

Soziales & Jugend

Teilhabeplan IV - Senioren Entwurf



Landratsamt Lörrach - V / Soziales & Jugend
Postfach 18 60, D-79537 Lörrach, Tel. +49 (0) 7621 4 10 - 0
www.loerrach-landkreis.de

Impressum

Landratsamt Lörrach (Hrsg.)
Palmstrasse 3, D-79539 Lörrach, Tel.+49 (0) 7621 4 10 – 0
www.loerrach-landkreis.de
eMail: info@loerrach-landkreis.de

Auflage: Entwurf

Titelfoto: Fotolia_65209900

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Zahl der über 75-jährigen Kreisbewohnerinnen und –bewohner wird bis 2030 um rund 40 Prozent ansteigen. Gleichzeitig wird die Zahl der jungen und potentiell erwerbstätigen Kreisbewohnerinnen und –bewohner im gleichen Zeitraum um rund zehn Prozent sinken. Der demografische Wandel gleicht einer Schere durch die zeitgleiche starke Zunahme der Zahl der potentiell Hilfebedürftigen und der Abnahme der Zahl der potentiell Hilfeleistenden.

Sein Leben auch im Alter selbständig führen zu können, wünscht sich jeder. Dass dies im Landkreis Lörrach auch künftig trotz des demografischen Wandels möglich ist, dafür setzen sich der Landkreis, die Städte und Gemeinden und die vielen freien Träger ein. Jedoch

braucht es auch entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene.

Ich danke den Vertreterinnen und Vertretern aus der Kreispolitik, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Städte und Gemeinden, der Beratungsstellen und nicht zuletzt dem Kreisseniorenrat für die Mitarbeit in der Steuerungsgruppe, die den „Teilhabeplan IV – Senioren“ in über zweieinhalb Jahren in insgesamt 13 Sitzungen erarbeitet hat. Er zeichnet ein sehr plastisches Bild der Situation, in der sich ältere Menschen und ihre Angehörigen heute befinden, und er beschreibt in einer Vielzahl von Zielvorstellungen und schließlich in 43 Zielen, was getan werden kann und getan werden muss, um das zentrale Ziel des Teilhabeplans zu erreichen: die selbständige Lebensführung im Alter zu ermöglichen.

Den an der Umsetzung des Teilhabeplans Beteiligten wünsche ich ein erfolgreiches Wirken im Interesse der älteren Menschen in unserem Landkreis.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'M. Dammann'.

Marion Dammann
Landrätin

Impressum	2
Vorwort	3
1 Planungsprozess	9
1.1 Rechtliche Grundlagen	9
1.2 Planungshorizont.....	10
1.3 Grundsätze - Was meint Teilhabe?.....	10
1.4 Struktureller Wandel	10
1.5 Planungsschritte	11
2 Demografische Entwicklung	13
2.1 Bevölkerung am 31.12.2016.....	14
2.2 Bevölkerungsentwicklung bis 2030	15
2.3 Lebenserwartung	19
2.4 Wanderungsbewegungen.....	19
2.5 Geschlechterrelation.....	21
2.6 Informell Pflegende.....	22
2.7 Durchschnittsalter	23
2.8 Zusammenfassung	23
3 Lebenssituation älterer Menschen	25
3.1 Altersbilder	25
3.2 Erwerbsbeteiligung	26
3.3 Haushaltssituation	26
3.4 Finanzielle Situation.....	29
3.5 Familiensituation.....	31
3.6 Wohnsituation.....	32
3.7 Gesundheitliche Situation	32
3.8 Lebenszufriedenheit	34
3.9 Alltagsgestaltung	35
3.10 Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie	35
3.11 Verhältnis der Generationen zueinander und Wertvorstellungen	36
3.12 Pflegebedürftigkeit.....	36
3.13 Migrationshintergrund.....	41
3.14 Zusammenfassung:	42

4	Unterstützung für ein gelingendes Altern	45
4.1	Orientierung in der nachberuflichen Lebensphase	45
4.2	Soziale Kontakte.....	46
4.3	Bewegung / Sport / Gedächtnistraining.....	48
5	Wohnen im Alter	50
5.1	Wohnungsanpassung	50
5.2	Altengerechte (barrierefreie) Wohnung.....	50
5.3	Wohnen mit Service / Betreuung	51
5.4	Wohnen im Quartier.....	51
5.5	Wohnen in Gemeinschaft	52
5.6	Wohnen gegen Hilfe	52
5.7	Wohnen mit Pflege	53
5.8	Technikunterstütztes Wohnen	53
5.9	Zielvorstellungen	54
6	Mobilität im Alter	59
6.1	Bedeutung von Mobilität im Alter	59
6.2	Mobilität im Alter beeinflussende Faktoren	59
6.3	Mobilität im Alter beeinflussende Bereiche	59
6.3.1	ÖPNV	59
6.3.2	Individualverkehr	59
6.3.3	Verkehrssicherheit	59
6.3.4	Mobilität im Haushalt.....	59
6.4	Zielvorstellungen	60
7	Hauswirtschaftliche Versorgung.....	62
7.1	Situation / Bestand	62
7.2	Zielvorstellungen	63
8	Soziale Kontakte und Sicherheit	64
8.1	Situation	64
8.2	Zielvorstellungen	64
9	Medizinische Versorgung	65
9.1	Niedergelassenen Ärzte	65
9.2	Krankenhäuser	67
9.3	Physikalische Therapeuten.....	68

9.4	Apotheken	69
9.5	Rehabilitation.....	70
9.6	Palliativversorgung	70
9.7	Zielvorstellungen	72
10	Pflege – ambulant, teilstationär, stationär.....	74
10.1	Pflegebedürftige Menschen im Landkreis Lörrach	75
10.1.1	Pflegebedürftige ab 65 Jahren	77
10.2	Pflege durch Ambulante Dienste	79
10.2.1	Ambulante Pflege im Landkreis Lörrach.....	80
10.2.2	Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste.....	81
10.3	Tagespflege.....	81
10.3.1	Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Lörrach	83
10.3.2	Struktur der Klienten in den Tagespflegen.....	84
10.4	Kurzzeitpflege.....	86
10.4.1	Bestand an ganzzährigen Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Lörrach	87
10.4.2	Struktur der Klienten in der Kurzzeitpflege	88
10.4.3	Herkunft der Gäste	88
10.4.4	Pflegestufen	89
10.4.5	Durchschnittliche Verweildauer	89
10.4.6	Wohnform der Gäste vor der Kurzzeitpflege.....	90
10.5	Pflegewohngemeinschaften.....	91
10.5.1	Vorteile von Pflegewohngemeinschaften.....	91
10.5.2	Herausforderungen	92
10.5.3	Zukünftiger Stellenwert von Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg	92
10.5.4	Bestand und Planungen im Landkreis Lörrach	93
10.6	Stationäre Dauerpflege.....	94
10.6.1	Bestand im Landkreis Lörrach.....	96
10.6.2	Strukturdaten der Pflegeheime.....	97
10.7	Orientierungswerte für voll- und teilstationäre Pflegeangebote 2030	103
10.7.1	Methodik	104
10.7.2	Ergebnisse	107
10.8	Arbeitskräfte in der Pflege	111
10.8.1	Zukünftige Entwicklungen	113

10.8.2	Ausbildung / Qualifizierung.....	114
10.8.3	Zuwanderung	115
10.8.4	Personalsituation im Landkreis Lörrach.....	116
10.9	Zielvorstellungen und Ziele	117
10.9.1	Ambulante Pflege.....	117
10.9.2	Stationäre Pflege.....	118
10.9.3	Kurzzeitpflege	121
10.9.4	Tagespflege	122
10.9.5	Alternative Pflege-Wohnformen.....	124
10.9.6	Personal.....	124
11	Beratung	125
11.1	Allgemeine Beratung	125
11.1.1	Allgemeine Sozialberatung.....	125
11.1.2	Pflegestützpunkt / ipunkt	125
11.1.3	Seniorenberatung.....	126
11.1.4	Ratgeber "Älter werden"	126
11.1.5	Sozialatlas.....	126
11.1.6	Sozialberatung am Krankenhaus	126
11.1.7	Telefonseelsorge.....	126
11.1.8	Aufsuchende Beratung.....	127
11.2	Fachberatung	127
11.2.1	Beratung in sozialrechtlichen Fragen:	127
11.2.2	Pflegeberatung.....	127
11.2.3	Psychologische Beratung.....	127
11.2.4	Suchtberatung.....	128
11.2.5	Schuldnerberatung	128
11.2.6	Demenzberatung.....	128
11.2.7	Mieterberatung / Eigentümerberatung	128
11.2.8	Rechtsberatung.....	128
11.2.9	Wohnberatung.....	129
11.3	Zielvorstellungen	129
12	Unterstützung für besondere Zielgruppen	131
12.1	Zielvorstellungen	133

13	Rahmenbedingungen.....	135
13.1	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	135
13.2	Bürgerschaftliches Engagement	135
13.3	Interessenvertretung.....	137
13.4	Umsetzungsbegleitung	137
14	Push- und Pullfaktoren	138
15	Ziele des Teilhabepans IV – Senioren nach Dringlichkeit	147
15.1	Kurzfristig zu erreichende Ziele	147
15.2	Strategische Ziele	150
16	Stellungnahmen der Städte und Gemeinden.....	154
17	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	159
17.1	Abbildungen	159
17.2	Tabellen.....	161

1 Planungsprozess

1.1 Rechtliche Grundlagen

Der Teilhabeplan IV – Senioren ist Teil der Sozialplanung des Landkreises, die dieser zusammen mit den Gemeinden nach Art. 28 Abs. 2 GG, nach § 2 Abs. 1 LkrO und nach § 33 LPfAG, für den engeren Bereich der Sozialhilfe nach § 17 SGB I sowie für den Bereich der Kreispflegeplanung nach § 4 LPfG wahrnimmt. Ihre Ziele sind unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung der älteren Menschen:

- die Befriedigung der wirtschaftlichen und gesundheitlichen Grundbedürfnisse,
- die Sicherstellung der Voraussetzungen für eine weitgehend selbständige und unabhängige Lebensführung,
- die Stützung oder Wiederherstellung der individuellen Lebensmöglichkeiten unter Wahrung der Lebenskontinuität,
- die Erhaltung der persönlichen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit,
- der Ausgleich altersbedingter physischer, psychischer und sozialer Defizite durch bedürfnisgerechte Hilfen.

Die Teilhabeplanung für ältere Menschen wird beeinflusst durch:

- die demografische Entwicklung,
- den sog. „Paradigmenwechsel“ in der Altenhilfe, d.h. dem Wandel der Grundorientierung weg von der Ausgrenzung und Ausrichtung an Defiziten hin zu mehr Selbstbestimmung und Partizipation,
- eine vielfach geänderte Erwartungshaltung bei der älteren Bevölkerung: anstatt kommunale Fürsorge, Wahlmöglichkeit zwischen den Angeboten mehrerer Leistungserbringer,
- rechtliche Rahmenbedingungen, die die zusätzliche Subventionierung gesetzlich geregelter Leistungstatbestände unterbinden (vgl. z.B. § 82 Abs. 5 SGB XI).

Das Landespflegegesetz bestimmt, dass die Stadt- und Landkreise entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne erstellen. „Der Kreispflegeplan enthält die Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung. Die Stadt- und Landkreise beteiligen die kreisangehörigen Gemeinden an der Kreispflegeplanung. Der Kreispflegeplan ist unter Mitwirkung der an der örtlichen pflegerischen Versorgung Beteiligten (...) zu erstellen.“¹

Ziel 1.1.1:

Der Landkreis führt mit den Städten und Gemeinden bzw. Raumschaften Gespräche über die zentralen Aussagen des Teilhabeplans. Ihnen wird empfohlen, auf der Grundlage der Rahmenplanung des Landkreises im Hinblick auf die kommunale Daseinsvorsorge eigene Demografie- und Seniorenkonzepte zu formulieren oder vorhandene Konzepte weiterzuentwickeln. Dies sollte unter breiter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Pflegebedarf und ihrer Angehörigen, der Anbieter ambulanter und (teil-) stationärer Pflegeangebote und weiterer Beteiligter erfolgen (z.B. durch Bürgerbefragungen, Zukunftswerkstätten, Runde Tische etc.). Bürger und Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten sollten feste Ansprechpartner innerhalb der Gemeindeverwaltung haben.

¹ § 4 des Gesetzes zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz - LPfG) vom 11. September 1995

1.2 Planungshorizont

Die Treffsicherheit von Entwicklungsvoraussagen sinkt mit zunehmendem Zeithorizont. Andererseits bedürfen Planungen aufgrund ihrer Komplexität häufig einer erheblichen Vorlaufzeit. Für den Teilhabeplan werden der Planungshorizont 2030 bzw. 2035 und die entsprechende Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamts auf der Basis 31.12.2014² angenommen.

Für einzelne Planungsbereiche werden abhängig von entsprechenden Rahmenplanungen (z.B. bei der Bedarfsplanung für Langzeitpflege-, Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätze) abweichende Planungshorizonte angenommen.

1.3 Grundsätze - Was meint Teilhabe?

Der Begriff „Teilhabe“ entstammt der UN-Behindertenrechtskonvention (Art 1 BRK, die seit dem 26.03.2009 in Deutschland geltendes Recht ist) und aus den Sozialleistungsgesetzen.

Teilhabe bedeutet

- volle und wirksame Partizipation und Inklusion in die Gesellschaft" (Art. 3 BRK),
- Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19 BRK),
- Sicherstellung der persönlichen Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit (Art. 20 BRK).
- Teilhabe wird aber nur dann zu einer ernsthaften Antwort auf die Fragen nach sozialer Gerechtigkeit, wenn sie zum Handlungsmaßstab wird. Grundsätze des Teilhabeplans IV – Senioren sind daher:
- Sicherstellung der Selbstbestimmung, indem der Zugang zu Hilfen ermöglicht wird, die dem individuellen Lebensentwurf Rechnung tragen,
- Verbleib in der eigenen Häuslichkeit – soweit möglich,
- soziale Teilhabe.

Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren sind unter anderem die Sicherstellung

- einer ausreichenden Anzahl an Pflegeeinrichtungen und –plätzen,
- eines umfassenden Netzwerks an Angeboten ambulanter Unterstützung, Hilfe und Pflege mit vielfältigen Kooperationen zwischen den Akteuren (sowohl horizontal als auch vertikal).

1.4 Struktureller Wandel

Grundmodell des Sozialstaats ist, dass der Staat für die sorgt, die nicht selbst für sich sorgen können (aufgrund einer Beeinträchtigung oder aufgrund ihrer persönlichen Lebenssituation). Das Grundmodell des Sozialstaats wird durch den demografischen Wandel und eine alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringende Marktorientierung zunehmend in Frage gestellt.

Die Folgen des demografischen Wandels zeigen sich auch im Landkreis Lörrach. Sie werden in den kommenden Jahren immer stärker zu spüren sein. Durch die stark zunehmende Zahl der hochaltrigen Kreisbewohnerinnen und -bewohner und die zugleich sinkende Zahl jünge-

² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.), Statistische Daten 04/2016, Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung in Baden-Württemberg

rer Menschen entsteht zunehmend eine Schere zwischen Angebot und Bedarf, personell und materiell.

Würde man das bisherige Paradigma der Versorgung fortschreiben, wären die personalwirtschaftlichen und ökonomischen Folgen nicht beherrschbar.

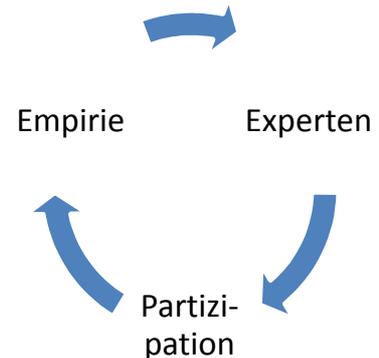
Ziel der kommunalen Altenhilfepolitik ist der Aufbau und die Sicherung einer guten Infrastruktur auf örtlicher Ebene, die es möglich macht, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, möglichst auch dann noch, wenn die eigenen Möglichkeiten eingeschränkt sind.

1.5 Planungsschritte

Der Planungsprozess berücksichtigt die (zum Teil unterschiedlichen) Sichtweisen der von der Planung Betroffenen. Zentrale Elemente sind Empirie, die Meinungen von Experten sowie die Einbeziehung der Wünsche und Erwartungen der Betroffenen.

Recherchen der Verwaltung wurden ergänzt durch Expertengespräche und Beratungen in Fachgruppen. Die hierbei entwickelten Situations- und Bedarfsanalysen wurden zusammen mit Zielvorstellungen in der Steuerungsgruppe „Teilhabeplan 4 – Senioren“ beraten und dem Kreistag als Entscheidungsträger empfohlen.

Die Steuerungsgruppe „Teilhabeplan 4 – Senioren“ setzte sich zusammen aus VertreterInnen



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ der Kreistagsfraktionen <ul style="list-style-type: none"> KRin Weber, Gabriele (SPD) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Valley, Jürgen (SPD) KR Foege, Johannes (SPD) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Cremans, Artur (SPD) KRin Kaltenbach-Holzmann, Beatrice (FW) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Lützelshwab, Ewald (FW) KRin Brogle, Erika (FW) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Halter, Gunter (FW) KR Dr. Zabel, Günter (CDU) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Hüttlin, Hanspeter (CDU) KR Deschler, Wolfgang (CDU) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Dr. Renkert, Christian (CDU) KR Straub, Michael (Die Grünen) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Meineke, Eberhard (Die Grünen) KRin Pross, Ingrid (Die Grünen) <ul style="list-style-type: none"> ○ KRin Grether, Annette (Die Grünen) KR Roth-Greiner, Wolfgang (FDP) <ul style="list-style-type: none"> ○ KR Brändlin, Kevin (FDP) ■ der niedergelassenen Ärzte im Landkreis <ul style="list-style-type: none"> Dr. Hugenschmidt, Friedrich <ul style="list-style-type: none"> ○ Dr. Lenz, Ingolf ■ der teil- und vollstationären Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> Uhl, Wolfram <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorenz, Irene ■ der ambulanten Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> Fuchs, Beate <ul style="list-style-type: none"> ○ Schenk, Georg ■ der Kreisliga der Freien Wohlfahrtspflege <ul style="list-style-type: none"> Schemel, Gudrun | <ul style="list-style-type: none"> ■ der Pflegekassen <ul style="list-style-type: none"> Ebner, Gabriele <ul style="list-style-type: none"> ○ Göring, Horst Baumgarten, Sindy <ul style="list-style-type: none"> ○ Zundel, Sabine ■ der Pflegeberufe <ul style="list-style-type: none"> Voigt, Harry ■ der Krankenhäuser und des geriatrischen Schwerpunkts <ul style="list-style-type: none"> Dr. Kappos, Sabina <ul style="list-style-type: none"> ○ Röthe, Romy ■ der Betroffenen <ul style="list-style-type: none"> Strittmatter, Martin <ul style="list-style-type: none"> ○ Hammler, Ute ■ der Kreisgemeinden <ul style="list-style-type: none"> EBM Dr. Wilke, Michael <ul style="list-style-type: none"> ○ BM Muchenberger, Marco BM Dr. Renkert, Christian <ul style="list-style-type: none"> ○ BMin Meier, Daniela ■ der Heimaufsicht <ul style="list-style-type: none"> Gempler, Daniela <ul style="list-style-type: none"> ○ Funk, Eveline ■ des Sozialdezernats <ul style="list-style-type: none"> Zimmermann-Fiscella, Elke <ul style="list-style-type: none"> ○ Müller, Robert ○ Gunnemann, Gerlinde ■ des Pflegestützpunkts Landkreis Lörrach / i-punkts der Fritz-Berger-Stiftung <ul style="list-style-type: none"> Zimmermann, Tanja <ul style="list-style-type: none"> ○ Mörgelin-Oehler, Katrin |
|--|---|

Zu einzelnen Planungsbereichen als Experten hinzugezogen wurden:

- Klein, Alexandra (Kommunalverband für Jugend und Soziales - KVJS)
- Ghiorghita, Bettina (Kommunalverband für Jugend und Soziales - KVJS)
- Hammler, Ute (Stadt Lörrach – Seniorenbeauftragte)
- Brunen, Willi (Städtische Wohnbau Lörrach)
- Giese, Holger (Wohnbau Rheinfeldern)
- Frau Hopfner (Wohnbau Weil am Rhein)
- Hipp, Ellen (Landratsamt Lörrach – FB Gesundheit – Gesundheitskonferenz)
- Kramer, Urs (Landratsamt Lörrach – FB Verkehr)

2 Demografische Entwicklung

Die statistischen Daten können zum Teil nur bis auf Kreisebene, zum Teil aber auch tiefer bis auf die Ebene der Städte und Gemeinden heruntergebrochen werden. Eine Beschreibung sozialer Lagen für jede der 35 Städte und Gemeinden würde aber eine zu starke Differenzierung bedeuten mit der Gefahr, den Überblick zu verlieren. Bei der Beschreibung der demografischen Entwicklung wird deshalb nachfolgend zumeist von der Untergliederung des Kreises in drei Raumschaften entsprechend dem Landesentwicklungsplan 2002 Baden-Württemberg ausgegangen³.

Die Bevölkerungsstruktur im Landkreis Lörrach unterscheidet sich danach in einem Verdichtungsraum entlang des Rheinknies, in eine Randzone um diesen Verdichtungsraum sowie einen ländlichen Raum im engeren Sinne. Daraus ergibt sich die folgende Zuordnung der Städte und Gemeinden:

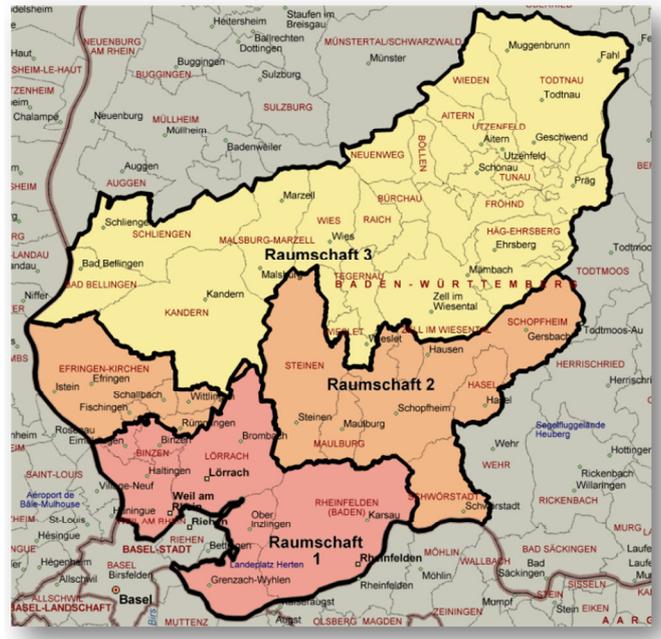


Abbildung 1: Raumschaften (LEP)

Raumschaft 1 (Verdichtungsraum*):

7 Städte und Gemeinden

- Binzen
- Eimeldingen
- Grenzach-Wyhlen
- Inzlingen
- Lörrach
- Rheinfelden
- Weil am Rhein

Raumschaft 2 (Randzone um den Verdichtungsraum*):

11 Städte und Gemeinden

- Efringen-Kirchen
- Fischingen
- Hasel
- Hausen
- Maulburg
- Rümplingen
- Schallbach
- Schopfheim
- Schwörstadt
- Steinen
- Wittlingen

Raumschaft 3 (Ländlicher Raum im engeren Sinne*):

17 Städte und Gemeinden

- Aitern
- Bad Bellingen
- Böllen
- Frönd
- Hög-Ehrsberg
- Kandern
- Kleines Wiesental (Bürchau, Elbenschwand, Neuenweg, Raich, Sallneck, Tegernau, Wies, Wieslet,)
- Malsburg-Marzell
- Schliengen
- Schönau im Schwarzwald
- Schönenberg
- Todtnau
- Tunau
- Utzenfeld
- Wembach
- Wieden
- Zell im Wiesental

³ Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg: Raumkategorien des Landes gemäß Landesentwicklungsplan (LEP) 2002, www.laendlicher-raum.de – Unterschieden werden Verdichtungsräume, Randzonen um die Verdichtungsräume und der Ländliche Raum im engeren Sinne. Die vierte LEP-Kategorie „Verdichtungsgebiete im Ländlichen Raum“ kommt im Landkreis Lörrach – wie in der gesamten Region „Hochrhein – Bodensee“ nicht vor.

2.1 Bevölkerung am 31.12.2016

59,3% aller 230.444 Kreisbewohnerinnen und Kreisbewohner lebten am 31.12.2016 in Raumschaft 1, 23,2% in Raumschaft 2 und 17,5% in Raumschaft 3.

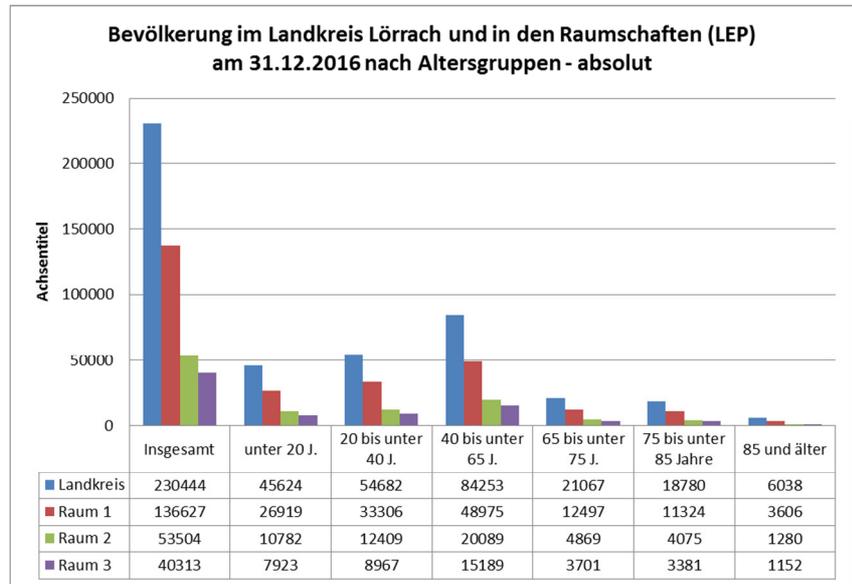


Abbildung 2: Bevölkerung im Landkreis Lörrach nach Altersgruppen am 31.12.2016 - absolut

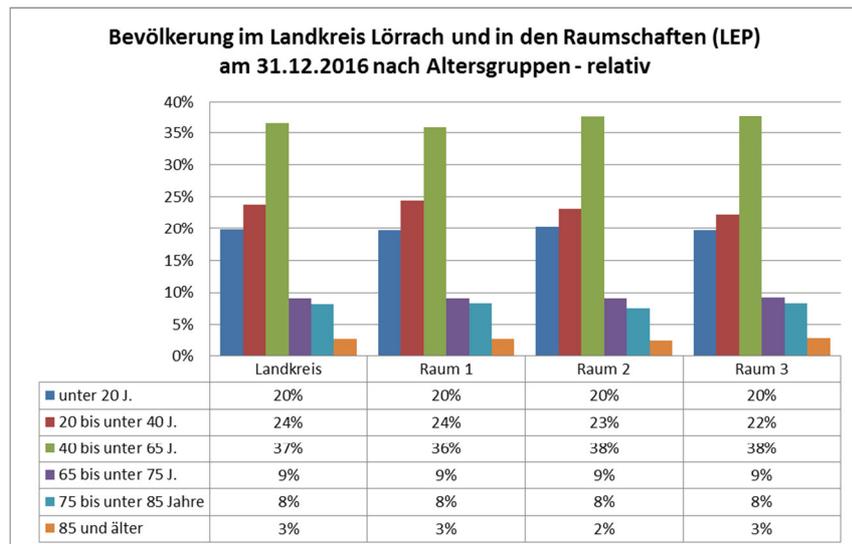


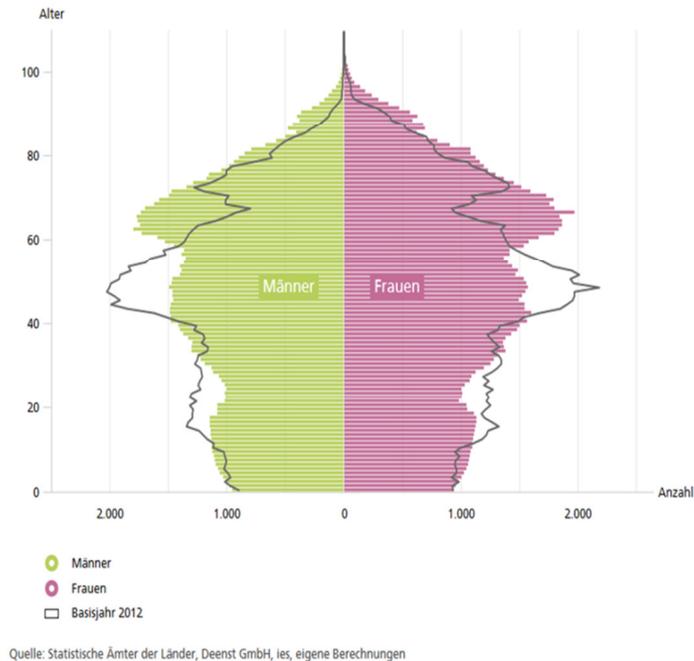
Abbildung 3: Bevölkerung im Landkreis Lörrach nach Altersgruppen am 31.12.2016 - relativ

⁴ Kommunales Rechenzentrum Baden – Franken: Bevölkerung im Landkreis Lörrach und seinen Gemeinden am 31.12.2016 sowie eigene Berechnungen

⁵ Kommunales Rechenzentrum Baden – Franken: Bevölkerung im Landkreis Lörrach und seinen Gemeinden am 31.12.2016 sowie eigene Berechnungen

2.2 Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Die grafische Darstellung der Bevölkerungsentwicklung von 2009 bis 2030 nach Altersjahren zeigt die nachfolgend differenziert dargestellte demografische Entwicklung recht deutlich, die von Statistikern mit „Entjüngung“ oder „doppelter Alterung“ umschrieben wird. Gemeint ist, dass künftig immer weniger junge Menschen einer wachsenden Zahl älterer Menschen gegenüber stehen werden.



6

Abbildung 4: Bevölkerungspyramide für den Landkreis Lörrach 2012 und 2030

Die Bevölkerungsvorausrechnung 2016 des Statistischen Landesamts auf der Basis 31.12.2014 mit Wanderungen ergibt bis zum Jahr 2035 folgende Entwicklung:

Kreisbevölkerung insgesamt

Die Kreisbevölkerung wird bis zum Jahr 2035 um 4,4% wachsen (Land B.-W.: 3,8%), in Raum 2 sogar um 4,8%, in Raum 3 jedoch nur um 3,9%.

