

Pflege-Report 2015

„Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 73-84



5	Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen Anregungen aus den Niederlanden	73
	<i>Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht</i>	
5.1	Einleitung.....	74
5.2	Langzeitpflege in den Niederlanden – das servicebasierte Pflege- modell	75
5.3	Stationäre Pflege – Abkehr vom konventionellen Pflegeheim.....	77
5.4	Pflegereform	78
5.5	Die Rolle der Kommunen – Pflege vor Ort gestalten.....	79
5.6	Wohnortnahe Gesundheitsversorgung und Prävention	81
5.7	Fazit	82
5.8	Besondere Herausforderungen in Deutschland	83

5 **Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen**

Anregungen aus den Niederlanden

Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht

5

Abstract

In der Ausgestaltung und dem Stellenwert der Pflegeheime gibt es wesentliche Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland. Darüber hinaus nehmen die Kommunen im Bereich der Pflege und in der Altenhilfe eine aktivere Rolle ein als in Deutschland. Alternative Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen begegnen dem Wunsch pflegebedürftiger Menschen nach größtmöglicher Selbstbestimmung und Normalität, wenn der Auszug aus der eigenen Häuslichkeit notwendig wird. Neben der Stärkung der häuslichen Pflege durch den Ausbau wohnortnaher Hilfe- und Unterstützungsstrukturen hat die Pflegepolitik in den Niederlanden dem gezielt Rechnung getragen, insbesondere auch durch den Umbau von Pflegeheimen und die Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen. So sind dort kleine Wohneinheiten mit teilweise familienähnlichen Strukturen entstanden. Vergleichbare Ansätze und Entwicklungen sind in Deutschland ursprünglich eher im Bereich von privaten Initiativen zu verorten, mittlerweile werden sie jedoch auch wesentlicher Bestandteil aktueller Reformpolitik.

There are considerable differences between the design and the overall utilization and importance of nursing homes between the Netherlands and Germany. Moreover, municipalities in the Netherlands play a more active role in health care and social care for the elderly. Alternative settings for social and long-term care delivery respond to user preferences for autonomy and normality in daily living when elderly people have to leave their domestic environment. Considering this, the Dutch long-term care policy focuses –besides the strengthening of home care– on the continuous (re)development of housing and care arrangements, in particular the modification of nursing homes. In this process, small family-type living arrangements emerge. Initially, in Germany similar approaches and developments were launched by private initiatives. Meanwhile they have become a central part of social and long-term care reforms.

5.1 Einleitung

In nahezu allen europäischen Ländern finden grundsätzliche Diskussionen über den Umgang mit dem Alterwerden der Gesellschaft, den sozialen Wandel und damit auch über die Ausgestaltung der Pflegepolitik statt. Zwar gibt es unterschiedliche Ausgangspunkte für die Pflegeversorgung und Pflegepolitik in den Niederlanden und in Deutschland, die Herausforderungen sind jedoch sehr ähnlich. Im Kern geht es dabei um die eigentlich einfache Frage: *Wie wollen wir alt werden?*

Die überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland – mehr als zwei Drittel – wird zu Hause gepflegt, zumeist ausschließlich oder mit Unterstützung von Familienangehörigen; sie ermöglichen oft den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Knapp ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen wird in einem Pflegeheim betreut (Statistisches Bundesamt 2013). Die große Mehrheit wünscht sich, möglichst lange im eigenen Zuhause oder zumindest im vertrauten Umfeld leben zu können. Wird der Umzug in ein Pflegeheim notwendig, sind damit oft Ängste und Vorbehalte verbunden: Angst vor Vereinsamung und sozialer Isolation in einem Heim mit Krankenhauscharakter, am Stadtrand, fernab des bisherigen Lebensumfelds.

Bisher baut man in Deutschland noch sehr stark auf die Bereitschaft, die Möglichkeiten und die Fähigkeit der Familien, die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen zu übernehmen. Die soziale und demografische Entwicklung wirkt sich auf die Anzahl der Pflegebedürftigen aus und verändert auch die bisherigen Pflegestrukturen. Diese sozialen Veränderungen beeinflussen insbesondere die familiäre Pflege. Die Pflege ist weitgehend weiblich: Frauen, die die Hauptlast der Pflege tragen, sind häufiger und länger erwerbstätig. Oft sind die Kindererziehung, die Pflege eines Angehörigen und die eigene Berufstätigkeit zeitgleich zu bewältigen. Insgesamt haben sich die klassischen Erwerbsbiographien verändert; mit dem Beruf sind höhere Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen verbunden. Kinder leben daher nicht selten weit entfernt von ihren Eltern. Instabilere Paarbeziehungen und allgemeine Individualisierungstendenzen wirken sich darüber hinaus auf die Partnerpflege aus (Blinkert und Klie 2004; Haberkern 2009). Es ist daher davon auszugehen, dass die Bedeutung der professionellen Pflege, aber auch von sogenannten Wahlverwandtschaften beziehungsweise Freundschaftsbeziehungen weiter zunehmen wird.

Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind ins Zentrum des Handelns und politischer Gestaltungskonzepte zu rücken. Die Pflege, insbesondere wenn sie auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit stattfindet, muss wesentlich stärker als bisher an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert werden, um ihnen eine hohe Lebensqualität in einem „Zuhause“ zu ermöglichen. Die Niederlande bieten hier einige interessante Einblicke.

In den Niederlanden spielt die professionelle Pflege traditionell eine deutlich größere Rolle als in Deutschland. Auch die Stellung von Pflege- und Seniorenheimen ist eine andere. Die Niederlande verfolgen seit einigen Jahren zielstrebig eine Politik, die älteren und pflegebedürftigen Menschen einen langen Verbleib im eigenen Zuhause erlauben soll. Parallel dazu wurden die Pflegearrangements außerhalb der eigenen vier Wände – insbesondere auch im Pflegeheim – weiterentwickelt. Größtmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen stand dabei im Mittelpunkt.

Auch die jüngste, zum 1. Januar 2015 in Kraft getretene Reform verfolgt die Zielsetzung, die Pflege stärker dezentral und subsidiär zu organisieren. Angesichts erheblich gestiegener Ausgaben für die Langzeitpflege ist die Neuordnung des niederländischen Pflegesystems auch mit Einschränkungen und Kürzungen für die Betroffenen verbunden.

5.2 Langzeitpflege in den Niederlanden – das servicebasierte Pflegemodell

Im europäischen Vergleich ist die Bevölkerung der Niederlande noch vergleichsweise „jung“. 2013 waren erst vier Prozent der Niederländer 80 Jahre und älter. In Deutschland konnten bis zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Prozent der Bevölkerung ihren 80. Geburtstag feiern. Mit Blick auf die künftigen Entwicklungen in der Pflege gibt die Betrachtung des Altenquotienten (Bevölkerung 65+/Bevölkerung 15–64 Jahre) einen wichtigen Anhaltspunkt. In den kommenden Jahrzehnten wird sich die Altersstruktur beider Länder weiter merklich verändern. Heute stehen in den Niederlanden einer Person über 65 Jahren vier Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber, in Deutschland sind es etwa drei. Bis 2060 wird diese Relation in den Niederlanden auf etwa zwei und in Deutschland auf unter zwei Personen im erwerbsfähigen Alter sinken (European Commission 2014). In den Niederlanden wie in vielen anderen europäischen Ländern prägt das Älterwerden der sogenannten Babyboomer-Generation die demografische Entwicklung. In keinem anderen europäischen Land aber war der Geburtenanstieg vergleichbar mit dem der Niederlande. Ab etwa 2020 wird diese Generation der zwischen 1946 und 1955 Geborenen zunehmend der Pflege und Unterstützung bedürfen (Statistics Netherlands (CBS) 2012).

Im Gegensatz zum traditionell familienbasierten System in Deutschland können die Niederlande, wie auch die nordischen Wohlfahrtsstaaten¹, dem servicebasierten Pflegemodell zugeordnet werden. Die staatlichen Leistungen sind umfangreich und die Bedeutung der informellen Pflege ist insgesamt geringer. Professionelle Dienstleister werden hingegen häufiger in Anspruch genommen. Gesetzliche, aber auch normative Verpflichtungen zur Pflege eines Angehörigen bestehen kaum (Haberkern 2009). Nur elf Prozent der Niederländer sehen es als selbstverständlich an, dass im Falle der Pflegebedürftigkeit Familienangehörige beziehungsweise das soziale Netzwerk die Pflege übernimmt (De Boer und De Klerk 2013). Die Verantwortung für Pflege- und Unterstützungsleistungen wird vorrangig auf staatlicher Seite verortet (Tabelle 5–1). 2012 wandten die Niederlande insgesamt 4,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die Langzeitpflege auf. In Deutschland entsprachen die Ausgaben 1,4 Prozent der gesamten Wertschöpfung. Auf die stationäre Pflege entfielen in den Niederlanden 2,5 Prozent und in Deutschland 0,8 Prozent des Brut-

¹ Siehe hierzu den Beitrag von Cornelia Heintze: „Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg“; Kapitel 4 in diesem Band.

