

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
6. Wahlperiode  
**Enquete-Kommission**  
**„Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“**

**Kommissionsdrucksache**  
**6/38(neu)**

**Kommissionsdrucksache**

(17.03.2015)

Inhalt

**Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2):  
Pflege und Prävention  
HGC GesundheitsConsult GmbH**

# Grundlagenexpertise

---

## Modul „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2): Pflege und Prävention

---

Das Versorgungsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

Düsseldorf, 16. März 2015

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	3
I Pflege.....	4
1 Status Quo.....	4
1.1 20 Jahre Pflegeversicherung im Bund und im Land.....	4
1.1.1 Sozial- und gesundheitspolitische Einordnung.....	5
1.1.2 Pflegereformen – aktuelle Weiterentwicklung.....	6
1.1.3 Pflegereformen – bisherige Weiterentwicklung.....	7
1.2 Aktuelle Struktur der Pflege in Mecklenburg Vorpommern (MV).....	9
1.2.1 Pflegebedürftigkeit in MV.....	9
1.2.2 Stationäre Pflege.....	18
1.2.3 Ambulante Pflege.....	20
1.2.4 Geriatrische Versorgung.....	21
1.2.5 Pflegesteuerung.....	23
1.3 Pflegepersonal.....	24
2 Grundsätze und Leitgedanken.....	26
3 Handlungsschwerpunkte und Strategieempfehlungen.....	29
3.1 Wandel der Pflegeversorgung zur Sorgearbeit.....	30
3.2 Stationäre Pflege.....	31
3.3 Ambulante Pflege.....	32
3.4 Geriatrische Versorgung.....	35
3.5 Institutionelle Pflegesteuerung.....	36
3.6 Pflegepersonal.....	37
II Prävention.....	40
4 Status Quo.....	40
4.1 Begriffsbestimmung.....	40
4.2 Fokus der Grundlagenexpertise.....	41
4.3 Aktuelle Situation der Prävention in MV.....	41
5 Grundsätze und Leitgedanken.....	42
6 Handlungsempfehlungen.....	46
7 Literaturverzeichnis.....	47

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Pflegebedürftige bis 2050 .....	6
Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung in MV .....	10
Abbildung 3 Regionale Verteilung der über 65-Jährigen.....	10
Abbildung 4 Lebenserwartung bis 2030.....	11
Abbildung 5 Anteil der Alten bis 2030 .....	12
Abbildung 6 Lebenszeitprävalenz, Anteil der Pflegebedürftigkeit bei allen über-50-Jährigen im Lebensverlauf .....	13
Abbildung 7 Versorgungsarten im Bundesvergleich .....	14
Abbildung 8 Pflegequoten im Bundesvergleich.....	15
Abbildung 9 Pflegebedürftigkeit in den Regionen .....	15
Abbildung 10 Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht .....	16
Abbildung 11 Relative Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen.....	17
Abbildung 12 Prävalenz der Demenz 2011 und 2030.....	18
Abbildung 13 Vergütung in der stationären Pflege nach Pflegeklassen .....	19
Abbildung 14 Heimplätze und Anteil stationär versorgten Pflegebedürftigen .....	20
Abbildung 15 Anzahl Ambulante Pflegedienste und Beschäftigte .....	21
Abbildung 16 Geriatrische Versorgungseinrichtungen in MV .....	22
Abbildung 17 Erreichbarkeit geriatrischer Versorgungseinrichtungen in MV .....	23
Abbildung 18 Pflegestützpunkte in MV .....	24
Abbildung 19 Fachkräftemangel nach Ländern .....	25
Abbildung 20 Regionaler Mangel an Pflegepersonal im bundesweiten Vergleich .....	25
Abbildung 21 Das Gemeinde-Gesundheitszentrum in der pflegerischen Versorgung .....	34

## I Pflege

### 1 Status Quo

#### 1.1 20 Jahre Pflegeversicherung im Bund und im Land

Am 1. Januar 1995 wurde durch Inkrafttreten des „Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflege-Versicherungsgesetz PflegeVG) die Pflegeversicherung als allgemeine, für alle Bürger<sup>1</sup> geltende Pflichtversicherung eingeführt. Als fünfte Säule neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ist damit „die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung“ [1] aller Bürger geschlossen.

Die Einführung der Pflegeversicherung ist die erste, für einen Sachverhalt umfassende und bisher konsequenteste Antwort auf die Folgen des demographischen Wandels in der Bundesrepublik. Sie belegt eindrucksvoll die Reformfähigkeit und Gestaltungskraft der Gesellschaft der Bundesrepublik.

Mit der steigenden Lebenserwartung rückte schon sehr früh in den siebziger Jahren die Pflegebedürftigkeit von immer mehr Männern und Frauen in das öffentliche Interesse. Pflege als Lebensrisiko im Alter gehört seither zur Alltagserfahrung aller Bürger. Die Politik hat diese Tatsachen bis in die 80-iger Jahre zunächst weitgehend ignoriert. Erst als immer mehr von Pflege Betroffene Sozialhilfe in Anspruch nehmen mussten, kam das Pflegerisiko über die Kommunen und die Länder (insbesondere Baden Württemberg) und den Bundesrat auf die politische Agenda.

Parallel dazu hat die private Versicherungswirtschaft, ausgehend von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, die 1978 die erste kapitalgedeckte Pflegekosten- oder Pfl egetagegeldversicherung auf den Markt gebracht hatte, mit eigenen Produkten exklusiv für ihre Kunden die Initiative ergriffen. Die privaten Versicherer haben aus eigener Initiative Merkmale für den Versicherungsfall bei Pflegebedürftigkeit entwickelt und für ihre Versicherungspraxis beschlossen. Diese Kriterien sind der Ausgangspunkt für den bis heute geltenden Pflegebegriff, der sich allein an der Fähigkeit der zu Pflegenden zur Verrichtung bestimmter Lebensumstände orientiert. Dieser Katalog ist die Grundlage für die später in der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung eingeführten und bis heute geltenden Pflegestufen und des heute geltenden Pflegebegriffs geworden.

Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte in zwei Stufen: 1995 wurden zunächst nur Leistungen der häuslichen Pflege gewährt, 1996 kamen stationäre Leistungsansprüche hinzu. Die Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung sind im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt.

Mit diesem Gesetz wurden auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff und die noch heute geltenden drei Pflegestufen definiert. Pflegestufe I hat demnach eine Person, die im

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Wenn es beispielsweise heißt „der Bürger“, ist immer auch „die Bürgerin“ gemeint.

wöchentlichen Durchschnitt täglich mindestens 90 Minuten Pflege benötigt, wobei mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. Pflegestufe II ist vorgesehen für Personen mit einem Zeitaufwand von drei Stunden, wovon mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen. Pflegestufe III setzt schließlich voraus, dass täglich mindestens fünf Stunden aufgewendet werden müssen, wovon mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

### **1.1.1 Sozial- und gesundheitspolitische Einordnung**

Die jahrelange Debatte um die Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurde von zwei Positionen bestimmt. Eine kapitalgedeckte, private Pflegeversicherung, pflichtig oder freiwillig stand gegen die soziale Pflegeversicherung als staatliche Pflichtversicherung für alle im Umlageverfahren im System der geltenden dualen Finanzierung aller Sozialsysteme durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wie es der Tradition der deutschen Sozialversicherung seit ihrer Einführung entspricht.

#### ***Nebeneinander von sozialer und privater Pflegeversicherung***

Die vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung regierende schwarz-gelbe Koalition mit dem Sozialminister Norbert Blüm und seinem Staatssekretär Karl Jung hatten zunächst für lange Jahre eine staatlich verpflichtende Pflegeversicherung abgelehnt, sie dann aber mit beeindruckender Konsequenz durchgesetzt. Norbert Blüm scheiterte in der Auseinandersetzung darüber mit seinem Vorschlag, alle bereits vorhandenen privaten Pflegeversicherungen in die eine, einheitliche soziale Pflegeversicherung für alle zu überführen. Er hat immer wieder darauf hingewiesen, dass das gesetzlich geregelte Nebeneinander von staatlicher und privater Pflegeversicherung sicher auch wünschenswerte Wettbewerbswirkungen in der Pflege auslösen kann, insgesamt betrachtet aber die dauerhafte und nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung wegen ihrer selektiven Wirkungen unter den Versicherten erschwert.

#### ***Teilabsicherung des Pflegerisikos***

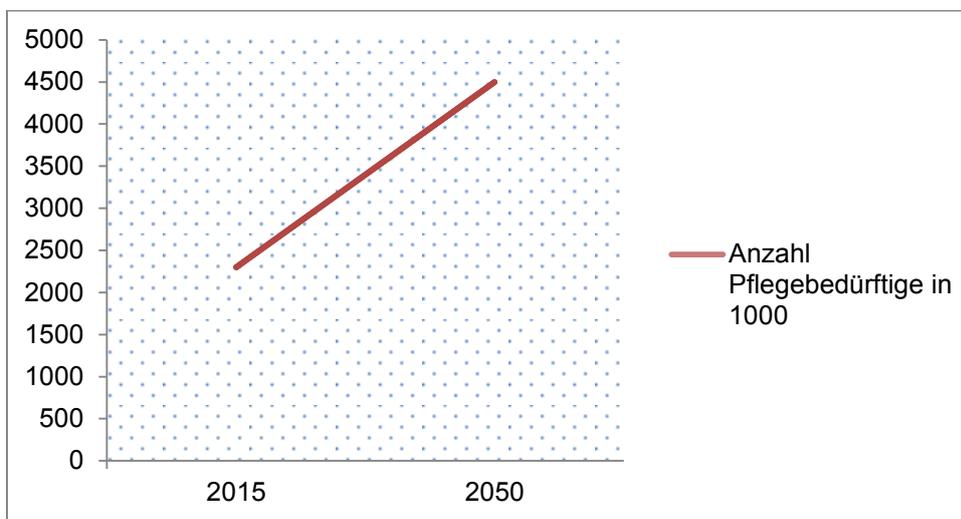
Die heute geltende soziale Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, sondern eine „Teilkaskoversicherung“, die nicht alle Pflegerisiken abdeckt, sondern eine solide und mittlerweile rechtssicher ausgestaltete Grundversorgung für viele Pflegelasten zur Verfügung stellt. Die Bürger selbst bleiben für ihr Pflegerisiko im Alter in großem Umfang selbst verantwortlich. An dieser Tatsache wird sich auch bei aller notwendigen und unverzichtbaren Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und des Pflegebegriffs nichts ändern.

#### ***Fortlaufende Beitragssteigerungen bis zu 5% erwartet***

Zur nachhaltigen Sicherung einer würdevollen Pflege für alle über die kommenden Jahrzehnte hinweg, werden allerdings große Anstrengungen und politischer Weitblick erforderlich sein.

Bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl der Pflegefälle von heute ca. 2,3 Mio. auf 4,5 Mio. nahezu verdoppeln (siehe Abbildung 1). Gleichzeitig nimmt die Erwerbsbevölkerung um 20 Prozent ab. Das Verhältnis von Pflegefällen zu den Personen, die sie im Umlageverfahren finanzieren müssen, ändert sich somit dramatisch. Während heute auf 22 Personen im

erwerbsfähigen Alter ein Pflegefall kommt, werden im Jahr 2050 ca. 9 Personen einen Pflegefall versorgen müssen. Unter der Annahme, die Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung würden auf dem gegenwärtigen Stand eingefroren, müsste der Beitragssatz von heute 2,35% bis 2050 auf 4,4% steigen. In diesem Szenario wird neben eingefrorenen Lohnkosten und gleichbleibenden Leistungen auch davon ausgegangen, dass die heute dominierende Angehörigenpflege im selben Maße erhalten bleibt. Dies wird angesichts eines Wandels der Familienstrukturen nicht möglich sein. Eine Beitragssteigerung bis 2050 um 4,4% bleibt ein sehr unwahrscheinliches „best-case-Szenario“. Ein Beitragssatz von über 5% erscheint weitaus realistischer.



**Abbildung 1 Pflegebedürftige bis 2050**

Quelle: eigene Darstellung

### 1.1.2 Pflegereformen – aktuelle Weiterentwicklung

#### ***Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)***

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz ist der Finanzierungsrahmen der sozialen Pflegeversicherung durch eine Beitragserhöhung verbessert worden. Damit wurden alle Leistungen der Pflegeversicherung pauschal erhöht. Die Wohnraumanpassung in der Häuslichkeit wird stärker gefördert mit bis zu 4.000€ je Maßnahme; Bewohner einer Wohngemeinschaft können ihren Anspruch bis zu einer Höhe von 16.000€ je Maßnahme poolen. Zudem sieht das Pflegestärkungsgesetz I vor, ab 2015 neben den Betreuungsleistungen in der Häuslichkeit von dementen Patienten auch Entlastungsdienstleistungen, zum Beispiel durch bürgerschaftliches Engagement unbürokratisch zu ermöglichen und zu finanzieren. Diese Regelung gilt nun für alle Pflegebedürftige, auch rein körperlich Beeinträchtigte, und sieht 104 Euro, bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 208 Euro pro Monat vor. Von diesem Geld können Betroffene ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot selbst auswählen und die Kosten erstatten lassen. Zudem können Betroffene nun bis zu 40% ihres Anspruchs auf ambulante Sachleistungen für solche niedrigschwelligen Angebote aufwenden. Mit diesen und weiteren

Regelungen deutet das Erste Pflegestärkungsgesetz an, dass pflegerische Versorgung künftig differenzierter, und im Sinne eines Pflegemixes interpretiert wird. Dies bedeutet, dass neben der genuin pflegerischen Aufgaben auch weitere pflegeassoziierte Dienstleistungen, Angehörigenpflege und Dienstleistungen des bürgerschaftlichen Engagements als Teil der Pflege verstanden und durch die Kostenträger finanziert bzw. aufwandsentschädigt werden.

### ***Zweites Pflegestärkungsgesetz (in Planung)***

Für ein zweites Pflegestärkungsgesetz ist die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorgesehen. Seit 2014 laufen bereits Erprobungsstudien hierzu. Der Bundesgesundheitsminister hat angekündigt, diesen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit nunmehr fünf Pflegestufen im Sommer 2015 zu präsentieren [2].

### **1.1.3 Pflegereformen – bisherige Weiterentwicklung**

#### ***Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV)***

Durch die Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) wurde bereits im Jahre 1993 die Betreuung in der stationären Versorgung fokussiert und eine Fachkräftequote von mindestens 50% festgeschrieben.

#### ***Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)***

Mit dem 2002 in Kraft tretenden Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurde die Betreuung altersverwirrter, geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger, insbesondere im häuslichen Bereich durch Einführung eines zusätzlichen Leistungsanspruchs verbessert. Insbesondere durch die Beachtung von „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (§ 45b SGB XI), die zusätzliche Betreuungsleistungen in der Häuslichkeit vorsehen, haben die Pflegekassen ein Instrument erhalten, das dem § 3 SGB XI besonders entgegenkommt: Dem Primat der möglichst langen Erhaltung häuslicher Pflege und der Pflege durch Angehörige.

#### ***Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG)***

Auf der Finanzierungsseite werden Kinderlose seit 2005 durch das Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung stärker an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung beteiligt. Das Gesetz sieht einen Zuschlag von 0,25% auf den Beitragssatz vor. Aktuell seit 2015 liegt der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung bei 2,35 % bei Erwerbspersonen, die Kinder erziehen oder erziehen haben und bei 2,60 % bei Kinderlosen.

#### ***Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)***

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 2007 sah zahlreiche Änderungen vor, die auch für die Pflegeversorgung von Relevanz

waren. So sieht das Gesetz eine Teilnahme von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie den Pflegekassen an Verträgen der Integrierten Versorgung (gemäß § 140 SGB V) vor. Die Einführung eines Anspruchs auf Überleitungsmanagement, insbesondere im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung adressiert die Transition zwischen akutstationärem- und Pflegesektor und erfordert eine bessere Kooperation der Leistungserbringer an dieser Schnittstelle.

Durch eine Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffs wurde sichergestellt, dass auch Bewohner neuer Wohnformen wie Alten-Wohngemeinschaften Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten können. Häusliche Krankenpflege ist eine ärztlich verordnete Leistung aus dem Leistungsbereich des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) und beinhaltet Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Durch die Anpassung des SGB V wurde mit dem GKV-VSG der Zugang zu häuslicher Krankenpflege gestärkt und die Gleichwertigkeit alternativer Wohnformen für Alte festgeschrieben.

Die neu eingeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) kann sowohl im häuslichen Umfeld als auch in einer stationären Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt für die neu eingeführte hausarztzentrierte Versorgung.

### ***Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)***

Mit dem 2008 beschlossenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde unter anderem die Einrichtung von Pflegestützpunkten beschlossen sowie der Individualanspruch auf Fallmanagement etabliert. Zwischen 2009 und 2013 lässt sich bundesweit bislang beobachten, dass die Ausgaben für die Pflegeberatung von 30 Mio. Euro auf 70 Mio. Euro gestiegen sind. Weiterhin wurden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („Pflegestufe 0“) ausgeweitet.

### ***Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)***

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 gab es weitere Leistungsverbesserungen für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“. Ferner war die Förderung von Wohngruppen und neuen Wohnformen neben der stationären Pflege Gegenstand des Gesetzes. Im Jahre 2013 nahmen 0,48% aller Pflegebedürftigen bzw. 0,66% aller Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung Leistungen für Wohngruppen in Anspruch. Über das Jahr war dabei ein zunehmender Trend in der Inanspruchnahme dieser neuen Förderung zu beobachten [3]. Lediglich 36 Anträge wurden 2013 zur Anschubfinanzierung von privat initiierten Alten-Wohngemeinschaften gestellt. Insgesamt betrachtet zeigt sich somit, dass die Resonanz zu neuen Wohnformen noch sehr schlecht ist.

