Sachstandsbericht zum Verlauf des dritten Pflegefachtags und zu den Vorbereitungen der Gründung des „Netzwerkes Gute Pflege Magdeburg“

I. Ausgangslage

Aus der wachsenden Zahl der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger in unserer Stadt ergeben sich neue Herausforderungen an die Verwaltung. Die Landeshauptstadt wartet nicht erst ab bis die Bundesregierung ihre Ankündigung umgesetzt hat, den Kommunen mehr Einflussmöglichkeiten in der Pflege zu eröffnen. Zwar sind viele Menschen bis ins hohe Alter fit und selbstständig, aber die Errungenschaft des hohen Alters kann oftmals auch mit Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit verbunden sein. Da die Aufgabe nur gesamtgesellschaftlich gelöst werden kann, wurden durch das Sozialdezernat im vergangenen Jahr 2014 Vorbereitungen für ein zu gründendes „Netzwerk gute Pflege Magdeburg“ unternommen.

Das Leistungsspektrum wurde seitens des Gesetzgebers für pflegebedürftige Menschen im Sinne des SGB XI in den letzten Jahren (2008: *PWG (Pflegeweiterentwicklungsgesetz)*- Einrichtung von Pflegestützpunkten und gesetzlicher Pflegeberatung, stärkerer Fokus auf dementiell Erkrankten; *PflegeZG (Pflegezeitgesetz)*, 2013 *PNG* (Pflegeneuausrichtungsgesetz)- Stärkung ambulanter Betreuungsleistungen für dementiell Erkrankte, Stärkung der Privat- Vorsorge) in kurzfristigen Abständen regelmäßig erweitert. Mit Beginn des Jahres 2015 trat das *PSG I (Erstes Pflegestärkungsgesetz)* in Kraft. Zwar folgt der Markt an Pflege- und pflegeflankierenden Dienstleitungen in Magdeburg grundsätzlich den neu eingeführten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, doch bestehen offensichtlich Reserven in Bezug auf Bekanntheit, Quantität, Transparenz der Qualität und der räumlichen Verteilung dieser Angebote. Diese neuen Angebote abseits der etablierten ambulanten oder stationären Strukturen haben hierbei oft Pilotcharakter (z.B. im Bereich von Pflege- Wohngemeinschaften).

II. Zielstellung

„Pflege findet vor Ort statt…“[1], was die „… Entwicklung eines vielschichtigen Netzes mit zielgenauen Kooperationen zwischen professionellen Leistungserbringern, niedrigschwelligen Hilfen und zivilgesellschaftlichem Engagements auf regionaler Ebene…“[2] erfordert. Zentrale Aufgaben[3] eines solchen Netzes aus pflegewissenschaftlicher Sicht sind bspw. *Pflegeplanung und -steuerung*, *Pflegeberatung und Case & Care Management*, die

[1] Pflege vor Ort gestalten und verantworten, S. 8.
[2] Ebd.
[3] Ebd. S. 10.

Pflege und Betreuung selbst, *Leistungsbewilligung und Abrechnung*. Dieser Ansatz wird aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Sicht anhand des „regionaler Pflegebudgets“ diskutiert.[4]

Damit einher ginge auch die im Koalitionsvertrag[5] geforderte Übertragung von Planungs- und Steuerungsaufgaben auf die Kommune, die damit Anreize zur Entwicklung bedarfsgerechter, die ambulante Pflege unterstützender Angebote setzen kann. Die durch die Bundesregierung einberufene Bund-Länder-Arbeitsgruppe diskutiert die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. In der Konsequenz einer solchen Entwicklung werden Entlastungseffekte in der personalintensiven stationären Pflege erwartet, die der prognostizierten Entwicklung der stationären Pflegequote von 45,9% in Magdeburg (Anteil der Menschen mit einer Pflegestufe, die in einem Heim leben) für das Jahr 2030 entgegenwirken können.

Staatssekretär Karl-Josef Laumann (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege) fordert die passende Infrastruktur für die Generation „Ü80“, die die „… Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Sozialraum, niedrigschwelliger Angebote und der Einbindung der Kommunen in die Strukturen der Pflegeversicherung…“ gewährleistet.[6]

Es gilt gerade deshalb, pflegerische Hilfs- und soziale Unterstützungsangebote kleinräumig verfügbar zu machen, so wie auch durch den Deutschen Städte- und Gemeindebund gefordert: „Ein gut strukturiertes und vernetztes Hilfesystem im Sozialraum und Quartier mit verschiedenen Hilfsformen ist notwendig, um adäquat und bedarfsorientiert Angebote machen zu können.“[7]