Tabelle 5–1

Aufwendungen für die Langzeitpflege 2012

	Anteil am Bruttoinlandsprodukt insgesamt	Anteil am Bruttoinlandsprodukt für stationäre Pflege	Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege aus öffentlichen Mitteln
Niederlande	4,10 %	2,50 %	ca. 90 %
Deutschland	1,40 %	0,80 %	ca. 70 %

Quellen: OECD 2015; Schut und van den Berg 2011; Rothgang 2011

Pflege-Report 2015

WIdO

toinlandsprodukts (OECD 2015).² Ein vergleichsweise großer Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege wird in den Niederlanden aus öffentlichen Mitteln finanziert: Die Pflegebedürftigen selbst tragen durchschnittlich weniger als zehn Prozent der Kosten privat, wobei deren Eigenanteil einkommensabhängig bestimmt wird (Schut und van den Berg 2011). Mit rund 30 Prozent der Gesamtausgaben ist der Anteil privater Mittel an den Pflegeaufwendungen in Deutschland deutlich höher (Rothgang 2011).

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird in den Niederlanden bereits seit 1968 durch eine öffentliche Pflichtversicherung abgedeckt. Ähnlich den Pflegekassen in Deutschland ist die Pflegeversicherung auch in den Niederlanden bei den Krankenversicherungen angesiedelt. Ein wichtiger Unterschied ist, dass es nur eine Pflegekasse für alle Krankenkassen gibt. Dies hat den Nachteil, dass die Abstimmung und Integration des Versorgungsangebots zwischen zentraler Pflegekasse und einzelnen Krankenkassen nicht aus einer Hand erfolgt. Grundlage der Versicherung war bis zum 1. Januar 2015 das Allgemeine Gesetz für besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Es regelte die Pflege für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch erkrankte psychiatrische Patienten. Sowohl die ambulante Grund- und Behandlungspflege als auch die Versorgung in einem stationären Heim fielen bis 2014 unter das AWBZ, bis 2007 auch hauswirtschaftliche Hilfen (siehe auch Tabelle 5–2).

Um die häusliche Pflege zu stärken und hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstverantwortliches Leben zu ermöglichen, wurde im Jahr 1996 ein personengebundenes Budget eingeführt. Es erlaubt den Betroffenen, selbst darüber zu bestimmen, wie der individuelle Pflegebedarf gedeckt werden soll. Die Empfänger beziehungsweise deren Angehörige müssen die zweckgebundene Verwendung des Budgets nachweisen.

Seit 2007 sind die Kommunen im Rahmen des Gesetzes über allgemeine Unterstützungsmaßnahmen (Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO) für soziale Angebote und Dienstleistungen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen verantwortlich. Finanziert werden die vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen über Steuermittel. Freizeitangebote, Essen auf Rädern, Mobilität und hauswirtschaftliche Hilfen,

² Auch Abgrenzungsprobleme zwischen den verschiedenen Systematiken der nationalen Statistiken können hier eine Rolle spielen.

Tabelle 5–2

Empfänger von Leistungen der Langzeitpflege nach Pflegesetting¹

	2004	2006	2008	2010	2012
Stationäre Pflege (AWBZ)	230 000	239 000	246 000	260 000	249 000
Pflege- und Seniorenheime, stationäre Nachsorge	161 000	164 000	165 000	–	–
Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	52 000	56 000	60 000	–	–
Psychiatrische Einrichtungen	17 000	19 000	22 000	–	–
Ambulante Pflege (AWBZ und WMO)²	595 000	610 000	626 000	740 000	717 000
Häusliche Pflege	441 000	431 000	434 000	445 000	414 000
Alltagsbegleitung (individuell)	–	–	–	142 000	146 000
Alltagsbegleitung (in der Gruppe)	–	–	–	93 000	90 000
Grundpflege	293 000	297 000	328 000	352 000	342 000
Medizinische Pflege	280 000	266 000	201 000	179 000	164 000

¹ Finanzierung im Rahmen des AWPZ (stationär) bzw. AWPZ und WMO (ambulant)

² Mehrfachnennungen möglich, da verschiedene Formen der Pflege und Unterstützung gleichzeitig in Anspruch genommen werden können

Quelle: Statistics Netherlands (CBS) 2015a

Pflege-Report 2015

WldO

zum Beispiel Hilfe bei Einkäufen, gehören ebenso zu den kommunalen Aufgaben wie Wohnraumanpassungen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, wie etwa Rollatoren oder Rollstühlen. Ziel des WMO ist es, die gesellschaftliche Teilhabe trotz kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigungen sicherzustellen. In der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen sind die Kommunen sehr frei. Sie verfügen über einen großen Handlungsspielraum bei der Gestaltung der sozialen Infrastruktur vor Ort. Daraus können auch regionale Unterschiede in der Versorgung resultieren.

