Demenzerkrankung konfrontiert sind und dass diese Erkrankung immer häufiger das Ende unseres Lebens markiert, dann wandelt sich die Frage nach einer fachlich und ethisch fundierte Begleitung demenzkranker Menschen mehr und mehr zur Frage nach einer fachlich und ethisch fundierten Sterbebegleitung.

Lebensqualität demenzkranker Menschen

In den beiden vergangenen Jahrzehnten hat sich die Lebensqualität zu einem Schlüsselkonzept in der Versorgung chronisch kranker Menschen, insbesondere auch von Menschen mit Demenz entwickelt. Die Demenzerkrankung stellt eine große Herausforderung für die Lebensbewältigung der Betroffenen und ihrer Angehörigen dar. Der chronisch progrediente Verlauf einer Demenz rückt die Frage nach dem Erhalt und der Förderung einer guten Lebensqualität in Anbetracht der erlebten Einschränkungen und Verluste in den Mittelpunkt des Interesses. Um die Potenziale für die Erhaltung der Lebensqualität angemessen sichern zu können, ist die detaillierte Kenntnis der Lebensumstände der Betroffenen, wie auch der Beurteilungen und Gefühle, die sich für demenzkranke Menschen mit diesen Lebensumständen verbinden, notwendig.

Das von uns entwickelte *Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen* (H.I.L.DE)[1] verfolgt das Ziel, Lebensqualität in allen Stadien der Demenzerkrankung einzuschätzen.

[1] Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Veröffentlicht im Jahre 2010 bei Huber, Bern.

Um zu einem umfassenden Verständnis der Lebensqualität Demenzkranker zu gelangen, wurde dem Instrument H.I.L.DE. ein multidimensionales Modell der Lebensqualität zugrunde gelegt. Danach sind neben den personenbezogenen Kompetenzen auch Merkmale der Umwelt zu berücksichtigen, die erst bei entsprechender Person-Umwelt-Passung zu erlebter Lebensqualität im Sinne von subjektivem Wohlbefinden führen.

Bei der Entwicklung von H.I.L.DE. haben wir uns dafür entschieden, Pflegfachpersonen aus zahlreichen stationären Einrichtungen der Altenhilfe in die Instrumentenentwicklung einzubeziehen und mit diesen in einen kontinuierlichen Austausch zu treten. (Insgesamt haben sich mehr als 1.100 Einrichtungen aus der Bundesrepublik Deutschland und ihren Nachbarstaaten an der Instrumentenentwicklung beteiligt.) Dadurch ließ sich eine umfassende, detaillierte und praxisbezogene Beschreibung zentraler Merkmale der Lebenswelt demenzkranker Menschen erarbeiten. Die schließlich in unser Modell der Lebensqualität demenzkranker Menschen integrierten Merkmale lassen sich den folgenden fünf Lebensbereichen zuordnen:

- Medizinische Versorgung und Schmerzerleben
- Räumliche Umwelt
- Aktivitäten
- Soziales Bezugssystem
- Emotionalität

Von besonderem Interesse ist die Dimension „Emotionalität“; wir haben in unserer Studie angenommen, dass diese Ressource selbst bei Menschen im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium gegeben ist. Der Ausdruck von Gefühlen und emotionaler Befindlichkeit geschieht, so wurde weiter angenommen, aufgrund verringerter oder vollständig verloren gegangener Sprachfähigkeit bei weit fortgeschrittener Erkrankung vermehrt und schließlich ganz über die verbliebenen nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten wie Mimik, Gestik oder Körperhaltung: Eine hohe Anforderung an Pflegefachpersonen ist darin zu sehen, diese Merkmale des nonverbalen Ausdrucks korrekt zu erfassen und als Grundlage für die Kommunikation mit einem demenzkranken Menschen zu wählen. Schon dies zeigt, über welche psychologischen Qualitäten Pflegefachpersonen verfügen müssen, wenn sie die Forderung nach vermehrter Bezugspflege und Biographie-Orientierung umsetzen wollen.

Die Daten aus Erhebungen zu H.I.L.DE. zeigen, dass demenzkranke Menschen (unabhängig vom Stadium der Erkrankung) in der Lage sind, Alltagssituationen emotional differenziert wahrzunehmen und ihre emotionale Befindlichkeit nonverbal zum Ausdruck zu bringen. Mit anderen Worten: Die Emotionalität ist als eine bedeutende Ressource demenzkranker Menschen anzusehen, die gezielt ange-

sprochen werden muss, wenn ein Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und des Wohlbefindens geleistet werden soll.

Selbstaktualisierung als zentrales Motiv auch bei Demenz

An dieser Stelle sei eine Aussage zur Selbstaktualisierung als einem grundlegenden psychischen Prozess getroffen. Selbstaktualisierung beschreibt die Tendenz des Psychischen, sich auszudrücken, sich mitzuteilen, sich zu differenzieren: Diese Tendenz ist erkennbar, solange Psychisches überhaupt existiert. Dabei ist für das Verständnis der Selbstaktualisierung die Erkenntnis wichtig, dass unsere Persönlichkeit viele Qualitäten umfasst, in denen sich die Tendenz des Psychischen zur Selbstaktualisierung verwirklichen kann: Zu nennen sind hier kognitive, emotionale, empfindungsbezogene, ästhetische, sozial-kommunikative und alltagspraktischen Qualitäten. Die im Alter deutlicher hervortretenden Veränderungen in körperlichen, zum Teil auch in kognitiven Funktionen führen unserer Annahme zufolge zu einem Dominanzwechsel jener Qualitäten, in denen sich die Selbstaktualisierung zeigt. So ist in den sozialen Beziehungen vielfach eine zunehmende Konzentration auf jene Personen erkennbar, zu denen besondere emotionale Bindungen bestehen, so gewinnen im Alter die ästhetischen Qualitäten zunehmend an Gewicht. Bei demenzkranken Menschen ist eine deutlich höhere Akzentuierung emotionaler Qualitäten im Verhalten erkennbar. Aus diesem Grunde ist der Befund, wonach die Emotionalität eine bedeutende Ressource demenzkranker Menschen darstellt, so wichtig: Denn in der Emotionalität liegt eine zentrale Ausdrucksmöglichkeit der Selbstaktualisierung im Falle einer Demenzerkrankung. Es sei hier nur angemerkt, dass die Verhaltensauffälligkeiten demenzkranker Menschen dann signifikant zunehmen, wenn ihnen die Möglichkeit der Selbstaktualisierung genommen ist. Dies ist dann der Fall, wenn sie keinen selbstgewählten Aktivitäten nachgehen können, wenn sie in ihren selbstgewählten Aktivitäten immer wieder unterbrochen werden, wenn ihnen nur geringe Möglichkeiten zur empathischen, konzentrierten und kontinuierlich geführten Kommunikation geboten werden.

Indem Demenzkranke in der Lage sind, ihre Emotionen zumindest nonverbal auszudrücken, ist es Ärzten, Pflegefachpersonen und Angehörigen prinzipiell möglich, einen Zugang zu ihnen zu finden und aufrechtzuerhalten. Selbst bei fortgeschrittener Demenz kann somit durch geschulte Beobachtung die emotionale Befindlichkeit demenzkranker Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit durch Pflegefachpersonen beurteilt werden. Ergebnisse der Erhebungen zu H.I.L.DE. haben verdeutlicht, dass Pflegende diese Ausdruckssignale der Betroffenen sehr wohl erkennen und nutzen, um zu einem Eindruck ihres emotionalen Befindens zu gelangen. Auch darin liegt eine der großen Qualitäten von Pflegefachpersonen, die wir allerdings in der öffentlichen Diskussion viel zu wenig anerkennen.

Vor dem Hintergrund der Identifikation solcher Situationen, in denen positive Emotionen auftreten, haben wir die Frage gestellt, inwieweit es gelingt, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe *gezielt Situationen herbeizuführen*, in denen eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner positive Emotionen zeigt. In dem Forschungsprojekt „Demenzkranke Menschen in individuellen Alltagssituationen" (DEMIAN)[2] konnten wir zeigen, dass es im Kontext einer individualisierenden Pflegeplanung gelingt, Situationen zu konstituieren, in denen die Bewohnerin bzw. der Bewohner positive Emotionen zeigt. Nachfolgend sind die verschiedenen Situationen (in ihrem relativen Anteil) angeführt, die in der Pflegeplanung erfolgreich für die Auslösung positiver Emotion ausgewählt wurden.

- **Leiblicher Genuss** 28,2% (211)
  (Bewegung 52, Essen, Trinken 42, Körperpflege 40, Natur spüren 22, Berührung 17, Taktile Anregung 17, Atmosphäre 15, Düfte 6)

- **Begegnung mit Menschen** 19,9% (149)
  (Begegnung mit Kindern 3, Fürsorge erfahren 6, Nähe / Kontakt allg. 52, Soziale Kontakte zu Mitbewohnern 7, Sprechen, erzählen 46, Wertschätzung erfahren 35)

- **Zeitvertreib** 13,6% (102)
  (z.B. Singen, Gesellschaftsspiele)

- **Reminiszenz** 11,4% (85)
  (Erinnerung durch Gespräche oder sensorische Reize)

- **Ästhetik** 10,3% (77)
  (z.B. Musik hören, Bilder betrachten)

- **Interessen** 9,0% (67)
  (z.B. Hausarbeit, Religion, Sport)

- **Kompetenzen** 7,6% (57)
  (z.B. Helfen können, nützlich sein)

Dieser Überblick zeigt, dass die Emotionen auch als bedeutende Ressource der pflegerischen Intervention zu interpretieren sind; zudem wird hier noch einmal die Annahme unterstrichen, wonach die Tendenz zur Selbstaktualisierung solange erkennbar ist, solange Psychisches existiert.

Viele Arbeiten aus der Interventionsforschung zeigen, dass emotionale, empfindungsbezogene, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche Ressourcen unter angemessener Stimulation,

[2] Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Aktivierung und Motivation zum Teil bis weit in die Krankheit hinein verwirklicht werden können und auf diesem Wege zum Wohlbefinden des demenzkranken Menschen beitragen.

Bei der Verwirklichung dieser Ressourcen werden zudem immer wieder Bezüge zur Biografie – zu den in der Biografie ausgebildeten Werten, Neigungen, Vorlieben, Interessen, Kompetenzen – offenbar, die den Schluss erlauben, dass auch in den späten Phasen der Erkrankung *Reste des Selbst* erkennbar sind. Wenn von Resten des Selbst gesprochen wird, so ist damit nicht gemeint, dass „ein Teil" der Person verloren gegangen wäre: Personalität ist diesem Verständnis zufolge nicht an bestimmte Fähigkeiten gebunden. Vielmehr vertreten wir die Auffassung, dass sich die Personalität des Menschen nun in einer anderen Weise ausdrückt. Die Spurensuche mit dem Ziel, die Person – auch in ihren biografischen Bezügen – wahrzunehmen, zu erkennen, ist bei demenzkranken Menschen eine besonders anspruchsvolle Aufgabe. Die mit dieser Aufgabe verbundenen Herausforderungen dürfen nicht dazu verleiten, dem demenzkranken Menschen Personalität abzusprechen. Würden wir dies tun, so bedeutete dies eine Verletzung seiner Menschenwürde.

In diesem Kontext sind zwei Aspekte der Stimulation, Aktivierung und Motivation demenzkranker Menschen hervorzuheben: Das Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit sowie die Erfahrung der Bezogenheit.

Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit

Für die Begleitung und Betreuung demenzkranker Menschen ist die Erkenntnis zentral, dass das *Lebendig werden der Biografie in der Gegenwart* eine zentrale Grundlage für das Wohlbefinden dieser Menschen bildet. Aktuelle Situationen, die mit den in der Biografie ausgebildeten Präferenzen und Neigungen korrespondieren und an den biografisch gewachsenen Daseinsthemen – zu verstehen als fundamentale Anliegen des Menschen – anknüpfen, bergen ein hohes Potenzial zur Selbstaktualisierung und damit zur Evokation positiver Affekte und Emotionen.

Das Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit wird anschaulich in der Schrift „Haben oder Sein" des Sozialpsychologen und Psychoanalytikers Erich Fromm ausgedrückt: „Man kann eine Situation der Vergangenheit mit der gleichen Frische erleben, als geschehe sie im Hier und Jetzt; das heißt, man kann die Vergangenheit wiedererschaffen, ins Leben zurückrufen (die Toten auferstehen lassen, symbolisch gesprochen). Soweit einem dies gelingt, hört die Vergangenheit auf, vergangen zu sein, sie ist das Hier und Jetzt" (Fromm, 2004, S. 125)[3].

[3] Fromm, E. (2004). Haben oder Sein. Frankfurt.

Menschsein in Beziehungen

Für die Stimulation, Aktivierung und Motivation des demenzkranken Menschen ist die offene, konzentrierte, wahrhaftige Zuwendung und Kommunikation zentral. Wie in mehreren Arbeiten zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen hervorgehoben wird, zeichnet sich diese auf Seiten des Kommunikationspartners dadurch aus, dass er den demenzkranken Menschen nicht auf dessen „Pathologie" reduziert, ihn auch nicht *primär* von dessen Pathologie aus zu verstehen sucht, sondern dass er in allen Phasen der Kommunikation, auch unter den verschiedensten Ausdrucksformen, nach dessen eigentlichem Wesen, nach dessen Personalität sucht. Nur unter diesen Bedingungen wird sich beim demenzkranken Menschen das Erleben einstellen, weiterhin in Beziehungen zu stehen, Teil einer Gemeinschaft zu sein, nicht von der Kommunikation mit anderen Menschen ausgeschlossen zu sein. In Arbeiten zur Interventionsforschung, die sich dem demenzkranken Menschen aus einer biografischen Perspektive zu nähern versuchten, wurde eindrucksvoll belegt, dass in einer empathischen, konzentrierten Kommunikation Prozesse der Selbstaktualisierung erkennbar sind, die dazu führen, dass subjektiv bedeutsame Stationen, Ereignisse und Erlebnisse der Biografie wieder gegenwärtig und dabei von positiven Affekten und Emotionen begleitet werden – in diesem Zusammenhang wird auch von einem psychischen Potenzial des demenzkranken Menschen gesprochen, das sich gerade in der Kommunikation verwirklicht. Zudem konnte in Arbeiten zur Interventionsforschung gezeigt werden, dass die empathische, konzentrierte Zuwendung eine Form der Intervention bildet, die bei der Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen besonders häufig positive Affekte und Emotionen auslöst.