### ***Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)***

Das vor der Verabschiedung stehende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat ebenfalls wichtige Implikationen für die pflegerische Versorgung. Ein zentrales Element des Referentenentwurfs ist die Einrichtung eines „Innovationsfonds“ unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen ab 2016 mit jährlich 225 Mio. Euro Fondsvolumen zur

Förderung innovativer, sektorenübergreifender Gesundheitsmodelle. Zusätzlich sollen 75 Mio. Euro für Versorgungsforschung bereitgestellt werden. Bislang stehen die Förderkriterien noch nicht fest. Es wird empfohlen, dass sich das Land dafür einsetzt, dass dieser Innovationsfonds von vornherein die Pflege in ihrem gesamten Umfang einbezieht.

## 1.2 Aktuelle Struktur der Pflege in Mecklenburg Vorpommern (MV)<sup>2</sup>

### ***Pflegerische Versorgung ist die Summe aus Sorgearbeit und professioneller Pflege***

Die vorliegende Grundlagenexpertise folgt dem aktuellen pflegepolitischen Diskurs und der durch das Erste Pflegestärkungsgesetz neu gesetzten Akzente. Pflegerische Versorgung wird über die institutionell erbrachte Pflege hinaus als Pflegemix verstanden, zu dem der nicht-institutionelle Bereich entscheidend beiträgt und daher explizit mit in die Analyse einbezogen wird.

Pflegebedürftige haben jenseits der Pflegeinstitutionen Kontakt mit Angehörigen, Bekannten, bürgerschaftlich Engagierten, Nachbarschaften, Vereinen, Kirchengemeinden etc. Diese Individuen und Netzwerke leisten Sorgearbeit, die komplementär zu professionellen Pflegeangeboten wirkt. So ergänzt beispielsweise die Sorge durch Angehörige oftmals die ambulanten Leistungen eines Pflegedienstes, sichert auf diese Weise Pflegequalität und eine ganzheitliche Versorgung der Betroffenen. Die Bedeutung der Sorgearbeit ist hoch. Politisch ist der Wille vorhanden, Sorgearbeit stärker als Teil des gesamten Versorgungsprozesses zu sehen und sie auch sozialrechtlich stärker zu verankern.

Bei der Betrachtung der im Folgenden präsentierten Daten muss beachtet werden, dass Sorgearbeit zum Teil durch einen Leistungsabruf aus der Pflegeversicherung (insbesondere Pflegegeld) abgebildet werden kann. Nur wenn dieser Abruf erfolgt, ist diese Sorgearbeit über die Leistungsdaten der Pflegekassen und damit über die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes abgebildet. Es entspricht der Lebenswirklichkeit, dass auch ohne einen solchen Leistungsabruf und ohne formales Vorhandensein einer Pflegestufe Sorgearbeit geleistet wird und mitunter institutionelle Angebote substituiert werden. Eine auch nur annähernd vollständige Darstellung der Sorgearbeit ist mit dieser Datenlage somit nicht möglich und das tatsächliche Ausmaß wird unterschätzt.

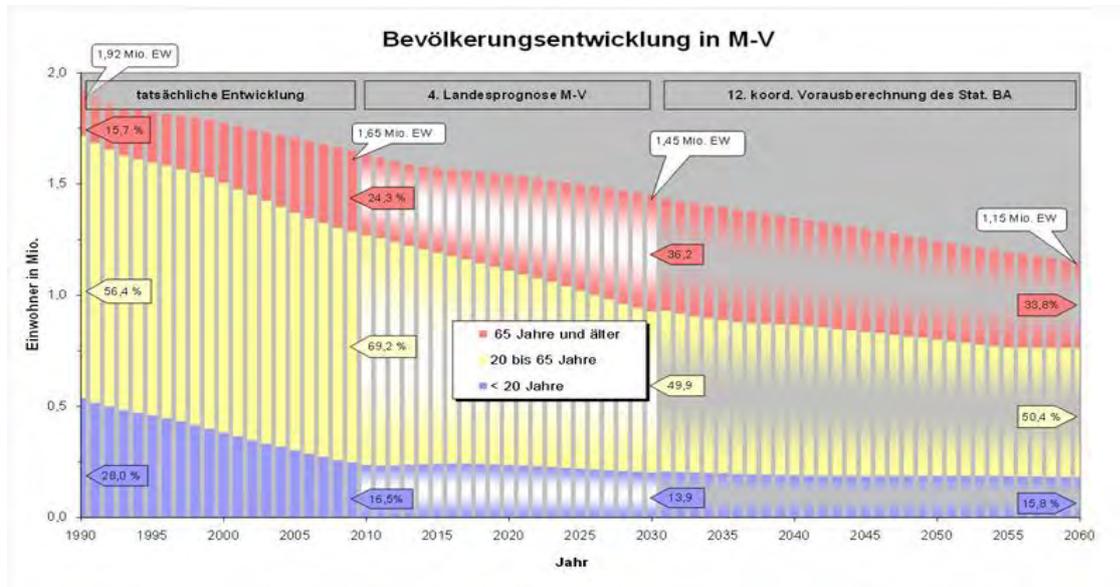
### 1.2.1 Pflegebedürftigkeit in MV

#### ***Zunahme höherer Alterskohorten – die Alten sind in der Überzahl***

In MV wird die Gesamtbevölkerung sinken und 2030 voraussichtlich 1,45 Mio. betragen. Wie im gesamten Bundesgebiet auch, wird die Bevölkerung von MV altern und der Anteil der höheren Alterskohorten an der Gesamtbevölkerung weiter zunehmen. Die oberste Landesplanungsbehörde geht bis zum Jahre 2030 davon aus, dass die über 65-Jährigen auf 36,2% des Gesamtanteils der Bevölkerung kommen werden, gegenüber einem Anteil von 24,3% in 2010 (siehe Abbildung 2).

---

<sup>2</sup> Die im Folgenden präsentierten Daten stellen die Struktur der Pflege in MV im Lichte der Aufgabenstellung umfassend, wenngleich nicht erschöpfend dar. Für weiterführende Informationen sei auf die zitierte Literatur [insbesondere 8, 12] verwiesen.

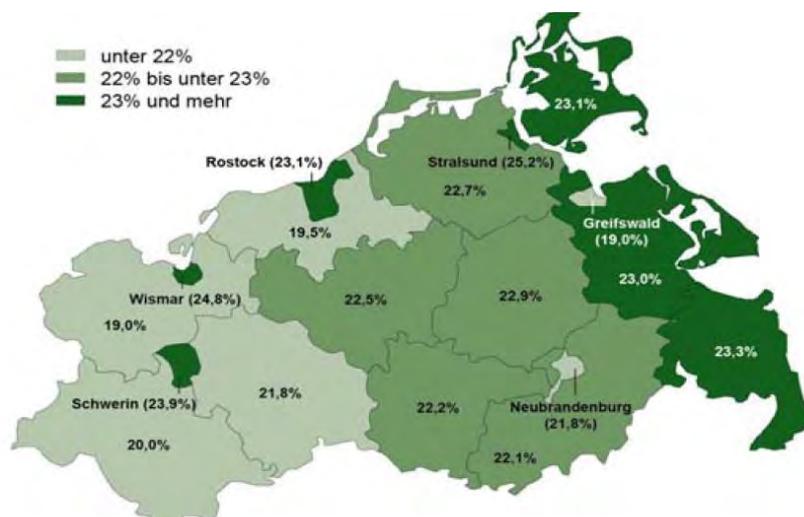


**Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung in MV**

Quelle: [4]

***Im Osten des Landes gibt es mehr Alte als im Westen des Landes***

Ebenfalls bekannt ist, dass die regionale Verteilung der Alterskohorten über dem 65. Lebensjahr in Mecklenburg-Vorpommern sehr differenziert ist. Für die Kreisebene liegen nur Daten für das Jahr 2010 vor. Auf dessen Grundlage identifizierte der Bericht zur „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ der Universität Rostock ein erhebliches Ost-West-Gefälle, bei dem der Anteil der Älteren vor allem im ländlichen Bereich der heutigen drei östlichen Großkreise am deutlichsten ausgeprägt ist und de facto in allen Regionen mindestens jeder fünfte Einwohner das 65. Lebensjahr überschritten hat (siehe Abbildung 3) [5].



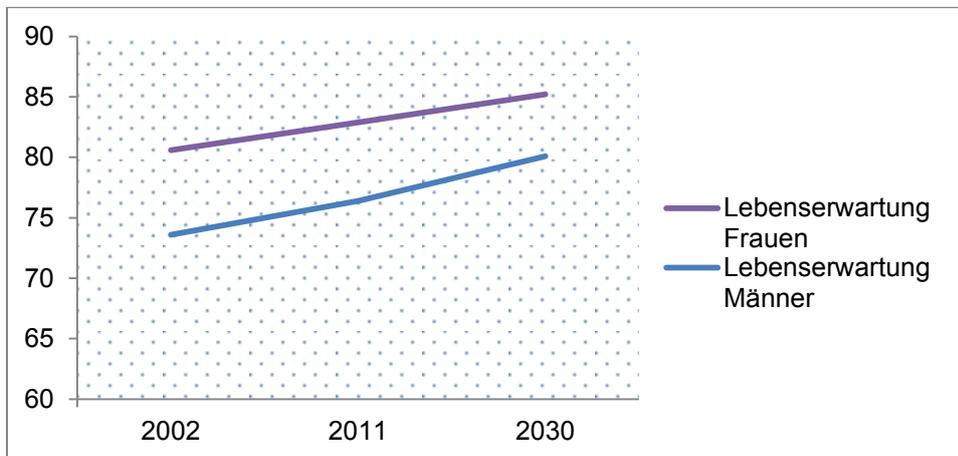
**Abbildung 3 Regionale Verteilung der über 65-Jährigen**

Quelle: [5]

### **Lebenserwartung steigt**

Der Bevölkerungsrückgang und die zunehmende Alterung der Bevölkerung in MV basieren auf unterschiedlichen Faktoren. Die Sterbefälle wurden in den letzten zehn Jahren nur zu 72% direkt durch die Geburten kompensiert, während das Wanderungssaldo erst seit kurzem leicht positiv ist. Weiterhin steigt die durchschnittliche Lebenserwartung. Bereits zwischen 2002 und 2011 stieg die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen von 80,6 auf 82,9 Jahre, während sich der Wert der Männer von 73,6 auf 76,4 Jahre erhöhte.

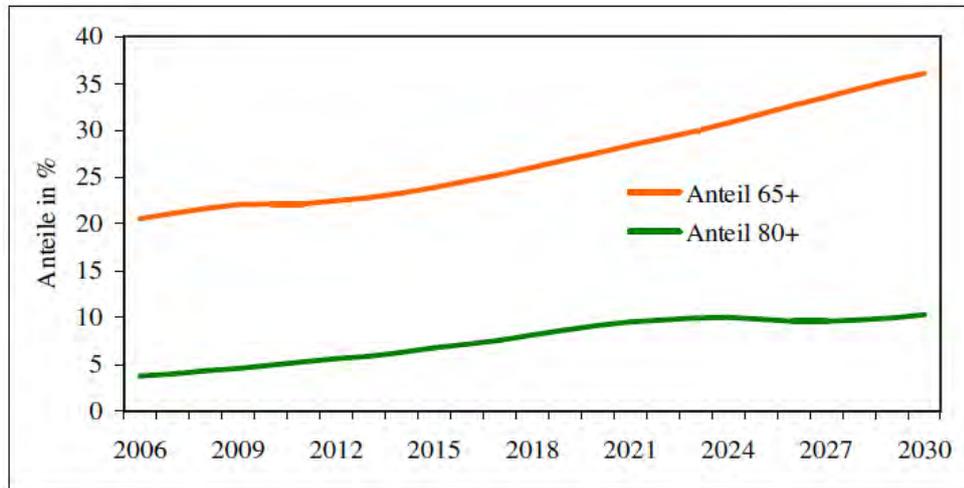
Die aktuellen und prognostischen Sterbetafeln gehen für das Jahr 2030 davon aus, dass sich die Lebenserwartung der Frauen auf 85,2 Jahre und die Männer auf 80,1 Jahre steigert – In Relation zum Jahre 2011 ist dies eine Zunahme von 2,8% bzw. 4,8% (siehe Abbildung 4).



**Abbildung 4 Lebenserwartung bis 2030**

Quelle: eigene Darstellung

Als Konsequenz steigt bundesweit der Anteil der Alten in der Gesamtbevölkerung (siehe Abbildung 5) [6].



**Abbildung 5 Anteil der Alten bis 2030**

Quelle: [6]

### **Stand und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2030**

Im Jahre 2011 waren in Deutschland 2,5 Mio. Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Laut einer Umfrage der Privaten Krankenversicherung hat nunmehr mehr als jeder dritte Bundesbürger einen Pflegefall in seinem persönlichen Umfeld [7]. In MV erhöhte sich im Zeitraum von 2001 bis 2011 die Zahl der pflegebedürftigen Frauen von 31.947 auf 43.971, was einen Zuwachs von etwa 38% bedeutet. Der Wert der Männer erhöhte sich von 15.729 auf 23.588, woraus eine Steigerung von etwa 50% resultiert. Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit ist, verglichen mit dem Bundesdurchschnitt hoch, was durch eine überdurchschnittlich starke Alterung erklärt werden kann [3]. Als weiterer Faktor muss hier jedoch auch der Wegfall von Sorgearbeit durch Wanderung der jungen Menschen in die alten Bundesländer erwähnt werden, eine Quantifizierung ist nicht möglich.

### **In MV besteht das höchste Pflegerisiko in der Bundesrepublik**

In Abbildung 6 ist die Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit für Personen über 50 Jahre im Bundesvergleich dargestellt. Diese Kennzahl gibt an, welcher Anteil einer Kohorte im Verlaufe seines Lebens mindestens einmal pflegebedürftig sein wird. Sie ist damit ein Indikator für die Wahrscheinlichkeit, von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Es zeigt sich, dass diese Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Lebens pflegebedürftig zu werden, in MV sowohl für Frauen als auch für Männer überdurchschnittlich hoch ist. Diese Zahlen zeigen den großen Bedarf an altersspezifischer Prävention in MV.

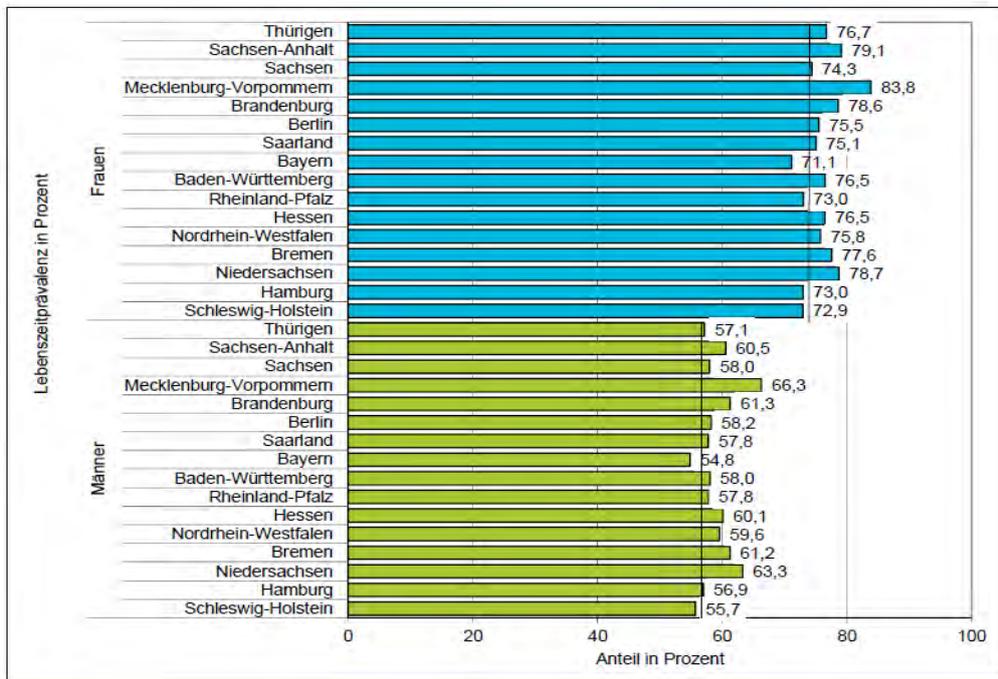


Abbildung 6 Lebenszeitprävalenz, Anteil der Pflegebedürftigkeit bei allen über-50-Jährigen im Lebensverlauf

Quelle: [3]

In Abbildung 7 ist dargestellt, wie Pflegebedürftige in den Bundesländern versorgt werden. Bundesweit werden 47,3% der Pflegebedürftigen ausschließlich durch Angehörige versorgt. In MV wird bisher nur knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen im Land von professionellen Anbietern betreut.

