

AUSGABE 47
DEZEMBER 2021

Die Hamburger
Betreuungsvereine

Hamburger Betreuungsjournal



BILD: DORIS MIERKE – DREI FINKEN, ATELIER FREISTIL

INHALT

AUSGABE 47 | Dezember 2021

02 | Vorwort

03 | Impressum

AKTUELLE DEBATTE

04 | Warum wollen die Menschen sterben?

HAMBURG-LOTSE

08 | Beratungsstelle Charon

09 | Wenn es zuhause nicht mehr geht

11 | Was macht einen guten Stadtteil aus?

14 | Freiräume schaffen

ZUR SITUATION IN DER PFLEGE

16 | Pflegenotstand

18 | Zur Lage der Altenpflege

BUCH EMPFEHLUNG

19 | Seelenwärmer Kochrezepte und Wohlfühltipps für Kalte Tage



ATELIER
FREISTIL
KUNST IN AKTION

TITELBILD

DORIS MIERKE, Jahrgang 1957 beschreibt sich selbst als jemanden, der gerne Neues ausprobiert. Kunst und Kultur begeistern sie schon ein Leben lang. Seit Oktober 2010 arbeitet sie als Künstlerin im Atelier Freistil und widmet sich meist der Aquarellmalerei. Sie sagt: „Kunst hilft mir, mich wiederzufinden und inneren Ausgleich zu schaffen.“

Weitere Kunstwerke: www.atelier-freistil.de

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Das einzig Beständige ist die Veränderung ... mit dieser Erkenntnis würden wir Sie, liebe Lesende, gerne darüber informieren, was uns an Neuem in dem zweiten Jahr der Pandemie begegnet und aufgefallen ist.

Eine Veränderung haben Sie bereits in den letzten Heften bemerken können. Unsere Autor:innen haben sich immer öfter die Freiheit genommen, Sprache zu verändern. Wir haben länger an dem Al-

ten, uns Bekannten festgehalten, aus Gewohnheit oder aus Ästhetik. Dennoch gab es auch unter uns schon über einen längeren Zeitraum immer wieder einen Austausch darüber, wie wir es denn mit Veränderungen halten wollen. Diesbezüglich haben wir immer öfter Artikel erhalten, welche ganz beeindruckend abgebildet haben, wie unterschiedlich geschlechterbewusster Sprachgebrauch aussehen kann.

Wir würden auch gerne ein Thema weiter in den Blickpunkt rücken, welches zunehmend mehr, aber wahrscheinlich noch immer nicht genug Aufmerksamkeit bekommt: der Pflegenotstand und die Lage der in der Pflege Tätigen. Dazu haben wir mit Frau Dr. Haas als Geschäftsstellenleiterin des Deutschen Pflegerats eine Autorin gewinnen können, die uns die Hintergründe der kursierenden Zahlen erläutert. Frau Graveley als langjährig tätige Pflegekraft beschreibt uns ihre Wahrnehmung zu diesem Thema.

Eine vollkommen andere Frage hat Frau Bausewein als Palliativmedizinerin beschäftigt: Warum wollen Menschen sterben? Hintergrund dieser Frage ist unter anderem die bereits begonnene Auseinandersetzung im Gesetzgebungsverfahren für einen assistierten Suizid.

Sie als Bevollmächtigte und ehrenamtliche Betreuer:innen sind mit der Aufgabe betraut, bei der Erstellung einer Patientenverfügung behilflich zu sein. Daher werden auch Sie zwangsläufig mit dieser Fragestellung konfrontiert sein.

Darüber hinaus ist es uns ein Anliegen, Ihnen neue Angebote aus Hamburg vorzustellen. Ulrike Petersen stellt Ihnen mit einer Wohnpflegegemeinschaft eine neue Wohnmöglichkeit für pflegebedürftige Menschen vor, die nicht mehr alleine in ihrer Wohnung leben wollen aber auch nicht in ein Pflegeheim ziehen möchten.

Der Stadtteilrat in Barmbek Süd hat eine Arbeitsgemeinschaft Barrierefreiheit. Von dort bekommen wir Evelyn Schöns Gedanken, was für sie einen guten Stadtteil ausmacht.

Wie Freiräume geschaffen werden können für Menschen, die desorganisiert wohnen, macht die Vorstellung des Projektes Dele deutlich.

Wir möchten Ihnen einmal mehr für Ihr Engagement danken. Auch für Ihre Neugierde und Ihre Fähigkeit, sich immer wieder auf neue Fragestellungen und Herausforderungen einzulassen.

Für die dunkle Jahreszeit legen wir Ihnen eine Anregung für Seelenwärme und Wohlfühltipps ans Herz.

Liebe Grüße von der Redaktion

HAMBURGER BETREUUNGSJOURNAL 47. AUSGABE, DEZEMBER 2021

HERAUSGEBER

www.hamburgerbetreuungsvereine.de

REDAKTION

- Nicole Fingerhut, Betreuungsverein Bergedorf e.V.
- Dr. Claudia Höfler, Betreuungsverein Insel e.V.
- Hannelore Schröder, Leben mit Behinderung Hamburg Elternverein e.V.
- Anja Friedrich, ZukunftsWerkstatt Generationen e.V., Betreuungsverein Wandsbek & Hamburg Mitte
- Hermann Middendorf, Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz, Beratungsstelle rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht

V. I. S. D. P.

Hannelore Schröder, Leben mit Behinderung
Hamburg Elternverein e.V.,
Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

GESTALTUNG

Lena Haase, Heimatherz
Kontakt: heimatherzdesign@gmail.com

FINANZIERUNG

Hamburger Betreuungsvereine,
Betreuungsstelle Hamburg,
Behörde für Justiz und Verbraucherschutz

AUFLAGE:

3.000 Exemplare

Die einzelnen Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Alle abgebildeten Personen sind mit der Veröffentlichung ihrer Bilder einverstanden.

Die aktuelle Diskussion zur geschlechtsspezifischen Schreibweise bildet sich in diesem Heft ab.

Wir überlassen unseren Autoren die freie Entscheidung.

**Autorin**

Claudia Bausewein

Professorin für Palliativmedizin und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Fotograf: Christian Kaufmann

STERBEHILFE

WARUM WOLLEN DIE MENSCHEN STERBEN?

Ein Gastbeitrag von Claudia Bausewein, der ursprünglich in der Online-Ausgabe von der „Zeit“ vom 12.08.2021 erschienen ist. Wir sprechen ein herzliches Dankeschön für die Freigabe des Textes durch die Autorin und der „Zeit“ aus.

Nach einer neuen Regelung dürfen Ärztinnen und Ärzte seit Kurzem frei entscheiden, ob sie Menschen, die nicht mehr leben wollen, beim Suizid unterstützen. Das Bundesverfassungsgericht hatte das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung des Suizids bereits im vergangenen Jahr aufgehoben.

Viele Fragen aber bleiben offen. Claudia Bausewein ist eine der bekanntesten Palliativmedizinerinnen Deutschlands und findet, Suizidprävention muss Normalität werden, Hilfe beim Suizid sollte die Ausnahme bleiben. Dürfen Ärzte einem Menschen, der nicht mehr leben will, beim Sterben helfen? Ihm tödliche Medikamente verschreiben, beim Suizid assistieren? Nachdem das Bundesverfassungsgericht im vergangenen Jahr das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, welches den ärztlich assistierten Suizid fast unmöglich machte, für verfassungswidrig erklärt hatte, wurde auf dem Ärztetag im Mai auch die Berufsordnung der Ärzte angepasst. Ärzte können jetzt ihrem Gewissen nach entscheiden, ob sie einen Menschen beim Suizid unterstützen. Berufsrechtlich haben sie nichts mehr zu befürchten. Nun steht Deutschland mit einer Regelung da, die sehr liberal ist. Viel liberaler als in den meisten Ländern, die den assistierten Suizid erlauben, aber dort eben nur in konkreten Lebenssituationen, etwa wenn ein Patient an einer schweren Erkrankung leidet, die nicht heilbar ist. Das ist eine Herausforderung und eine Chance. Klar ist, dass es viel zu diskutieren gibt. Was genau aber muss berücksichtigt werden?