Für das Verständnis der Lebensqualität demenzkranker Menschen und der Möglichkeiten, diese positiv zu beeinflussen, ist die Reflexion unseres Menschenbildes bedeutsam. In dem Maße, in dem wir die Person in ihren verschiedenen Qualitäten – also ihren kognitiven, emotionalen, empfindungsbezogenen, alltagspraktischen, sozialkommunikativen Qualitäten – begreifen, wird es auch gelingen, Prozesse der Selbstaktualisierung selbst bei schwerer Demenz zu erkennen. Ist das Menschenbild hingegen von der Orientierung an kognitiven Qualitäten dominiert und bleiben die anderen Qualitäten unberücksichtigt, dann nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, in der Begegnung mit demenzkranken Menschen hauptsächlich die eingetretenen kognitiven Verluste wahrzunehmen und zu akzentuieren, hingegen nicht die verbliebenen Ressourcen – die eben in einzelnen der anderen Qualitäten liegen können, zum Beispiel in den emotionalen Qualitäten. Dabei ist zu bedenken: Selbst im Falle einer schweren, mit zahlreichen psychopathologischen Symptomen verbundenen Demenz kann eine differenzierte Emotionalität bestehen, die das Individuum nicht nur in die Lage versetzt, auf verschiedenartige Situationen unterschiedlich zu antworten und damit die persönlichen Präferenzen auszudrücken, sondern die sie auch dazu befähigt, Lebensqualität zu verwirklichen. Von daher erscheint die

fundierte Intervention selbst bei schwer demenzkranken Menschen als ein fachlich wie sittlich begründetes Gebot.

Merkmale einer pflegefreundlichen Kultur

Wenn wir uns die Potenziale der Pflege zur Förderung von Lebensqualität und Wohlbefinden bei demenzkranken Menschen – selbst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung – vor Augen führen, dann wird noch einmal deutlich, wie wichtig die *Schaffung einer pflegefreundlichen Kultur* ist – eine bedeutende Aufgabe unserer Gesellschaft, eine bedeutende Aufgabe politischer Entscheidungsträger, eine bedeutende Aufgabe jener Einrichtungen, in denen Pflege geleistet wird. Eine pflegefreundliche Kultur zeichnet sich unserem Verständnis nach durch neun Merkmale aus.

(I) Eine pflegefreundliche Kultur lässt sich zunächst von dem Grundsatz leiten, dass Menschen auch in ihrer größten Verletzlichkeit von ihrer Freiheit und ihrer Würde her verstanden und in dieser angesprochen werden müssen. Dies heißt, dass alles dafür zu tun ist, die Selbstverantwortung des Menschen – auch dann, wenn diese nur noch in ihren Resten erkennbar ist („Inseln des Selbst“) – anzuerkennen und dieser zur Verwirklichung zu verhelfen. Dies heißt weiterhin, dass man neben einer grundlegenden Anerkennung der Würde des Menschen alles dafür tut, dass sich diese verwirklichen, dass diese „leben“ kann, was eine konzentrierte, empathische und kontinuierliche Zuwendung erfordert.

(II) Damit dieser Grundsatz mit Leben erfüllt wird, müssen die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für eine gute Pflege geschaffen werden, zu denen gehören: Eine ausreichende Besoldung der Pflegefachpersonen, ansprechende Fort- und Weiterbildungsangebote, ein Personalschlüssel, der ein ausreichendes Maß an Fachlichkeit sicherstellt, in stationären Kontexten Wohnbedingungen für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich vom Prinzip des Wohnens – mit seinen Komponenten: Heimatgefühl, Teilhabe, Zugehörigkeitsgefühl, Intimität, sensorische, emotionale, kognitive und soziale Stimulation – leiten lassen, schließlich eine enge Kooperation der Pflege mit den verschiedenen medizinischen Disziplinen, mit Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge. Zudem ist das Angebot an stationären Einrichtungen durch Wohngruppen im Quartier zu ergänzen, um auf diese Weise einen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Teilhabe im vertrauten Quartier und in vertrauten sozialräumlichen Kontexten zu schaffen.

(III) Diese infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind anspruchsvoll. Und doch darf nicht übersehen werden, dass gerade in Phasen hoher oder höchster Verletzlichkeit das Angewiesen sein des Menschen auf eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege, auf ansprechende Wohnbedingungen, auf eine ansprechende Kommunikation deutlich größer ist als in einer Zeit weitgehend erhaltener Kom-

petenz und Selbstständigkeit. Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch am Ende des Lebens eine Entwicklungsnotwendigkeit gegeben ist und Entwicklungspotenziale bestehen: Die Entwicklungsnotwendigkeit ergibt sich im Hinblick auf die Akzeptanz eigener Verletzlichkeit und Endlichkeit als Voraussetzung dafür, dass die letzte Lebensphase gestaltet werden kann. Von Entwicklungspotenzialen ist insofern auszugehen, als es Menschen auch in dieser Grenzsituation gelingen kann, ihr Leben zu einer Rundung zu bringen. Vielfach ist man wegen der zahlreichen Krankheitssymptome und der funktionalen Einschränkungen, die am Lebensende dominieren, geneigt, die seelisch-geistige Dimension des Menschen aus den Augen zu verlieren – und mit dieser die Entwicklungsnotwendigkeit wie auch die Entwicklungspotenziale. Dabei sollte die Konzentration auf ebendiese Dimension als wichtige Aufgabe jeder Form der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen verstanden werden.

(IV) Bei der Schaffung anspruchsvoller Rahmenbedingungen, die notwendigerweise mit höheren Investitionen verbunden sind, ist immer auch von einer Anthropologie auszugehen, die die Verletzlichkeit des Menschen wie auch dessen Entwicklungspotenziale selbst in Phasen hoher und höchster Verletzlichkeit erkennt und anerkennt. Solange man Pflegebedürftigkeit, Demenz und zum Tode führende Erkrankungen als „inferiore“ Ausdrucksformen menschlichen Lebens und nicht als Widerspiegelung der – biologisch gegebenen – Verletzlichkeit der menschlichen Natur begreift, wird man die Schaffung anspruchsvoller Rahmenbedingungen nicht als notwendig ansehen. Erkennt man hingegen in diesen die mit unserer Existenz gegebene Begrenztheit, Verletzlichkeit und Endlichkeit und erkennt man an, dass sich Menschen auch in diesen Grenzsituationen seelisch-geistig weiterentwickeln können, dann wird man ein lebendiges Interesse daran haben, anspruchsvolle Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen eine fachlich wie ethisch hochstehende Pflege eher gelingt.

(V) Zu diesen Rahmenbedingungen gehört die Stärkung der rehabilitativen Pflege, das heißt die stärkere Integration physiotherapeutischer, krankengymnastischer, ergotherapeutischer sowie bewegungs- und sportbezogener Elemente in den Pflegeprozess. Dies gilt ausdrücklich auch für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sowie für Menschen, bei denen die Pflege mehr und mehr von palliativen Konzepten und Strategien bestimmt ist. Dabei ist zu bedenken: Auch in palliativen Kontexten kann sich das rehabilitative Element der Pflege als wertvoll erweisen, wenn es nämlich darum geht, Bedingungen zu schaffen, die den schwerstkranken oder sterbenden Menschen dabei unterstützen, die letzte Lebensphase *bewusst zu gestalten*. Auch in der Schaffung derartiger Bedingungen drückt sich der Respekt vor der Selbstverantwortung dieses Menschen aus – selbst wenn diese nur noch in ihrer basalen Form erkennbar ist.

(VI) Eine pflegefreundliche Kultur lässt sich von dem Gedanken leiten, das bürgerschaftliche Engagement dort, wo es möglich und sinnvoll ist, in den Pflegeprozess einzubeziehen. Pflegefachpersonen nehmen – neben ihrer pflegerischen Tätigkeit im engeren Sinne – auch Koordinierungsfunktionen wahr, um die Kooperation zwischen professioneller Pflege, familiärer Hilfe und bürgerschaftlichem Engagement zu ermöglichen. Hier gehen von den stationären und ambulanten Hospizdiensten wertvolle Impulse aus, die sich gleichfalls von diesem Kooperationsgedanken leiten lassen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften, Familienangehörigen und bürgerschaftlich engagierten Personen wird dabei in der Literatur mit dem Begriff der „sorgenden Gemeinschaft" umschrieben.

(VII) Eine pflegefreundliche Kultur gründet auf der gesellschaftlichen Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Tätigkeit und der Pflegeberufe. Diese wird nur in dem Maße herbeizuführen sein, in dem in der Öffentlichkeit dargelegt wird, welche Aufgaben sich im Pflegeprozess stellen, welche Verantwortung Pflegefachkräfte übernehmen, welchen Beitrag eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege für die Erhaltung oder Wiedererlangung von Lebensqualität und Wohlbefinden leistet.

(VIII) Dies heißt aber auch, dass unsere Gesellschaft – und somit jeder Einzelne – bereit ist, deutlich mehr in die Pflege zu investieren, als dies heute der Fall ist. „Was ist dem Menschen eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege wert" – diese Frage ist in einem umfassenderen gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern, der dazu beitragen kann, dass in unserer Gesellschaft die Bereitschaft wächst, in deutlich höherem Maße in die Pflege zu investieren – übrigens auch in jene Orte, an denen Pflege stattfindet.

(IX) Dabei ist auf die Vermeidung von sozialer Ungleichheit zu achten. Menschen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen können sich eine Pflege leisten, die hohe fachliche und ethische Ansprüche erfüllt und die zudem an Orten geleistet wird, die einen hohen Wohnstandard und zudem die Aufrechterhaltung von Teilhabe sicherstellen. Bei Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen kann nicht von solchen Bedingungen ausgegangen werden. Und doch müssen auch sie eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege erhalten – zudem an einem Ort, an dem sie sich zu Hause fühlen können, an dem sie sich geschützt fühlen. Letztlich kann damit auch eine Entwicklung abgewendet werden, die zu einer „sozioökonomisch mitbedingten" Art des Sterbens führt. In der höchsten Verletzlichkeit des Menschen kann die soziale Ungleichheit besonders negative, fatale Folgen haben – diese zu vermeiden, muss erklärtes Ziel unserer Gesellschaft und damit ein einzuforderndes Gut sein.

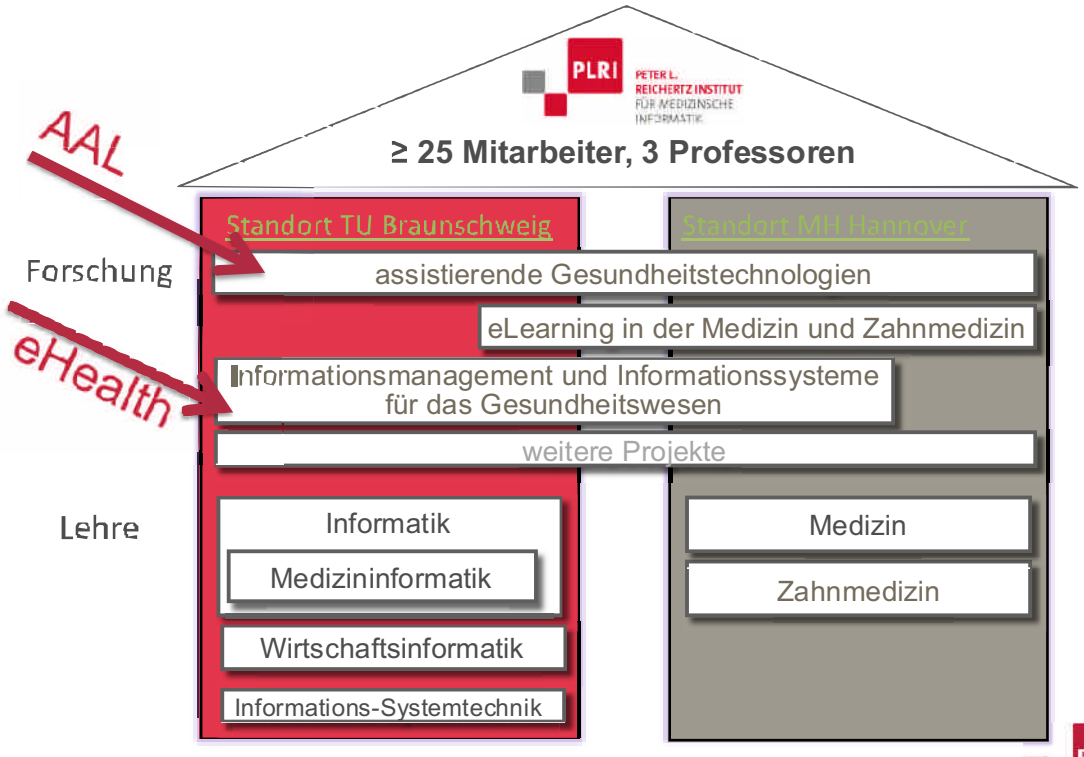
Prof. Reinhold Haux
„Was können Altersgerechte Assistenzsysteme (AAL)
zur Bewältigung des Alltags von Pflegebedürftigen leisten?“

Ansätze für gute Pflege: Beiträge aus der Informatik?