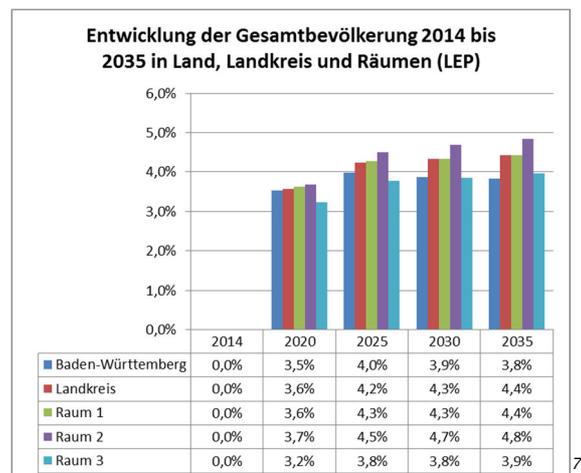


Abbildung 5: Entwicklung der Kreisbevölkerung 2014 bis 2035

⁶ Bertelsmannstiftung – Wegweiser Kommune (www.wegweiser-kommune.de)

⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

2 Demografische Entwicklung

Gruppe der „unter 20 –jährigen“

Bei der Bevölkerungsgruppe „U20“ ist im Voraussrechnungszeitraum kreisweit mit -1,7% von einem Rückgang auszugehen (Land: +1,7%).

Innerhalb des Landkreises sind vor allem Raumschaft 2 (-3,8%) und Raumschaft 3 (-1,8%) von dem Bevölkerungsrückgang betroffen.

Es wird weniger Schulabgänger und Berufsanfänger geben. Für weniger attraktive Berufe (hierzu zählte bisher auch der pflegerische Bereich) wird es schwieriger werden, Nachwuchs zu finden.

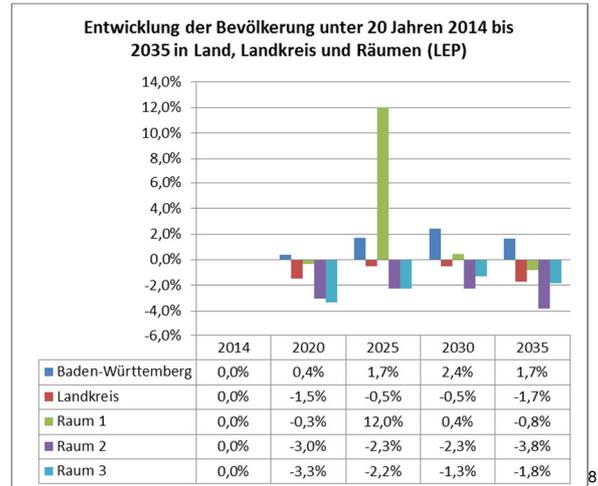


Abbildung 6: Entwicklung der Kreisbevölkerung U20 2014 bis 2035

Gruppe der „20- 40-jährigen“

Bis zum Jahr 2025 wird die Altersgruppe im Landkreis Lörrach mit 5,1% deutlicher als im Land B.-W. (+3,0%) zunehmen. Danach wird die Entwicklung rückläufig, zunächst vor allem in Raumschaft 2, im Jahr 2035 dann in auch in allen übrigen Raumschaften.

Diese Altersgruppe steht überwiegend im Beruf bzw. der Kindererziehung. Informelle Unterstützungs- bzw. Pflegeleistungen gegenüber den Eltern werden noch kaum erbracht.

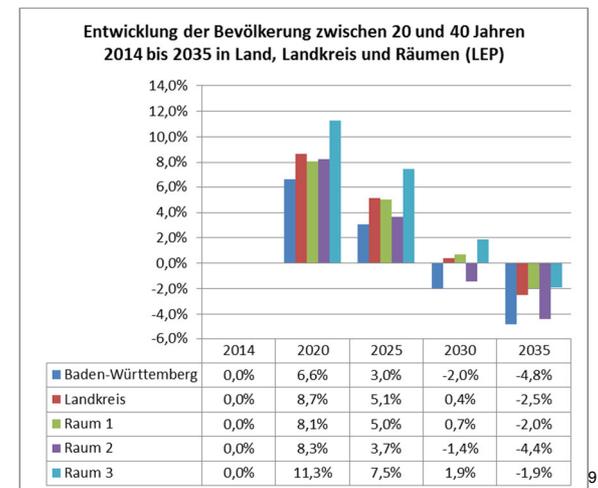


Abbildung 7: Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü20 bis U40 2014 bis 2035

Gruppe der „40-65-jährigen“

Die Gruppe der „Ü40 bis U65“ wird kreisweit um 9,9% abnehmen (Land: -8,2%). Innerhalb des Landkreises wird die Entwicklung in Raumschaft 1 (-7,2%) am schwächsten, in den Raumschaften 3 (-13,8%) und 2 (-13,5%) am stärksten ausgeprägt sein.

Bei dieser Bevölkerungsgruppe handelt es sich traditionell um die Gruppe, von der häufig informelle Pflegeleistungen erbracht werden. Somit wird es künftig weniger wahrscheinlich sein, dass ein älterer Mensch auf informelle Unterstützungsleistungen zählen kann.

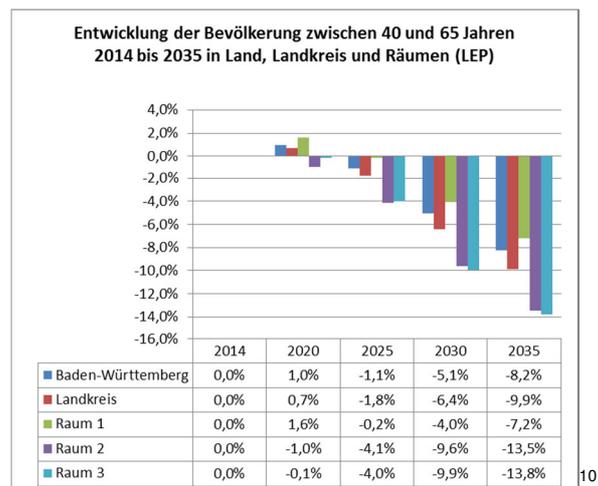


Abbildung 8: Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü40 bis U65 2014 bis 2035

⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹⁰ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

Gruppe der „65-75-jährigen“

Die Gruppe der „Ü65 bis U75“ wird kreisweit um 55,8% anwachsen (Land: 44,4%). Innerhalb des Landkreises wird die Entwicklung in den Raumschaften 3 (68,0%) und 2 (65,6%) am stärksten, in Raumschaft 1 (48,5%) schwächer ausgeprägt sein.

Bei dieser Bevölkerungsgruppe handelt es sich um Personen, die überwiegend ihr Berufsleben beendet haben und die nachberufliche Lebensphase bei zu- meist guter Gesundheit genießen können. Diese Altersgruppe könnte auch für das bürgerschaftliche Engagement motiviert werden.

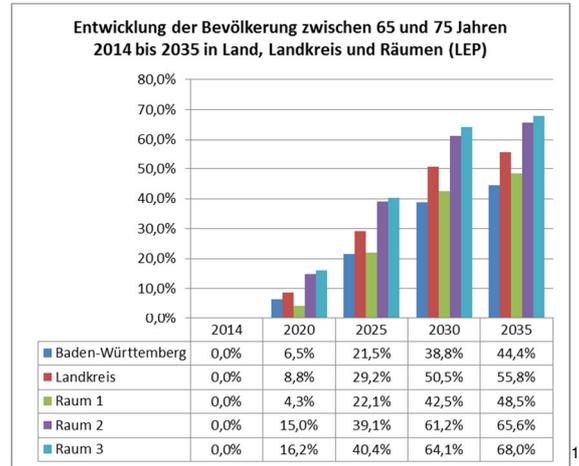


Abbildung 9: Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü65 bis U75 2014 bis 2035

Gruppe der „75-85-jährigen“

Die Gruppe der „Ü75 bis U85“ wird kreisweit um 28,2% anwachsen (Land: 24,9%). Innerhalb des Landkreises wird die Entwicklung in Raumschaft 2 (47,3%) am stärksten, in den Raumschaften 3 (34,1%) und 1 (19,6%) schwächer ausgeprägt sein.

Bei dieser Altersgruppe handelt es sich häufig um Personen mit beginnendem Unterstützungsbedarf (weniger Pflege).

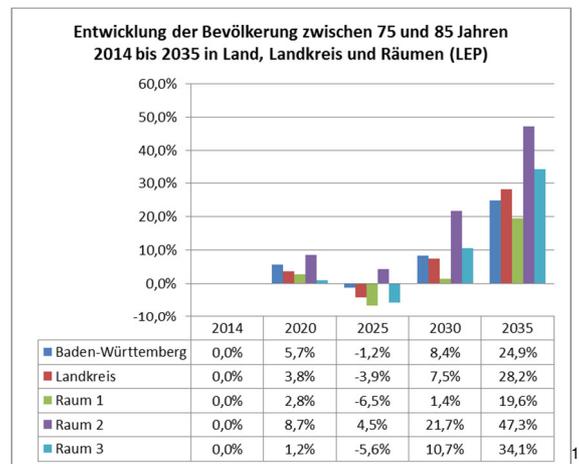


Abbildung 10: Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü75 bis U85 2014 bis 2035

Gruppe der „Über-85-jährigen“

Die Gruppe der „Ü85“ wird kreisweit um 67,9% anwachsen (Land: 57,7%).

Innerhalb des Landkreises wird die Entwicklung in Raumschaft 2 (+100,1%) am stärksten, in den Raumschaften 3 (+60,7%) und 1 (+59,1%) schwächer ausgeprägt sein.

Bei dieser Altersgruppe handelt es sich häufig um Personen mit Unterstützungsbedarf und öfter auch Pflegebedarf.

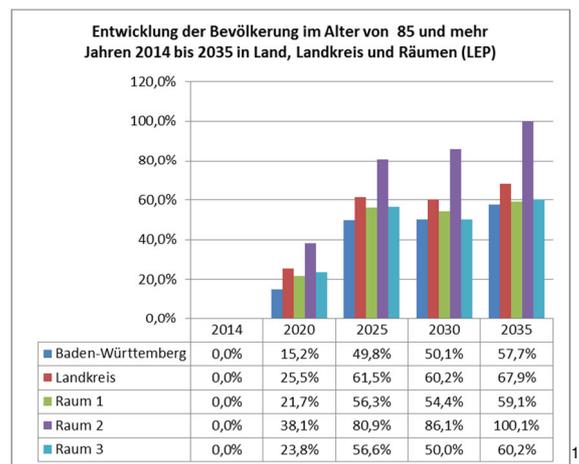


Abbildung 11: Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü85 2014 bis 2035

¹¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

2 Demografische Entwicklung

Bevölkerung nach Altersgruppen in Baden-Württemberg, im Landkreis Lörrach und in den Raumschaften (LEP) 2014 bis 2035 mit Wanderungen

Bevölkerung am 31.12.2014¹⁴

	Insgesamt	unter 20 J.	20 bis unter 40 J.	40 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 bis unter 85 J.	85 und älter
Baden-Württemberg	10716644	2064322	2671506	3856536	1041624	809240	273416
Landkreis	223692	4444696	51174	83269	21370	17346	5510
Raum 1	132652	26463	31317	48304	12787	10479	3302
Raum 2	51613	10446	11410	19963	4875	3735	1153
Raum 3	39427	7787	8447	15002	3708	3132	1055

Bevölkerungsvorausrechnung 2020¹⁵

	Insgesamt	unter 20 J.	20 bis unter 40 J.	40 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 bis unter 85 J.	85 und älter
Baden-Württemberg	11094220	2072599	2848698	3893318	1108960	855599	315046
Landkreis	231663	44036	55614	83845	23249	18003	6916
Raum 1	137454	26376	33858	49092	13335	10775	4018
Raum 2	53513	10131	12355	19771	5605	4059	1592
Raum 3	40696	7529	9401	14982	4309	3169	1306

Bevölkerungsvorausrechnung 2025¹⁶

	Insgesamt	unter 20 J.	20 bis unter 40 J.	40 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 bis unter 85 J.	85 und älter
Baden-Württemberg	11141529	2099756	2752	3814865	1265494	799277	409462
Landkreis	233188	44465	53797	81763	27602	16663	8898
Raum 1	138332	29641	32890	48223	15615	9803	5160
Raum 2	53945	10210	11828	19137	6782	3902	2086
Raum 3	40911	7614	9079	14403	5205	2958	1652

Bevölkerungsvorausrechnung 2030¹⁷

	Insgesamt	unter 20 J.	20 bis unter 40 J.	40 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 bis unter 85 J.	85 und älter
Baden-Württemberg	11129366	2114859	2619403	3660906	1446283	877488	410427
Landkreis	233389	444476	51380	77901	32164	18642	8826
Raum 1	138409	26578	31529	46354	18222	10629	5097
Raum 2	54041	10210	11246	18037	7857	4545	2146
Raum 3	40939	7688	8605	13510	6085	3468	1583

Bevölkerungsvorausrechnung 2035¹⁸

	Insgesamt	unter 20 J.	20 bis unter 40 J.	40 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 bis unter 85 J.	85 und älter
Baden-Württemberg	11127032	2098619	2542956	3539717	1504078	1010552	431110
Landkreis	233635	43933	49895	75030	33287	22238	9252
Raum 1	138540	26242	30697	44826	18986	12534	5255
Raum 2	54111	10048	10913	17268	8072	5503	2307
Raum 3	40984	7643	8285	12936	6229	4201	1690

Tabelle 1: Bevölkerung in Land und Landkreis 2014 bis 2035 nach Altersgruppen (mit Wanderungen)

¹⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung mit Wanderungen auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung mit Wanderungen auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung mit Wanderungen auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung mit Wanderungen auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

¹⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung mit Wanderungen auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

2.3 Lebenserwartung

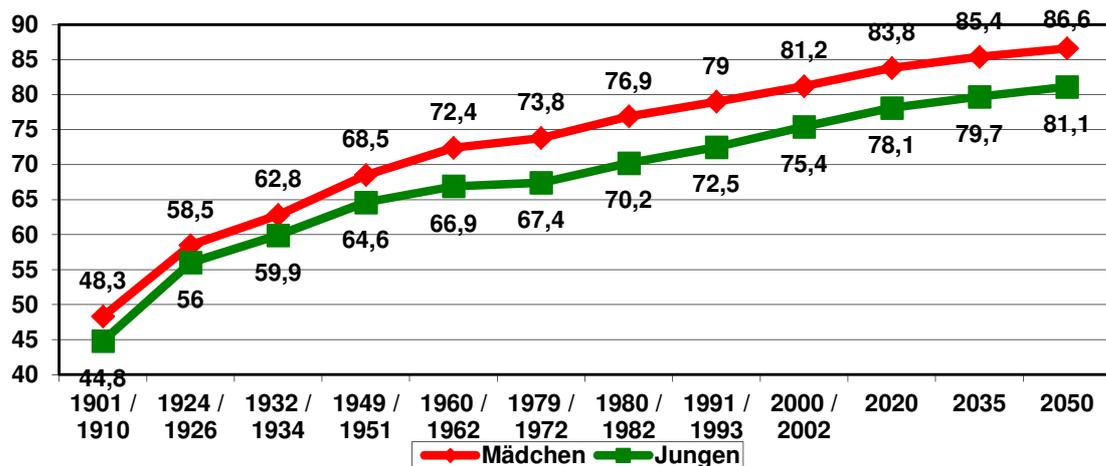
Die durchschnittliche Lebenserwartung von Neugeborenen steigt. Sie liegt in Baden-Württemberg um rund 1 Jahr höher als im Bundesdurchschnitt und um fast 8 Jahre höher als Anfang der 70er Jahre, nämlich für Jungen bei 79,5 Jahren und für Mädchen bei 83,9 Jahren¹⁹.

Die Lebenserwartung eines Neugeborenen lag im Jahr 2015 im Landkreis Lörrach bei einem Jungen bei 79,3 Jahren, bei einem Mädchen bei 83,6 Jahren. Der Landkreis Lörrach liegt mit diesen Zahlen in Baden-Württemberg in etwa im Landesdurchschnitt²⁰. Die Lebenserwartung eines Neugeborenen ist seit 1970 um ca. 10 Jahre gestiegen und wird wohl auch künftig weiter steigen. Grund ist eine weiter sinkende Sterblichkeit.

Vor allem aufgrund der besseren gesundheitlichen Versorgung können rund 45% der Männer und fast 2/3 aller Frauen in B.-W. damit rechnen, 80 Jahre und älter zu werden. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren beträgt für einen Mann 21 Jahre und für eine Frau 24 Jahre.²¹

Die Lebenserwartung wird voraussichtlich weiter steigen. Die jährliche Zunahme der Lebenserwartung beträgt in Deutschland bei Frauen 0,2327 Jahre, bei Männern 0,2137 Jahre. Etwa alle 5 Jahre steigt demnach in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung um 1 Jahr.²²

Lebenserwartung in Baden-Württemberg bei der Geburt von 1901 bis 2050



23

Abbildung 12: Lebenserwartung in Baden-Württemberg bei der Geburt 1901 bis 2050

2.4 Wanderungsbewegungen

Der Einfluss von Wanderungen über Gemeinde- oder Kreisgrenzen kann die natürliche Bevölkerungsentwicklung überlagern und Tendenzen abschwächen oder verstärken.

¹⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pressemitteilung 326/2016, Stuttgart, 9. November 2016

²⁰ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pressemitteilung 326/2016, Stuttgart, 9. November 2016

²¹ Statistisches Landesamt B.-W., 2012

²² Dr. Christoph Rott, Institut für Gerontologie an der Uni Heidelberg, Jahrestagung der Seniorenräte am 22.03.2012 in Ostfildern-Ruit

²³ Statistisches Landesamt B.-W., 2012

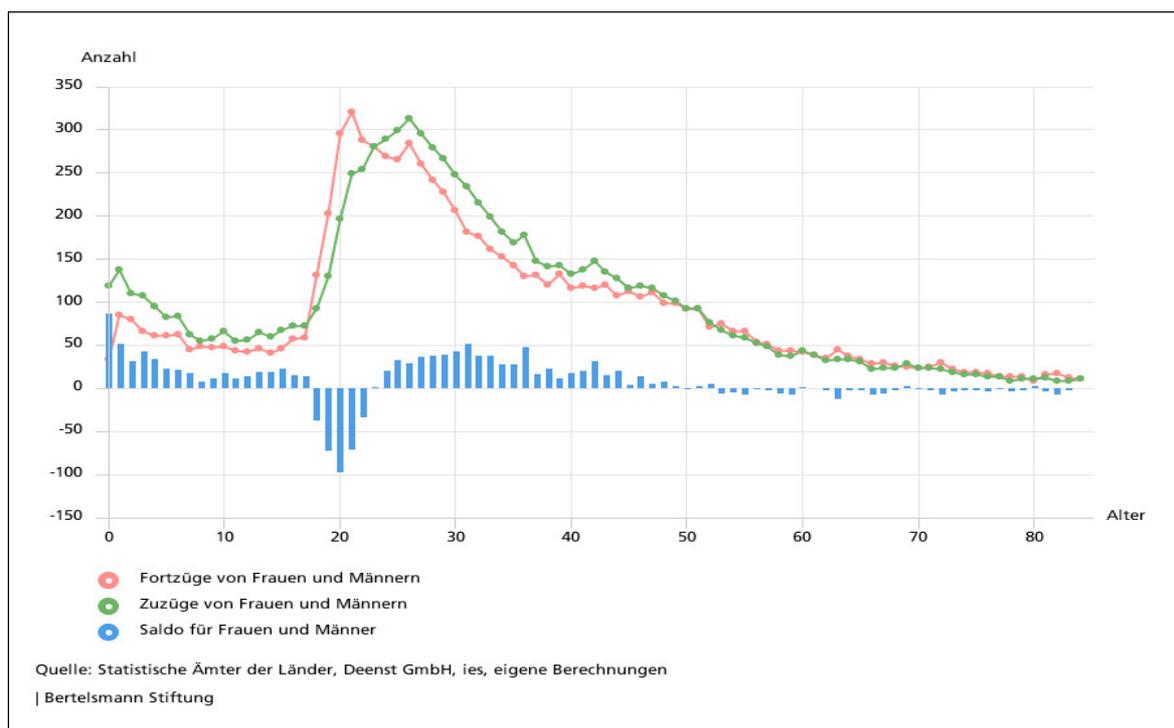
Nach Lebensalter differenziert verzeichnete der Landkreis Lörrach in den Jahren 2010 – 2012 bei den 65-jährigen und älteren eine negative Wanderungsbewegung (-187 Personen)²⁴.

Ältere Menschen sind heute mobiler und eher bereit, im Alter umzuziehen. Die Gründe für Wanderungen im Alter können sehr unterschiedlich sein:

- in einer landschaftlich reizvollen, klimatisch angenehmen Gegend mit hohem Freizeitwert leben, wo man vielleicht früher Urlaub gemacht hat,
- in die Nähe der Kinder und Enkel ziehen, wobei sich die Grenznähe zu Frankreich und der Schweiz auch für diejenigen anbietet, deren Angehörige dort leben und arbeiten,
- attraktive Wohnangebote (z.B. betreutes Wohnen, Servicewohnen) nutzen, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.

In Deutschland herrscht Niederlassungsfreiheit. Jeder kann dort leben, wo es ihm gefällt. Das ist in der Regel auch sozialplanerisch kein Problem, wenn sich Zu- und Wegzüge in etwa die Waage halten. Probleme können sich ergeben, wenn gezielt Anreize zum Zuzug älterer Menschen in den Landkreis geschaffen werden. So kann z.B. die Schaffung von Wohnangeboten für ältere Menschen über den lokalen Bedarf hinaus nach künftig zusätzliche Versorgungsstrukturen erforderlich machen, für deren Inanspruchnahme dann ggf. auch der Landkreis über die Sozialhilfe zuständig ist.

Wanderungsprofil für den Landkreis Lörrach 2009 - 2012



25

Abbildung 13: Wanderungsprofil für den Landkreis Lörrach 2009 - 2012

²⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 6. März 2014 – Nr. 74/2014

²⁵ Bertelsmannstiftung – Wegweiser Kommune (www.wegweiser-kommune.de)

2.5 Geschlechterrelation

Die Bevölkerungsentwicklung von 2014 bis zum Jahr 2035 weist auch geschlechtsspezifische Unterschiede aus. Während die Gruppe „Ü85“ bei den Frauen nur um 57,8% anwächst, sind dies bei den Männern 96,4%. Während im Jahr 2014 im Landkreis Lörrach auf 1.000 weibliche Kreisbewohner im Alter von 85 und mehr Jahren 454 Männer der gleichen Altersgruppe kamen, werden es im Jahr 2035 564 sein.²⁶

Im höheren Alter nähert sich die Zahl von Männern und Frauen zunehmend an. Grund hierfür ist wahrscheinlich die langsamer steigende Lebenserwartung bei Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Männer im höheren Alter von einer Partnerin gepflegt werden können, nimmt daher ab.

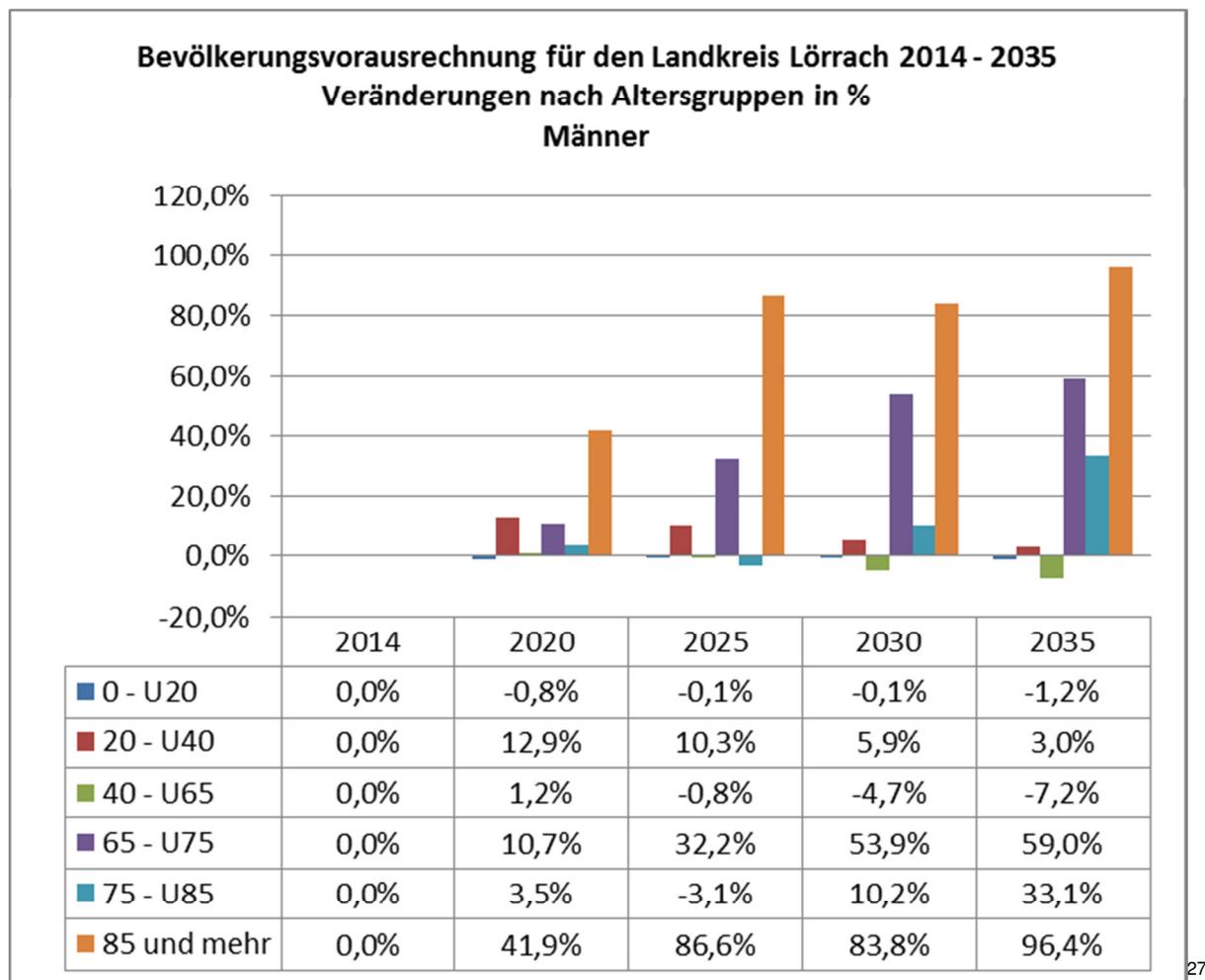
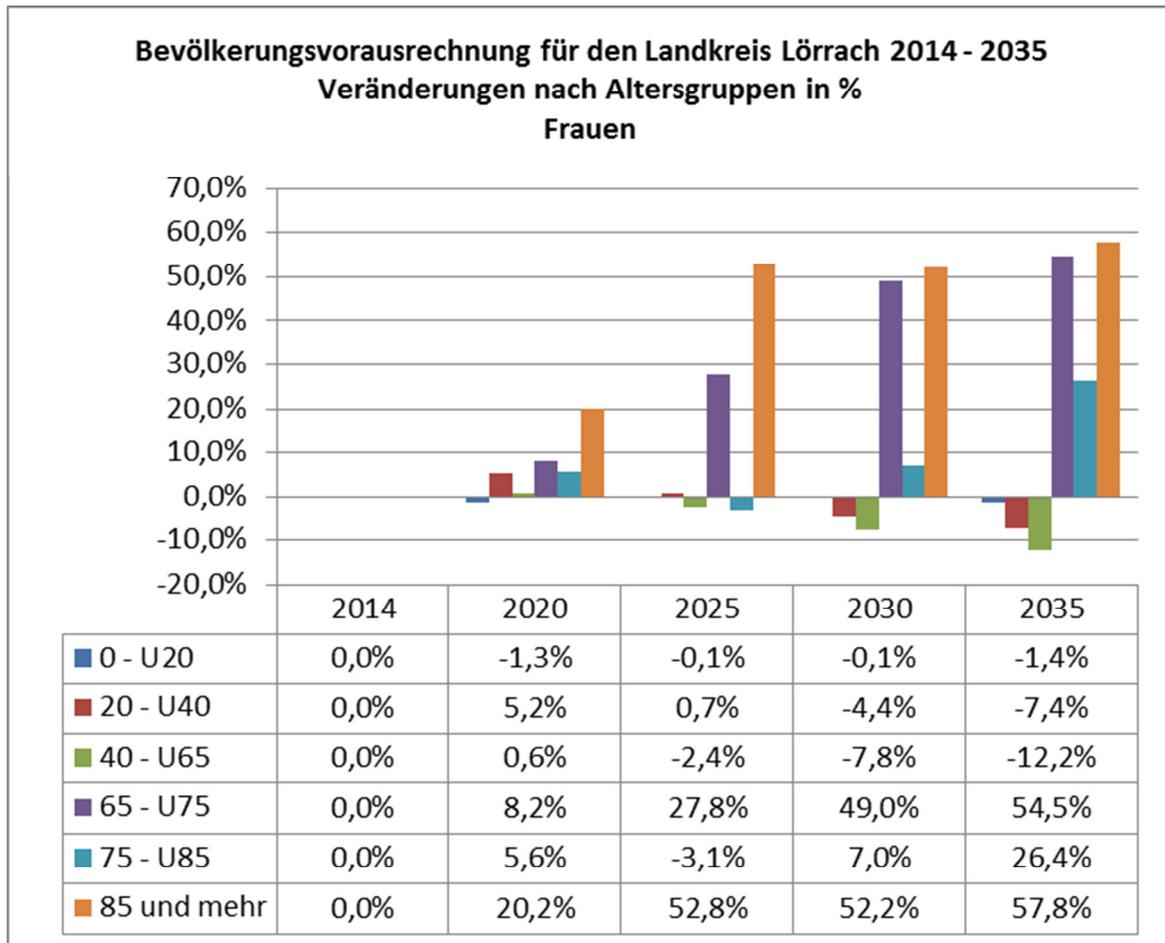


Abbildung 14: Relative Bevölkerungsvorausrechnung für den Landkreis Lörrach 2014 - 2035 - Männer

²⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

²⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen



28

Abbildung 15: Relative Bevölkerungsvorausrechnung für den Landkreis Lörrach 2014 - 2035 - Frauen

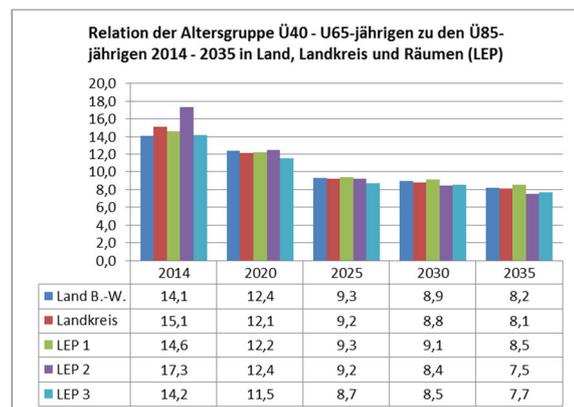
2.6 Informell Pflegende

Relation „Ü40 – U65“ / „Ü85“

Das Zahlenverhältnis drückt das rein zahlenmäßige informelle Unterstützungspotential aus.