1. Die Palliativmedizin kann helfen – muss aber gestärkt werden

Wir als Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin halten es nicht für geboten, Menschen, die das Leben aus vielfältigsten Gründen als unerträgliche Belastung empfinden, in erster Linie dadurch zu begegnen, dass man den Suizid als geregelte Form eines Auswegs anbietet.

DEFINITIONEN VON STERBEHILFE

Suizid beschreibt die **bewusste Selbsttötung**. Unter **(ärztlich) assistiertem Suizid** versteht man das Verschaffen eines **todbringenden Mittels** oder die Unterstützung bei der Vorbereitung oder Durchführung eines eigenverantwortlichen Suizids.

Unter **Sterbenlassen** (auch Therapieabbruch, früher: passive Sterbehilfe) versteht man das **Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen**, gemäß dem Willen des Patienten.

Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe) beschreibt das **gezielte Herbeiführen des Todes** durch tödliche Spritze oder Verabreichung einer Überdosis eines Medikamentes auf Wunsch des Sterbewilligen.

Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass die Medizin in bestimmten Situationen schon jetzt längst nicht alles tun darf und tut, um ihr Sterben aufzuhalten. Sie denken, dass sie kein Mitspracherecht haben und dass sie zwangsläufig an ihrem Lebensende an Schläuchen hängen werden. Aber das ist nicht so. Was immer der Arzt in solchen Situationen an Therapie vorschlägt, es braucht das Einverständnis des Patienten.

Lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen sind zu unterlassen, zu begrenzen oder zu beenden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Sterben zuzulassen wird dann zum neuen Therapieziel, an dem sich die Behandlung ausrichtet: durch Sicherstellung eines würdevollen Behandlungsumfelds und die Bereitstellung von Medikamenten zur Behandlung belastender Symptome.

Die Palliativmedizin selbst versteht sich als Teil der Suizidprävention (siehe unten). Sie lindert Leiden, begleitet Menschen und ihr Umfeld

ganzheitlich und verbessert ihre Lebensqualität, gerade wenn sie todkrank sind. Damit begegnet sie den Sterbewünschen der meisten Menschen sehr wirksam. Mir persönlich ist es in 25 Jahren als Palliativmedizinerin nicht passiert, dass eine Situation vom Patienten als so ausweglos erlebt wurde, dass nur die Suizidhilfe blieb. Ich habe eher das Gegenteil erlebt: Dass ein Mensch bis zuletzt weiterleben wollte, weil er wusste, dass wir alles gaben, ihm zu helfen und die Symptome bis zu seinem Tod weitestgehend unter Kontrolle gebracht haben.

Wenn ich im Klinikalltag einem Menschen, der sterben möchte, sage: *„Ich höre, dass Sie so nicht mehr leben wollen. Lassen Sie mich verstehen, was dahintersteckt.“* Dann ist die Antwort fast immer: Angst vor Leiden und vor Schmerzen, Angst davor, am Lebensende keine Kontrolle mehr zu haben. Dieser Mensch braucht natürlich vorrangig eine gute Schmerz- und Symptombehandlung und kein Angebot zur Suizidassistenz. Um dies auch kompetent sicherstellen zu können, muss die Palliativmedizin weiter gestärkt werden. Es braucht zum Beispiel breit angelegte Schulungen aller beteiligten Berufsgruppen – vom Krankenpfleger über die Sozialarbeiterin und den Physiotherapeuten bis zur Hausärztin. Wichtig ist zu lernen, mit den Todeswünschen der Patienten umzugehen, diese Wünsche angstfrei, respektvoll und ohne zu moralisieren zu hinterfragen – und den Suizidwunsch nicht als Aufforderung zum Handeln zu verstehen.

2. Wir müssen sorgsam beobachten, wer sich einen Suizid wünscht

Wir beobachten, dass sich immer mehr Menschen nach einem ärztlich assistierten Suizid erkundigen, obwohl sie keine klassischen Palliativpatienten sind – also nicht absehbar an einer schweren Erkrankung sterben werden. Und sie befinden sich auch nicht unbedingt in einer psychischen Krise. Stattdessen erhalten wir viele Anfragen von Frauen und Männern Ende 60 oder in den Siebzigern, die körperlich recht gesund sind. Viele haben das Gefühl, genug erlebt zu haben,

lebenssatt zu sein. Sie wollen die Fäden in der Hand behalten und haben Sorge vor einem Kontrollverlust im Alter. Individualität und Selbstbestimmung sind gesellschaftlich immer wichtiger geworden, gelegentlich wird gar von der „Vergötzung“ der Autonomie gesprochen. Die Tatsache unserer aller Abhängigkeit von guten Beziehungen zu anderen Menschen wird dabei vergessen. Die Anfragenden möchten mitunter sterben, weil sie nicht in einem Heim leben wollen. Wir alle wissen um die Situation in Alten- und Pflegeheimen und darum, dass unsere Gesellschaft immer älter wird. Wenn es also wirklich eine Wahl geben soll, dann müssen die Alten- und Pflegeheime so ausgestattet werden, dass auch dort das Leben selbst und das Lebensende würdig gestaltet werden können.

In einer Fernsehsendung bin ich jüngst von Zuschauern gefragt worden: *„Muss ich mich jetzt rechtfertigen, wenn ich nicht um Assistenz beim Suizid bitte ...?“*

Es gibt längst einen sozialen Druck. Manch älterer Mensch will lieber seinen Erben das Ersparte hinterlassen, als es für das Pflegeheim auszugeben. In der Diskussion um den assistierten Suizid wird viel von Freiverantwortlichkeit und Autonomie gesprochen. Inwieweit ein Wille wirklich „frei“ und nicht von äußeren Faktoren beeinflusst ist, scheint aber fraglich. Es gibt bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der „Freiverantwortlichkeit“ und des „autonom gebildeten Willens“ eines suizidalen Menschen und insbesondere keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, dies sicher und zweifelsfrei festzustellen. Die aus einem vermeintlich „freien Willen“ resultierenden Entscheidungen können immer nur getroffen werden, wenn ausreichende Informationen und Kenntnisse zu den Folgen einer Entscheidung und zu möglichen Alternativen vorliegen. Darum ist eine umfassende Beratung, eben auch zu den lebensbejahenden Alternativen zur Suizidassistenz notwendig.

3. Suizidprävention muss an erster Stelle stehen

Als das Bundesverfassungsgericht das Verbot

der geschäftsmäßigen Sterbehilfe kippte, gab es dem Gesetzgeber nicht nur die Möglichkeit, die Gesetzgebung neu zu regeln. Es forderte ihn auch auf, Menschen zu schützen, deren Wunsch zu sterben gar nicht so freiwillig ist, wie er zunächst scheint. Laut dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm steht hinter 90 Prozent der vollendeten Suizide eine psychische Erkrankung. Es braucht also dringend neue und weitgehendere Konzepte, wie man Suiziden vorbeugen kann.

Je leichter der Zugang zu Suizidassistenz und Tötung auf Verlangen ist, desto öfter nutzen Menschen diese Angebote auch, das zeigen die Zahlen in Ländern, in denen beide Formen möglich sind. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts erleben Ärzte nun häufiger drängende Patienten, die glauben, einen Anspruch auf Assistenz beim Suizid zu haben. Bisher war es das klare Ziel des Arztes, einen Suizid zu verhindern und Menschen, die bereits versucht haben, sich das Leben zu nehmen, zu reanimieren. Was aber, wenn der ärztlich assistierte Suizid zum „Regelangebot“ geworden ist? Hier gilt es, alle Ärztinnen und Ärzte auszustatten, Kompetenzen der Suizidprävention in ihrer täglichen Praxis anwenden zu können.