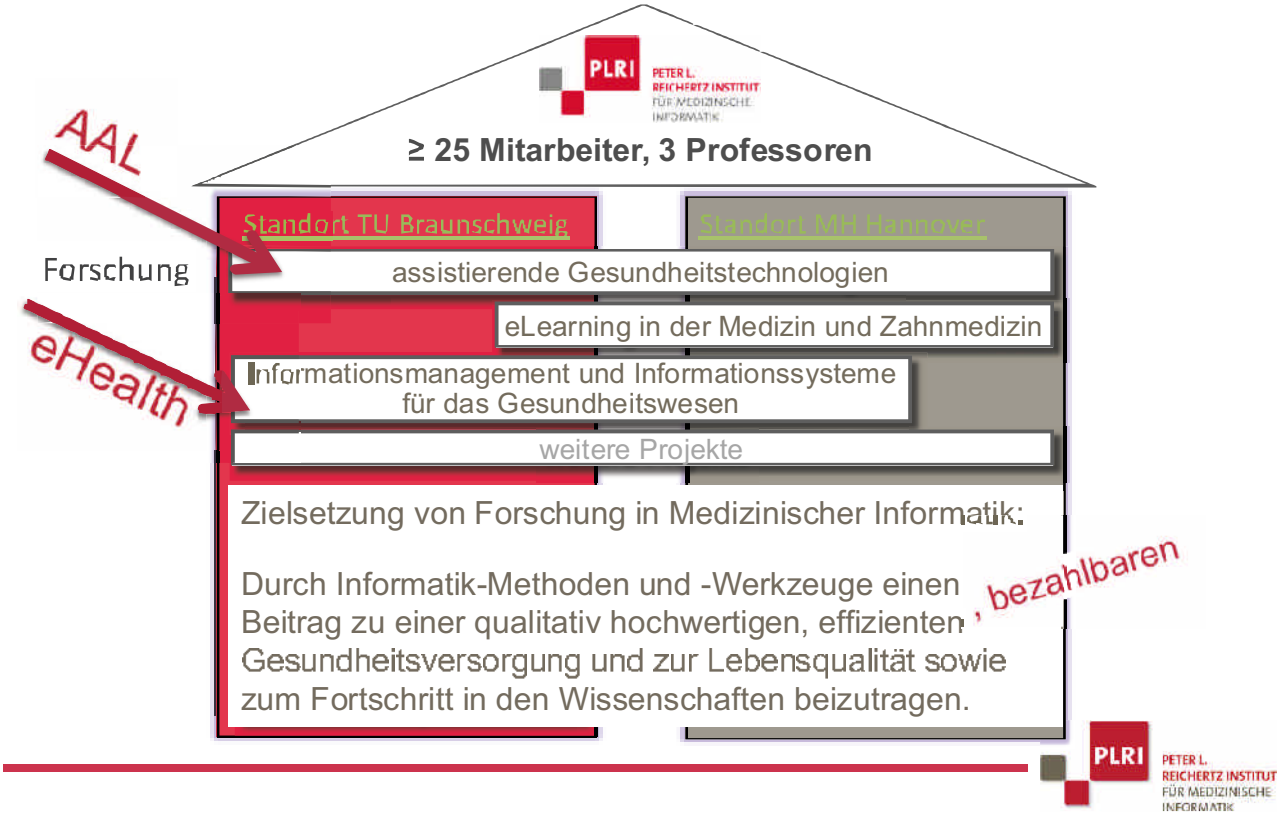
Reinhold Haux
Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik
der TU Braunschweig und der Med. Hochschule Hannover

Fachkonferenz „Alternative Pflegekonzepte“, 30. Januar 2013, Berlin

PLRI – Peter L. Reichertz Institut für Med. Informatik



PLRI – Peter L. Reichertz Institut für Med. Informatik



die Welt im Wandel

- Medizin und Gesundheitsversorgung ...
- Bevölkerungsentwicklung ...
- Informatik (+ IuK-Technik, ...)

die Welt im Wandel – Informatik

Prof. WAGNER (Kiel) bei der Demonstration im Maschinensaal

Prof. Wagner, 1961
Quelle: Methods Inf Med 1962

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

die Welt im Wandel – Informatik

Prof. WAGNER (Kiel) bei der Demonst

Prof. Wagner, 1961
Quelle: Methods Inf Med 1962

Prof. Reichertz, ca. 1980
Quelle: PLRI-Archiv

die Welt im Wandel – Informatik

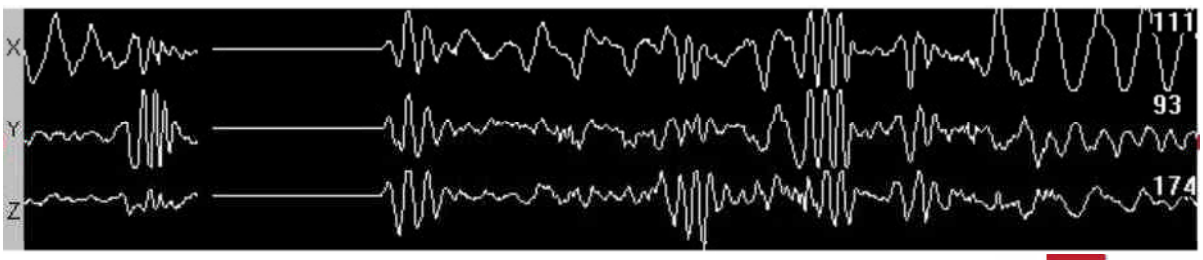
heute:

- mehr als 1 Milliarde PCs weltweit
  Beginn: 1970er Jahre - Quelle Gartner 2008
- 71% Haushalte mit Internet
  Beginn: 1980er Jahre - Quelle: ITU 2012, nur entwickelte Länder
- rechnerbasierte Informationssysteme
  für Diagnostik, Therapie und Organisation
  in Medizin und Gesundheitsversorgung
  vgl. z.B. Int J Med Inform. 2006;75: 268-81
- weltweit verfügbares medizinisches Wissen,
  u.a. >22 Millionen med. Publikationen in Medline
  Quelle: NLM 2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- kleinste, miteinander verbindbare Rechensysteme
  vgl. z.B. Methods Inf Med. 2010; 49:67-73 für Med. und Ges.vers.

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

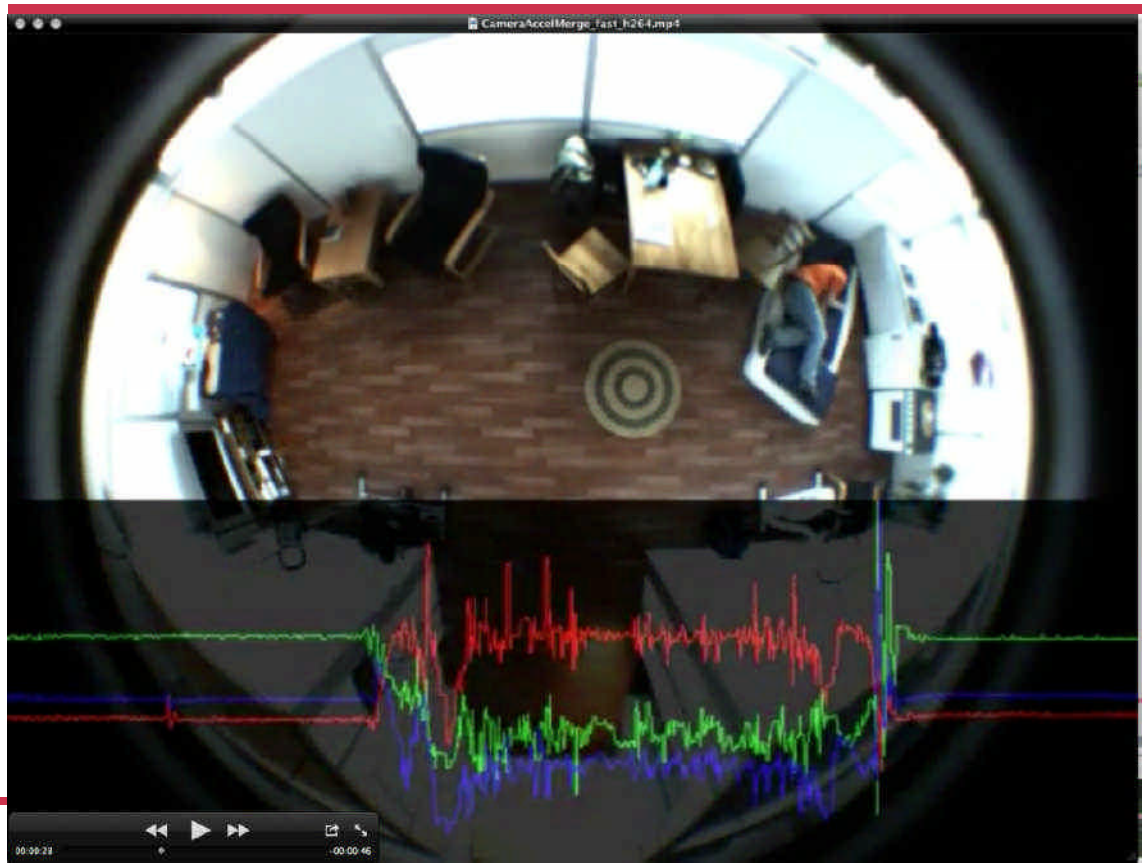
assistierende Gesundheitstechnologien

Quelle: AGT-Vorlesung des PLRI



PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

assistierende Gesundheitstechnologien



assistierende Gesundheitstechnologien

Datenquellen - Wo kann gemessen werden?

- am Menschen
- in der Wohnung
- ...

Was kann gemessen werden?

- physikalische Parametern (Gewicht, Position, Beschleunigung, ...)
- physiologischen Parameter (Atemfrequenz, Hautwiderstand, EKG, ...)
- biochemischen Parameter (Blutsauerstoff, ...)
- ...

Quellen: Öberg et al. 2004, Koch et al. 2007, AGT-Vorlesung des PLRI

assistierende Gesundheitstechnologien

Wozu?

- Rückkopplung des Gesundheitszustandes (für die Person selbst, Angehörige, Pflegedienst, ...)
- Krankheitsmanagement für chronische Krankheiten (Aktivitätenanalyse, Sturzprädiktion, ...)
- Detektion von Notfallsituationen / Alarmgenerierung (Sturz, ...)

aber auch

- Kommunikation und soziale Interaktion
- Unterstützung des täglichen Lebens
- Unterhaltung, Information und Bildung, Wellness/Sport

Quellen: Gietzelt et al 2011, Haux et al 2008, Ludwig et al 2012, AGT-Vorlesung des PLRI

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

Forschungsprojekte mit PLRI-Beteiligung, Metaanalysen

- LASS-Studie zur Aktivitätenerkennung:
  >90% Erkennungsrate durch Beschleunigungssensoren
  Quelle: Marschollek M et al. Proc AINA 2007
- cybermarathon-Studie zum Energieumsatz bei Jugendlichen:
  Effekt bei Aktivitäten-Rückkopplung *(Plischke et al. 2008)*
- Studie zur Sturzrisikoerkennung:
  80% Korrektklassifikation durch Beschleunigungssensoren
  Quelle: Marschollek M et al. Methods Inf Med 2010, BMC Med Inform Dec Making 2011

- Cochrane-Metaanalysen über Telemonitoring bei Herzinsuffizenz-Patienten: Telemonitoring
  - reduziert Mortalität und
  - verringert Krankenhaus-Wiederaufnahmen

  Quelle: Inglis et al. Cochrane Database Syst Rev 2010
- dennoch: Vorsicht vor Euphorie
  Black AD et al. PLOS Medicine 2010, Chaudry SI et al NEJM 2010, Marschollek M IHSC 2009, Powell LH et al. JAMA 2010

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

Forschungsprojekte mit PLRI-Beteiligung

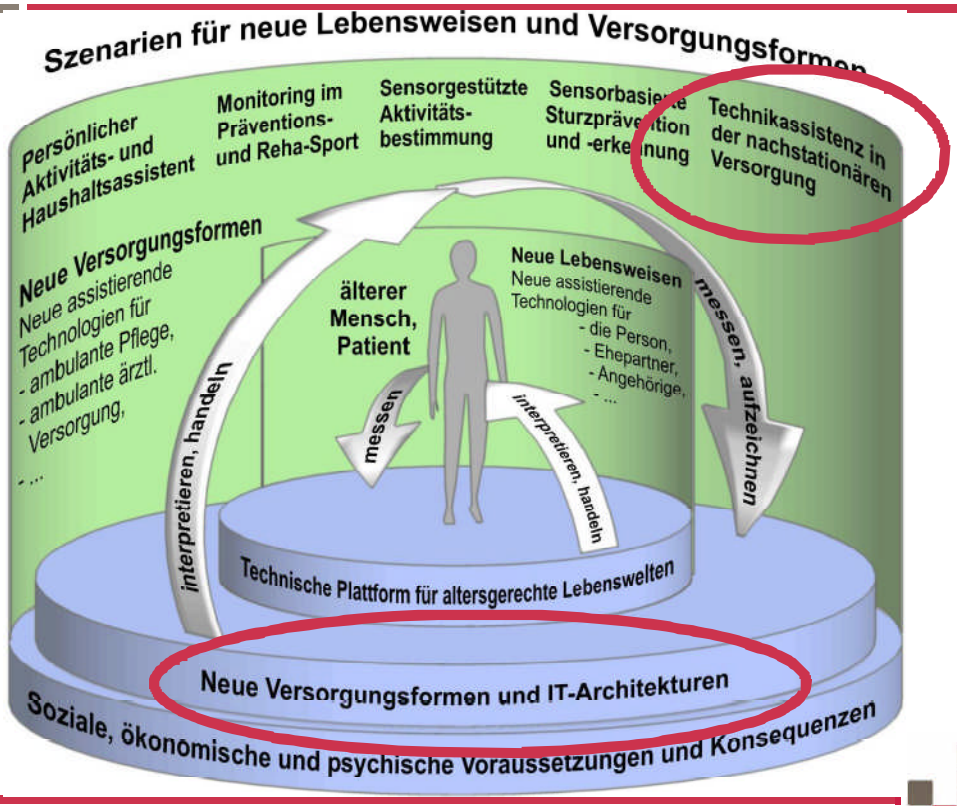
- MONitoring, treAtment and pRediCtion of bipolAr Disorder Episodes (MONARCA)
- Bed-Exit-Studie
- Studie zum Sturzrisiko in Pflegeheimen bei Personen mit Demenz
- GeniAAL Mobil - sicher und mobil durch begleitende Assistenzsysteme
- GeniAAL beraten – Handwerksexcellenzcluster AAL
- Exekutivfunktionen und körperliche Aktivität bei Adipositas
- Nds. Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
- eHealth.Braunschweig – Modellregion patientenzentrierter Versorgung - GeniAAL Leben