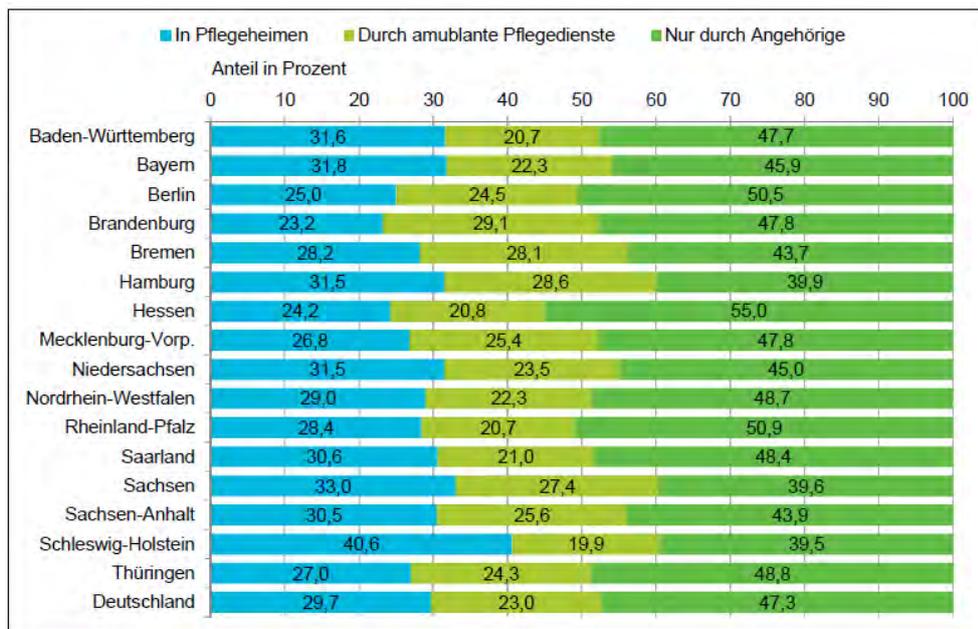


Abbildung 7 Versorgungsarten im Bundesvergleich

Quelle: [3]

### **MV hat die höchste Pflegequote in der Bundesrepublik**

Insgesamt gab es in MV im Jahre 2011 somit insgesamt 67.559 Pflegebedürftige, was einer Pflegequote von 4,1% entspricht [8]. Diese Pflegequote ist die höchste im gesamten Bundesgebiet [9]. In Abbildung 8 sind die Pflegequoten der Bundesländer dargestellt. Es zeigt sich, dass insbesondere die südlichen Bundesländer im Vergleich niedrige Pflegequoten aufweisen.

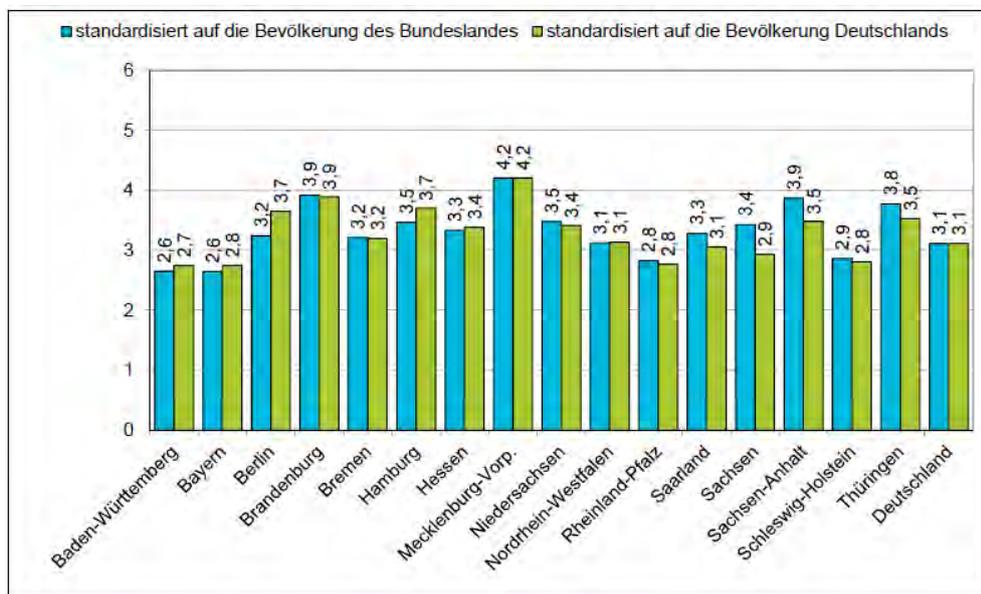


Abbildung 8 Pflegequoten im Bundesvergleich

Quelle: [3]

Auch die Pflegequoten für spezifische Alterskohorten sind in MV die höchsten im Bundesgebiet. So sind in der Gruppe der 75-84-Jährigen 19,2% (Bund: 14,2%) pflegebedürftig, in der Gruppe der 85-89-Jährigen sind es 51,5% (Bund: 38%) und in der Gruppe der über 90-Jährigen sind 70,8% (Bund: 57,8%) pflegebedürftig [10]. Die Pflegebedürftigen in MV entfielen dabei zu 59% auf die Pflegestufe I (D: 55%), zu 32% auf die Pflegestufe II (D: 33%) und zu 9% (D: 12%) auf die Pflegestufe III [8].

### Die höchste Pflegebedürftigkeit existiert im Osten des Landes

Festzustellen ist, dass die Pflegebedürftigkeit in MV in den Regionen sehr stark variiert (siehe Abbildung 9). Die Verteilung der Pflegebedürftigkeit korreliert offensichtlich mit der Verteilung älterer Einwohner im Land, wie in Abbildung 3 dargestellt [11].

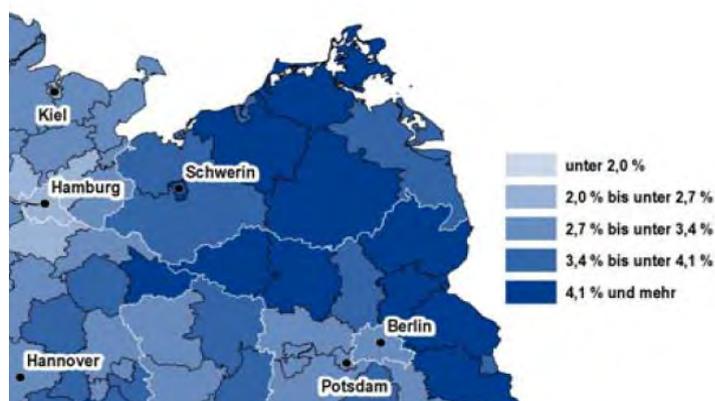
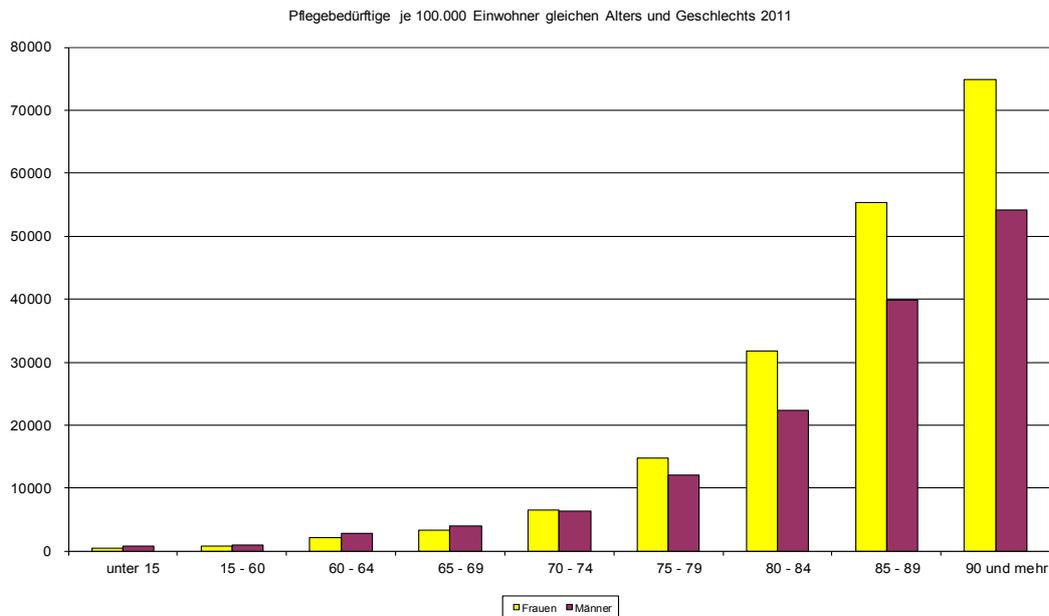


Abbildung 9 Pflegebedürftigkeit in den Regionen

Quelle: [11]

**Das Pflegerisiko ist für Frauen mit zunehmendem Alter höher als bei Männern**

In Abbildung 10 wird der Zusammenhang zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit für verschiedene Alterskohorten dargestellt. So befinden sich in der Gruppe der mindestens 90-jährigen Frauen über 70 % Pflegebedürftige.



**Abbildung 10 Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht**

Quelle: [12]

**Überproportionale Belastung mit Pflegebedürftigkeit bis 2040 erwartet, danach Normalisierung**

In dem Barmer Pflegereport sind Prognosen für die Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 dargestellt [3] (siehe Abbildung 11). Für MV ist die größte relative Zunahme in den Jahren 2010 bis 2020 zu erwarten. Gegenüber 2040 wird im Jahre 2050 hingegen lediglich eine geringe Zunahme an Pflegebedürftigen angenommen. Für das Jahr 2060 wird gegenüber 2050 sogar von einem Rückgang der Pflegebedürftigen ausgegangen.

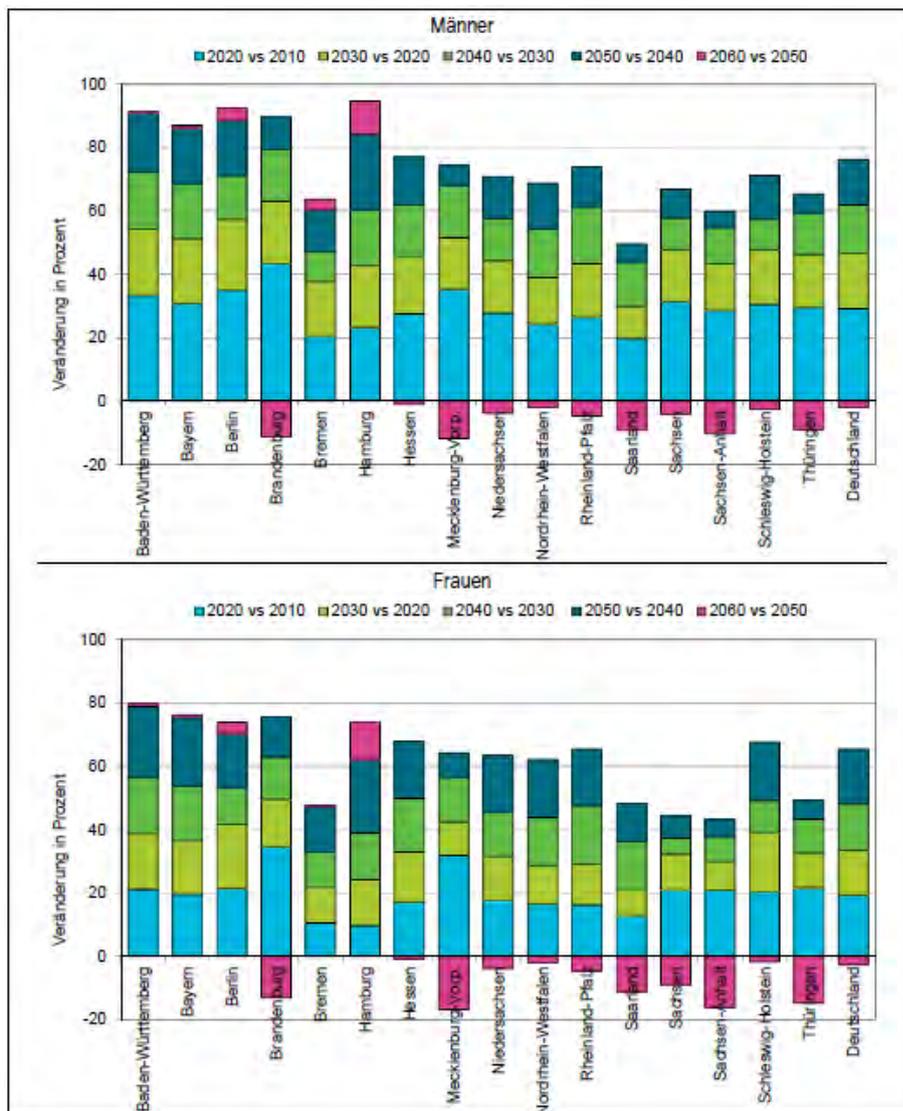


Abbildung 11 Relative Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen

Quelle: [3]

### Stand und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2060: Kurz-Zusammenfassung

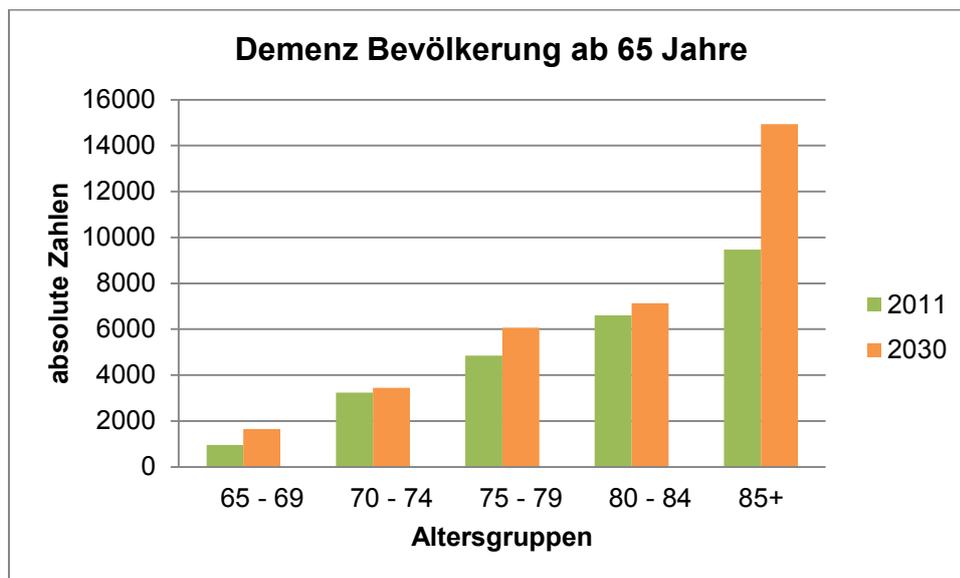
MV hat die bundesweit höchste Pflegequote, auch innerhalb einzelner Altersklassen. So ist die Pflegequote in der Gruppe der 75-84-Jährigen gegenüber dem Bundesdurchschnitt um das 1,35-fache erhöht. Bis 2030 wird der Anteil Pflegebedürftiger in MV deutlich zunehmen, wobei die Schätzungen divergieren und einen Anstieg um bis zu 47% prognostizieren. Insbesondere bis 2020 ist, verglichen mit 2010, von einer starken Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger auszugehen. In den kommenden Dekaden wird diese Zunahme dann schwächer ausfallen und könnte bis zum Jahre 2060, verglichen mit 2050, wieder negativ ausfallen.

### Massive Zunahme der Demenzerkrankungen erwartet

Die absolute Prävalenz der Demenz, also die Anzahl Erkrankter betrug in Deutschland im Jahre 2007 ca. 1,07 Mio. bei den über 60-Jährigen [13]. Die Inzidenzrate, also die

Neuerkrankungsrate betrug 0,18 bzw. 0,14 Fälle je 100 Personenjahre in den Gruppen 60-64-jähriger Männer, bzw. Frauen. Sowohl Prävalenz als auch Inzidenz sind dabei stark altersabhängig: In der Gruppe der über 100-Jährigen betrug die Prävalenz 30% für Männer und 43% für Frauen.

In Abbildung 12 ist die Prävalenz der Demenz in MV 2011 und 2030 in absoluten Zahlen abgebildet [9]. Für das Jahr 2030 ist von einer massiven Zunahme insbesondere in der Gruppe der über 85-Jährigen auszugehen.



**Abbildung 12 Prävalenz der Demenz 2011 und 2030**

Quelle: [9]

In MV existieren Modellprojekte zur Demenzversorgung und –steuerung. [14] Die Landesregierung hat seit 2006 sechs niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige nach § 45c SGB XI gefördert. Eine landesweit verbindliche Strategie und Maßnahmenplanung für die Demenzversorgung im Land gibt es nicht.

### ***Keine messbaren Wirkungen des Ehrenamts in der Pflege***

In der Sorgearbeit spielt auch das Ehrenamt eine wichtige Rolle. Der dritte Freiwilligensurvey [15] ergab, dass der Anteil freiwillig Engagierter in MV insgesamt bei 29% lag. Gemäß diesen Daten haben sich nur 2% aller Befragten im Bereich der Pflege engagiert.