Während im Jahr 2014 einem Kreisbewohner „Ü85“ 15,1 Kreisbewohner im Alter „Ü40 bis U65“ gegenüber standen (Land: 14,1), werden dies im Jahr 2035 nur noch 8,1 Kreisbewohner sein (Land: 8,2).

Innerhalb des Landkreises werden im Jahr 2030 in Raumschaft (LEP) 3 einem Kreisbewohner „Ü85“ sogar nur 7,7 Kreisbewohner „Ü40 bis U65“ gegenüber stehen (in Raumschaft (LEP) 2: 7,5, in Raumschaft (LEP) 1: 8,5)



29

Abbildung 16: Relation der Altersgruppen "Ü40 - U64" zu den "Ü85" in 2014 bis 2035

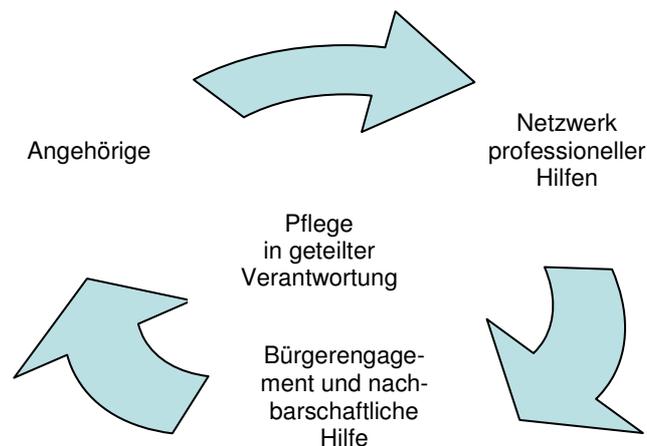
²⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

²⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2014 sowie eigene Berechnungen

Pflege durch Angehörige wird künftig nicht mehr so häufig und so „selbstverständlich“ erbracht werden, wie das in der Vergangenheit der Fall war,

- weil es erheblich weniger Angehörige geben wird,
- weil Angehörige häufiger berufstätig sein werden,
- weil Angehörige aufgrund der beruflichen Mobilität weiter entfernt leben,
- weil die Erwartungshaltung, informelle Pflegeleistungen erbringen zu müssen, ggf. nachlässt,
- weil die Bereitschaft, informelle Pflegeleistungen zu erbringen, ggf. nachlässt.

Die Verantwortung für die Pflege wird künftig anders verteilt sein:



2.7 Durchschnittsalter

Die rückläufige Zahl junger Menschen und die wachsende Zahl älterer Menschen führen zum Anstieg des Durchschnittsalters im Landkreis (arithmetisches Mittel des Alters aller KreisbewohnerInnen).

Das Durchschnittsalter der Kreisbevölkerung lag im Landkreis Lörrach am 31.12.2014 bei 43,5 Jahren (Baden-Württemberg 43,3 Jahre). Das niedrigste Durchschnittsalter unter den Stadt- und Landkreisen hatte die Stadtkreise Heidelberg und Freiburg mit 40,3 Jahren, das höchste Durchschnittsalter die Stadt Baden-Baden mit 47,5 Jahren.³⁰

Bis zum Jahr 2035 wird sich das Durchschnittsalter im Landkreis Lörrach um 2,9 Jahre auf 46,4 Jahre erhöhen (in Baden-Württemberg um 2,4 Jahre auf 45,7 Jahre).³¹

2.8 Zusammenfassung

Bis zum Jahr 2035 ist davon auszugehen, dass

- die **Lebenserwartung** im Landkreis um weitere 3,5 Jahre ansteigen wird,
- das **Durchschnittsalter** im Landkreis um 2,9 Jahre auf dann 46,4 Jahre ansteigen wird,
- die **Gruppe der jungen Menschen (U20)** abnehmen wird, insbes. in Raumschaft 2 (-3,8%) und Raumschaft 3 (-1,8%),

³⁰ Statistisches Landesamt BW, Regionaldatenbank

³¹ Statistisches Landesamt BW, Regionaldatenbank

- die **Altersgruppe der potentiell informell Pflegenden (Ü40 – U65)** kreisweit deutlich (-9,9%) abnehmen wird, wobei die Raumschaft 3 (-13,8%) und die Raumschaft 2 (-13,5%) besonders stark betroffen sein werden,
- die **Altersgruppe der rüstigen Senioren (Ü65 – U75)** vor allem in Raumschaft 3 stark zunehmen wird (+68,0%),
- die **Altersgruppe mit beginnendem Hilfebedarf (Ü75 – U85)** insbesondere in Raumschaft 2 stark ansteigen wird (+47,3%),
- die **Zahl der potentiell Pflegebedürftigen (Ü85) sehr** stark zunehmen wird (+67,9%), wobei der Zuwachs bei den Männer deutlich höher ist als bei den Frauen (=> zusätzliche Hilfebedarfe),
- den potentiell Pflegebedürftigen (Ü85) nur **noch etwas mehr als halb so viele potentiell informell Pflegende** gegenüberstehen werden wie 2014.

Aktuell sind **Wanderungsgewinne** über Kreisgrenzen bei den Ü65 nicht nachweisbar.

3 Lebenssituation älterer Menschen

Die Beschreibung der Lebenssituation älterer Menschen setzt eine Definition dieser Gruppe voraus. In der Literatur bzw. im allgemeinen Sprachgebrauch finden sich dazu unterschiedliche Begrifflichkeiten.

Zu den allgemein anerkannten Definitionen gehört die Unterscheidung eines dritten Lebensalters (65 bis unter 85 Jahre) und eines vierten Lebensalters (85 Jahre und älter)³² oder die Unterscheidung in „junge Alte“ (65 bis unter 75 Jahre), „alte Alte“ (75 bis unter 85 Jahre) und „Hochbetagte“ (85 und älter).³³

Jede Einteilung unterliegt mit der Zunahme der Lebenserwartung und der allgemeinen Verbesserung der Lebensverhältnisse einem Wandel, so dass das Verständnis von Altersgrenzen und Altersgruppen immer wieder neu definiert werden muss.

Als Datenbasis werden nachfolgend vor allem die Ergebnisse des Zensus 2011, die Generali Altersstudie 2013 des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Generali Zukunftsfonds (Hrsg.), die Sozialstrategie 2012 der Prognos AG für den Landkreis Lörrach, der BARMER GEK Pflegereport 2012, die Bundespflegestatistik 2013 sowie Zahlen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zu Grunde gelegt.

3.1 Altersbilder

Das „Altersbild“ beschreibt, was das „Alter“ für das Individuum selbst und für die Gesellschaft bedeutet. Ziel der Teilhabeplanung des Landkreises ist die Orientierung an einem realistischen Altersbild.

Die Bilder vom Alter in der Öffentlichkeit sind so vielfältig und verschieden, wie das Alter selbst. Der Lebensabschnitt „Alter“ ist heute so lang wie nie zuvor. Er umfasst in der Regel mehrere Jahrzehnte. Es ist offensichtlich, dass ältere Menschen heute mit 70 oder 80 Jahren anders sind, als in den Generationen zuvor: sie kleiden sich anders, fühlen sich häufig gesünder³⁴ und um ca. 10 Jahre jünger, als sie tatsächlich sind³⁵, fühlen sich häufig leistungsfähiger als es ihre Eltern in diesem Alter waren (und sind es mehrheitlich auch). Sie sind unternehmenslustig und vielfältig sozial engagiert. Allein der Einsatz von Großeltern für ihre Enkelkinder ist extrem wichtig, da im alltäglichen Miteinander der Generationen auch authentische Altersbilder vermittelt werden.

Die heute hochaltrigen Menschen haben ihr Leben unter wesentlich anderen Bedingungen gelebt als die heute etwa 60-jährigen: Inflation, Krieg, Nachkriegszeit, Hunger und häufig auch körperlich schwere Arbeit haben ihre Spuren hinterlassen. Trotzdem ist ihre Lebenserwartung insgesamt immer weiter gestiegen. Heute ältere Menschen, die erst nach dem Krieg geboren wurden, erlebten wirtschaftlichen Aufschwung, lernten etwas über gesunde Lebensführung, erwarben aber auch Wohlstandskrankheiten, die das Alter negativ prägen können.

Eine aktive Gestaltung der älter werdenden Gesellschaft setzt eine Verständigung auf realistische und differenzierte Bilder vom Alter voraus. Diese in ihrer Vielfalt zu zeigen heißt auch, nicht zu ignorieren, dass gerade mit steigender Lebenserwartung und zunehmender Hochaltrigkeit erfahrungsgemäß gesundheitliche Probleme zunehmen und der Unterstützungsbedarf ansteigen kann.

Immer mehr alte Menschen leben allein. Angehörige sind infolge gesteigener beruflicher Mobilität oft nicht in der Lage, bei der Bewältigung täglicher Probleme zu helfen. Es gibt weniger Kinder und somit auch weniger Enkelkinder.

³² Tesch-Römer & Wurm, 2009

³³ BMFSFJ, 2002

³⁴ Generali Altersstudie 2013, S. 35

³⁵ Generali Altersstudie 2013, S. 33

Der Deutsche Verein formulierte bereits im Jahr 2007 „Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht eine positive und realistische Perspektive, die weder der Blick auf Unterstützungs- und Pflegebedarfe verengt, noch alleine die Potentiale des Alters beschwört.“³⁶

Charakteristisch für die heute alten Menschen ist:

- die zeitliche Ausdehnung der sog. Altersphase,
- die zunehmende Singularisierung,
- die Veränderung der klassischen Familienstrukturen,
- der zunehmende Anteil von Frauen bei steigendem Alter,
- die Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Der 6. Altenbericht der Bundesregierung hat die Entwicklung der Alterung mit den Stichworten beschrieben:

- mehr Heterogenität,
- mehr (soziale) Unterschiede,
- mehr Vielfalt,
- mehr Verletzlichkeit.

Diese Entwicklung wird sich sicher fortsetzen.

Begegnungen im Alltag zwischen (jüngeren) Kindern und (sehr) alten Menschen finden immer seltener in familiären und nachbarschaftlichen Kontexten statt. Dafür sind u.a. demographische und soziale Wandlungsprozesse in unserer Gesellschaft verantwortlich.

3.2 Erwerbsbeteiligung

Die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen lässt einen Rückschluss darauf zu, inwieweit das Alterseinkommen auskömmlich ist.

Die gesetzliche Alterssicherung soll eigentlich eine unabhängige Lebensführung im Alter sicherstellen. Bei einer unterbrochenen Erwerbsbiografie ist dies nicht immer möglich. Selbstständige, die keine oder nur geringe Ansprüche in der gesetzlichen Alterssicherung erworben haben, benötigen unter Umständen auch im Alter einen Zuverdienst. Der Mangel an Fachkräften in Folge des demographischen Wandels kann auch für Arbeitgeber die – zumindest geringfügige – Beschäftigung von ehemaligen Arbeitnehmern über die Altersgrenze hinaus erforderlich machen.

In Westdeutschland arbeiten noch 12% in der Altersgruppe Ü65 bis U85 regelmäßig zumindest stundenweise als Hinzuverdienst, vor allem im Alter zwischen 65 und 70 Jahren (20%), mehr Männer (15%) als Frauen (8%) und vor allem ehemalig Selbstständige / Freiberufler (38%), aber auch ehemalige Arbeiter (9%).³⁷

3.3 Haushaltssituation

Unter älteren Menschen überwiegt der Wunsch nach einer selbständigen Lebensführung.

Kreisweit liegt der Anteil der Haushalte mit ausschließlich 65jährigen und älteren Haushaltsmitgliedern bei 22,1% (Deutschland: 21,9%, Land B.-W.: 21,1%), in der Regel in kleinen Haushalten mit einer oder zwei Personen. Den höchsten Anteil weisen die Stadt Todtnau

³⁶ Positionspapier des Deutschen Vereins: Die Gesellschaft des langen Lebens annehmen und vor Ort gestalten, NDV 2007, S. 481 ff

³⁷ Generali Altersstudie 2013, S. 89

(27,2%) und die Gemeinde Inzlingen (26,2%) auf, den geringsten die Gemeinde Schönenberg (12,7%) (sh. Kartendarstellung).³⁸

Anteil der Seniorenhaushalte (nur Ü65) nach Gemeinden im Landkreis Lörrach 2011 (%)

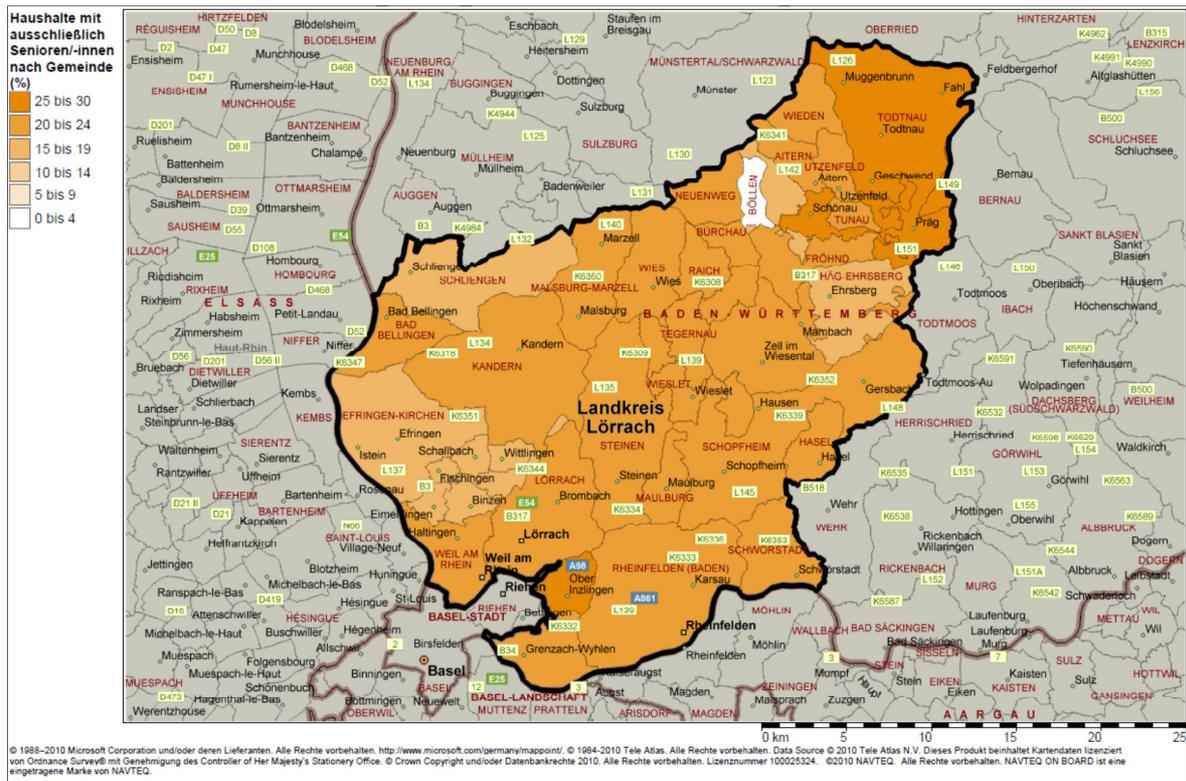


Abbildung 17: Anteil der Seniorenhaushalte (nur Ü65) im Landkreis Lörrach 2011

Rund 31 Prozent der 65-jährigen und älteren Baden-Württemberger wohnen alleine in einem Einpersonenhaushalt. Knapp 59 Prozent leben zusammen mit einer Person in einem Zweipersonenhaushalt und rund 8 Prozent in einem Haushalt mit drei oder mehr Personen. Landesweit leben gut 3 Prozent (Landkreis Lörrach: 3,6%⁴⁰) der Seniorinnen und Senioren in einer Gemeinschaftsunterkunft, wie zum Beispiel in Alten- oder Pflegeheimen.⁴¹

Die Haushaltssituation älterer Männer und Frauen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der Anteil der Personen, die allein in einem Haushalt oder in einer Gemeinschaftsunterkunft leben. So leben von den Seniorinnen im Alter von 85 und mehr Jahren knapp 59 Prozent allein in einem Einpersonenhaushalt und 15 Prozent in einer Gemeinschaftsunterkunft. Dagegen ist bei den männlichen Senioren der Anteil der Einpersonenhaushalte mit knapp 30 Prozent nur halb so hoch und in Gemeinschaftsunterkünften mit circa 10 Prozent ebenfalls bedeutend niedriger. Gut die Hälfte der 85-jährigen und älteren Männer (53 Prozent) lebt in einem Zweipersonenhaushalt, während dies nur bei 19 Prozent der gleichaltrigen Frauen der Fall ist. Dies dürfte daran liegen, dass Männer häufiger jüngere Frauen heiraten und Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen. Die Seniorinnen bleiben nach dem Tod ihres Partners häufiger allein im Haushalt zurück.⁴²

³⁸ Zensus 2011

³⁹ Zensus 2011

⁴⁰ Landratsamt Lörrach – V/ SST Planung & Steuerung (Altenhilfe): Belegungsstatistik 2013

⁴¹ Mikrozensus 2012

⁴² Mikrozensus 2012

3 Lebenssituation älterer Menschen

Der Anteil der Alleinlebenden nimmt mit zunehmendem Alter zu: Im Jahr 2009 lebten in der Altersgruppe 60-65 16% der Männer und 23% der Frauen allein. Bei den Ü85 lebten 35% der Männer und 74% der Frauen allein.⁴³ Dies weist auf eine Verdichtung der Problemlagen (vor allem bei hochaltrigen, alleinstehenden Frauen) hin.

Die Zahl der Mehrgenerationenhaushalte (zwei und mehr Generationen leben zusammen) ist von 2005 bis 2011 bundesweit um knapp 7% zurückgegangen.⁴⁴ Kreisweit liegt der Anteil der Haushalte mit 65jährigen und jüngeren Haushaltsmitgliedern bei 8,3%. Den höchsten Anteil weist die Gemeinde Böllen (41%) auf, den geringsten die Gemeinden Tunau (5%) und Schallbach (6,1%) (sh. Kartendarstellung).

Anteile der Haushalte mit Senioren (Ü65) und Jüngeren nach Gemeinden im Landkreis Lörrach 2011

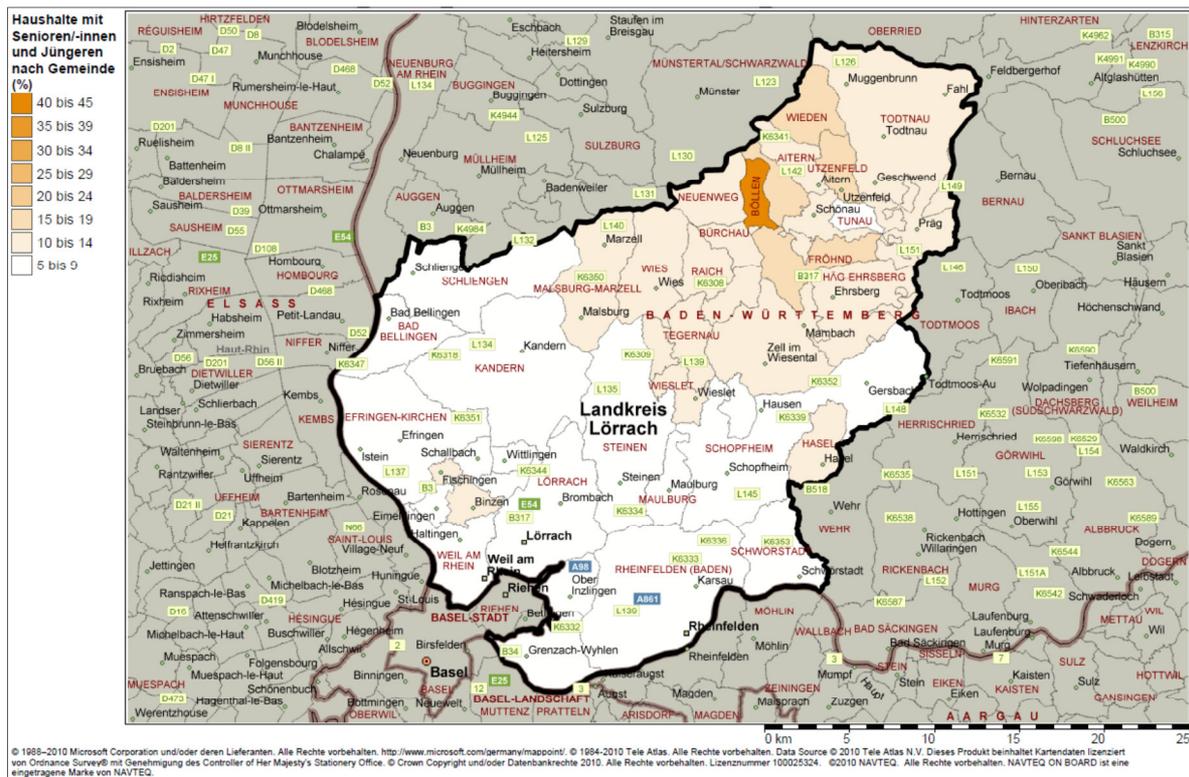


Abbildung 18: Anteile der Haushalte mit Senioren (Ü65) und Jüngeren im Landkreis Lörrach 2011

In Pflegeheimen im Landkreis lebten am 31.10.2013 kreisweit 7,48% der Ü75-jährigen. Die meisten Heimbewohner kamen bezogen auf die Ü75-jährigen aus der Gemeinde Hausen (12,0%).

⁴³ Blätter der Wohlfahrtspflege, 2/2013, S. 50-53

⁴⁴ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTD 17/12144, S. 6f

⁴⁵ Zensus 2011

Heimbewohner pro 1.000 Ü75 nach letztem gewöhnlichem Aufenthaltsort im Landkreis Lörrach am 31.10.2013

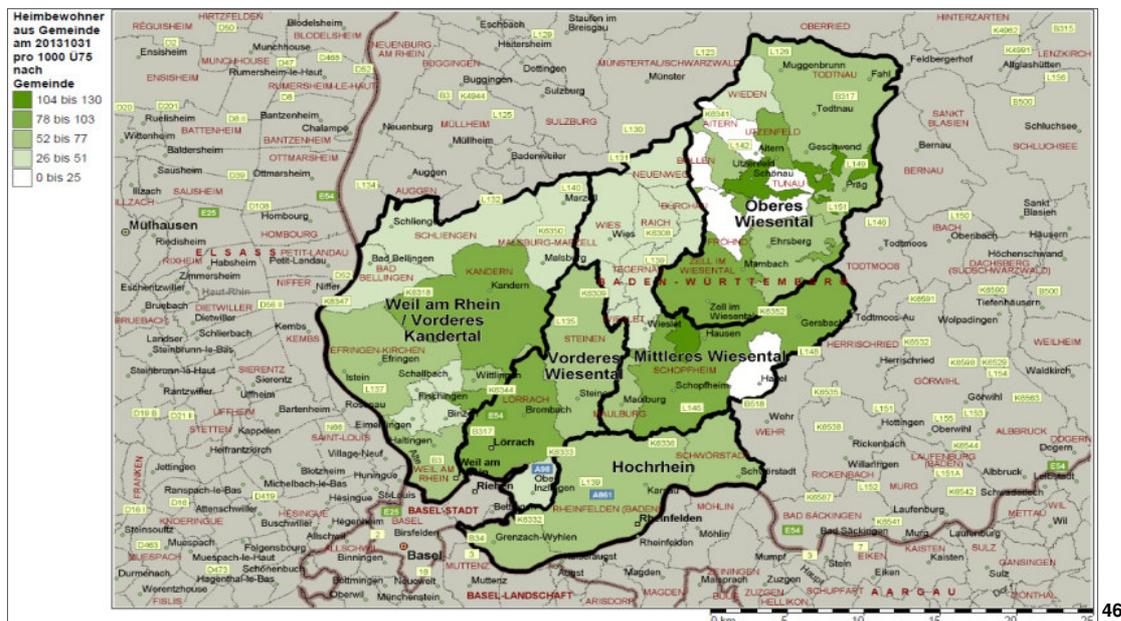


Abbildung 19: Heimbewohner pro 1.000 Ü75 nach letztem gewöhnlichem Aufenthaltsort im Landkreis am 31.10.2013

3.4 Finanzielle Situation

Eine auskömmliche finanzielle Situation ermöglicht eine den eigenen Vorstellungen entsprechende unabhängige Lebensführung – auch bei einem eventuell eintretenden Unterstützungs- und Pflegebedarf.

Die Einkommenssituation der Ü65 (+41%) hat sich bundesweit in den letzten 40 Jahren besser entwickelt, als die der U65 (+24%)⁴⁷. Dennoch sind 16,6% der über 65-jährigen landesweit armutsgefährdet⁴⁸ (bundesweit: 14,7%)⁴⁹.

Laut Angaben der Deutschen Rentenversicherung lagen die durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung am 1.7.2010 im Landkreis Lörrach bei nur 632 Euro pro Monat, bei den Pflegeheimbewohnern im Kreis liegt der Wert mit 610 Euro noch niedriger. Bei den Angaben handelt es sich um die durchschnittliche Höhe der Rentenzahlungsbeträge, was nur eine Annäherung an die Einkommenssituation der Rentner darstellen kann. Es ist möglich, dass ein Rentner mehrere deutsche Renten bezieht (bspw. Betriebsrenten), zudem können in Grenzregionen wie dem Landkreis Lörrach auch Rentenzahlungen ehemaliger Grenzpendler eine Rolle spielen.⁵⁰

Durchschnittlicher Rentenzahlungsbetrag in Bund, Land und Landkreis Lörrach (Stand 01.07.2010)⁵¹

	Landkreis Lörrach	Baden-Württemberg	Bund
Insgesamt	631,88 €	867,20 €	
Frauen	637,12 €	728,00 €	718,00 €
Männer	715,83 €	1.061,00 €	982,00 €

Tabelle 2: Durchschnittliche Rentenzahlungen in Bund, Land und Landkreis Lörrach (Stand: 01.07.2010)

⁴⁶ Landratsamt Lörrach – SST Planung & Steuerung (Altenhilfe) 2013

⁴⁷ Generali Altersstudie 2013, S. 58

⁴⁸ Die Armutsgefährdungsquote ist gemäß EU-Definition „der Anteil der Personen, die mit weniger als 60% des mittleren Einkommens der Bevölkerung auskommen müssen“.

⁴⁹ Statistisches Landesamt B.-W., 2012

⁵⁰ Prognos AG 2012: Erarbeitung einer Sozialstrategie für den Landkreis Lörrach, S. 18f

⁵¹ Prognos AG 2012: Erarbeitung einer Sozialstrategie für den Landkreis Lörrach, S. 18f

Das Schweizer Bundesamt für Sozialversicherungen weist Rentenzahlungen nach dem Wohnland der Rentenempfänger aus. Im Dezember 2011 hat die Schweiz demnach 40.678 Personen in Deutschland Rente gezahlt, im Schnitt in einer Höhe von 328 Schweizer Franken. Laut Informationen des Schweizer Bundesamts für Sozialversicherungen sind rund ein Viertel der deutschen Empfänger von Schweizer Renten ehemalige Grenzpendler, bei denen mit überdurchschnittlichen Rentenzahlungen zu rechnen ist, da diese meist sehr lange in der Schweiz gearbeitet haben. Im Landkreis Lörrach dürften somit die durchschnittlichen Rentenzahlungen aus der Schweiz höher als 328 Schweizer Franken ausfallen.

Bei Leistungen wie der Hilfe zur Pflege, die einer Bedarfsprüfung unterliegen, werden auch Rentenzahlungen aus der Schweiz berücksichtigt. Da die Zahl der Hilfeempfänger im Landkreis Lörrach aber dennoch sehr hoch ist, sind die niedrigen Rentenhöhen wohl eher auf gering entlohnte Beschäftigungen der heutigen Rentner in der Industrie im Wiesental zurückzuführen. Zudem ist die Zahl der Grenzpendler erst in den letzten Jahren massiv angestiegen und der Anteil der ehemaligen Grenzpendler unter den heutigen Rentnern ist weitaus geringer als die aktuelle Situation vermuten lässt.