Unterlagen, Literatur: www.plri.de

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

GAL

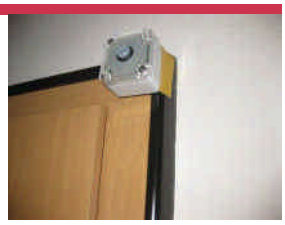
Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten



PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

www.altersgerechte-lebenswelten.de

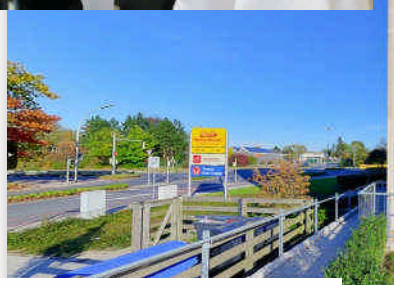
- Prolektive Beobachtungsstudie zur Nutzung von assistierenden Technologien für das Assessment von Risikoprofilen bei Patienten mit stattgehabter Schenkelhalsfraktur (GAL-NATARS)
- Ziele:
  - technische Machbarkeit und Akzeptanz
  - Identifikation von Risikomustern im häuslichen Umfeld
- multizentrisch: Geriatr. Zentrum Oldenburg, Klinikum Braunschweig, St. Bonifatius Hosp. Lingen
- 30 Patienten, jeweils 3 Mon. Beobachtungsdauer
- Installation nachrüstbarer raumbezogener Sensoren in den Wohnungen sowie Nutzung eines tragbaren Bewegungssensors



OFFIS · MHH · HörTech · Fraunhofer · universität OLDENBURG · ZAC · CHARITÉ · UNIVERSITÄT OSNABRÜCK

eHealth. Braunschweig

GENIAAL LEBEN



WomiT – Wohnen mit intelligenter Technik. Für die Menschen. In der Region.

Wandel. im Heidberg
Besuchen Sie uns in der Hallestraße 54
www.w-punkt.eu

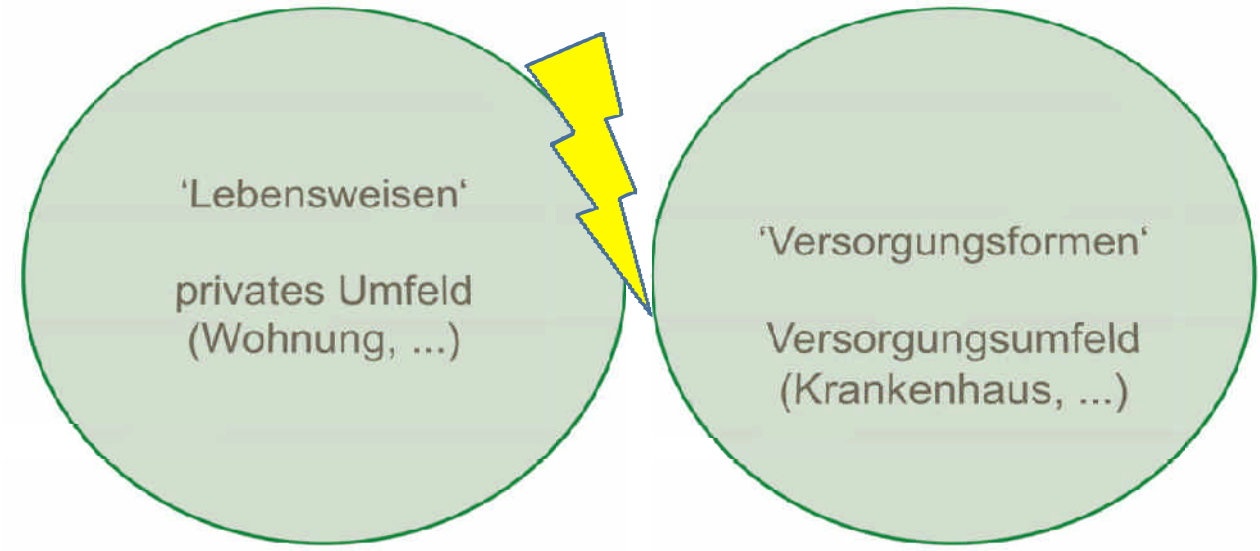
Ansätze für gute Pflege: Beiträge aus der Informatik?

- mögliche Veränderungen durch
  - neue Lebenswelten und
  - neue Versorgungsformen

- auch durch assistierende Gesundheitstechnologien kann die Wohnung verstärkt zum neuen "dritten" Gesundheitsstandort werden, für
  - Diagnostik
  - Therapie
  - Pflege

Ansätze für gute Pflege: Beiträge aus der Informatik?

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ und „auf körperliche Unversehrtheit“ … „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ (GG Art. 2)



„Die Wohnung ist unverletzlich“ (GG Art. 13)

AGT: Segen oder Bedrohung?

Die Braunschweigische Wissenschaftliche Gesellschaft

in Kooperation mit der
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
Göttingen

lädt ein zum

8. Bioethik-Symposium

zum Thema

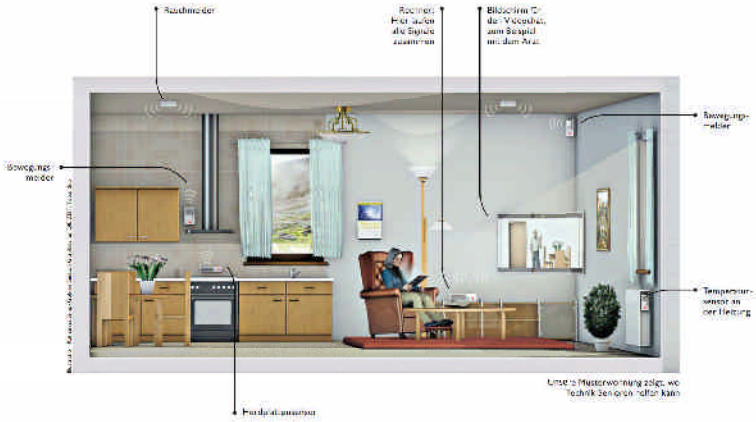
Selbstbestimmtes Leben im Alter – Informatik als Segen oder Bedrohung?

am Mittwoch, den 8. Februar 2012
14.00 – 18.00 Uhr

im Haus der Wissenschaft
Braunschweig
Pockelsstraße 11
Raum Veolia, 5. OG

5. JANUAR 2012 DIE ZEIT Nº 2

WISSEN



Der unsichtbare Pfleger

Ingenieure und Informatiker haben einen Traum: Hightech soll im Alltag über die Gesundheit alter Menschen wachen. Es wird geforscht, getestet und nach Geldgebern gesucht VON ROBERT GAST

AGT: Segen oder Bedrohung?

Stumme Roboter

Der Ethikexperte Arne Manzeschke über die Frage, ob das Pflegeproblem durch Technik zu beheben ist

DIE ZEIT: Sie erforschen die Ethik von technischen Assistenzsystemen für Senioren. Ist es moralisch, die Altenpflege an

tet,
che
nik
ehr

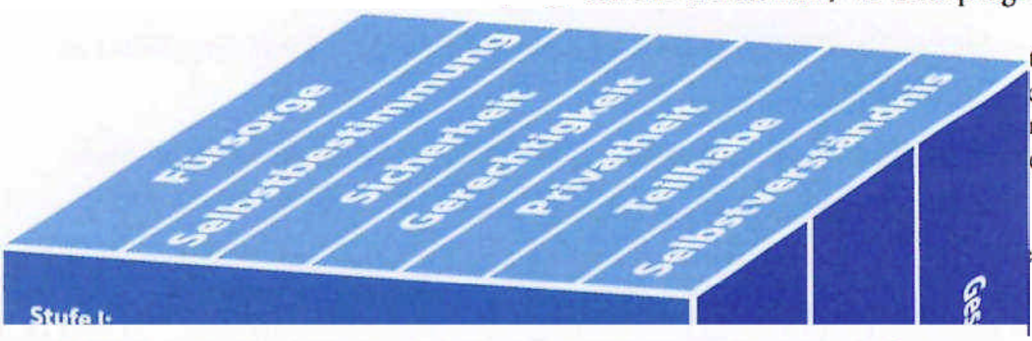


Abbildung 1: Modell zur ethischen Evaluation sozio-technischer Arrangements (MEESTAR)

Hindernisse – Erwartungen

- durch mögliche neue Lebensweisen und neue Versorgungsformen erweisen sich heutige Unterteilungen (und Finanzierungen) wohl als hinderlich, z.B.
  - ambulant und stationär
  - ärztliche, pflegerische und nicht-professionelle (eigene) Versorgung
  - sicheres Wohnen und Pflege und medizinische Versorgung
  - Wohnen und Versorgung im ländlichen Raum
  - Dienstleistungen und Produkte für die ärztlich-plegerische Versorgung einerseits und für das ‘normale‘ Leben andererseits

Hindernisse – Erwartungen

- Studien! Neben ergebnisoffenen (!) systematischen Untersuchungen zur technischen Machbarkeit auch (randomisierte?) Studien zur Überprüfung des Beitrags von Informatik (AAL, AGT) zur Versorgung, Lebensqualität, ...
- Durchbrechen bzw. Lockern der genannten Barrieren
- verstärkte Zusammenarbeit von medizinisch-pflegerischen Einrichtungen und Wohnbau und Handwerk
- veränderte Anreiz- und Finanzierungssysteme, z.B. bei Zertifikaten für sicheres und gesundes Wohnen (durch günstigere Versicherungsbeiträge oder Kredite?)
- veränderte Ausbildung im Handwerk, bei medizinisch-pflegerischen Ausbildungsgängen, verbesserte Schulungs- und Beratungsangebote
- sachliche, kritische Begleitung der techischen Möglichkeiten und der verbundenen Risiken

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

weitere Informationen:

- www.plri.de
- www.altersgerechte-lebenswelten.de
- www.ehealth-braunschweig.de
- www.w-punkt.eu

oder

- reinhold.haux@plri.de

Peter L. Reichertz Institut
für Medizinische Informatik
der TU Braunschweig und
der Med. Hochschule Hannover

Mühlenpfordtstraße 23
D-38106 Braunschweig
Tel.: +49 (0) 531 391-9500
Fax: +49 (0) 531 391-9502
www.plri.de

PLRI PETER L. REICHERTZ INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK

Quartiersnahe Versorgung im Netzwerk SONG

Evangelisches Johanneswerk

Dr. Bodo de Vries

Versorgungssicherheit im Wohnquartier

Quartiersnahe Versorgung im Netzwerk Song als eine Antwort auf den demografischen Wandel

Fachkonferenz Alternative Pflegekonzepte

Mittwoch, den 30.01.2013 in Berlin

Versorgungssicherheit im Wohnquartier

Evangelisches Johanneswerk

GLIEDERUNG

1. Wie entsteht Versorgungssicherheit im Wohnquartier?
2. Beispiele der Quartiersnahenversorgung im Wohnquartier
3. Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) und die Frage nach dem sozialen und ökonomischen Mehrwert der QNV
4. Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) und die Frage nach dem sozialen und ökonomischen Mehrwert der QNV

Evangelisches Johanneswerk J4

Wie entsteht Versorgungssicherheit im Wohnquartier?

- Der ambulante Dienstleister hat ein Vorschlagsrecht bei der Vermietung einiger Wohnungen.
  - Dadurch wohnt immer ein Mindestanteil von Mietern mit sehr hohem Hilfebedarf im Haus, die tatsächlich Dienstleistungen abrufen (aber auch nicht zu viele, damit kein „Pflegeheimcharakter“ entsteht).
  - Notwendig ist ein Mindestanteil an Dienstleistungen (und die Abrechnung der Dienstleistung), damit Bereitschaftsdienste eine 24-Stunden-Präsenz gewährleistet ist
- Die Entscheidungsfreiheit der Mieter bei der Wahl eines Dienstes bleibt jedoch unberührt!
- Die Entwicklung der am Gemeinwesen orientierten Moderation dieser entstehenden Versorgungsgemeinschaft führt zur Aktivierung nachbarschaftlicher Solidaritäten

Wie entsteht Versorgungssicherheit im Wohnquartier?

Wie entwickeln sich nachbarschaftliche Solidaritäten im Wohnquartier?