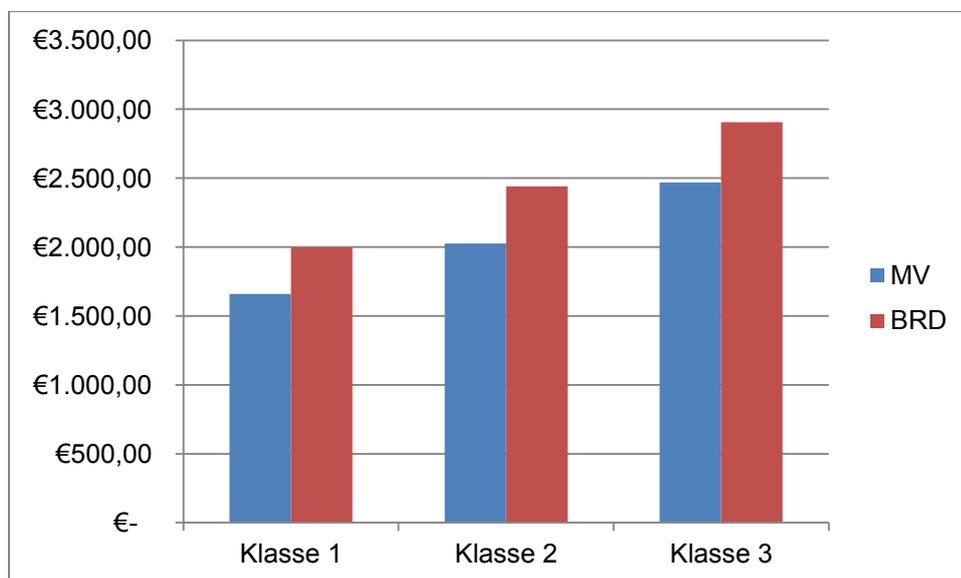
## **1.2.2 Stationäre Pflege**

### ***Dominanz freigemeinnütziger und öffentlicher Träger***

Im Jahre 2011 gab es in MV 20.278 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen [12]. Im bundesdeutschen Durchschnitt verfügte Mecklenburg-Vorpommern 2011 mit 67,2% über überdurchschnittlich viele Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft (BRD: 54,4%). Dem gegenüber stehen ein niedrigeres Niveau an privaten Trägern (MV: 30,4%, BRD: 40,5)

und wenige öffentliche Einrichtungen (MV: 2,8%, BRD: 5,1%). In den Pflegeheimen wurden 2011 insgesamt 13.008 Personen beschäftigt – Nur jeder Vierte davon war in einer Vollzeitstelle angestellt.

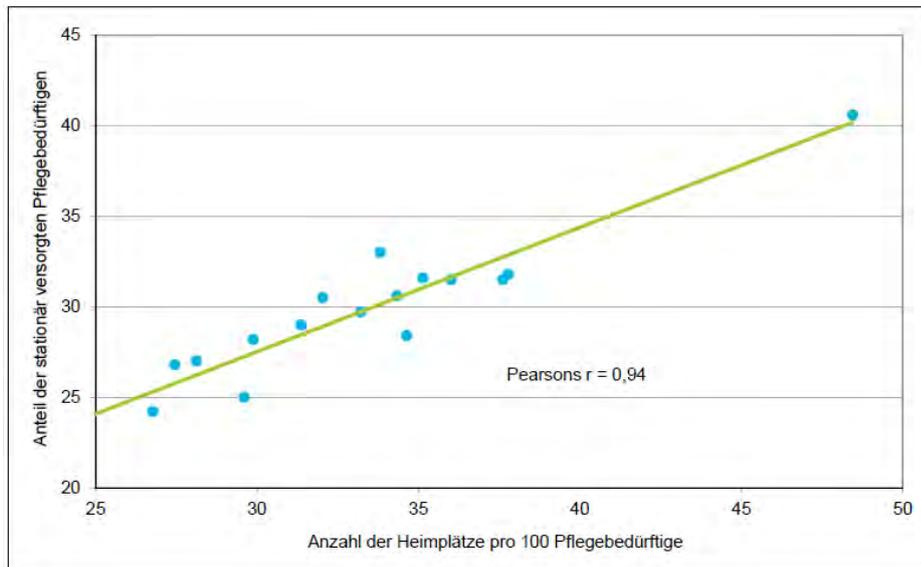
Die durchschnittliche Erstattung für die vollstationäre Dauerpflege innerhalb der Pflegeklassen liegt in Mecklenburg-Vorpommern unter dem Bundesdurchschnitt (siehe Abbildung 13). So liegt die Vergütung im Bundesdurchschnitt in den Pflegeklassen 1 und 2 um rund 20%, in der Klasse 3 um rund 18% höher. Somit wurde die Anforderung an die fachliche Qualifikation im Durchschnitt erreicht und überschritten. Das verbleibende Personal entfiel auf andere Berufsgruppen oder hatte keinen Berufsabschluss.



**Abbildung 13 Vergütung in der stationären Pflege nach Pflegeklassen**

Quelle: [11]

Vergleicht man das Angebot an stationärer Pflege mit der Inanspruchnahme, so zeigt sich ein starker Zusammenhang. Je mehr stationäre Pflegeplätze angeboten werden, desto häufiger werden sie auch in Anspruch genommen. Dieser Zusammenhang ist, basierend auf bundesweiten Daten, in Abbildung 14 dargestellt.



**Abbildung 14 Heimplätze und Anteil stationär versorgten Pflegebedürftigen**

Quelle: [3]

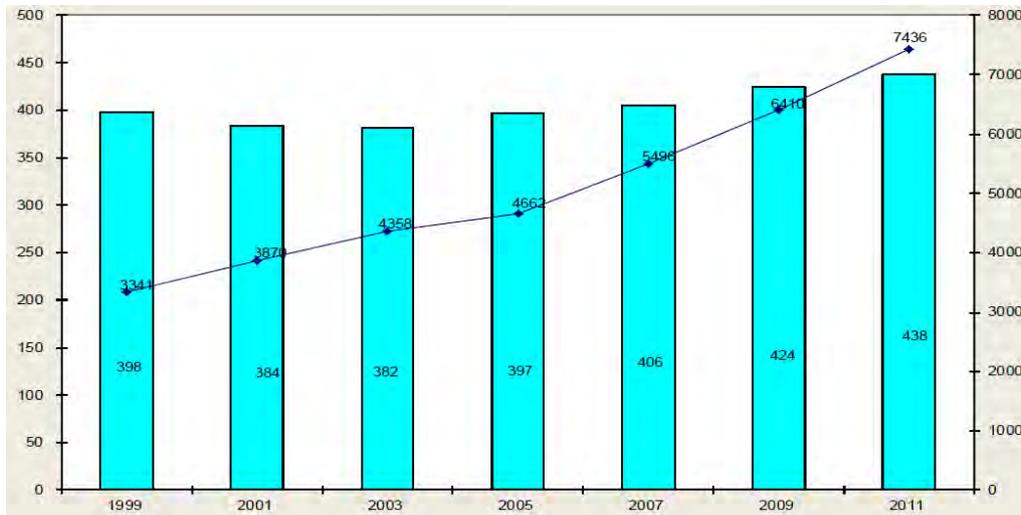
Diese Abbildung und Datengrundlage erlaubt jedoch keine Aussagen zu einem kausalen Zusammenhang. Einerseits ist eine angebotsinduzierte Nachfrage eine mögliche Erklärung. Andererseits kann jedoch auch das Angebot der Nachfrage folgen.

An vielen Stellen im Land zeigt sich, dass das stationäre Pflegeangebot das Leistungsgeschehen im Land steuert. Für MV fällt auf, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil der über 74-Jährigen (11% vs. 9,2% im Bund) stationär versorgt wird. Unter diesen Voraussetzungen lässt sich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nur erschwert umsetzen.

### 1.2.3 Ambulante Pflege

#### **Ambulante Pflegedienste**

Im Jahre 2011 existierten in MV 438 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 7.436 Mitarbeitern [12]. Somit beträgt die durchschnittliche Teamstärke 17 Mitarbeiter, woraus 8,6 Vollkraftäquivalente resultieren (Durchschnitt Deutschland: 7,6 Vollzeitäquivalente). Die Branche ist somit eher durch Kleinunternehmen geprägt. Seit 1999 hat sich die Anzahl an Pflegediensten um rund 10%, die gesamte Anzahl an Beschäftigten um 123% erhöht (siehe Abbildung 15). Zuletzt befanden sich knapp 60% der ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft [12].



**Abbildung 15 Anzahl Ambulante Pflegedienste und Beschäftigte**

Quelle: [12]

Die Zahl der Beschäftigten je 100 Pflegebedürftige betrug dabei 35, was ebenfalls einem leichten Anstieg gegenüber den Vorjahren entspricht. Nach Angaben der Landkreise gab es 2011 in den sechs Landkreisen insgesamt 127 Einrichtungen für betreutes Wohnen mit insgesamt 2.705 Wohneinheiten; Zahlen zu den kreisfreien Städten stehen nicht zur Verfügung [12]. Unter diesen Einrichtungen befinden sich auch Wohngruppen für Demenzerkrankte.

#### 1.2.4 Geriatrische Versorgung

Geriatrische Versorgungseinrichtungen schließen akutmedizinische Einrichtungen wie Akutstationen und niedergelassene Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie ein. Zudem beschreiben sie stationäre und ambulante Einrichtungen zur geriatrischen Rehabilitation. In akutstationären Einrichtungen werden zudem auch Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation erbracht. Im ambulanten Bereich gibt es die Möglichkeit, gemäß § 73c SGB V einen integrierten Versorgungsvertrag zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung abzuschließen, der die geriatrische Rehabilitation ergänzt [9]. Zu bestehenden Verträgen im Land existieren keine Daten.

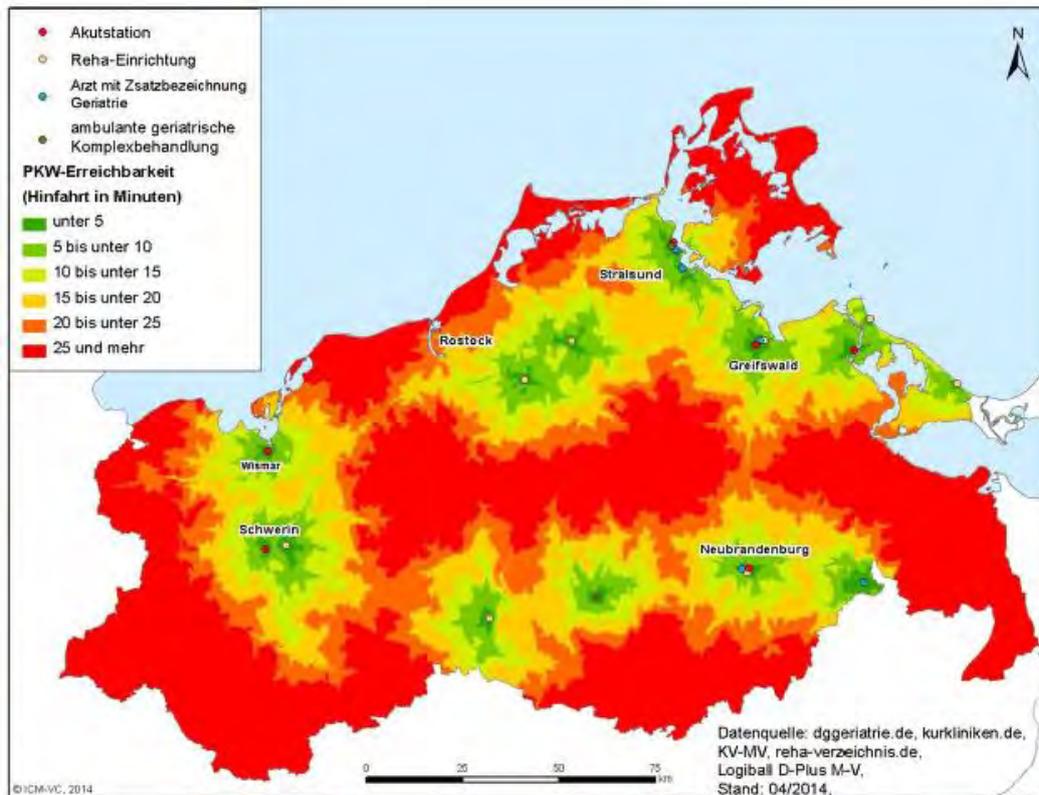
In Abbildung 16 sind akutstationäre und stationär-rehabilitative Einrichtungen sowie niedergelassene Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie und Verträge zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung in MV abgebildet.



**Abbildung 16 Geriatrische Versorgungseinrichtungen in MV**

Quelle: [9]

Es zeigt sich, dass insbesondere in den Oberzentren eine gute Erreichbarkeit gegeben ist (siehe Abbildung 17). In weiten Teilen des Landes ist jedoch oftmals keine Erreichbarkeit innerhalb von 25 Minuten gegeben.



**Abbildung 17 Erreichbarkeit geriatrischer Versorgungseinrichtungen in MV**

Quelle: [9]

### 1.2.5 Pflegesteuerung

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus 2008 sah die Einrichtung von Pflegestützpunkten zur anbieterneutralen Beratung von Betroffenen vor. Gemäß § 7a SGB XI haben Pflegebedürftige und deren Angehörige in Deutschland daher seit 2009 einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Die Pflegestützpunkte müssen von den Pflegekassen eingerichtet werden, sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung bestimmt. Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt neben einer umfassenden und unabhängigen Beratung Versicherter auch die Koordination aller Hilfs- und Unterstützungsangebote und eine Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

In MV existieren derzeit 13 Pflegestützpunkte, die zum Teil auch Zweigstellen betreiben (siehe Abbildung 18) und die einen Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI leisten.

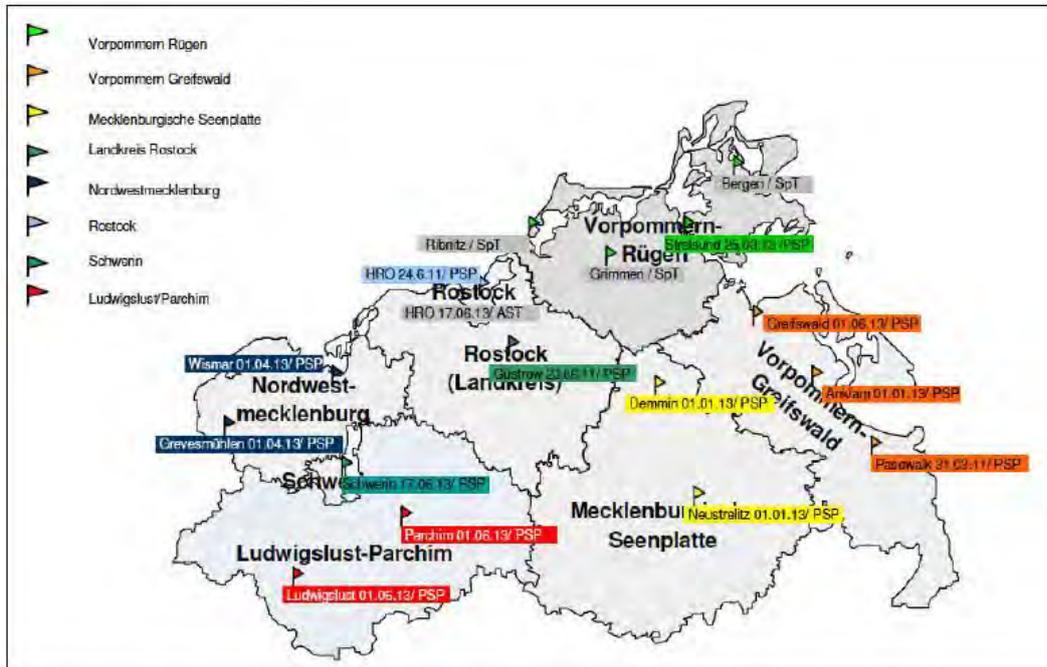


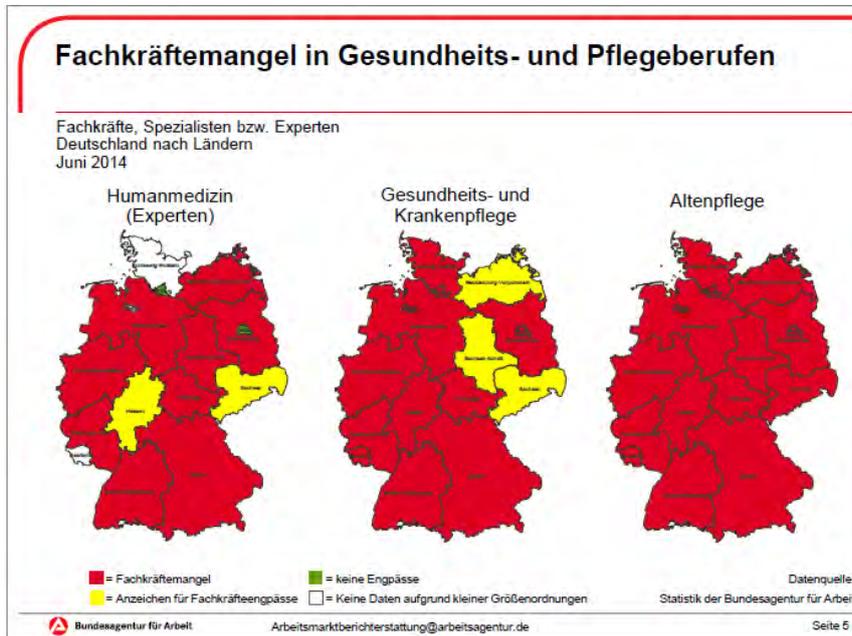
Abbildung 18 Pflegestützpunkte in MV

Quelle: [9]

### 1.3 Pflegepersonal

#### *Dramatischer Fachkräftemangel in der Pflege*

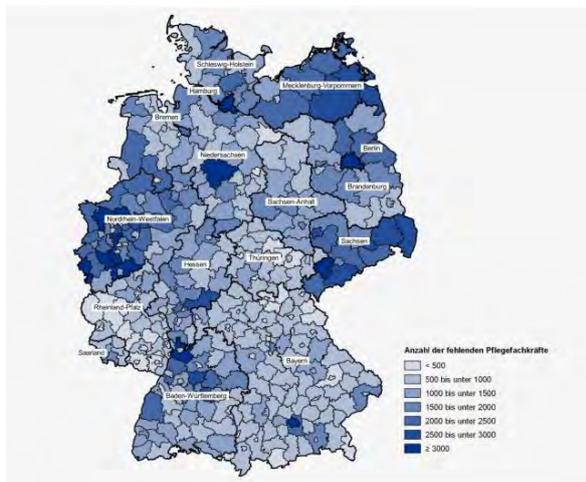
Bereits jetzt existiert in der Altenpflege ein Fachkräftemangel in MV, während sich in der Gesundheits- und Krankenpflege ein solcher andeutet (siehe Abbildung 19).



