



MANAGERKREIS
DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Daheim statt im Heim – Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben im Alter

Dokumentation der Podiumsdiskussion vom 3. Juni 2013



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

www.managerkreis.de

Impressum

ISBN 978-3-86498-644-4

Herausgeber: Friedrich-Ebert-Stiftung, Managerkreis

Zusammenfassung und Koordination der Beiträge: Philip Schunke

Redaktion: Dagmar Merk, Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Auflage: 500

© 2013 by Friedrich-Ebert-Stiftung

Gestaltung: Werbestudio Zum Weissen Roessl, Schäpe

Druck: Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Inhalt

Vorwort	4
Einführung	
Stefan David	6
Integrierte Quartiersentwicklung	
Bestandsentwicklung in Zeiten demografischen Wandels von Frank Bielka	11
AAL – Herausforderungen und Lösungsvorschläge	
von Thomas Bodmer	14
Von der Forschung zur Anwendung	
von Dr. Carola Reimann	18
Zusammenfassung der Diskussion	
von Philip Schunke	20
Ergebnis und Fazit	
von Gudrun Schaich-Walch, Stefan David und Philip Schunke	26
Kurzlebensläufe	28

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter dem Schlagwort „Demografischer Wandel“ werden seit Jahren unterschiedliche Aspekte insbesondere mit Blick auf die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland diskutiert. Insbesondere für die pflegerische Versorgung sind große Herausforderungen zu bewältigen. Einige Rahmendaten: Die Zahl der über 80-Jährigen in Deutschland steigt zwischen 2010 und 2030 um 50 Prozent auf mehr als 6 Millionen Menschen an. Dabei ist von einem Anstieg der Multimorbidität älterer Menschen und altersspezifischer Krankheitsbilder auszugehen. Schließlich wird die Zahl demenziell erkrankter Menschen von heute rund 1,3 Millionen auf 2 Millionen steigen.

Weiter erschwert wird diese Ausgangslage von gesellschaftlichen und soziodemografischen Entwicklungen. So führen beispielsweise der Trend zum Ein-Personen-Haushalt, hohe Scheidungsraten oder die geforderte Arbeitsplatzmobilität etc. zu einem kontinuierlichen Rückgang der An-

gehörigenpflege. Die zunehmende Konkurrenz um Fachkräftenachwuchs zwischen allen Branchen – bei weiterhin niedriger Berufsattraktivität des Pflegeberufes – verringert das Fachkräfteangebot.

Diese dramatische Situation nahm der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung bereits 2012 zum Anlass ein Positionspapier zu veröffentlichen. Es identifiziert und beschreibt Ansatzpunkte, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Unter dem Titel: „Delegation – Substitution – Innovation. Neue medizinische Versorgungsformen für eine alternde Gesellschaft – Chancen für ein längeres Leben zu Hause.“ widmete es sich somit vor allem der Frage, wie sich zur Verbesserung und Sicherung der Versorgungsangebote in der Pflege die Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe neu gestalten lässt.

Auch andere Aspekte bergen ein hohes Potenzial in der Optimierung und damit Stabilisierung unserer Versorgungssysteme und so legten der Managerkreis in diesem Jahr den Schwerpunkt auf

Innovationen, technische Entwicklungen, aber auch auf organisationsstrukturelle Aspekte der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

In Fach- und Hintergrundgesprächen diskutierten wir u.a. mit Dr. Grit Braeseke (IEGUS Institut), Dr. Matthias Dettloff (GKV Spitzenverband), Birgit Dziuk (Deutsche BKK), Dr. Manfred W. Elff (Biotronik) und Cordula Fey (DEGEWO). Hier konnten nicht nur an einzelnen Produkten das Potenzial von AAL veranschaulicht werden auch wurden die volkswirtschaftliche Bedeutung des Marktes unterstrichen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die mit AAL verbundenen Produkte und Dienstleistungen vor allem dann auch dem Ziele eines langen Verbleibens zuhause dienen können, wenn sie in eine strategische Kommunalentwicklung eingebettet werden.

Um diese Impulse zu präsentieren und der Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen lud die Friedrich-Ebert-Stiftung zu einer Veranstaltung am 03. Juni 2013 unter dem Titel: „Daheim statt im Heim“. Hier wurden Assistenzsysteme

für ein selbstbestimmtes Altern, ihre Bedeutung in einer zukünftigen Versorgungslandschaft, aber auch die Voraussetzungen ihrer Einführung und die Potenziale ihrer Anwendung diskutiert – auch hier mit dem zentralen Ergebnis: Es sind nicht die individuellen Technologien, sondern die gezielten, vernetzten, in ein Quartiersentwicklungskonzept eingebundenen Lösungen, welche die größten Potenziale bieten.

Impulse für die Diskussion gaben dabei **Frank Bielka**, Mitglied des Vorstandes der degewo AG Wohnungsbaugesellschaft Berlin, **Thomas Bodmer**, Mitglied des Vorstandes der DAK Gesundheit, Hamburg, und **Dr. Carola Reimann**, Mitglied des Deutschen Bundestages und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses.

Die lebhaft geführte Debatte fassen wir im Folgenden für Sie zusammen. Wir wünschen eine spannende Lektüre und viele Impulse für Ihre Arbeit!

Dr. Marc Meinardus

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung

Gudrun Schaich-Walch

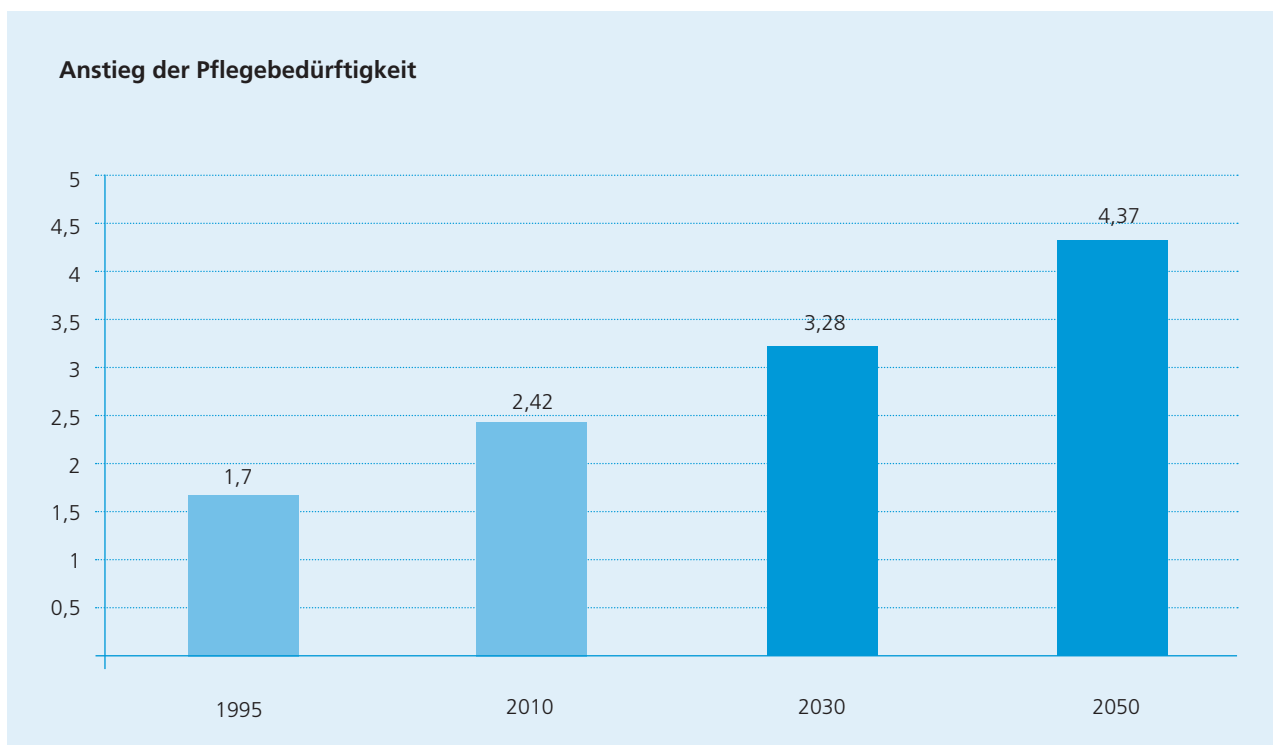
Vorsitzende der Permanenten Arbeitsgruppe
Gesundheit und Soziale Sicherungssysteme des
Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung

Einführung

Stefan David, Vorstand Lichtenau e.V.

Nicht zuletzt dank des ausgezeichneten deutschen Gesundheitssystems ist es gelungen, die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen stark zu verlängern und gleichzeitig dazu beizutragen, dass wir auch länger gesund leben können. Die Zeit, in der das Rentnerdasein aktiv selbstgestaltet genossen werden kann, wurde deutlich verlängert. Aber letztlich führt die gesteigerte Lebenserwartung auch zu einem signifikanten Anstieg der Pflegeleistungen, da viele Krankheitsbilder auf Basis des medizinischen-technischen Fortschritts heute gelindert und behandelt werden können. Zudem führt die höhere Lebenserwartung zu einem Mehr an Multimorbidität. Insbesondere die Demenz spielt dabei eine zentrale Rolle: Die Zahl dementiell erkrankter Menschen – heute rund 1,3 Millionen – wird schon im Jahr 2030 bei rund zwei Millionen liegen.