	Entwicklungsstufen öffentlicher Beziehungen im lokalen Nahraum der Zivilgesellschaft	in Wohnprojekten der Quartiersnahen Versorgung
1	Anonymität	Einzug in das Wohnprojekt bzw. Wohnen in der Nachbarschaft
2	Kennenlernen	Wahrnehmen, Hinwendung und Kommunikation zum Nachbarn und zur Nachbarschaft
3	Einfache Reziprozität	Wechselseitiges erkennen und entwickeln von kongruenten Lebensbezügen in Bereich von Freizeit, Kultur, Festlichkeiten, Hauswirtschaft, Gesundheit, Lebens- und Wohnbedingungen
4	Interessensgemeinschaft	Ableitung von gemeinschaftlichen Initiativen, Aktivitäten in informellen Settings im Kontext kongruenter Lebensbezüge
5	Stabile Partizipation	Ableitung einer Auftraggebergemeinschaft und organisierter Organisationsformen zur Vertretung und Entwicklung gemeinsamer Interessen im Kontext kongruenter Lebensbezüge
6	Engagement für die Stadt/Gesellschaft	Zivilgesellschaftliche Vertretung gemeinsamer Interessen auf der Grundlage der entwickelten Organisationsform innerhalb und außerhalb des Wohnprojektes

- Vgl. Fehren, Oliver; Wer organisiert das Gemeinwesen; Zivilgesellschaftliche Perspektiven Sozialer Arbeit als intermediärer Instanz; Berlin 2008; S. 88
- Sommerfeld, P.; Sind gesellschaftliche Probleme gemeinschaftlich lösbar? Soziale Arbeit und der zivilgesellschaftliche Umbau des Wohlfahrtstaates; in: Kessel, F.; Otto, H. (Hg.): Soziale Arbeit und Soziales Kapital; Wiesbaden; 2004; S. 1-20

Beispiele für quartiersnahe Wohnprojekte im Ev. Johanneswerk:
Bültenhaus in Bocholt/Suderwick

Entstehung / Lage
Das 2008 erbaute Bültenhaus liegt genau auf der Landesgrenze zwischen den Niederlanden und Deutschland in Dinxperlo-Suderwick bei Bocholt. Besonderheit: Die niederländischen und deutschen Versorgungseinheiten sind durch eine Brücke verbunden.

Projektgröße
zwölf Mietwohnungen mit ein bis zwei Zimmern, neun Wohneinheiten in Wohngemeinschaft, Servicestützpunkt des Ev. Johanneswerks, Begegnungszentrum „Die Taverne“, Gemeinschaftsräume

Projektpartner
Ev. Johanneswerk, Careaz Dr. Jenny, Dinxperlo/NL, Vrijwillige Intensive Thuiszorg, Ruurlo/NL,Stadt Bocholt, Kreis Borken.

Beispiele für quartiersnahe Wohnprojekte im Ev. Johanneswerk:
Nachbarschaft Lerchenstraße, Herford

Entstehung / Lage
In dem Wohnviertel Lerchenstraße in Herford sind im Jahr 2008 zwei bestehende Wohnhäuser komplett umgebaut worden. Dabei entstanden barrierefreie Wohnungen, die durch Laubengänge mit einem in der Mitte liegenden Nachbarschaftszentrum verbunden sind.

Projektgröße
vier barrierefreie Gemeinschaftswohnungen, vier barrierearme Wohnungen und kleinere Wohnungen, ein Gästezimmer, Servicestützpunkt des Ev. Johanneswerks, Wohncafé im Nachbarschaftszentrum

Projektpartner
Ev. Johanneswerk, Wohn- und Wirtschafts-Service Herford GmbH, Stadt Herford, Kreis Herford.

Beispiele für quartiersnahe Wohnprojekte im Ev. Johanneswerk:
Johannesstiftung Steinheim, Steinheim

1. Säule:
Stationäre Pflegeeinrichtung
- mit 48 spezialisierten Pflegeplätzen
- Hausgemeinschaftskonzept

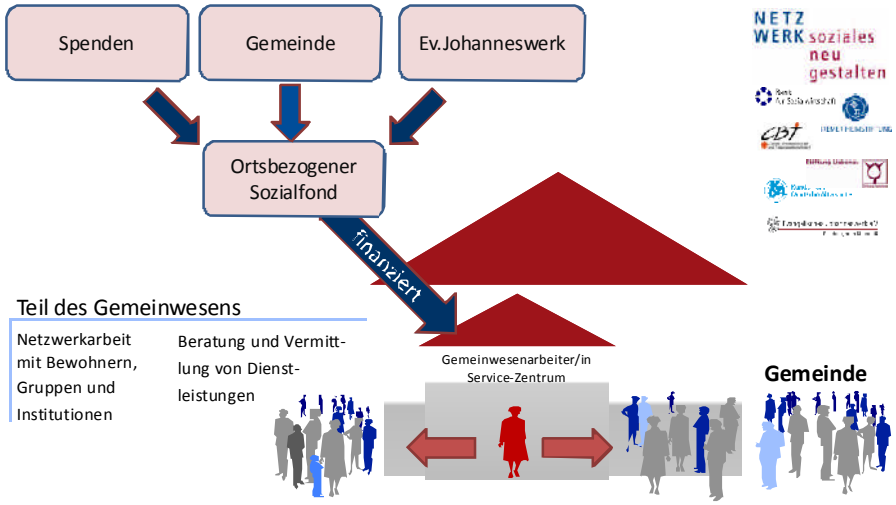
Zielgruppe
- Menschen mit einer Demenz
- Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf
- Palliativ-Versorgung

Baulich
- 4 Hausgemeinschaften mit dezentraler Struktur mit je12 Pflegeplätzen.
- Jede Wohnung verfügt über eine vollständige Ausstattung zur haus-wirtschaftlichen Versorgung

2. Säule:
QNV mit 30 barrierefreien Wohnungen
- 24 stündige Versorgungssicherheit für
  - hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen
  - Menschen mit Behinderungen
- Wohncafé als Nachbarschaftstreff
- Ambulante Versorgung im Quartier

3. Säule:
Eine Gemeinwesenarbeiterin koordiniert das Quartier und das Netzwerk. Die Bürgerstiftung sichert dauerhaft die **Gemeinwesenarbeit** im Projekt und Wohnumfeld und sichert hier die Personalkosten

Beispiele für quartiersnahe Wohnprojekte im Ev. Johanneswerk: Johannesstiftung Steinheim, Steinheim



Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) und die Frage nach dem sozialen und ökonomischen Mehrwert der QNV

Ziele des Netzwerks:

- quartiersnahe und generationenüber-greifende Wohn- und Versorgungsformen
- bereits realisierte Good-Practice-Modelle zu allgemeingültigen und den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragenden Angeboten zu machen

Umsetzung erfolgt durch:

- Ermittlung des sozialen und ökonomischen Mehrwerts von Wohnprojekten der Quartiersnahen Versorgung
- Bewertung der damit verbundenen Änderungs-prozesse in den Trägerorganisationen
- Ableitung von Veränderungen für einen neuen gesetzlichen Rahmen

www.netzwerk-song.de

Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) und die Frage nach dem sozialen und ökonomischen Mehrwert der QNV

Moderierte Wohnprojekte der quartiersnahen Versorgung schaffen

positive volkswirtschaftliche Effekte	günstigere Indikatoren in den Bereichen Gesundheit und Pflege der Bewohner	eine größere Zufriedenheit mit Lebens- und Wohnbedingungen	eine hohe soziale Vernetzung der Gemeinwesenarbeit

Studie zur Sozialökonomischen Mehrwertanalyse*

im Vergleich zu analogen Kontrollgruppen:

- Signifikant geringere Werte bei Krankheits- und Pflegeindikatoren
- Kostenvorteile
- Deutliche Unterschiede im Engagement der Bewohner für ihre Nachbarn.
- Positive Abweichungen in allen Fragen bezüglich des sozialen Lebens
- Stärkere Nutzung von Angeboten

** Das Netzwerk Song hat eine Studie zur Sozialökonomischen Mehrwertanalyse ausgewählter Wohnprojekte der Netzwerkpartner in Auftrag gegeben und federführend vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (Prof. P. Westerheide) und CSI (Dr. V. Then) in 2008 abgeschlossen.*

Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) und die Frage nach dem sozialen und ökonomischen Mehrwert der QNV

Ziele der Quartiersnahen Versorgung im Netzwerk Song

- **Nachbarschaftliche Solidaritäten** entfalten eine Hebelwirkung, die staatliche Hilfen später oder reduzierter beanspruchen.
- Pflegerische Versorgung vollzieht sich im Wohnquartier und sichert das **Leben in der eigenen Häuslichkeit** auch in der Sterbephase und für MmD. (absolute und relative Versorgungssicherheit)
- Die **Wohlfahrtsproduktion** vollzieht sich ein einem Mix (Wellfare-mix), der Staat, Wohlfahrtsträger, Nachbarschaft, Angehörige und Pflegebedürftige und sonstige Dienstleister in veränderte Rollen und neuen Funktionen vorsieht.
- Die QNV vollzieht sich auf der Grundlage von Geschäftsmodellen, die **ethisch, fachlich und wirtschaftlich die Versorgungssicherheit** im Wohnquartier absichert.
- **QNV ist eine von mehreren notwendigen Antworten** auf die gesellschaftlichen (Versorgungs-) Herausforderungen des demografischen Wandels.

Forderungen des Ev. Johanneswerkes und des Netzwerkes SONG

Mehr vom Gleichen
bzw. die Vervielfältigung
des Bestehenden
geht nicht mehr.

Die ambulante, stationäre und quartiersnahe Versorgung muss durch einen radikalen Richtungswechsels im Pflegesektor optimiert und weiterentwickelt werden

Ambulant betreute Wohngemeinschaft
für Menschen mit Demenz

Quartiersentwicklung im Nürnberger Norden

caritas

JOSEPH STIFTUNG

Kirchliches Wohnungsunternehmen

In der Heimat wohnen

Barbara Klug, Geschäftsführung, Caritas-Sozialstation und Tagespflege Nürnberg-Nord e.V.

Neues Wohnmodell für Jung und Alt in Nürnberg Stadtteil St.Johannis/Sandberg Bauherr Joseph-Stiftung

- 21 barrierearme Wohnungen auf Mietbasis
- 1 ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz
- 1 Kranken- Gäste-Trainingswohnung für 24 - Stunden Versorgung

Quartiersarbeit Stützpunkt Kirschgarten

- Präventive Seniorenarbeit
- Niedrigschwellige Betreuungsgruppen
- Cafe-Treff
- Beratungsangebote
- Begegnungsraum
- Vernetzung zu anderen Trägern im Stadtteil

Initiierung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz

- Angehörige
- Vermieter
- Dienstleistungs-erbringer

Zielsetzung des Projekts aus Sicht der Projektbeteiligten

Wohnungsbau-unternehmen	Dienstleistungs-erbringer	Kunden / Mieter
Reputation	Alleinstellungsmerkmal	Individuelle Betreuung, hoher Personalschlüssel
Gesicherte Mieteinnahmen	Arbeitsplatzsicherung und Ausbau	Kostengünstige Versorgung Günstige Mietkosten
Ansprechpartner im Haus	Zusätzliche Einnahmen für die ambulante Pflege	Selbstbestimmung, Entscheidungsträger
Versorgungssicherheit für die Menschen in den 21 Wohnungen und im Quartier	Kostendeckung	Positives Lebensumfeld

Erprobungsphase und Evaluation

Bezug des ersten „Kirschgärtlers“ mit Katze am 23.8.2010
Einzug in 3 Etappen innerhalb 3 Wochen

Privater Wohnraum
Gemeinschaftsflächen
280 qm plus Gartenfläche

Pro Schicht arbeiten 3 Mitarbeiter

Tiergestützte Therapie

Terrasse

- Alltag ist Konzept
- Aktivierende Pflege
- Betreuung und Beschäftigung
- Tagespflege

Fazit

- Diese neue ambulante Wohnform wurde konzeptionell entwickelt, geplant und erfolgreich termingerecht umgesetzt. Bereits im ersten Jahr, also nach 4 Monaten wurde die Versorgungsform kostendeckend betrieben.

- Aufgrund des veränderten Kundenmarktes werden die Anbieter ambulanter Dienstleistungen künftig mehr neuartigen Pflege- und Betreuungsangebote einführen.

„Um das Mögliche wahr werden zu lassen, müssen wir das Unmögliche wagen.“ Marie Kuhlmann

Seniorengenossenschaft in Riedlingen

Seniorengenossenschaft

Riedlingen e.V.

Ausgezeichnet mit dem Zukunftspreis 2004

Gesellschaftliche Herausforderung

- Menschen werden älter
- Der Anteil Älterer in der Gesellschaft nimmt zu
- Es gibt zu wenig Pflegefachkräfte
- Alterseinkommen werden geringer
- Zunehmender Betreuungs- und Pflegebedarf

Zusätzliche Erschwernisse

- Mobilität bei Älteren – Zugang zu
  - täglichen Bedarfsgütern
  - medizinischer Versorgung
- Bezahlbare Hilfe im Alltag
  - für Versorgung in der Wohnung
  - für pflegenahe Bereiche

Wunsch und Ziele

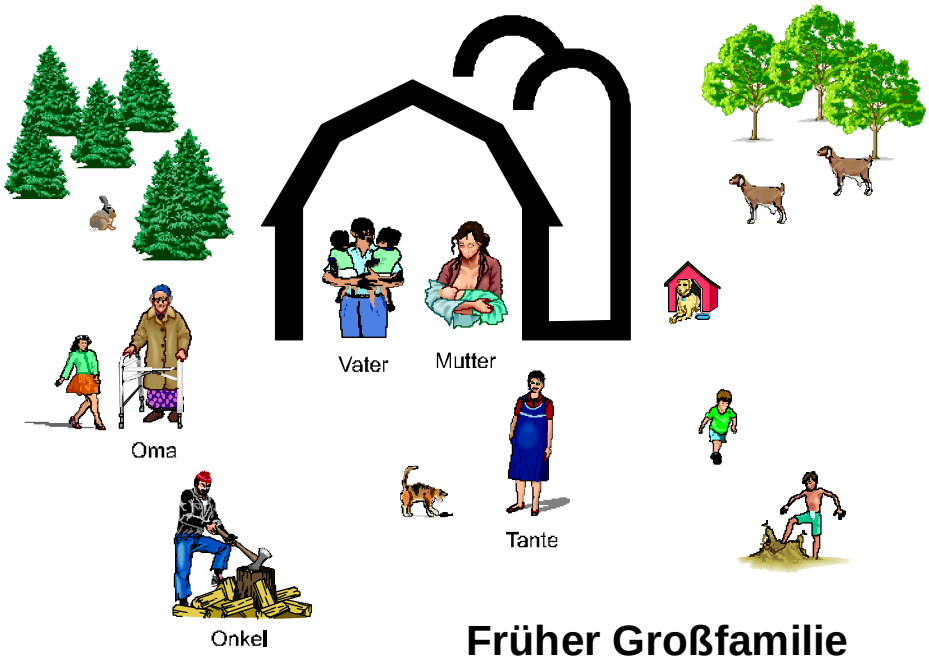
- Erhalt der Lebensqualität
- Notwendiges muss finanzierbar sein
- Belastung der jüngeren Generation in Grenzen halten