4. Es braucht Ansprechpartner für Menschen, die sterben wollen

An wen wendet sich etwa eine Tochter, deren 91-jährige Mutter im Altersheim immer wieder und mit Nachdruck davon spricht, nicht mehr leben zu wollen und die Tochter um entsprechende Medikamente bittet? Bisher wird der Sterbewunsch stark tabuisiert. Er wird vom Umfeld oft nicht aufgegriffen. Stattdessen wird geschwiegen, denn Freunde und Angehörige haben Angst, den Wunsch zu verstärken, wenn sie darüber sprechen – was nachgewiesenermaßen nicht so ist. Menschen mit einem Sterbewunsch sollten daher vor allem wissen, dass und mit wem sie darüber sprechen können.

Die Schwierigkeit dabei: Es gibt sehr unterschiedliche Lebenssituationen, aus denen heraus Menschen suizidal werden. Viele befinden

sich in einer Lebenskrise oder leiden an einer psychischen Erkrankung. Andere haben Angst vor Abhängigkeit und einem qualvollen Sterben oder sind alt und einsam. Wieder andere haben eine ungünstige Krankheitsprognose, sie wissen, dass sie in Kürze sterben werden.

Es ist sehr wichtig, dass es für all diese Menschen niedrigschwellige Gesprächsangebote gibt. Wir bräuchten viel mehr wohnortnahe Beratung für die verschiedenen Fragen im Alter, aber auch in anderen Krisenphasen des Lebens, etwa zur Schuldnerberatung oder zum Thema Einsamkeit, aber auch zur Bewältigung von psychischen Belastungen und Krisen. Denn nur mit ernsthaften ergebnisoffenen und oftmals therapeutischen Gesprächsangeboten besteht eine Chance, einen Menschen, der nicht mehr weiterleben möchte, zu begleiten, ihm ein Gegenüber zu sein, vielleicht mit ihm zusammen Perspektiven zu entwickeln und ihn bei einer selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen.

5. Ärzte und Pflegeheime müssen sich vorbereiten

Jedes Altenpflegeheim, jedes Hospiz, jede Arztpraxis, jedes Krankenhaus wird sich künftig damit befassen müssen, wie es sich zur Frage der Suizidassistenz positioniert.

Das ist oft keineswegs einfach: Was geschieht, wenn ein Mensch in einem Hospiz seinen Sterbewunsch umsetzen möchte? Wird er dann verlegt? Oder kommt ein Sterbehelfer ins Haus? Was macht das mit einem multiprofessionellen Team, wenn eine ärztliche Suizidassistenz im Hause durchgeführt wird? Wenn etwa der Chef der Einrichtung so etwas anbieten will, das Team aber nicht, weil es eine andere Grundüberzeugung hat? Das kann zu großen Belastungen und Konflikten in den Teams führen.

6. Es braucht ein Gesetz – und eine gesamtgesellschaftliche Diskussion

Ärzte befinden sich in einer paradoxen Situation. Formal steht einem ärztlich assistierten Suizid nichts mehr im Wege, praktisch aber schon. So ist

aktuell nicht geklärt, wie Ärzte an entsprechende Mittel kommen sollen, die sie an die Patienten zum Suizid weitergeben und – wichtiger noch – welche Schutzkonzepte der Prozess braucht.

Tatsächlich wird über genau diese Themen bereits diskutiert. So gab es im April eine Orientierungsdebatte im Bundestag ohne Fraktionszwang. Und der Deutsche Ethikrat hörte im vergangenen Oktober und Dezember zahlreiche Fachleute wie Philosophen, Psychologen, Experten der Suizidprävention oder Theologen an. Es liegen bereits etliche Entwürfe und Vorschläge für eine Neuregelung des assistierten Suizids vor, sowohl von Parteien als auch von außerparlamentarischer Seite. Doch selbst wenn das Gesetz verabschiedet ist, werden noch viele Fragen zu klären sein. Das liegt auch daran, dass das Thema assistierter Suizid eine gesamtgesellschaftliche Angelegenheit ist.

Beim Deutschen Ärztetag wurde eines klar: Viele Ärztinnen und Ärzte betonten, ihre primäre Aufgabe bleibe, Leben zu erhalten und den Menschen im Sterben zu begleiten und zu beraten. Sie machten deutlich, dass sie sich nicht allein für das Thema verantwortlich fühlen. Ärzte brauchen nicht nur den Rückhalt der Verbände der Ärzteschaft, sondern den der gesamten Gesellschaft. Und die Gesellschaft muss abwägen, ob die Assistenz beim Suizid eine weitere und normale Alternative wird, das Leben zu beenden, oder ob es die Ausnahme sein soll.

7. Diese Debatten brauchen Zeit

Diese Diskussionen und das Ringen um das weitere Vorgehen machen deutlich, dass es beim Thema assistierter Suizid keine schnellen Antworten oder perfekte Lösungen gibt. Stattdessen braucht es einen gesellschaftlichen und politischen Dialog. Und der braucht Zeit. Daher hat der Bundestag in dieser Legislaturperiode nicht mehr versucht, im Schnellverfahren neue Regeln durchzusetzen, und das ist gut so.

BERATUNGSSTELLE CHARON

Hier finden Sie **individuelle Unterstützung** im Umgang mit **Sterben, Tod und Trauer.**



Autorin
Anja Dose

Eigentlich erstaunlich, dass gerade die einzige Gewissheit in unserem Leben so viele Fragen aufwirft. Aber es ist ja nicht die gewusste Tatsache, dass wir sterben werden oder mit dem Sterben Anderer weiterleben müssen, die uns umtreibt. Es ist die je individuelle Erfahrung von Endlichkeit, Verlust und Trauer in einer ganz konkreten Situation, es ist die persönlich gefühlte Unsicherheit, Orientierungs- und Sprachlosigkeit, die uns an unsere Grenzen bringt.

CHARON bietet seit 32 Jahren psychosoziale Beratung und Begleitung für schwerstkranke Menschen und ihre An- und Zugehörigen. Bereits 1989 wurde die Beratungsstelle von der gemeinnützigen Hamburger Gesundheitshilfe ins Leben gerufen. Seit 1992 wird sie von der Hansestadt Hamburg finanziell gefördert. Diese Zuwendung öffentlicher Gelder ist ein richtungsweisendes Signal, dass der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer nicht reine Privatsache ist, sondern Raum und Halt in einer mitmenschlichen Gesellschaft braucht.

„Wer kann sich an CHARON wenden?“

Alle Menschen in Hamburg, die mit der Erfahrung von Sterben, Tod und Trauer umgehen müssen – im privaten Leben, im beruflichen Umfeld, in der ehrenamtlichen Tätigkeit.

Was geschieht in der Beratung?

Fragen stellen, Informationen bekommen, Gefühle ausdrücken, Gedanken ordnen, Handlungsmöglichkeiten ausloten, neue Perspektiven entwickeln,

sich gehört, verstanden und gewürdigt fühlen, Anregungen und Ermutigung erfahren – all das kann in einem persönlichen Beratungsgespräch im Winterhuder Weg 29 oder telefonisch geschehen.

„Was kostet das Beratungsangebot?“

Beratungsgespräche für ratsuchende Bürgerinnen und Bürger sind dank der finanziellen Förderung der Stadt kostenlos, ebenso Informationsveranstaltungen, die wir auf Anfrage gerne anbieten. Aber auch die Beratungsstelle **CHARON** muss für ihren Fortbestand Einnahmen erzielen. So sind „Fachberatungen“, wie wir das Angebot für Menschen oder Einrichtungen nennen, die einen stimmigen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer im beruflichen Zusammenhang suchen, kostenpflichtig. Das Gleiche gilt für Schulungen, Seminare oder Workshops, die wir ebenfalls auf Anfrage und thematisch maßgeschneidert für Gruppen oder Teams anbieten.