5.3 Stationäre Pflege – Abkehr vom konventionellen Pflegeheim

Die (traditionelle) stationäre Pflege ist in den Niederlanden noch immer relativ weit verbreitet. Neben den Pflegeheimen richten sich die Angebote von Seniorenheimen an Menschen mit weniger intensivem Pflegebedarf: Appartements mit Alarmfunktion, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Unterstützung bei Erledigungen, eine Basispflege und Freizeitangebote gehören dazu (Schols et al. 2014).

In den vergangenen Jahren ist eine Entwicklung hin zu kleineren, familienähnlichen Wohngruppen innerhalb der Pflegeheime zu beobachten. Darüber hinaus entstehen an die Heime angeschlossene Pflegewohnungen. Auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe demenziell erkrankter und schwer pflegebedürftiger Menschen kann in den Wohngruppen eingegangen werden. Gleichzeitig kann ein

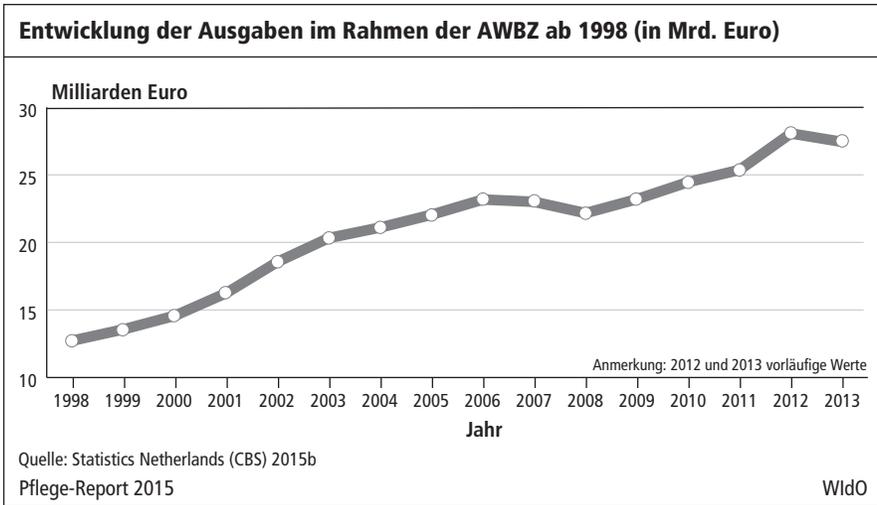
Höchstmaß an Normalität im Alltag aufrechterhalten bleiben. Die wohnliche Atmosphäre gibt insbesondere Menschen mit Demenz Sicherheit und Orientierung. Für sie ist diese Wohn- und Versorgungsform in den Niederlanden mittlerweile etabliert (Verbeek et al. 2009; Schols et al. 2014). Üblicherweise sind die Zimmer der meist sechs, aber maximal zwölf Bewohner der Wohngruppe um einen großen Gemeinschaftsraum herum angeordnet. Eine Küche bildet den Mittelpunkt der Wohnung. Die Pflegekräfte sind feste Bezugspersonen. Gemeinsam mit den Pflegebedürftigen gestalten sie den Tagesablauf: Gemeinschaftsaktivitäten, das Kochen oder gemeinsame Mahlzeiten. Die Pflegebedürftigen werden gemäß ihren Möglichkeiten eingebunden und aktiviert. Die eigenen Zimmer ermöglichen einen Rückzugsraum und Privatsphäre innerhalb der Wohngruppe.