Diese Entwicklung führte und wird auch in Zukunft noch zu einem **starken Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen** führen. Auch wenn dieser Anstieg durch den „Geburtenknick“ des Zweiten Weltkriegs in den nächsten Jahren noch relativ moderat ausfallen dürfte, ist bis 2030 von einer Erhöhung der Zahl der 80-Jährigen um 50 Prozent auf sechs Millionen Menschen zu rechnen. Ähnlich verhält es sich mit der Zunahme der Menschen mit Pflegebedürftigkeit. Lag ihre Zahl im Jahr 1995 noch bei 1,7 Millionen, so waren im Dezember 2010 bereits 2,42 Millionen Menschen pflegebedürftig. Auf Basis einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit werden für das Jahr 2030 rund 3,28 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 sogar 4,37 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert – bei sinkenden Bevölkerungszahlen.



Besonders in der Einstiegs-Pflegestufe (Pflegestufe 1) gab es in den letzten Jahren einen starken Anstieg. Gleichzeitig wird die Nachfrage nach professioneller Pflege durch sich verändernde Familienstrukturen (sinkende Geburtenzahlen, Zunahme von Single-Haushalten) und aufgrund der erhöhten Arbeitsplatzmobilität noch stärker steigen.

Parallel zum Anstieg der zu pflegenden Menschen führen die zunehmende Konkurrenz um den sinkenden Fachkräftenachwuchs zwischen allen Branchen und eine noch immer niedrige Berufsattraktivität des Pflegeberufes zur weiteren Anspannung auf Seiten des Fachkräfteangebotes. Gleichzeitig führen gesellschaftliche und soziodemografische Entwicklungen – so beispielsweise der Trend zum Ein-Personen-

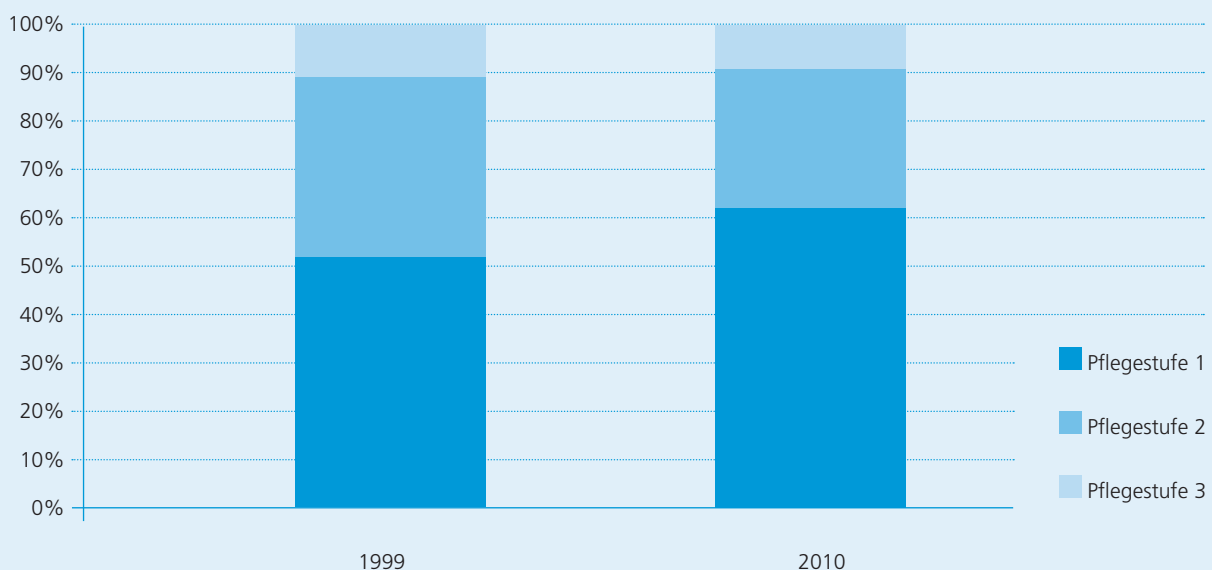
Haushalt, hohe Scheidungsraten, die geforderte Arbeitsplatzmobilität etc. – zu einem kontinuierlichen Rückgang der Angehörigenpflege.

Eine Hoffnung auf Lösung dieser auf den ersten Blick unlösbaren Aufgabe versprechen insbesondere zwei aktuelle Entwicklungen:

- Es gibt immer mehr technologiebasierte Hilfestellungen für ältere Menschen und
- ältere Menschen werden gegenüber neuen Technologien und Lösungen immer aufgeschlossener.

Altersgerechte Assistenzsysteme (AAL) werden in vier Bereiche unterteilt. „Gesundheit und Homecare“, „Sicherheit und Privatsphäre“, „Versorgung und Hausarbeit“ und „Soziales Umfeld“.

Verteilung der Pflegestufen 1999 und 2010



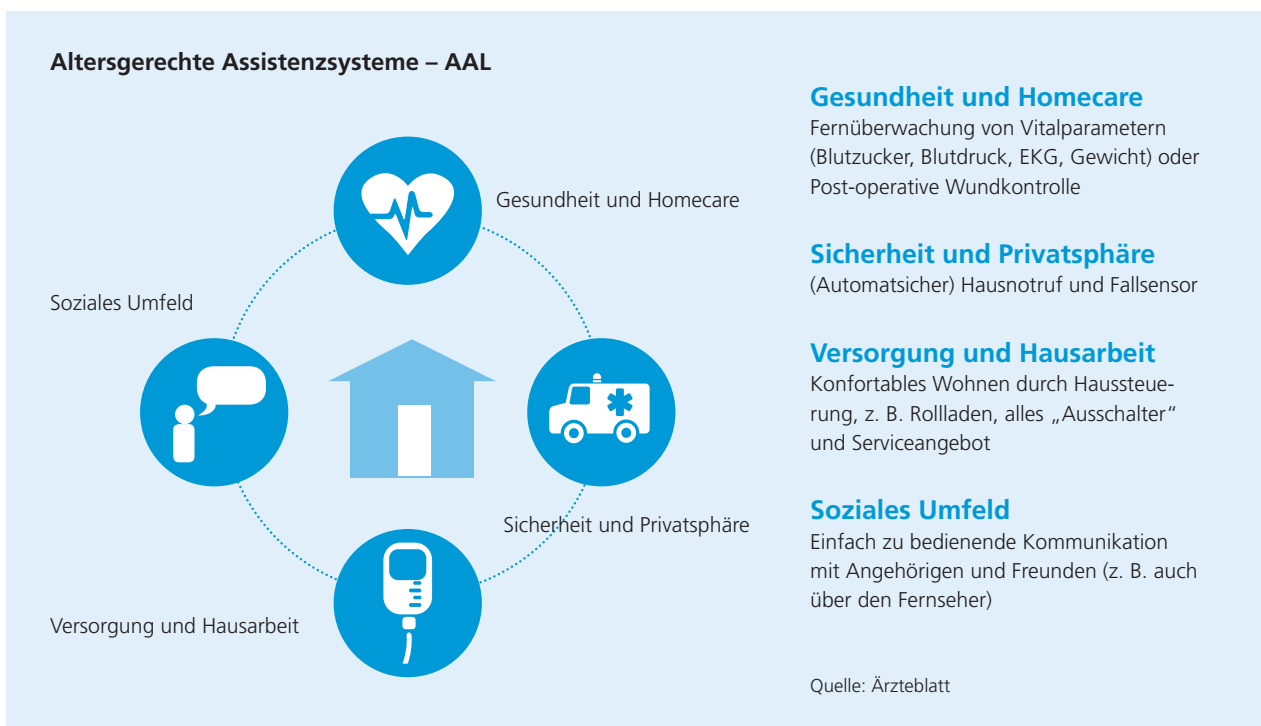
„Gesundheit und Homecare“ umfasst dabei viele Aspekte der medizinischen Versorgung zuhause – beispielsweise die Überwachung von Vitalparametern oder die postoperative Wundkontrolle. Ein Beispiel im Bereich „Sicherheit“ ist die relativ weit verbreitete Anwendung des sogenannten Hausnotrufs. Dieser stellt derzeit die einzige flächendeckend vorhandene und auch von den Kassen übernommene technische Lösung in Deutschland dar.

Zum Bereich „Versorgung und Hausarbeit“ gehören Lösungen, die ein komfortables Wohnen oder ein der Situation angemessenes Wohnen ermöglichen oder einfacher machen. Diese Lösungen

umfassen einfache An- und Ausschalter für die gesamte Wohnung bis hin zu den mit zusätzlichen Serviceangeboten vernetzten Angeboten.

Besonders muss auch das – vielfach unterschätzte – „Soziale Umfeld“ genannt werden. Das nahe Umfeld muss so gestaltet sein, dass Einkäufe leicht zu erledigen sind und der soziale Kontakt unterstützt wird. Technische Angebote wie die Kommunikation über den eigenen Fernseher wurden bislang jedoch lediglich in Modellversuchen erprobt.

Altersgerechte Assistenzsysteme (AAL¹) ermöglichen somit zum einen ein längeres selbstständiges Verbleiben im gewohnten Umfeld, zum anderen können sie die Arbeit des pflegerischen



1 AAL: Ambient Assisted Living. Die Übersetzung ins Deutsche ist unterschiedlich. Der Begriff „Altersgerechte Assistenzsysteme“ wurde für diese Publikation gewählt.

und medizinischen Fachpersonals unterstützen und die Fähigkeiten sowohl der unterschiedlichen Gesundheitsberufe als auch der sozialen Unterstützungsstrukturen durch moderne (AAL) Technologien sektorübergreifend koordinieren und ergänzen.

Somit weisen sie möglicherweise einen Ausweg aus dem deutschen, italienischen, japanischen oder chinesischen Pflegedilemma. Die Leistungsfähigkeit deutscher Produkte und Lösungen kann somit auch Potenziale in weltweiten Zukunftsmärkten entfalten. Die aktuelle Lage in Deutschland für AAL-Lösungen ist allerdings noch weit entfernt von optimal.