Ein besonderer Arbeitsschwerpunkt der Beratungsstelle **CHARON** ist seit 2014 „Trauer am Arbeitsplatz“ – ein Angebot für Unternehmen und Betriebe. Wenn Sie als Betreuer oder Betreuerin selbst Fragen haben und Unterstützung in speziellen Situationen suchen, rufen Sie gerne an. Vielleicht möchten Sie aber auch Menschen, die Sie betreuen, auf das Angebot von **CHARON** hinweisen. In diesem Fall schicken wir Ihnen auf Wunsch gerne unsere Flyer zum Weitergeben zu. Diese und weitere Information finden Sie auch auf unserer Website als PDF-Download.

Beratungsstelle CHARON

Hilfen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer
Winterhuder Weg 29, 22085 Hamburg

040 - 226 30 300

info@charon-hamburg.de

www.charon-hamburg.de

WENN ES ZUHAUSE NICHT MEHR GEHT

ALTWERDEN IN EINER WOHN-PFLEGE-GEMEINSCHAFT

Nichts deutet darauf hin, dass sich an dem Grundbedürfnis im Alter in den „eigenen vier Wänden“ zu bleiben, in Zukunft etwas ändern wird. Doch was ist, wenn alltägliche Aufgaben, wenn Orientierungs- und Entscheidungsfähigkeit mehr und mehr eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich sind?

Was passiert zum Beispiel bei Demenz, bei zunehmendem Pflege- und Assistenzbedarf? Wer nicht länger in der bisherigen Wohnung bleiben kann aber auch nicht in eine Pflegeeinrichtung umziehen möchte, hat in Hamburg die Möglichkeit, in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft (kurz WG) mit anderen Menschen zusammen zu leben.

Wohnen steht im Mittelpunkt – ambulante Pflege kommt hinzu

Eine WG ist eine barrierefreie Großwohnung für drei bis maximal zehn Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf, mit Einzelzimmern inklusive Bad und Gemeinschaftsflächen und mit eigenem Mietvertrag sowie eigenen Möbeln. In einer WG geht es um gewohntes Alltagsleben, soziale Nähe und Platz für Individualität. Die Versorgung übernimmt das Team eines ambulanten Pflegedienstes, das insbesondere dann, wenn es sich um Menschen mit Demenz handelt, rund um die Uhr anwesend ist. Es hat die Aufgabe, vertrauensvolle Beziehungen zu den Mieter*innen und deren Angehörigen aufzubauen und den Alltag samt seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in den Mittelpunkt zu rücken.

Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Das WG-Konzept basiert auf voneinander unabhängigen Miet- und Pflegeverträgen und einem partnerschaftlichen „Verantwortungsdreieck“ zwischen der Mieterschaft (bzw. deren Interessenvertreter*innen), der Vermieter*in und einem Pflegedienst, der gemeinsam ausgewählt und beauftragt wird.

Gesetzlich definiert und geregelt werden Wohngemeinschaften im Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz: In einer WG in Selbstverantwortung leben mindestens drei auf Betreuung und Pflege angewiesene Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter*innen beauftragen einen Pflege- und Betreuungsdienst und vereinbaren schriftlich, wie sie ihre Interessen gegenüber Dritten vertreten. Sie bilden eine Auftraggeber-Gemeinschaft, üben das Hausrecht aus und entscheiden



Autorin

Ulrike Petersen

Dipl. Politologin

Dipl. Gerontologin

Hamburger
Koordinationsstelle
für Wohn-Pflege-
Gemeinschaften

auch gegebenenfalls über den Wechsel des Pflegedienstes.

Wie sonst üblich trägt jede*r die Miete selbst und bringt den Anteil zur Lebenshaltung in die gemeinsame Haushaltskasse ein. Die Kosten für die ambulante Pflege werden je nach Pflegegrad von der Pflegeversicherung übernommen. Sie orientieren sich am tatsächlichen Bedarf, werden individuell und in der Regel als Sachleistung berechnet. Übersteigt der tatsächliche Bedarf die Kassenleistungen sind Eigenmittel (Rente, Vermögen) einzusetzen und je nach Anspruchsberechtigung ergänzend Sozialhilfe zu beantragen.

Vielzahl und Vielfalt der Wohngemeinschaften nehmen zu – Praktische Beispiele

In Hamburg St. Georg zum Beispiel gibt es seit 2020 drei solcher Wohn-Pflege-Formen in einem der barrierefrei umgestalteten historischen Gebäude auf dem Gelände der Heerlein- und Zindler-Stiftung. Diese Projekte werden vom stiftungseigenen ambulanten Pflegedienst betreut.

Bei dem Projekt **HAUS FÜR MORGEN** handelt es sich um ein Angebot speziell für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und körperlichen Einschränkungen. Sie werden dabei unterstützt, Normalität und Eigenverantwortlichkeit zurückzugewinnen, den Alltag selbst zu bewältigen und sinnvollen Tätigkeiten nachzugehen (www.haus-fuer-morgen.com).

In der Etage darüber liegt die **SUN- Wohn-Pflege-Gemeinschaft**. Hier leben neun an Demenz erkrankte Menschen mit Pflegebedarf zusammen, die keine Angehörigen oder Unterstützung aus dem familiären bzw. privaten Umfeld haben. Hier tragen die rechtlichen Betreuer*innen der Mieterschaft die Verantwortung. Ein WG-Verwalter unterstützt bei der Organisation und eine Gruppe von Freiwilligen (die so genannten SUN-Pat*innen) kümmert sich zusätzlich um das Wohlbefinden der WG-Mitglieder (www.sun-wpg.de).

Die WG der **DACHSCHWALBEN** in der 3.Etage richtet sich an Einzelpersonen und Paare mit einem geringeren Pflege- und Unterstützungsbedarf. Hier ist Platz für Menschen, die ein neues Zuhause suchen, um trotz Pflegegrad und Beeinträchtigung „selbstbestimmt und doch geschützt und gut bedacht älter werden“ möchten (www.heerlein-zindler-stiftung.de).

Hamburger Koordinationsstelle - Rat und Informationen rund um Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Die Hamburger Sozialbehörde fördert den Ausbau dieser kleinräumigen Wohn-Pflege-Projekte und deren Integration in Hamburgs Quartiere und die Hamburger Koordinationsstelle informiert Ratsuchende und Initiatoren und Initiatorinnen zu den bestehenden und geplanten Projekten.

Seit 2006 wird die Koordinationsstelle unter dem Dach von **STATTBAU HAMBURG** öffentlich gefördert. Ziel ist es die Zahl, Vielfalt und regionale Ausgewogenheit dieser Wohnformen zu erhöhen und Impulse zur Weiterentwicklung zu geben. Ein besonderes Angebot der Koordinationsstelle besteht zum Beispiel darin, An- und Zugehörigen von pflege- und assistenzbedürftigen Menschen mit Hilfe der Wohn-Pflege-Börse bei der Suche nach freien Wohnangeboten in Wohngemeinschaften zu unterstützen (www.koordination-wohn-pflege-gemeinschaften.hamburg/wohn-pflege-boerse).

STATTBAU HAMBURG

Stadtentwicklungsgesellschaft mbH
Sternstr. 106, 20357 Hamburg

040 - 43 29 42 - 23

u.petersen@stattbau-hamburg.de
www.stattbau-hamburg.de

WAS MACHT EINEN GUTEN STADTTEIL AUS?