Die Wohnungskosten beanspruchen einen Großteil des Einkommens. Laut dem Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung liegen in Deutschland im Schnitt die Angebotsmieten bei 6,38 Euro pro Quadratmeter; in Lörrach liegen diese mit 7 bis 8 Euro pro Quadratmeter über dem Durchschnitt. Zudem sind diese von 2010 auf 2011 zwischen zwei und vier Prozent angestiegen. Nur die Mieten in Stuttgart, Böblingen, Heidelberg, Freiburg und im Bodenseekreis sind höher.⁵²

Die Ü65-jährigen wendeten 2011 bundesweit durchschnittlich 24,8% ihres Einkommens für die Wohnkosten auf. Zum Jahresende 2010 erhielten bundesweit 408.000 Rentnerhaushalte Wohngeld (39% aller Wohngeldhaushalte). In 65% der Fälle war die Antragstellerin weiblich.⁵³ Im Jahr 2012 lag der Anteil der Rentner und Pensionäre unter den Empfängern von allgemeinem Wohngeld in Baden-Württemberg bei 48%.⁵⁴

Die Eigentümerquote ist das Verhältnis der von Eigentümern/-innen bewohnten Wohnungen zu allen bewohnten Wohnungen. Sie liegt kreisweit bei 53% (Land B.-W.: 53,4%). Innerhalb des Landkreises ist der Anteil der Wohneigentümer am höchsten in den Gemeinden Wieden (76%), Kleines Wiesental (70%), Binzen und Rümplingen (69%) und Schliengen (68%), am niedrigsten in den großen Kreisstädten Rheinfelden (52%), Lörrach (43,4%), und Weil am Rhein (43%) (sh. Kartendarstellung).⁵⁵

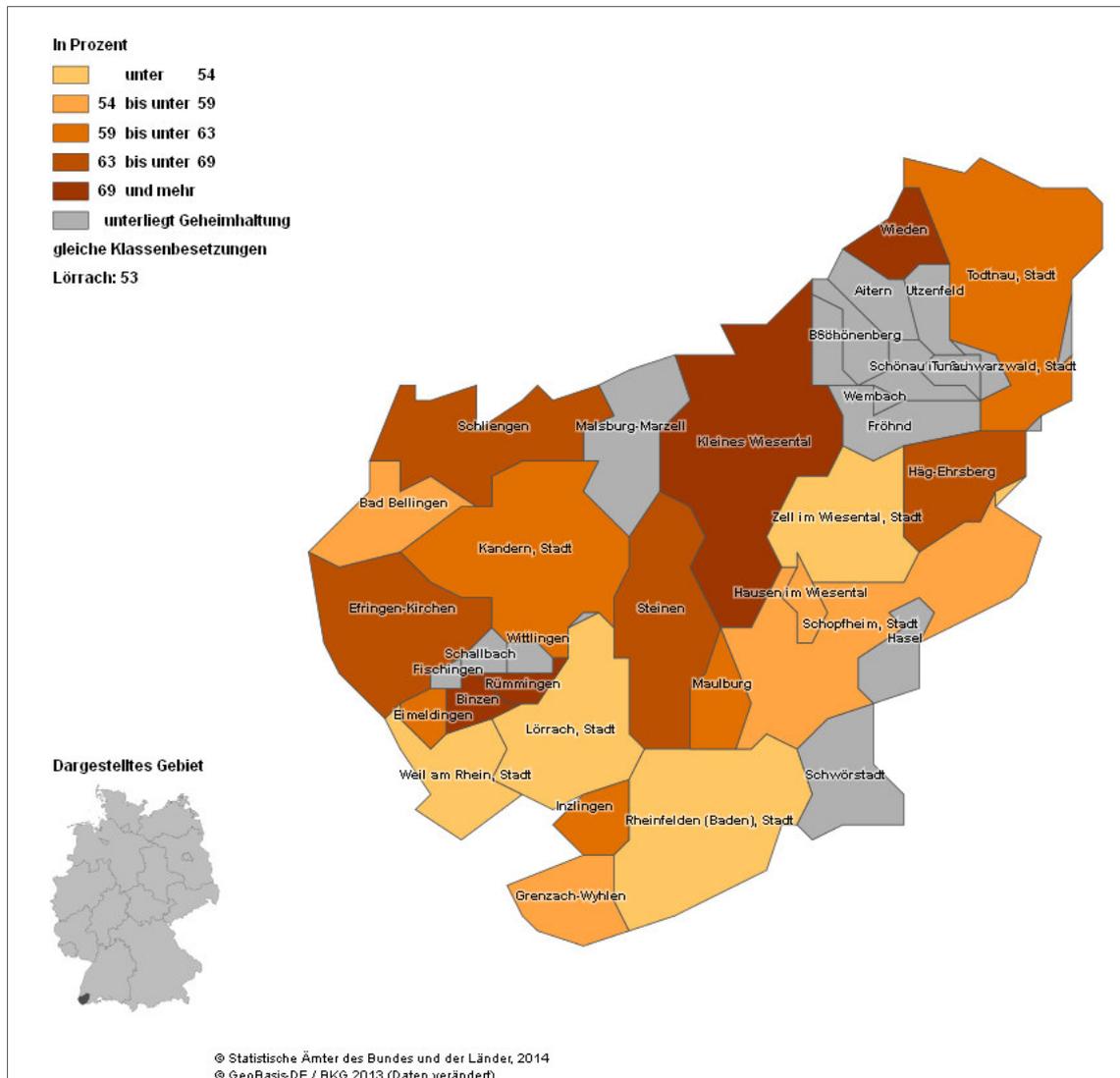
⁵² Prognos AG 2012: Erarbeitung einer Sozialstrategie für den Landkreis Lörrach, S. 11

⁵³ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTD 17/12144, S. 11

⁵⁴ Statistisches Landesamt B.-W.: http://www.statistik-bw.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Wohngeld/whg_06.asp

⁵⁵ Zensus 2011: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#MapContent:08336,W247,W247,map>

Abbildung 19:

Wohneigentümerquote im Landkreis Lörrach 2011

56

Abbildung 20: Wohneigentümerquote im Landkreis Lörrach 2011

3.5 Familiensituation

Das familiäre Umfeld bildet das informelle Unterstützungspotential im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Die überwiegende Mehrheit der Ü65- bis U85-jährigen lebt mit einem (Ehe-) Partner zusammen (67%), wobei dieser Anteil bei den Frauen mit steigendem Alter abnimmt. Gut 39 Prozent der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren sind verwitwet, jedoch gilt dies nur für circa 12 Prozent der gleichaltrigen Männer. Die große Mehrheit der älteren Männer sind verheiratet (gut 77 Prozent), während dies nur auf knapp jede zweite Frau im Alter von 65 und mehr Jahren zutrifft (48 Prozent).⁵⁷ Im Alter von 80-85 Jahren leben 71% der Männer und 30% der Frauen alleine.⁵⁸ Letzteres ist wohl auch durch die höhere Lebenserwartung bei Frauen bedingt. Das Zusammenleben mit einem Partner korreliert mit einer höheren Lebenszufrieden-

⁵⁶ Zensus 2011

⁵⁷ Mikrozensus 2012

⁵⁸ Generali Altersstudie 2013, S. 185

heit.⁵⁹ Geschätzt am Zusammenleben mit dem Partner wird vor allem die Möglichkeit, das Leben zusammen zu genießen (59%). Häufig wird in der Partnerschaft auch eine Schicksalsgemeinschaft gesehen.⁶⁰

3.6 Wohnsituation

Die Wohnung ist für ältere Menschen nicht nur Handlungsraum, sondern auch emotionaler und sozialer Raum. Die Wohnung, ihr Umfeld und dessen Infrastruktur sind entscheidend für ein selbständiges Leben im Alter.

Wer in Wohneigentum lebt ist häufig weniger bereit, auch bei einer für ihn beschwerlichen Wohnsituation umzuziehen. Die Mehrheit der 65- bis 85-jährigen wohnt in selbstgenutztem Wohneigentum (54% im eigenen Haus, 9% in einer Eigentumswohnung). 37% wohnen zur Miete. Der Anteil der in Miete Wohnenden steigt proportional zur Gemeindegröße.⁶¹

Die meisten der 65- bis 85-jährigen sind an ihrem Wohnort verwurzelt: 36% sind an ihrem Wohnort geboren, 31% leben schon länger als 40 Jahre dort. Nur jeder Achte lebt weniger als 20 Jahre an seinem jetzigen Wohnort.⁶²

Die Wohnzufriedenheit liegt auf einer Skala von 0 bis 10 bei 8,4. Knapp ein Drittel (32%) stuft seine Wohnsituation sogar mit 10 ein weitere 46% bei 8 und 9.⁶³

Sehr groß ist auch die Zufriedenheit der 65- bis 85-jährigen mit ihrem Wohnumfeld (8,1 auf einer Skala von 0 bis 10).⁶⁴

Nach einer Untersuchung des KDA aus dem Jahr 2009 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung weisen nur etwa 5% der von älteren Menschen bewohnten Wohnungen keine Barrieren auf.⁶⁵ Subjektiv sehen das die älteren BewohnerInnen nicht ganz so: Knapp ein Drittel (31%) der 65- bis 85-jährigen bewertet seine Wohnung bzw. sein Haus als altersgerecht. Nur 8% sehen darin jedoch aktuell ein Problem. 57% kommen (derzeit) mit der nicht altengerechten Wohnung oder dem nicht-altengerechten Haus zu recht.⁶⁶

3.7 Gesundheitliche Situation

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Häufigkeit chronischer Krankheiten. Dabei sind zum einen Unterschiede zwischen den einzelnen höheren Altersgruppen, zum anderen Abweichungen zwischen Männern und Frauen zu verzeichnen. In der nachfolgenden Tabelle sind die häufigsten Erkrankungen bzw. Krankheitszeichen absteigend nach der Häufigkeit ihres Auftretens aufgelistet.⁶⁷

⁵⁹ Generali Altersstudie 2013, S. 188

⁶⁰ Generali Altersstudie 2013, S. 191

⁶¹ Generali Altersstudie 2013, S. 113

⁶² Generali Altersstudie 2013, S. 109

⁶³ Generali Altersstudie 2013, S. 111

⁶⁴ Generali Altersstudie 2013, S. 114

⁶⁵ BMVBS (Hrsg.), Wohnen im Alter, Reihe: Forschungen, Heft 147, Mai 2011

⁶⁶ Generali Altersstudie 2013, S. 303

⁶⁷ MedizinInfo: Medizinische Problembereiche im Alter:

<http://www.medizininfo.de/geriatrie/problembereiche/epidemiologie.shtml>

Häufige Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

Männer zwischen 65 und 74 Jahren

- Arthrose, Herzinfarkt
- chronische Bronchitis
- Angina pectoris
- Venenschwäche
- Diabetes
- Trübung der Augenlinse
- Demenz
- Glaukom
- Depression

Frauen zwischen 65 und 74 Jahren

- Arthrose
- Angina pectoris
- Diabetes
- Trübung der Augenlinse
- Depression
- chronische Bronchitis
- Herzinfarkt
- Venenschwäche
- Brustkrebs
- Durchblutungsstörungen des Gehirns

Männer ab 75 Jahren

- chronischer Bronchitis
- Arthrose
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Trübung der Augenlinse
- Venenschwäche
- Demenz
- Diabetes
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Glaukom

Frauen ab 75 Jahren

- Arthrose
- Trübung der Augenlinse
- Angina pectoris
- Demenz
- Diabetes
- Venenschwäche
- Herzinfarkt
- Depression
- chronische Bronchitis
- Osteoporose

Tabelle 3: Häufige Erkrankungen im Alter nach Geschlecht

Eine der größten Herausforderungen für die Erkrankten – aber auch ihre Angehörigen – ist die Demenz, von der es über 100 Formen gibt. Derzeit wird von ca. 1,4 Mio Erkrankten in Deutschland (davon 180.000 in B.-W.) ausgegangen.⁶⁸

Im Landkreis Lörrach leben schätzungsweise 4.000 bis 5.000 mittelschwer demenziell Erkrankte und noch einmal so viele leicht demenziell Erkrankte.⁶⁹

Demenzarten nach ihrer Häufigkeit

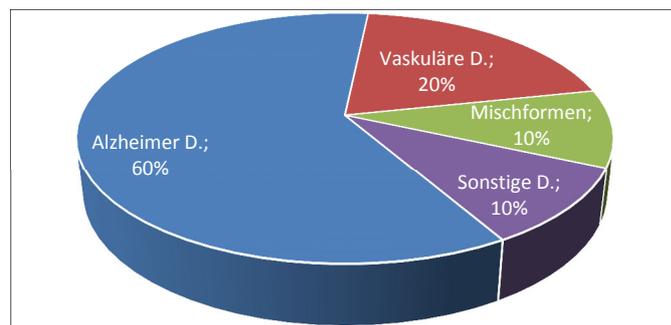


Abbildung 21: Demenzarten nach ihrer Häufigkeit

Das Risiko an einer Demenz zu erkranken steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Betroffenen sind:

- 3% im Alter von 70 Jahren,
- 13% im Alter von 80 Jahren,
- 40-70% im Alter von 90 Jahren.

Fachleute erwarten bis zum Jahr 2050 eine Verdopplung der Erkranktenzahl.⁷⁰

Dementielle Erkrankungen verändern das Leben der Betroffenen und der Angehörigen erheblich. Während zu Beginn einer demenziellen Erkrankung die Betroffenen vor allem unter Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen leiden, wird es für sie bei fortschreitender Erkrankung immer schwieriger, sich auf neue Lebenssituationen einzustellen: vertraute Gegenstände werden nicht mehr erkannt oder gefunden, Tageszeiten und Rituale (z.B. Mahl-

⁶⁸ Deutsche Alzheimergesellschaft: Die Inzidenz der Demenz, Berlin 2014

⁶⁹ Gabriele Beck, Leitstelle für ältere Menschen Ostfildern, bei der Klausurtagung der AFB B.-W. am 14.05.2013 in Allensbach-Hegne

⁷⁰ Frau Kannen beim AFB-Sprengel am 18.04.2013 in Freiburg

zeiten) werden durcheinander gebracht. Bei fortschreitender Demenz treten Mobilitätseinschränkungen sowie die nachlassende Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen auf. Alzheimer verläuft immer unterschiedlich. Wer einen Alzheimerpatienten kennt, der kennt keinen Alzheimerpatienten.

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang von sozialer Lage und Morbidität und Mortalität. Belastende Faktoren können sein, wobei sich viele Faktoren gegenseitig verstärken können:

- geringe Renten
- fehlende Bewältigungsressourcen und soziale Kontakte
- wenig Zugang zu Bildung
- schlechte Sprachkenntnisse
- niedriger beruflicher Status (falls noch im Berufsleben)
- schlechte Wohnsituation
- Suchtprobleme
- körperliche und psychische Beeinträchtigungen
- Behinderungen

Gesund zu bleiben ist der mit Abstand größte Wunsch der 65- bis 85-jährigen (77%).⁷¹ Leitmotiv ist die Erhaltung der eigenen Autonomie. 86% wünschen sich, möglichst lange geistig fit, 83 % möglichst lange unabhängig, 76 % möglichst lange im eigenen Haus bzw. der eigenen Wohnung zu bleiben.⁷² Zwei Drittel zählen die Abwesenheit von finanziellen Sorgen zu ihren größten Wünschen.⁷³

Subjektiv empfinden 42% der 65- bis 85-jährigen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut, 39% als „einigermaßen“. Gut ein Fünftel bewertet seine eigene Gesundheit als „nicht besonders“ oder „schlecht“.⁷⁴ Dabei ist die subjektive gesundheitliche Situation ausschlaggebend für die Lebenszufriedenheit.

Ihre Gesundheit erhalten die 65- bis 85-jährigen durch einen gesunden Lebenswandel:

- 79% durch das Nichtrauchen
- 67% durch ausreichenden Schlaf
- 67% durch den Gang zu Vorsorgeuntersuchungen
- 62% durch wenig oder keinen Alkohol
- 53% durch gesunde Ernährung⁷⁵

3.8 Lebenszufriedenheit

Insgesamt sind die 65- bis 85-jährigen mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden. Positiv wahrgenommen werden die Verlangsamung des Lebensrhythmus, mehr Ruhe, weniger Stress, Zwänge und Druck.⁷⁶ Nachteile werden in der physischen und kognitiven Konstitution sowie in der Erkenntnis gesehen, dass ihr letzter Lebensabschnitt begonnen hat.⁷⁷ Dabei wirken sich Bildung, Einkommen und die Gesundheit mehr auf die Lebenszufriedenheit aus, als das Alter.⁷⁸ Ältere mit gutem Gesundheitszustand schätzen ihren Alltag abwechslungsreicher ein.⁷⁹

Ältere Menschen mit Partner sind mit ihrem Leben zufriedener (61%) als ohne (49%).⁸⁰ Allerdings wünschen sich nur wenige der Partnerlosen einen Partner.⁸¹

⁷¹ Generali Altersstudie 2013, S. 252

⁷² Generali Altersstudie 2013, S. 253

⁷³ Generali Altersstudie 2013, S. 254

⁷⁴ Generali Altersstudie 2013, S. 258

⁷⁵ Generali Altersstudie 2013, S. 264

⁷⁶ Generali Altersstudie 2013, S. 264

⁷⁷ Generali Altersstudie 2013, S. 41

⁷⁸ Generali Altersstudie 2013, S. 54

⁷⁹ Generali Altersstudie 2013, S.134

⁸⁰ Generali Altersstudie 2013, S.188

⁸¹ Generali Altersstudie 2013, S.189

3.9 Alltagsgestaltung

Zu den häufigsten Tätigkeiten älterer Menschen zählen der Medienkonsum und das Erledigen im und für den eigenen Haushalt sowie Zeit mit der Familie zu verbringen⁸²:

- 75% Fernsehen
- 67% Zeitung- / Zeitschriftenlesen
- 56% Einkaufen / Besorgungen erledigen
- 54% Kochen
- 49% Arbeiten an Garten und Balkon
- 48% Zeit mit der Familie verbringen
- 38% Musik hören

Seltene oder gänzlich vermiedene Tätigkeiten sind:

- 70% Weiterbildung
- 69% Computer / Internet
- 65% Engagement im Verein, Kirchengemeinde, Partei etc.
- 58% Sport treiben
- 53% Handarbeit / Heimwerken
- 40% Besuch kultureller Veranstaltungen

Regelmäßige außerhäusliche Aktivitäten (an wenigstens 5 Tagen in der Woche) unternehmen 60% der 65- bis 85-jährigen, wobei dieser Anteil mit zunehmendem Alter sinkt.⁸³

Ältere Menschen gehen deutlich mehr auf Reisen als noch vor 25 Jahren. So waren im Jahr 2012 60% der Altersgruppe in den letzten 12 Monaten länger als 5 Tage im Urlaub (1985: 43%).⁸⁴

3.10 Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie

Ältere Menschen werden von ihren Familien regelmäßig unterstützt:

- 62% durch Besuche
- 56% durch Hilfe bei technischen Fragen und Problemen
- 48% durch Zuhören
- 41% durch kleinere Arbeiten an Wohnung und Haus
- 31% durch Erledigung von Besorgungen und Einkäufen
- 5% durch Unterstützung bei größeren Anschaffungen
- 5% durch Hilfe in finanziellen Schwierigkeiten
- 5% durch dauerhafte Betreuung und Pflege
- 5% durch umsonst wohnen lassen
- 3% durch regelmäßige finanzielle Unterstützung

Die Unterstützungsleistungen nehmen mit zunehmendem Alter teilweise deutlich zu, insbesondere bei der dauerhaften Betreuung und Pflege.⁸⁵ In einer schwierigen Lage können 77% der 65- bis 85-jährigen auf die Hilfe von Familienangehörigen bauen. 56% können auch in einer finanziellen Notlage auf die Unterstützung ihrer Familie vertrauen.⁸⁶

⁸² Generali Altersstudie 2013, S. 138

⁸³ Generali Altersstudie 2013, S. 142

⁸⁴ Generali Altersstudie 2013, S. 149

⁸⁵ Generali Altersstudie 2013, S. 211

⁸⁶ Generali Altersstudie 2013, S. 212

Die 65- bis 85-jährigen beziehen aber nicht nur Unterstützungsleistungen von ihren Kindern und Enkeln; sie erbringen als Eltern und Großeltern auch solche in großem Umfang in Form von Zeit und Geld:

- 47% betreuen die Enkel und Urenkel
- 38% unterstützen ihre Kinder regelmäßig finanziell
- 37% unterstützen ihre Kinder bei finanziellen Schwierigkeiten
- 36% springen im Krankheitsfall ein
- 30% unterstützen ihre Kinder bei großen Anschaffungen
- 26% legen Geld für die Enkel und Urenkel an
- 25% erbringen kleinere Arbeiten und Reparaturen an Wohnung und Haus
- 20% arbeiten in Haushalt und Garten mit und beteiligen sich an gemeinsamen Ferien und Urlaubsreisen
- 11% helfen den Enkeln und Urenkel bei den Schulaufgaben⁸⁷

3.11 Verhältnis der Generationen zueinander und Wertvorstellungen

Nur wenige der 65- bis 85-jährigen (19%) erwarten künftig einen Generationenkonflikt. Die überwiegende Mehrheit glaubt das nicht (60%). Gründe für einen drohenden Generationenkonflikt werden gesehen in unterschiedlichen Ansichten über Sozialleistungen (13%) und unterschiedlichen Wertvorstellungen (11%). Bei der Debatte über die gerechte Verteilung der Lasten in den Sozialleistungssystemen wird häufig nur unzureichend berücksichtigt, welche – auch finanziellen - Vorteile die jüngere Generation von der älteren hat (finanzielle Unterstützungsleistungen bis hin zu Erbschaften).⁸⁸

Unterschiedliche Wertvorstellungen zwischen Jung und Alt werden von den Älteren sehr wohl gesehen (6,5 auf einer Skala von 0 bis 10). Im Gegensatz zur heutigen Jugend ist für die Älteren weniger wichtig, Spaß zu haben und das Leben zu genießen. Für sie sind familiäre Bindungen, soziale Gerechtigkeit und Hilfe für In-Not-Geratene wichtig.⁸⁹

Praxisbeispiel:

In einem vom Bundesforschungsministerium geförderten Projekt „Gestützte Begegnungen zwischen Hochaltrigen und Vorschulkindern zur Verbesserung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe“ wurden in Kooperation mit Praxispartnern Gelegenheiten zur Begegnung für Jung und Alt entwickelt. Kitas und Altenhilfeeinrichtungen in und um Freiburg ermöglichten diese Begegnungen: in Form von Projekten und alltäglichen Angeboten, zu denen gegenseitige Besuche, gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten gehörten. Informationen zum Projekt unter:

AGP Sozialforschung im FIVE e.V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, Tel.: 0049 - (0)761 / 47812 638, Fax: 0049 - (0)761 / 47812 699, www.intergenerative-begegnungen.de

3.12 Pflegebedürftigkeit

Nach §14 SGB XI sind derzeit in Deutschland Personen pflegebedürftig, „(...) die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“⁹⁰.

⁸⁷ Generali Altersstudie 2013, S. 217

⁸⁸ Generali Altersstudie 2013, S. 226

⁸⁹ Generali Altersstudie 2013, S. 230

⁹⁰ Vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI

„Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien“⁹¹:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung betrug nach der Bundespflegestatistik 2013 in Baden-Württemberg 2,8% und im Landkreis Lörrach 2,7%. Letzteres entspricht 6.031 eingestuftem Pflegebedürftigen (vgl. Tabelle).

Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach 1999 - 2013

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Veränderung 2011 - 2013
Einwohner	216.111	219.149	221.098	221.357	222.528	222.401	223.286	221.943	-0,7%
Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI insgesamt ²⁾	4.728	4.786	4.772	4.474	4.699	4.892	5.441	6.031	+10,8%
Pflegebedürftige pro 1.000 Einwohner	21,9	21,8	21,6	20,2	21,1	22,0	24,0	27,0	+0,3 / 100
Ambulant versorgt	829	961	904	713	796	931	1.139	1.277	+12,1%
Vollstationär versorgt	1.535	1.539	1.603	1.587	1.694	1.688	1.754	1.818	+3,6%
Pflegegeld ³⁾	2.364	2.286	2.265	2.174	2.209	2.273	2.548	2.936	+15,2%

¹⁾ Landesauswertung der Bundespflegestatistik jeweils zum 15.12. (2-jährige Erhebung)

²⁾ Seit 2009 ohne teilstationäre Pflege

³⁾ Pflegebedürftige, die nicht bereits bei der ambulanten bzw. stationären Pflege berücksichtigt sind

92

Tabelle 4: Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach 1999 – 2013

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Lebensalter an. In der Altersgruppe 60 bis unter 80 Jahren sind nur 4,2% pflegebedürftig; bei den 80-jährigen und älteren sind es bereits 28,8%.⁹³ Hintergrund ist das vermehrte Auftreten einer sog. geriatritypischen Multimorbidität im höheren Lebensalter.

⁹¹ Vgl. § 14 Abs. 2 SGB XI

⁹² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionaldatenbank: Pflegestatistik 2013

⁹³ Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen, Berlin 2013

Pflegebedürftigkeit ist zudem weiblich. Zwei Drittel der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen sind Frauen. Frauen sind nicht nur häufiger pflegebedürftig, auch der Umfang der Pflegebedürftigkeit nimmt mit zunehmendem Alter gegenüber Männern schneller zu. Ursachen sind:

- die höhere Lebenserwartung,
- das häufigere Auftreten chronischer Krankheiten und von Multimorbidität,
- der Umstand, dass Frauen häufiger alleine leben, wodurch sich die Kompensationsmöglichkeiten krankheitsbedingter Einschränkungen verringern,
- der Umstand, dass Frauen stärker auf ihre Gesundheit achten und gesundheitspezifische Dienstleistungen in Anspruch nehmen⁹⁴.

68% der Pflegebedürftigen werden außerhalb von Einrichtungen versorgt, 32% in Heimen. Die ambulant versorgten Pflegebedürftigen organisieren überwiegend (69%) ihre Pflege selbst (d.h. sie nehmen Geldleistungen nach SGB XI in Anspruch); 31% erhalten die notwendigen Pflegeleistungen von anerkannten Pflegediensten (d.h. sie nehmen Sachleistungen nach SGB XI in Anspruch).⁹⁵

Eckdaten der Pflegestatistik 2013 für den Landkreis Lörrach

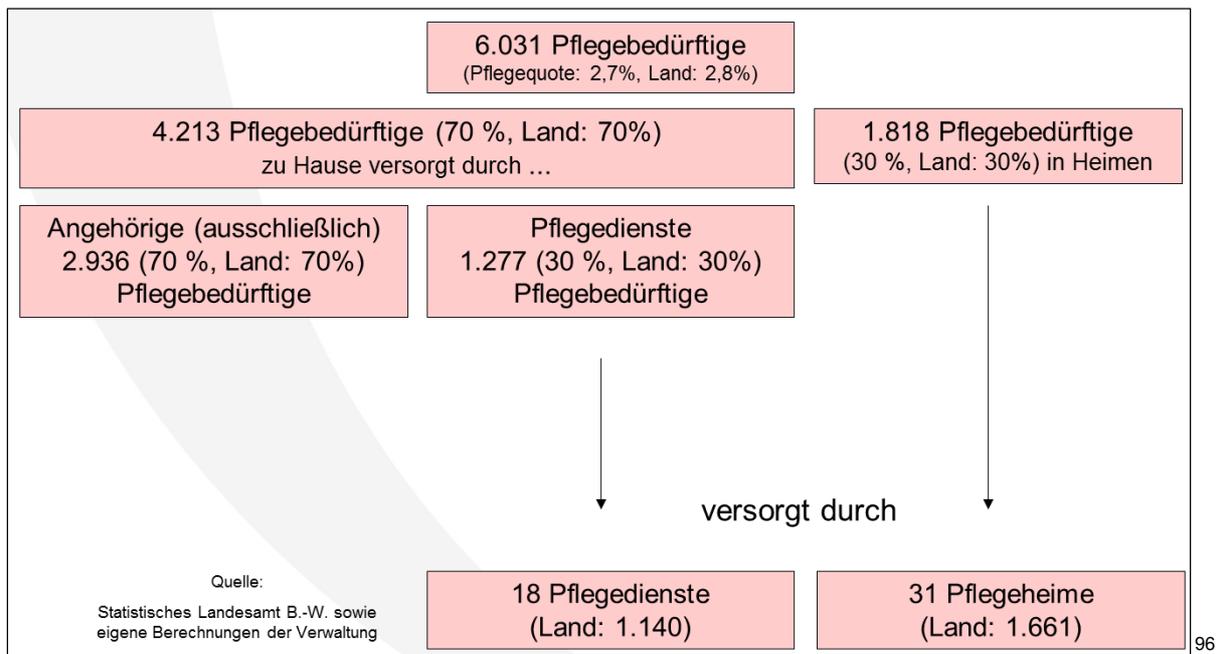


Abbildung 22: Eckdaten der Pflegestatistik 2013 für den Landkreis Lörrach

⁹⁴ Astrid Elsbernd, Sonja Lehmeyer, Ulrike Schilling: So leben ältere und pflegebedürftige Menschen in Deutschland, Lage 2014, S. 35f

⁹⁵ Bei der häuslichen Pflege kann nach SGB XI von der Pflegekasse je nach Pflegestufe finanzielle Unterstützung als Sachleistung (hier wird ein zugelassener Pflegedienst beauftragt) oder als Geldleistung (hier wird die Unterstützung frei eingekauft) gewährt werden.

⁹⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionaldatenbank: Pflegestatistik 2011

Nach der „Status-quo-Modellrechnung“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wird die Zahl der Pflegebedürftigen von 2011 bis 2030 wahrscheinlich um rund 37% auf dann 381.032 Personen steigen.⁹⁷

Bezogen auf den Landkreis Lörrach muss danach im Jahr 2030 von rund 7.500 Pflegebedürftigen ausgegangen werden, d.h. rund 2.000 mehr als im Jahr 2011.

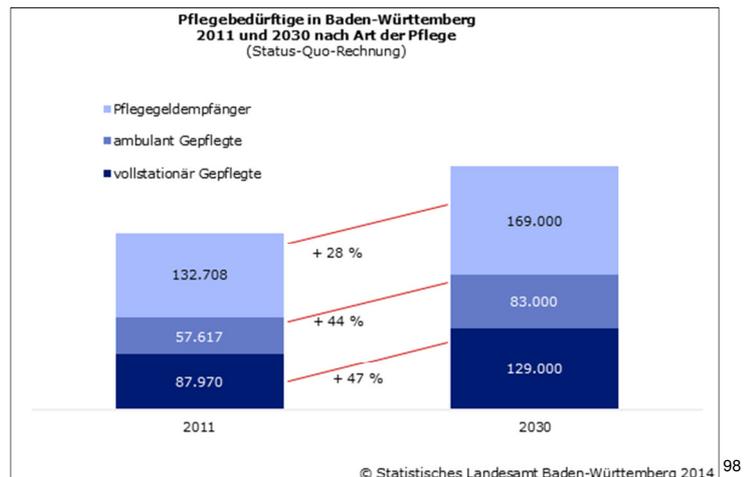


Abbildung 23: Pflegebedürftige in B.-W. 2011 und 2030 nach Art der Pflege

Die Auseinandersetzung mit dem möglichen Eintritt von Pflegebedürftigkeit schieben viele der 65- bis 85-jährigen vor sich hin, nicht selten, weil sie die (körperlichen, geistigen und finanziellen) Folgen von Pflegebedürftigkeit fürchten.⁹⁹ 30% von ihnen (vor allem mit niedrigem Einkommen) befürchten, dass sie sich gute Pflege nicht leisten können.

Im Falle von Pflegebedürftigkeit wünschen sich 67% eine Pflege aus der Familie und nur 47% eine Pflege von außen, nämlich:

- 47% durch den Partner,
- 35% durch die eigenen Kinder,
- 25% durch einen Pflegedienst,
- 20% durch eine persönliche Pflegekraft,
- 9% im Pflegeheim.

Für wahrscheinlich halten 71% eine Pflege aus der Familie (52% die Pflege vom Partner, 46% die Pflege von den Kindern), 69% eine Pflege von außen. 51% halten die (ergänzende) Pflege durch einen Pflegedienst, 24% die Pflege in einem Heim für wahrscheinlich.¹⁰⁰

Die monatlichen Kosten für den Aufenthalt in einem Pflegeheim belaufen sich je nach Pflegestufe im Landkreis Lörrach zwischen 2.721,- € und 3.652,- € und liegen damit über dem Landesschnitt von 2671,- € bis 3.622,- €. Der Eigenanteil an den Heimkosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung liegt je nach Pflegestufe im Landkreis Lörrach monatlich zwischen 1.688,- € (Stufe 1) und 2.281,-€ (Stufe 3) und damit um 50,- € (Stufe 1) bis 179,- € (Stufe 3) über dem Landesschnitt (1.698,- € bis 2.281,- €) (sh. Abbildung).