Die Chancen, die altersgerechte Assistenzsysteme bieten, wurden in Deutschland zumindest erkannt. So vielfältig die Angebote im Bereich AAL sind, so umfangreich sind auch die Fördermöglichkeiten. So engagiert sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit 45 Millionen Euro in diesem Bereich und auch die Europäische Union fördert seit Jahren in vielen EU-Ländern unterschiedliche Projekte.

Leider muss festgestellt werden, dass vielen Projekten nach Ablauf der Förderzeit der Sprung in die Alltagsversorgung nicht gelingt. Nicht selten wird die Technik nach der Erprobung in den Wohnungen wieder abgebaut – beispielsweise weil es an Personal fehlt, das Daten auswertet oder die Geräte wartet. Unklar ist ferner, wer die

Finanzierung nach der Förderphase übernimmt – sowohl die Kosten für die Beschaffung der Systeme als auch die laufenden Betriebskosten. In Frage kommen viele Akteure: die Pflege- bzw. die Krankenversicherung, Vermieter, Wohnungsbaugesellschaften, die Senioren selbst. Sie alle eint die Scheu vor zusätzlichen Kosten.

Die Kassen berufen sich auf den noch nicht sicher festgestellten Nutzen der Assistenzsysteme. Das ist nachvollziehbar, denn trotz vieler Tests und zahlreicher Projekte konnte noch nicht ausreichend belegt werden, welche positiven Effekte für die älteren Menschen hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit entstehen und wie sich letztlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis ausgestaltet.²

Gleichzeitig fehlt es fast allen Akteuren an einer Transparenz über den Markt – niemand weiß wirklich, wer und was zur Zeit entwickelt oder auf den Markt gebracht wird. Es fehlt an Fokussierung und konsequenter Begleitung. Um innovative technische Lösungen für ältere Menschen zugänglich zu machen, müssen Angebot und Nachfrage besser zusammen finden.

In anderen Ländern (und zwar nicht nur in Skandinavien, sondern auch z. B. in Großbritannien) sind nicht nur herkömmliche Assistenzsysteme wie der „Notrufknopf“ (eine der wenigen Lösungen, die auch bereits in Deutschland von den Kassen übernommen wird) deutlich weiter ver-

² Zu den Nutzen des AAL gehört nicht nur der unmittelbare Einfluss auf einen Krankheitsverlauf, sondern beispielsweise auch auf die Lebensqualität und zumindest das Sicherheitsgefühl der Nutzer. Hinzu kommt die mögliche Optimierung und Entlastung pflegerischer und medizinischer Dienstleister. Letztlich sollte auch der mögliche Einfluss auf die Berufsattraktivität (in einem durch Fachkräftemangel gezeichneten Markt) in die Bewertung einfließen.

breitet und akzeptiert (Deutschland ca. drei Prozent, Skandinavien und Großbritannien mehr als zehn Prozent in Haushalten von über 65-Jährigen), sondern sie werden dort auch im Rahmen vernetzter Lösungen und umfassender Dienstleistungspakete erbracht und abgerechnet – um Pflegende zu entlasten und einen längeren, sicheren Verbleib der Nutzer zu Hause zu gewährleisten (z.B. Dänemark). In diesen Ländern wurde dies oft durch eine, in Deutschland noch ausstehende, gesamtstaatliche Initiative erreicht.

AAL für Deutschland

Für Deutschland stellt sich somit die Frage, wie mit diesem Potenzial umgegangen werden sollte? Braucht es eine staatliche Unterstützung? Werden

sich innovative AAL-Leistungen durch die (private) Nachfrage ausreichend entwickeln bzw. sind Akteure bereit und in der Lage, auch die zunächst nötige Entwicklungsphase vorzufinanzieren?

Sind noch – und wenn: welche? – weitere Forschungsaktivitäten notwendig, um den tatsächlichen Nutzen der Angebote für ältere Menschen, Fachkräfte, Standort etc. zu klären? Welche Veränderungen im gegenwärtigen Finanzierungssystem zwischen Nutzern, Pflege- und Krankenkassen, Kommunen oder Wohnungswirtschaft werden nötig? Wird ein initiiertes Innovationsförderungsprogramm des Bundes (wie in anderen Ländern) benötigt?

Nachfolgend haben wir die Ergebnisse und Impulse der Diskussion für Sie dokumentiert.



Integrierte Quartiersentwicklung

Bestandsentwicklung in Zeiten demografischen Wandels

Impulse von Frank Bielka, Mitglied des Vorstandes der degewo AG

Frank Bielka legt den Fokus seiner Ausführungen auf die Überzeugung, dass die Unterstützung älterer Menschen in ihrem häuslichen Umfeld und somit die Befähigung eines längeren Verweilens zuhause nicht primär technischer, sondern sozialer und nachbarschaftlicher Lösungen bedarf. Technische Angebote, so seine These, können wichtige Elemente beisteuern, müssen aber in eine sinnvolle sozialräumliche Entwicklung eingebettet werden.

Annahmen hinterfragen

Im wohnungswirtschaftlichen Kontext werden häufig Behauptungen aufgestellt, die sich später für eine Wohnungsbaugesellschaft in der Realität als falsch herausstellten. Bielka nennt hier drei Beispiele:

1. These: Separate Wohnformen

Um auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen eingehen zu können werden oftmals separate Wohnformen und Angebote befürwortet. Bei genauerer Betrachtung, so Bielka, kann jedoch festgestellt werden, dass die Bedürfnisse gar nicht so unterschiedlich sind. Diskussionen und Erfahrungen zeigten beispielsweise, dass große Gemeinsamkeiten in den Anforderungen für die Wohnungen junger Familien und älterer Menschen bestehen. Barrierearmut sei auch bei Familien mit kleinen Kindern ein Thema, genauso die Unterbringungsmöglichkeit von Hilfsgeräten und andere Elemente. Die degewo spricht sich daher dafür aus, keine separierten Angebote zu unterbreiten. Stattdessen sollte das nachbarschaftliche Mehrgenerationenwohnen als Lösungsmöglichkeit favorisiert werden.

2. These: Frühzeitige Auseinandersetzung

Angesichts der schon seit Jahren und in allen Me-

dien präsenten Debatte um den demografischen Wandel und der immer wieder artikulierten Präferenz, in der eigenen Wohnung älter zu werden, ist die These, dass sich die Menschen ab einem gewissen Alter schon frühzeitig mit dem Thema „altersgerechte Wohnung“ auseinandersetzen, zunächst gerechtfertigt. Die Erfahrungen der degewo AG, so Frank Bielka, seien jedoch andere. Zwar werde dies allerorten gefordert und erwartet, könne aber nur selten beobachtet werden. „Unsere Erfahrung ist, dass sich die Menschen eigentlich mit dem Thema nicht konfrontieren wollen, es sei denn, es steht wirklich an“, so Bielka. In der Realität der Wohnungsgesellschaft hieße das, dass nur bedarfsgerechte Hilfen flexibel angeboten und umgesetzt werden – so, wie es die aktuelle Situation des Bewohners nötig macht.

3. These: Barrierearmut

Im Kontext der Diskussion um die Auswirkungen des demografischen Wandels und die Folgen für den Wohnungsbau steht oftmals, so Bielka, das Thema „Barrierearmut“ im Fokus. Hierbei wird häufig übersehen, dass viele weitere Themen eine möglicherweise deutlich größere Bedeutung besitzen, wenn es darum geht, dass Menschen in ihrem gewohnten Umfeld auch im hohen Alter verbleiben können. Bielka nennt soziale Kontakte, Partizipation am gesellschaftlichen Leben oder auch eine sinnvolle Tätigkeit als Beispiele. Die degewo engagiere sich daher stets auch für eine umfassendere Quartiersentwicklung.

Integrierte Quartiersentwicklung

Aus diesem Anspruch folgt für Bielka, dass im Hinblick auf eine Wohnungsbaugesellschaft in der „Bestandsentwicklung in Zeiten des demografischen Wandels“ immer zwei Elemente zu-

sammenfinden müssten. Neben den spezifischen Wohn- und Serviceangeboten für Ältere sei stets auch eine „integrierte Quartiersentwicklung“ zu berücksichtigen. „Die stabile Struktur eines Wohngebietes unterstützt auch demografische Veränderungen“, so Bielka.

Bielka verweist jedoch auf die Problematik, dass häufig die individuelle Anpassung von Wohnungen schwieriger zu beschleunigen sei als die weitere Quartiersentwicklung. „Es gibt nur einen sehr kleinen Kreis von Leuten, die das wissen wollen, und von denen gibt es einen noch kleineren Kreis, die es dann wirklich umsetzen wollen“, so Bielka. Nicht das Angebot würde die Umsetzung ausbremsen, sondern die Nachfrage.

Bielka präsentiert daraufhin zwei Beispiele, welche die Erfahrungen in der Wohnungswirtschaft verdeutlichen und aus denen sich die Priorität der sozialräumlich „integrierten Quartiersentwicklung“ ableitet.