**Abbildung 19 Fachkräftemangel nach Ländern**

Quelle: [16]

Zu dieser Einschätzung kommt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2014 [10]. Insbesondere für ländliche Regionen wird ein „wachsendes Ungleichgewicht von Bedarf und Angebot an Pflegenden“ festgestellt. In strukturschwachen Regionen wird dieser Mangel durch den demographischen Wandel, das Kleiner werden wegen der strukturell schlechter werdenden Gesundheitsversorgung in der Fläche zusätzlich beschleunigt wird. [10]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt fest, dass es in einigen Landkreisen in MV einen besonders hohen Mangel an Pflegekräften gibt, der zum Teil mit über 2.500 fehlenden Pflegepersonen beziffert wird [10] (siehe Abbildung 20).



**Abbildung 20 Regionaler Mangel an Pflegepersonal im bundesweiten Vergleich**

Quelle: [10]

Über alle ambulanten und stationären Einrichtungen hinweg waren 2011 in MV etwa 26% examinierte Altenpfleger beschäftigt, etwa 28% waren Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Helfer in der Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger [12].

## 2 Grundsätze und Leitgedanken

### ***Der demographische Wandel verschärft das Pflegerisiko***

Ein hohes Pflegerisiko gehört für die nächsten Jahrzehnte in MV für jeden Alten zum Lebensalltag.

Ein lineares, fortwährendes Ausweiten der Pflegeinhalte und Pflegedienstleistungen ist unter den Voraussetzungen der sich ändernden Demographie nicht möglich. Die Stärkung der Eigenverantwortung mit Mobilisation noch vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen beim Einzelnen für eine möglichst lange Zeit ist ein gesellschaftlicher, langwieriger Prozess mit vielen Einzelmaßnahmen. Dieser Prozess soll die Fähigkeiten zum Selbstmanagement des Einzelnen in seinem Lebenskontext, die Wertschätzung von mentaler Aktivierung und körperlicher Beweglichkeit und eine breite Aufklärung zu Gesundheitsfragen (Eduktion) zum Gegenstand haben (siehe Projekte zur Integrierten Versorgung, Teil 1 der Grundlagenexpertise).

### ***Effizienzsteigerung durch intelligente Arbeitsteilung erforderlich***

Auch mit zunehmender individueller Befähigung und Eigenverantwortung erzwingen die demographischen Tatsachen eine konsequente Effizienzsteigerung in der Pflege. Diese Effizienzsteigerung muss vor allem über eine neue, intelligente Arbeitsteilung erreicht werden. Pflegefachkräfte sollten nur noch rein pflegerische Aufgaben wahrnehmen. Angrenzende Tätigkeiten wie Hauswirtschaft müssen von anderen Dienstleistern, Angehörigen oder bürgerschaftlich Engagierten erbracht werden, dies bedeutet jedoch keine Substitution von Pflegekräften. Damit werden mehr Personen in der Versorgung eines zu Pflegenden involviert sein. Die Aktivitäten dieser Personen müssen durch den ambulanten Pflegedienst koordiniert werden, sodass im Ganzen eine qualitativ hochwertige, würde- und respektvolle Versorgung erreicht wird. Ohne eine so zu erreichende Effizienzsteigerung droht eine umfassende Rationierung der Leistungen.

### ***Professionalität in der Sorgearbeit sichern***

Durch einen weit gefassten Pflegebegriff und verbindlich geregelte Verfahren der Evaluation der Pflegequalität kann sichergestellt werden, dass jeder zu Pflegenden genau die öffentlich abgesicherte Pflege bekommt, die er tatsächlich braucht (personalisierte Pflege). Zur Sicherung einer solchen Qualität vor allem in der Pflege durch Angehörige und Andere im Rahmen der Sorgearbeit erscheint es geboten, professionellen Pflegeangeboten über Sachleistungen einen weiten Handlungsraum einzuräumen. Diese Stärkung und Sicherung der Qualität durch Orientierung an Professionalität über Sachleistungen bei gleichzeitigem Stärken der freien Auswahlmöglichkeiten dieser Leistungen durch die Angehörigen ist bei der Weiterentwicklung des Pflegesystems zu bekräftigen. Auf diesem Weg kann die Sorgearbeit dauerhaft gestärkt werden.

### ***Integration von Medizin, Pflege und weiterer Gesundheitsleistungen***

Die Trennung von medizinischer Versorgung und Pflege sowohl auf institutioneller Ebene als auch im Lebensalltag verursacht unnötige Kosten und führt zu Qualitätsverlusten. Deshalb ist es notwendig, alle Gesundheits- und Pflegedienstleistungen auf allen Ebenen zu integrieren, und wenn möglich aus einer Hand einzusetzen. Dafür gibt es bereits im Rahmen der heutigen sektoralen Strukturen viele Möglichkeiten, wie zum Beispiel im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgungsformen (§ 140b SGB V und § 92b SGB XI). Diese wurden bislang jedoch nicht genutzt, da für die gesetzlichen Pflegekassen durch die bestehende Finanzierungslogik – im Gegensatz zu den gesetzlichen, im Wettbewerb stehenden Krankenkassen - keinen Anreiz für solche Verträge haben. Entscheidend bei der Integration ist die geteilte Verantwortung für das Budget und die Qualität der Versorgung. Das Ziel ist es, dem zu Pflegenden eine integrierte Leistung aus möglichst allen relevanten Versorgungsbereichen, insbesondere jedoch Medizin und Pflege zu bieten.

### ***Integration durch top-down-Steuerung fördern***

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die starre, systemische, konkurrierende Trennung aller stationären und ambulanten Angebote im Gesundheitswesen und der Pflege, das Nebeneinander von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Anbietern auf dem Gesundheits- und Pflegemarkt sichern zwar Innovation und Entwicklung neuer Versorgungsformen. Insgesamt aber produzieren sie Effizienz- und Qualitätsverluste durch nicht miteinander verschränkte Finanzierungs- und Leistungssysteme.

Daher wächst der öffentlichen Steuerung aller Gesundheits- und Pflegedienstleistungen für das Herstellen zielorientierter, integrierter Angebote eine entscheidende Rolle zu. Landkreise und ihre Gesundheits- oder Sozialämter sind mit für die Gesundheits- und Pflegeplanung in ihrer Kommune zuständig und verantwortlich aufzustellen. Diese Zuständigkeit weist ihnen gegenüber den am Gesundheits- und Pflegemarkt oder in der Selbstverwaltung agierenden Anbietern eine verpflichtende, steuernde Aufgabe zu, die stärker mitgestaltend sein sollte.

Die heutigen Gesundheits- oder Sozialämter sind mit einer solchen Aufgabe der Gesundheits- und Pflegeplanung ganz besonders gefordert. Dies gilt besonders für dünn besiedelte und kleiner werdende ländliche und urbane Räume. Gebraucht wird für die jeweilige Region eine angemessene Unterstützung. Es müssen Kompetenzen aufgebaut und weiterentwickelt werden, es braucht Ressourcen und konkrete Plattformen für einen Austausch über die Regionen hinweg.

### ***Pflegestrukturen regionalspezifisch gestalten***

Der demographische Wandel führt zunehmend zur Konzentration der Bevölkerung in den Grund- Mittel- und Oberzentren und zu stark verkleinerten Lebensstrukturen in den ländlichen Regionen. Die vereinheitlichen Maßstäbe und Vorgaben aller rechtlichen Rahmenbedingungen und sozialen Systeme werden den tatsächlichen Lebensbedingungen vor Ort nicht mehr gerecht. Es ist vorstellbar, dass die nicht-institutionellen, ambulanten und stationären Pflegestrukturen regionalspezifisch, verschieden und je nach regionalem Bedarf in eigener Verantwortung aufgestellt werden.

### ***Aktiver Einbezug der Bürger über bürgerschaftliches Engagement hinweg***

In den kommenden Jahrzehnten werden die dauerhaft begrenzten Möglichkeiten für eine umfassende Pflege und der Anspruch auf Würde und Qualität im Pflegeprozess in einem akzeptablen Ausgleich zu regeln sein. Dieser Ausgleich wird erleichtert, wenn die Bürger selbst bei der Herstellung lösungsorientierter Strukturen eine aktive Rolle spielen können. Ihr Beitrag ist ein wichtiger Bestandteil des Pflegemixes und als solcher wertzuschätzen. Gegenseitige Hilfe, Nachbarschaftshilfe, bürgerschaftliches Engagement in Vereinen, Kirchengemeinden etc., und ein kommunizierendes soziales Umfeld können unter diesen Voraussetzungen die Pflege als Ganzes stabilisieren. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass Strukturen der Sorgearbeit im Selbstlauf entstehen. Sie brauchen professionelle Beratung und Steuerung. Bürgerschaftlich Engagierte sind durch Qualifizierung und fortlaufende Begleitung zu unterstützen. Sie brauchen aber auch, und das gilt gerade für Regionen in denen bürgerschaftliches Engagement schon heute keine wesentliche Rolle spielt und die sozialen Strukturen eher auf eine individualisierte Lebensführung ausgerichtet sind, finanzielle Unterstützung, zumindest für den Aufwand. Nur so können professionelle Angebote und Sorgearbeit zu einem integrierten Pflegemix verwachsen.

### 3 Handlungsschwerpunkte und Strategieempfehlungen

Der fachliche Rahmen für eine auf alle Lebenssituationen der Alten angepasste und bezahlbare Pflege ist durch die Pflege-Gesetzgebung des Bundes umfassend und im Rahmen des „Teilkasko-Ansatzes“ auch finanziell überschaubar ausgelegt.

Gerade die jüngeren Veränderungen in der Pflegegesetzgebung zeigen, dass die Bereitschaft des Gesetzgebers, konstruktiv auf Veränderungen im Lebensalltag der Alten und daraus entstehenden neuen Fragestellungen zu reagieren, groß ist. In allen Änderungen zur Pflegegesetzgebung der letzten 20 Jahre war die Stärkung professioneller Angebote und Strukturen auf der einen Seite und die Orientierung der freien Auswahl aus diesen Angeboten entscheidungsleitend. Bisher sind alle Versuche einer Entprofessionalisierung und Privatisierung der Pflegeverantwortung an der Realität der sozialen Strukturen, dem Erodieren sorgender Angehörigenpflege mit guten Argumenten gescheitert. Die Herausforderung für die Entwicklung der Pflegestrukturen besteht langfristig darin, für viel Eigenverantwortung der Bürger für ihre individuelle Pflege eine durchgehend hohe, institutionell abgesicherte und dem Stand der Technik gemäße Pflegequalität mit begrenzten Mitteln zur Verfügung zu stellen und durchzusetzen.

Allerdings bleibt die reale Pflege vor Ort heute weit hinter einem solchen umfassenden Pflegedenken und Handeln zurück. Auf allen Ebenen und in allen Facetten ist die Pflege heute geprägt von einer Vielzahl konkurrierender, nicht abgestimmter Pflegeangebote privater, freigemeinnütziger und öffentlicher, professioneller und bürgerschaftlich engagierter Anbieter. Eine Abstimmung dieser Angebote untereinander und vor allem mit den Angeboten der medizinischen Versorgung gibt es nicht.

Daher wird als durchgehender Leitgedanke für alle Strategieempfehlungen im Einzelnen eine aktive Integration aller altenbezogenen, geriatrischen Gesundheitsdienstleistungen und aller Pflegeangebote vor Ort durch die unmittelbar daran beteiligten Anbieter unter der steuernden Leitung der Landkreise und Kommunen und deren Gesundheits- bzw. Sozialämter vorgeschlagen.

Dabei ist jedoch eine einseitige Fokussierung der Pflege zu vermeiden. Nicht nur ist, wie oben bereits ausgeführt, Pflegeversorgung als Pflegemix, bestehend aus Sorgearbeit und professionellen Pflegeangeboten zu verstehen. Darüber hinaus sind insgesamt seniorenpolitische Gesamtkonzepte durch die Landkreise und Kommunen zu entwickeln. Diese Gesamtkonzepte sollten mittelfristig die kommunale Pflegeplanung ersetzen und Lösungen entwickeln, die alle relevanten Themenbereiche lokaler Strukturen einschließen, zum Beispiel Sorgearbeit, medizinische und pflegerische Versorgung, Casemanagement, Bau- und Sozialplanung, Wohnen und kulturelle Angebote.

Ein weiterer Leitgedanke ist es, den in der Sozialgesetzgebung verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker in der Pflegeplanung zu verinnerlichen und ambulanten Versorgungskonzepten grundsätzlich Vorrang einzuräumen. Dieser Grundsatz ist das entscheidende fachliche Steuerungsinstrument für die Steuerung der Pflegequalität und der Pflegekosten insgesamt.

### **3.1 Wandel der Pflegeversorgung zur Sorgearbeit**

Auch in Zukunft wird der Schwerpunkt aller Pflege im nicht-institutionellen Bereich, in der Sorgearbeit liegen. Ein Schwerpunkt jeder Gesundheits- und Pflegepolitik muss sich darauf konzentrieren, Hilfe zur Selbsthilfe in allen Facetten institutionell abzusichern und zugleich auch in der Sorgearbeit professionelle Qualität sicherzustellen. Dazu sind die vorhandenen und noch auszubauenden Pflegeberatungsangebote zu nutzen. Ein Pflegemix, erbracht von institutionellen Anbietern, bürgerschaftlich Engagierten, Angehörigen und der Gemeinschaft, erfordert eine umfassende und angemessene Beratung der Betroffenen. Eine solche Beratung muss bei Leistungsanspruchnahme verpflichtend sein. Die Koordination verschiedener Angebote sollte durch die ambulanten Pflegedienste erfolgen (siehe 3.3).

Darüber hinaus sind Kranken- und Pflegekassen zu verpflichten, organisierende, beitragswirkende Selbsthilfestrukturen im weiten Umfeld präventiver Maßnahmen und Möglichkeiten zu organisieren. Da Entscheidungen hierzu auf der Bundesebene zu treffen sind, wird empfohlen, dass MV hier eine entsprechende Initiative ergreift.

Bürgerschaftliches Engagement kann in Zukunft im Pflegeprozess nur dann eine größere Rolle spielen, wenn Engagierte auch materiell für ihren Aufwand angemessen entschädigt werden. Besonders in MV aufgrund mit den in Zukunft deutlich niedrigeren Renten ist zu erwarten, dass ein solcher finanzieller Anreiz auf großes Interesse stoßen wird. Darüber hinaus kann bürgerschaftliches Engagement als kostengünstige Ergänzung professioneller Angebote interessant sein.

Soziale Netzwerke, virtuell und real sind Bestandteil des sozialen und gesellschaftlichen Lebens geworden, auch wenn dabei Generationsunterschiede eine große Rolle spielen. Zunehmend haben Alte und andere sozial sorgende und helfende Netze entwickelt, die zwar oft nicht dauerhaft sind aber viele Ansätze und Möglichkeiten gegenseitiger Information und Hilfe enthalten. Vorstellbar ist, die Entwicklung eines landesgestützten, virtuellen und dann auch realen sozialen Netzwerkes gegenseitiger Hilfe von Alten und Interessierten. Auch ein solches Netz braucht einen professionellen Hintergrund, der Sicherheit und Nutzen garantiert.

#### ***Gemeinde-Gesundheitszentren als Orte integrierter Leistungserbringung***

Im Teil 1 der Grundlagenexpertise wird empfohlen, Gemeinde-Gesundheitszentren als Orte der umfassenden Versorgung mit allen ambulanten und in Ausnahmen stationären Leistungen („Hybrid Gemeinde-Gesundheitszentrum“) zu entwickeln. Gemeinde-Gesundheitszentren sind für die Wohnbevölkerung eine medizinische Versorgungsplattform der kurzen Wege und der direkten Vernetzung mit den höheren Versorgungsstrukturen der Regionalkrankenhäuser und Hochleistungszentren und dadurch Zuweisungsstellen für diese. Die Ausgestaltung der Gemeinde-Gesundheitszentren sollte sich dabei an dem Leistungsgeschehen der bestehenden kleinen Krankenhäuser und ihrem Anteil am gesamten Leistungsgeschehen orientieren.

In diesem Versorgungsansatz könnte sich die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung zunehmend ändern. Im Kontext einer lokal und zunehmend ambulant organisierten

Versorgung könnte die Kassenärztliche Vereinigung eine Management- und Beratungsfunktion in diesen vertragsärztlichen Strukturen übernehmen. An das Gemeinde-Gesundheitszentrum sind zahlreiche Leistungserbringer anzubinden (siehe 3.2.).

### **Stärkung der Pflegestützpunkte**

Jegliche Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist durch die unabhängigen Pflegestützpunkte zu erbringen. Die Anzahl der Pflegestützpunkte ist zu erhöhen und ihre Kompetenzen sind auszuweiten. An jedem zu schaffenden Gemeinde-Gesundheitszentrum ist ein Pflegestützpunkt zumindest als Zweigstelle anzusiedeln. Weitere Pflegestützpunkte sollten mit den Gemeinde-Gesundheitszentren im Austausch stehen.