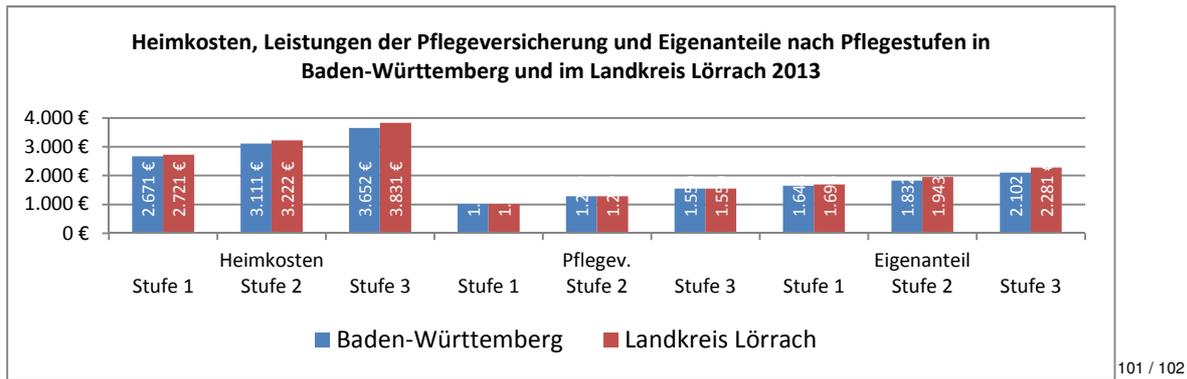
⁹⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 1999 bis 2009 sowie mögliche Entwicklung bis 2050 (Status-Quo-Modellrechnung), Stuttgart 2013. Die Modellrechnung des Statistischen Landesamtes unterstellt (...), dass sich die derzeitigen Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahren nicht wesentlich verändern (Status-Quo-Rechnung). Da sich die Pflegehäufigkeiten sowohl nach dem Geschlecht wie auch nach der Art der Pflege stark unterscheiden und auch nach den Altersjahren variieren, wurden die Pflegehäufigkeiten für die einzelnen Jahrgänge nach dem Geschlecht sowie nach der Art der Pflege getrennt ermittelt. Bei dieser Modellrechnung bleibt allerdings die Möglichkeit unberücksichtigt, dass die bis 2030 bzw. 2050 zu erwartende Verlängerung der Lebenszeit unter Umständen auch zu einer Veränderung des Pflege-risikos führen wird. Weiter ist zu bedenken, dass der derzeit mit 48 Prozent noch recht hohe Anteil von Pflegegeldempfängern vor allem als Folge der Veränderungen in den Familienstrukturen deutlich zurückgehen könnte und stattdessen professionelle Einrichtungen stärker in Anspruch genommen werden. Es ist zudem festzuhalten, dass dieser Vorausschätzung die Bevölkerungsvorausschätzung für Baden-Württemberg mit dem Bevölkerungsstand zum 31. Dezember 2008 zugrunde liegt: <http://www.statistik-bw.de/Pressemit/2014159.asp>

⁹⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, PM Nr. 159/2014 vom 05.05.2014

⁹⁹ Generali Altersstudie 2013, S. 296

¹⁰⁰ Generali Altersstudie 2013, S. 298f

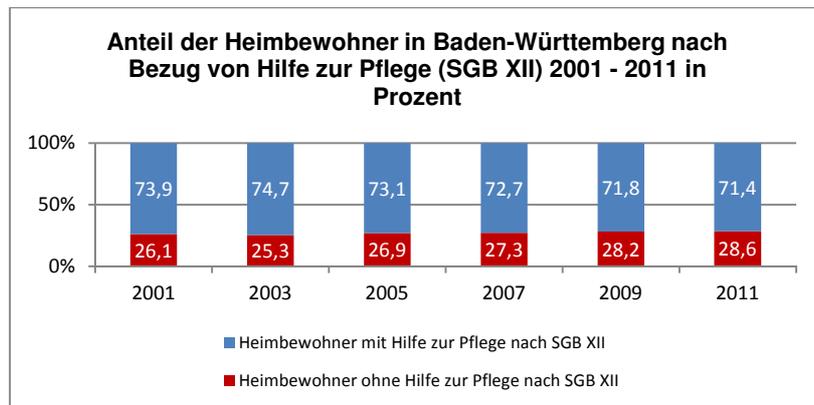
3 Lebenssituation älterer Menschen



101 / 102

Abbildung 24: Heimkosten, Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile nach Pflegestufen in B.-W. und im Landkreis Lörrach 2013

Der Anteil der Heimbewohner, die zur Finanzierung ihres notwendigen Heimaufenthalts Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch nehmen müssen, liegt landesweit bei 28,6% (sh. Abbildung 30).



103

Abbildung 25: Anteil der Heimbewohner in Baden-Württemberg nach Bezug von Hilfe zur Pflege (SGB XII) 2001 - 2011

¹⁰¹ Statistisches Landesamt, http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/Pflege_10.asp

¹⁰² Landratsamt Lörrach - SG Grundsicherung & Pflege, eigene Berechnungen

¹⁰³ KVJS (Hrsg.): Hilfe zur Pflege 2012, S. 28

3.13 Migrationshintergrund

Im Landkreis Lörrach haben 24% der Kreisbewohner/-innen einen Migrationshintergrund (Baden-Württemberg: 26%), d.h. sie sind keine deutschen Staatsbürger/-innen, sind nach 1955 zugewandert oder haben mindestens einen nach 1955 zugewanderten Elternteil.¹⁰⁴

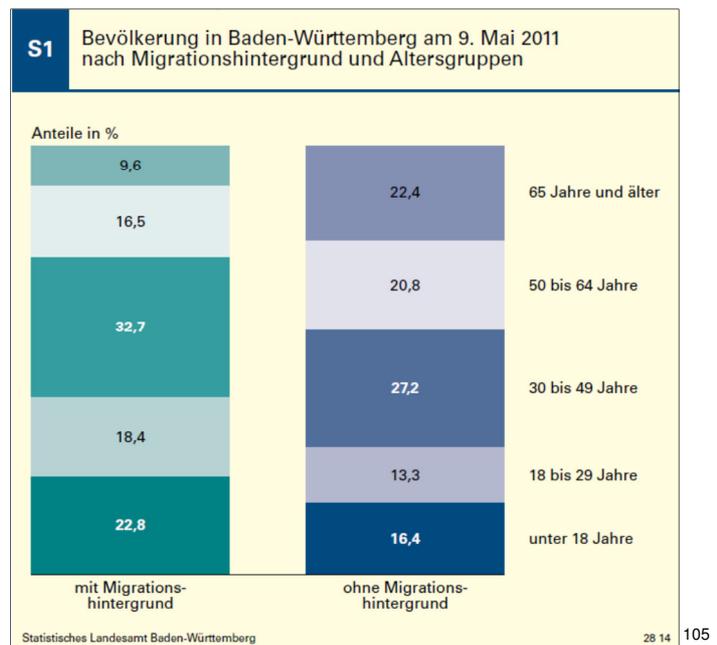


Abbildung 26: Bevölkerung in Baden-Württemberg am 9.5.2011 nach Migrationshintergrund und Altersgruppen

Personen mit Migrationshintergrund¹⁰⁶

- sind in der Altersgruppe „60 Jahre und älter“ gegenüber den Personen ohne Migrationshintergrund (noch) unterrepräsentiert (9,6% gegenüber 22,4%),
- bilden 8% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten,
- bilden 9% der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen,
- bilden 7% der von ambulanten Pflegediensten Pflegebedürftigen,
- sind als Pflegebedürftige häufiger in die Pflegestufe 3 eingestuft,
- sind als Pflegebedürftige im Schnitt etwa 10 Jahre jünger als Personen ohne Migrationshintergrund,
- schätzen ihren Informationsstand über das Leistungsangebot nach dem SGB XI schlechter ein,
- nehmen häufiger Geldleistungen und seltener Sachleistungen, Leistungen für Kurzzeitpflege, häusliche Verhinderungspflege und Hilfsmittel in Anspruch.

¹⁰⁴ Statistisches Landesamt, PM Nr. 189/2014 vom 28. Mai 2014

¹⁰⁵ Statistisches Landesamt B.-W.: Statistisches Monatsheft 2/2014, S. 13-21

¹⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“, Berlin, 2011, sowie Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel, Berlin, 2012

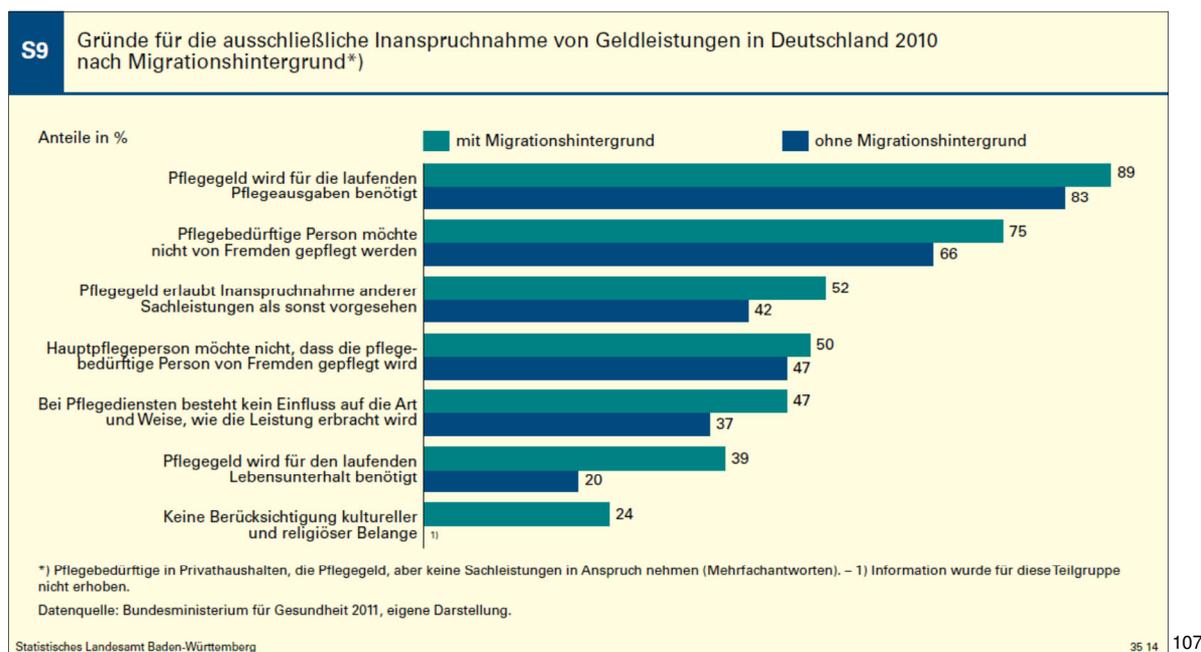


Abbildung 27: Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen in Deutschland 2010 nach Migrationshintergrund

3.14 Zusammenfassung:

- **Altersbilder** sind einem ständigen Wandel unterworfen, dem die Sozialplanung folgen muss. Die Entwicklung geht in Richtung mehr Heterogenität, mehr (soziale) Unterschiede, mehr Vielfalt und mehr Verletzlichkeit.
- **Haushaltssituation:** Ältere Menschen präferieren eine selbstständige Lebensführung, alleine oder zu zweit. Im Landkreis Lörrach leben in gut jedem fünften Haushalt ausschließlich Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. Nur gut 3% der Ü65 leben in einer Gemeinschaftsunterkunft (z.B. Pflegeheim). Frauen leben häufiger alleine und häufiger in Gemeinschaftsunterkünften und sind häufiger verwitwet.
- Der Wunsch nach einer selbstständigen Lebensführung sollte bei der Planung von Angeboten berücksichtigt werden. Die hohe Zahl an reinen Seniorenhaushalten (sehr oft alleinstehende Frauen) weist auf eine Verdichtung von Problemlagen und einen steigenden Bedarf an tragfähigen ambulanten Versorgungsstrukturen zur Vermeidung vorzeitiger Heimaufnahmen hin.
- Die **Erwerbsbeteiligung** der Altersgruppe „Ü65 bis U85“ liegt in Westdeutschland bei 12%, Tendenz steigend. Sie ist bei ehemals selbstständigen Männern und Freiberuflern U70 am höchsten.
- Eine steigende Erwerbsbeteiligung älterer Menschen lässt darauf schließen, dass das Alterseinkommen nicht immer auskömmlich ist. Sie wirkt sich ggf. auch negativ auf das Potential Älterer im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements aus.
- **Finanzielle Situation:** Obgleich die Einkommen der Ü65 in den letzten 40 Jahren deutlicher gestiegen sind als bei den U65, sind landesweit 16,6% der Altersgruppe armutsgefährdet. Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag lag im Landkreis Lörrach im Jahr 2011 deutlich unter, der Quadratmetermiete deutlich über dem Landesschnitt. Die Wohneigentumsquote im Landkreis entspricht in etwa dem Landesschnitt, differiert aber innerhalb des Landkreises stark.

¹⁰⁷ Statistisches Landesamt B.-W.: Statistisches Monatsheft 2/2014, S. 13-21

- Es besteht ein Bedarf an preisgünstigen Wohnraum und an Unterstützungsleistungen. Eine hohe Wohneigentümerquote lässt auf eine geringe Wohnungswechselfähigkeit schließen (Bedarf an Wohnraumanpassung und ambulanten Hilfen).
- **Familiensituation:** Die Mehrheit der Ü65-jährigen lebt mit einem Partner zusammen, wobei dieser Anteil bei den Frauen mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt.
- Direkte Unterstützungsleistungen vom im gleichen Haushalt lebenden Partner können mit zunehmendem Alter immer weniger erwartet werden (vor allem bei Frauen).
- **Wohnsituation:** Die Wohnung ist für ältere Menschen von zentraler Bedeutung für ihre Lebensgestaltung. Sie sind mit ihrer Wohnung und dem Wohnumfeld – auch wenn diese nicht altengerecht ist - sehr zufrieden.
- Die Bereitschaft Älterer, an ihrer Wohnsituation ggf. etwas zu ändern, ist wichtig bei der Planung von Wohn- und Wohnanpassungsangeboten. Die ausgeprägte Bindung zur Wohnung und zum Wohnort unterstreicht die Bedeutung der wohnortnahen Versorgung.
- **Gesundheitliche Situation:** Mit zunehmendem Alter häufen sich chronische Erkrankungen. Die höchsten Zuwachsraten bei den Erkrankungsarten im Alter haben Demenzen. Gesund zu bleiben ist bei älteren Menschen der größte Wunsch, was nicht konsequent in einer gesundheitsbewussten Lebensführung zum Ausdruck kommt.
- Präventive Angebote im Gesundheitsbereich sollten am Stellenwert ansetzen, den die Erhaltung der Gesundheit bei den Älteren hat. Die schnell steigende Zahl demenzieller Erkrankungen erfordert den Ausbau von Entlastungsangeboten für die Betroffenen und die betreuenden Angehörigen.
- **Lebenszufriedenheit:** Insgesamt sind die 65- bis unter 85-jährigen mit ihrer Lebenssituation zufrieden. Sie genießen die Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung, leiden aber unter dem Nachlassen ihrer Konstitution (vor allem in Folge von Erkrankungen). Mit Partner sind ältere Menschen zufriedener; allerdings wünschen sich nur wenige eine neue Partnerschaft.
- Präventive Angebote sollten an den Wünschen der Älteren ansetzen.
- **Alltagsgestaltung:** Die meiste Zeit verbringen ältere Menschen mit haushaltsbezogenen Tätigkeiten und mit Medienkonsum. 40% unternehmen keine regelmäßigen außerhäuslichen Aktivitäten. Ältere Menschen reisen öfter.
- Ggf. besteht hier eine Ansatzmöglichkeit, ältere Menschen für noch mehr bürgerschaftliches Engagement zu gewinnen.
- **Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie:** Ältere Menschen werden von ihren Familien bei (technischen) Problemen in Haushalt oder bei größeren Anschaffungen unterstützt. Sie erbringen in größerem Umfang (auch finanzielle) Unterstützungsleistungen für ihre Kinder und Enkel.
- Art und Umfang regelmäßiger intensiver Unterstützungsleistungen aus der Familie zeigen die Begrenztheit informeller und den wachsenden Bedarf ambulanter Hilfen auf. Das große Engagement Älterer für ihre Familien ist ein wichtiges Argument für den Erhalt der Generationensolidarität.
- **Verhältnis der Generationen untereinander:** Die Mehrheit der Älteren befürchtet in Zukunft keinen Generationenkonflikt. Mögliche Gründe werden in unterschiedlichen Ansichten über Sozialleistungen und unterschiedlichen Wertvorstellungen gesehen.
- Solidarität der Generationen untereinander muss gelebt werden. Dazu bedarf es immer wieder neuer Anstöße (auch von außen).
- **Pflegebedürftigkeit:** Der Anteil der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI liegt im Landkreis Lörrach mit 2,7% unter dem im Land und im Bund. Betroffen sind vor allem die

Über-80jährigen und vor allem Frauen. Die Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis wird nach dem aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff von 6.031 im Jahr 2013 voraussichtlich auf rund 7.500 im Jahr 2030 steigen. Die Mehrzahl der Älteren wünscht sich die Pflege durch Angehörige.

Daraus folgt ein wachsender Bedarf an Entlastungsangeboten für die Familien und an zusätzlichen (ggf. alternativen) Pflegeeinrichtungen und –angeboten.

- **Migrationshintergrund:** Etwa jeder vierte Kreisbewohner hat einen Migrationshintergrund. Sie nehmen aktuell seltener ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Anspruch, sind als Pflegebedürftige 10 Jahre jünger und häufiger in der Pflegestufe 3 eingestuft. Sie nehmen häufiger Geldleistungen und seltener Sachleistungen nach dem SGB XI in Anspruch.

Hieraus folgt die Bedeutung des interkulturellen Ausbaus der Pflegeeinrichtungen und der Verbesserung des Informationsstands der Menschen mit Migrationshintergrund.

4 Unterstützung für ein gelingendes Altern

4.1 Orientierung in der nachberuflichen Lebensphase

Immer mehr ältere Menschen bleiben immer länger geistig und körperlich fit, haben aber ganz andere Interessen als die älteren Generationen vor ihnen. Viele würden - frisch im Ruhestand - erst einmal auf Reisen gehen und viel unterwegs sein. Aber: Irgendwann kommen sie auf ihr Wohnquartier zurück und brauchen hier Betätigungsmöglichkeiten, aber auch Dienstleistungen, Begegnungen und Kontakte.

Ca. 12% der 65- bis 85-jährigen (mehr Frauen als Männer) sind noch zumindest geringfügig oder in Teilzeit beschäftigt¹⁰⁸ Für die überwiegende Mehrzahl der älteren Menschen geht der Eintritt in die nachberufliche / nachfamiliäre Lebensphase sehr oft einher mit einem Rollenverlust und dem Verlust an Selbstwert. Zu deren Überwindung bedarf es der Auseinandersetzung und Identifikation mit der neuen Rolle, Selbstbestätigung und persönliche sowie gesellschaftliche Anerkennung zu finden und den Tagesablauf neu zu strukturieren.

Bürgerschaftliches Engagement ist das freiwillige, unentgeltliche Engagement außerhalb der Familie für das Gemeinwesen. Für ältere Menschen bedeutet freiwilliges Engagement das Eingebundensein in eine Gemeinschaft, Kontakt zu anderen Menschen und oftmals Sinngebung und Strukturierung des Alltags. Das Engagement vermittelt das Gefühl, gebraucht zu werden, Verantwortung tragen zu können und es eröffnet die Gelegenheit, neue Erfahrungen zu machen, zu lernen und sich weiterzubilden.

Situation

Knapp 1 Drittel der 65jährigen und Älteren in Baden-Württemberg¹⁰⁹ sind durchschnittlich 4 Stunden pro Woche¹¹⁰ freiwillig engagiert, davon gut die Hälfte gleich in mehreren Bereichen¹¹¹, vor allem im kirchlichen und religiösen Bereich (15%), im Bereich Freizeit und Geselligkeit (14%), im Bereich Sport und Bewegung (12%), im Bereich Kultur und Musik (12%), im Gesundheits- oder Sozialbereich (10%) und in sonstigen Bereichen (24%)¹¹²

Ältere Menschen engagieren sich bürgerschaftlich vor allem, wenn

- es ihnen Spaß macht (70%),
- die Tätigkeit interessant ist (60%),
- sie den Zeitpunkt und Umfang ihres Einsatzes selbst bestimmen können (59%),
- sie das Gefühl haben, anderen helfen zu können (51%),
- sie sich nicht langfristig binden müssen (59%),
- sie weitgehend selbst bestimmen können, wie sie die Aufgabe erledigen (45%),
- sie dabei Kontakt zu anderen haben (44%),
- sie das Gefühl haben, mit ihrer Tätigkeit etwas zu bewegen (42%),
- sie das Gefühl haben, etwas Nützliches zu tun (37%),
- sie dadurch Abwechslung im Alltag erleben (35%).¹¹³

Einen erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft Älterer zum bürgerschaftlichen Engagement haben

- das Geschlecht (50% der Männer, 41% der Frauen),
- das Alter (50% der 65-69-jährigen, 48% der 70-74-jährigen, 45% der 75-79-jährigen, 29% der 80-85-jährigen),

¹⁰⁸ Generali Altersstudie 2013, S. 89

¹⁰⁹ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 13

¹¹⁰ Generali Altersstudie 2013, S. 353

¹¹¹ Generali Altersstudie 2013, S. 346

¹¹² Generali Altersstudie 2013, S. 344

¹¹³ Generali Altersstudie 2013, S. 358

4 Unterstützung für ein gelingendes Altern

- die Schulbildung (61% der Befragten mit höherer Schulbildung, 44% der Befragten mit mittlerer Schulbildung, 32% der Befragten mit einfacher Schulbildung),
- die Wohnortgröße (am stärksten ist das BE ausgeprägt in Gemeinden zwischen 5.000 und 20.000 Einwohnern) und
- der Gesundheitszustand (Bereitschaft zum BE ist am größten bei gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand).¹¹⁴

Für fast jeden Fünften unter den 65-85-jährigen käme ein stärkeres Engagement (durchschnittlich von rund 6 Stunden / Woche) in Frage.¹¹⁵ Ein soziales Pflichtjahr findet bei den 65-85-jährigen keine Akzeptanz.¹¹⁶

Zielvorstellung

- Der Landkreis sollte sicherstellen, dass es ausreichend sinnstiftende Betätigungsmöglichkeiten für ältere Menschen gibt und diese ihnen bekannt sind.¹¹⁷

Ziel 4.1.1

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis zum Jahr 2030 sichergestellt ist, dass es kreisweit unterschiedliche, bedarfsgerechte sinnstiftende Betätigungsmöglichkeiten für ältere Menschen gibt.

Mögliche Maßnahmen

- Für Angebote zum bürgerschaftlichen Engagement im Alter werben (Tag des Bürgerengagements, Projektmittelförderung)
- Öffentlichkeitsarbeit (Projekt- und Mitmachbörse, Information im Rahmen von Veranstaltungen zur Vorbereitung auf den Ruhestand)
- Ideengeber
- Auf die Erwartungen und Motive Älterer gegenüber dem bürgerschaftlichen Engagement eingehen und das Engagement begünstigende Rahmenbedingungen schaffen (z.B. kostenlose Bereitstellung von Räumen oder Vervielfältigungsmöglichkeiten)

4.2 Soziale Kontakte

Gemeinschaft ist wichtig. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er ist so sehr auf die Gemeinschaft anderer angewiesen, dass sogar seine Gesundheit massiv davon beeinflusst wird. Zu den wichtigen Ressourcen, die Gesundheit und Widerstandskraft gegen negative Einflüsse bestimmen, zählen auch Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen. Einsamkeit erhöht das Risiko schwerer Erkrankungen. Auch der Umkehrschluss ist richtig: Wer Gemeinschaft pflegt, fühlt sich nicht nur gesünder, er oder sie lebt auch länger. Gerade für ältere Menschen ist daher ein funktionierendes Netzwerk wichtiger Teil der persönlichen Gesundheits- und Altersvorsorge.

Situation

Der Verlust an sozialen Kontakten (z.B. zu Arbeitskollegen) ist beim Eintritt in die nachberufliche Lebensphase nahezu unvermeidlich. Hinzu kommt, dass infolge der beruflich bedingten

¹¹⁴ Generali Altersstudie 2013, S. 341

¹¹⁵ Generali Altersstudie 2013, S. 365

¹¹⁶ Generali Altersstudie 2013, S. 361

¹¹⁷ Beispiele sind das Projekt „miteinander – füreinander“ und die Freiwilligenagentur Rheinfelden sowie die „Projekt- und Mitmachbörse“ des Landkreises

Mobilität auch der Kontakt zur eigenen Familie nicht mehr in der früher üblichen Intensität möglich ist. Auch der intergenerative Dialog (z.B. zu Kindern und Enkeln) leidet hierunter.

Es bedarf Begegnungsangebote zum Knüpfen neuer sozialer Kontakte (sog. Wahlbekanntschaften) zur Ergänzung der Familie sowie Kontakte zwischen den Generationen.

Offene Treffpunkte bieten Gelegenheit zur Begegnung durch Information, Geselligkeit und Bewegung. Auch das Kaffeetrinken an einem fremden Ort ist für einige ältere Menschen Aktivierung (was mit dem Kulturkonsum der Jüngeren vergleichbar ist). Sie gibt es in nahezu jeder Stadt und größeren Gemeinde. Die Angebote sind traditionell vom bürgerschaftlichen Engagement geprägt. Vor allem in städtisch geprägten Regionen werden die klassischen Altnachmittage und Seniorenkreise mit passiven Angeboten zunehmend weniger nachgefragt. Es kommen kaum jüngere Senioren dazu. Beklagt wird auch ein Helferrückgang. Zugleich nimmt die Individualität der Nutzer zu. Die Angebote der offenen Altenarbeit werden ergänzt durch Angebote in Vereinen und Bildungseinrichtungen.

Zunehmend nachgefragt werden Angebote mit praktischer Informations- und Wissensvermittlung (z.B. Computer, Bedienung technischer Geräte), gemeinsame Unternehmungen im kleinen Kreis, Netzwerkprojekte (z.B. „Gehen & mehr“), die Möglichkeit zur spontanen Teilnahme, Interessengruppen, quartiersbezogene Angebote.

Wichtig dabei ist, dass die Angebote bekannt sind (Öffentlichkeitsarbeit) und sich nicht gegenseitig behindern (Anbietwork), dass Stigmatisierungen vermieden und der Generationendialog / Dialog mit Migrant*innen unterstützt werden (z.B. zentrale Begegnungsorte: Projekt Mehrgenerationenhaus).¹¹⁸

Zielvorstellung:

- Der Landkreis sollte als Ideengeber (Best Practice) fungieren, als Plattform für Netzwerkkontakte dienen und Ansprechpartner für die Städte und Gemeinden sein. Er sollte dazu beitragen, dass wohnortnahe, bedarfsgerechte, an der jeweiligen Zielgruppe orientierte und vielseitige Begegnungsmöglichkeiten für ältere Menschen (auch generationenübergreifend) bestehen und die Bildung von Wahlbekanntschaften unterstützt wird.
- Die bestehenden Angebote sollten bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.
- Es sollte auch Angebote für Einkommensschwache geben.
- Der Bereich der offenen Altenarbeit sollte aufgewertet werden.

Ziel 4.2.1:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche, bedarfsgerechte, zielgruppenorientierte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, miteinander und mit anderen Generationen in Kontakt zu treten und Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.

Mögliche Maßnahmen:

- Besondere Angebote für ältere Menschen mit starken Mobilitätseinschränkungen, Kontaktschwierigkeiten, Neuzugezogene, Hochaltrige.
- Angebote auch für Einkommensschwache (z.B. „Semesterkarte“ im Treffpunkt ab 50 – jetzt „**PlusPunktZeit**“ - in Lörrach)
- Intergenerative und interkulturelle Begegnungsorte, in denen eine Kultur des Voneinanderlernens und Miteinandergestaltens entstehen kann

¹¹⁸ Beispiele sind der Treffpunkt Gambrinus in Rheinfelden und der **PlusPunktZeit** in Lörrach

4.3 Bewegung / Sport / Gedächtnistraining

Körperliche und geistige Aktivität im Alter sind lebensverlängernd. Auch bewerten aktive ältere Menschen ihr Leben positiver.

Das Spaziergehen ermöglicht auch bei eingeschränkter Fitness ausreichend Bewegung zu erhalten. 56% der 65-85jährigen gehen mehrmals pro Woche spazieren, weitere 13% wenigstens einmal pro Woche. Auch von den 80-85jährigen gehen noch 62% mindestens einmal pro Woche spazieren.¹¹⁹

Die ältere Generation ist sportlich aktiver als ihre Vorgängergenerationen.¹²⁰ Wer in jungen Jahren sportlich aktiv war, behält das auch im Alter bei.¹²¹ Dies belegt, wie wichtig das Heranführen an eine sportliche Betätigung bereits in jungen Jahren ist.

Sportliche Betätigung im engeren Sinne findet bei den 65-85jährigen wesentlich seltener statt. 21% der 65-85jährigen treiben noch mehrmals pro Woche Sport, 16% zumindest 1 mal pro Woche. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der sportlich Aktiven deutlich ab.

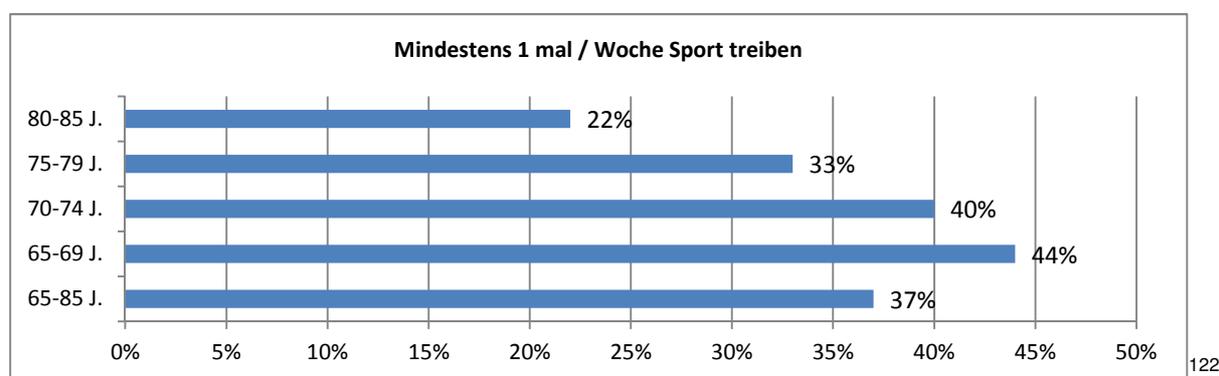


Abbildung 28: Sportliche Aktivitäten der 65-85-jährigen (mindestens 1 mal / Woche)

Nachlassende körperliche Fitness geht häufig mit nachlassender geistiger Fitness einher. Zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Fitness bedarf es entsprechender Angebote.