5.4 Pflegereform

Die Ausgaben für die Pflege im Rahmen des AWBZ sind in den vergangenen Jahrzehnten stark gestiegen, im Zeitraum zwischen 1998 und 2013 jährlich um durchschnittlich knapp fünf Prozent von rund 13 Mrd. Euro 1998 auf nun mehr als 27 Mrd. Euro (Abbildung 5–1). Auch vor dem Hintergrund dieser Entwicklung brachte die große Koalition aus Rechtsliberalen und Sozialdemokraten eine Reform der Pflegefinanzierung auf den Weg. Zum ersten Januar 2015 trat diese in Kraft. In den Jahren zuvor kam es in einzelnen Bereichen zu Einschränkungen, etwa hinsichtlich des Zugangs zur stationären Pflege oder dem Anspruch auf ein persönliches Budget, dessen Inanspruchnahme seit der Einführung bemerkenswert gestiegen war. Die aktuelle Reform wird die Strukturen des niederländischen Pflegesystems grundlegender verändern. Insgesamt sollen die Kosten der Langzeitpflege bis 2017 etwa auf dem Niveau von 2012 stabilisiert werden und danach deutlich langsamer ansteigen als nach altem System prognostiziert. Die Reform soll es mehr hilfebedürftigen Menschen erlauben, möglichst lange im eigenen Zuhause zu leben. Unterstützungsleistungen sollen im Lebensumfeld der Betroffenen angeboten werden und nur dann geleistet werden, wenn das soziale Netz der Hilfe- und Pflegebedürftigen die benötigte Unterstützung nicht leisten kann.

Das Gesetz zur Langzeitpflege (Wet Langdurige Zorg, WLZ) hat das bisher gültige AWBZ 2015 ersetzt. Einen Anspruch auf stationäre Pflege haben danach nur noch Pflegebedürftige mit erheblichem Unterstützungsbedarf. Der Grad der Pflegebedürftigkeit und die erforderlichen Unterstützungsleistungen werden von einer unabhängigen Stelle, dem Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), festgestellt. Im Bereich der Altenpflege werden zehn Schweregrade unterschieden, sogenannte Zorgzwaartepakketten (ZZP). Erst ab etwa Schweregrad 4 ist die stationäre Versorgung indiziert und das WLZ greift. Auch das Einstufungs- und Begutachtungsverfahren wird weiterentwickelt werden. Menschen mit Pflegebedarf, die aber nicht schwer pflegebedürftig sind, sollen möglichst in der eigenen Häuslichkeit betreut und versorgt werden. Typischerweise in Seniorenheimen betreute Personen erhalten für die stationäre Pflege künftig keine Indikation. Langfristig sollen Seniorenheime überflüssig werden. Das führt auch dazu, dass sich der Charakter der Pflegeheime verändern wird. Zunehmend werden nur noch Menschen mit hohen Pflegebedarfen

Abbildung 5-1



in den Heimen betreut. Für die medizinische Pflege aller im ambulanten Bereich betreuten Pflegebedürftigen kommt nun die Krankenversicherung (Zorgverzekeringswet, Zvw) auf. Bei ambulant betreuten Personen sind künftig die Krankenkassen für den gesamten medizinischen Bereich verantwortlich, von der häuslichen Pflege bis zur Krankenhausbehandlung. Wie auch in den Niederlanden im Bereich der Krankenversicherung üblich, sollen die Versicherer spätestens ab 2017 auch im erweiterten Geltungsbereich des Zvw das finanzielle Risiko tragen. Die Ausgleichsregelungen (Risikosturkurausgleich) werden entsprechend angepasst. Ein Anreiz zur Bereitstellung qualitativ hochwertiger Pflege würde entstehen. Weitere Reformmaßnahmen sind die Erhöhung der Selbstbeteiligung für die stationäre Pflege und die weitere Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen für das persönliche Budget.

5.5 Die Rolle der Kommunen – Pflege vor Ort gestalten

Die Pflege selbst, in Deutschland wie in den Niederlanden, geschieht vor Ort, in den Kommunen, den Stadtvierteln, Gemeinden und Quartieren. Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland Mitte der 1990er Jahre, die prinzipiell erfolgreich die Voraussetzungen für den Ausbau der Pflegeleistungen legte, sahen sich die Kommunen zumindest teilweise ihrer Steuerungsverantwortung entbunden. Zunehmend wird jedoch die zentrale Rolle der Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge erkannt. Mitunter ist auch von einer (Re-)Kommunalisierung der Pflege die Rede. Bei der Entwicklung der örtlichen Pflegeinfrastruktur, aber auch viel weiter gefasst bei sozialen, wohnungsbaulichen und verkehrspolitischen Fragen wie auch bei der Sicherung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger

tiger Menschen kommt den Kommunen eine Schlüsselrolle zu. Pflegepolitik ist Querschnittspolitik. Viele Städte und Gemeinden zeigen durch innovative Ansätze und Projekte, wie die soziodemografische Entwicklung vor Ort gestaltet werden kann. Doch zu oft fehlt es in den Kommunen an Ressourcen, Konzepten und auch an Kompetenzen, um der Verantwortung im Bereich der Pflege gerecht werden zu können.