Während die ambulanten Pflegedienste, auch in Kooperation untereinander mit dem Ziel der Generierung von Skaleneffekten, das Casemanagement für ihre eigenen zu Pflegenden übernehmen, werden die Pflegestützpunkte verantwortlich nicht bloß für Case- sondern auch Caremanagement. Dies beinhaltet die regionale Koordination der vorhandenen Leistungen und das Entlassmanagement. Um diese Aufgaben verlässlich wahrnehmen und in der gebotenen Qualität erbringen zu können ist die Finanzierung der Pflegestützpunkte aufzustocken. Dabei wird empfohlen, gemeinschaftliche Finanzierungsstrukturen zwischen Kommune, Land und Kostenträgern zu etablieren.

## **3.2 Stationäre Pflege**

Die Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen im Land erscheint heute bereits umfangreich. Der Verzicht eines Ausbaus konventioneller stationärer Kapazitäten stellt jedoch gerade im ländlichen Raum eine besondere Herausforderung dar und erfordert eine besondere Herangehensweise in der Pflegesteuerung (siehe dazu auch 3.5). Anstelle eines dichotomen Verständnisses von Pflegeversorgung, die entweder im ambulanten oder im stationären Setting stattfindet, sollte jedoch auch die Entwicklung neuer, differenzierter Wohn- und Betreuungsformen in Betracht gezogen werden. Ausgehend von dem vorhandenen stationären Angebot sind anforderungsgerechtere Angebote zu entwickeln. Zu verweisen sei an dieser Stelle auf die Arbeit des „Netzwerks Soziales neu gestalten“ [18]. Anstelle konventioneller Pflegeheime wird hier unter anderem empfohlen, auch in der stationären Versorgung möglichst integrierte Konzepte, zum Beispiel mit Wohngruppencharakter zu entwickeln.

Auch in MV muss oberstes Ziel bei der Weiterentwicklung des stationären Angebots sein, stationäre Versorgung aus der Isolation zu holen, sie zu ent-institutionalisieren, sie stärker mit den bestehenden Angeboten im Wohnumfeld zu verknüpfen und somit stationäre Pflege auch wieder stärker in der Mitte der Gesellschaft zu verankern.

Grundsätzlich ist der Umzug in eine stationäre Einrichtung systematisch durch Stärkung von Eigenkompetenz, der Kompetenz pflegender Angehöriger und ambulanter Unterstützung in der Häuslichkeit und so lange als irgend möglich zu vermeiden. In der Konsequenz sollte für jeden Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ein integriertes Gutachten eines Pflegestützpunkts erstellt werden, bei dem die individuellen Präferenzen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen sowie der Medizinische Dienst der Krankenkassen einzubeziehen sind.

Die stationären Einrichtungen sollten dicht am gesellschaftlichen Leben geführt werden, in der Mitte der Gesellschaft. Das übergeordnete Ziel der Arbeit der stationären Pflegeeinrichtungen ist es, die letzte Lebensphase ihrer Bewohner ohne Exklusion in der Mitte der Gesellschaft zu organisieren.

### ***Demenzversorgung stärken***

Mit der hohen Alterung nimmt auch in MV die Zahl der Demenzerkrankten überproportional zu. Die heutigen Betreuungsstrukturen reichen dafür nicht aus. Die Dementen und ihre Angehörigen brauchen vor allem öffentliche Beratung, Hilfe und Steuerung im Umgang mit der Demenz vom Beginn der Erkrankung bis zu ihren finalen Wirkungen. Die Betroffenen selbst sind dabei so weit wie möglich einzubinden und gerade im Frühstadium ihrer Erkrankung zu befähigen, mit dieser umzugehen. Gebraucht wird ein durchgehender, aus einer Hand gelieferter Betreuungs- und Pflegeansatz, der alle medizinischen, sozialen und lebensweltlichen Belange von Beginn an zusammensieht, zusammen nutzt und ihren Einsatz fortlaufend zielgenau steuert. Als Vorbild kann hier die Demenzversorgung des Ärztenetzes Südbrandenburg gelten.

Demenzerkrankte sollten so lange als möglich in nicht-stationären Strukturen versorgt werden. Grundsätzlich muss angestrebt werden, Demente nicht mehr in konventionellen stationären Pflegeeinrichtungen unterzubringen. Für Demenzerkrankte, die in der Häuslichkeit nicht mehr betreut werden können, aber keine Pflegefälle sind, gibt es mit den Demenz-Wohngemeinschaften ein mittlerweile erfolgreich eingeführtes Instrument der angemessenen Sorge und Betreuung. Auch andere ent-institutionalisierte stationäre Angebote sind denkbar.

Da die Demenzlast im Vorlauf in MV auf Grund der Altersstrukturen besonders hoch sein wird, kann auch hier, wie bei der Geriatrie, ein besonderer Schwerpunkt der medizinischen Forschung und Lehre im Land gebildet werden.

### **3.3 Ambulante Pflege**

Ein Wachstum des Segments ambulante Pflege entsprechend der Alterung der Bevölkerung ist aus organisatorischen, personellen und finanziellen Gründen weder vorstellbar noch umsetzbar. Gleichwohl wird der Grundsatz bekräftigt, dass jeder Bürger, der nach Recht und Gesetz Anspruch auf ambulante Pflege hat, sie auch bekommt. Eine Fokussierung auf die Erhöhung der organisatorischen Effizienz, insbesondere erreicht durch eine neue, intelligente Arbeitsteilung mit entsprechender Koordination wird zum Alltag der Pflegeversorgung gehören müssen. Dennoch wird der absolute Umfang der ambulanten Pflege bis zur Normalisierung der Altersverteilung der Bevölkerung zunehmen. Die dabei auflaufenden Kosten können und werden durch entsprechend hohe Beiträge zur Pflegeversicherung bzw. direkte Zuschüsse aus den öffentlichen Haushalten finanziert werden. Eine den Alten zumutbare und der Gesellschaft erträgliche Alternative dazu gibt es nicht.

Aus dieser Situation heraus ergibt sich jedoch die Möglichkeit, die ambulanten Pflegedienste in den Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung zu stellen und ihnen eine neue, steuernde Koordinationsfunktion zuzuweisen. Dies eröffnet einerseits die Chance, die ambulante

Versorgung und damit den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu stärken. Zudem bietet sich die Chance, die bislang fragmentierte medizinische und pflegerische Versorgung Pflegebedürftiger besser zu koordinieren und so potentiell Qualität und Effizienz zu verbessern.

### ***Ambulante Pflegedienste übernehmen das Casemanagement für ihre zu Pflegenden***

In die ambulante Pflege sind alle weiteren Gesundheitsleistungen verstärkt zu integrieren, um insgesamt eine qualitative hochwertigere und effizientere Versorgung zu erreichen. Dazu wird empfohlen, dass die ambulanten Pflegedienste das Casemanagement für die durch sie betreuten Pflegebedürftigen übernehmen und sich dabei eng mit anderen Versorgungsstrukturen wie Praxisnetzen abstimmen. Dabei sollten die Casemanager ausgebildet und für diese anspruchsvolle Tätigkeit qualifiziert werden. Dies kann zum Beispiel gemäß des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Care- und Casemanagement erfolgen. Eine Verantwortung des Casemanagements ausschließlich durch die Pflegekassen wird nicht empfohlen, um eine zu starke Fokussierung des Kostenaspekts zu vermeiden.

Bei den Pflegediensten laufen alle Informationen zur Versorgung mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen (Ärzte, Apotheker, Therapeuten, Ämter, weitere Versorger etc.) zusammen. Zu diesem Zweck wird für jeden Einzelnen zu Pflegenden eine digitale Pflegeakte als Ergänzung zur digitalen Patientenakte aufgelegt und zur umfassenden Steuerung des Pflegegeschehens genutzt. Eine solche inhaltliche Aufwertung der Pflegedienste zur Steuerungsinstanz des individuellen Pflegegeschehens mit einer verbindlichen, vertraglich geregelten strukturellen Vernetzung der Leistungserbringer mit einer geteilten Budgetverantwortung ist auch im heutigen System machbar.

Die digitale Pflegeakte ermöglicht darüber hinaus eine transparente Abbildung der erbrachten Leistungen und der aufgewendeten Ressourcen. Sie dient damit auch als ein Controllinginstrument für die beteiligten Akteure. Weiterhin wird sie zur Versorgerübergreifenden Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität zwingend benötigt.

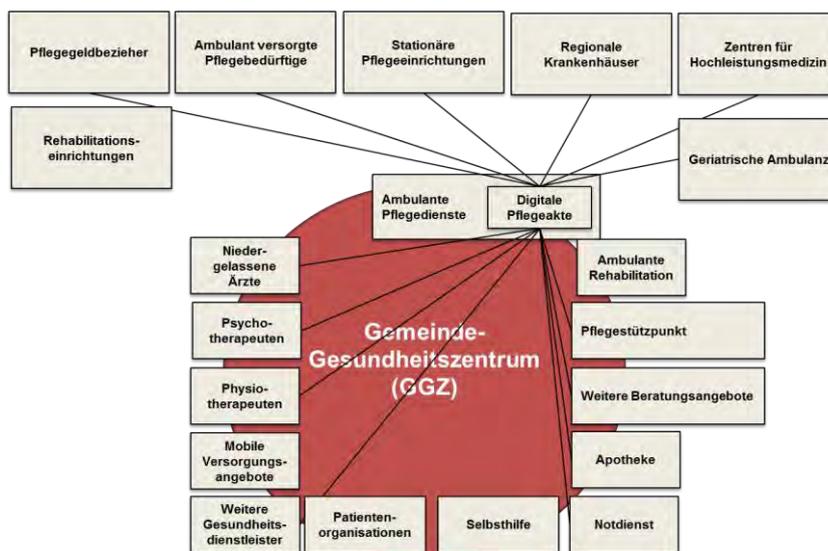
Die Pflegestützpunkte sind mit den ambulanten Pflegediensten in ihrer Funktion als Casemanager für ihre zu Pflegenden und mit den zu schaffenden Gemeinde-Gesundheitszentren zu vernetzen (siehe Teil 1 der Grundlagenexpertise [17]). Die Vernetzung muss dabei nicht zwangsläufig räumlich-sachlich erfolgen, wesentlich sind Vernetzungsstrukturen wie gemeinsame, auch videogestützte Besprechungen, gemeinsam genutzte IT-Infrastruktur mit Informations- und Datenmanagement etc. Dieses Konzept ist in Abbildung 21 schematisch dargestellt. Gesundheitsdienstleister (Gesundheitsnetze und Arztnetze, Apotheker etc.), professionelle Pflegeanbieter und Pflegestützpunkte in ihrer Beratungsfunktion fügen unter Wahrung ihrer unterschiedlichen Rahmenbedingungen ihre Angebote zu einem Produkt zusammen. Sie treten vor Ort gemeinsam auf, nach Möglichkeit in den zu schaffenden Gemeinde-Gesundheitszentren. Dabei werden ambulante und stationäre Pflegeanbieter sowie Pflegestützpunkte an die IT-Infrastruktur der im Gemeinde-Gesundheitszentrum ansässigen Versorger angebunden. Erst durch diese organisatorische Integration können alle Chancen digitalisierter Technik gemeinsam realisiert werden.

Darüber wird nicht bloß die digitale, sondern auch eine soziale Vernetzung ermöglicht, was eine gemeinsame Weiterentwicklung der Angebote erleichtern wird.

In diesem Zusammenhang sind auch Konzepte aus der Telemedizin für den Bereich der Pflege zu nutzen. Einfache, telepflegerische Konzepte wie eine Fern-Überwachung von Vitalparametern können bei geringem Ressourceneinsatz und geringen Anforderungen an die technische Infrastruktur (keine Breitbandanbindung erforderlich) einen wichtigen Beitrag zur Pflegequalität und zu einem längeren Erhalt der Häuslichkeit leisten. Insbesondere bei der Schaffung neuer Wohnformen wird empfohlen, telepflegerische Konzepte einzubeziehen.

Langfristig sollten die ambulanten Pflegedienste ein umfassendes, kombiniertes Leistungspaket (SGB V und SGB XI) anbieten, medizinische Bedarfe bei Pflegebedürftigen ermitteln und ggf. eine multidisziplinäre Weiterbehandlung, auch in Kooperation mit regionalen Versorgungsstrukturen wie Praxisnetzen, veranlassen. Ein solcher Anspruch ist durch die heutige Qualifikationsstruktur in den Pflegediensten, aber auch wegen fehlender Vernetzung der Leistungserbringer nicht durchgehend umsetzbar. Deshalb sind hier umfassende Ausbildungs- und Qualifizierungsbemühungen, sowie eine bessere, insbesondere auch IT-gestützte Vernetzung erforderlich.

Um diesen Ansatz hinreichend zu erproben, wird vorgeschlagen, in den beiden Lupenregionen (Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald) modellhaft die Einrichtung jeweils eines Gemeinde-Gesundheitszentrums und eines Aktivzentrums (siehe 3.5) zu erproben. Beide Einrichtungen sind mit der bestehenden Leistungsstruktur zu vernetzen. Dafür können Bundes- und Landesmittel eingeworben werden.



**Abbildung 21 Das Gemeinde-Gesundheitszentrum in der pflegerischen Versorgung**

Quelle: eigene Darstellung

In ihrer Funktion als Casemanager können die ambulanten Pflegedienste ihre Kompetenzen bündeln und sich untereinander vernetzen. Es ist denkbar, dass mehrere Pflegedienste

gemeinsam eine Managementstruktur errichten, aus der das Casemanagement heraus geleistet wird. So können knappe Ressourcen, wie hochqualifiziertes Pflegepersonal gemeinsam genutzt werden. In der Intensivpflege wird empfohlen, die Qualitätssicherung neu zu organisieren. Hierzu sollten die Zentren der Hochleistungsmedizin über Außenstellen Vorgaben zur Organisation und Qualität der Intensivpflege machen.

Die Balancierung von konventioneller stationärer Versorgung, alternativen, ent-institutionalisierten stationären Angeboten und ambulanter Pflegeversorgung, erfordert einen landesweit öffentlichen, strukturierten Konsentierungsprozess, der in mittelfristiger Perspektive geführt werden sollte.

### **3.4 Geriatrische Versorgung**

Die Gesundheitsversorgung für Alte ist gekennzeichnet durch ein multiprofessionelles, komplexes Versorgungsgeschehen. Dieser spezielle Versorgungsansatz von Alten sichert die Qualität ihrer individuell angepassten Versorgung. Dabei steht die Erhaltung von Lebensqualität und Selbstständigkeit in der Lebensführung im Vordergrund. Langfristig sind integrierte Versorgungskonzepte für Alte zu entwickeln, deren Leistungen auch durch stationäre geriatrische und gerontopsychiatrische Anbieter erbracht werden.

Ausgehend davon wird folgende Struktur einer geriatrischen Versorgung und Rehabilitation im Land empfohlen.

Jedes zu schaffende Gemeinde-Gesundheitszentrum hat auch eine geriatrische Praxis am Standort oder es wird ihm im Rahmen einer Kooperation eine zugeordnet (ggf. gekoppelt an eine hausärztliche oder internistische Praxis).

Es wird empfohlen, auch die gerontopsychiatrische Versorgung zu stärken. Insbesondere für ländliche Gebiete können hier Modelle wie das „GeroMobil“ der Volkssolidarität Uecker-Randow e.V. als Vorbild dienen<sup>3</sup>. Das „GeroMobil“ ist ein mobiles gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot, das unter anderem Beratung und Assessment anbietet, aber auch betroffene Hilfsbedürftige regelmäßig und nach einer festen Tourenplanung zu Betreuungsangeboten in die Zentren transportiert und abends wieder nach Hause bringt.

An mindestens einer universitären Einrichtung wird ein Forschungsschwerpunkt Geriatrische Medizin eingerichtet und mit einer ausreichenden Anzahl ordentlicher Professuren ausgestattet. Bei der Besetzung dieser Professuren ist darauf zu achten, dass die Kandidaten das Fach in der Lehre voranbringen und mehr Studenten für eine geriatrische Spezialisierung gewonnen werden. Auch die Ärztekammer sollte in Überlegungen einbezogen werden, wie die Attraktivität der Geriatrie verbessert werden kann und wie Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte vor diesem Hintergrund weiterentwickelt werden können.

Weiter wird an mindestens einer Fakultät, ähnlich wie an der Uniklinik Dresden eine geriatrische Ambulanz eingerichtet, die von allen Geriatern im Land als Anlaufstelle für ihre Patienten genutzt wird. Hauptaufgabe der geriatrischen Ambulanz wird es sein, über eine konzentrierende Anamnese den Behandlungspfad auszulegen, der die geriatrische

<sup>3</sup> <http://www.volkssolidaritaet.de/kv-uecker-randow-ev/begegnung-kultur/geromobil>

Komplexität des Krankengeschehens strukturiert und überschaubar gestaltet und damit für die Klinik die Kosten multimorbider Krankheitsverläufe kontrollierbar hält. Die Ambulanz sollte zudem Beratung und konsiliarische Untersuchungen (geriatrisches Assessment) anbieten. MV könnte mit einem solchen, auf die besonderen Versorgungsbedürfnisse der Alten zugeschnittenen Arbeitsansatz in Forschung und Lehre ein Alleinstellungsmerkmal unter den deutschen Universitätskliniken gewinnen und zugleich einen unverzichtbaren Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Alten im Land leisten.