1. SOPHIA – Soziales vor Technik

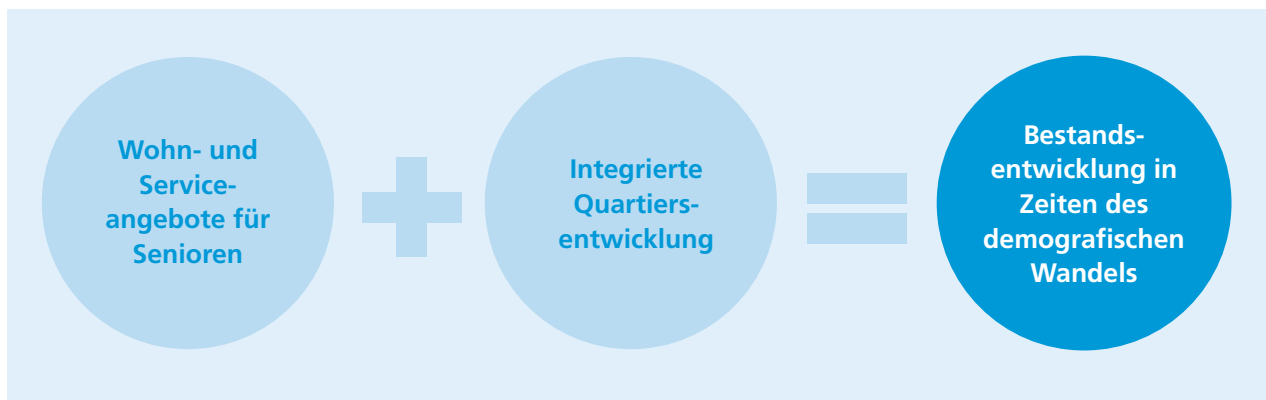
Um die mit einem Mieterwechsel verbundenen Kosten zu verringern, setzte sich die degewo schon frühzeitig mit dem Thema demografischer

Wandel auseinander. Einen Schwerpunkt verfolgt ein Tochterunternehmen (SOPHIA) mit dem Angebot von technischen Unterstützungssystemen für ältere Menschen. Ein Element in diesem Paket ist ein „mitdenkendes“ Notfallarmband, das eine größere Sicherheit im eigenen Wohnumfeld verspricht.

„Das Interessante ist“, so Bielka, „dass sich im Laufe der Zeit der Schwerpunkt von diesen technischen Lösungen immer weiter in Richtung Assistenz und soziale Kontakte verlagert hat.“ So werde der tägliche oder wöchentliche Anruf beim Nutzer gut angenommen. Ergänzt werden die Angebote durch „kleinere kostenpflichtige Dienstleistungen“ wie die Unterstützung beim Einkauf oder bei der Reinigung der Wohnung.

2. Mariengrün – integrierte Quartiersentwicklung

Zur Verdeutlichung der Aufgaben, die eine demografiegerechte sozialräumliche Gestaltung beinhaltet, stellt Bielka das Quartier „Mariengrün“ vor. Im Zuge der Sanierung der Hochhaussiedlung der späten 60er, frühen 70er Jahre wurde ein gezieltes Betreuungsangebot etabliert – sowohl in eigenen Einrichtungen als auch darüber hinaus. Neben der Sanierung von Gebäuden beinhaltet das Kon-





zept auch die Aufwertung des Umfeldes. Häuser werden mit einem Schwerpunkt entwickelt: Man entwarf Domizile, die eher für Ältere und solche, die mehr für junge Familien interessant sind. Sofern solche Schwerpunkte gebildet würden, so Bielka, müsse auch die Kommunikation zwischen den Beteiligten organisiert werden. Dies bedeute eine umfassende, auf soziales Begegnen ausgerichtete Freiraumgestaltung.

Die für Bielka zentrale Schlussfolgerung aus diesen Beispielen lautet: Seniorenresidenzen sind eher eine Strategie für wenige. Er sieht die Vernetzung von Normalwohnungen mit seniorengerechten Strukturen und ambulanter Pflege in einem großen, soziale Kommunikation unterstützenden Quartier als zukunftsweisend.



AAL – Herausforderungen und Lösungsvorschläge

Impulsvortrag von Thomas Bodmer, Mitglied des Vorstandes der DAK Gesundheit, Hamburg

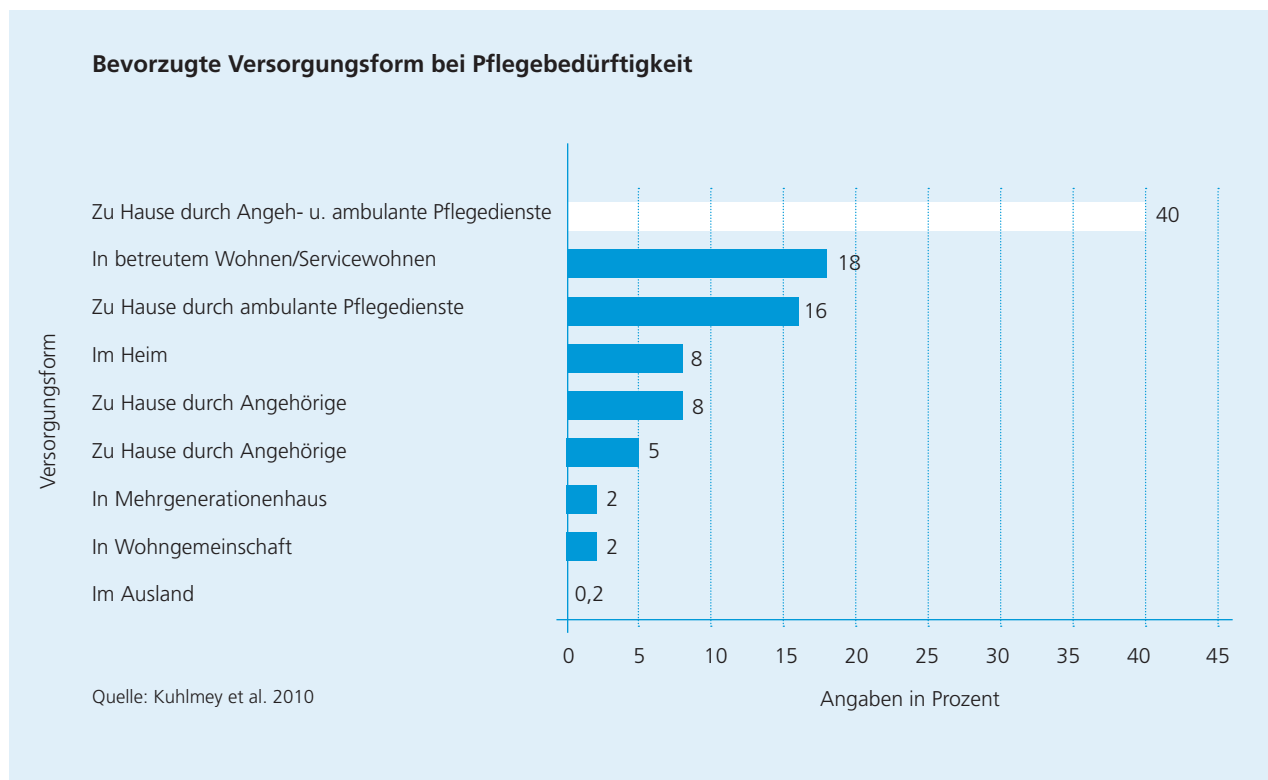
Nach einer kurzen Einführung legt Thomas Bodmer den Schwerpunkt seiner Ausführungen auf die Herausforderungen, welche die Einführung von AAL-Lösungen aus Sicht eines Kostenträgers darstellen. Beispiele hierfür sind seiner Einschätzung nach der oftmals fehlende Kosten-Nutzen-Nachweis oder weiterhin ungeklärte Haftungsfragen. Abschließend präsentiert er mögliche Lösungsansätze aus Sicht der DAK.

In Ergänzung zu den allgemein bekannten Daten zur Entwicklung der zunehmenden Nachfrage nach pflegerischen Leistungen verweist Bodmer auf den abnehmenden Anteil der Erwerbstätigen in der Bevölkerung. Dieser führe nicht nur dazu, dass sich ein Fachkräftemangel in der produktiven Industrie intensiviere, sondern auch und umso mehr in den pflegerischen Berufen. Bod-

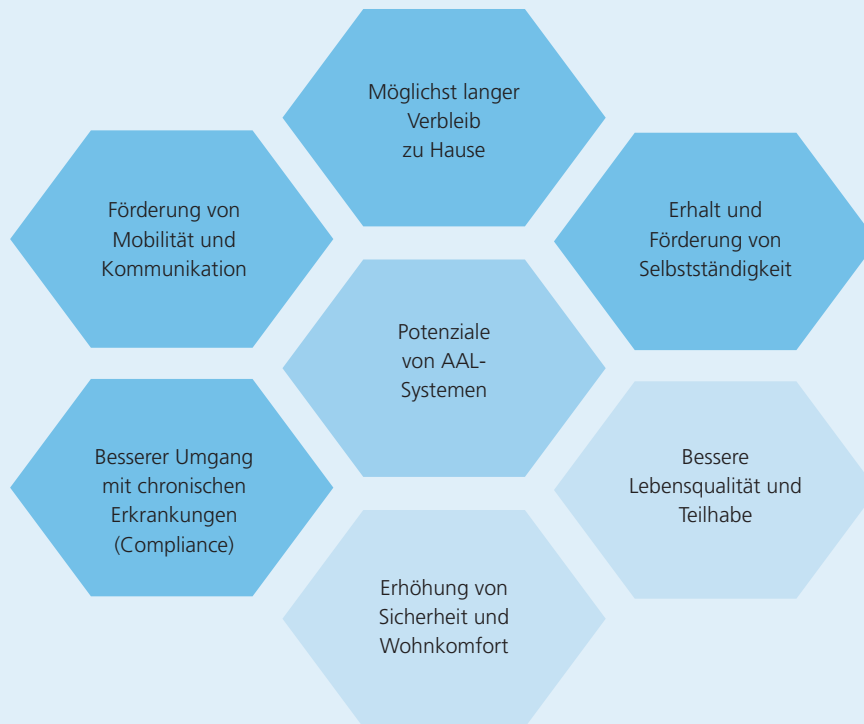
mer: „Das verdeutlicht, wie groß diese gesellschaftliche Herausforderung ist.“

Wichtig für eine richtige strategische Orientierung von Lösungsvorschlägen ist zudem die Präferenz der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit. Der auch im Veranstaltungstitel unterstellte Wunsch: „Daheim statt im Heim“ werde in einer Erhebung aus 2010 eindrucksvoll unterstrichen. Dort gaben lediglich acht Prozent der Befragten an, sie bevorzugten eine Versorgung im Heim.