Ein Lösungsansatz

- Wieder mehr Eigeninitiative der Menschen
- Mehr Selbsthilfe

Der Staat kann und muss nicht alles regeln

Gebraucht wird eine neue Bürgergesellschaft



Früher Großfamilie

Ressourcen nutzen

- Länger leben = längere Lebensarbeitszeit
- Arbeitskraft von nicht mehr berufstätigen

Ruheständler sind heute sehr qualifiziert und viele sind auch hoch motiviert

Morgen Seniorengenossenschaften

Selbsthilfeeinrichtung der Bürger

unabhängig und selbst verwaltet,

finanziell eigenständig

Wir organisieren Hilfe für Ältere und nutzen dabei gleichzeitig das Potential älterer Menschen

BÜRGER helfen BÜRGERN

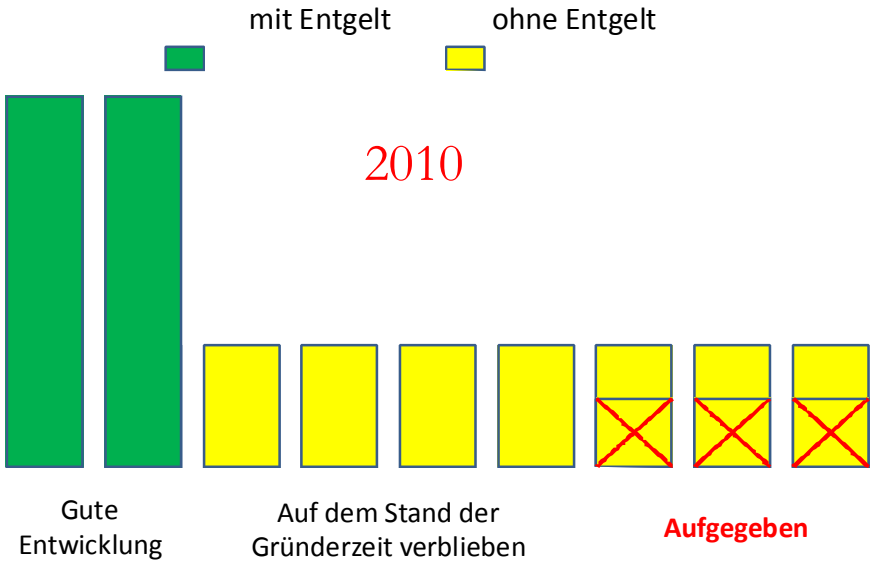
Zielsetzung

- Die Voraussetzungen zu schaffen, daß unsere Mitglieder bis zum Lebensende in ihrer Wohnung bleiben können
- Ermöglichung zusätzlicher Alters-versorgung für die freiwilligen Helfer.
- Das Entgelt kann angespart werden, um damit später Hilfe einkaufen zu können.

Rahmenbedingungen

- Jede geleistete Stunde kostet 8,20 €
- Mitarbeiter erhalten je Stunde 6,80 €
- Der größte Teil der Mitarbeiter arbeitet auf der Basis Übungsleiterpauschale
- Ein Teil auf 400 € Basis

Entwicklung der Modellprojekte in Abhängigkeit vom System



Rahmenbedingungen

Versicherungsschutz

- Unfall = Berufsgenossenschaft
- Haftpflichtversicherung
- Vollkaskoversicherung
- Schadenfreiheitsrabattschutz

Rahmenbedingungen

Wichtig

- **Anschubfinanzierung !**
- **Erschwingliche Schulungsangsangebote**

Unsere Arbeitsfelder

Betreutes Wohnen

Hilfen rund ums Haus

Warmes Essen ins Haus

Fahrdienst zur Tagespflege

Betreuung Demenzkranker

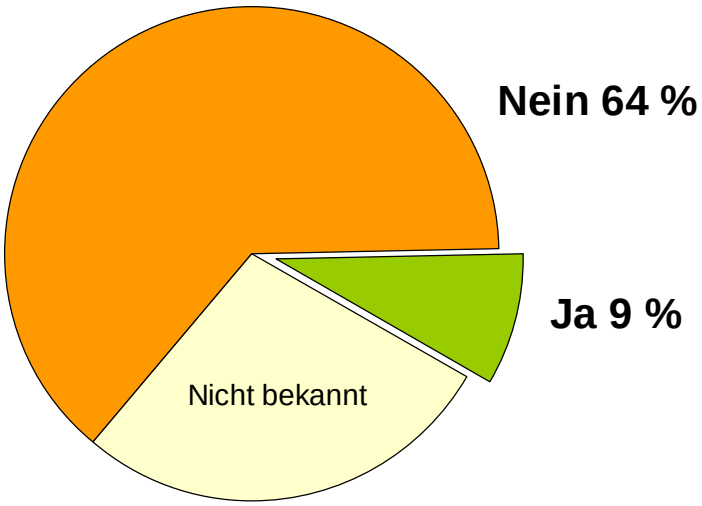
- Abteilung in der Tagespflege Menschen mit starker Demenz.
- Ambulante Versorgung Demenzkranker zu Hause, auch bei Nacht.
- Entwicklung und Einführung des Sytems „Demenzlotsen“

Wohnen im Alter

Ein zentraler Faktor !

- Zuhause bleiben können
- Verstärkter Bedarf an barrierefreien Wohnungen um eigenständiges und selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen
- Heimplätze für besondere Fälle

Wohnung barrierefrei ?



Unsere barrierefreien Wohnanlagen

Wir bieten

- 68 betreute Wohnungen mit voller Eigenständigkeit bis Vollversorgung
- Ortsübliche Miete

Wohnanlage

- Betreuungsträger Seniorengenossenschaft
- Betreuungspauschale 18 € / Monat
- Preise für Dienstleistungen 8,20 € / h

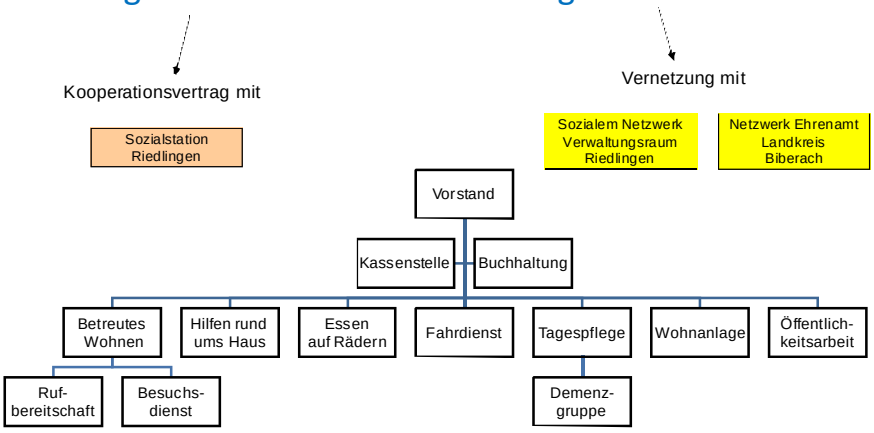
Finanzierungsmodell
Bürgerschaftliche Baugenossenschaft

- Gründung bürgerschaftlicher Baugenossenschaften
- Bürger organisieren und finanzieren ein barrierefreies Wohnprojekt selbst.
- Überschaubare Genossenschaftsanteile (300 €)
- Sichere und rentierliche Anlageform

Organisation

- + - 650 Mitglieder
- + - 125 Mitarbeiter
- Jahresumsatz 750.000 Euro

Organisationsstruktur Seniorengenossenschaft



Organisation

- Bürgerschaftlich geführt und verwaltet

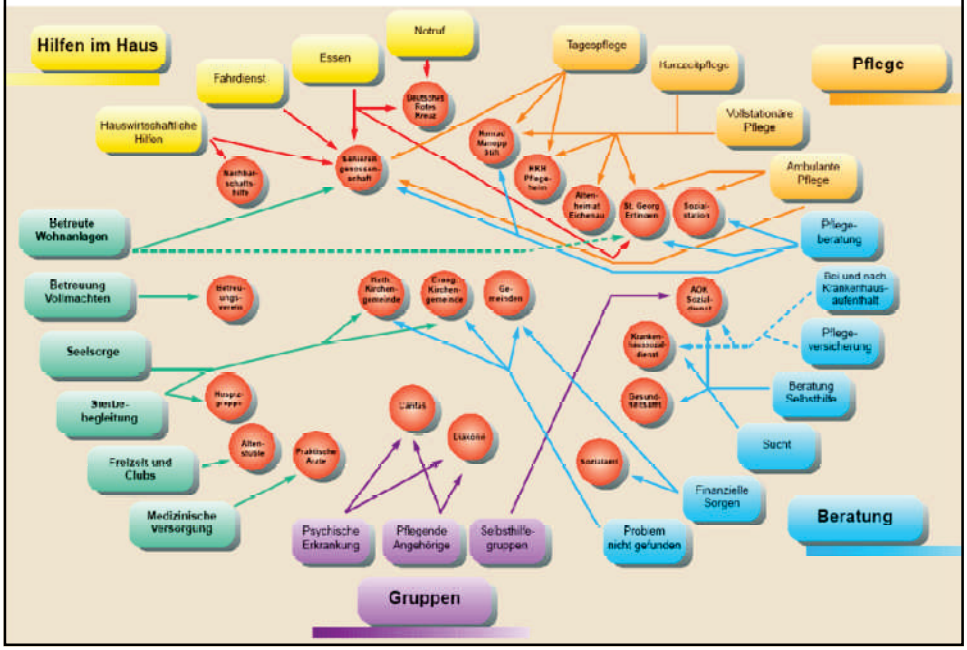
  keine hauptamtliche Personen in Vorstand und Verwaltung.

- Nur in der Tagespflege 2,6 hauptamtliche Fachkraftstellen als Pflegedienstleitung.

Warum erfolgreich

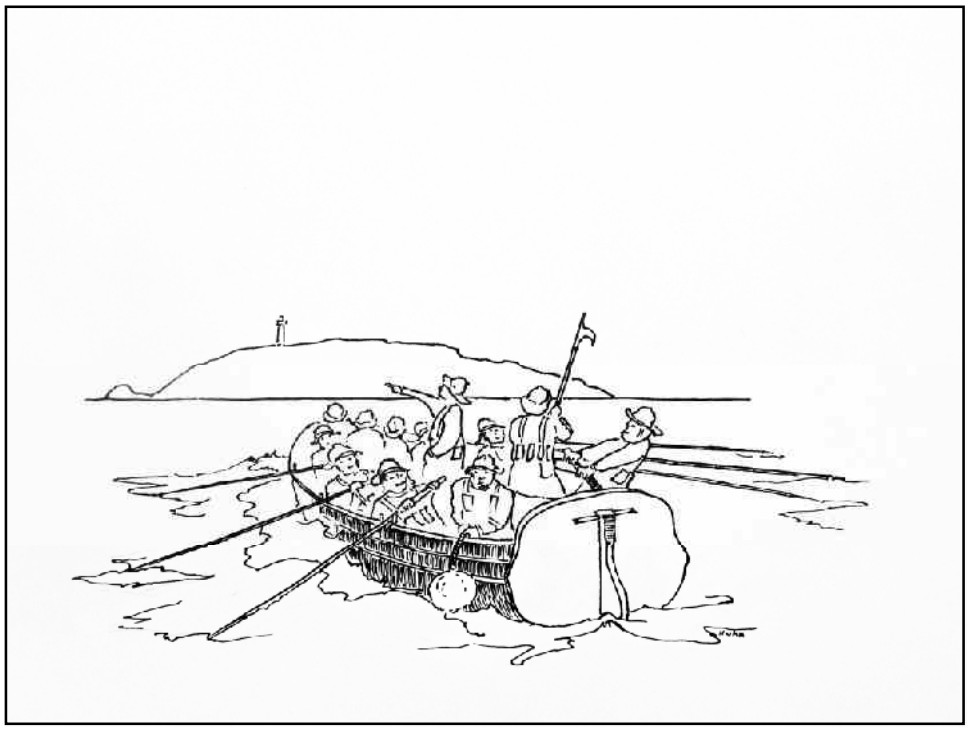
- Die Freiwilligen organisieren ihren Arbeitsbereich eigenständig und gemeinsam in der Gruppe
- Sie fühlen sich dadurch auch besonders verantwortlich
- Entgeltsystem und Ansparmöglichkeit

Soziales Netzwerk im Verwaltungsraum Riedlingen



Die Gesellschaft

- Sind wir alle gemeinsam
- Das Leben und die gemeinsame Verantwortung für die Gesellschaft endet nicht mit dem Eintritt in den Ruhestand



Seniorengenossenschaft Riedlingen e.V.

