

Landlust – auch im Alter?

## Was wird aus der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum?

Weite Anfahrtswege, lange Wartezeiten... das ist charakteristisch, wenn man von der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum hört. Um die Versorgung der Patienten auf dem Land auch in Zukunft zu sichern, bedarf es einer detaillierten Bedarfsplanung und der Neuorientierung des Sozial- und Gesundheitswesens. Was dabei beachtet werden sollte, beschreibt der folgende Beitrag.



Foto: iStockphoto

Die Zahlen (siehe Abb. 1) sprechen für sich: deutlich wird der enorme Anstieg von pflegebedürftigen Personen bis zum Jahre 2030. Es zeigen sich gravierende Unterschiede für die Entwicklung in Stadt und Land. Während zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen mit städtischen Ballungsräumen eine Steigerung von nur (!) 43 Prozent und in dem Stadtstaat Hamburg eine Steigerung von 38 Prozent erwartet wird, liegen die Zahlen in ländlichen Regionen wesentlich höher. Brandenburg stellt hier mit einem erwarteten Anstieg von 71,6 Prozent den Spitzenreiter dar, ge-

folgt von Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (Quelle stat. Bundesamt).

### Ohne die Familie läuft gar nichts

Seit 6 Jahren pflegt Frau B., verwitwet, ihren 96-jährigen demenzkranken Vater. Was ihr anfänglich noch leicht von der Hand ging, wird nun immer mühsamer: selber an Bluthochdruck leidend, ist die Pflege des Vaters eine große Belastung geworden. Er ist zwar körperlich mobil, hat aber eine hohe Weglauftendenz und ist sehr unruhig. Er braucht Hilfe beim Es-

sen und ist inkontinent. Nachts muss Frau B. ein- bis zweimal aufstehen. Sie ist erschöpft, fühlt sich sozial isoliert und eingesperrt (DBfK 2009).

Immer noch ist die Familie der größte Pflegedienst der Nation. Mehr als zwei Drittel (69 % bzw. 1,62 Millionen) der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1 066 000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld. Das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 555 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten und wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste gepflegt. 31 Prozent (717 000) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut (Pfleigestatistik 2009). Die Pflegeleistung in der Familie aufzubringen, fällt oft schwer: wie bei Frau B. geht es einher mit erheblichen Beeinträchtigungen für die Gesundheit und Lebensqualität, sozialer Isolation, familiären Konflikten und finanziellen Schwierigkeiten. Und, was häufig noch schwerer wiegt: oft auch unter Aufgabe eigener beruflicher Ziele oder der ökonomischen Unabhängigkeit.

Während zum Beispiel in Skandinavien in den 80er Jahren eine Umstellung auf ein serviceorientiertes Pflegesystem mit mas-

sivem Ausbau von öffentlicher Betreuungsinfrastruktur für Kinder und Senioren erfolgte, setzt Deutschland weiterhin auf ein familienbasiertes Pflegesystem. Dieses setzt in erster Linie auf das Solidarsystem Familie und erst in zweiter Instanz auf eine staatliche Unterstützung. Kennzeichen dieses Pflegesystems sind ein geringer Umfang öffentlicher Finanzierung, Vorrang der informellen vor der professionellen Pflege, ein enger Pflegebegriff und eine zersplitterte, unübersichtliche Struktur im Pflegemarkt mit schwer zugänglichen Leistungen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012). Aktuelle Reformen schreiben diesen Ansatz fort, wie die Einführung des Pflegezeitgesetzes 2008 (Pflege-ZG), das Familienpflegezeitgesetz 2012 (FPfZG), der Pflege-Riester und die kleinen Verbesserungen für Demenzkranke zeigen. Aber: Die Zahl der verfügbaren Töchter, Schwieger- und Enkeltöchter sinkt, und zugleich wächst die Zahl der zu Pflegenden. Familien leben oft räumlich voneinander getrennt unter Auflösung der tradierten Rollenverteilung in der Familie: Frauen sind in höherem Maße berufstätig und wollen es auch bleiben (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012). Daher sollten Strukturveränderungen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen: diejenigen Personen, die Angehörige oder Nachbarn pflegen, brauchen Beratung, Unterstützung und Hilfe, um selber gesund zu bleiben. Darüber hinaus gilt es jedoch, die Pflege – und in ländlichen Regionen insbesondere die ambulante Pflege – auf- und auszubauen, zu professionalisieren und aus der chronischen Unterfinanzierung herauszuholen. Innovative Formen der Vernetzung von stationären und häuslichen Versorgungsmodellen, eine Kompetenzerweiterung und Aufgabenübertragung inklusive erweiterter Handlungsautonomie für die professionelle Pflege, die Reformierung des eng geschnittenen Pflegeverständnisses im SGB XI sowie ein kommunal gesteuerter Ausbau der regiona-

len Pflege-Infrastruktur gehören ebenfalls dazu.

