

# Altenheim

Lösungen fürs Management



2.2018 | 57. Jahrgang | [www.altenheim.net](http://www.altenheim.net)

## ANGEHÖRIGE

Wie die rechtliche Lage bei harten Fronten ist

## VERRENTUNGSWELLE

Wie Sie Schlüsselpositionen rechtzeitig nachbesetzen

## VERSORGUNG IM QUARTIER

Wie Sie eine Allianz für die Pflege im Quartier bilden

## Marktentwicklung: Groß schluckt klein?



Die Leitmesse 2018

Messe Spezial: 12 Sonderseiten zum Branchengipfel in Hannover



# Eine Allianz für die Pflege

Pflegeheime haben sich über die Jahre weiterentwickelt zu Quartiers- oder sogar Gesundheitszentren. Um pflegerische Versorgung quartiersbezogen zu denken, ist die Arbeit in sogenannten Pflegeallianzen notwendig.

Text: Dr. Bodo de Vries

**D**ie stationäre Altenpflege in Deutschland fokussiert sich zunehmend auf palliative Tätigkeitsmerkmale und fördert komplexe Versorgungssituationen, die „Altenkrankenhäuser“ entstehen lassen. Hier stellt sich die Frage, welche ergänzenden Beiträge und Versorgungswirkungen (einige) Altenpflegeeinrichtungen für das Wohnquartier entfalten können. Das Alters-Institut versucht mit Projektpartnern Merkmale des konzeptionellen Ansatzes des amerikanischen Community Healthcare-Centers auf zu entwickelnde Quartiers- und Gesundheitszentren zu übertragen und mit der stationären Arbeit zu verknüpfen. Berücksichtigt werden auch vom Netzwerk SONG formulierte Zielvorgaben der in Deutschland entstandenen Quartiersversorgung, die ursprünglich im ambulanten Sektor verortet war und ergänzende zivilgesellschaftliche Potentiale aktivieren will. Die Wirkungsoptimierung der örtlichen Altenhilfe erzielt eine Einbindung in ein quartiersbezogenes Netzwerk der Pflegeallianz, in dem

alle Akteure der Altenhilfe strategisch und fallbezogen förderliche Potentiale für den pflegebedürftigen Nutzer des Wohnquartiers entwickeln.

**Die stationäre Altenpflege wandelt sich**  
Das Alters-Institut hat die Zielgruppen der Versorgung und die Verweildauer der Bewohner in 35 Altenheimen des Ev. Johanneswerkes analysiert. Die Verweildauer der Bewohner reduziert sich von 2007 bis 2015 von 32,1 auf 28,1 Monate, wobei Männer und Frauen zu unterscheiden sind. Die Verweildauer für Frauen sinkt von 37,7 auf 32 Monate, während Männer trotz einer kürzeren Verweildauer von nur ca. 18 Monaten einen zunehmenden Anteil der Bewohnerschaft stellen. Diese „Maskulinisierung“ führt bei erhöhter Mortalität in den Heimen zu einem Wandel, der pflegerisch und gerontologisch zu veränderten Prioritäten führen muss. Deutlicher noch belegen Einrichtungen mit konstanter Auslastung bei gleichzeitig sinkender Verweildauer den aus diesen Zahlen ableitbaren Wandel und eine

Transformation der stationären Altenpflege.

Diese Entwicklungen führen zu der Frage, welche ergänzenden Beiträge und Versorgungswirkungen Altenpflegeeinrichtungen für das Wohnquartier entfalten können. Das Alters-Institut zielt auf die Weiterentwicklung eines Teils der Pflegeheime zu Quartiers- und/oder Gesundheitszentren als Netzwerkpartner einer Pflegeallianz im Wohnquartier.