Situation / Bestand

Im Landkreis Lörrach gibt es regelmäßige Bewegungsangebote (Gymnastik, Schwimmen, Tanzen, Wandern, Spaziergänge, Gedächtnistraining) in allen Städten und größeren Gemeinden. Anbieter sind neben den politischen Gemeinden, die Kirchen, freien Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, aber auch private Initiativen.¹²³ Teilweise sind Bewegungsangebote auch in die Angebote in den offenen Treffpunkten integriert.

Die TeilnehmerInnen entrichten in der Regel einen Teilnehmerbeitrag. Die Angebote können unter bestimmten Voraussetzungen aus dem Fritz-Berger-Fonds für den Landkreis und die Stadt Lörrach gefördert werden.

Die vorhandenen Angebote werden gut in Anspruch genommen. Allerdings kommen kaum neue TeilnehmerInnen hinzu (auch weil die Angebote ausgebucht sind). Es fällt zunehmend schwer, neue GruppenleiterInnen zu finden, weil die Grundausbildung sehr zeitintensiv ist und regelmäßig Fortbildungen besucht werden müssen.

Nicht erreicht werden stark mobilitätseingeschränkte ältere Menschen.

¹¹⁹ Generali Altersstudie 2013, S. 270: Spaziergehen – Bewegung an der frischen Luft

¹²⁰ Generali Altersstudie 2013, S. 48

¹²¹ Generali Altersstudie 2013, S. 272

¹²² Generali Altersstudie 2013, S. 272

¹²³ Landkreis Lörrach (Hrsg.): Älter werden heute. Ein Ratgeber, 10. Auflage 2011, S. 24ff

Zielvorstellungen

- Ältere Menschen – auch bei starken Mobilitätseinschränkungen - sollten motiviert werden, Bewegungs-, Ausdauer- und Krafttraining sowie Beweglichkeitsübungen in den Alltag zu integrieren (Beispiel „Fünf Esslinger“). Dabei kann am hohen Stellenwert angesetzt werden, den Gesundheit für ältere Menschen hat.
- Es sollte in jeder Gemeinde regelmäßige bedarfsgerechte Bewegungsangebote geben.

Ziel 4.3.1:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche bedarfsgerechte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten bzw. zurückzugewinnen.

Mögliche Maßnahmen:

- Umsetzung des Projekts „Aktivierender Hausbesuch“ im Rahmen der Gesundheitskonferenz¹²⁴
- Übernahme einfacher Übungsprogramme in die bestehenden Angebote der offenen Altenarbeit (Bsp. „5 Esslinger“¹²⁵)
- Hinweis auf bestehende Bewegungsangebote durch niedergelassene Ärzte (z.B. durch ein sog. „grünes Rezept“)
- Einführung neuer Formen von Bewegungsangeboten, bei denen z.B. Bewegung mit Begegnung verbunden wird (Bsp.: Projekt „Gehen und mehr“ des **PlusPunktZeit** in Lörrach)

¹²⁴ Vgl. Projekt PRÄSENZ in Rheinfelden

¹²⁵ Die „Fünf Esslinger“ sind eine wissenschaftlich begründete Auswahl von Übungen mit dem Ziel, eine optimale Erhaltung des Bewegungssystems zu erzielen. Es werden die wichtigsten Fitnesskomponenten auf sehr einfache Weise und ohne Hilfsmittel trainiert: Kraft, Schnelligkeit, Balance und Dehnbarkeit:
www.sporlastic.de/de/pi_pdf/Fuenf-Esslinger.pdf

5 Wohnen im Alter

Die Wohnung, ihr Umfeld und dessen Infrastruktur sind entscheidend für ein selbständiges Leben im Alter. Selbst bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung ziehen ältere Menschen ihre eigene Wohnung und das bekannte Wohnumfeld vor (vgl. Kap. 3.6 Wohnsituation). Umzüge in Alten- und Pflegeheime finden vor allem erst bei schwerer oder zunehmender Pflegebedürftigkeit statt.

Laut einer in den Jahren 2010/2011 vom Institut TNS-EMNID Medien- und Sozialforschung GmbH durchgeführten Befragung halten 95% der befragten Ü50 die Möglichkeit, Hilfe und Pflege zuhause zu bekommen, für wichtig oder sehr wichtig für ein selbständiges Leben im Alter¹²⁶. Dem steht entgegen, dass

- die Anzahl verfügbarer Sozialwohnungen begrenzt ist. Anspruch hätten bundesweit 5,6 Mio Haushalte. Es gibt aber nur 1,6 Mio gebundene Wohnungen¹²⁷. Die öffentlichen Mittel für den sozialen Wohnungsbau wurden in den letzten Jahren drastisch gekürzt¹²⁸. Aus der Wohnungsbindung kaufen sich Wohnungsunternehmen häufig aus, weil sie die Wohnung auf dem freien Markt besser vermarkten können¹²⁹.
- die vorhandenen bezahlbaren Wohnungen – vor allem in den Städten und großen Gemeinden - immer teurer werden¹³⁰.
- es insbesondere an Wohnungen für Einkommensschwache bzw. bei besonderen Bedarfslagen fehlt¹³¹. Dies ist ein besonderes Entwicklungshemmnis bei der Ambulantisierung und Flexibilisierung der Wohnangebote für ältere Menschen.

5.1 Wohnungsanpassung

Die Mehrheit der Ü50 möchte lieber ihre aktuelle Wohnung altersgerecht umbauen statt umziehen¹³². Im Gegensatz zur geplanten barrierefreien Wohnung geht es bei der Wohnungsanpassung nur um die Anpassung an die Bedürfnisse der aktuell darin lebenden Bewohner.¹³³ Die Umsetzung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen kann an der Finanzierung scheitern. Wohnungsanpassungsmaßnahmen durch den Vermieter können dazu führen, dass die Mieten für die aktuellen Bewohner nicht mehr tragbar sind.

Es fehlt im Landkreis derzeit an einer flächendeckenden neutralen Wohnanpassungsberatung.

5.2 Altengerechte (barrierefreie) Wohnung

Laut einer in den Jahren 2010/2011 vom Institut TNS-EMNID Medien- und Sozialforschung GmbH durchgeführten Befragung halten 81% der befragten Ü50 Barrierefreiheit innerhalb und außerhalb der Wohnung für wichtig oder sehr wichtig für ein selbständiges Leben im Alter¹³⁴.

Der Begriff "Altenwohnung" ist nicht gesetzlich geschützt. Er begründet u.a. keinen Anspruch auf Barrierefreiheit. Aus der Bezeichnung alleine kann nicht auf die Barrierefreiheit von Wohnraum geschlossen werden. Nach einer Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Al-

¹²⁶ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTd 17/12144, S. 15

¹²⁷ BdW, 2/2013, S. 43-45

¹²⁸ BdW, 2/2013, S. 43-45

¹²⁹ BdW, 2/2013, S. 43-45

¹³⁰ BdW, 2/2013, S. 43-45

¹³¹ BdW, 2/2013, S. 43-45

¹³² Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTd 17/12144, S. 15

¹³³ Gemeindegtag B.-W., Landkreistag B.-W., Städtetag B.-W., Kommunalverband für Jugend und Soziales B.-W., Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren B.-W. (Hrsg.), Barrierearm Wohnen – Empfehlungen für die Anpassung des Wohnungsbestands, Stuttgart 2014

¹³⁴ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTd 17/12144, S. 15

tershilfe (KDA) aus dem Jahr 2009 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung weisen nur etwa 5% der von älteren Menschen bewohnten Wohnungen keine Barrieren auf.¹³⁵

Bundesweit werden bis zum Jahr 2020 zusätzlich ca. 3 Mio barrierefreie / barrierearme Wohnungen benötigt. Bei realistisch 200.000 neuen Wohnungen pro Jahr ist der Bedarf nur durch den zusätzlichen Umbau vorhandenen Wohnraums zu decken.

5.3 Wohnen mit Service / Betreuung

Unter betreuten Altenwohnungen (auch: betreute Seniorenwohnungen) werden abgeschlossene barrierefreie Wohnung in einer Wohnanlage mit Grundleistungen und Wahlleistungen verstanden.

Beim sog. „betreuten Wohnen zuhause“ verbleiben die Bewohner in ihrer herkömmlichen Wohnung, können jedoch vertraglich zugesicherte Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Zielgruppe sind SeniorInnen im Alter von 75 und mehr Jahren mit leichterem Hilfebedarf.

Der Bedarf an betreuten Seniorenwohnungen ist ortsbezogen zu beurteilen mit 2 – 3% der Ü65. Eine Überversorgung ist nicht zu befürchten. Im Landkreis Lörrach lag der Bedarf danach im Jahr 2016 bei 918 – 1.377 Wohnungen. Er wird bis zum Jahr 2020 auf 963 bis 1.445 Wohnungen und bis zum Jahr 2030 auf 1.193 bis 1.789 Wohnungen steigen.¹³⁶

In Baden Württemberg gibt es aktuell ca. 20.000 betreute Seniorenwohnungen, Der Versorgungsgrad liegt bei 2,57 % der Ü65 (Deutschland: 1,57 %).¹³⁷ Im Landkreis Lörrach gab es – soweit der Verwaltung bekannt – im Jahr 2016 917 betreute Seniorenwohnungen. Der Versorgungsgrad liegt damit im Landkreis bei 2,00 %.

Inwieweit das betreute Wohnen auch bei Pflegebedürftigkeit den Verbleib in der Wohnung ermöglichen kann hängt sehr stark von der Leistungsfähigkeit des ambulanten Versorgungsangebots im Umfeld ab. Herausforderungen bei betreuten Seniorenwohnanlagen sind:

- die mangelnde Kosten- und Leistungstransparenz,
- die Qualitätssicherung¹³⁸,
- die Integration von Pflege.

5.4 Wohnen im Quartier

Bei der Schaffung von Wohnraum für Senioren wird zunehmend darauf Wert gelegt, soziale Lebensräume generationengerecht zu gestalten (Sozialraumorientierung) und dabei die künftigen Bewohner schon frühzeitig am Planungsprozess zu beteiligen (Wechsel von der Versorgungs- zur Mitwirkungsgesellschaft). Altengerecht planen heißt zugleich generationenübergreifend planen¹³⁹. Ziele von Quartierskonzepten sind:

- die Erhaltung des selbständigen Wohnens im vertrauten Wohnumfeld,
- die Stärkung von Eigeninitiative und gegenseitiger Hilfe.

¹³⁵ BMVBS (Hrsg.), Wohnen im Alter, Reihe: Forschungen, Heft 147, Mai 2011

¹³⁶ Eigene Berechnungen der Verwaltung aufgrund der Bevölkerungsvorausrechnung des Stat. Landesamtes B.-W. bis zum Jahr 2030 auf der Basis des Zensus 2011

¹³⁷ Ursula Kremer Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Neue Wohnformen im Alter, Klausurtagung der AFB-BW am 14./15.05.2013 in Allensbach-Hegne

¹³⁸ Das Qualitätssiegel für Betreutes Seniorenwohnen Baden-Württemberg (1996) beschreibt die Anforderungen an betreutes Wohnen in einem Handbuch, das von Gemeindetag, Landkreistag und Städtetag herausgegeben wird. Die Geschäftsstelle ist beim KVJS B.-W. angesiedelt.

¹³⁹ "Wer ohne Einseitigkeiten altengerecht plant, kann in den Wohnquartieren für andere Generationen nichts falsch machen. Wer die Alten vergisst, macht alles falsch." (Bruno Schmaus, 1999: Alte Menschen in ihren Wohnquartiersbezügen, Wiesbaden)

Quartiersbezogene Konzepte ermöglichen eine Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen. Sie sind auch für Bewohner aus der Nachbarschaft offen. Quartierskonzepte ermöglichen durch die Einbeziehung anderer Dienstleister eine kleinräumige Betreuung (z.B. externe Essensversorgung, Freizeitangebote etc.). Sie müssen durch ein Verkehrsnetz ergänzt werden, das Mobilität fördert. Quartierskonzepte können das Zusammenleben der Generationen fördern und der Landflucht begegnen.

5.5 Wohnen in Gemeinschaft

Typisch für gemeinschaftliche Wohnformen im Alter ist die besondere Qualität des Zusammenlebens. Die Bewohner spielen eine wichtige Rolle bei der Projektentwicklung (Selbstorganisation) und leisten im niedrighwelligen Bereich bei Bedarf gegenseitige Hilfen. Auch werden häufig gemeinschaftsfördernde Elemente in den Baukonzepten berücksichtigt (z.B. Gemeinschaftsräume). Herausforderungen bei der Umsetzung sind:

- der Gruppenfindungsprozess,
- geeignete Wohnmöglichkeiten,
- Kooperationspartner,
- Fördermöglichkeiten und die Belegungsbindung,
- die Nachfolgebelegung,
- die Integration von Pflege.

Zielgruppe für gemeinschaftliche Wohnformen sind vor allem jüngere Senioren nach der Berufs- und Familienphase.

Nach einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenorganisationen (BAGSO) aus dem Jahr 2005 trugen sich rund 16% der Befragten (Durchschnittsalter 69 Jahre) mit dem Gedanken, in ein gemeinschaftliches Wohnprojekt zu ziehen; einer älteren Erhebung des BHW zufolge sind dies in der Altersgruppe der 40- bis 50-jährigen sogar 48%.¹⁴⁰

5.6 Wohnen gegen Hilfe

Ältere Menschen benötigen häufig Unterstützungsleistungen (z.B. beim Einkaufen, bei der Kehrwoche etc.). Sie verfügen häufig über leerstehende Räume. Studenten sind oft auf eine kostengünstige Unterkunft angewiesen.

Wohnen für Hilfe wird vor allem an Hochschulstandorten praktiziert, wo häufig Mangel an bezahlbarem Wohnraum für Studenten besteht. Das Angebot basiert auf der Idee, Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen aus verschiedenen Generationen zusammenzuführen. SeniorInnen, die einen eigenen Haushalt führen und sich Gesellschaft, Unterstützung und Sicherheit durch einen Studierenden wünschen, stellen Wohnraum zur Verfügung. Im Gegenzug unterstützt der Studierende den Wohnraumanbieter bei der Verrichtung alltäglicher Dinge.

Die Unterstützungsleistungen richten sich nach den Bedürfnissen der Wohnraumanbieter. Denkbar sind zum Beispiel:

- Hilfen im Haushalt,
- Gartenarbeit,
- Einkaufen,
- Tierpflege,
- Spaziergänge,
- Gesellschaft leisten,
- Kinderbetreuung etc.

¹⁴⁰ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTd 17/12144, S. 15

Pflegeleistungen jeglicher Art sind jedoch von den Unterstützungsleistungen ausgeschlossen. Zwischen den Wohnpartnern wird ein Vertrag (Wohnraumüberlassungsvertrag) geschlossen, in dem die jeweiligen Unterstützungsleistungen vereinbart werden. Vor allem Art und Umfang der Unterstützung sowie die Höhe der Nebenkosten finden hier Berücksichtigung. Beide Seiten profitieren innerhalb der Wohnpartnerschaft durch ein Geben und Nehmen. Das Prinzip „Wohnen für Hilfe“ ist einfach. Die Faustregel lautet: Pro Quadratmeter überlassenen Wohnraum leisten die Studierenden eine Stunde Hilfe im Monat. Die Nebenkosten, wie Strom, Heizung und Wasser, tragen die Studierenden¹⁴¹.

5.7 Wohnen mit Pflege

Beim Wohnen mit Pflege handelt es sich um das gemeinschaftliche Zusammenleben von bis zu 12 Pflegebedürftigen. Jeder Bewohner hat ein eigenes Zimmer (teilweise mit eigenem Duschbad / WC). Gemeinsam nutzt man Wohnküche, das Bad und andere Gemeinschaftsräume. Eine sog. Präsenzkraft organisiert das Gruppenleben und den Haushalt. Weitere individuell notwendige Hilfen werden von zusätzlichen Pflegekräften geleistet.

Die Pflegeversicherung unterstützt die Bildung ambulant betreuter Wohngemeinschaften durch einen Zuschlag von 200,- € pro Bewohner und Monat (§ 38a SGB XI) sowie Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds. Der Anspruch auf ambulante Pflegeleistungen bleibt bestehen.

Ambulant betreute Pflege-WGs sind noch nicht sehr verbreitet. Mitte 2012 gab es bundesweit ca. 1.400 ambulant betreute WGs, davon, ca. 15 in Baden-Württemberg.¹⁴²

Insbesondere für kleinere Gemeinden und dezentrale Orts- und Stadtteile können die an der eigenen Häuslichkeit orientierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften einen innovativen Ansatz und Anreiz für neue Konzepte zur Versorgung älterer Menschen oder Menschen mit Behinderungen bieten. Herausforderungen sind:

- das fehlende Wohnangebot,
- die fehlende Unterstützung bei der Umsetzung¹⁴³,
- das Finanzierungsproblem,
- die noch unklare sozialrechtliche Verortung,
- die Qualitätssicherung.

5.8 Technikunterstütztes Wohnen

Eine Möglichkeit, die einsetzende Leistungsreduktion und Mobilitätseinschränkung im Alter zu kompensieren, ist der Einsatz von technischen Lösungen zur Unterstützung und Verrichtung der Dinge des täglichen Lebens. Das „Technikunterstützte Wohnen“ (Ambient Assisted Living) soll für ältere Menschen - auch bei Pflege- und Betreuungsbedarf - die Lebensqualität, Fähigkeit zur Selbstversorgung und Selbstbestimmung erhöhen, räumliche und soziale Barrieren abbauen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.

¹⁴¹ Beispiele: Studentenwerk Freiburg, Wohnen für Hilfe, Köln, www.wfh-koeln.de. Eine Recherche bei der DHBW Lörrach ergab, dass die Studierenden sich immer nur kurze Zeit in Lörrach aufhalten und dann auch konzentriert arbeiten müssen. Aus studentischer Sicht wird daher aktuell kein Bedarf gesehen.

¹⁴² Ursula Kremer Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Neue Wohnformen im Alter, Klausurtagung der AFB-BW am 14./15.05.2013 in Allensbach-Hegne

¹⁴³ Die Fachstelle für ambulant betreute Wohnformen Baden-Württemberg (FaWo) (Senefelderstraße 73, 70176 Stuttgart, Tel. 0711 6375-763 bzw. -761, fawo@kvjs.de) steht örtlichen Beratungsstellen, Stadt- und Landkreisen, Gemeinden sowie Einrichtungs- und Bauträgern zur Verfügung. Sie erhalten Informationen und Beratung, wie sie ambulant betreute Wohnangebote aufbauen und betreiben können. Aber auch zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige können sich darüber informieren, wie sie eine Wohngemeinschaft gründen können.

Das technikunterstützte Wohnen umfasst:

- Gebäudetechnik (z.B. Abschaltfunktionen für Strom und Wasser, Komfortfunktionen für automatische Licht- und Rollladensteuerung),
- Sicherheitstechnologie (z.B. Hausnotrufsysteme, Vitaldatenmonitoring, Inaktivitätsüberwachung),
- Informations- und Kommunikationstechnologie (z.B. moderne Ein- und Ausgabegeräte wie Tablet-PCs, Smartphones, SMART-TV).

Laut einer in den Jahren 2010/2011 vom Institut TNS-EMNID Medien- und Sozialforschung GmbH durchgeführten Befragung halten 84% der befragten Ü50 die Möglichkeit zum Einbau von Notruf und anderer Technikunterstützung für wichtig oder sehr wichtig für ein selbständiges Leben im Alter. ¹⁴⁴

5.9 Zielvorstellungen

Ziel 5.9.1:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis 2023 die von ihnen beeinflussbaren Rahmenbedingungen, die ältere Menschen zum Verbleib in häuslicher Umgebung benötigen, kennen und bis 2030 konkrete Maßnahmen realisiert haben.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die Sammlung und Bereitstellung von Best Practice – Beispielen (Projekte, Vorgehen).für die Gemeinden,
 - die Organisation regelmäßiger Fachtagungen für die an der Wohnungsversorgung Beteiligten;
- seitens der Städte und Gemeinden:
 - die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums,
 - das Anstreben von Quartierslösungen für unterschiedliche Bedarfsgruppen unter Berücksichtigung eines Hauptamt - Ehrenamt – Mix,
 - die Einrichtung und Moderation eines runden Tisches „Wohnen im Alter“ in jeder Gemeinde,
 - das flächendeckende - auch aufsuchende - .Angebot von Wohnberatung für jede Gemeinde (ggf. im Verbund) ¹⁴⁵,
 - die Koordination eines Helfermixes für konkrete Hilfen im Alter (ggf. durch Bündelung der Ressourcen bzw. das Anregen neuer Angebote),
 - die Ausweisung von Flächen in den Bebauungsplänen, die Kommunikation und Betreuung ermöglichen.

Ziel 5.9.2:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis spätestens 2030 die Voraussetzungen geschaffen haben, dass alle älteren Menschen im Landkreis über die Anforderungen für altersgerechtes Wohnen informiert sind und die entsprechenden Anlaufstellen haben.

¹⁴⁴ Wohnsituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland, BTd 17/12144, S. 15

¹⁴⁵ Die Fritz-Berger-Stiftung der Stadt und des Landkreises Lörrach unterhält einen ehrenamtlichen Wohnberatungsdienst.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die Steuerungsfachkraft Pflege,
 - die regelmäßige Herausgeber des Ratgebers „Älter werden heute“,
 - der Sozialatlas des Landkreises,
 - der Pflegestützpunkt des Landkreises;
- seitens der Städte und Gemeinden:
 - das Anbieten von Beratung im Umgang mit Mietern, Vermietern, Behörden etc. (Bürokratieberatung);
- seitens der Wohnungsunternehmen und der Wohnberatung:
 - die Sensibilisierung älterer Menschen für Wohnungsänderung, Umzug, bauliche Anpassung;
- seitens der Leistungserbringer (z.B. Heimträger, ambulante Dienste):
 - das Angebot von Hilfsmittelberatung,
 - das Angebot von Beratungsgesprächen nach § 37 SGB XI;
- seitens der Pflegekassen:
 - die Unterstützung und Förderung von ambulant betreuten Pflege-WG's sowie von alternativen ambulanten Pflegearrangements;
- seitens der Fritz-Berger-Stiftung:
 - die Beratung durch den ipunkt.

Ziel 5.9.3:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass Bauherren und Wohnungseigentümer bis spätestens 2030 die Anforderungen für das Wohnen im Alter und das Wohnumfeld umsetzen.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die Organisation von Infoveranstaltungen zur ideellen Unterstützung und zum Aufzeigen der Vorteile von altengerechtem Wohnen,
 - die Einflussnahme auf Wohnungsunternehmen mit dem Ziel, Barrierefreiheit etc. bei der Planung zu berücksichtigen;
- seitens der Städte und Gemeinden:
 - die Unterstützung des Umzug älterer Menschen im eigenen Wohnungsunternehmen durch Mietpreisgarantien,
 - die Organisation und Moderation runder Tische,
 - die Beratung über vorhandene Unterstützungsleistungen / Dienstleistungen / Finanzierungsmöglichkeiten,
 - die gezielte Information (z.B. beim Besuch des Ober- / Bürgermeisters bei Jubilaren);

- seitens der Wohnungsunternehmen:
 - durch die Belegungssteuerung („Streuen vs. Betreuen“) sowie ein attraktives Umzugsmanagement;
- seitens der Wohnberatung:
 - durch die Vermittlung eines Umzugsmanagements;
- seitens der Verbände der Haus- & Grundstückseigentümer:
 - durch die Information und Beratung der Mitglieder mit dem Ziel, die Bereitschaft zu erhöhen, vorhandene Angebote anzupassen und neue bedarfsgerecht zu entwickeln.

Ziel 5.9.4

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 überall im Landkreis die Möglichkeit zu selbstbestimmtem Wohnen im Alter im gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich besteht.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die Herausgabe eines Leitfadens für die Anforderungen an das Wohnen im Alter (Erarbeitung eines Senioren-Wohnchecks ähnlich dem Energieausweis),
 - Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Broschüren, Schauwohnung, Hilfsmittel, „Seniorenecke“ in Baumärkten etc.);
- seitens der Städte und Gemeinden:
 - das Anbieten einer flächendeckenden Wohnberatung,
 - die Bereitstellung bzw. Vermittlung niedrigschwelliger Dienstleistungen;
- seitens der Wohnungsunternehmen:
 - die Berücksichtigung seniorengerechter Bedürfnisse bei der Sanierungsplanung;
- seitens der Leistungserbringer (z.B. Heimträger, ambulante Dienste):
 - die Schulung der Mitarbeiter und ehrenamtlichen HelferInnen,
- seitens der Kranken- und Pflegekassen:
 - die Intensivierung sowie Förderung von Wohnberatung,
 - Schulungen und spezielle Angebote (z.B. zur Sturzprävention),
- seitens der Handwerksbetriebe:
 - das Anbieten seniorengerechter Handwerkerleistungen.

Ziel 5.9.5

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 ein breit gefächertes Angebot verschiedener seniorengerechter Wohnformen besteht, die miteinander vernetzt und durchlässig sind.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die Implementierung von Quartiersmanagern für Senioren,
 - die Wirtschaftsförderung (Generationenfreundlicher Landkreis);

- seitens der Wohnungsunternehmen:
 - die Umsetzung von Planungsvorgaben der Gemeinden zum Mehrgenerationenwohnen bzw. zum seniorengerechten Wohnen;
- seitens der Leistungserbringer (z.B. Heimträger, ambulante Dienste)
 - die Realisierung neuer, dezentraler Wohnformen als Alternative zum Heim;
- seitens des Kreissenorenrats / der Ortssenorenräte:
 - die Einrichtung einer Moderations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle.

Nicht berücksichtigt hierbei sind psychisch kranke alte Menschen, alte Menschen mit Behinderung und alte Menschen mit Migrationshintergrund, auf die an anderer Stelle des Teilhabepplans eingegangen wird.

Ziel 5.9.6

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis 2030 ausreichend altersgerechte Wohnungen für Senioren und Pflegebedürftige zur Verfügung stehen.¹⁴⁶

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises:
 - die regelmäßige Herausgabe des Ratgebers „Älter werden heute“;
- seitens der Städte und Gemeinden:
 - die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum in jedem neuen Baugebiet,
 - die Überreichung von entsprechendem Informationsmaterial an Senioren (z.B. bei der Rentenantragstellung, Passverlängerung etc.);
- seitens der Wohnungsunternehmen:
 - die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum im Rahmen der Bestandspflege wo immer möglich;
- seitens der Leistungserbringer (z.B. Heimträger, ambulante Dienste):
 - die Sensibilisierung der Mitarbeiter (Hausmeister, technischer MA) für Wohnungsanpassung / Hilfsmittel;
- seitens der Senioren/-innen:
 - die Nutzung vorhandener Informationsangebote und Beratungsmöglichkeiten.

Ziel 5.9.7

Der Landkreis begleitet die Umsetzung der vorgenannten Ziele 5.9.1 – 5.9.6 kontinuierlich durch eine Ideenwerkstatt (Zwischenergebnisse, Erfahrungs- und Ideenaustausch).

¹⁴⁶ Der konkrete Bedarf ist in Kenntnis der Situation vor Ort zu bestimmen.

Hierzu tragen bei:

- seitens des Landkreises (bezogen auf den Teilhabeplan):
 - die Organisation eines Fachtags,
 - die Berichterstattung und Information im Kreistag;
- seitens der Städte und Gemeinden (bezogen auf eigene Maßnahmen):
 - der Ausbau des ÖPNV (z.B. durch die Finanzierung von Schulbussen auch in den Ferien);
- seitens der Leistungserbringer (z.B. Heimträger, ambulante Dienste):
 - die Koordinierung von Unterstützungsleistungen (Mix Ehrenamt, Nachbar, Familie, Pflege) als refinanzierte Leistung;
- seitens der Einzelhändler :
 - Angebote zur Belieferung im ländlichen Raum.

Allgemein zu berücksichtigen ist:

- Ältere Menschen sind sehr heterogen; es gibt nicht „die“ Lösung. Es braucht viele unterschiedliche Angebote.
- Die bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen mit Wohnraum wird von vielen Faktoren beeinflusst, die sich gegenseitig unterstützen, aber auch behindern können (Kosten der Wohnung, Barrierefreiheit, Anbindung an den ÖPNV, ausreichende Infrastruktur, geeignetes Wohnumfeld etc.).
- Alle Angebote sind so auszugestalten, dass sie für Senioren/-innen attraktiv sind.
- Das Ehrenamt muss gefördert werden (z.B. durch öffentliche Anerkennung) – vgl. Kap. 13.2.

6 Mobilität im Alter

6.1 Bedeutung von Mobilität im Alter

Mobil zu sein, stellt ein elementares Grundbedürfnis dar. Dazu zählen sowohl, sich zu bewegen, aus dem Haus zu gehen, aber auch zu verreisen. Mobilität ist auch Voraussetzung für Selbstbestimmung und Teilhabe, für die Pflege sozialer Beziehungen, für das soziale Engagement, für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und für die Selbstversorgung. Mobilität ist ein Schlüsselement für die Lebensqualität.

Bewegung ist gut für die Gesundheit, stärkt soziale Beziehungen, wirkt Einsamkeit entgegen und stärkt das Selbstwertgefühl (insbesondere bei mobilitätsgewohnten Menschen).

6.2 Mobilität im Alter beeinflussende Faktoren

Die Zahl mobilitätseingeschränkter Menschen nimmt mit der Zahl alter - insbesondere hochaltriger Menschen - zu. Weil niedergelassene Ärzte heute kaum noch Hausbesuche machen, ist die Möglichkeit, bei Bedarf einen Arzt aufsuchen zu können, für viele ältere Menschen entscheidend. Auswirkungen auf die Mobilität im Alter haben auch Bewegung und die Raumentwicklung / Quartiersplanung.

6.3 Mobilität im Alter beeinflussende Bereiche

6.3.1 ÖPNV

Oft ist die Entfernung zur nächsten ÖPNV-Haltestelle zu groß. Bei starken Mobilitätseinschränkungen ist für die Betroffenen nur noch wichtig, wie sie von A nach B gelangen. Verbesserungen im ÖPNV wirken dann kaum noch.