### Aufgaben übertragen – Kompetenzen nutzen

Der Blick nach Skandinavien, Großbritannien und den USA zeigt, dass Pflegefachpersonen, die durch Weiterbildung, Studium und berufliche Praxis ein breites Spektrum an Kompetenzen erworben haben, erweiterte Aufgaben übernehmen. Trotz geringer Evidenz kann belegt werden, dass bei gleichbleibender Qualität der Zugang zu den Leistungen des Gesundheitsdienstes verbessert und Wartezeiten verringert werden (OECD 2010 in DBfK 2011). Auch in Deutschland können qualifizierte Pflegefachpersonen durch die Übernahme von Hausbesuchen und Routineaufgaben bei chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit die Hausärzte wirkungsvoll unterstützen. Die Einrichtung von Tandempraxen (Hausarzt/Pflege) zum Beispiel für Wundmanagement, Diabetes, Hypertonus, Demenz, auch unter Beachtung der Möglichkeiten des § 63 3c SGB V (Modellprojekte zur Ausübung von Heilkunde durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen), könnte die Versorgungssicherheit für die Patienten verbessern. Niederschwellige und zugehende Beratungsangebote, wie zum Beispiel die Familiengesundheitspflege, helfen zudem, den individuellen Hilfebedarf der Menschen zu erkennen und sind gerade auf dem Land wichtig, um Transparenz über die fragmentiert nebeneinander stehenden Angebote herzustellen.

Charakteristisch ist das Gefälle in der gesundheitlichen Versorgung zwischen Stadt und Land. Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist durch lange Anfahrten erschwert. Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen auf dem Land besitzt keinen PKW. Durch Rückgang und Veränderung der Bevölkerungsstruktur sowie abnehmende Schülerzahlen wird die Finanzierung eines flächendeckenden öffentlichen

Pflegebedürftige im Jahr 2030		Abb. 1
Bundesland	Pflegebedürftige 2030 in Tsd.	Veränderung zu 2007 in %
Baden-Württ.	374	57,8
Bayern	486	54,7
Berlin	159	66,0
Brandenburg	146	71,6
Bremen	28	34,2
Hamburg	60	38,3
Hessen	259	47,5
Mecklenb.-Vor.	93	63,5
Niedersachsen	353	45,7
Nordrh.-Westf.	693	43,0
Rheinland-Pfalz	149	45,1
Saarland	40	34,8
Sachsen	191	50,2
Sachsen-Anhalt	117	45,3
Schleswig-Holst.	123	55,8
Thüringen	109	50,3
<b>Deutschland</b>	<b>3 371</b>	<b>50,0</b>

Entwicklung der Zahl der auf Pflege angewiesenen Personen nach dem Status-Quo-Szenario, Deutschland

Personennahverkehrs für die Kommunen immer schwieriger. Gleichzeitig entschließen sich immer weniger junge Ärzte, frei werdende Stellen auf dem Land zu übernehmen. Daher sind Kreativität und Engagement gefragt, wie die mobile Zahnarztpraxis von Dr. Kerstin Finger in Templin zeigt: seit 2010 fährt die Zahnärztin einen Tag die Woche durch die Uckermark und behandelt kranke Zähne in Altenheimen, Pflegeeinrichtungen oder im heimischen Wohnzimmer (Gärtner, 2011).

Zu Recht kritisch bewertet dagegen der Deutsche Pflegerat (DPR) den Wildwuchs hausärztlich angeordneter Hilfeleistungen, die das dünner werdende Netz der ambulanten Versorgung wieder verdichten sollen. Seitdem die Hausärzte Leistungen abrechnen können, die in Delegation von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal erbracht werden können, sind neben „Schwester AGnES“ auch MOPRAs – Mobile Praxisassistentinnen, VerAHs – Versorgungsassistentinnen, EVAs – entlastende Versorgungsassistentin und MoNis (Modell Niedersachsen)

in abgelegenen Regionen unterwegs. Hier ist jedoch Vorsicht geboten, denn es werden nicht „näher definierte Hilfeleistungen“ von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgeführt, die vom Arzt in „ausreichender Form“ überwacht werden (DPR Newsletter 05/2008). Gerade in der ambulanten Versorgung ist jedoch der Versorgungsbedarf hochkomplex und sollte nur von entsprechend qualifizierten Personen ausgeübt werden. Auch sollten keine Parallelstrukturen zu den ambulanten Pflegediensten aufgebaut werden, die sowieso unterwegs sind und die Familien besuchen.