Als ich die Anfrage bekam, einen Artikel für das Hamburger Betreuungsjournal zu schreiben, fiel mir als Rollstuhlfahrerin als erstes ein „*Mein Stadtteil muss barrierefrei sein!*“ und gleichzeitig dachte ich: „*nur barrierefrei reicht nicht*“.

Ich lebe seit 10 Jahren in Barmbek-Süd in einem Wohnprojekt des Bauverein der Elbgemeinden (BVE) in Zusammenarbeit mit dem Sozialkontor, einem Leistungserbringer für Menschen mit Behinderung.

In unserem Haus gibt es 23 vermietete Wohnungen. Sechs Wohnungen sind barrierefrei. Die Beziehungen sind innerhalb der letzten zehn Jahre gewachsen, so dass ein Gefühl des „Aufgehoben seins“ entstanden ist. In unserem Haus leben unterschiedliche Menschen: Ältere Menschen, Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen, Familien mit kleinen und jetzt schon erwachsenen Kindern, Menschen mit Migrationshintergrund. Und gerade diese Vielfalt macht es für mich zu einem guten Ort.

Die Straßengemeinschaft ist in 10 Jahren gewachsen und ich werde, wenn ich durch die Straßen fahre oder im Park bin, oft mit Namen begrüßt, was mich sehr freut, denn das löst bei mir heimatliche Gefühle aus. Das jährliche Straßensommerfest, was Pandemie bedingt in den letzten zwei Jahren nicht stattfinden konnte, fehlt mir schon sehr. Ich habe in den letzten Jahren immer Getränkemarken verkauft. Das ist mein Job, nicht zu anstrengend, alle kommen zu mir, ich lerne viele Menschen kennen und plaudere mit ihnen.

Ein lebenswerter Stadtteil erfüllt für mich die nachfolgenden Punkte:

1. Eine gute Nachbarschaft

Die gute Nachbarschaft hängt im Wesentlichen von den Menschen ab, wie offen und bereit sie sind, sich in die Nachbarschaft und in den Stadtteil einzubringen.

2. Barrierefreie Umgebung

Eine barrierefreie Umgebung ist für mich als Rollstuhlfahrerin sehr wichtig, damit ich mich selbständig ohne fremde Hilfe im Stadtteil bewegen kann. Aber nicht nur für mich, sondern für alle Menschen hat eine barrierefreie Umgebung Vorteile. Wenn die Bürgersteige



Autorin

Evelyn Schön

Peer Counselorin, ISL

Mitglied in der
AG Barrierefreiheit des
Stadtteilrats Barmbek Süd



abgesenkt sind, können ältere Menschen mit Rollatoren oder Menschen, die einen Kinderwagen schieben, einfacher die Straße überqueren. In einer barrierefreien Umgebung haben wir die Möglichkeit, einander zu begegnen.

3. Einkaufsmöglichkeiten

Damit wir unseren täglichen Bedarf decken können, brauchen wir Geschäfte, die es uns ermöglichen einzukaufen. Die Einkaufsmöglichkeiten in einer größeren Stadt waren tatsächlich ein Grund, warum ich in Barmbek-Süd wohne. Ich finde es sehr wohltuend, nicht mit dem Auto oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu müssen, bis ich mein Sonntagsbrötchen kaufen kann.

4. Ärztliche Versorgung

In einem medizinischen Notfall benötigen wir alle schnelle Hilfe, deswegen bin ich froh, dass meine ärztliche Versorgung gesichert ist. Toll wäre es, wenn die Fachärzte nicht so lange Wartezeiten hätten, bis man einen Termin bekommt. Es ist nicht immer einfach, eine barrierefreie Arztpraxis zu finden. Deswegen habe ich mich für ein Ärztehaus entschieden. In diesem Haus haben meine wichtigsten Ärzte ihre Praxis.

5. Kurze Wege

Diesen Punkt habe ich schon erläutert. Ich finde es schön, dass ich in meinem Stadtteil auch ohne Auto beziehungsweise öffentliche Verkehrsmittel unterwegs sein kann. Innerhalb einer halben Stunde kann ich alles erreichen, was wichtig für mich ist.

6. Barrierefreier öffentlicher Personennahverkehr

Der barrierefreie öffentliche Personennahverkehr ist für alle Menschen wichtig. Ich nutze ihn zwar selten, aber das führt mich zu meinem nächsten wichtigen Punkt. Ich habe die Wahl. Ich kann mich jederzeit entscheiden, wie ich mich im Stadtteil bewege.

7. Natur

In unmittelbarer Nähe meiner Wohnung ist ein Park, der sogar etwas waldähnlich anmutet. In diesem Park können meine Hunde sich austoben und ich Kraft auftanken, mit anderen Hundebesitzern quatschen und mich auch meinem Hobby, dem Fotografieren widmen. Dort finde ich immer ein Motiv.

8. Angebote kultureller Art, wie Kino, Theater und Sportmöglichkeiten

Kulturelle Angebote sind ebenfalls wichtig, um



sich zu bilden, sportlich zu betätigen, um andere Menschen zu treffen.

9. Orte der Begegnung wie das Barmbek Basch

Die Vielfaltigkeit der Angebote des Barmbek Basch ist eine Quelle der Inspiration. Vom Flohmarkt, über die Bascherie, die Veranstaltungen und Möglichkeiten, sich zu engagieren... Hier können sich Gleichgesinnte treffen und gemeinsam Zeit verbringen und gleichzeitig ist es ein Ort, der die Möglichkeit bietet, andere Menschen und Kulturen kennenzulernen und Erfahrungen miteinander zu machen. Hier ist auch der Ort, wo Projekte für den Stadtteil entstehen, und Menschen teilhaben können an der Gestaltung ihres Stadtteils, indem sie sich im Stadtteilrat engagieren.

10. Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten

Ohne Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten ist kein Stadtteil denkbar. Vor Ort arbeiten zu können und nicht in eine andere Stadt pendeln zu müssen, bedeutet für mich Lebensqualität.

11. Schulen, Kitas

Ein guter Stadtteil bietet Kindern die Möglichkeit, sich frei zu entfalten, Freundschaften zu schlie-

ßen, in die Schule zu gehen, Hobbys nachzugehen. Unsere Straße ist eine Spielstraße, so dass ich oft Kontakt zu Kindern habe, die auf der Straße spielen können. Es gibt eine Grundschule und einen Spielplatz in unmittelbarer Nähe, auf dem es zwar auch manchmal laut wird, aber das gehört zum Stadtteilleben dazu.

12. Internet

Und tatsächlich ist für mich auch das Internet sehr wichtig geworden. Vor der Pandemie bin ich sehr viel in Deutschland mit dem Auto beruflich unterwegs gewesen. Oft habe ich gesagt: „*Ohne mein Auto bin ich ein halber Mensch*“. Seit 2 Jahren fahre ich sehr viel weniger und kann online gut arbeiten. Reisen ist für mich als Rollstuhlfahrerin mit Planung, erhöhten Kosten und Anstrengung verbunden. Durch das Internet kann ich mich mit vielen Menschen von überall her treffen und austauschen.

Abschließend kann ich festhalten, dass ein guter Stadtteil mehr bieten muss als Barrierefreiheit. Mein Stadtteil vermittelt mir ein Gefühl von Heimat, Sicherheit, ich kann alle meine Grundbedürfnisse befriedigen und mein Leben in der Gemeinschaft gestalten.

FREIRÄUME SCHAFFEN

DAS PROJEKT DELE STELLT SICH VOR

Autorinnen Dorothea S. Eckert-Schwegler und Teresa Cordes

Beim Projekt **Dele** handelt es sich um ein Unterstützungsangebot für **desorganisiert lebende** Menschen, ihre Angehörigen, Fachkräfte und weitere Akteure. Dele ist aus dem Forschungsprojekt „adele“ entstanden, das von der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg durchgeführt wurde und die Bedarfslage von desorganisiert lebenden Menschen untersucht hat.