## Vom Altenheim zum Quartierszentrum

Der Anspruch, alle Pflege- und Hilfebedürftigen in einem Wohnquartier unabhängig vom Versorgungssetting und unter Berücksichtigung der Potentiale von (vielen) Pflegeheimen zu versorgen, kann über verschiedene „Entwicklungsgrade“ der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung erfolgen. Diese „Entwicklungsgrade“ erfordern keine feste Reihenfolge, schon heute weisen viele Pflegeheime einzelne Merkmale eines Gesundheits- oder Quartierszentrums auf. Das Konzept der Quartiers- und Gesundheitszentren ist deshalb idealtypisch zu verstehen, um Hinweise darauf zu geben, wie der Wandel in Entwicklungsgrade operativ „zerlegt“ werden kann.

Das Pflegeheim bietet neben stationärer Pflege weitere SGB XI Leistungen an. (Integrierte) Tagespflege, (eingestreuete) Kurzzeitpflege aber auch niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Merkmale eines Zentrums für Pflege im Quartier, die selbst und/oder durch andere Anbieter (vom eigenen oder an-

## ZUSAMMENARBEIT MIT ÄRZTEN

Das SGB V sieht Formen der vertraglichen Zusammenarbeit mit Ärzten auf der Grundlage von:

- o niedergelassenen Ärzten (normale Versorgungsverhältnisse)
- o Kooperationsverträgen oder angestellten Heimärzten (vgl. § 119b SGB V)
- o integrierten Versorgungskonzepten (vgl. §§ 140a ff SGB V)
- o Vereinbarungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).



Unterwegs im Quartier: Die Bewohner von Pflegeheimen profitieren, wenn die verschiedenen Akteure zusammenarbeiten.

Foto: Peter Maszlen / fotolia

deren Träger) erbracht werden. Ergänzende Potentiale der Zivilgesellschaft werden damit angesprochen. Quartiersbewohner nutzen die Angebote und Pflegeinfrastruktur ergänzend zu den Bewohnern der stationären Einrichtung.

### Vom Quartierszentrum zum Gesundheitszentrum

Das Quartierszentrum wird durch die strukturelle Vernetzung mit medizinischer und rehabilitativen Versorgung zum Gesundheitszentrum. Der Entwicklungsgrad „Gesundheitszentrum“ ist jedoch nicht vollständig ohne die Berücksichtigung der geriatrischen Rehabilitation als eigenes Handlungsfeld mit spezifischen Akteuren und Maßnahmen, u. a.:

- stationäre geriatrische Rehabilitation durch Spezialkliniken oder -abteilungen
- ambulante geriatrische Reha durch ein therapeutisches Team
- einzelne Rehamassnahmen („Rehasport“), erbracht durch entsprechende Therapeuten

Die geriatrische rehabilitative Versorgung ist – wie die pflegerische – strukturell regional sehr unterschiedlich ausgestaltet. Entsprechend differenziert sind die Aktivitäten des Pflegeheims und des

Trägers, um die Einrichtung zum Gesundheitszentrum zu entwickeln.

Die dargestellten Zielvorgaben benötigen dringend der ergänzenden rechtlichen Ausformulierung durch den Gesetzgeber. Auch die Nutzung der bestehenden rechtlichen Potentiale müssen mit den Kostenträgern durch Erfahrungswerte hinterlegt und weiterentwickelt werden, damit pflegerisch und medizinische Inhalte einerseits und hauswirtschaftliche, psychosoziale und inklusive Zielvorgaben andererseits realisiert werden können.

In der Regel werden Pflegeheime nicht allein pflegerische Leistungen anbieten, vielmehr werden in Wohnquartieren unterschiedlich gut ausgebaut