III. Entwicklung

a. Aus demografischer Sicht

Ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen bei gleichbleibenden alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten wird bis 2030 um ca. 50% erwartet.[8] Das entspricht für die Landeshauptstadt Magdeburg insgesamt einer Anzahl von etwa 10.088 Personen der Gesamtbevölkerung[9] (entspricht einem Anteil der Pflegebedürftigen an der

[4] Ebd. S. 8.
[5] Vgl. dazu den Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode, S.61.
[6] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, Nr. 42 vom 29. September 2014.
[7] Positionspapier DStGB vom 17.01.2014: Infrastruktur in Städten und Gemeinden umbauen Medizinische Versorgung anpassen Nachhaltige Finanzierung sichern.
[8] Themenreport Pflege 2030, S.10.
[9] Die Berechnung basiert auf der letzten verlässlichen Zahl des Landesamtes für Statistik LSA für das Jahr 2011: 6.725 Pflegebedürftige.

Gesamteinwohnerzahl von etwa 3%[10] bis 4%[11]). Bezogen auf die Gruppe der ab 65jährigen zeichnet sich dann jedoch ein anderes Bild ab. Prognose: 18%[12], Tendenz steigend.

Im Rahmen des demografischen Wandels wird ein „…**Anstieg der kommunalen Ausgaben** für die Hilfe zur Pflege (HzP) von etwa 25% erwartet, verursacht durch vermehrte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege bei gleichzeitig steigenden Kosten je Fall sowie Zunahme der Altersarmut.“[13] Dies entspricht für Magdeburg einer Anzahl von etwa 1.240 Personen.[14] Diesem Trend kann die Kommune nicht aus eigener Kraft entgegenwirken, sondern ist auf Synergien angewiesen. Darüber hinaus bildet sich durch „…das „Aufeinandertreffen steigender Bedarfe nach formaler Pflege und eines rückläufigen Arbeitskräfteangebotes…“[15] eine **Versorgungslücke an Pflegekräften**, die es zu kompensieren gilt.

Tabelle 1- Prognose der Versorgungslücken bei Pflegekräften im Jahr 2030 in absoluten Zahlen (Vollzeitäquivalente)

Magdeburg[16]			
	Szenario 1	**Szenario 2**	**Szenario 3**
ambulant	332	540	791
stationär	973	808	232

Szenario1: Status Quo, die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsarten werden nach Alter und Geschlecht fortgeschrieben.
Szenario 2: Die formelle Pflege nimmt zu (da die Zahl pflegender Angehöriger abnimmt).
Szenario 3: Wunschszenario (bei Stärkung häuslicher Pflege)

Für Magdeburg lautet die Prognose[17] im Jahr 2030 (im günstigsten Fall): Eine Versorgungslücke im ambulanten Bereich von 332 Pflegekräften, im stationären Bereich von 973 Pflegekräften.

b. Mit Blick auf die Ergebnisse der Pflegefachtage, insbesondere des dritten Pflegefachtages

Wie durch das Sozialdezernat mit I0290/14[18] angekündigt, fand am 27.10.2014 der dritte Pflegefachtag in Verantwortung des Sozialdezernates im Gesellschaftshaus statt. Die

[10] Bei gleichzeitigem prognostiziertem Bevölkerungsrückgang auf 225.694 Personen im Jahr 2025. Vgl. die 5. rationalisierte Bevölkerungsprognose.
[11] Vgl. Wegweiser Kommune, Pflegeprognose Magdeburg.
[12] Ausgehend von einer Einwohneranzahl der über 65jährigen von 55.312 und dem Anstieg der P- Bedürftigen auf 10088 bereits bis zum Jahr 2025.
[13] Pflege vor Ort gestalten und verantworten, S. 11.
[14] Eigene Berechnung.
[15] Vgl. dazu den „Themenreport Pflege 2030“ S.10.
[16] Http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/pflegeprognose+magdeburg+versorgungsluecken-bei-den-pflegekraeften-absolut+tabelle.
[17] Http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/pflegeprognose+magdeburg+versorgungsluecken-bei-den-pflegekraeften-absolut+tabelle.
[18] Vgl. dazu I0290/14.

Federführung oblag dem Sozialamt, Stabstelle Seniorenpolitik. Neben der Auseinandersetzung mit der Art und Weise einer *zeitgemäßen Pflegelandschaft der Zukunft unserer Stadt* stand vor allem das Herstellen der Arbeitsfähigkeit der Projektgruppen im Fokus der Veranstaltung. Parallel zur Herstellung der praktischen Modalitäten sollen Netzwerkaufbau und -arbeit wissenschaftlich in Form einer Netzwerkanalyse evaluiert werden. Dazu wurde das Institut für Sozialforschung[19] aus Halle gewonnen. Den entscheidenden Veranstaltungspunkt bildete die Unterzeichnung einer Absichtserklärung zum gemeinsamen Aufbau eines Netzwerkes.