Altersgerechte Assistenzsysteme bieten in diesem Kontext, so Bodmer, große (auch ökonomische) Potenziale. Von dem genannten Anspruch, möglichst lange im häuslichen Umfeld zu verbleiben, über die Förderung von Mobilität und Kommuni-



Herausforderung aus Sicht der Kostenträger



kation bis hin zu Fragen der Compliance oder der Steigerung der Lebensqualität und der Teilhabe böten AAL-Angebote vielfältige Lösungsansätze. Um diese jedoch in der Breite umsetzen und die damit verbundenen Potenziale auch realisieren zu können, müssten, so Bodmer, einige wichtige Herausforderungen bewältigt werden.

Heterogene Anwender – Pflegebedürftige, Angehörige, Pflegepersonal ...

Die erste von Bodmer genannte Herausforderung betrifft das Thema Heterogenität. Nicht nur seien die derzeit am Markt verfügbaren AAL-Lösungen bzw. Anwendungen höchst unterschiedlich, sondern auch der Personenkreis, der diese nutze, sei in hohem Maße heterogen: Er umfasse beispielsweise den zu Pflegenden selber aber auch Angehörige, Pflegepersonal von ambulanten Diensten oder medizinisches Fachpersonal. Da, so Bodmer weiter, 40 Prozent der Pfl-

ge im Haus durch Angehörige und Pflegedienste erbracht würden und ambulante Pflegedienste in einer Schicht etliche Haushalte abdeckten, sei es kaum vorstellbar, dass diese Aufgabe mit jeweils unterschiedlichen AAL-Lösungen zu bewältigen sei. Er fordert in diesem Kontext eine zumindest minimale Normierung. Sie soll insbesondere für pflegerisches Fachpersonal die Vielfalt der Systeme beherrschbar machen.

Heterogene Verteilung der Kosten – Nutzen – Verhältnisse

Das Problem der Heterogenität sieht Bodmer auch in anderen Bereichen – insbesondere in der Verteilung der Kosten – und er stellt in diesem Zusammenhang die zentrale Frage, ob unser sektorales Finanzierungssystem überhaupt auf AAL-Systeme sinnvoll anwendbar sei. In der Praxis würde beim Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Pflegekasse einspringen. Hier sei jedoch

das vielfach genannte Hausnotrufsystem die einzige AAL-Lösung, die in Deutschland flächendeckend bezahlt werde.

Die DAK selber biete ihren Versicherten darüber hinaus in Pflegeberatungsstellen bzw. durch Gesundheits- oder Online-Berater Informationen an. Dies sei jedoch bei jeder Kasse anders organisiert. Bedeutendere Unterschiede ergäben sich zudem durch die in integrierten Versorgungsverträgen festgelegten Leistungen. Hier könnten bereits die Krankenkassen Leistungen anbieten, um beispielsweise elektronische Patientenakten, medizinische Informationssysteme oder telemedizinische Leistungen einzusetzen.

Im Hinblick vor allem auf telemedizinische Angebote sieht Bodmer eine besondere Aufgabe in der Versorgung ländlicher Gebiete.

Telemonitoring sei ein weiteres wichtiges Beispiel, so Bodmer. Hier könnten medizinisch relevante Werte an die Krankenkasse übermittelt werden, die dann nach der Konsultation von Fachleuten Handlungsempfehlungen an den Versicherten geben könne. Einschränkend gibt Bodmer zu Bedenken, dass auch in diesem Fall das Thema Compliance eine große Rolle spiele, also der reflektierte Umgang des Versicherten mit der eigenen Erkrankung. Ohne eine explizite Einwilligung des Versicherten seien den Krankenkassen auch in diesem Bereich die Hände gebunden.

Die DAK Gesundheit, so Bodmer, engagiere sich beispielsweise mit Programmen gegen die Herzinsuffizienz. Hier könnten Versicherte durch kontinuierliches Monitoring auch effektiv gecoached werden. Bereits jetzt könne in diesem Programm festgestellt werden, dass sich „objektiv messbare Werte“ verbesserten.

„Die Kür wird sein“, so fährt Bodmer fort, „dass, basierend auf diesen in der aktiven Betreuung gewonnenen Erkenntnissen, Prädiktoren herausgefiltert werden.“ Diese könnten frühzeitige Interventionen ermöglichen, welche den weiteren Krankheitsverlauf des Versicherten positiv beeinflussten und letztlich auch die Pflegebedürftigkeit hinauszögerten. Was jedoch auch in anderen Programmen fehle, sei, so Bodmer, ein klarer Kosten-Nutzen-Nachweis.

Haftungsfragen – Datenschutz – Teilnehmerzahlen

Als eine der wichtigsten Herausforderungen bei der Anwendung – aber auch Erprobung – nennt Bodmer die oftmals ungeklärten Haftungsfragen. Aber auch Fragen des Datenschutzes stellten eine große Hürde dar. „Wann ist der Datenschutz sinnvoll und wann ist er überzogen und behindert wichtige Entwicklungen?“ – Diese Frage stellt Bodmer und verweist auf die Erfahrung, dass beispielsweise zur sinnvollen Entwicklung von Prädiktoren oftmals korrespondierende Daten nötig werden. Das derzeit gültige Datenschutzgesetz ermögliche jedoch nicht diesen Erkenntnisgewinn, „obwohl es dem Wohle der gesamten Versichertengemeinschaft dienen würde“.

Neben der Problematik kleiner Fallzahlen, insbesondere bei vielen AAL-Nischenprodukten, die eine sinnvolle Evaluation oftmals unmöglich machten, nennt Bodmer schließlich auch fehlende Standards als Herausforderung des AAL-Marktes. Dies führe oftmals zu Insellösungen und den damit verbundenen hohen Transaktionskosten. Bodmer: „Kann man hier endlich einen gewissen Standard festlegen?“.

Vorschläge und Schlussfolgerungen

Um den AAL-Systemen einen „Durchbruch“ zu ermöglichen, verweist Bodmer auf die Zweiteilung der Finanzierungssysteme. Neben der institutionellen Finanzierung im „ersten Gesundheitsmarkt“ bestehe auch ein privater Sektor. Bodmer äußert die Überzeugung, dass sich auch durch diesen „zweiten Gesundheitsmarkt“ ein Durchbruch für AAL-Lösungen erreichen lasse, „insbesondere, wenn wir die Eigenverantwortung der Menschen fördern“. Dies würde jedoch eine lange Zeit in Anspruch nehmen.

Um Bewegung in die Entwicklung sinnvoller und integrierter AAL-Lösungen zu bekommen, spricht sich Bodmer für die Einführung eines Innovationsbudgets und die Erprobung neuer Angebote in Modellprojekten aus. Ziel solle dabei die wissenschaftliche Evaluation und ein anerkannter Kosten-Nutzen-Nachweis sein, um im Erfolgsfalle die Überführung in die Regelversorgung zu rechtfertigen.



Von der Forschung zur Anwendung

Dr. Carola Reimann, MdB, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses

In ihren Ausführungen verweist Dr. Carola Reimann insbesondere auf die nach wie vor ausstehende systematische Versorgungsforschung. Ohne diese sei es für die Sozialversicherungsträger nicht zu rechtfertigen, AAL-Leistungen in ihren Katalog zu übernehmen und somit für breite Bevölkerungsschichten zur Verfügung zu stellen.

Die Kernherausforderungen des demografischen Wandels seien, so Dr. Carola Reimann, bereits seit längerem bekannt. Auch die seit Jahren konstant genannte Präferenz der Menschen in Deutschland, in der eigenen Häuslichkeit selbstbestimmt versorgt zu werden, sei bekannt. Die Problematik im Umgang mit diesen Ansprüchen ergebe sich zum Teil aus dem demografischen Wandel selber – Fachkräftemangel, – zum anderen aus den Grenzen der Finanzierung. „Viele der oftmals vorgetragenen Wünsche sind weder aus dem einen noch dem anderen Versicherungssystem zu finanzieren“, so Reimann.

Dies sei zwar bei einigen der angebotenen AAL-Leistungen nicht problematisch, zumal es sich hier auch um Komfortleistungen handeln kann. Bei anderen müsse jedoch eine fundierte Evaluation erfolgen, um eine sachliche Entscheidungsgrundlage zu erhalten, aufgrund derer die Kosten von den Krankenkassen und somit der Versicherungsgemeinschaft übernommen werden könnten.

„Die Krux ist schlicht und ergreifend, dass wir kaum belastbare Nutzenbewertungen haben“, so Reimann, „das ärgert mich sehr“. Sie verweist in diesem Kontext auf die hohen Summen, die bereits in den Forschungsbereich „aber sehr konzentriert auf sehr technische

Lösungen“ investiert wurden. Was hingegen fehle, sei eine umfassendere Betrachtung. AAL-Lösungen seien nicht nur mit sozialen Dienstleistungen verbunden, auch hätten sie oftmals Auswirkungen auf pflegerische Prozesse. So könnten Systeme sowohl die pflegerische Leistungserbringung – beispielsweise aufgrund der nicht aufeinander abgestimmten Systeme – erschweren als auch eine deutliche Verbesserung bedeuten – etwa, wenn durch sie körperliche Belastungen auch des Pflegepersonals reduziert oder Prozessabläufe vereinfacht werden können. Schließlich sei auch eine klare Evaluation sinnvoll und nötig, welche die durch AAL ermöglichte längere Selbstständigkeit quantifiziert. Die möglichen positiven Auswirkungen für die Sozialversicherungssysteme könnten so eine flächendeckende Anwendung der jeweiligen AAL-Lösung begründen.