In den Niederlanden übernehmen die Kommunen umfangreiche Aufgaben im Bereich der Pflege und Altenhilfe. Verglichen mit dem eng gefassten Pflegebegriff in Deutschland haben ältere Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf schon deutlich früher einen Anspruch auf öffentliche Leistungen, etwa für Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich oder bei der Alltagsbewältigung (Behördengänge, Erledigungen etc.).

Mit Inkrafttreten des WMO wurden die bis dahin geltenden kommunalen Aufgaben erweitert. Seit 2007 sind die Städte und Gemeinden in den Niederlanden unter anderem auch für hauswirtschaftliche Hilfen verantwortlich. Mit wachsenden Zuständigkeiten für ältere und pflegebedürftige Menschen hat sich auch ihr Selbstverständnis verändert. Mehr und mehr Kommunen erkennen ihre gestaltende und steuernde Funktion und nehmen zum Beispiel bei der Umsetzung von Quartierskonzepten eine aktive Rolle ein. Die notwendigen Haushaltsmittel zur Realisierung kommunalpolitischer Ziele stehen nicht immer zur Verfügung. Per Gesetz sind die Kommunen für die Sicherstellung der Daseinsvorsorge verantwortlich, dabei finanziell aber in hohem Maße abhängig von der Regierung (ISA 2014). Zum 1. Januar 2015 wurde der Verantwortungsbereich der Kommunen im Rahmen des WMO noch einmal erweitert. Insbesondere Aktivierung und soziale Betreuung gehören nun dazu. Das verspricht neue Impulse für die Gestaltung der kommunalen Pflegeinfrastruktur. Gleichzeitig folgt die zunehmende Dezentralisierung der pflegerischen Versorgung aber auch der Logik, dass Kommunen durch ihre Nähe zu den hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen und ihr Wissen über die konkreten Bedarfe vor Ort die Unterstützungsleistungen kostengünstiger als zentrale Stellen anbieten können. Wie bereits bei der Einführung des WMO sind mit der jüngsten Reform des Gesetzes Budgetkürzungen für die Kommunen verbunden, die sie in ihren Gestaltungsmöglichkeiten einschränken.

„Quartiers“-Projekte zur stärkeren Vernetzung der wohnortnahen Angebote in den Bereichen Pflege, Gesundheit, Soziales, Wohnen, Verkehr, etc. und zur Weiterentwicklung der örtlichen Strukturen werden in den Niederlanden etwa seit Mitte der 1990er Jahre verwirklicht. Seither wurden weit mehr als 100 Projekte im ganzen Land initiiert (ISA 2014). Im kleinen Rahmen können auch Versicherer innovative Projekte und Ansätze unterstützen. Stationäre Einrichtungen können dafür mit Zuschlägen in der Vergütung belohnt werden. 2014 gehörten dazu auch Maßnahmen zur Öffnung des Pflegeheims in den Sozialraum, wie etwa ein angeschlossenes Café.

5.6 Wohnortnahe Gesundheitsversorgung und Prävention

In den Niederlanden ist die „Gemeindeschwester“ die erste Ansprechpartnerin für ältere Menschen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie ist das Bindeglied zwischen der medizinischen und sozialen Dimension der Pflege. Mit der Reform der Pflege zum Jahresbeginn 2015 wurde die Rolle der Gemeindepflegekraft (Wijkverpleegkundige) in den Niederlanden gestärkt. Als Konsequenz der neuen Verantwortlichkeit der Krankenversicherung für die häusliche Pflege wurde auch die Gemeindekrankenpflege im Zvw angesiedelt.

In der Gemeindekrankenpflege werden in den Niederlanden nur Pflegefachkräfte mit einer entsprechenden Fortbildung eingesetzt. Für die konkrete Gestaltung vor Ort sind die Versicherer und die Gemeinden verantwortlich. Auch künftig soll die Gemeindepflegekraft eine koordinierende Funktion einnehmen. Sie kennt die Angebote vor Ort und ist mit anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens – Hausärzten, Pflegedienstleistern, Therapeuten oder kommunalen Stellen – gut vernetzt. Bei Personen mit Pflegebedarf, aber ohne stationäre Indikation stimmt die Gemeindepflegekraft gemeinsam mit dem Hausarzt die Pflege in der Häuslichkeit ab.

Die Effekte der Gemeindekrankenpflege wurden beispielsweise im Rahmen des „Programms zur besseren Integration von Pflege, Wohnen und Wohlergehen (Zichtbare schakel – sichtbares Bindeglied) untersucht. Neben finanziellen Einsparungen durch die koordinierte Versorgung konnten im Laufe des Vier-Jahres-Programms auch positive Effekte zum Beispiel auf die Lebensqualität beobachtet werden (van der Meer und Postma 2014).