Info:www.martin-riedlingen.de

Ausgezeichnet mit dem Zukunftspreis 2004

IZT Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung
Institute for Futures Studies and Technology Assessment

TECLA-Projekt in Sachsen-Anhalt

Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflege und selbstbestimmtem Leben im Alter – Projekte in Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Ulrich Fischer-Hirchert

FACHKONFERENZ
Alternative Pflegekonzepte
30.1.2013 – Berlin
www.mytecla.de

wzw wissenschaftszentrum sachsen-anhalt lutherstadt wittenberg

ZIM impulse für wachstum Zentrales Innovationsprogramm Mittelstand

Gefördert durch: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

HOCHSCHULE harz

TECLA Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

Agenda

- Bedarf in der Harzregion
- AAL-Projekte in Sachsen-Anhalt
  1. TECLA ZIM NEMO
  2. TECLA WZW
  3. AAL-Innovationslabor
  4. 50 AAL-Wohnungen
- Ausblick auf 2013 und 2014
  Umsetzungsphase – neue Projektideen
- Netzwerkpartner

ZIM impulse für wachstum Zentrales Innovationsprogramm Mittelstand

wzw wissenschaftszentrum sachsen-anhalt lutherstadt wittenberg

Gefördert durch: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

TECLA
Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

Lage in Deutschland

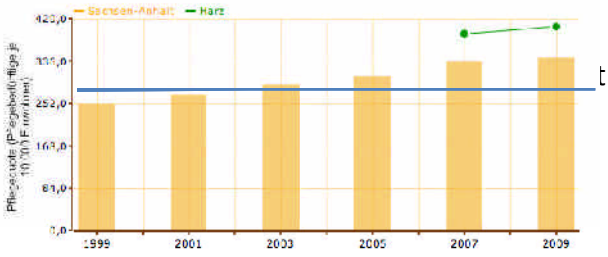
- Landeshauptstadt: Magdeburg
- Fläche: 20.446,31 km²
- Einwohnerzahl:
  - 2011: 2,323 Mio. (30. Juni 2011)
  - 2030: 1,9 Mio. geschätzt (LaSt. LSA)
- Bevölkerungsdichte: 116 Einwohner pro km²
- Arbeitslosenquote: 12,8 % (Januar 2012)

Quelle Wikipedia, und www.grambin.de

TECLA
Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

Pflegequoten im Landesvergleich



- In Wernigerode ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung im Harzkreis (220T Einwohner) am höchsten
- Er liegt 16 % über dem Landesdurchschnitt und um ca. 50% über dem Bundesdurchschnitt

Quelle: Landesamt Sachsen-Anhalt

TECLA Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

1. ZIM-NEMO-Netzwerk TECLA

- Netzwerk aus zwölf Unternehmen aus den Bereichen Pflege, Medizintechnik, Wohnungswirtschaft und Informationstechnik
- Gegründet im Jahr 2010 an der Hochschule Harz / Wernigerode
- *Ziel: „Aufbau eines regionalen Versorgungs- und Dienstleistungs-Netzwerks, welches ältere Menschen bei einem längeren, gesunderen und vor allem selbstbestimmten Leben unterstützt"*
- Evaluation von vier Projektideen während der ersten Projektphase:
  - **digitaler Stift für die Dokumentation chronischer Wunden**
  - Tourenoptimierungs-Software für Pflegedienste
  - Gesundheitsportal für das Land Sachsen-Anhalt
  - modulares Hausassistenz-System

TECLA Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

Digitale Stifte in der Wunddokumentation (DIGIWUND)

- **Ausgangslage**: Chronische Wunden (Dekubitus, diabetischer Fuß etc.) müssen derzeit mit hohem zeitlichen Aufwand dokumentiert werden
  - fotografische Dokumentation ist oft uneinheitlich
  - unterschiedliche Kameratypen
    - variierende Aufnahmewinkel
    - Abstand zur Wunde
    - Beleuchtungsverhältnisse

- **Projektansatz**:
  - Digitales Wundmanagementsystem mit digitalem Stift
  - integrierte Kamera zur fotografischen Dokumentation
  - zugangssicheres Online-System,
    - Tools für die Analyse, die Dokumentation sowie die Kommunikation bereitstellt
- **Aktueller Stand**: Die Förderung beginnt im März 2013 über Landesmittel

Modulares Hausassistenz-System

- Die meisten über 55-jährigen leben seit 20 Jahren in der gleichen Wohnung
- Ein Großteil aller Senioren verbringt über 90% des Tages in der Wohnung
- 93% der über 65-jährigen leben noch in einer eigenen (Miet-)Wohnung
- 57% der Senioren verfügen über selbst genutztes Wohneigentum

- *Sämtliche bisherigen europäischen AAL-Musterwohnungsprojekte wurden nach Auslauf des Förderzeitraums nicht weiter fortgeführt!*
  - **Grund: geringe Zahlbereitschaft für zu teure AAL-Dienste**

- **Marktchance: modular aufgebautes AAL-System im 20€-Bereich**
  - Sicherheit,
  - (Info-)Dienste
  - Kommunikation
  - in Kombination mit der barrierearmen Umrüstung bzw. Ausstattung der Wohnung
- Bezahlung durch Dienstleistungspartner

Vision des Dienstleistungsportals HaL

- Integration der Vitaldaten-Systeme in ein ein einfachst zu bedienendes Dienstleistungsportal **HaL** - **H**ausassistent für ein **a**ngenehmes **L**eben
- Bis dato keine Portallösung mit offenen Schnittstellen vorhanden
- Integration von regionalen Dienstleistern, Ärzten, Apotheken und Wohnungsbauunternehmen in das Portal

TECLA
Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

2. TECLA WZW

Technikgestützte Pflege-Assistenzsysteme und rehabilitativ-soziale Integration unter dem starken demografischen Wandel in Sachsen-Anhalt

Modul I
AAL in der Prävention und häuslichen Langzeitversorgung

Hochschule Harz
Prof. Dr. Ulrich H. P. Fischer-Hirchert
Telekommunikation und optische Nachrichtentechnik

Martin-Luther-Universität Halle – Wittenberg
Prof. Dr. Margarete Landenberger
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

wzw wissenschaftszentrum sachsen-anhalt lutherstadt wittenberg

Modul II
Bedarfsanalyse und Schnittstellengestaltung

Martin-Luther-Universität Halle – Wittenberg
PD Dr. Gundula Hübner
Institut für Psychologie

Martin-Luther-Universität Halle – Wittenberg
Prof. Dr. med. Wilfried Mau
Institut für Rehabilitationsmedizin

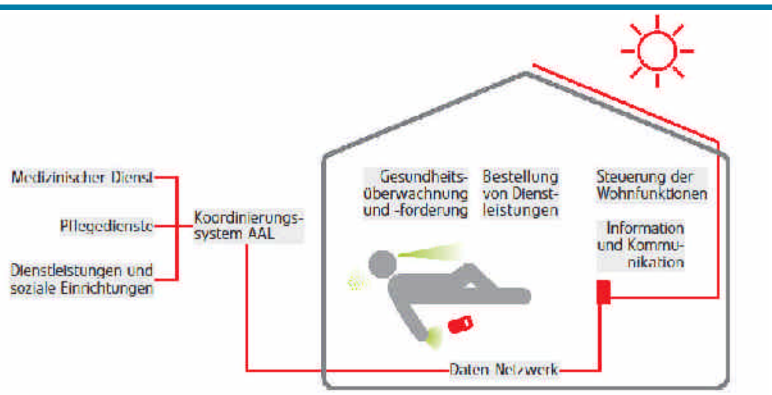
Burg Giebichenstein
Kunsthochschule Halle
Prof. Frithjof Meinel

30.1.2013 Hochschule Harz | TECLA 9

TECLA
Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

AAL-Systemübersicht: Systemumfang



Modul I
Analyse Dienstleister
Technologie
Testlabor

Modul II
Analyse Benutzer
Schnittstellengestaltung
Test-Personen

30.1.2013 Hochschule Harz | TECLA 10

TECLA Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

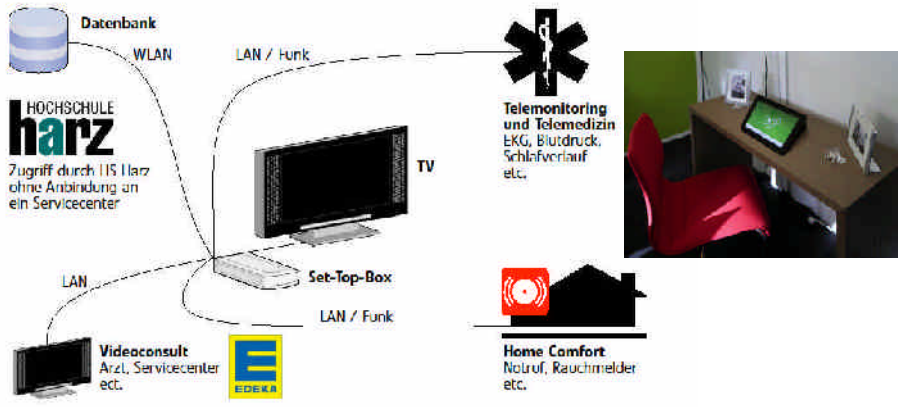
Zukunftsperspektive Sachsen-Anhalt

- AAL unterstützt Altersversorgung in LSA
- Qualifizierung für Pflegepersonal
- Perspektive für Mittelstand:
  - Dienstleistungen in ländliche Orte bringen
  - Wohnungsbauunternehmen: Bestandabsicherung durch längere Verweilzeit in der Mietwohnung
- Medizinische Versorgung im Alter
  - Pflegedienste: Entlastung von Papierkrieg (10-15% der Arbeitszeit)
  - Ärzte: engerer Kontakt zum Patienten ohne überfüllte Warteräume, tagesaktuelle Daten
  - Krankenkassen: Versorgungssicherheit im Pflegebereich erhöhen und zugleich Kosten senken
- Attraktivität ländlicher Räume erhöhen

TECLA Die Pflege von morgen

HOCHSCHULE harz

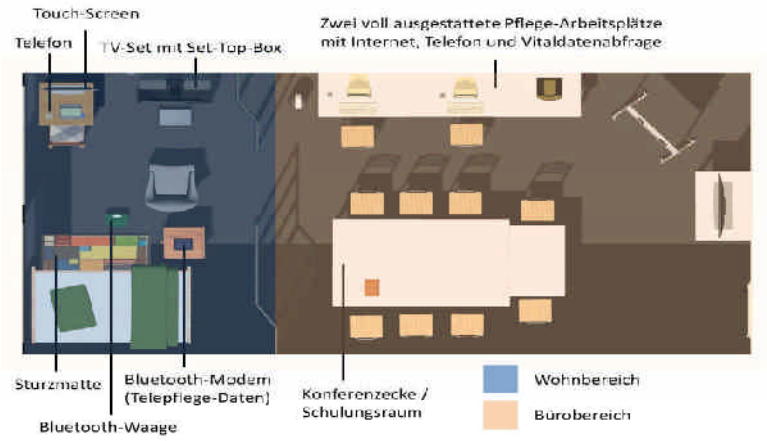
Modul I: AAL-data network



Modul I: Ergebnisse

- Einrichtung des AAL-Usabilitiy-Labs:
  - 5 AAL-Vitaldaten Systeme im Praxistest evaluiert
  - Userportal aufgebaut
- Installation des Systems in barrierearmer Musterwohnung der GWG in Wernigerode
  - Systeme im Praxistest mit 50 Personen evaluiert
- Online-Survey unter Health Care Professionals zu Gesundheitstelematik für 3 typische Anwendungsbereiche
  - Reduzierter Allgemeinzustand
  - Chronisch degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates
  - Schlaganfallpatienten
- Mitarbeit im VDE-Arbeitskreis: Deutschen Normungs-Roadmap AAL

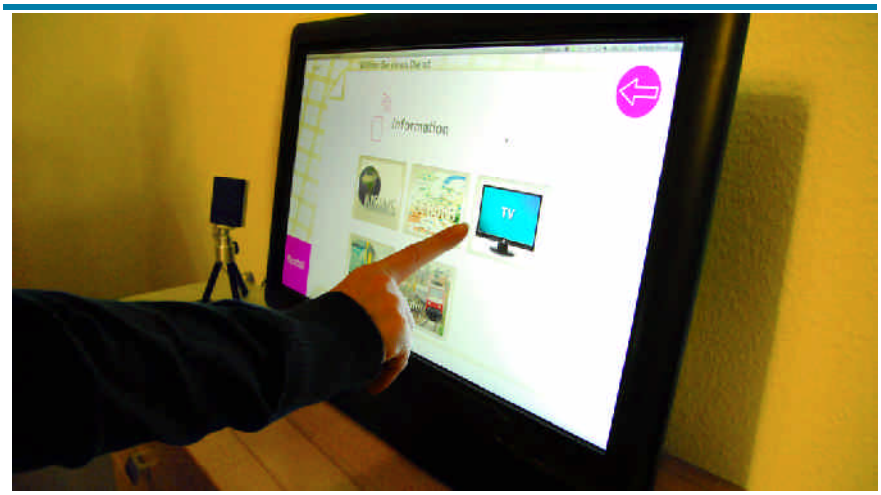
AAL-Usability - Lab



TECLA Die Pflege von morgen

Hochschule harz

Bedienportal in der Musterwohnung



TECLA Die Pflege von morgen

Hochschule harz

3. Innovationslabor Technikakzeptanz

Prof. Dr. Birgit Apfelbaum

Prof. Dr. Ulrich Fischer-Hirchert

Zwei Standorte:

- AAL-Usability Lab im IGZ, Wernigerode und
- WWG-Musterwohnung Burgbreite, Wernigerode

Studien zur Technikakzeptanz (ab 2012):

- Durchführung technischer Tests im AAL-Usability Lab sowie sozialwissenschaftliche Fallstudien zur Technikakzeptanz älterer Mieter in der WWG-Musterwohnung
- Zu Projektende: Vorliegen einer interdisziplinären Studie zur möglichen Nutzung von AAL-Technologien in realen Wohnumgebungen (Schwerpunkt: Harzregion)

4. „Bestands-Wohnen mit Pfiff – ein Innovationsprojekt im Land Sachsen-Anhalt“

Das Anliegen

Förderung barrierearmer Wohnformen zu einem langen selbstbestimmten Leben durch Integration modulartiger, nachfrageorientierter technischer Assistenzsysteme mit integrierter, bedarfsorientierter Serviceleistung

MF und MLV des Landes Sachsen-Anhalt
unterstützen im Rahmen der IuK-und Demografie-Strategie für Sachsen-Anhalt in den kommenden zwei Jahren (2013/2014) ein wegweisendes Projekt.