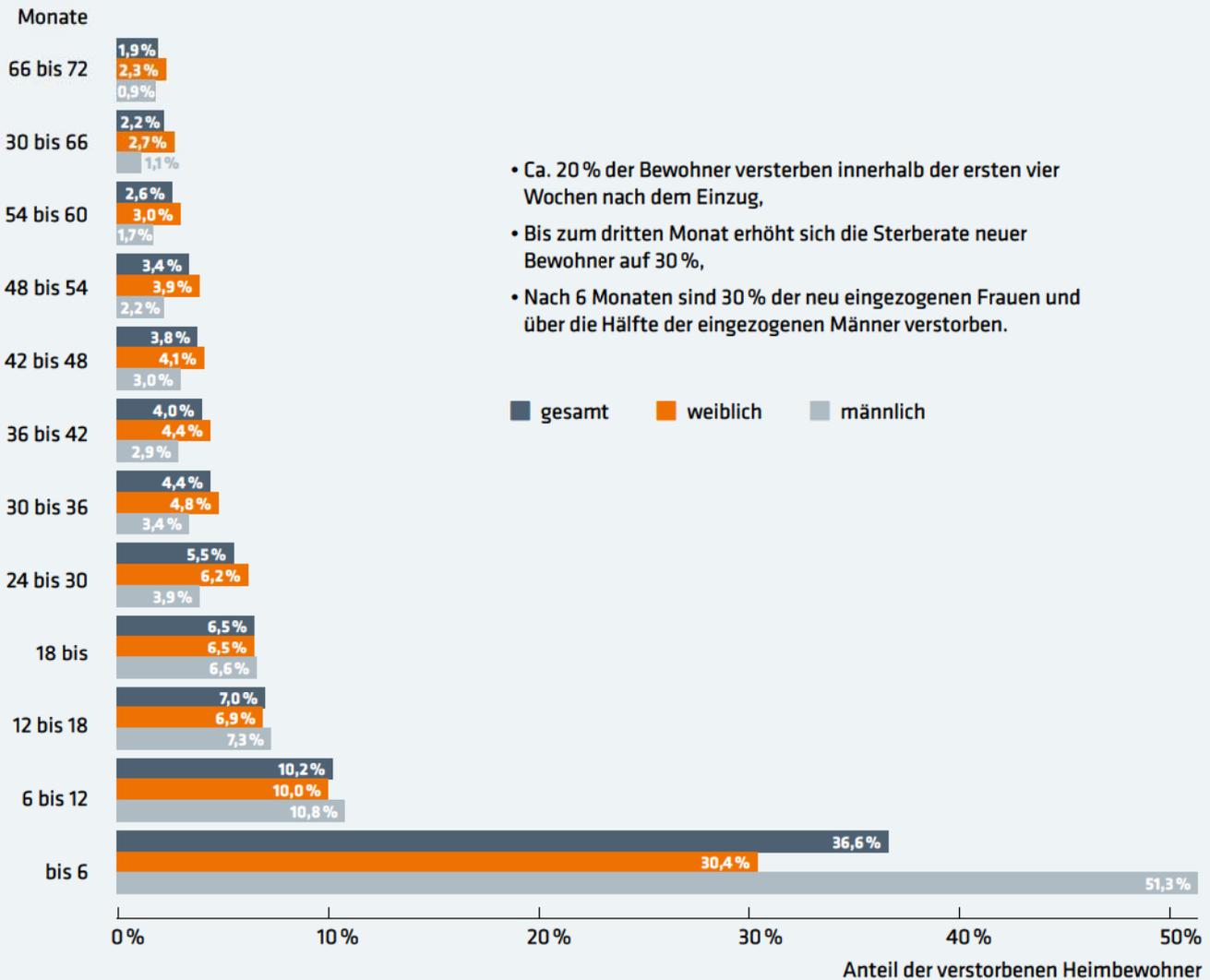
te „Versorgungslandschaften“ mit unterschiedlichen Akteuren und Trägern zu finden sein. Diese verfolgen entsprechend ihrer Angebote „solitäre Interessen“ und arbeiten nur vereinzelt punktuell und formlos zusammen. Wird pflegerische Versorgung quartiersbezogen gedacht, wird der „gemeinsame Nenner“ aller Akteure sichtbar: Der Nutzer im Quartier. Diese Nutzerorientierung reduziert ältere Menschen nicht auf die Rolle des Heimbewohners oder ambulanten Hilfs- und Pflegebedürftigen, sondern adressiert Angebote (sektoren-) übergreifend direkt an den Nutzer, weil sie seinen Bedarfen und Bedürfnissen entsprechen. Die Radikalität und Herausforderung dieser Perspektive entsteht