Bis zum Jahr 2022 soll im Bereich des ÖPNV Barrierefreiheit hinsichtlich Fahrzeugen und Haltestellen angestrebt werden.

6.3.2 Individualverkehr

Der „Demographische Wandel“ zeigt Auswirkungen auf das Verkehrsgeschehen. Heutige Senioren sind aktiver als Angehörige früherer Generationen dieser Altersgruppe und nutzen aufgrund ihrer bisherigen Verkehrssozialisation häufiger das Auto, was zu einem leicht wachsenden Verkehrsaufkommen führt¹⁴⁷. 93% der älteren Autobesitzer halten das Auto für wichtig

6.3.3 Verkehrssicherheit

Ältere Menschen sind im Straßenverkehr einem hohen Unfallrisiko mit Todesfolge ausgesetzt. 40% der getöteten Fußgängerinnen und Fußgänger sind Ü65.

6.3.4 Mobilität im Haushalt

Eine Befragung von 165 Personen Ü65 in der Gemeinde Aitern hat ergeben,

- 3/41 Befragte können ihr Haus nicht mehr verlassen,
- 10/41 Befragte sind in den letzten 12 Monaten im Haushalt gestürzt,
- 12/41 Befragte haben Angst vor einem Sturz im Haushalt.¹⁴⁸

¹⁴⁷ ADAC (Hrsg.), Mobilität in Deutschland, München 2008

¹⁴⁸ Frau Ellen Hipp (FB Gesundheit – Gesundheitskonferenz) im Expertengespräch zum Thema „Mobilität im Alter“ am 13.11.2015

6.4 Zielvorstellungen

Die nachfolgenden Zielvorstellungen sind gewissermaßen als „Checkliste“ für eine seniorenfreundliche Nahverkehrsplanung zu verstehen:

- Möglichst viele ältere Menschen sind möglichst lange eigenständig mobil. Hierzu tragen Projekte bei wie:
 - "Aktivierender Hausbesuch",
 - Bewegungstreffs.
- Mobilitätsmöglichkeiten sind ökologisch, ökonomisch und sozial verträglich gestaltet.
- Bedarfsgerechte Mobilitätsketten sind vorhanden.
- Älteren Menschen ohne PKW steht zu bezahlbaren Bedingungen im Bereich der Grundversorgung eine altersgerechte, barrierefreie Infrastruktur zur Verfügung (Geschäfte, Arztpraxen, Apotheken, Treffpunkte, Krankenhäusern, Pflegeheime, Parks, Ausflugsziele, Toiletten etc.).
- Die Möglichkeit von Fahrgemeinschaften wird genutzt.
- Die gemeindliche Infrastruktur ist mobilitätsfördernd.
 - So ist z.B. bei der Wahl eines Veranstaltungsortes die Erreichbarkeit für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen zu berücksichtigen.
- Die Verkehrssicherheit älterer Menschen wird verbessert. Geeignete Maßnahmen sind:
 - Ältere Fahrradfahrer tragen immer einen Helm.
 - Für ältere PKW-Fahrer wird ein freiwilliges Fahrsicherheitstraining angeboten.
 - Es besteht die Möglichkeit zur freiwilligen Teilnahme an Fahrfitnesschecks.
 - Die freiwillige Rückgabe der Fahrerlaubnis wird prämiert.
 - Es gibt Veranstaltungen, bei denen Senioren über E-Bikes u.ä. informiert werden (als aktive Nutzer, aber auch als normale Verkehrsteilnehmer).
- Öffentliche Verkehrsmittel sind grundsätzlich barrierefrei.
- Der ländliche Raum ist an den ÖPNV besser angebunden.
- Der ÖPNV ist seniorengerecht ausgestattet sein. Dies wird z.B. erreicht durch intuitiv bedienbare Fahrscheinautomaten (Pilotprojekt der DB mit "Videoschaltern").
- Im Rahmen des ÖPNV ist grundsätzlich eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung verankert. Dies wird z.B. erreicht durch
 - Anruf-Linien-Taxis / Anruf-Sammel-Taxis / Rufbusse als Ergänzung oder Ersatz des Linienverkehrs sowie Ortsbusse,
 - den im Fahrplan erkennbaren Einsatz von Niederflurbussen.

Ziel 6.4.1:

Bei der Nahverkehrsplanung stellt der Landkreis im Hinblick auf einen ganzheitlichen Planungsansatz bis 2020 sicher, dass ältere Menschen in die Planungsprozesse einbezogen sind und ihre Bedürfnisse dabei umfassend berücksichtigt werden.

Hierzu trägt z.B. die Beteiligung des Kreissenioresrates an der Nahverkehrsplanung bei.

Ziel 6.4.2:

Gegenüber den Städten und Gemeinden wirkt der Landkreis bis 2020 darauf hin, dass diese in ihrem Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität älterer Menschen treffen.

Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise:

- ein ausreichendes Angebot an Sitzgelegenheiten überall dort, wo ältere Menschen unterwegs sind,
- frei und sicher begehbare Gehwege (auch mit Rollatoren),
- bürgerschaftliche Fahrdienste, die den ÖPNV ergänzen,
- ehrenamtlich betriebene Bürgerbusse,
- Schulungen für Seniorengruppen in der Bedienung von Fahrscheinautomaten,
- eine die Mobilität fördernde gemeindliche Infrastruktur,
- Schaffung und Erhaltung von Barrierefreiheit im öffentlichen Raum einschl. einer ausreichenden Beleuchtung,
- Berücksichtigung der Erreichbarkeit für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen bei der Wahl eines Veranstaltungsorts.

7 Hauswirtschaftliche Versorgung

Hauswirtschaftliche Dienste stehen in der Regel am Anfang des Hilfebedarfs. Sie decken oft auch den Bedarf an sozialen Kontakten und sind Sensoren für ungedeckte Bedarfe.

7.1 Situation / Bestand

Ältere Menschen benötigen zum Verbleib in der eigenen Wohnung eine Reihe von niedrigschwelligen Dienstleistungen (z.B. Hilfe beim Einkaufen, Begleitung beim Spazierengehen, Vorlesen, Unterhalten, leichte Reparaturarbeiten, Sauberhalten des Außenbereichs der Wohnung), die im Rahmen des SGB XI derzeit nicht erfasst werden.

Im Landkreis Lörrach besteht ein Bedarf an niedrigschwelligen hauswirtschaftlichen Dienstleistungen. Der Großteil der bisherigen Leistungserbringer ist nicht mehr bereit bzw. in der Lage, diese Dienstleistungen zum Preis von 11,- € bis 16,- € / Stunde anzubieten. Verlangt werden zumeist 26,- bis 28,- € / Stunde, was dem Niveau entspricht, was im Bereich des SGB XI gezahlt wird (sog. „Modulpreise“).¹⁴⁹

Das Sozialamt kann für Sozialhilfeempfänger keine höheren Preise anerkennen, als diese mit anderen Sozialleistungsträgern (hier nach § 38b SGB V zwischen den Krankenkassen und der Liga der freien Wohlfahrtspflege) vereinbart sind. Unabhängig davon besteht bei hochpreisigen Angeboten die Gefahr, dass notwendige Hilfe nicht in Anspruch genommen, Schwarzarbeit gefördert wird bzw. Menschen ins Präkariat getrieben werden.

Der Landkreis fördert Erbringer von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen bislang unter der Voraussetzung, dass

- der geförderte Dienst hauswirtschaftliche Leistungen sowie Begleiddienste, wie z.B. Hilfeleistungen bei der Zubereitung von Mahlzeiten (einschl. Abwasch), bei der Erledigung von Einkäufen und Behördengängen, bei der Reinigung der Wohnung, als Begleitung bei Arztbesuchen, bei der Kehrwoche und beim Schneeräumen, beim Wäschewaschen, Bügeln etc., als Vorlese- und Schreibhilfe, beim Herbeiholen von Heizmaterial etc. erbringt,
- die Dienstleistungen organisatorisch getrennt von anderen Leistungsangeboten (insbes. nach SGB V und SGB XI) angeboten werden,
- die Dienstleistungen zu einem vereinbarten Preis / Stunde im vereinbarten Versorgungsbereich im Vor- und Umfeld der Pflege, bei Behinderung sowie bei Sozialhilfebezug ohne weitere Vorbedingungen angeboten werden,
- der Dienst mit der Bedarfsplanung des Landkreises übereinstimmt. Erwartet wird, dass sich Städte und Gemeinden in zumindest gleicher Höhe wie der Landkreis an der Förderung beteiligen.

¹⁴⁹ Das DW Schopfheim bietet hauswirtschaftliche Dienstleistungen für 13,50 € / Stunde (am Abend sowie am Wochenende und an Feiertagen 16,50 € / h). Den HelferInnen wird der Mindestlohn (8,50 € / h) gezahlt. Ab 1.1.2016 sind pro Helfer 270,- € / Jahr an die Berufsgenossenschaft zu entrichten. Das DW Schopfheim sucht zur Zeit keine neuen HelferInnen.

Die ZEITBANKplus in Lörrach und Efringen-Kirchen ist ein Verein, dessen Mitglieder sich gegenseitig versprechen, einander dabei zu helfen, bis ins hohe Alter eine möglichst gute Lebensqualität zu bewahren und zu gestalten. Die ZEITBANKplus ist ein örtlicher Verein oder eine selbständige Abteilung eines bestehenden Vereins. Seine Prinzipien sind die Nachbarschaftshilfe und die gelebte Nächstenliebe. Menschen helfen sich gegenseitig. Die Stunden werden auf Zeitkonten gebucht. Ziel ist, dass die Mitglieder so lange wie möglich selbstständig und in der vertrauten Umgebung bleiben können.

Die Bürgerhilfe Fröhd bietet u.a. auch hauswirtschaftliche Leistungen an. Pro Stunde werden 5,- € und pro Einsatz 1,- € Versicherungsanteil und bei Bedarf Auslagen (wie z.B. Kilomergeld) erhoben.

In Rheinland-Pfalz werden sog. Haushaltsassistenten mit einem pauschalierten Festbetrag von 200,- € / Monat und nach Tarif bezahlte Vollzeitkraft gefördert. Die Förderung erhält der die Assistentkraft beschäftigende Pflegedienst. Mit der Förderung soll der Stundensatz für die wohnbegleitenden Dienste attraktiv gemacht werden (max. 8,50 bis 14,- €) Quelle: Ursula Kremer Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Neue Wohnformen im Alter, Klausurtagung der AFB-BW am 14./15.05.2013 in Allensbach-Hegne

In den vergangenen Jahren wurden von den geförderten Diensten jährlich etwa 33.000 Einsatzstunden erbracht (im Schnitt 2-3 Stunden pro Haushalt und Woche, wobei auch tägliche Einsätze geleistet werden).

Hilfebedarfe werden unter anderem beim Sachgebiet Grundsicherung & Pflege, beim Pflegestützpunkt des Landkreises sowie dem ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung bekannt. Dort wird auf die bestehenden hauswirtschaftlichen Dienstleistungsangebote hingewiesen.

Neben den allgemeinen hauswirtschaftlichen Dienstleistungen gibt es spezielle Angebote, wie Mittagstische, die zumeist in stationären Alteneinrichtungen, öffentlichen Räumen oder Gaststätten angeboten und von Pflegeeinrichtungen, politischen Gemeinden oder Privatpersonen organisiert werden. Ambulante Mahlzeitendienste werden zumeist von Heimen, Wohlfahrtsverbänden und ambulanten Pflegediensten angeboten.

Tafelläden ermöglichen den vergünstigten Einkauf für rund 10 - 20% des Normalpreises bei nachgewiesener Bedürftigkeit.¹⁵⁰

7.2 Zielvorstellungen

Durch Subventionierung bedarfsgerechter Angebote könnten Landkreis und Städte und Gemeinden dies sicherstellen.

Ziel 7.2.1

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 für Menschen ohne Pflegestufen / Pflegegrade nach SGB XI flächendeckend ein bedarfsgerechtes Angebot an bezahlbaren hauswirtschaftlichen Dienstleistungen besteht.

Ziel 7.2.2

Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden an, dass bis zum Jahr 2025 in jeder Gemeinde ein offener Mittagstisch besteht und jeweils zumindest ein ambulanter Mahlzeitendienst in Anspruch genommen werden kann.

¹⁵⁰ In Grenzach-Wyhlen bringt ein Bürger im Rahmen des Bündnisses "Bürger für Bürger" in einem Kleinbus der politischen Gemeinde Hartz IV-Bezieher regelmäßig zur Rheinfelder Tafel, da die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln diese zu sehr belasten würde. Sie bekommen dort Lebensmittel für etwa 10% des regulären Preises.

8 Soziale Kontakte und Sicherheit

Soziale Kontakte sowie Sicherheit haben für ältere Menschen eine große Bedeutung.

8.1 Situation

Der Bedarf an sozialen Kontakten ist subjektiv und lässt sich nicht nach objektiven Maßstäben messen. Soziale Kontakte ergeben sich aus individuellen Kontakten im sozialen Nahraum, aus geplanten oder ungeplanten Begegnungen im Zuge alltäglicher Erledigungen, aber auch durch die Teilnahme an Veranstaltungen sowie Besuche. Die Häufigkeit sozialer Kontakte sinkt bei eingeschränkter Mobilität.

Die persönliche Sicherheit vor Kriminalität spielt für ältere Menschen eine größere Rolle als in jungen Jahren. Dabei sind sie nicht häufiger Opfer, als andere Altersgruppen, allenfalls bei bestimmten Deliktarten (z.B. Handtaschenraub, Taschendiebstahl, Trickdiebstahl aus der Wohnung, Trickbetrug, Haustürgeschäfte, Telefonbetrug, Betrug bei Kaffeefahrten, Einbruchsdiebstahl)¹⁵¹. Dabei gehen objektive Sicherheit und subjektives Sicherheitsempfinden manchmal auseinander. Die Sorge, Opfer von Kriminalität zu werden, kann Menschen in ihrer Mobilität einschränken und sie so an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

8.2 Zielvorstellungen

Ältere Menschen sollten die Möglichkeit haben, soziale Kontakte zu knüpfen und zu unterhalten.¹⁵² Besuchsdienste können im beschränkten Umfang auch Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung leisten.

Ziel 8.2.1

Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 niedrigschwellige Besuchsdienste und andere soziale Kontakte fördernde Maßnahmen in jeder Gemeinde bestehen.

Das subjektive Sicherheitsempfinden älterer Bürgerinnen und Bürger sollte Grundlage für Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit sein. Benötigt werden Maßnahmen, die Vereine und soziale Organisationen sensibilisieren, unterstützen und fördern sowie eine regelmäßige zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit (Veranstaltungshinweise). Auch die Schulung und bessere Vernetzung der Besuchsdienste ist anzustreben.

Ziel 8.2.2

Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden sowie Veranstaltern im Bereich der offenen Altenarbeit an, durch Aufklärung und weitere geeignete Maßnahmen die tatsächliche und die gefühlte Sicherheit älterer Menschen zu verbessern.

Geeignete Maßnahmen sind die tatsächliche Verbesserung der Sicherheit, aber auch die Verbesserung der Aufklärung.

¹⁵¹ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.), Straftaten vorbeugen: Tipps für Seniorinnen und Senioren, Düsseldorf, ohne Jahr

¹⁵² Der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung unterhält einen ehrenamtlichen Besuchsdienst, der im Jahr 2014 kreisweit mit 23 ehrenamtlichen HelferInnen 423 Besuche durchgeführt hat.

9 Medizinische Versorgung

Für ältere - unter Umständen chronisch kranke und pflegebedürftige - Menschen ist die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung von besonderer Bedeutung, um Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit zu erhalten. Eine gute ärztliche Versorgung kann Krankenhausaufenthalte verhindern und die Notwendigkeit stationärer Pflege hinauszögern. Erforderlich ist jedoch, dass die ärztliche Infrastruktur sich in erreichbarer Nähe zum Patienten befindet und im Bedarfsfall auch Hausbesuche möglich sind. Dabei ist insbesondere der Hausarzt als Lotse des pflegebedürftigen Patienten von besonderer Bedeutung.

9.1 Niedergelassenen Ärzte

■ Hausärzte

Kreisweit gesehen entsprach im Jahr 2013 die hausärztliche Versorgung im Landkreis mit 1.483 Einwohnern je Hausarzt etwa dem Landesschnitt (1.488).¹⁵³ Zahlreichen Berichten zufolge ist jedoch insbesondere in ländlichen Regionen die medizinische Versorgung aufgrund von bereits eingetretenem oder drohendem Ärztemangel gefährdet.

Von 2003 bis 2010 ist im Landkreis Lörrach die Zahl der Ärzte in freier Praxis um gut -5% gesunken (Baden-Württemberg: 0%). Die Bevölkerung ab 50 Jahren, die insbesondere ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, ist allerdings im gleichen Zeitraum um 12% gestiegen. Daher zeigen sich bereits zunehmend Schwierigkeiten in der wohnortnahen Versorgung mit niedergelassenen Hausärzten, insbesondere in den ländlichen Gemeinden des Kreises. Diese Schwierigkeiten werden sich in den nächsten Jahren verschärfen, wenn es nicht gelingt, dass junge Allgemeinmediziner/innen in stärkerem Maße Praxen ausscheidender Kollegen/innen übernehmen. Denn zwei Drittel (67%) der derzeit im Landkreis Lörrach praktizierenden Hausarzt/innen ist älter als 50 Jahre, darunter sind 33,6% älter als 60 Jahre (Stand: Juni 2011)¹⁵⁴. Angesichts dieser Altersstruktur ist in den kommenden Jahren mit einem umfangreichen Ausscheiden älterer Arzt/innen aus der Berufspraxis zu rechnen, was durch die derzeit geringen Zuwachsraten nicht kompensiert werden kann.

Wie gut die Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Lörrach ärztlich versorgt sind bzw. nach den derzeitigen Planungen mittelfristig sein werden, wird nachfolgend im Vergleich zur landesweiten Versorgung in Baden-Württemberg aufgezeigt. Häufig wird über erhebliche Wartezeiten geklagt.

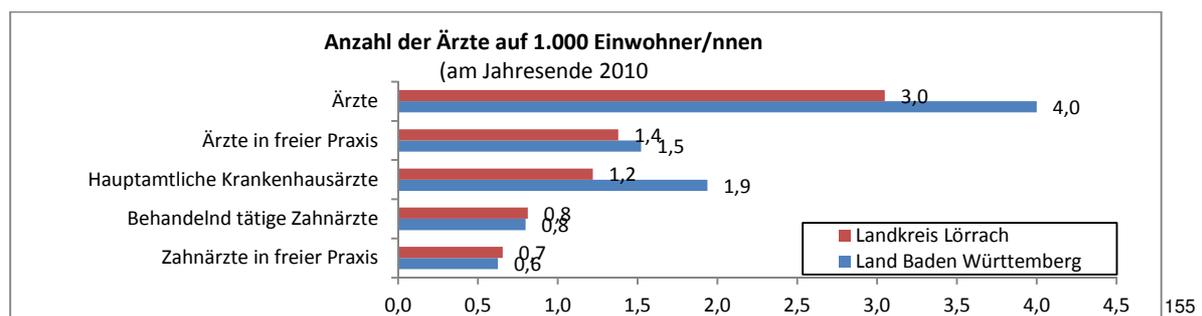


Abbildung 29: Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner zum Jahresende 2010 im Landkreis Lörrach

¹⁵³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

¹⁵⁴ Ernst Wiche; Landratsamt Lörrach - Fachbereich Gesundheit, 20.06.2011: Ergebnis einer Befragung bei den Hausärzten im Landkreis Lörrach

¹⁵⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg - Regionaldatenbank

Einwohner pro Hausarzt – Mittelbereiche 2030

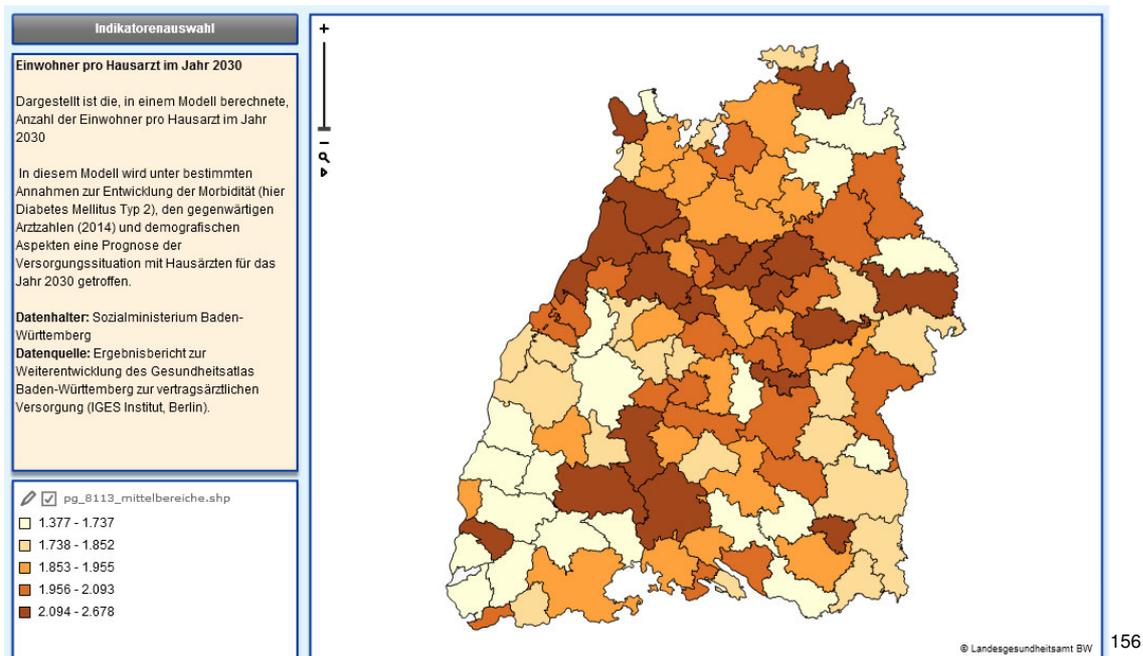


Abbildung 30: Einwohner pro Hausarzt - Mittelbereiche 2030

Der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg liegt die Einteilung des Landkreises in Planungsräume zugrunde. Trotz Bedarfsdeckung in einem Planungsbereich kommt es vor, dass es in vielen Gemeinden keinen Hausarzt gibt. Das wird aus der nachfolgenden Grafik mit der für 2030 zu erwartenden Situation deutlich.

Entfernung zum nächsten Hausarzt 2030

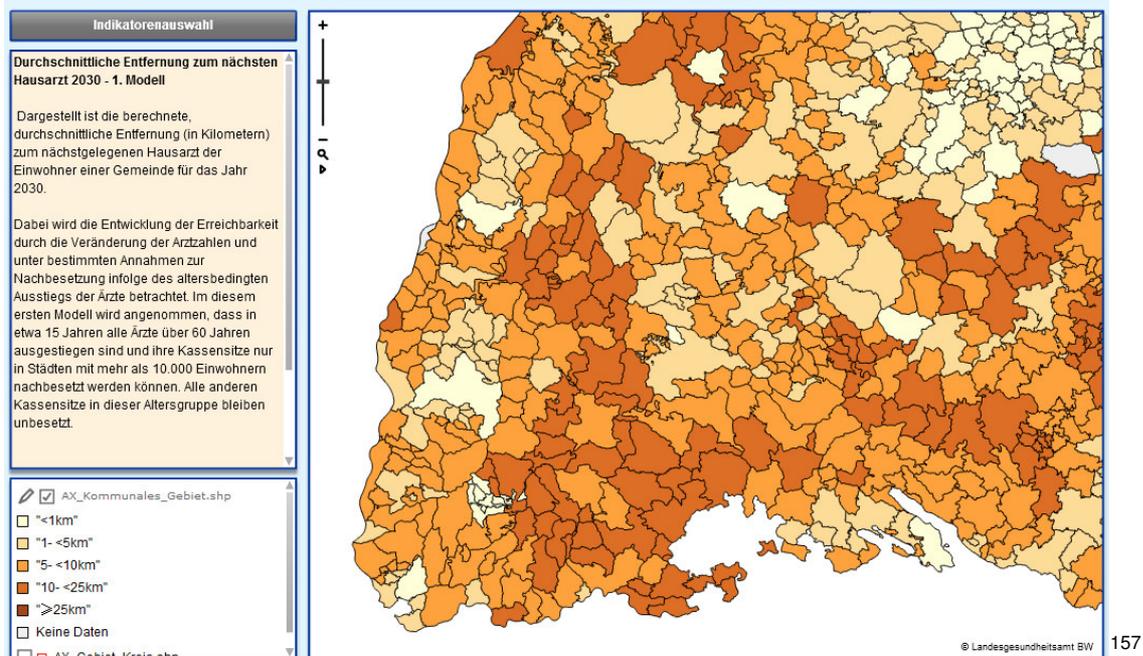


Abbildung 31: Entfernung zum nächsten Hausarzt 2030

156 Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

157 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg - Regionaldatenbank

■ Fachärzte

Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung gilt der Landkreis Lörrach nach Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eher als überversorgt, wobei die pro Facharzt zu versorgende Einwohnerzahl bis auf den Bereich Urologie über dem Landeschnitt liegt. Da bei der Facharztversorgung der gesamte Landkreis als Versorgungsbereich gilt, wird nicht berücksichtigt, dass viele Gemeinden – insbesondere im ländlichen Raum – nicht versorgt sind, weil sie den nächst gelegenen Facharzt nicht oder nur sehr schwer erreichen können (vgl. auch Kap. 6. Mobilität im Alter).

Einwohner pro Facharzt im Jahr 2013

Facharzt	Landkreis Lörrach	Land Baden-Württemberg
Augenarzt	20085	15441
Chirurg	31562	20108
Frauenarzt	9206	7737
HNO-Arzt	31562	22504
Hautarzt	31562	23094
Nervenarzt	22093	12728
Orthopäde	20085	14549
Psychotherapeut	4910	3252
Urologe	27617	32149
Arzt insgesamt	665	548 ¹⁵⁸

Tabelle 5: Einwohner pro Facharzt 2013

9.2 Krankenhäuser

Derzeit steigt die Zahl der Krankenhausaufenthalte durch eine höhere Erkrankungsrate und verbesserte Behandlungsverfahren. Andererseits verkürzt sich die Verweildauer im Krankenhaus. Dadurch verringert sich die Zahl der notwendigen Krankenhausbetten.

Typisch für ältere Menschen ist das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen und die Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Die starke Spezialisierung in den Kliniken kann hier ein Hindernis für eine angemessene medizinische Versorgung älterer Menschen sein. Geriatisches Wissen muss deshalb verstärkt in die Krankenhausversorgung einfließen.

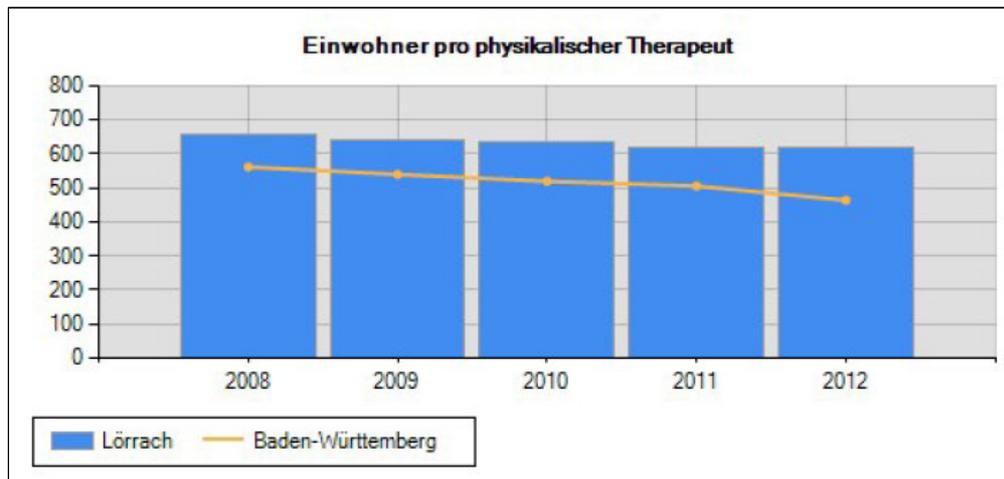
Die Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH ist der privatwirtschaftliche Träger der ehemals unter direkter Regie des Landkreises Lörrach stehenden Krankenhäuser in den drei kreisangehörigen Städten Lörrach, Rheinfeld (Baden) und Schopfheim. Der am 1. Januar 1994 gegründete Klinikverbund verfügt über rund 600 vollstationäre Betten. Über diese in öffentlicher Hand befindlichen Kliniken hinaus gibt es weitere Fachkliniken, die ausschließlich privat betrieben werden. Am Standort Lörrach besteht eine akut-geriatriische Abteilung mit 20 Betten.¹⁵⁹

¹⁵⁸ KVBW

¹⁵⁹ Die durchschnittliche Verweildauer bei der akut-geriatriischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Lörrach liegt bei 18 Tagen. Die durchschnittliche Verweildauer außerhalb der akut-geriatriischen Abteilung liegt am Standort zurzeit bei 5,7 Tagen.

9.3 Physikalische Therapeuten

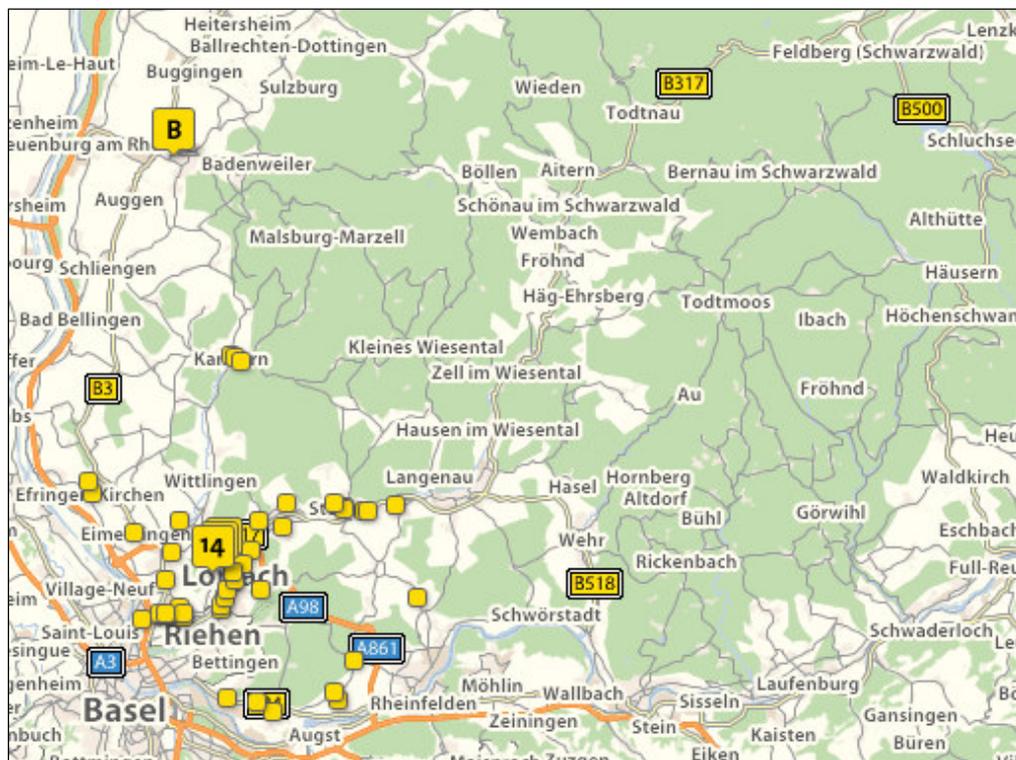
Zur Versorgung gehört auch die Versorgung mit physikalischen Therapeuten. Darunter fallen Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, medizinische Bademeister und verwandte Berufe in stationären und ambulanten Einrichtungen. Im Diagramm abgebildet ist die Anzahl der Einwohner pro Therapeut. Die Bedeutung der physiotherapeutischen Versorgung steigt mit der Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates.