### **3.5 Institutionelle Pflegesteuerung**

#### ***Lokale Neustrukturierung der Aufgaben in der Pflegeplanung***

Die Rolle der Kommunen in der Pflegeplanung sollte gestärkt und mehr gestaltend definiert werden; langfristig sollte die heutige Pflegeplanung übergehen in die Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollten vermehrt Anreize bekommen, pflegerische Versorgung ambulant zu organisieren. Auch die Inanspruchnahme von tagespflegerischen Angeboten und Verhinderungspflege sollte gefördert werden. Die erforderlichen Landesmittel (auch Personalmittel) sollten soweit als möglich pauschaliert den dann Zuständigen zur eigenverantwortlichen Planung der Pflege vor Ort überlassen. Die Fachaufsicht muss dabei jedoch beim Land liegen. Dazu gehört dann auch eine vom Land systematisch durchgeführte, kontinuierliche Evaluation, Kontrolle und Eingriffbefugnis, um Qualitätsstandards vor Ort sicherzustellen. Wenn die Evaluation negative Ergebnisse zeigt, dann muss die evaluierende Behörde selbst die Verantwortung für die Organisation der integrierten ambulanten und stationären Pflege vor Ort übernehmen. Grundsätzlich ist es auch vorstellbar, dass von vornherein für den gesamten Pflegeprozess vor Ort eine zentrale Institution auf Landesebene, z. B. eine Agentur für integrierte ambulante und stationäre Pflege eingerichtet wird.

#### ***Einrichtung einer Landesagentur zur Unterstützung kommunalen Gebietskörperschaften***

Um die Landkreise und kreisfreien Städte bei ihrer Aufgabe der lokalen Pflegesteuerung zu unterstützen, wird empfohlen, eine Landesagentur als landesinterner „think tank“ zu gründen. Diese Agentur übernimmt eine kreative Gestaltungsaufgabe, fördert auf der operativen Ebene Projekte und vermittelt Kompetenzen und Ideen. So können Kommunen auf Anfrage Beratung in Anspruch nehmen, es finden Informationsveranstaltungen und Fort- und Weiterbildungen statt. Darüber hinaus entwickelt die Landesagentur Entwicklungspläne und führt Benchmarking durch. Im Rahmen der ambulanten Pflege im ländlichen Raum berät die Landesagentur die ambulanten Pflegeanbieter in der Gestaltung trägerübergreifender Angebotskonzepte und Strukturen. Eine weitere, wichtige Aufgabe liegt in der Vernetzung aller Akteure, zur Ermöglichung eines landesweiten Austausches und eines gemeinsamen Lernprozesses. Die Landesagentur ist unter die Fachaufsicht des Landes zu stellen.

Insgesamt sind die Finanzströme so anzupassen, dass den Kommunen zur Ausübung ihrer Verantwortung langfristig mehr fachliche gebundene Mittel für die Pflegesteuerung und die Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte zur Verfügung steht.

### ***Beratung und Schulung von Pflegebedürftigen***

Die Hilfeangebote der Pflegeversicherung sind so weit als möglich auf Sachleistungen anstelle von Geldleistungen zu konzentrieren. Beratungs- und Schulungsangebote, die auf die Stärkung der Eigenverantwortung und den Aufbau von Gesundheitskompetenz abzielen, sind Sachleistungen die jedem Leistungsempfänger angeboten werden müssen, wenn er Geldleistungen in Anspruch nehmen will.

### ***Förderung freiwilliger Umsiedlung in integrierte Strukturen***

Es werden Hilfen zur freiwilligen Umsiedlung in selbständige, aber sorgende Strukturen in Zentren gesetzt. Denkbar ist in diesem Zusammenhang, Bewohner peripherer Landesteile bei der Umsiedlung in Zentren mit ausreichenden Versorgungsangeboten materiell zu unterstützen. Ein Beispiel könnte eine monatliche Rente sein, gegen die das Wohneigentum eingetauscht werden kann. Voraussetzung dabei ist, dass diese urbanen Räume nachhaltig über eine ausreichende Infrastruktur verfügen (Gesundheit, Pflege, Mobilität, Ämter, Einkaufsmöglichkeiten, Kommunikation und Sicherheit). In diesem Zusammenhang, aber auch unabhängig davon, sind Angebote zum Betreuten Wohnen und zu allen anderen, besonderen, integrierenden und sorgenden Wohnformen in Zentren auszubauen. Hierbei ist auch an Mehrgenerationenhäuser zu denken, wie es sie in MV bereits gibt. Ein existierendes Beispiel ist das Mehrgenerationenhaus der Volkssolidarität Uecker-Randow e.V. in Torgelow, das mit dem Gesundheitspreis der AOK ausgezeichnet wurde. Bei der Förderung solcher Wohnformen muss die Selbstbestimmtheit alter Menschen jedoch unberührbar bleiben. Jedwede Maßnahmen zur Förderung freiwilliger Umsiedlung können Anreiz-, dürfen jedoch niemals Sanktionscharakter haben.

### ***Soziale Betreuung in der Fläche durch Aktivzentren***

In den Zentren, aber auch in dünner besiedelten Gegenden (dort in anderer Dimension) sind lokale Aktivzentren einzurichten, die selbständige Lebensweisen unterstützen und tagesstrukturierende Angebote machen. Es wird eine räumliche Nähe solcher Zentren an die zu schaffenden Gemeinde-Gesundheitszentren empfohlen. Ferner wird empfohlen, Fahrdienste einzurichten, die Menschen aus entfernteren Gebieten morgens abholen und abends nach Hause bringen. Als gelungenes Beispiel für die Aktivzentren wird hier das „Boddenhus“ in Greifswald genannt, wenngleich es sich in einem urbanen Zentrum befindet. Das Boddenhus, ein Modellprojekt der Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V., ist ein zentraler Anlaufpunkt für ältere Menschen und ein Ort, an dem es Beratungsangebote gibt, Gesundheitsleistungen erbracht werden, eine Altenküche vorgehalten wird, eine gute Zusammenarbeit mit der lokalen Polizei gepflegt wird und kulturelle Veranstaltungen stattfinden.

## **3.6 Pflegepersonal**

Für die Pflege in den kommenden Jahrzehnten stehen aus heutiger Sicht betrachtet nicht ausreichend Fachkräfte zur Verfügung. Die Versuche, mit ausländischen Fachkräften diesen Mangel auszugleichen, helfen nicht grundsätzlich und sind zudem fachlich und organisatorisch schwer umsetzbar. Hinzu kommt die ethische Problematik einer Ausdünnung der Versorgungsstrukturen in den Herkunftsländern.

Wenn dauerhaft die Qualität der Pflege erhalten und verbessert werden soll, dann führt an einer Ausbildungsoffensive für die Pflegeberufe auf allen Ausbildungsstufen kein Weg vorbei. Das gilt insbesondere für das Land selbst, hier sind Spielräume dafür durchaus vorhanden. Dadurch wird der Pflegeberuf sowohl im gesellschaftlichen Ansehen als auch finanziell für die Beschäftigten gestärkt.

Pflege kann und muss zu einem umfassenden Berufsbild auf allen Qualifikationsstufen auf- und ausgebaut werden. Vorstellbar ist, wie es auf Bundesebene im Augenblick diskutiert wird, eine an die Mittlere Reife anschließende Berufsausbildung Pflege für alle Einsatzfelder aufzulegen, die sich im Laufe der Ausbildung nach Einsatzfeldern ausdifferenziert (Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder-Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege). Dieses Modell setzt jedoch voraus, dass eine Harmonisierung der Einkommen zwischen den Einsatzfeldern erreicht wird. Andernfalls droht die Altenpflege qualifiziertes Personal an die Kranken- und Gesundheitspflege zu verlieren.

Bereits heute wird in MV ein Hochschulstudiengang Pflege angeboten. Zusätzlich wird empfohlen, an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Pflege als selbstständigen Studiengang einzurichten.

### ***Erhöhung der Durchlässigkeit im Berufsbild Pflege***

Es wird empfohlen, die Durchlässigkeit im Pflegeberuf zu erhöhen und damit die Attraktivität dieses Berufsbilds zu steigern. Eine wie oben beschriebene Ausbildungs- und Vergütungsreform im Pflegeberuf ist ein wichtiger Schritt hierzu und würde die heutige „Ausbildungs-Sackgasse Altenpflege“ umgestalten in eine Entwicklungsoption für Talente (z. B. im Casemanagement, Versorgung Dementer, etc.).

Weiterhin müssen bereits im Beruf stehenden Pflegekräften Weiterbildungs- oder Zusatzausbildungen oder Umschulungen angeboten werden, die niedrighwelliger und stärker berufscompatibel sind. Dieses Angebot ist von allen bestehenden Ausbildungsinstitutionen gemeinsam mit den Arbeitsagenturen zu organisieren und muss zu anerkannten Berufsabschlüssen führen.

An der Fachhochschule Neubrandenburg ist der duale Studiengang/Pflege und Gesundheitsmanagement auszubauen und die Kapazität mindestens zu verdoppeln. Hier besteht die große Chance, die Akademisierung der Pflege exemplarisch mit bundesweiter Ausstrahlung voranzutreiben. Insbesondere können, wegen der großen Nachfrage, die aktuell nicht befriedigt werden kann, junge Abiturienten aus Osteuropa und anderen europäischen Ländern mit hoher Jugendarbeitslosigkeit gewonnen und sogar noch dauerhaft im Land gehalten werden.

An beiden medizinischen Fakultäten im Land, in Rostock und in Greifswald, wird ein akademischer Studiengang Pflege eingeführt. Ein solcher Schritt wäre eine echte Innovation und hätte Vorbildcharakter für die Bundesrepublik. Bei der Konzeptionierung kann auf zahlreiche Vorbilder, insbesondere aus den in der Gesundheitsforschung führenden angelsächsischen Ländern zurückgegriffen werden. Ferner sollten die bestehenden Universitäten in Rostock und Greifswald die Pflegewissenschaften in die Lehrangebote (z. B. Allgemeinmedizin) integrieren und gemeinsame Lehr- und Forschungsangebote für

angehende Mediziner und akademische Pflegekräfte entwickeln. Solch ein Ansatz ist in MV bereits im „Bildungscluster Greifswald“ modellhaft erprobt [9].

Auf Bundesebene sollte sich die Landesregierung grundsätzlich für die partielle Akademisierung (ca. 10 - 15 % der Pflegenden) der Pflege als Heilberuf nach amerikanischem, englischem oder nordeuropäischem Muster einsetzen. Die Pflege agiert dort gleichberechtigt neben der medizinischen Betreuung, was zu einer Qualitätssteigerung und Effizienzsteigerung entscheidend beiträgt. Ganz abgesehen davon, dass damit das Personal für eine weitergehende Delegations-, aber auch völlig neue Substitutionskultur medizinischer Leistung an nicht-ärztliches Personal Raum geschaffen werden könnte. Gerade die medizinische und pflegerische Betreuung von Alten in dünn besiedelten Räumen könnte mit solchen Strukturen besser bedient werden.

Für alle Ausbildungsebenen wird die Digitalisierung der gesamten Pflegearbeit, jegliche horizontale und vertikale Vernetzung von vornherein in die Ausbildung einbezogen. Dazu wird vorgeschlagen, dass im Land ein wissenschaftliches Kompetenz- und Forschungszentrum Gesundheit und Pflege im digitalen 21. Jahrhundert an der Universität Rostock eingerichtet, und öffentlich sichtbar platziert und arbeitsfähig ausgestattet wird.

## II Prävention

### 4 Status Quo

#### 4.1 Begriffsbestimmung

Prävention (lat. praevenire = „zuvorkommen“) zielt darauf ab, „eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ [19]. Dabei wird unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention beschreibt alle Aktivitäten, die auf eine Verhinderung noch nicht eingetretener Schäden abzielen. Die Zielpopulation sind Gesunde und eher jüngere Menschen und das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der Neuerkrankungsrate [19]. Ein Beispiel sind öffentliche Kampagnen zur Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen. Primärprävention ist eher langfristig orientiert und kann daher auch nur langfristig evaluiert werden.

Sekundärprävention umfasst alle Aktivitäten, die auf eine Frühtherapie symptomloser Krankheitsfrühstadien abzielen. Die Zielpopulation sind hier somit Personen, die bereits eine präklinische Schädigung aufweisen und das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der Neuerkrankungsrate manifester Erkrankungen [19]. Beispiele sind die Betreuung von Diabetikern durch Ernährungsberatung und Gewichtsreduktionsprogramme oder von Patienten nach Herzinfarkt nach Abschluss von Akutbehandlung und Rehabilitation in Herzsportgruppen.

Tertiärprävention beschreibt alle Maßnahmen, die eine Verschlimmerung einer bereits manifesten Erkrankung verhindern sollen. Das gesundheitspolitische Ziel dabei ist es, die Krankheitsschwere zu begrenzen und das Auftreten weiterer Erkrankungen zu reduzieren [19]. Tertiärprävention kann damit Maßnahmen umfassen, die auch im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention zur Anwendung kommen. Zudem fallen hierunter viele Maßnahmen, die üblicherweise als Kuration oder Rehabilitation gelten [19]. Ein Beispiel für Tertiärprävention ist die antihypertensive Behandlung von Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit.

Von dem Konzept der Prävention abzugrenzen ist die Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung beschreibt alle Prozesse, die dem Menschen helfen, Kontrolle über seine Gesundheit zu erlangen und diese zu erhöhen [20]. Gesundheitsförderung vertritt im Sinne des Soziologen Antonovsky einen salutogenetischen Ansatz [21]. Im Gegensatz zu einer pathogenetischen, also auf die Krankheit fokussierten Sicht, zielen salutogenetische Ansätze darauf ab, jene Faktoren zu identifizieren, die Gesundheit erhalten. Der Fokus salutogenetischer Theorien und Ansätze ist somit nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit, die als elementare Ressource für das Leben, nicht jedoch als Ziel an sich gesehen wird.

## 4.2 Fokus der Grundlagenexpertise

Prävention und Gesundheitsförderung sind sehr weitreichende Felder. In der vorliegenden Grundlagenexpertise werden jedoch Präventionsansätze vorgeschlagen, welche der besonderen Bedürfnisse älterer Menschen Rechnung tragen und welche sich gut in die Struktur der Gesundheitsversorgung in MV integrieren lassen. Hier erfolgt auch eine Verknüpfung mit dem ersten Teil der Grundlagenexpertise [17].

Um hier zu umfassenden Aussagen zu gelangen, wäre es erforderlich, die gesamte Sportpolitik im Land, die Rolle des Sports in den Schulen und allen anderen öffentlichen Einrichtungen, das Interesse von Wirtschaft und Verwaltung an gesundheitsfördernder Weiterbildung, die öffentlichen Angebote der Reha-Kliniken und vieler Hotels im Horizont von Wellness und Wohlfühl-Angeboten auf ihre gesundheitsfördernde und präventive Wirkung hin zu überprüfen. Dies ist im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich gewesen.

## 4.3 Aktuelle Situation der Prävention in MV

Die Datenlage zu bestehenden Projekten der Prävention ist für MV wie auch für andere Bundesländer uneinheitlich und unvollständig. Nach umfangreichen Recherchen der Verfasser lässt sich feststellen, dass in MV Angebote zur Prävention von verschiedenen Anbietern existieren. Beispielhaft seien hier Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen, die im Bäderverband MV e. V. zusammengeschlossen sind, genannt. Darüber hinaus existieren zahlreiche Sportvereine und private Freizeitsportanbieter, sowie Angebote der gesetzlichen Krankenkassen im Land. Diese Angebote sind in dem vorliegenden Papier nicht explizit beschrieben. Eine systematische und landesweit abgestimmte Präventionsstrategie und entsprechendes Verwaltungshandeln gibt es jedoch nicht. Im Bereich der durch Krankenkassen angebotenen Präventionsprogramme lässt sich auch bundesweit beobachten, dass eine Koordinierung und strategische Steuerung fehlt. Für die Situation in MV kann zugespitzt geschlussfolgert werden, dass es Prävention als Instrument der Gesundheitspolitik bislang noch nicht gibt.

Ein Versuch einer landesweiten Steuerung war und ist der 2008 initiierte Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen, der ressortübergreifend umgesetzt werden sollte und insbesondere primärpräventive Maßnahmen fördern soll. Nach einer Analyse zeigt sich jedoch, dass aus dem Aktionsplan wenig landesweit abgestimmte und begleitend evaluierte Projekte hervorgegangen sind. Weitere Initiativen sind das Kuratorium Gesundheitswirtschaft MV und die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V., eine Koordinierungsstelle für Projekte und Vorhaben im Bereich der Gesundheitsförderung.

## 5 Grundsätze und Leitgedanken

In den letzten Jahrzehnten sind im Zusammenhang mit der Ausdifferenzierung und der Individualisierung von Lebensstilen und einem zunehmenden ökologischen Bewusstsein vor allem der bürgerlichen Mittelschichten, prägende und normbildende Vorstellungen von einem selbstverantworteten, gesunden Leben entstanden. Davon zeugen steigende Inanspruchnahme privater Fitnesssportangebote, eine Jogging- und Yogakultur, der steigende Konsum biologisch erzeugter Lebensmittel und Naturkosmetik, der Aufstieg der Homöopathie, Impfablehnungen und vieles andere mehr. Diese neue Gesundheitskultur zielt, wenn auch oft moralisch überhöht und esoterisch aufgeladen, dennoch auf gesundheitsförderndes Verhalten zur Vermeidung von potentiellen Krankheiten. Mit diesem Gesundheitsbewusstsein ist auf der einen Seite ein weites, auch ökonomisch attraktives Feld für esoterische und alternativmedizinische Gesundheitsangebote eröffnet worden. Auf der anderen Seite sind aber die Voraussetzungen für eine systematische, für jeden Einzelnen verbindliche Prävention, das systematische Vermeiden von Krankheit fördernden Lebensweisen weit geöffnet worden.