Medial bekannt ist das Phänomen Desorganisation auch als ‚Messie-Syndrom‘. Gesellschaftliche Stigmata und Ausgrenzung desorganisiert lebender Menschen sind die Folge eines bislang kaum in den sozialarbeiterischen und sozialpolitischen Fokus genommenen Problems. Dabei leben allein in Hamburg nach Schätzungen des grundlagenorientierten Forschungsprojekts „adele“ ca. 40.000 Menschen desorganisiert. Es galt im Projekt „adele“ herauszufinden, welche Unterstützungsleistungen für desorganisiert lebende Menschen aus Sicht der Sozialen Arbeit sinnvoll erscheinen und wie genau sich praktische Hilfestellungen für sie ausgestalten können. Ging es bei „adele“ noch um ältere desorganisiert lebende Menschen, so weitet das Praxisprojekt Dele den Altersfokus nun aus und bietet eine Anlaufstelle für alle Altersgruppen. Grundlage der praktischen Umsetzung sind dabei die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt adele.

Unter der Trägerschaft Ambulante Hilfe Hamburg e.V. (AHH) hat das Projekt Dele am 1. April 2021 die Arbeit in Barmbek-Süd aufgenommen. Die Laufzeit erstreckt sich über 2,5 Jahre. Das Projekt wird aus Mitteln der Fernsehlotterie, der Behrens Stiftung, der Reimund C. Reich Stiftung, der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft

und Kultur sowie vom Hamburger Spendenparlament finanziert und von der HAW Hamburg wissenschaftlich begleitet. Ziel ist die Implementierung dieses Modellprojektes in eine Regelleistung innerhalb des Hamburger Hilfesystems.

Das Leitziel des Projektes Dele ist die Exklusionsvermeidung bzw. eine (Wieder-)Eingliederung in das bestehende Hilfe- und Unterstützungssystem, den Erhalt der Wohnung zu sichern sowie die Lebensqualität desorganisiert lebender Menschen langfristig zu verbessern. Der Zugang der Zielgruppe zum regionalen Hilfe- und Unterstützungssystem soll (wieder-)hergestellt und langfristig erhalten werden. Für die betroffenen Personen sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben und sie in die Lage versetzen, ihren Haushalt zufriedenstellend fortführen zu können.

Und was genau macht das Projekt Dele? – Die fünf Mitarbeiterinnen, **beraten, unterstützen, begleiten und vernetzen Menschen**, die in desorganisierten Lebensverhältnissen leben. Dazu wird eine **biographische Teilhabebegleitung** angeboten. Diese hat das Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu sichern und die Lebensqualität der teilnehmenden Menschen zu verbessern. In diesem Rahmen werden Menschen über max. 12 Monate (plus 18 Monate Nachsorge) sozialpädagogisch begleitet und in ihren individuellen Lebenslagen unterstützt. Ziel ist es, ihre Möglichkeiten zur Teilhabe (wieder) zu realisieren. Die Begleitung erfolgt in Form von Hausbesuchen und der Beratung in den Projekträumen oder im Sozialraum. Das kann für die gemeinsame Arbeit ganz konkret bedeuten, miteinander in der Woh-

nung Dinge zu sortieren, zu räumen, Dinge zu entsorgen oder Wege zu bahnen, um Herd und Kühlschrank zu nutzen, wieder Besuch empfangen zu können und mehr Wohlbefinden zu schaffen.

Neben der biographischen Teilhabebegleitung umfasst das Angebot außerdem eine **offene Sprechstunde** für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte. Diese findet zweimal wöchentlich für je zwei Stunden telefonisch und persönlich in den Beratungsräumen statt. Auf diese Weise haben desorganisiert lebende Menschen die Möglichkeit, die Mitarbeiterinnen persönlich aufzusuchen und beispielsweise ein Beratungsgespräch zu Fragen zum Mietverhältnis oder zur Klärung von sozialrechtlichen Ansprüchen zu erhalten. Das Projekt Dele ist neben der Zielgruppe auch für deren Angehörige, für Wohnungsgeber:innen, ratsuchende Sozialarbeiter:innen oder Pflegefachkräfte Ansprechperson.

Um Scham abzubauen, soziale Kontakte zu ermöglichen und sich auszutauschen, bietet das Projekt Dele zudem eine **Gruppenaktivität** für desorganisiert lebende Menschen im Rahmen eines **partizipativen Begegnungsangebots** an. Die Angebotsgestaltung wird partizipativ mit den teilnehmenden Personen entwickelt und geht auf deren Wünsche und Ressourcen ein. Diese Gruppenangebote finden einmal wöchentlich abwechselnd dienstags und mittwochs statt. Informationen und Anmeldungen hierzu erhalten Sie auf Anfrage per Mail oder Telefon.

Alle Angebote des Projektes Dele sind kostenfrei und laden dazu ein, den ersten Schritt zu wagen und sich Stück für Stück Freiräume zu schaffen.

Wie Sie das Projekt Dele erreichen:

Projekt Dele
Volksdorfer Straße 12
22081 Hamburg

040 – 219829-65
info@projektdele.de
www.projektdele.de

Unsere offenen Sprechzeiten:

Di. 10:00-12:00 Uhr
Do. 16:00-18:00 Uhr



Die Mitarbeiterinnen des Projektes Dele



Autorin

Dr. Ute Haas

Geschäftsstellenleitung
des Deutschen Pflege-
rats (DPR)

PFLEGENOTSTAND

Der Pflegenotstand ist seit Jahren in aller Munde. Das Thema taucht regelmäßig in den Medien auf, füllt die Stellenanzeigen der Fachzeitschriften und wird zunehmend von der Politik thematisiert; insbesondere während der Corona-Pandemie.

Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff des Pflegenotstands? Eine allgemein gültige und umfassende Definition gibt es nicht. In den Medien wird der Begriff häufig mit Stellen in Verbindung gebracht, die in den Einrichtungen in denen gepflegt wird ausgewiesen sind, aber nicht besetzt werden können.

Wie kommt es zu den ausgewiesenen Stellen?

Die Stellenpläne der Einrichtungen kommen unterschiedlich zustande:

Im Krankenhaus wurden 2019 Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt, die seit 2021 für die Intensivmedizin, Pädiatrische Intensivmedizin, Geriatrie, Innere Medizin und Kardiologie, allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation, Neurologische Schlaganfallereinheit sowie Pädiatrie gelten. Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurden sie befristet ausgesetzt. Die Personaluntergrenzen geben an, wie viele Patient*innen eine Pflegen-

de versorgt. Dabei können „Pflegekräfte“ sowohl Pflegefachkräfte als auch Hilfskräfte sein. Für eine allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie sind das beispielsweise 10 zu 1 in der Tagschicht und 20 zu 1 in der Nachtschicht. Für die Festlegung der Personaluntergrenzen wurde als Maßstab die Personalbesetzung der 25% der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser angesetzt.

In stationären Pflegeeinrichtungen wird die Personalausstattung von den Pflegegraden der Bewohner*innen abgeleitet. Wie viele Stellen den Pflegegraden zugeordnet werden, wird zwischen den Kostenträgern und Einrichtungen auf Landesebene verhandelt. Im vergangenen Sommer wurde das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (Pe-BeM) abgeschlossen, das zu einer angemessenen Personalausstattung führen soll. Nun geht es um die Umsetzung.

In der ambulanten Pflege stellt sich die Frage der Pflegestellen nicht in dieser Form. Pflegefachpersonen bzw. Pflegeassistent*innen suchen die Pflegebedürftigen entsprechend der vereinbarten Leistungen und der damit verbundenen Qualifikationsanforderung auf.

Wie viele Pflegende werden gebraucht?