Zwar gäben Selektivverträge Krankenkassen schon jetzt die Möglichkeit, AAL-Lösungen zu implementieren, „nur: bei all diesen Dingen wünschen wir uns natürlich, dass nach einer gewissen Zeit klar ist, dass sie auch einen zusätzlichen Nutzen erbringen“, so Reimann, „sonst kann man schwerlich verantworten, dass dafür Versichertengelder von uns allen ausgegeben werden.“ Reimann fordert daher, dass der Fokus der Forschung weniger auf individuelle technische Lösungen, sondern vielmehr auf eine umfassende Versorgungsforschung gelegt wird.

Reimann nennt als weiteres Beispiel die Entwicklung von telemedizinischen Lösungen. Die Bundesregierung habe versucht, diese Leistungen über den EBM* abrechenbar zu machen.

* Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen

„Das kann so nicht funktionieren“, so Reimann. Auch hier wäre erforderlich, dass für telemedizinische Lösungen ein Nachweis über den Nutzen für den Patienten erbracht wird.

Der Startpunkt solcher Anwendungen könne schon heute, so Reimann, mittels Selektiv- oder Integrationsverträge und Finanzierungsoptionen gelegt werden. „Da kann man ruhig den Krankenkassen die Aufgabe übertragen, innovative Lösungen zu finanzieren, wenn daran eine Evaluation geknüpft wird“, argumentiert Reimann.

Abschließend plädiert Reimann dafür in der Debatte immer wieder klarzustellen, dass AAL-Lösungen nicht dazu dienen den Menschen aus der pflegerischen Versorgung zu verdrängen.

Diese Angst verbänden viele Menschen mit der Diskussion um technische Lösungen. Hier sollte stets klargestellt werden, dass die Systeme dazu dienen, ein selbstbestimmtes und autonomes Leben zu fördern. Die Herausforderungen in einer alternden Gesellschaft seien, so Reimann, nur mit qualifizierten und auch motivierten Menschen zu bewältigen. Technik aber könne hier einen wertvollen Beitrag leisten, um diese Menschen zu unterstützen.

Im Anschluss an die Impulse der Referenten fand eine intensive Auseinandersetzung mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Veranstaltung statt. Hierbei spielten einige Aspekte eine herausgehobene Rolle und werden im folgenden kurz zusammengefasst.



Zusammenfassung der Diskussion

von Philip Schunke

Forschung und Nutzenbewertung

Ein Schwerpunkt der Diskussion lag auf dem Thema der oftmals noch fehlenden Forschung und Nutzenbewertung neuer Technologien. Da diese jedoch entscheidend für die Frage sei, ob und welche Lösungen in die Regelversorgung überführt werden sollten, müsste hier ein Schwerpunkt gelegt werden. In dieser Forschung solle der Fokus nicht alleine nur auf das technische Gerät gerichtet werden. Vielmehr seien Aspekte der Einbindung in Versorgungsprozesse, die Integration in sozialräumliche Angebote, die Auswirkungen für die unterschiedlichen Unterstützungsdienstleister – vom ehrenamtlichen Mitarbeiter bis zur professionellen Pflegekraft – mit zu bedenken. Der Nutzen einer Lösung könne dabei unterschiedliche Aspekte beinhalten, die alle in eine

Bewertung mit einfließen sollten. Dies reiche vom Komfort und Sicherheitsgefühl über die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Folgeerkrankungen bis hin zur Entlastung von Pflegekräften bzw. zu deren Unterstützung bei der Leistungserbringung.

Bereits die derzeit auf dem Markt verfügbaren AAL-Angebote umfassen einen großen Bereich. Die meisten eint jedoch, dass die Auswirkungen ihrer Anwendung – und noch weniger ihre Integration in bestehende Versorgungsprozesse – nicht oder nicht ausreichend evaluiert wurden. Dies sei jedoch zentral, wenn es darum gehe, ihre Finanzierung von den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern – zumindest anteilig – übernehmen zu lassen.



Dr. Carola Reimann: „Wenn wir den Anspruch haben, dass Dinge von der Pflege- oder Krankenkasse bezahlt werden, brauchen wir einen klaren Nutzen-Nachweis. Erst wenn dieser Nutzen belegt wird, kann auch eine Übernahme der Kosten begründet werden.“

Denkbar wäre, so Reimann weiter, eine Vernetzung mit Selektivverträgen. Hier könne dann evaluiert werden, welche Technologie und die mit ihr verbundenen Serviceleistungen tatsächlich in der Versorgungswirklichkeit Nutzen bringt. Dies sieht auch Gudrun Schaich-Walch so: Auch die Kassen sollten dazu beitragen, dass ihre Ergebnisse aus Selektivverträgen etc. allgemein bekanntgemacht werden. So könne sukzessive eine Ausweitung innovativer Lösungen in die Regelversorgung sinnvoll vorgenommen werden.

Vielfach wurde in der Diskussion jedoch auf die Gefahr hingewiesen, die Nutzenbewertung zu eng zu fassen. Oftmals würden in der Betrachtung der (ökonomischen) Potenziale einer AAL-Lösung, so eine Eingabe aus dem Plenum, lediglich die Effekte genannt, die auf Seiten des Nutzers entstehen: „Wenn aber ein alternder Mensch länger zu Hause bleibt und damit nicht ins Heim geht, entlastet der doch die Pflegekasse ... dieser Nutzen müsse in der Bewertung der Lösung unbedingt mit in die Waagschale geworfen werden.“

Auch Thomas Bodmer unterstützt diesen Aspekt und stellt klar, dass dies im Ansatz auch bereits so umgesetzt werde. Ohne die breiteren Effekte in eine Kosten-Nutzen-Relation mit einzuspeisen, ergebe sich ein „völlig verzerrtes Bild des Potenzials dieser Lösungen“. AAL-Leistungen würden ja insbesondere dann auch spannend,

so seine Überzeugung, wenn durch ihre Anwendungen Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden könne. Dies bedeute zudem, dass in der Frage der Finanzierung eine Reihe von Institutionen zu beteiligen seien.

Dr. Carola Reimann spricht sich in diesem Zusammenhang für einen umfassenderen Zugang zur Forschung und Forschungsförderung aus: „Das Forschungsministerium muss sich zumindest mal mit dem Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Arbeit und Soziales zusammensetzen“. Es reiche nicht aus, eine „Ingenieursleistung zu konzipieren“ – vielmehr müsse ein größerer Bogen gespannt werden, der insbesondere auch die mit der Technologie verbundenen Serviceleistungen mit abdecke und die Effekte im Sinne der Versorgungsforschung in ihrer Komplexität darstelle.

Einführung von AAL

Standards und Zwei Klassen-Finanzierung

Kontrovers wurden unterschiedliche Konzepte zur Einführung von neuen AAL-Lösungen diskutiert. Die Debatte fokussierte dabei auf die Frage, wie es zu bewerten sei, dass sich neue Produkte zunächst – und vor einer auf Evaluationen basierenden Übernahme in die Regelversorgung – nur aufgrund der privaten Nachfrage am Markt etablieren könnten. Einige Diskutanten sahen hierin die Gefahr einer Zwei-Klassen-Versorgung. Andere relativierten diese Problematik mit dem Hinweis, dass es sich oftmals um „Komfortleistungen“ handele. Solange ein Nutzen nicht klar erkennbar sei, könne dennoch die Präferenz einer zahlungswilligen Kundschaft die Einführung eines Produktes antreiben. Deren Erfahrungen könnten dann auch die Evaluation und schließlich die breite Anwendung unterstützen.

Die Kritik an der Entwicklung mancher AAL-Produkte bildete den Startpunkt einer Diskussion zur Standardisierung und schließlich zur Rolle privater Investitionen als Impuls zur Marktentwicklung. So kritisiert Bodmer, dass bei der Entwicklung von AAL-Angeboten zumeist nur ein Fokus auf den individuellen Menschen gelegt werde. Dies sei zwar für eine Vielzahl kleinerer Anwendungen und Produkte völlig ausreichend, bei komplexeren, insbesondere medizinischen, Leistungen müssten aber auch andere Aspekte mit berücksichtigt werden.

Thomas Bodmer: „Wie muss eine Wohnung umgestaltet werden? Aber auch: Welche Auswirkungen haben die Assistenzsysteme für diejenigen, die damit umgehen müssen? Können Pflegedienste einfach damit umgehen?“

Er spricht sich für Lösungen aus, die so konzipiert

sind, dass die Betroffenen diese selber bedienen können. Aber auch eine andere wichtige Komponente müsse erfüllt werden: So könnten sich Pflegedienste nicht auf „zig“ unterschiedliche Systeme in den betreuten Haushalten einstellen. Bodmer spricht sich daher deutlich für die Implementation von Mindeststandards aus.

Um dies zu erreichen fordern Teilnehmer der Diskussion die frühzeitige Einbindung unterschiedlicher Gruppen bereits im Entwicklungsstadium eines Produktes: „Man muss die Nutzer integrieren. Man muss die Krankenkassen, die Wohnungseigentümer, die Pflegekräfte, die Menschen, die vor Ort in den Wohnungen aktiv sind, integrieren.“ Bislang würden diese Gruppen bei der Einführung von Technologien nicht berücksichtigt.

