

DEVAP Positionspapier

Der Präventive/Aktivierende Hausbesuch – Bestandteil gemeinwesenorientierter Altenarbeit

1. Gesetzliche Grundlagen

Lange wurde Prävention im Alter als gesundheitspolitische Strategie vernachlässigt. Angesichts des stark anwachsenden Bevölkerungsanteils alter Menschen und der damit einhergehenden Zunahme des Pflegebedürftigkeitsrisikos hat der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz im Juli 2015 erstmals das **Präventionsziel „Gesund im Alter“** formuliert. Als Zielgruppen identifiziert sind Menschen in der nachberuflichen Lebensphase und Menschen, die in Pflegeheimen leben.

Die Entwickler der „nationalen Präventionsstrategie“ setzen sich im Wesentlichen aus Vertreter*innen der Sozialversicherungen zusammen. Sie vereinbaren nach § 20d SGB V bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen.

Die gegenwärtigen Empfehlungen der in § 20e, SGB V verankerten nationalen Präventionskonferenz beschreiben als Herausforderung für die Koordinierung von Maßnahmen durch die unterschiedlichen Verantwortungsträger im Hinblick auf das Alter „Beeinflussungen gesunder Lebensverhältnisse durch Angebote der Stärkung von Verantwortung für die individuelle Gesundheit“. **Vorhandene Strukturen sollten genutzt, vorhandene Angebote miteinander koordiniert und verzahnt werden.** Weiterhin müsse mit den Menschen gemeinsam überlegt werden, wie sie alt werden wollen, was sie selbst in den Prozess einbringen können und wo sie Hilfe und Unterstützung erwarten.

Mittels entsprechender Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V setzen die Bundesländer gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen sowie weiterer Versicherungsträger die nationale Präventionsstrategie um. Die **propagierte Nutzung und Verzahnung vorhandener Strukturen scheint jedoch für den Entwicklungs- und Gestaltungsprozess der nationalen Präventionsstrategie selbst nicht zu gelten:** Zivilgesellschaftliche Vertreter*innen, wie auch die Expertise der Wohlfahrtsverbände sind nicht vorgesehen. Und dies hat weitreichende Folgen, auch für die Konzeptualisierung des Ziels „Gesund im Alter“, wie es sich bereits bei den Schwierigkeiten zeigt, neue und geeignete Verfahren zu finden und präventionspolitisch vorrangig in der „Lebenswelt Pflegeheim“ zu etablieren.

Im Koalitionsvertrag von 2018 hat die große Koalition auf die - ohne geeignete Gegenmaßnahmen - fast zwangsläufige Zunahme pflegebedürftiger Menschen reagiert und nun endlich die große Mehrheit alter Menschen, die gerade nicht in der „Lebenswelt Pflegeheim“ lebt, in den Blick genommen: „Wir wollen möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit vermeiden. **Dafür fordern wir den präventiven Hausbesuch durch Mittel des Präventionsgesetzes.** Kommunen sollen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten.“ (Auszug Koalitionsvertrag Pkt. 4 Pflege und Gesundheit). Finanzpolitischer Hintergrund dürfte die Hoffnung auf eine Reduzierung der Aufwendungen

für die Pflegeversicherung sein, deren Ausgaben mit der Zahl der Pflegebedürftigen automatisch ansteigt.

2. Zugangsbarrieren

Das Gros der Altenbevölkerung lebt nicht in Sonderwohnformen wie dem Pflegeheim, sondern im jeweiligen Privathaushalt, dem eigenen Haus, der Mietwohnung – häufig als (Ehe)Paar und im hohem Alter nach dem Tod des Ehepartners meist als Single. Die Möglichkeiten, als alter Mensch präventive, gesundheitsfördernde Angebote aufsuchen zu können, werden stark beeinflusst durch vielfältige geografische und infrastrukturelle Bedingungen in Städten und ländlichen Räumen. Sie differieren regional erheblich. Hinzu kommen persönliche und soziale Faktoren, die bei alten Menschen zu Rückzugsverhalten, Einsamkeitserleben und Reduktion der Teilhabechancen führen, was sich wiederum auf die individuelle Gesundheit niederschlägt. Dies alles gilt unabhängig von der großen Herausforderung der Bewältigung der Pandemie.

In kaum einer Lebensphase findet sich eine größere Heterogenität der Lebensentwürfe und –stile wie im Alter. Im höheren Lebensalter, d. h. ab dem 7. und 8. Lebensjahrzehnt mehren sich i. d. R. chronische Erkrankungen. Lebensgeschichtlich erworbene Einstellungen und Verhaltensweisen, zu denen auch das Gesundheitsverhalten zählt, wirken sich stark auf die Bewältigung komplexer gesundheitlicher und daran gekoppelter sozioökonomischer Schwierigkeiten und sozialer Ungleichheit aus. Von dieser Kumulierung betroffen sind insbesondere alte Menschen mit geringer Bildung, geringen Einkünften und/oder mit Migrationsgeschichte. Sie werden bisher wenig oder gar nicht durch gesundheitsfördernde Angebote erreicht.

3. Präventiver/Aktivierender Hausbesuch als neuer Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge

Die Koalitionsvereinbarung führt aus, dass „Kommunen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten sollen.“ Die Einflussnahmemöglichkeiten der Kommunen lediglich auf die Versorgungsverträge hin zu erweitern, greift jedoch zu kurz.