Die Regelungen zur Personalbesetzung führen zu der Frage, wie viele Pflegende denn überhaupt für die pflegerische Versorgung gebraucht werden. Um diese Frage beantworten zu können, müsste geklärt sein, was eine „gute Pflege ist“ und wie viele Pflegende mit welcher Qualifikation benötigt werden, um sie zu erbringen. Obwohl es dazu verschiedene Grundannahmen gibt wie den Pflegebedürftigkeitsbegriff und den Pflegeprozess, gibt es keinen gesamtgesellschaftlichen Konsens dazu. Entsprechend muss bei Angaben zu fehlenden Pflegestellen in Untersuchungen genau betrachtet werden, wie die Fragen nach dem tatsächlichen Bedarf an Pflegenden und dem daraus abgeleiteten Pflegepersonal-mangel

beantwortet werden und welche Grundannahmen zum Pflegebedarf einbezogen werden.

Wie viele Pflegende fehlen?

Zahlen über das Ausmaß des Pflegepersonal-mangels gibt es reichlich. Doch sie basieren oft, wie oben beschrieben, auf unterschiedlichen Grundannahmen und sind zudem häufig nicht vergleichbar. So werden manchmal Stellen (Vollzeitäquivalente) und manchmal Köpfe (Teilzeitstellen) gezählt, Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen verglichen oder unterschiedliche Szenarien zur Entwicklung der Zahlen der zu pflegenden Personen zugrunde gelegt.

Der Mehrbedarf an Pflegepersonal im Krankenhaus wird in einer sehr fundiert begründeten Schätzung mit 100.000¹ Stellen angegeben. In stationären Pflegeeinrichtungen fehlen entsprechend PeBeM 120.000 Pflegende². Zudem erreichen in den nächsten zehn Jahren ca. 500.000 Pflegende das Rentenalter³, mindestens 40.000 Stellen sind heute schon unbesetzt⁴.

Der Deutsche Pflegerat (DPR) sieht es als sachgerecht an, den Pflegepersonalbedarf vom Pflegebedarf der zu pflegenden Personen abzuleiten. Deshalb muss auch für das Krankenhaus ein wissenschaftlich fundiertes Instrument entwickelt werden, das diesen Bezug ermöglicht. Allerdings dauert die Entwicklung eines solchen Instruments Jahre. Da die Pflege aber keine weiteren Jahre warten kann, hat der DPR zusammen mit der DKG und ver.di die PPR überarbeitet und aktualisiert (PPR 2.0), um sie in der Übergangszeit einsetzen zu können. Die Politik hat die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsinstruments aufgegriffen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)), nicht aber die Umsetzung der PPR 2.0 als Zwischenlösung.

Zur Umsetzung des PeBeM in der stationären Pflege hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Februar dieses Jahr eine Roadmap zur Personalbemessung in der stationären

Langzeitpflege veröffentlicht. Allerdings ziehen sich erste Stufen bis 2025 hin, die Endausbaustufe, d.h. der finale Stellenzuwachs in der Pflege wird nicht beziffert und es sollen vor allem Pflegeassistent*innen und keine Pflegefachpersonen eingesetzt werden.

Fazit

Der Pflegepersonalnotstand im Sinne offener Stellen in den Institutionen ist groß. Er ist nur zu beheben, wenn mehr Pflegende den Beruf ergreifen und Pflegende, die den Beruf verlassen haben, zurückkommen. Dazu bedarf es besserer Arbeitsbedingungen – allem voran mehr Personal. Und da schließt sich der Teufelskreis.

Der DPR geht davon aus, dass die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich steigt, wenn der Personalbedarf vom Pflegebedarf der zu pflegenden Personen abgeleitet wird. Dann können sich Pflegende darauf verlassen, dass die so ermittelte Anzahl der benötigten Pflegenden auch tatsächlich eingesetzt wird. Eine Studie bestätigt diese Annahme⁵: die Mehrheit der befragten Pflegenden in Teilzeit schließt eine Stundenerhöhung nicht aus und Pflegende, die den Beruf verlassen haben, können sich eine Rückkehr vorstellen. Aber nur wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind: die drei wichtigsten sind Wertschätzung durch Vorgesetzte, Zeit für qualitativ hochwertige Pflege und eine bedarfsorientierte Personalbemessung.

¹ Simon, M. (2015) Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Hochschule Hannover [PDF](#)

² SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM) [PDF](#)

³ Pflegekammer Niedersachsen (2021) Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. Eine Hochgerechnet (eigene Berechnung) [PDF](#)

⁴ Bundesagentur für Arbeit (2021) Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich

⁵ Auffenberg, J; Heß, M. (2021) Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen [PDF](#)

ZUR LAGE DER ALTENPFLEGE



Autorin

Inken Graveley

Einrichtungsleitung
Seniorenzentrum St.
Markus / Martha Stiftung

Seit nunmehr über 30 Jahre bin ich gelernte Altenpflegerin. Diese Berufswahl habe ich zu keinem Zeitpunkt bereut. Es ist ein anspruchsvoller Beruf und ob nun im ambulanten oder im vollstationären Bereich oder in der Tagespflege, es ist immer abwechslungsreich und nie langweilig.

In all den Jahren frage ich mich aber stets, warum die Altenpflege so wenig anerkannt ist. Altenpfleger*innen können ebenso wie Krankenpfleger*innen Infusionen legen, Spritzen setzen, Wunden versorgen, Notfälle behandeln, Arztvisiten durchführen, sämtliche Vitalfunktionen messen oder Medikamente stellen und verabreichen. Altenpfleger*innen erkennen Symptome verschiedenster Erkrankungen, können adäquat reagieren und sowohl bei physischen sowie psychischen Einschränkungen begleiten und unterstützen. Sie versorgen ältere Menschen in allen Bereichen des Lebens und unterstützen in dem, was nicht mehr alleine bewältigt werden kann. Sie ermöglichen so ein selbstbestimmtes Leben. Und sie leisten eine unglaubliche Beziehungsarbeit, stehen den Menschen in Krisensituationen zur Seite und begleiten sie bis an ihr Lebensende.

Aber immer weniger Fachkräfte stehen den Altenhilfeeinrichtungen zur Verfügung. Sicher sind die Zeiten während der Pandemie besonders belastend gewesen und haben von uns allen in der Pfl-

ge Tätigen ein Höchstmaß an Einsatz erfordert. Die Sorge vor einem Infektionsgeschehen in den Einrichtungen oder das permanente Tragen von Mundschutz und Schutzkleidung erschwerte die Arbeit sehr. Hinzu kamen ständig neue Regeln, Zeiten der Betretungsverbote für Besuchende waren schwer. Viele Bewohner*innen und Patient*innen brauchten gerade psychisch sehr viel mehr Unterstützung. Aber es waren auch Zeiten, in denen das Zusammengehörigkeitsgefühl zugenommen hat. Gemeinsam hatten wir das gleiche Ziel – wir wollten alle gesund bleiben.

Auch ohne Pandemie ist es in der Altenpflege nie langweilig. Neben der Versorgung der Bewohner*innen/ Patient*innen müssen wir umfangreiche Pflegeplanungen erstellen und den Kontakt zu Angehörigen, Ärzt*innen, Betreuern und all den anderen Professionen, die in die Versorgung des Menschen involviert sind, halten. Altenpflege ist Teamarbeit und setzt eine fortwährende Bereitschaft zu Fort- und Weiterbildungen voraus. Gemeinsam, immer auf dem neuesten Kenntnisstand, kann eine gute Pflegequalität erbracht werden, dies ist motivierend und macht ungeheuer viel Spaß.