### ***Prävention ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung***

Prävention kann heute zu einem zentralen und steuernden Bestandteil des gesamten Gesundheits- und Pflegesystem ausgebaut werden. Nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik ist es bei immer mehr Indikationen möglich, durch individuell und selbstverantwortet gesteuerte Lebensweisen Morbidität zu vermeiden oder ihre die Lebensqualität beschränkenden Folgen zu begrenzen. Beispiele dafür sind die Zahnhygiene, das Impfen, das Rauchen und seine Krankheitsfolgen, Diabetes, Fettleibigkeit, koronare Herzkrankheiten u. a.

Bisher ist Prävention aber relativ unsystematisch und beschränkt auf eine volkspädagogische Aufklärung und Ermahnung vieler disparater Anbieter privater und öffentlicher Gesundheitsdienstleister. Die Effekte dieser nebeneinander und weitgehend unkoordiniert agierenden Angebote sind nur schwer zu messen. Dabei wird nicht nur durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität deutlich, dass systematisch organisierte Prävention ein großes Potential bietet, die Morbidität zu verschieben und sie insgesamt zu reduzieren.

Dabei ist durch den finanziellen Druck auf das gesamte Gesundheitssystem und die Zwänge zur Kostenbegrenzung längst unbezweifelbar deutlich geworden, dass mit systematischer Prävention nicht nur die individuelle Lebensqualität beachtlich erhöht, sondern auch die Kosten für alle Gesundheitsdienstleistungen insgesamt betrachtet beachtlich gesenkt werden können. Allerdings kann Prävention bei breiter, positiver Aufnahme bei den Bürgern auch zu einer Verlängerung der Lebenserwartung von Männern und Frauen führen. Hingewiesen werden muss darauf, dass ein längeres Leben fortlaufend höhere Kosten für alle sozialen Versicherungssysteme bedeutet. Dazu kommt, dass die Wahrscheinlichkeit gering ist, die überproportional steigenden Gesundheitskosten in der allerletzten Lebensphase durch Prävention zu senken.

Kosteneinsparungen aus der Prävention und Kostensteigerungen durch erweiterte Lebenserwartung sind, um verlässliche Aussagen zu treffen gesundheitsökonomisch gegeneinander, unvoreingenommen aufzurechnen. Um diesen Gegensatz aufzuheben, wären systematische Langzeitstudien der Gesundheits- und Alterswissenschaft notwendig. Solche Studien sind im Ansatz bereits aufgelegt. Die Berliner Altersstudie kann hier als Beispiel genannt werden.

Selbst wenn die These substantieller Kosteneinsparungen nicht gesundheitsökonomisch sicher belegt werden kann, ist der Effekt von systematischer Prävention für die Lebensqualität insbesondere der Alten nicht zu bezweifeln. Prävention wird zu Recht als bedeutender Bestandteil aller Gesundheitsdienstleistungen betrachtet.

Vor diesem Hintergrund kann Prävention neben der Kranken-, Unfall-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung zur sechsten Säule des gesamten sozialen Versorgung ausgearbeitet, rechtlich verbindlich und beitragswirksam aufgestellt einen wesentlichen Beitrag zur Integration, zur Verschränkung, zur Qualitätssteigerung und zu einem effektiver gesteuerten Einsatz aller Gesundheitsdienstleistungen leisten.

Bis heute allerdings gibt es solche systematisierten, gesetzlich geordneten und damit für alle verbindlichen Regeln für die Prävention und das daraus folgende Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen nicht.

### ***Stand der Gesetzgebung***

Wirkungsvolle Prävention braucht ein eigenes, in den Rahmen der Selbstverwaltung eingefügtes Gesetz zur Prävention. Ein solches Gesetz muss den Rahmen, den Umfang, die Grenzen und die Finanzierung einer verpflichtenden Prävention rechtssicher abbilden. Ein solches Gesetz darf die individuellen Freiheiten nicht grundsätzlich einschränken, muss aber umgekehrt der Sozialbindung solidarischer Sozialsysteme Geltung verschaffen. In einem solchen Gesetz ist auch die spezifische Erhebung bzw. Erhöhung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in angemessener Weise zu lösen. Die heute geltende Vorstellung, dass Prävention aus den bereits gezahlten Beiträgen durch Umschichtungen und Einsparungen an anderen Stellen finanziert wird, verhindert die Durchsetzung wirkungsvoller Prävention. Prävention hat nur dann eine Chance, auch bei den Bürgern akzeptiert zu werden, wenn sie nach dem Grundgedanken von Leistung und Gegenleistung verpflichtende Angebote auflegt.

Wenn, wie hier angenommen, die Umsetzung der Prävention in dem geltenden System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen umgesetzt werden soll, dann gewinnen von allen Beteiligten akzeptierte Verfahren und Methoden der Evaluation präventiver Maßnahmen zentrale Bedeutung. In der Bundesrepublik gibt es in diesem Zusammenhang gibt es mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem in Gründung befindlichen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereits funktionierende Vorläufer. Aus Sicht der Verfasser gehört zur Einführung der Prävention als 6. Säule des Gesundheitssystems zeitgleich die Gründung eines unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts zur Qualitätssicherung in der Prävention.

Bereits vor 10 Jahren war ein Präventionsgesetz für die Bundesrepublik geplant. Mit dem aktuell durch das Bundeskabinett beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer Stärkung der Prävention gemacht worden. Der Entwurf enthält bereits wichtige Ansatzpunkte. So ist vorgesehen, dass die Krankenkassen künftig für Leistungen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mindestens sieben Euro je Versicherten ausgeben müssen. Auf Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen dabei mindestens zwei Euro je Versicherten aufgewendet werden. Ferner ist vorgesehen, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beauftragen, Kriterien für die Qualitätssicherung in der Prävention zu entwickeln.

Der Entwurf des Präventionsgesetzes sieht eine Stärkung der Prävention vor, greift jedoch zu kurz. Um einen nachhaltigen Ausbau der Prävention zu erreichen, ist aus Sicht der Verfasser eine signifikante Beitragssatzerhöhung erforderlich. Zudem erscheint die Qualitätssicherung nicht ausreichend adressiert. Wie im Bereich der medikamentösen Therapien (IQWiG) ist auch für die Prävention die Einrichtung eines unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts erforderlich.

### ***Bedeutung der Prävention im Alter***

Vordergründig betrachtet ist vorstellbar, dass Prävention für Alte ein für ihre Lebenssituation nicht zutreffender Anspruch ist. Zutreffend ist, dass für viele mit dem Alter assoziierte Krankheitsbilder Maßnahmen der Primärprävention mit steigendem Alter an Wirkung verlieren. Auch der „Spielraum“ für Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention wird kleiner. Dennoch lassen sich oftmals mit geringen Kosten auch im hohen Alter noch patientenrelevante präventive Effekte erzielen. Ein Beispiel sind Trainings zu Sturzprophylaxe, mit denen sich bei geringem Aufwand sowohl medizinisch als auch gesundheitsökonomisch hohe Effekte erreichen lassen.

Zudem lassen sich gerade durch integrierte, systematisch organisierte, für Alte spezifisch hergestellte Lebensverhältnisse, wichtige Effekte für ein selbständiges, selbstbestimmtes und würdevolles Leben im gesamten Alter bis zum Ende erzielen. Durch diese Berücksichtigung des gesamten öffentlichen und privaten Lebens, inklusive des Wohnens, der Mobilität, der Versorgung mit allen notwendigen Dienstleistungen vor allem im Bereich der Gesundheit, aber auch im sozialen Miteinander, hat Prävention für Alte eine ganz wesentliche, weit über die engeren Gesundheitsdienstleistungen hinausreichende eigene Bedeutung.

Für einen solchen weitgefassten, auf die spezifischen Bedürfnisse der Alten zu geschnittenen Ansatz zur Prävention gibt es heute zwar schon Beispiele, wie das Projekt des „Aktivzentrums Boddenhus“ in Greifswald. Aber diese Projekte haben gezeigt, dass sie aus den vorhandenen 5 Säulen der Sozialversicherung oder aus privaten Mitteln der Versicherten heraus, nicht realisierbar sind. Die Modelle, die bisher einen solchen Ansatz umsetzen, waren nur möglich, weil die Landesregierung verdienstvoller Weise, verwaltungstechnisch überaus kreativ, mit öffentlichen Mitteln aus dem Landeshaushalt und EU Fördermitteln zu Hilfe gekommen ist.

Es wird empfohlen, dass die Landesregierung in ihren laufenden Haushalten als Anschubfinanzierung für ca. 20 Aktivzentren in Anlehnung an das Greifswalder Modell des „Boddenhuses“ rechtssicher und verbindlich zur Verfügung zu stellt. Dafür werden Landesmittel in Höhe von 5 Mio. € pro Jahr benötigt. Im Rahmen eines zweiten Präventionsgesetzes sollte sich das Land dafür einsetzen, dass auch die Finanzierung solcher Strukturen stärker fokussiert wird.

Trotz der Bedeutung von Prävention im Alter sind –insbesondere primärpräventive- Präventionsprogramme zu implementieren, die „von Anfang an“ ansetzen. Kindergärten und Schulen, aber auch Betriebe sind hier wichtige Settings, in denen mit Prävention viele Menschen effektiv erreicht werden können.

### ***Durchführung von Prävention in Gemeinde-Gesundheitszentren***

Da die Alten zunehmend mit ihrem Alter in soziale Isolierung geraten, wächst den Gemeinde-Gesundheitszentren und den ihnen assoziierte Aktivzentren für Alte eine zentrale Bedeutung für Prävention im Alter zu. Im Gemeinde-Gesundheitszentrum und im Aktivzentrum kann auf diese Weise auch für alle Formen der Sekundär- und Tertiärprävention direkt und steuernd geholfen werden. Die Gemeinde-Gesundheitszentren und Aktivzentren können auf diese Weise besonders in dünn besiedelten Regionen zu echten Zentren eines erneuerten sozialen Lebens werden.

Durch eine digitale Vernetzung aller im Gemeinde-Gesundheitszentrum tätigen Gesundheitsdienstleister und der Aktivzentren werden der Gebrauch und die Inanspruchnahme präventiver Angebote wesentlich erleichtert. Zusätzlich eröffnet eine solche digitale Vernetzung ein weites Feld der individuellen Steuerung notwendiger Gesundheits- und Sozialmaßnahmen für jeden Einzelnen. Für ein solches System sind selbstverständlich auch die Kostenträger rechtsverbindlich und marktgerecht in Anspruch zu nehmen bzw. einzubeziehen. Daher sollte grundsätzlich bei allen zukünftigen Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern die Prävention ein selbstständiger, unverzichtbarer und auszuhandelnder Bestandteil werden.

Bereits nach dem kürzlich von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs des Präventionsgesetzes wird den Kostenträgern ausdrücklich ein verbesserter Finanzierungsspielraum dafür vorgegeben, der hoffentlich bald genutzt wird.

## 6 Handlungsempfehlungen

### ***Prävention für alle***

Präventionsgesetz – eigene Aufgaben, eigene Strukturen, unabhängige Finanzierung im Beitragssystem, eigenes Budget, Qualitätssicherung durch unabhängiges Institut, institutionenbezogene, leicht umsetzbare Investitionen und Vorgaben, die präventives Verhalten fördern. Ein Beispiel sind Wasserspender an öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, um den Konsum von Softdrinks zu ersetzen. In den Niederlanden wurden in solch einem Projekt mehr als 300 Wasserspender installiert.

### ***Prävention im Alter***

Präventionsgesetz für Alte – Fonds zur Prävention im Alter (Präventionskasse) – Grundlage für systematische, umfassende, integrierte soziale und gesundheitspolitische Altenpolitik – Errichtung von 20 Aktivzentren in MV, Anschubfinanzierung aus dem Haushalt – Vernetzung mit den Gemeinde-Gesundheitszentren.

### ***Errichtung einer Gesundheitsakademie MV***

Erhöhung der Kompetenz der Bürger in Gesundheitsfragen, Informations- und Schulungsangebote, Vernetzung und Strukturierung aller Selbsthilfeangebote etc.. Spezifische Programme der Prävention in allen privaten und öffentlichen Betrieben im Land, ihre Implementierung und Weiterentwicklung.

### ***Website: Präventionsangebote aller Kassen in MV***

Alle Kassen werden dazu veranlasst, alle ihre präventiven Angebote im Überblick und fachlich geordnet gemeinsam öffentlich zu präsentieren und anzubieten.

### ***Digitale Offensive mit allen modernen technischen Instrumenten der Informationstechnologie***

Entwicklung, Einführung und Durchsetzung von Apps und anderen elektronisch gestützten Programmen und Angeboten zur Prävention. Die mobilisierenden, aufklärenden und organisierenden Möglichkeiten moderner, digitaler Lebensweisen müssen endlich auch im Gesundheitssystem und auch in der Prävention eingesetzt.

## 7 Literaturverzeichnis

- 1 *Bundesministerium für Gesundheit*. Geschichte der Pflegeversicherung. Online: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/geschichte-der-pflegeversicherung.html> letzter Zugriff: 22.01.2015
- 2 *Deutsches Ärzteblatt*. Gröhe will neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Sommer vorstellen (27.01.2015). Online: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61599/Groehe-will-neuen-Pflegebeduerftigkeitsbegriff-im-Sommer-vorstellen> letzter Zugriff: 28.01.2015
- 3 *Rothgang H, Müller R, Unger R et al., Hrsg.* BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlagsservice GmbH; 2012
- 4 *Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg Vorpommern*. Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030. Schwerin; 2012
- 5 *Tivig T*. Grundlagenpapier „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg- Vorpommern heute“; 2012. Schwerin; 2013
- 6 *Scholz R, Rößger F, Kreft D et al.* Bevölkerungsprognose für Mecklenburg-Vorpommern auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. Rostock; 2008
- 7 *Ärzte-Zeitung*. Jeder Dritte hat Pflegefall im persönlichen Umfeld (13.01.2015). Online: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=876992&cm\\_mc=Newsletter\\_-\\_Telegramm-C\\_-\\_20150113\\_-\\_Pflege](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=876992&cm_mc=Newsletter_-_Telegramm-C_-_20150113_-_Pflege) letzter Zugriff: 28.01.2015
- 8 *Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern*. Gesundheitsberichterstattung: Gesundheitsindikatoren MV. Online: [http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal\\_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben\\_und\\_Themen/Gesundheit\\_und\\_Arbeitsschutz/Referat\\_300\\_Gesundheitspolitik%2c\\_Gesundheitsberichterstattung%2c\\_Rechtsangelegenheiten\\_der\\_Abteilung/Gesundheitsberichterstattung/\\_Indikatoren/Download\\_der\\_Gesundheitsindikatoren\\_MV/index.jsp?para=e-bibointerth03](http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheit_und_Arbeitsschutz/Referat_300_Gesundheitspolitik%2c_Gesundheitsberichterstattung%2c_Rechtsangelegenheiten_der_Abteilung/Gesundheitsberichterstattung/_Indikatoren/Download_der_Gesundheitsindikatoren_MV/index.jsp?para=e-bibointerth03)
- 9 *Van den Berg N, Stentzel U, Radicke F et al.* Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/ Pflege. Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege. Greifswald und Neubrandenburg; 2014
- 10 *Gerlach FM, Greiner W, Haubitz M et al.* Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin; 2014
- 11 *Statistisches Bundesamt*. Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden; 2013
- 12 *Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013*. Schwerin; 2014.
- 13 *Ziegler U, Doblhammer G*. Prevalence and incidence of dementia in Germany--a study based on data from the public sick funds in 2002. *Das Gesundheitswesen* 2009; 71: 281–290
- 14 Kleine Anfrage der Abgeordneten Silke Gajek, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Demenzstrategie der Landesregierung und Antwort der Landesregierung; 30.05.2013
- 15 *Gensicke DT*. Öffentliche Beteiligung und freiwilliges Engagement in Mecklenburg-Vorpommern, Ergebnisse des Freiwilligensurvey der Bundesregierung (1999-2004-2009), Öffentliche Beteiligung und freiwilliges Engagement in Mecklenburg-Vorpommern.

- Ergebnisse des Freiwilligensurveys der Bundesregierung (1999-2004-2009). Vortrag im Auftrag des Netzwerks Freiwilliges Engagement Mecklenburg-Vorpommern e.V. München; 2011
- 16 *Bundesagentur für Arbeit*. Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpassanalyse Juni 2014. Nürnberg; 2014
  - 17 Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1) sowie Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV. HGC GesundheitsConsult GmbH. Düsseldorf; 2015.
  - 18 *Netzwerk soziales neu gestalten*. Internetauftritt Netzwerk soziales neu gestalten. Online: <http://www.netzwerk-song.de/> letzter Zugriff: 22.01.2015
  - 19 *Walter U, Schwartz FW, Robra B et al*. Prävention. Schwartz, Badura B. et al. (Hg.) 2003 – Public Health: 189–215
  - 20 *World Health Organization*. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa; 1986
  - 21 *Antonovsky A*. Health, Stress and Coping. San Francisco; 1979