Im Besonderen wurde auch darauf verwiesen, wichtige Gruppen an das Thema heranzuführen und sie zu Botschaftern der Umgestaltung zu machen. Dieses Ansinnen betreffe das Handwerk gleichermaßen wie die Pflegekräfte. Ihnen müsse klar werden, dass die Einführung dieser Technologien dazu führe, dass sie mehr Zeit für ihre Kerndienstleistungen gewinnen.

In der Frage der Standardisierung warnt Frank Bielka vor zu viel Aktionismus. Der Markt und seine Produkte seien vielfach noch zu jung, um sinnvolle Standards zu setzen. Dies könne dann zu einem späteren Zeitpunkt zwar die weitere Entwicklung fördern, doch müsse eine Überregulierung verhindert werden. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Regulierungsdichte in der Wohnungswirtschaft. Von Themen der energetischen Gebäudesanierung über Barrierefreiheit, Brandschutz oder die Installation elektronischer Systeme – die hohe Regulierungsdichte führe zu hohen Kosten.

Carola Reimann äußert hierfür Verständnis, verweist aber auch auf die positiven Effekte, die verpflichtende Standards haben können. Sie macht dies am Beispiel der Gurtpflicht deutlich. Auch weitere Standards rund um den Bereich von AAL-Angeboten könnten durch innovative Lösungen den Marktdurchbruch ermöglichen.

In diesem Zusammenhang mahnten einige Diskussionsteilnehmer zu mehr Gelassenheit. Bei der Entwicklung von technischen Möglichkeiten, die es dem alternden Menschen gestatten, länger zu Hause zu bleiben, würden verschiedenste Techniken auf den Markt gebracht. Vielfach hätten diese nur in geringem Maße Auswirkungen auf die medizinische Versorgung – im engeren Sinne würden sie eher ein höheres Maß an Komfort oder subjektivem Sicherheitsgefühl bieten. Man müsse daher für den Großteil der Produkte von der These Abstand nehmen, dass alles „vom Staat“ getragen werden müsse. Stattdessen müsse jeder seinen persönlichen Präferenzen entsprechend entscheiden, welchen Beitrag er für diese Leistungen bereit ist aufzubringen. Ein Zitat aus dem Plenum: „Wenn man hier etwas forcieren will, muss man den Weg der Automobilindustrie gehen und akzeptieren, dass einige Sachen zuerst in der S-Klasse eingeführt werden, bevor sie im Fiat Panda landen.“

Man werde also akzeptieren müssen, dass bestimmte Dienstleistungen nicht von Anfang an für alle verfügbar sind.

Gudrun Schaich-Walch leitet aus dieser Diskussion jedoch ab, dass daraus umso mehr die Folgerung zu ziehen sei, zügig und in der Breite Forschung und Evaluation zu fördern. Es könne nicht auf Dauer eine Zwei-Klassen-Situation zementiert werden.

Gudrun Schaich-Walch: „Deshalb ist es so wichtig, dass man Forschungsergebnisse – auch die der Kassen – schnell erhält, um dann nach Qualitäts- und Nutzenbewertungen umgehend gute Lösungen in die Regelversorgung übernehmen zu können.“

Auf einen anderen Aspekt der Frage der Einführung neuer Angebote verweist eine Repräsentantin eines Pflegeverbandes. Den Menschen müssten die verfügbaren Angebote zunächst einmal veranschaulicht werden. Oftmals bestehe Unkenntnis über das Mögliche und daher auch eine gewisse Distanz zum Thema. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf ein Projekt in Schweden. Dort würden in großen Städten gemeinsam mit den Firmen „Showrooms“ etabliert, in denen Geräte und Ideen vorgestellt werden. Zudem würde zum Teil einigen Haushalten ein solches Instrument kostenfrei zur Verfügung gestellt. Dieses mache Technologien anfassbar und senke die Schwelle, sich mit den damit verbundenen Themen auseinanderzusetzen.

Auch Carola Reimann unterstützt diese Idee. Sie verweist darauf, dass dieses Instrument in Deutschland teilweise – initiiert beispielsweise von den Handwerkskammern – existiere. Das dem zugrunde liegende Marktanreizprogramm müsse an das Wirtschaftsministerium herangebracht werden. Zudem müsse ein Fehler wieder rückgängig gemacht werden: Bereits von Ursula von der Leyen wurde eine Wirtschaftsinitiative Alter als Programm aufgelegt – flankiert von KfW-Krediten und später auch einem Zuschuss. Dieser Trend wurde später jedoch gestoppt. Carola Reimann: „Das war ein großer Fehler!“

Sozialraumgestaltung

AAL-Angebote müssen in eine breitere Quartiersgestaltung eingebettet sein

Ein breit diskutierter Themenkomplex stellte das Zusammenspiel von AAL-Lösungen mit einer umfassenden sozialräumlichen Gestaltung dar. Mit Blick auf die Präferenz der Menschen, im eigenen Heim zu verbleiben, wurde von allen TeilnehmerInnen die These unterstützt, dass zur Lösung der gesamtstaatlichen Aufgabe „Pflege“ der Fokus nicht alleine auf technische Lösungen gelegt werden dürfe. Vielmehr bedürfe es einer Entwicklung des häuslichen Umfeldes.

Die Erfahrungen von Frank Bielka gaben den Anstoß zu einer Diskussion zur Bedeutung von AAL-Lösungen vis-a-vis sozialer Komponenten der Versorgung im Alter. Bielka: „Wenn man von der Nachfrage ausgeht, muss ich sagen: Assistenzsysteme fragt kein Mensch nach“. Wenn es in diesem Zusammenhang Anfragen gäbe, endeten diese zumeist beim „Notfallarmband“.

Auch andere Diskussionsteilnehmer bestätigen dies. So beschreibt ein Teilnehmer ein Projekt in welchem von der These ausgegangen wurde, dass vor allem eine intelligente Technik nötig sei, um Älteren den Verbleib in der Wohnung zu ermöglichen: „Da haben wir uns geirrt“. Die Technik habe sich schon nach kurzer Zeit lediglich zum Aufhänger des Projektes entwickelt. Vielmehr wurden Angebote der sozialen Betreuung angenommen und nachgefragt. Der Teilnehmer weiter: „Zwei Drittel der Projekt-Teilnehmer schätzen die soziale Betreuung. Die Technik tritt völlig in den Hintergrund ... Was die Leute brauchen und wollen, ist die mit Dienstleistungen verknüpfte soziale Betreuung.“

Dies unterstreichen auch andere Diskussionsteilnehmer. Zwar sei die Wohnung an sich eines der primären Assistenzsysteme. Viel wichtiger sei aber das Quartier und dessen Infrastruktur. Diese könne selbstbestimmtes Leben fördern und erhalten. Hier müsse die Stadtplanung dafür sorgen, dass die Bedürfnisse des Alltags einfach gedeckt werden könnten. Es sei daher notwendig, durchdachte, altersgerechte Quartierskonzepte zu entwickeln, die von der Platzierung von Sitzbänken bis zum Angebot von Kommunikationsstrukturen ein selbstbestimmtes Leben auch im hohen Alter noch ermöglichen. Zwar könnten AAL-Angebote auch in dieser Quartierskonzeption, etwa durch Kommunikationshilfen, einen Beitrag leisten, doch stehe zunächst die konzeptionelle Entwicklung auf der Tagesordnung.

Diese Argumentation unterstützt auch Carola Reimann: „Die bestausgestattete Wohnung hilft natürlich nicht, wenn ich dann kein Quartier vorfinde, in dem ich mich als älterer Mensch bewegen kann!“

Die SPD habe das Thema „Soziale Stadt“ auch aus diesem Grunde mit in ihr Regierungsprogramm aufgenommen. Hier seien viele gute Initiativen entstanden, die weiter entwickelt und verstetigt werden müssten. Ziel der SPD sei es, den Fokus insbesondere im Bereich generationengerechtes Wohnen zu legen. „Die Kommunen brauchen hier Unterstützung, um diese Aufgabe zu bewältigen!“, so Reimann.

Die Entwicklung des sozialen Umfeldes ist, so die vielfach vorgetragene Einschätzung, für alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure relevant. Ob Familienangehörige, der Freundeskreis, Ehrenamtliche oder professionelle Anbieter – sie alle profitieren von einem altersgerechten sozi-

alträumlichen Umfeld. Es müsse auch in diesem Bereich alles unternommen werden, dass häusliche Pflege ermöglicht werde. Hier spielten dann auch Kommunikationstechnologien eine große Rolle, um Prozesse zu erleichtern.

Auch Carola Reimann sieht im Zusammenspiel von AAL, sozialen Dienstleistungen und sozial-

räumlicher Gestaltung ein großes Potenzial. AAL könne zur Unterstützung insbesondere auch an den Schnittstellen eine große Bedeutung zukommen. Als Beispiel nennt sie Kommunikationstechnologien, die für den zu Pflegenden genauso wie für den ihn pflegenden Angehörigen oder den Pflegedienst eine Hilfe darstellen könnten.



Ergebnis und Fazit

Gudrun Schaich-Walch, Stefan David und Philip Schunke

Der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung hat in den letzten Jahren kontinuierlich den drohenden Fachkräftemangel in der Pflege und die Konsequenzen des Anstiegs der Pflegebedürftigen in Deutschland thematisiert. Im Lichte der aktuellen Diskussion über die Potenziale von AAL ergeben sich einige Forderungen an die Akteure der Branche. Wir sind der Überzeugung, dass diese helfen, die Potenziale für die Versorgungslandschaft in Deutschland zu nutzen und gleichzeitig eine sinnvolle Entwicklung dieser auch exportstarken Branche zu fördern.