## VORTEILE FÜR DIE PARTNER UND NUTZER

Für die Netzwerkpartner und damit auch für die Nutzer entsteht ein Mehrwert durch die Arbeit in der quartiersbezogenen Pflegeallianz:

- Aufbau von Vertrauen unter den Netzwerkpartnern,
- Förderung des dialogischen Austauschs,
- Interorganisatorische Abstimmung der Netzwerkpartner,
- Entwicklung neuer Ideen und Energien im Sozialraum,
- Partizipation und damit verbunden ein erhöhtes Engagement der Netzwerkpartner,
- Verlagerung der Verantwortung für pflegerische Versorgung ins Wohnquartier,
- Steuerung der pflegerischen Versorgung im pluralistischen Modus.

### VERWEILDAUERN IM PFLEGEHEIM IN MONATEN



- Ca. 20 % der Bewohner versterben innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Einzug,
- Bis zum dritten Monat erhöht sich die Sterberate neuer Bewohner auf 30 %,
- Nach 6 Monaten sind 30 % der neu eingezogenen Frauen und über die Hälfte der eingezogenen Männer verstorben.

■ gesamt    ■ weiblich    ■ männlich

Quelle: Alters-Institut nach Geschlecht bis 72 Monate (stationär und KZP) 2007 - 2017, n=8286

Das Alters-Institut hat im Rahmen einer Studie die Verweildauern von 35 Pflegeheimen analysiert. Dabei zeigte sich unter anderem, dass nach sechs Monaten (Balken ganz unten) 30 Prozent der neu eingezogenen Frauen und über die Hälfte der eingezogenen Männer verstorben waren.

hierbei im konkreten Nutzungsansatz, der fachlich, wirtschaftlich und ethisch zu reflektieren ist. Diese Nutzer-Perspektive macht ergänzend zum Quartiers- und Gesundheitszentrum die Entwicklung einer quartiersbezogenen Plattform notwendig: Die quartiersbezogene Pflegeallianz. Dies ist ein Netzwerk, in dem sich „Pflege-Akteure“ des Wohnquartiers zusammenschließen und das professionelle Sozialkapital zur Steuerung der öffentlichen Belange der Pflege bündeln. Dieses örtliche Pflegebündnis basiert auf einer Lenkungslogik der pflegerischen Versorgung, die die Managements Logik des

„homo oeconomicus“ durch eine Governance Logik ergänzt und den Willen zu ergänzenden Steuerungseffekten und Zielvorgaben integriert.

**Mögliche Funktionen der Pflegeallianz**

Die Pflegeallianz kann wie jedes Netzwerk folgende Funktionen übernehmen:

- o Interessensallianz an einer passgenauen Pflege für alle Klienten zur effizienten, fachlich, wirtschaftlich und ethisch optimierten Versorgung.
- o Optimierung des Informationsflusse und Abstimmung der Versorgungsplanung.

- o Absicherung der Einbindung notwendiger Akteure (zum Beispiel der Kommune), der notwendigen ergänzenden Akteure und der verwendeten Versorgungskonzepte.
- o Installation infrastruktureller Brücken durch Koordination oder Vermittlung an andere Akteure der pflegerischen Versorgung.

Idealtypisch sollten Pflegeallianzen alle genannten Funktionen erfüllen. Jede quartiersbezogene Pflegeallianz kann und wird jedoch u.a. hinsichtlich der Anzahl der Funktionen genauso wie nach