Warum also fehlt die Anerkennung und warum fehlen uns die Pflegefachkräfte? Wir befinden uns in einem Hamsterrad, immer weniger Bewerbungen gehen ein, immer weniger können Stellen nachbesetzt werden und die Pflegefachkräfte, die arbeiten, sind mittlerweile oft an ihrer Belastungsgrenze. Dringend müssen grundlegende Bedingungen geändert werden. Pflegekräfte brauchen eine bessere Bezahlung und die Anerkennung, die sie verdienen.

Noch immer geht die Mär herum, „das Pflege ja jeder kann“. In keinem anderen Berufszweig wurde und wird so etwas behauptet.

Seit mehr als 15 Jahren arbeite ich nun im Seniorenzentrum St. Markus der Martha Stiftung. Täglich versorgen wir die bei uns lebenden Menschen mit höchster Pflegequalität und großem Engagement. Arbeitgeber*innen wie die Martha Stiftung bezahlen nach Tarif und bieten sehr gute Sozialleistungen.

Viele Kolleg*innen arbeiten nicht unter solchen Bedingungen, dies trägt sicher zu der großen Unzufriedenheit und der Entscheidung, der Altenpflege

den Rücken zu kehren, bei.

Sehr würde ich mir wünschen, dass auch die Politiker*innen dieses Problem endlich ernsthaft angehen, Finanzierungsmodelle entwickeln und keine leeren Versprechungen machen.

Wie eingangs gesagt, habe ich die Berufswahl nie bereut und hoffe sehr, dass wir es gemeinsam schaffen, mehr Menschen für die Altenpflege zu gewinnen um auch in Zukunft qualitativ hochwertige Pflege leisten zu können.

BUCH EMPFEHLUNG

SEELENWÄRMER: KOCHREZEPTE UND WOHLFÜHL-TIPPS FÜR KALTE TAGE

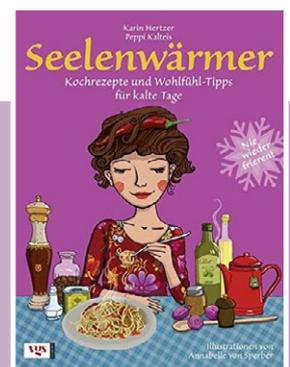
Eine Buchvorstellung von Anja Friedrich

Wenn die Tage immer kürzer werden und die Temperaturen sinken, dann beginnt die dunkle Zeit im Jahr. Die Menschen ziehen sich in ihre Häuslichkeit zurück. Für viele Menschen bedeutet das, dass sie sehr auf ihre körperliche und psychische Gesundheit achten müssen. Mental Health und Selfcare sind schon längst in aller Munde und sollten dann an oberster Stelle stehen. Für jeden heißt das etwas anderes. Zeit mit der Familie verbringen, Ruhe für sich selbst finden, ein gutes Essen genießen. Für jeden das was ihn glücklich und zufrieden macht. Einfach die Seele erwärmen und wohlfühlen. Mit dem Buch Seelenwärmer – Kochrezepte und Wohlfühl-Tipps für kalte Tage schreiben Karin Hertzler und Peppi Kalteis Rezepte und Tipps um im Einklang mit sich selbst zu bleiben. Es beschreibt wie wir aus der chinesischen Medizin sehr viel über unseren Körper lernen können. Wenn Yin und Yang nicht im Einklang sind, ist unser Qi gestört und wir fühlen uns unwohl und frieren. Das Buch gibt viele wertvolle Hintergrundin-

formationen aus den Töpfen der Welt und beweist, dass sowohl Omas gute alte Küche genauso gut ist wie würzig leichte vitaminreiche Alternativen. Im Fokus stehen einfache Gerichte die innere Wärme bringen und so einen guten Gegenpol zur kalten Jahreszeit bilden.

Meine Empfehlung: Wenn es draußen so richtig kalt ist – ein heißes Getränk, ein gutes Buch und ein richtig tolles Essen! Das ist mein Geheimrezept für eine gute Winterzeit!

Autor:innen
Karin Hertzler
und Peppi Kalteis



Betreuungsverein Bergedorf e.V.

Ernst-Mantius-Straße 5, 21029 Hamburg
Telefon: (040) 7 21 33 20, Fax: (040) 72 54 20 83
E-Mail: info@betreuungsverein-bergedorf.de

Sprechzeiten: Di: 9.00 – 12.00 Uhr
Do: 14.00 – 18.00 Uhr
Fr: 9.00 – 12.00 Uhr

Betreuungsverein Hamburg-Nord e.V.

Wohldorfer Straße 9, 22081 Hamburg
Telefon: (040) 27 28 77, Fax: (040) 2 80 71 59
E-Mail: info@bhn-ev.de

Telefonische Sprechzeiten: Mo: 9.00 – 12.00 Uhr
Mi: 9.00 – 12.00 Uhr
Do: 14.00 – 18.00 Uhr



insel e.V. – Betreuungsverein für Eimsbüttel

Heußweg 25, 20255 Hamburg
Tel.: (040) 380 38 36 - 810, Fax: (040) 380 38 36 - 819
E-Mail: bv.eimsbuettel@insel-ev.de

insel e.V. – Betreuungsverein für Harburg und Wilhelmsburg

Schloßmühlendamm 1, 21073 Hamburg
Tel.: (040) 380 38 36 - 850, Fax: (040) 380 38 36 - 859
E-Mail: bv.harburg@insel-ev.de

Sprechzeiten: Di: 14.30 – 17.00 Uhr
Do: 9.00 – 12.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Online-Beratung unter: www.insel-ev.de/onlineberatung

Diakonieverein Vormundschaften und Betreuungen e.V.

in Altona:
Mühlenberger Weg 57, 22587 Hamburg

in HH-Mitte:
Holzdamm 18, 20099 Hamburg
Telefon: (040) 87 97 16 0, Fax: (040) 87 97 16 - 29
E-Mail: info@diakonieverein-hh.de

Sprechzeiten: Werktags von 9.00 – 16.00 Uhr
nach telefonischer Vereinbarung

Beratung: jeden 1. Mittwoch im Monat von
9:30 bis 12:00 Uhr
im Amtsgericht Hamburg Altona,
Zimmer 309 oder nach Vereinbarung

Website: www.diakonieverein-hh.de



**Betreuungsverein für Wandsbek und Hamburg Mitte
ZukunftsWerkstatt Generationen e.V.**

Papenstraße 27, 22089 Hamburg
Telefon: (040) 20 11 11, Fax: (040) 20 53 98
E-Mail: querschnitt@zwg-ev.de

Telefonische Sprechzeiten: Di: 10.00 – 12.00 Uhr
Do: 14.00 – 17.00 Uhr

**Bezirksamt Altona – Betreuungsstelle Hamburg
Beratungsstelle für rechtliche Betreuung und
Vorsorgevollmacht**

Winterhuder Weg 31, 22085 Hamburg
Telefon: (040) 42863-6070, Fax: (040) 42790-2560
E-Mail: beratungrechtlichebetreuung@altona.hamburg.de

Sprechzeiten: Mo und Fr: 9.00 – 12.00 Uhr
Di und Do: 13.00 – 16.00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Bezirksübergreifend für Migranten



**Bezirksübergreifend für
Menschen mit Behinderung**



MiA e.V. – Betreuungsverein

Adenauerallee 2 und 8, 20097 Hamburg
Telefon: (040) 280 087 76 – 0, Fax: (040) 280 087 76 – 76
E-Mail: info@mia-ev.hamburg

Sprechzeiten: Mo und Do: 10.00 – 12.00 Uhr
Di: 16.00 – 18.00 Uhr

**Leben mit Behinderung Hamburg Elternverein e.V.
Betreuungsverein für behinderte Menschen**

Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg
Telefon: (040) 27 07 90 – 950, Fax: (040) 334 240 399
E-Mail: betreuungsverein@lmbhh.de

Telefonische Sprechzeiten: Mo - Fr: 9.00 – 13.00 Uhr