Bereits im November 2018 hat der DEVAP in einem entsprechenden Positionspapier ausgeführt, die Verantwortung der Gemeinden zur weiteren Ausgestaltung angemessener Versorgungs- und Hilfestrukturen für alte Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedarf zu stärken und weiter zu entwickeln.¹

Wir halten es für unverzichtbar, die kommunale Verantwortung im Hinblick auf die Sicherstellung der Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur zu erweitern und diese zur Pflichtaufgabe zu machen. Dies beinhaltet auch die leistungsrechtliche Einbettung und den Abgleich neuer Konzepte, wie des präventiven/aktivierenden Hausbesuchs, mit vorhandenen Beratungs- und Hilfestrukturen. Die gegenwärtig bekannten länderspezifischen Modellprojekte lassen hier deutliche Mängel der Konzeptionierung erkennen. Sie führen weder zu Netzwerkbildungen mit den Akteuren des Sozialraums noch zu ausreichendem Erkenntnisgewinn der politisch Verantwortlichen in den Kommunen. Auch unter Berücksichtigung der Bedingungen durch Covid-19 muss dafür Sorge getragen werden, dass niemand durch das Raster fällt.

¹ DEVAP Positionspapier „Kommunale Strukturplanung Alter und Pflege“

Die im DEVAP organisierten Dienste und Einrichtungen der Diakonie haben eine lange Tradition, sich als politisch aktive Akteure gemeinsam mit den Kirchen für die Gestaltung des Gemeinwesens zu engagieren. Als verlässliche langjährige Partner der Kommunen nehmen sie viele soziale Aufgaben der Altenarbeit und Pflege wahr. Gerade die (zugehende) Beratung in kritischen Lebenslagen des Alters, wie sie subsidiär in zahlreichen Kommunen praktiziert wird, enthält wesentliche Bestandteile sowohl im Hinblick auf Verhaltens- wie auch Verhältnisprävention.

Herkömmliche verhaltensmodifizierende Präventionsprogramme erreichen die Zielgruppe besonders gefährdeter alter Menschen nicht. Die Zugangswege müssen niedrigschwellig und zugehend angelegt sein, um Zugangsbarrieren zu reduzieren. Gerade für dieses Ziel bietet die gemeinwesenorientierte Altenarbeit (GWA) mit ihren langjährig entwickelten Strukturen und Erfahrungen beste Voraussetzungen.

Die klassischen Ziele gemeinwesenorientierter Altenarbeit lassen sich als Stärkung und Förderung von Selbstbestimmung, Selbständigkeit sowie der Selbst- und Mitverantwortung alter Menschen zusammenfassen. Sie erfüllen damit zentrale präventive Funktionen. Konkrete Zielgruppen der GWA sind insbesondere alte Menschen mit geringen Einkünften, gesundheitlichen Einschränkungen und Problemen. Eine bedeutsame Zielgruppe bilden darüber hinaus alte Menschen, die kritische Lebensereignisse bewältigen müssen, häufig z. B. ein Partnerverlust im höheren Lebensalter. Jeder einzelne dieser drei Indikatoren führt zur Reduktion der Teilhabechancen bei den Betroffenen, häufig kommt es zu erheblichen Kumulationseffekten, die die Gefahr des Eintritts von Pflegebedürftigkeit erhöhen.

Aus den vorgenannten Gründen fordert der DEVAP:

- 1. Der präventive/aktivierende Hausbesuch ist leistungsrechtlich zu verankern, um eine dauerhafte Finanzierung zu gewährleisten. (Kernforderung)**
- 2. Die Runde der nationalen Präventionskonferenz wird um zivilgesellschaftliche Akteure erweitert, also auch um Vertreter*innen der Wohlfahrtspflege. (Basis gesetzl. Grundlagen)**
- 3. Das Präventionsziel „Gesund im Alter“ ist nach Überzeugung des DEVAP als Querschnittsthema von Altenarbeit, Pflege und Medizin zu betrachten und entsprechend zu konzeptionalisieren. Dabei sind niedrigschwellige, kleinräumig organisierbare, wohnortbezogene Maßnahmen vorrangig zu entwickeln. (Basis Zugangsbarrieren)**
- 4. Die Landesrahmenvereinbarungen werden künftig in einem offenen fachlichen und politischen Diskurs entwickelt und das Thema „Gesund im Alter“ muss stärkeres Gewicht erhalten. Daran sind Vertreter*innen von Seniorenorganisationen ebenso zu beteiligen wie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Als kompetente Vertreter vorhandener Netzwerkstrukturen tragen sie zum Diskurs bei und werden als neue Vertragspartner einbezogen. (Basis gesetzl. Grundlagen)**
- 5. Auf kommunaler Ebene sind Akteure der Altenarbeit, der Pflege und der GWA an der Entwicklung und Umsetzung präventiver, aktivierender und sozialräumlich ausgerichteter Ansätze zu beteiligen. Neue Ansätze werden auf vorhandenen Netzwerkstrukturen aufgebaut. (Basis Daseinsvorsorge)**

6. Auch und vorallem mit dem Blick auf die Herausforderungen der Pandemie muss sichergestellt werden, dass durch die Reduzierung von Angeboten für Menschen im Seniorenalter niemand durch das Raster fällt.

7. Kommunen müssen in die Lage versetzt werden, für ihre Steuerungs- und Vernetzungsaufgaben auch im Bereich der Prävention mehr Verantwortung zu übernehmen. (Basis DEVAP-Position Kommunale Strukturplanung)

Der DEVAP wird nun mit der Entwicklung einer Umsetzungs- und Implementierungsstrategie für den Präventiven Hausbesuch beginnen.

Berlin, 14.07.2020