► Stärkung der Versorgungsforschung

Es reicht nicht aus den Forschungsfokus auf einzelne Produkte zu legen. Es muss vielmehr ein größerer Bogen gespannt werden, der u. a. auch die mit der Technologie verbundenen Serviceleistungen abdeckt und die Effekte im Sinne der Versorgungsforschung in ihrer Komplexität darstellt. In der Betrachtung von Kosten und auch Nutzen einer AAL-Leistung müssen beispielsweise auch die (positiven wie negativen) Effekte auf die Prozesse der pflegerischen Leistungserbringung mit einbezogen werden. Ebenso darf die unter Umständen vermiedene Pflegebedürftigkeit nicht außer Acht gelassen werden. Dies erfordert eine die Sektorgrenzen der Sozialversicherung übergreifende Betrachtung. So dürfen geringfügig höhere Kosten des einen Versicherungszweiges nicht die Realisierung von hohen Kostenersparungen eines anderen ausbremsen. In anderen Worten: Um das Lösungspotenzial von AAL-Leistungen sinnvoll evaluieren zu können, wird eine – staatlich geförderte – Versorgungsforschung gestärkt werden müssen.

► Wissen verbreitern

Schon heute werden zum Beispiel durch Selektivverträge einzelne AAL Leistungen angeboten. Diese werden derzeit zwar häufig von den anbietenden Kassen evaluiert, doch geschieht dies in einem zu wenig kontrollierten Rahmen. Nötig ist es durch eine Veröffentlichungspflicht sowohl die Ergebnisse als auch die Option zur kritischen Bewertung einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Nur so können die Erkenntnisse die gesamte Versorgungslandschaft weiterentwickeln helfen.

► AAL bekannter machen

Die emotionale Hürde sich mit Themen des Älterwerdens auseinander zu setzen stellt nur ein Hindernis dar. Ein weiteres ist die geringe Kenntnis über die vielfältigen Angebote des Marktes. Das Etikett „AAL“ lenkt dabei oftmals von einem näheren Blick auf die Produkte ab, die häufig auch primär die persönliche Sicherheit oder den Komfort erhöhen. Ziel muss es daher sein eine höhere Transparenz zu schaffen, Informationsdefizite bei allen Beteiligten zu vermindern und Anreize bei den Käufern zu schaffen. Neben allgemeinen Marktanreizprogrammen (Showrooms, Wiederauflage eines KfW-Kredit-Programms etc.) sollten auch die Pflegeberatungen in diese Strategie mit einbezogen werden. Die von den Pflegekassen erbrachte Beratung sollte dabei einen größtmöglichen Teil der verfügbaren AAL-Möglichkeiten einschließen und insbesondere Optionen des AAL in der Wohnraumgestaltung in ihre Beratung mit aufnehmen. Der Fokus auf Pflegeleistungen ist nicht ausreichend. Stattdessen sollten sie helfen die Angebote einer Region zu vernetzen.

Zu überlegen ist ferner ob die Einführung eines persönlichen Budgets (zumindest für die ersten Pflegestufen) nicht nur die Präferenzen der Nutzer stärker zum Ausdruck bringen sondern auch die allgemeine Marktdynamik erhöhen könnte.

► Einbindung in integrierte Quartiersentwicklungskonzepte

Ein längeres Verbleiben im eigenen häuslichen Umfeld zu ermöglichen ist nicht zuletzt Aufgabe kommunaler Strukturen. AAL-Lösungen bieten zwar eine Vielfalt an Möglichkeiten ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu erleichtern, dennoch bleibt die altersgerechte Gestaltung des Wohnumfelds von herausragender Bedeutung. Nur wenn diese beiden Ansätze – eine integrierte Quartiersentwicklung im Zusammenspiel mit neuen Technologien – gelingt, kann ein längeres, selbstbestimmtes Verbleiben „Daheim“ realisiert werden. Zunächst in der Unterstützung des Menschen selber, später in der Unterstützung der pflegerischen Aktivitäten durch Angehörige, Ehrenamtliche und Fachkräfte. Nur kommunale Akteure sind in der Lage, dies effektiv und auf die jeweiligen Quartiere angepasst realisieren zu können. Zu fordern ist daher eine „Reaktivierung“ kommunaler Verantwortung für die altersgerechte Gestaltung allgemein und die pflegerische Betreuung im Speziellen. Kommunen müssen sich als Netzwerkknoten etablieren, welche die für ein selbstbestimmtes Alter zu Hause notwendigen Partner – von Vereinen über Pflegedienste bis zu AAL-Anbietern – vernetzt.

► Ambient Assisted Working

Ein wichtiger, in der bisherigen Diskussion nur am Rande angesprochener Aspekt lässt sich

unter dem Begriff „Ambient Assisted Working“ zusammenfassen. In diesem Kontext geht es primär um Technologien, welche – im Fall der pflegerischen Versorgung – weniger dem zu Pflegenden als vielmehr der Pflegekraft dabei hilft, Dienstleistungen auch bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit durchführen zu können. Angesichts des prognostizierten Fachkräftemangels und der damit immer notwendiger werdenden Herausforderung, die Berufsfähigkeit und Berufsmotivation von Pflegefachkräften zu erhalten, handele es sich hierbei um einen wichtigen Bereich, der eine vertiefende Diskussion und eine größere gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit verdient.

Kurzlebensläufe



Frank Bielka

Vorstandsmitglied der degewo AG

Nach der Lehre als Kaufmann im Zeitungs- und Zeitschriftenverlag und dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der TU

Berlin arbeitete Bielka als Bezirksstadtrat für Jugend und Sport in Berlin-Neukölln. Von 1989 bis 1991 war er dort Bezirksbürgermeister und danach Staatssekretär in verschiedenen Senatsverwaltung in Berlin (u. a. für Bau- und Wohnungswesen für Finanzen und in der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung). Seit dem 1. Oktober 2003 ist er Vorstandsmitglied der degewo.



Stefan David

Vorstand der Lichtenau e.V. und stellvertretender Vorsitzender der permanenten Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung

David ist diplomierter Wirtschaftsingenieur der Universität Karlsruhe (TH) und des Trinity College, Dublin. Bis Januar 2013 war er Vorstand der Lohfert & Lohfert AG und zuvor Berater bei Roland Berger.



Thomas Bodmer

Mitglied des Vorstandes der DAK Gesundheit, Hamburg

Der Krankenkassenbetriebswirt ist seit 1. Januar 2012 Mitglied des Vorstandes der DAK-Gesundheit. Vorher war Bodmer Vorstand

der BKK Gesundheit und der BKK Zollern-Alb und zuvor bei der AOK Albstadt als Abteilungsleiter Beiträge tätig. Anschließend wechselte er in die Hauptverwaltung der AOK Baden-Württemberg und war als Referent für das Versicherungs- und Beitragswesen zuständig.



Dr. Carola Reimann

MdB, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag

Nach dem Studium der Biotechnologie an der TU Braunschweig promovierte Reimann am Institut für

Technologie an der Bundesforschungsanstalt für Landwirtschaft (FAL) in Braunschweig. Sie ist seit 2000 Mitglied des Deutschen Bundestages und dort seit 2009 Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit. Von 2005-2009 war sie gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.



Philip Schunke

Kompetenz-Partner der contec GmbH und Mitglied der permanenten Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung

Nach seinem Studium der Politikwissenschaften (FU-Berlin) und einem Master in Internationaler Gesundheitspolitik / Gesundheitsökonomie (London School of Economics and Political Science) arbeitete Schunke zunächst als Leiter der Kommunikation, dann als Geschäftsstellenleiter der Unternehmensberatung contec in Berlin. Seit 2012 ist er freier Kompetenz-Partner der contec GmbH.



Gudrun Schaich-Walch

Staatssekretärin a.D. und Vorsitzende der Permanenten Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Nach ihrer Ausbildung zur physikalisch-technischen Assistentin mit Arbeitsschwerpunkt Tumorthherapie und Tumorforschung war Schaich-Walch von 1990 bis 2005 Mitglied im Deutschen Bundestag und hier von 1998 bis 2000 gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion und später Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit.

Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung

Permanente Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik, soziale Sicherungssysteme

Der Managerkreis hat sich seit 2003 regelmäßig in Positionspapieren und Veranstaltungen zu aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik geäußert. Idee der Permanenten Arbeitsgruppe (PAG) ist es, fachlich geeignete Mitglieder des Managerkreises einzubinden und ihnen die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung zu geben. Die PAG trifft sich ca. viermal jährlich. Je nach Bedarf werden externe Experten zu thematischen Fachgesprächen geladen. Die Arbeit der PAG wird durch Mitarbeiter der Friedrich-Ebert-Stiftung koordiniert.

DOKUMENTATION
Daheim statt im Heim –
Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben im Alter

THESENPAPIERE DES MANAGERKREISES ZUR GESUNDHEITSPOLITIK:

Delegation – Substitution – Innovation: Neue medizinische Versorgungsformen, 2012

**Für eine zukunftssichere Krankenhauslandschaft in Deutschland –
Vom Patienten zum Motor der Gesundheitswirtschaft,, 2010**

Wachstum und Gesundheit - Chancengleichheit, Wettbewerb und Konsumentensouveränität, 2008

Gesundheitsreform auf dem größten gemeinsamen Nenner, 2008

**Wachstumsfeld Gesundheit? Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit,
Solidarität und Eigenverantwortung, 2006**

Wachstumsfeld Gesundheit: 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik, 2003

Publikationen des Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung sind erhältlich unter:

www.managerkreis.de