In den meisten europäischen Ländern werden in Pflegeheimen – abgesehen vom hauswirtschaftlichen Personal – fast ausschließlich Pflegekräfte beschäftigt. Nicht so in den Niederlanden: Dort ist die Rolle der Pflegeheime in der Gesundheitsversorgung eine andere als in Deutschland. Die stationäre Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt und die Rehabilitation haben einen hohen Stellenwert. Das spiegelt sich auch in der Personalausstattung wider. Die Teams in niederländischen Pflegeheimen sind multidisziplinär. Sie bestehen neben den Pflegekräften aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Beschäftigungstherapeuten. Im Sinne einer aktivierenden Pflege unterstützen die verschiedenen Professionen Pflegebedürftige entsprechend ihren ganz individuellen Bedürfnissen (Schols et al. 2014). Das heißt auch, dass ein Teil der Pflegebedürftigen das Pflegeheim wieder in Richtung der eigenen Häuslichkeit verlässt. Nach intensiver Rehabilitation kann circa ein Drittel der Bewohner wieder nach Hause entlassen werden (Hoek et al. 2003).

Darüber hinaus gehört auch ein Mediziner zum Personal im Pflegeheim. Nur in den Niederlanden ist der Heimhausarzt (Verpleeghuisarts) eine anerkannte hausärztliche Spezialisierung. So wird auch die ärztliche Versorgung direkt vor Ort sichergestellt. Der Heimhausarzt koordiniert das multiprofessionelle Team im Pflegeheim (Schols et al. 2004). Auch die Palliativversorgung wird in die niederländischen Pflegeheime zunehmend integriert. Mehr und mehr Heime richten entsprechende Räumlichkeiten ein (Schäfer et al. 2010).

5.7 Fazit

Selbstbestimmung und soziale Teilhabe trotz Einschränkungen sind ganz wesentlich für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer und pflegebedürftiger Menschen. Das gehört zum Grundsatz einer zeitgemäßen Pflegepolitik.

Gerade wenn der Verbleib im eigenen Zuhause unmöglich wird, braucht es differenzierte Angebote jenseits der konventionellen Heime. Die Betreuung und Versorgung in Wohngruppen, in Pflege-WGs und Pflegewohnungen erlaubt eine stärker an den individuellen Bedarfen der Pflegebedürftigen orientierte Betreuung und Versorgung. Diese Wohnformen ermöglichen ein familienähnliches Wohnumfeld mit persönlichen Gegenständen, der Möglichkeit den eigenen Tagesablauf selbst zu bestimmen, Einbindung in Tagesaktivitäten, Teilhabe, Vertrautheit und weitestgehender Normalität. Darüber hinaus finden Pflegebedürftige hier auch einen Rückzugsraum und die notwendige Privatsphäre.

In den Niederlanden werden seit einigen Jahren verschiedene alternative Wohnformen etabliert und bestehende Pflegeheime so umgestaltet, dass kleine Wohngruppen entstehen. Die weitere Öffnung der Heime in die Gesellschaft, den Sozialraum wird gefördert.

Gleichzeitig ist das zentrale Ziel der niederländischen Pflegepolitik, möglichst vielen älteren und pflegebedürftigen Menschen den Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld zu ermöglichen und eine stationäre Betreuung hinauszuzögern. Bei der Gestaltung der dafür notwendigen niedrighschwellig, wohnortnahen Pflegeinfrastrukturen kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu. Die Strukturen und Angebote vor Ort begegnen neben Bedarfen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege auch den sozialen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Unabhängig von starren Definitionen von Pflegebedürftigkeit setzen Hilfe- und Unterstützungsangebote zum Beispiel im hauswirtschaftlichen Bereich oder bei der Alltagsbegleitung deutlich früher an als in Deutschland üblich. Prävention, Rehabilitation und Aktivierung haben einen hohen Stellenwert und finden auch in der Praxis Anwendung. Dabei nimmt die Gemeindepflegekraft eine koordinierende Funktion ein. Sie berücksichtigt die verschiedenen Dimensionen ganzheitlicher Pflege und hat die Gesamtsituation genauso wie das Wohlbefinden des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Blick.