Ein Verbund von Wohnungsbau-Unternehmen, führender Technologie- und Dienstleistungsunternehmen sowie Forschungseinrichtungen erhält die Möglichkeit:

- 50 Wohnungen aus dem Bestand, barrierearm umzurüsten
- mit technischen Assistenzsystemen auszustatten
- mit modularen, nachfrageorientierten Dienstleistungen zu verknüpfen
- und wissenschaftlich zu begleiten

Ausblick

- Klienten-Befragung im März 2013 abgeschlossen
- Kooperation mit Wohnungsbaugesellschaften
  - WWG (Musterwohnung barrierearmes Wohnen WR)
  - GDA Schwiecheldhaus Goslar ab 4-2013
- Teilnahme am BMBF-Programm „Innovative Schnittstellen zwischen Mensch und Maschine“ vom 13.12.2012
- Installation in 50 Wohnungen im Harzkreis (Workshop mit Wohnungsbauverband) https://photonik.hs-harz.de/groups/workshopdemographischerwandelimwohnbau/
- Dienstleistungsheimportal in den Markt bringen
- Etablierung des Landkreises Harz als Gesundheitsregion

Summary

- Soziale Kontakte zu Kindern, Freunden etc. erhalten zum langen Verbleib in der eigenen Wohnung
- Telematikapplikationen zur Unterstützung der Pflege sind notwendig, aber kein Ersatz für menschliche Zuwendung!
- Ärztliche Telekonsils notwendig wegen Ärtzemangels im ländlichen Raum
- Bis dato kein Abrechnungsmodell für solche Systeme - Gesetzgeber muss handeln

TECLA-Netzwerkpartner

TECLA
Die Pflege von morgen

Hochschule Harz

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Hochschule Harz
TECLA
Dornbergsweg 2
38855 Wernigerode

ufischerhirchert@hs-harz.de
www.mytecla.de
www.laenger-selbstbestimmt-leben.de

Pflegenetz Heilbronn

PFLEGENETZ HEILBRONN

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

Verantwortung für die Versorgung von Pflegebedürftigen

„Fit für die Zukunft – Synergien der pflegerischen/ medizinischen Versorgung durch regionale Vernetzung“

Das Pflegenetz Heilbronn e.V. macht die Region fit für die Zukunft! Erfahrungen aus zehn Jahren Vernetzungsentwicklung

Berlin, 30. Januar 2013

PFLEGENETZ HEILBRONN

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

Inhalt

1. Wieso gibt es das Pflegenetz Heilbronn e.V. ?
2. Wer ist das Pflegenetz Heilbronn e.V.?
3. Wie ist das Pflegenetz Heilbronn e.V. organisiert und welche Wirkungen hat die Vernetzung auf die Akteure (Pflege)?
4. Die drei Säulen
   - 4.1 Die Säule Information!
   - 4.2 Die Säule Netzwerk!
   - 4.3 Die Säule Entwicklung!
5. Maxime der Vernetzung
6. Nutzen für die Pflege
7. Dokumentation durch Kommunikation
8. Fazit

PFLEGENETZ HEILBRONN

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

1. Wieso gibt es das Pflegenetz Heilbronn e.V.?

Ziel des Vereins ...

... ist die Förderung, Organisation und Umsetzung einer humanen, vernetzten Pflege insbesondere soll eine bewusste Wahrnehmung der Belange pflegebedürftiger Personen und deren Angehöriger in der Gesellschaft bewirkt werden ...

(Auszug aus der Satzung des gemeinnützigen Vereins „Pflegenetz Heilbronn e.V." vom 29.12. 2004)

Die auslösenden Gründe

- **Die Pflege im Besonderen, die Altenpflege hat nach wie vor kein gutes Image**
- **Die Pflege hat im Gesundheitswesen auch keine Lobby**
- **Noch unausgeprägte Professionalität und ungenügende spezielle Qualifizierungen**
- **Kaum Mut zur Übernahme von Verantwortung im System**
- **Keine klare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen**
- **Und dadurch keine gerechte Leistungsvergütungsform für die Pflege**

PFLEGENETZ HEILBRONN

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

2. Wer ist das Pflegenetz Heilbronn e.V.?

Das Pflegenetz Heilbronn besteht seit Dezember 2004 als eingetragener Verein aus unterschiedlichen Einrichtungen aller Sektoren des Gesundheitswesens

Mitgliedseinrichtungen

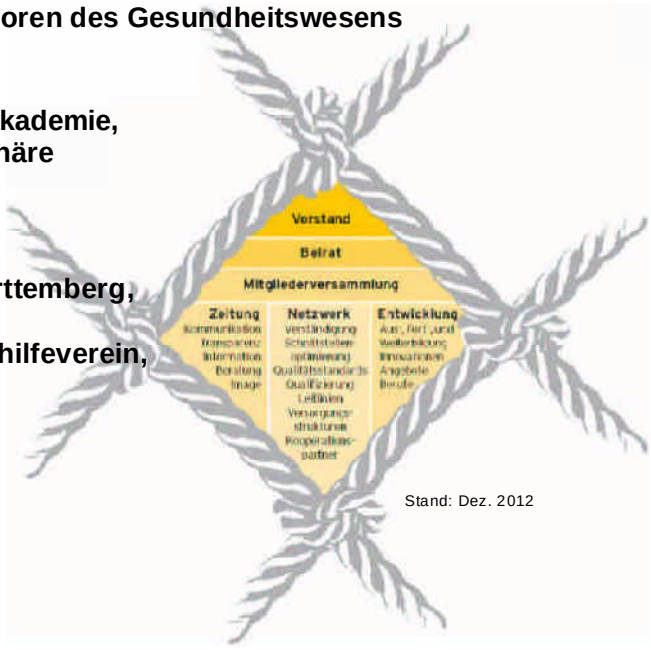
Patientenvertreter, 1 Altenpflegeschule, 1 Fachakademie, 4 Kliniken, 3 ambulante Pflegedienste, 16 stationäre Pflegeeinrichtungen, 1 stationäres Hospiz

Begleitende Institutionen

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Altenhilfefachberatung Landratsamt Heilbronn, Altenhilfefachberatung Stadt Heilbronn, Selbsthilfeverein, Kreisseniorenrat und Forum Ehrenamt

Kooperationspartner

6 Unternehmen aus der freien Wirtschaft



Stand: Dez. 2012

3. Wie ist das Pflegenetz Heilbronn e.V. organisiert, welche Auswirkungen hat es auf die Pflege?

Durch die Vereinsstruktur werden Entwicklungen gemeinsam von der Basis aller Einrichtungen durch Abstimmung getroffen!

Der Beirat, bestehend aus unterschiedlichen Vertretern der Einrichtungen und Institutionen, als auch Patientenvertreter und der Vorstand treffen sich in regelmäßigen Sitzungen und treiben die Entwicklung des Netzwerks im Namen der Mitglieder voran.

Die erfolgsentscheidende Organisationsstruktur sind die drei Säulen:

1. Information
- Kommunikation
- Information
- Beratung
- Transparenz
- Image

2. Netzwerk
- Verständigung
- Schnittstellenoptimierung
- Qualitätsstandards
- Leitlinien
- Versorgungsstrukturen
- Kooperationspartner

3. Entwicklung
- Qualifizierung
- Aus-, Fort-, Weiterbildung
- Innovationen
- neue Angebote
- differenzierte Berufe

4.1 Die Säule Information

Kommunikation nach außen ist oft ohne nachhaltige Wirkung

1. Zeitung „Pflegenetz Heilbronn“

Mit Themen wie z.B.:
- Aktuelle, kritische Themen aus der Gesundheitswirtschaft
- Informationen zur Ausbildung
- Statusberichte zu unseren Projekten

Bereits 16 kostenlose Ausgaben à 190.000 Ex.= über 3 Mio. verteilte Exemplare

2. Internet „www.pflegenetz-heilbronn.de“

Informationen zu den Aktivitäten, Veranstaltungen und Kooperationspartner, Zeitungsausgaben sowie Weiteres

Kommunikation ist wichtig auch nach innen

3. Intranet „www.pflegenetz-heilbronn.de/intern“

Alle Mitglieder haben Zugriff auf: Termine, Ergebnisse der Arbeitsgruppen, Unterlagen und Protokolle

Im Forum können die Mitglieder diskutieren und kommunizieren

= Mitnahme durch Information und Kommunikation

4.2 Die Säule Netzwerk

Über Arbeitsgruppen schaffen wir für die Basis der Pflege eine gemeinsame Plattform auf der die einzelne Einrichtung bzw. Pflegekraft ihre Probleme ansprechen kann und in gemeinsamer Projektarbeit Lösungen erarbeitet werden.

Beispiele hierfür sind:

- **Schnittstellenoptimierung** durch kritische Begleitung und Überprüfung des Entlassmanagements
- Erarbeitung von gemeinsamen, sektorübergreifenden **Leitlinien/Qualitätsstandards**
  - Ernährung
  - Wundmanagement
  - Schmerzmanagement
  - Demenz
  - Ausbildung etc.
- Transparentes **Qualitätsbewertungssystem** für die Pflege Projekt: www.sterne-fuer-gute-pflege.de
- **Forschungsprojekte** mit Feldversuchen wie z.B. Living Lab, OptimAAL, MFP
- Entwicklung von **Versorgungsregionen** d.h. kooperierende benachbarte Netzwerke
- Einbindung von **bürgerschaftlichen Engagement** z.B. „Zuhause leben mit Demenz“
- Bündelung und Multiplikation **fachlicher Kompetenzen** über die internationale Stiftung www.isgpn.org
- u.a.m.

4.2 Die Säule Netzwerk

Synergien aus der Vernetzung durch Kooperation

Kontinuierlich werden neue Projekte aufgelegt. Dadurch findet jede Einrichtung das passende Fachthema für eine spezialisierte Weiterentwicklung und entsendet die jeweilige Fachkraft (Basis)

Dies ist ein reales Beispiel einer Coopetition

Trotz des stärker werdenden **Wettbewerbs** haben die Mitgliedereinrichtungen erkannt, dass **jeder einen Nutzen** bzw. Synergien aus einer **vernetzten Zusammenarbeit** erhalten kann!

= Mitnahme durch Innovation und Kooperation

4.3 Die Säule Entwicklung

Initiierung und Entwicklung geeigneter, praxiserprobter Indikatoren, Berufsfelder, Leitlinien und Standards in der Pflege in Zusammenarbeit mit Behörden, Kostenträgern und Industrie mit den Zielsetzungen:

- **Integrative Ausbildung** mit starker Verzahnung in Theorie und Praxis
- Einbindung **kommerzieller Partner** in ein erweitertes Pflege- und Gesundheitsnetz, denn das Pflegenetz wird immer mehr zum **Sozialraum**
- Schaffung **neuer Angebote, Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätze**
- Mitentwicklung **neuer Berufsbilder**
- **Praxisorientierte Erprobungsfelder** für Innovationen im Gesundheitswesen

Um im Netzwerk Synergien effektiv und effizient zu nutzen, bedarf es gemeinsamer Qualifizierung und Kommunikation!

Beispiel „Algesiologische Fachassistenz“

= **Mitnahme durch Qualifizierung und Motivation**

5. Maxime des Netzwerkes

„Gemeinsam sektorübergreifend qualifizieren

jeder hat das gleiche Wissen

um dann eine gemeinsame Zusammenarbeit zu vereinbaren

miteinander, übereinander und voneinander lernen

und ständig zu überprüfen und zu evaluieren.“

sich akzeptieren und konstruktiv kritisch verhalten

PFLEGENETZ HEILBRONN

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

6. Nutzen für die Pflege

Spezielle Qualifizierung befähigt zu:

- **Evidenzbasiertem** pflegerischen Arbeiten
- **Wissenschaftliches** Vorgehen (Ausprägung noch relativ jung und wenig Anerkennung!)
- Übernahme von **Verantwortung**
- Übernahme der **Prozesssteuerung**
- **Positionierung** gegenüber anderen Berufsgruppen
- **Einforderung von Zuständigkeiten** für die Pflege
- **Leistungsvergütungsform** für die Pflege (integrierte Versorgung?)

Die Pflege hat durch Vernetzung die Möglichkeit, die Situation der Berufsgruppe
- entscheidend zu verbessern,
- mehr Eigenständigkeit zu fordern und
- das Image positiv zu beeinflussen,
um dem bereits spürbaren Pflegepersonalnotstand wirksam entgegenzuwirken!

Das ist die Chance für eine neue Versorgungsstruktur!

PFLEGENETZ HEILBRONN

DIE ZEITUNG für alles, was Sie über Pflegedienstleistungen wissen sollten Ausgabe 1/2009

Pflegenotstand auch in Heilbronn?

Damit es nicht soweit kommt, geht das Pflegenetz Heilbronn e.V. seine Mitglieder und Partner seit langem gegen diese drohende Problematik mit mehreren Projekten aktiv an

Die Themen

Herzliche Einladung zur 2. SterneVerleihung durch Landesseniorenrat Roland Sing

Seilschaften und Lobbyismus geben guten Systemen keine Chance

INTERNATIONALE STIFTUNG FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZE

7. Dokumentation durch Kommunikation

Ergebnisse, Projekte, Berichte und Informationen rund um das Gesundheits-wesen und die Pflege werden durch die Zeitung an den Bürger kostenfrei kommuniziert!

8. Fazit

Nach über 9 Jahren erfolgreicher Vernetzungsarbeit: Das Pflegenetz Heilbronn e.V. macht die Pflege (seine Mitglieder und Partner) mit unterschiedlichen Aktivitäten fit für die zukünftige Herausforderung in der Gesundheitswirtschaft!

Man kann nicht in die Zukunft schauen,
aber man kann den Grund für etwas Zukünftiges legen –
denn Zukunft kann man bauen.

Antoine de Saint-Exupéry

PFLEGENETZ HEILBRONN

Internationale Stiftung für Gesundheits- und Pflegenetze

„QualitätsBündnis gegen Fachkräftemangel in der Pflege“

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

Hilde Mattheis, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Tel.: 030 – 227 – 77316
Fax: 030 – 227 – 76713
hilde.mattheis@bundestag.de
www.hilde-mattheis.de