Im Ergebnis der Spitzengespräche[20] trat die Ebene der Geschäftsführer bzw. der Unterzeichner der Absichtserklärung zum Pflegefachtag auf Wunsch des ehemaligen Beigeordneten Herrn Brüning in einer Lenkungsgruppe zusammen. Der Wille zur stärkeren Kooperation in Form eines Netzwerkes ist bei den Netzwerkpartnern in großem Maß vorhanden.

Derzeit existieren vier Projektgruppen, die ihre Arbeit im Nachgang des Pflegefachtages aufgenommen haben:

Projektgruppe 1) Koordinierungsstelle

Die Projektgruppe "Koordinationsstelle" hat die Aufgabe, die Grundsatzentscheidungen der Lenkungsgruppe zu Funktion, Anbindung, personeller und sächlicher Ausstattung und zur Finanzierung praktisch umzusetzen. Weiterhin koordiniert sie die Netzwerktätigkeit und kümmert sich um die Öffentlichkeitsarbeit. Die Befassung mit organisatorischen Inhalten des Treffens ist Aufgabe der Koordinierungsgruppe. Die Sprecherinnen bzw. Sprecher der übrigen Projektgruppen Qualitätshandbuch, Überleitungsmanagement und Kooperation werden in die PG entsandt. Dies gewährleistet einen adäquaten Informationsfluss.

Projektgruppe 2) Qualitätshandbuch

Die Projektgruppe setzt sich mit der „Ethik“ des Netzwerkes auseinander. Welcher a) *Kodex* beherrscht das Miteinander der Netzwerkpartner, welche b) *Anforderungen* werden bezüglich der **Case- Ebene** (Fallmanagement) innerhalb des Netzwerkes gestellt (z.B. Qualifikation der Beratenden, Qualität des Beratungsprozesses), welche c) *Modifikationen* der **Care- Ebene** (Infrastruktur) sind für eine erfolgreiche Zusammenarbeit notwendig? Ein Ziel der gemeinsamen Projektarbeit ist das Verlassen einer rein medizinischen Sichtweise von Pflege, in der alle ergänzenden Hilfen auf die Ebene und den Einflussbereich der Kommune verschoben wird, hin zu einem Ansatz der die drei Ebenen Case/ Care/ Ethik miteinander vereint.

Projektgruppe 3) Kooperationsvereinbarung

[19] Vgl. dazu http://www.zsh-online.de.
[20] Vgl. I0209/14.

Die formale Grundlage der gemeinsamen Zusammenarbeit soll eine durch alle Partner zu erarbeitende und abgestimmte Kooperationsvereinbarung (bis Mitte 2015) sein. Zur Visualisierung mittels einer Netzwerkkarte, in der die aktuellen und potentiellen Netzwerkpartner verzeichnet sind, hat sich das Institut für Automatisierung und Kommunikation e.V.[21] bereit erklärt. Die Datengrundlage liefert eine Analyse des *Institutes für Sozialforschung Halle e.V.*[22], die auch qualitative Aussagen zur Netzwerkstruktur ermöglichen soll.[23]

Projektgruppe 4) Überleitungsmanagement

Die zahlenmäßig derzeit größte Gruppe setzt sich dafür ein, dass zunächst erst einmal ein einheitliches Verständnis für den Begriff „Überleitungsmanagement“[24], oder auch „Entlassungsmanagement“ entwickelt wird. Das Entlassungsmanagement ist entsprechend der §§ 11 (1), 39 (1) SGB V Aufgabe der Krankenhäuser „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.“ Seitens der Netzwerkpartner ist ein starkes Interesse an der Thematik des Entlassungsmanagements vorhanden.

IV. Ausblick

c. Einrichtung einer Koordinierungsstelle

Für die Koordinierung der gemeinsamen Netzwerkarbeit ist die Einrichtung einer Personalstelle anzustreben, die als „Ansprechstelle“ der Netzwerkpartner dient, die die Akquise neuer Netzwerkpartner verantwortet, Versorgungslücken bzw. Schnittstellen zu bestehenden Netzwerken identifiziert und für die Netzwerkpartner nutzbar macht.

Hauptaufgaben: „Ansprechstelle“ der Netzwerkpartner; Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit; Koordinierung von Veranstaltungen; Kommunikation von Ergebnissen; Ideen aufgreifen und sammeln, deren Umsetzung anregen und koordinieren; Akquise von Finanzmitteln; Zielgruppenbestimmung („Kümmerer- Funktion“ gegenüber den Netzwerkpartnern); Versorgungslücken identifizieren; Schnittstellen zu bestehenden (auch regionalen bzw. überregionalen) Netzwerken finden und nutzen.