ENTWICKLUNGSSTADIEN DER PFLEGEHEIME SEIT DEN 1940ER JAHREN BIS HEUTE

	1. Generation	2. Generation	3. Generation	4. Generation	5. Generation	Entwicklungsaufgabe
Entstehung	ca. 1940 bis 1970	Ende 60er bis 70er Jahre	80er Jahre	ca. 2000	2012	ab 2016
Leitbilder	Verwahranstalt	Krankenhaus	Wohnheim	Familie	Appartement	Quartiers- und Gesundheitszentrum
Pflegebedürftige	Insasse	Patient	Bewohner	Bewohner	Klient	Nutzer
Wesentliches, handlungsanleitendes Versorgungsmerkmal	Insassen werden verwahrt	Patienten werden behandelt	Bewohner werden aktiviert	Erleben von Geborgenheit und Normalität in Hausgemeinschaften	Leben in Privatheit	Die sorgende Gemeinschaft
Handlungsanleitendes Merkmal der Beziehungsgestaltung	Orientierung an Lebenslage und Lebensstil					

Quelle: Alters-Institut

Die Weiterentwicklung der Pflegeheime lässt sich anhand unterschiedlicher „Entwicklungsgrade“ darstellen. Das Konzept der Quartiers- und Gesundheitszentren ist dabei idealtypisch zu verstehen.

Anzahl der Netzwerker unterschiedlich sein. Die Funktionen der Pflegeallianz beziehen sich sowohl auf die Optimierung des Pflegeeinzelfalls als auch auf die strukturelle Versorgung für die Nutzer und Nutzergruppen im Quartier durch die Pflegeakteure.

Pflegeallianzen lassen sich nicht „verordnen“, sie können nur initiiert und „gepflegt“ werden. Dennoch sollten die Netzwerke auf Grundlage gemeinsamer Ziele und Qualitätsvereinbarungen arbeiten. Eine Geschäftsordnung könnte u. a. gemeinsame Settings („Gremien, Arbeitsgruppen etc.“) und „Kulturmerkmale“ der Pflegeallianz festlegen.

Auch wenn die Frage wissenschaftlich bis heute nicht beantwortet scheint, ob sich soziale Netzwerke steuern lassen, könnte die Pflegeallianz eine Möglichkeit sein, durch ein kommunal moderiertes, geschäftsführendes Gremium einen neuen pflegerischen Mehrwert zu schaffen, der den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit fördert und heutige Versorgungsbrüche reduziert oder sogar vermeidet.

**Das Projekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“**

Das Alters-Institut als Tochtergesellschaft des Ev. Johanneswerks zielt in dem von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Projekt „Pflege stationär-Weiterdenken!“ (Laufzeit 2016 bis 2019) auf die Weiterentwicklung stationärer Einrichtungen der Langzeitpflege. Dadurch sollen sie im Stadtteil die Funktion sektorenübergreifender, multiprofessioneller Pflegezentren einnehmen können. In Kooperation mit ortsansässigen Anbietern werden sie Anlaufstelle für alte, chronisch kranke und/oder hilfe- und pflegebedürftige Menschen für Unterstützungsleistungen und helfen als Koordinator, Schnittstellenprobleme und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Sie sollen aber auch selbst – unter Berücksichtigung bereits vorhandener Anbieter – gesundheitliche, soziale und pflegerische Angebote ergänzend erbringen. Auf diese Weise ermöglichen sie dezentral im Stadtteil eine umfassende bedarfs- und bedürfnisgerechte, abgestimmte und koordinierte Versorgung. Operative Partner des Projekts

sind das Frieda-Nadig-Haus & Seniorenzentrum Baumheide, der AWO Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, das Pflegezentrum Lohmannshof der v.B.S. Bethel sowie das Johannes-Haus, Ev. Johanneswerk. Strategische Partner sind die Städte Bielefeld und Herford. Die Evaluation wird durchgeführt von der Arbeitsgruppe 6 der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Uni Bielefeld.

**MEHR ZUM THEMA**

[www.alters-institut.de](http://www.alters-institut.de)  
Eine Literaturliste zum Beitrag finden Sie unter [www.altenheim.net/downloads-zur-zeitschrift](http://www.altenheim.net/downloads-zur-zeitschrift)

**Kontakt:**  
[bodo.devries@johanneswerk.de](mailto:bodo.devries@johanneswerk.de)

Dr. Bodo de Vries ist Geschäftsführer des Alters-Instituts und stellv. Vorstand des Ev. Johanneswerks, Bielefeld.