Mit der zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Reform schränken die Niederlande die einfach zu erhaltenden und umfangreich gewährten Sozialleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit ein und ergänzen sie mit subsidiären Elementen. Das niederländische System nähert sich damit, von einem hohem Niveau kommend, ein Stück weit dem deutschen Pflegesystem an. Die Möglichkeiten der Unterstützung durch das direkte soziale Netzwerk der Pflegebedürftigen werden stärker berücksichtigt. Die Ausweitung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs der Kommunen erfolgt jedoch nicht mit der dafür notwendigen Erhöhung der finanziellen Zuweisungen.

5.8 Besondere Herausforderungen in Deutschland

Pflegeheime haben im Laufe der letzten Jahrzehnte ihren Charakter verändert. Dies ist zunächst nicht dem Pflegeheim als solches anzulasten. Die Lebensspanne, die im Pflegeheim verbracht wird, hat sich drastisch verkürzt. Die Aufgaben und die Außenwahrnehmung der Pflegeheime haben sich zusätzlich gewandelt. Der Umbau der Pflegeheime und ihre Verknüpfung mit unterschiedlichen Wohnformen ist daher keine triviale Aufgabe. Und sie ist vor allem keine alleinige Aufgabe der Pflegeheime. Positive Ansätze sind durchaus zu finden; so gibt es Pflegeheime, die sich auf den Weg gemacht haben, die Wohnqualität zu erhöhen und andere Wohnformen anzudocken, die Pflege- und Gesundheitsversorgung zu verbessern und auch mehr Initiative in Richtung Prävention und Rehabilitation zu zeigen.

Die Veränderungsprozesse sind in Deutschland relativ spät eingeleitet worden. Mit dem Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW) verfolgt das Land Nordrhein-Westfalen diesen Weg. Das Gesetz erleichtert unter anderem den Aufbau von Alternativen zur Heimunterbringung. Pflegeheime erhalten zusätzliche Anreize dafür, die Wohnqualität für ihre Bewohner zu verbessern. Auch die Rolle der Kommunen wird gestärkt: Bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit können sie künftig Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Einkaufshilfen oder Besuchsdienste anbieten. Das betont den Stellenwert präventiver Maßnahmen. Ebenso verfolgt die Gesetzgebung des Bundes (zum Beispiel die Pflegestärkungsgesetze) das Ziel, den Pflegebedürftigen den Zugang zu unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen und zu unterschiedlichen Betreuungsangeboten zu erleichtern. Es sind wichtige positive Entwicklungen. Ob diese jedoch ausreichend und angemessen sind, ist fraglich. Dies betrifft ganz unterschiedliche Aspekte, es gilt für die Finanzierung der Pflegeversorgung, für eine zeitgemäße medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen, ihre Verknüpfung mit sozialen Hilfsangeboten, für die Ausgestaltung einer kommunalen Querschnittspolitik und auch für das soziale und kulturelle Selbstverständnis unserer Gesellschaft.

Literatur

- Blinkert B, Klie T. Gesellschaftlicher Wandel und demografische Veränderungen als Herausforderung für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt* 2004; 53 (11): 319–25.
- De Boer A, De Klerk M. *Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research 2013.
- European Commission. *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodology*. Brüssel 2014.
- Haberkern K. *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatr* 2003; 18: 244–249.

- ISA – Integrated Service Areas. Nationaler Kontext: Niederlande. <http://www.isa-platform.eu/participants/netherlands.html> (21. August 2014).
- OECD. Health expenditure and financing. www.oecd.org/statistics (14. Januar 2015).
- Rothgang H. Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model. In: Costa-Font J. *Reforming Long-Term Care in Europe*. Wiley-Blackwell 2011; 78–102.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W und van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010; 12 (1): 1–229.
- Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5 (3): 207–12.
- Schols JM, Frijters DH, Kempen RG, Hamers JP. Quality monitoring of long-term care for older people in The Netherlands. In: Mor V, Leone T, Maresso A. *Regulating Long-Term Care Quality. An International Comparison*. New York: Cambridge University Press 2014; 211–39.
- Schut FT, van den Berg B. Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance. In: Costa-Font J. *Reforming Long-Term Care in Europe*. Wiley-Blackwell 2011; 53–77.
- Statistics Netherlands (CBS). Baby Boomers in the Netherlands. What the statistics say. Den Haag 2012.
- Statistics Netherlands (CBS). Care expenditure and financing. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm> (16. Januar 2015b).
- Statistics Netherlands (CBS). Use of care facilities. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm> (16. Januar 2015a).
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden 2013.
- van der Meer EH, Postma JP. De ‚Zichtbare schakel‘ – wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonWm. <http://www.bmccadvies.nl/wp-content/uploads/2014/05/Zichtbare-Schakel-2014.pdf> (17. September 2014).
- Verbeeck H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2009; 21 (2): 252–64.