Notwendige Ressourcen: hauptamtliche Besetzung in Form einer Vollzeitstelle, gesicherte Finanzierung durch einen Mix aus Fördermittel bzw. Umlagefinanzierung; gesicherte lokale und technische Erreichbarkeit.

---

[21] Http://www.ifak.eu.
[22] Http://www.zsh-online.de.
[23] Https://umfragen.zsh.uni-halle.de/index.php?sid=59136.
[24] Vgl. §§ 11 (1), 39 (1).

Zur Finanzierung kann die Möglichkeit der Fördermittelakquise geprüft bzw. genutzt werden. Aktuelle Programme sind derzeit über „Kommunen innovativ“[25] sowie die „Demografierichtlinie“[26] aufgelegt.

d. „Caring Community“

a) Die Rolle der Stadt als **„Caring Communitiy“**[27] wird gestärkt. Dadurch ist die Beförderung eines Pflegemix im Quartier unter effizientem Einsatz finanzieller Mittel möglich, dem eine Präventions- und Rehabilitationsorientierung vorausgehen müsste.[28] „Caring Communities“ können jedoch nicht zentral geplant und nach bundeseinheitlichen Standards nationaler Sozialkassen realisiert werden. Sie müssen kleinräumig, vor Ort, in den Kommunen und Wohnquartieren wachsen und Freiräume zur vielfältigen Ausgestaltung haben.[29]

b) **Entlastungseffekte durch qualifizierte Beratung** sind zu erwarten: Verfügbare Hilfen können schneller in Anspruch genommen werden. Die ambulante & teilstationäre Pflege wird gestärkt. Damit will sich die Stadt dabei nicht nur auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen einstellen, sondern zugleich z.B. die Kräfte der Sozial- und Wohnungswirtschaft bündeln, um die Teilhabemöglichkeiten am sozialen Leben zu erweitern und pflegende Angehörige zu entlasten. Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zur Inklusion der pflegebedürftiger Menschen geleistet werden, die maßgeblich von der Verfügbarkeit barrierefreien Wohnraums, niedrigschwelliger, die Pflege ergänzende Angebote und nachhaltiger Quartierskonzepte abhängt.

V. Mitwirkende

Advita Pflegedienst GmbH, Ambulantes Pflegeteam Marc Bennerscheidt, Arbeiterwohlfahrt-Kreisverband Magdeburg e.V., ASB Regionalverband Magdeburg- APH „Am Birnengarten“, Club 50 e.V., COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt- Regionalstelle Mitte-West, Freiwilligenagentur Magdeburg e.V., GWG Gartenstadt-Kolonie Reform eG, habilis gGmbH, Landeshauptstadt Magdeburg- Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit, Landesverband Angehörige psychisch Kranker Sachsen-Anhalt-Kontaktstelle Magdeburg, Leben selbst gestalten e.V., Magdeburger Stadtmission e.V., Malteser Hilfsdienst e.V. Magdeburg, Meldestelle „Hilfe bei Gewalt in der Pflege“, MWG-Wohnungsgenossenschaft eG Magdeburg, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg-Medizinische Fakultät/ Universitätsklinikum A.ö.R., Persönliche Hilfen Sachsen-Anhalt-Betreuungsverein Magdeburg e.V., Pfeiffersche Stiftungen- milde Stiftung bürgerlichen

[25] http://www.bmbf.de/foerderungen/24613.php
[26] Vgl. Förderprogramm „Kommune innovativ“
[27] Stellungnahme der Bertelsmann-Stiftung: „Den pflegepolitischen Reformstau auflösen!“ (2012)
[28] Ebd.
[29] Ebd.

Rechts, „Pflegecenter am Sternsee“, Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Magdeburg, Seniorenheim Lübecker Str., SPI- Soziale Stadt und Land Entwicklungsgesellschaft mbH, Tagespflege Stadtfeld GmbH, VBU e.V.- Verein barriereloses Umfeld, Vitanas Seniorencentrum „Elbblick“, Volkssolidarität Sachsen-Anhalt e.V.- Regionalverband Magdeburg-Jerichower Land, Wohnungsbaugenossenschaft „Stadt Magdeburg von 1954“ eG, Wohnungsbaugenossenschaft Magdeburg-Stadtfeld eG, Wohnungsbaugenossenschaft Otto-von-Guericke eG, Wohnungsbaugesellschaft Magdeburg mbH, Wohnungsbaugenossenschaft Magdeburg 1995 eG.

Weitere potenzielle Netzwerkpartner werden laufend angesprochen und zur Teilnahme motiviert.