### Fachkräfte gewinnen und halten

Fachkräftemangel spielt auch für die ambulanten Pflegedienste eine große Rolle. Der Blick auf die Beschäftigungsstruktur in den ambulanten Pflegediensten zeigt, dass der weitaus größte Anteil der ambulant Pflegenden (70 %) in Teilzeit arbeitet. In Niedersachsen sind nur 19 Prozent der ambulant Pflegenden vollzeitbeschäftigt, in den neuen Bundesländern liegt der Anteil etwas höher (Pflegestatistik 2009). Daher sollten „stille Reserven“ genutzt werden. Attraktive Arbeitsbedingungen, eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Anhebung des Lohnniveaus sowie ein Ausbau der Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten könnten die Bereitschaft der meist weiblichen Pflegenden, ihren Stundenumfang aufzustocken, erhöhen.

### Kommunen in die Verantwortung nehmen

Besonders in ländlichen Regionen ist es wichtig, dass die Kommunen das Wohnumfeld für ältere Menschen verbessern und die lokale Pflegeinfrastruktur stärken (DV 2010). Der Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens empfiehlt eine bedarfsdeckende Versorgung bei Pflegebedürftig-

keit im Alter, eine vorausschauende kommunale Steuerung des Versorgungsmixes sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere Anwohner (SVR 2009). Lokale Einkaufsmöglichkeiten, die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel oder auch mobile Bäcker-, Lebensmittel- oder Büchereidienste können das Angebot ergänzen. Die Kommunen müssen ihre Verantwortung für den Aufbau einer Pflegeinfrastruktur stärker wahrnehmen und vorhandene Gestaltungsspielräume nutzen (DV 2010).

### Familiengesundheitspflege

In ländlichen Regionen besteht ein hoher Bedarf an zugehenden Beratungsleistungen und Hausbesuchen. Hier bietet die Beratung nach dem Konzept der Familiengesundheitspflege einen guten Ansatz. Seit 2005 qualifizieren sich Pflegefachpersonen und Hebammen für ein salutogenetisch, präventiv und gesundheitsförderlich geprägtes Beratungsangebot. Der DBfK führt in Kooperation mit Bildungsanbietern die Weiterbildung Familiengesundheitspflege durch und fördert so die Einführung in Deutschland. Bei den Hausbesuchen wird die gesamte Familie bzw. das soziale Netzwerk des Pflegebedürftigen mit einbezogen, um pflegende Angehörige und Bezugspersonen zu entlasten. Eine Rahmenvereinbarung des DBfK mit der BARMER GEK ermöglicht die Finanzierung dieser Beratungsleistung in komplex belasteten Familien über insgesamt sieben Monate. Die körperlichen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen (1) werden identifiziert, Strategien der Selbsthilfe und Selbstsorge werden gefördert, belastbare soziale Netzwerke aufgebaut und so pflegenden Personen Erholungsphasen ermöglicht.

### Innovationen nutzen

In ländlichen Regionen kommt technischen Hilfen eine besondere Bedeutung zu. Neben den

herkömmlichen Hausnotrufsystemen der ambulanten Dienste stehen inzwischen neue telemedizinische Anwendungsmöglichkeiten zur Verfügung. Technisch ist es kein Problem mehr, Diagnosen per Video zu stellen. Somit lassen sich Zeit und Kosten sparen, aber gleichzeitig verändert sich auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Daher gilt es sorgfältig auszuwählen, welche Leistung telemedizinisch erbracht werden kann und wo ein persönliches Gespräch sinnvoller erscheint. Die Einrichtung von Call Centern, Hotlines zur Hausarztpraxis, mobilen Pflegestützpunkten oder Gesundheitsbussen ergänzen Vorhandenes, ersetzen aber nicht den persönlichen Kontakt. Es gilt die Auswahl eines geeigneten Hilfesystems durch pflegfachliche Expertise zu flankieren, um die sichere Anwendung der Geräte in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Weiterhin können speziell entwickelte altersgerechte Assistenzsysteme (Ambient Assistent Living) die Sicherheit und den Komfort im Haushalt erhöhen. Die automatische Abschaltung des Herdes bei dementiell erkrankten Menschen kann das Brandrisiko verringern und eine kontextabhängige Beleuchtung Stürze verhindern. All diese Produkte können vorhandene Versorgungsangebote ergänzen, entheben aber nicht von der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für eine angemessene Sozial- und Gesundheitsinfrastruktur auf dem Land zu sorgen.

**Infos zur Familiengesundheitspflege unter [www.familiengesundheitspflege.de](http://www.familiengesundheitspflege.de)**

#### Anmerkung:

(1) Hilfestellung bietet auch die DBfK-Handlungshilfe zur Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen der Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention, Rehabilitation, Beratung unter <http://www.dbfk.de/verband/bundesfachgruppen/praevention.php>

#### Literatur über die Verfasserin.

#### Anschrift der Verfasserin:

Andrea Weskamm, DBfK-Bundesverband, Berlin, E-Mail: [weskamm@dbfk.de](mailto:weskamm@dbfk.de)