160

Abbildung 32: Einwohner pro physikalischer Therapeut

Physiotherapeuten im Landkreis Lörrach 2016



161

Abbildung 33: Physiotherapeuten im Landkreis Lörrach 2016

¹⁶⁰ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Gesundheitsatlas Baden-Württemberg 2014

¹⁶¹ <http://map.gelbeseiten.de>

9.4 Apotheken

Apotheken tragen durch die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung in einem hohen Maße zur medizinischen Versorgung der Menschen bei. Hier dargestellt ist die Anzahl der Apotheken im Kreis.



Abbildung 34: Anzahl der öffentlichen Apotheken im Landkreis Lörrach 2014

Apotheken im Landkreis Lörrach 2016

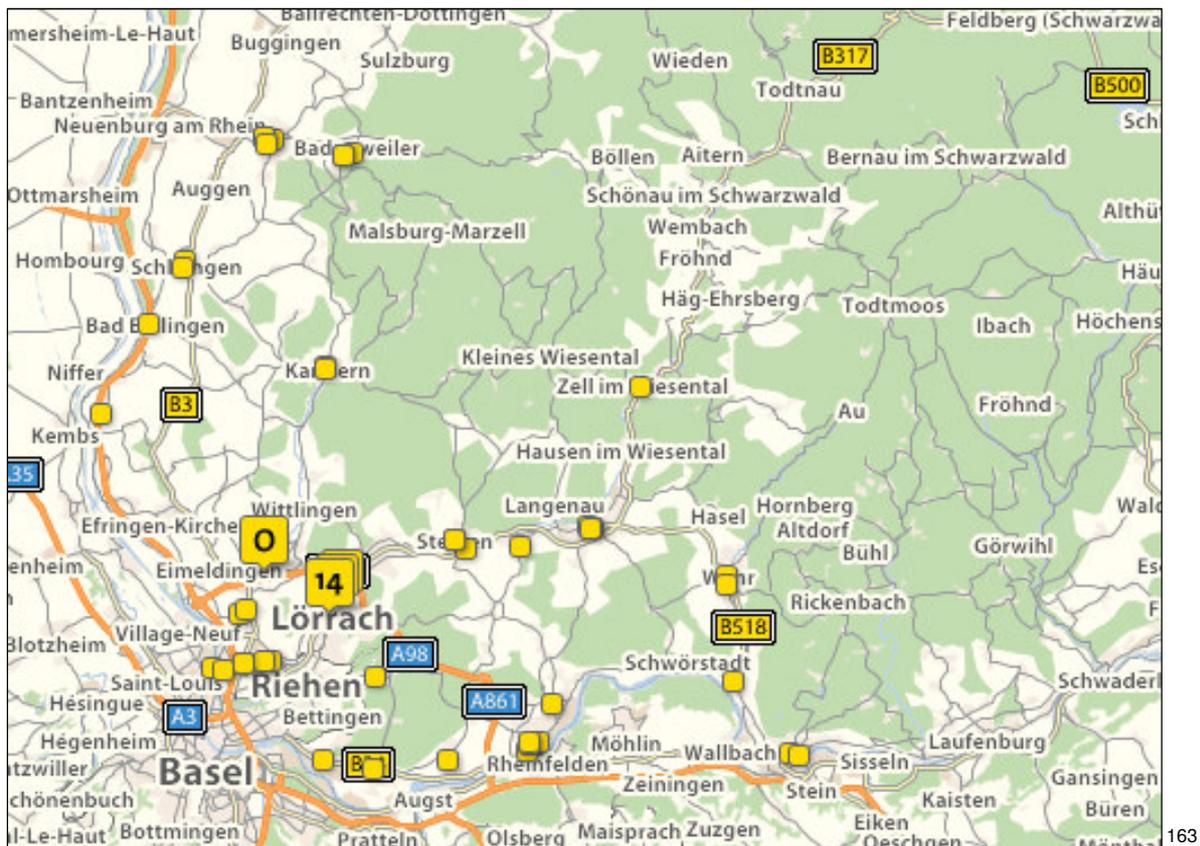


Abbildung 35: Apotheken im Landkreis Lörrach 2016

¹⁶² Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Gesundheitsatlas Baden-Württemberg 2014

¹⁶³ <http://maps.gelbeseiten.de>

9.5 Rehabilitation

Die Zahl der Senioren, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt werden, hat sich nach Angaben des Sozialministeriums von 2005 bis 2011 mehr als verdoppelt (2005: 18.200; 2011: 38.000). Gründe dafür, dass ältere Menschen nach einer erfolgreichen Operation in ein Pflegeheim kommen, liegen offensichtlich im Umstand, dass Menschen immer älter und kränker werden und die bisherigen Strukturen immer weniger in der Lage sind, einen pflegebedürftigen Menschen zu versorgen. Oft lassen auch Begleiterkrankungen eine Pflege im häuslichen Bereich nicht zu (z.B. Hör- und Sehstörungen, Arthrose, Alzheimer, Parkinson oder Osteoporose).¹⁶⁴ Ein weiterer Grund könnte in der zunehmenden Verkürzung der Verweilzeiten in den Akutkrankenhäusern sein.

Das Geriatrie-Konzept des Landes sieht schon bei der Aufnahme im Akutkrankenhaus einen „Geriatrie-Check“ vor, bei dem geprüft wird, ob für den Patienten ein geriatrischer Behandlungsbedarf besteht.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung gewinnen die Prävention von Pflegebedürftigkeit und die Rehabilitation an Bedeutung. Zentrale Behandlungs- und Rehabilitationsziele sind, dem alten, kranken und behinderten Menschen wieder weitgehende Selbstbestimmung, Selbständigkeit und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Der Wiedereingliederung in das vertraute Wohnen kommt eine hohe Bedeutung zu.

Rehabilitation ist neben der medizinischen Diagnostik, Therapie und Assessment ein wesentliches Element der geriatrischen Versorgung. Der Schwerpunkt des Handelns orientiert sich an den jeweiligen Bedürfnissen des geriatrischen Patienten.¹⁶⁵

■ Stationäre (geriatrische) Rehabilitation

Mit der Schließung des Krankenhauses in Zell im Wiesental gibt es keine stationären Reha-Plätze mehr im Landkreis.

■ Ambulante (geriatrische) Rehabilitation

Zielgruppe der ambulanten mobilen geriatrischen Rehabilitation sind insbesondere ältere Menschen, die auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen oder einer Bezugsperson und deren Unterstützung angewiesen sind und / oder im gewohnten oder bereits krankheits- oder behinderungsspezifisch adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen. Die Besonderheit der mobilen geriatrischen Rehabilitation liegt in der Nutzung der Ressourcen des Wohnumfelds (einschließlich der Einbeziehung der Bezugspersonen) - insbesondere durch Anleitung und Beratung.

9.6 Palliativversorgung

Der letzte Lebensabschnitt eines Menschen ist vielleicht seine schwierigste und bedeutendste Lebensphase. Es stellen sich existentielle Fragen - nicht selten verbunden mit psychischen Belastungen (Ängsten). Schwere Erkrankungen gehen häufig mit äußerst belastenden Symptomen einher (Schwäche, Müdigkeit, Erbrechen, Schmerzen). Auch schwerst- und sterbende Menschen wünschen sich in den meisten Fällen, solange wie möglich zuhause im Kreise ihrer Familie bleiben zu können.

Als Palliativtherapie bezeichnet man eine medizinische Behandlung, die nicht auf die Heilung einer Erkrankung abzielt, sondern darauf, die Symptome zu lindern oder sonstige nachteilige Folgen zu reduzieren. Sie steht damit im Gegensatz zu den kurativen Therapien, die auf eine

¹⁶⁴ Badische Zeitung vom 09.08.2014

¹⁶⁵ Meier-Baumgartner et al., Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation, 1996

Heilung abzielen. Der Begriff palliativ leitet sich von lateinisch pallium „Mantel“ ab und bedeutet wörtlich „ummantelnd“.

■ Ambulante Palliativversorgung

Die **allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)** wird im Landkreis in erster Linie von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht. Als Teil des Onkologischen Schwerpunkts unterstützt die Brückenpflege die Versorgung insbesondere onkologischer Patienten im häuslichen Umfeld.

Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen.

In den Jahren 2008 bis 2012 hatte das Sozialdezernat einen Arbeitskreis mit dem Ziel modelliert, im Landkreis bzw. in einem Teilbereich eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) aufzubauen. Das Ziel wurde nicht erreicht, weil kein niedergelassener Palliativarzt gefunden werden konnte, der unter den herrschenden Rahmenbedingungen bereit war, an der Implementierung einer SAPV im Landkreis mitzuwirken.¹⁶⁶ Die Verwaltung wird die niedergelassenen Haus- und Fachärzte mit Zusatzqualifikation in Palliativmedizin sowie die ambulanten Pflegedienste noch einmal zu einer Informationsveranstaltung zum Thema SAPV einladen, um die Frage zu klären, ob sich an diesem Sachverhalt etwas geändert hat.

■ Stationäre Palliativversorgung

Es gibt in den Krankenhäusern im Landkreis derzeit keine Palliativbetten. Allerdings ist am Kreiskrankenhaus Lörrach im laufenden Jahr auf der Station Maienbühl die Einrichtung einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung geplant.

Spezielle Kurzzeitpflegeplätze für Schwerstkranke zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts gibt es derzeit nicht und diese sind auch nicht geplant. Es gibt derzeit 23 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen, die auch von Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt genutzt werden. Diese decken den kreisweiten Bedarf (50 – 60 Plätze) nicht. Der eigentliche Zweck eines Kurzzeitpflegeplatzes ist jedoch die zeitlich befristete Entlastung der pflegenden Angehörigen im häuslichen Bereich. Insgesamt mangelt es im Landkreis erheblich an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen, weil ein Missverhältnis zwischen dem erforderlichen Aufwand und der Refinanzierung über das SGB XI besteht.

Das Hospiz am Buck in Lörrach bietet stationäre Palliativversorgung mit 6 Plätzen für ca. 60 – 80 Patienten im Jahr. Die palliativmedizinische Versorgung wird durch die Hospizärztin bzw. den jeweiligen Hausarzt erbracht.

■ Ambulante Hospizgruppen

Es gibt im Landkreis derzeit vier Gruppen mit ehrenamtlichen HospizhelferInnen in Grenzach-Wyhlen, Kandern, Kleines Wiesental und Schopfheim, die unter bestimmten Voraussetzungen eine Förderung nach § 39a SGB V erhalten.

¹⁶⁶ Die Bertelsmann-Stiftung nennt in ihrer sog. „Weissen Liste“ aktuell im Landkreis Lörrach 12 niedergelassene Ärzte mit Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“.

9.7 Zielvorstellungen

Ambulant

- Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen bedarf es entsprechender Konzepte. Auch hier spielt die Anbindung an den ÖPNV eine wichtige Rolle. Ein Schlüsselthema bleibt, wie junge Ärzte / Ärztinnen für die Übernahme einer Praxis im ländlichen Raum gewonnen werden können.¹⁶⁷
- Trotz rechnerischer Bedarfsdeckung kann bei einem kleinräumig nachgewiesenen Bedarf die Anerkennung zusätzlicher Arztpraxen beantragt werden. Allerdings können selbst vorhandene Hausarztstellen mangels Bewerbern oft nur schwer neu besetzt werden.
- Es bedarf Anstrengungen, dem Umstand zu begegnen, dass die Budgetierung die ärztlichen Leistungen lähmt.
- Durch Gemeinschaftspraxen – auch multidisziplinär – kann die Attraktivität des ländlichen Raums für Niederlassungen gesteigert werden.
- Neben den klassischen Hausbesuchen, die von Hausärzten grundsätzlich im Rahmen ihres Versorgungsvertrages zu leisten sind, können auch innovative Ansätze (z.B. telemedizinische Lösungen, Einsatz von speziell geschultem nichtärztlichen Personal vgl. VERAH-Lösung i.R. des Vertrages nach § 73b SGB V der AOK bzw. nicht-ärztliche Praxisassistenten) in Betracht kommen.
- Heimaufnahmen (insbesondere Kurzzeitpflege) scheitern zuweilen, weil der Hausarzt nicht ins entfernt gelegene Heim kommen kann und vor Ort kein niedergelassener Arzt bereit oder in der Lage ist, die Versorgung zu übernehmen. Auch kostet der Besuch im Pflegeheim viel Zeit, die nicht entsprechend vergütet wird.¹⁶⁸
- Aus Sicht der Ärzte könnte ein Teil der Heimbewohner in ihre Praxis kommen, wenn sie dabei vom Heimpersonal begleitet würden.^{169 170}

Stationär

- Die Krankenhäuser werden sich mit einer zunehmenden Zahl von Menschen auseinandersetzen müssen, die nicht in der Lage sind, sich den Abläufen in einem Krankenhaus problemlos anzupassen. Dies betrifft vor allem Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit Demenzerkrankungen. Die MitarbeiterInnen in den Krankenhäusern werden künftig mehr Fachwissen über die Besonderheiten älterer Erkrankter haben müssen, einschließlich der Besonderheiten im Umgang mit dementiell Erkrankten.¹⁷¹

¹⁶⁷ Bis zu 30.000,- € Landesförderung erhält ein Hausarzt in Baden-Württemberg, wenn er sich in einer ländlichen Gemeinde ohne Arzt niederlässt. (Quelle: Konzept zur Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg orientiert an den Bedarfslagen der betroffenen Zielgruppen - Arbeitsentwurf (Stand: 18.06.2013). Allerdings liegen diese Voraussetzungen derzeit im Landkreis Lörrach nicht vor.

¹⁶⁸ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Versorgungsbericht 2012, S. 49

¹⁶⁹ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Versorgungsbericht 2012, S. 49

¹⁷⁰ Juristisch ist noch nicht abschließend geklärt, ob und ggf. welchen Anspruch Heimbewohner hinsichtlich der Begleitung zum Arztbesuch gegenüber dem Heim haben. Eine Klärung wäre wünschenswert. Ein Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart aus dem Jahr 2011 hat festgestellt, dass die Begleitung durch das Heim beim Arztbesuch eine Regelleistung ist. Der VGH Mannheim hat 2012 festgestellt, dass die Heimaufsicht die Begleitung zum Arztbesuch nicht als Regelleistung einfordern darf. Offen ist jedoch, ob die Bewohner bzw. deren rechtliche Vertreter oder ein Verbraucherschutzverband auf Erbringung der Leistung durch das Heim klagen können.

¹⁷¹ In einem vom Fritz.-Berger-Fonds der Stadt und des Landkreises geförderten Projekt wird derzeit erprobt, wie die Betreuung von Patienten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Kreis-krankenhaus Lörrach durch den Einsatz von bürgerschaftlich Engagierten verbessert werden kann.

Rehabilitation

- Es müssen alle Möglichkeiten zur Rehabilitation genutzt werden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. deren Schwere zu mildern.
- Erforderlich ist bei geriatrischen Patienten der zeitnahe, frühestmögliche Beginn notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen, weil Verzögerungen häufig zu fortschreitenden Beeinträchtigungen führen, die später oft nicht mehr kompensiert werden können.
- Die Ressourcen der geriatrischen Rehabilitation sind dem steigenden Bedarf anzupassen.
- Es muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote - von ambulant bis stationär - für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt zur Verfügung stehen.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden. Dies erfordert einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen auf allen Qualifizierungsebenen. Das betrifft auch die Qualifizierung zur Verordnung und Versorgung mit Hilfsmitteln.
- Pflegebedürftigen Personen (einschließlich Heimbewohnern), bei denen bereits ein Pflegegrad vorliegt, muss bei Bedarf der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation gewährleistet werden.

Palliativversorgung

- Die ambulante und stationäre Palliativversorgung im Landkreis muss bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Ziel 9.5.1

Der Landkreis trägt im Rahmen der Gesundheitskonferenz zusammen mit den Kommunen zur Schaffung unterstützender Strukturen – insbesondere im ländlichen Raum - bei

- zur Einrichtung von Gemeinschaftspraxen / MVZ,
- zur Niederlassung von jungen Ärzten,
- zur Annäherung bei der ärztlichen Versorgung an den Landesdurchschnitt,
- zum Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten,
- zur Etablierung eines ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangebotes,
- zum Auf- und Ausbau von ehrenamtlichen Fahr- und Begleitdiensten zum Arztbesuch,
- zum Auffinden barrierefreier Arztpraxen,
- zur quantitativen und qualitativen Verbesserung des Ausbildungsstands im Umgang speziell mit älteren Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz,
- zur rechtzeitigen Inanspruchnahme aller Möglichkeiten zur Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. deren Schwere zu mildern (auch bei Heimbewohnern),
- zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der geriatrischen Versorgung,
- zum Ausbau der ambulanten und stationären Palliativversorgung.

10 Pflege – ambulant, teilstationär, stationär

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird im Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert: Land, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen haben demnach den gemeinsamen Auftrag, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine leistungsfähige, regional gegliederte, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Pflege in speziellen Pflegeeinrichtungen soll dabei nachrangig sein: Vorrangig sollen die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützt werden, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können (Grundsatz „ambulant vor stationär“).

Die Konkretisierung der grundlegenden Aufgaben und Rahmenbedingungen für die Planung und Förderung der pflegerischen Infrastruktur erfolgt auf Länderebene: In Baden-Württemberg im Landespflegegesetz und Landespflegeplan. Bauliche Standards für stationäre Pflegeeinrichtungen gibt die Landesheimbauverordnung vor¹⁷²; Regelungen zur Sicherstellung der Qualität der Pflege sowie zur Mitwirkung und Mitbestimmung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG)¹⁷³ für Baden-Württemberg formuliert.

In der Praxis sind die Gestaltungsspielräume der Akteure, die Mitverantwortung für die Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur haben, sehr unterschiedlich. Den Pflegekassen kommt nach dem SGB XI eine zentrale Rolle zu. Sie schließen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ihrer Versicherten Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen ab. Dabei müssen sie ein Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe herstellen. Grundlage für den Abschluss von Versorgungsverträgen sind entsprechende Rahmenverträge auf Landesebene. Jeder Träger, der die darin vorgegebenen Voraussetzungen erfüllt, hat einen Rechtsanspruch auf die Erteilung eines Versorgungsvertrages. Seitens der Pflegekassen ist keine Prüfung des örtlichen Bedarfs vorgesehen.

Die Kommunen (Städte, Gemeinden und Kreise) als die Wohn- und Lebensorte älterer Bürgerinnen und Bürger verfügen dagegen im Bereich der Pflege derzeit nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten und häufig geringe finanzielle Spielräume.¹⁷⁴ Dabei sind insbesondere die Städte und Gemeinden wesentliche Garanten für die Lebensqualität und einen möglichst langen Verbleib pflegebedürftiger Menschen im vertrauten häuslichen Umfeld.

Politik und Fachwelt haben die damit verbundenen Herausforderungen erkannt: Vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und neuer quartiersbezogener Pflegekonzepte wollen sie die Planungs- und Steuerungskompetenzen der Kommunen in der Pflege stärken. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung kommunaler Vertreter hat im Jahr 2015 entsprechende Handlungsbedarfe und Empfehlungen für notwendige Veränderungen der Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene formuliert.¹⁷⁵ Diese werden im Abschlussbericht der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ aufgegriffen¹⁷⁶.

¹⁷² Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) vom 18. April 2011

¹⁷³ Das WTPG löste im Jahr 2014 das frühere Heimgesetz ab

¹⁷⁴ Auf der Grundlage des Landespflegegesetzes Baden-Württemberg verfügten Land und Kommunen durch die Förderung der Investitionskosten für bedarfsgerechte teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen bis Ende 2010 noch über eine Möglichkeit, den bedarfsgerechten Ausbau der Pflegeinfrastruktur mitzugestalten. Seit 2011 ist die Förderung durch eine Gesetzesänderung auf einzelne modellhafte Vorhaben begrenzt.

¹⁷⁵ <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf>

¹⁷⁶ Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 15/7980. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit den Handlungsempfehlungen, S.44.

Auf der Praxisebene hat das Projekt „Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“, das in vier Modelkommunen in Baden-Württemberg umgesetzt wurde, neue lokale Netzwerke bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen in der Pflege erprobt. Im Rahmen des Projekts entstand ein Handbuch mit Empfehlungen, das sich an politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in den baden-württembergischen Kommunen wendet.¹⁷⁷

Kommunales Handeln im Bereich Pflege und Betreuung sollte am Sozialraum orientiert sein und die Bürgerinnen und Bürger mit einbeziehen. Ziel ist es, die gesellschaftliche Teilhabe aller Gemeindeglieder am Wohnort zu ermöglichen - unabhängig vom Grad ihres Unterstützungsbedarfs. Dazu bedarf es kleinräumiger flexibler Pflegearrangements, der Stärkung primärer Hilfenetze und des freiwilligen Engagements. Bereits im Vorfeld der Pflege können die Kommunen die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger stärken.

Vor allem kleinere Kommunen können nicht alle Aufgaben alleine bewältigen. Interkommunale Kooperationen und eine koordinierende Unterstützung auf Kreis- und Landesebene können, neben einer angemessenen Finanzierung, bei der Aufgabenbewältigung helfen.

10.1 Pflegebedürftige Menschen im Landkreis Lörrach

Als Pflegebedürftig im Sinne der Pflegestatistik gelten Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Sie müssen durch die Pflegekassen oder private Versicherungen als pflegebedürftig eingestuft und einem der Pflegegrade 1 - 5 zugeordnet sein¹⁷⁸. Sie erhalten damit Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Pflegestatistik wird alle zwei Jahre erhoben, zuletzt zum Stichtag 15. Dezember 2013.

Zwischen 2001 und 2013 ist im Landkreis Lörrach die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf¹⁷⁹, die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, von knapp 4.800 auf rund 6.000¹⁸⁰ Personen angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von rund 26 Prozent. Für das Land Baden-Württemberg liegt die Wachstumsrate mit rund 42 Prozent deutlich höher. Diese Entwicklung hängt eng mit der demografischen Veränderung zusammen: Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen sind älter als 80 Jahre. Da die Zahl älterer Menschen in den letzten Jahren gestiegen ist, hat auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen zugenommen. Allerdings nahm der Anteil der Menschen über 80 Jahren in der Bevölkerung stärker zu als der Anteil pflegebedürftiger Menschen.

Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu. Jeder zweite Mensch über 90 Jahren ist pflegebedürftig. Die Daten zur Pflegehäufigkeit zeigen einen deutlichen Anstieg des Pflegebedarfs ab 75 Jahren. Dies betrifft sowohl Frauen als Männer; der Anstieg

¹⁷⁷ http://www.kh-freiburg.de/fileadmin/userfiles/3_Forschung___Entwicklung/2015_Pfleagemix_Handbuch_Online.pdf

¹⁷⁸ Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, das ab dem 01.01.2017 in Kraft tritt, werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad. Statt der bisherigen drei Pflegestufen wird es ab dem 01.01.2017 fünf Pflegegrade geben, die die Situation von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz) berücksichtigen. Alle Pflegebedürftigen erhalten damit gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

¹⁷⁹ Bei den folgenden Darstellungen sind auch Menschen mit Pflegebedarf, die jünger als 65 Jahre sind, berücksichtigt.

¹⁸⁰ In der Pflegestatistik werden seit der Erhebung 2009 bei der Bestimmung der insgesamt Pflegebedürftigen die teilstationär versorgten Pflegebedürftigen nicht mehr zusätzlich berücksichtigt. Es wird davon ausgegangen, dass sie seit der Reform der Pflegeversicherung 2008 parallel entweder Pflegegeld oder ambulante Leistungen beziehen. Dadurch kann es zu leichten Verschiebungen in der Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu den Vorjahren kommen. In den Vorjahren wurden die teilstationär versorgten Personen bei den stationär versorgten Personen berücksichtigt. Die Summe aus den stationär, ambulant und von Angehörigen zu Hause (Bezieher von Pflegegeld) versorgten Personen ergibt die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt.

bei den Frauen fällt allerdings stärker aus¹⁸¹. Insgesamt sind fast zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen Frauen. Ein Grund könnte sein, dass Männer im Alter häufig von ihren meist etwas jüngeren Ehefrauen versorgt werden, so dass erst in einer späteren Phase die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse beantragt wird. Mit zunehmendem Alter nehmen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern allerdings weiter zu. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frauen, möglicherweise vorbelastet durch die vorherige Pflege des Partners und / oder eines Angehörigen, ein erhöhtes Pflegerisiko entwickeln. Frauen weisen eine höhere Lebenserwartung auf als Männer. Mit zunehmendem Alter leben sie deshalb häufiger alleine im Haushalt.

Die Pflegequote im Landkreis Lörrach liegt mit 2,7 Prozent geringfügig unter dem Durchschnitt von Baden-Württemberg mit 2,8 Prozent. Die Spanne der Pflegequoten in den Kreisen in Baden-Württemberg reicht von 2 Prozent im Landkreis Tübingen bis hin zu 4,3 Prozent im Neckar-Odenwald-Kreis.

Bezogen auf die unterschiedlichen Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigt sich bei allen Leistungsarten außer beim Pflegegeld ein relativ stetiger Zuwachs:

- Die Zahl an Leistungsempfängern in der ambulanten Pflege nahm im Zeitraum zwischen 2001 und 2013 um rund 33 Prozent zu (von knapp 960 auf annähernd 1300)¹⁸².
- Die größte Steigerungsrate ist im Tagespflegebereich zu verzeichnen; hier war der Ausgangswert im Jahr 2001 mit 20 Leistungen sehr niedrig (2013: 163 Leistungen).
- Die Zahl der Leistungen für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen stieg um 19,5 Prozent (von knapp 1500 auf fast 1800).
- Beim Pflegegeld lässt sich zwischen 2001 und 2005 ein leichter Rückgang konstatieren, seit 2007 zeigt sich allerdings eine zum Teil deutliche Zunahme. Zwischen 2001 und 2013 stieg die Zahl der Pflegegeldempfänger jedoch insgesamt um rund 28 Prozent (von knapp 2.300 auf rund 2.950).

Entwicklung der ambulant, stationär und von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen 2001-2013 im Landkreis Lörrach

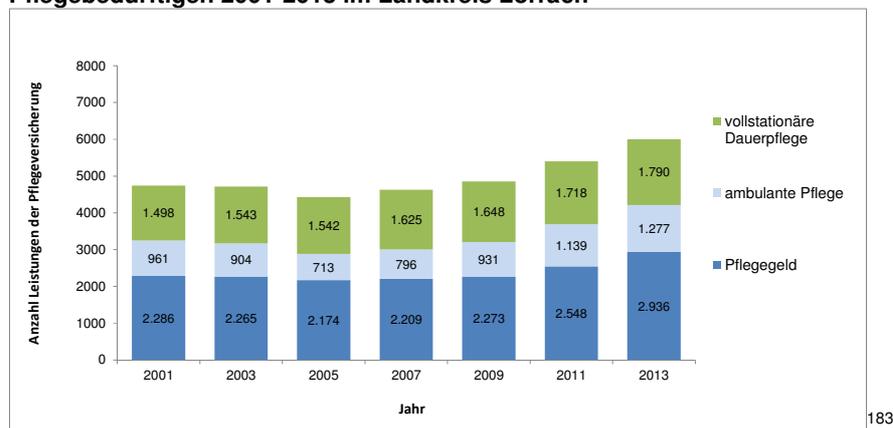


Abbildung 36: Entwicklung der Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach 2001 - 2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2001-2013.

¹⁸¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Pflegestatistik 2013.

¹⁸² Die Daten zu den ambulanten und vollstationären Leistungen werden standortbezogen bei den Pflegeeinrichtungen erhoben. Organisatorische Änderungen bei den Diensten (z.B. eine Verlagerung des Standortes in einen anderen Kreis) können also die Ergebnisse beeinflussen, obwohl faktisch gleich viele Menschen aus einem Kreis eine ambulante Leistung erhalten.

¹⁸³ In den folgenden Ausführungen wurden neben den teilstationär Versorgten (siehe Fußnote 8) auch die Personen, die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, nicht zusätzlich berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass diese parallel entweder ambulante Leistungen oder Pflegegeld beziehen.

Vergleicht man die Anteile der einzelnen Leistungsarten miteinander, wird deutlich, dass im Landkreis Lörrach der Anteil der vollstationären Pflege über die Jahre hinweg abgenommen hat. Zwischen 2001 und 2013 hat der Anteil der vollstationären Pflege um 2,7 Prozent abgenommen. Der landkreisspezifische Anteil im Jahr 2013 liegt damit nur geringfügig über dem Anteil auf Landesebene (Ba-Wü vollstationär: 29 Prozent).

Demgegenüber hat der Anteil der Leistungsempfänger in der ambulanten Pflege von 20,3 auf 21,3 Prozent im Jahr 2013 zugenommen. Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der Pflegegeldempfänger von 48,2 auf 48,9 Prozent leicht gestiegen. Sowohl der Anteil der ambulanten Pflege als auch der Anteil der Pflegegeldempfänger liegt damit ebenfalls geringfügig über dem landesweiten Durchschnitt von 20,8 bzw. 48,4 Prozent.

Insgesamt ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause mit Pflegegeld und / oder durch einen ambulanten Dienst versorgt werden, seit 2001 von 68,5 auf 70,2 Prozent gestiegen.

Entwicklung der Anteile der ambulant, stationär und von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen 2001-2013 im Landkreis Lörrach

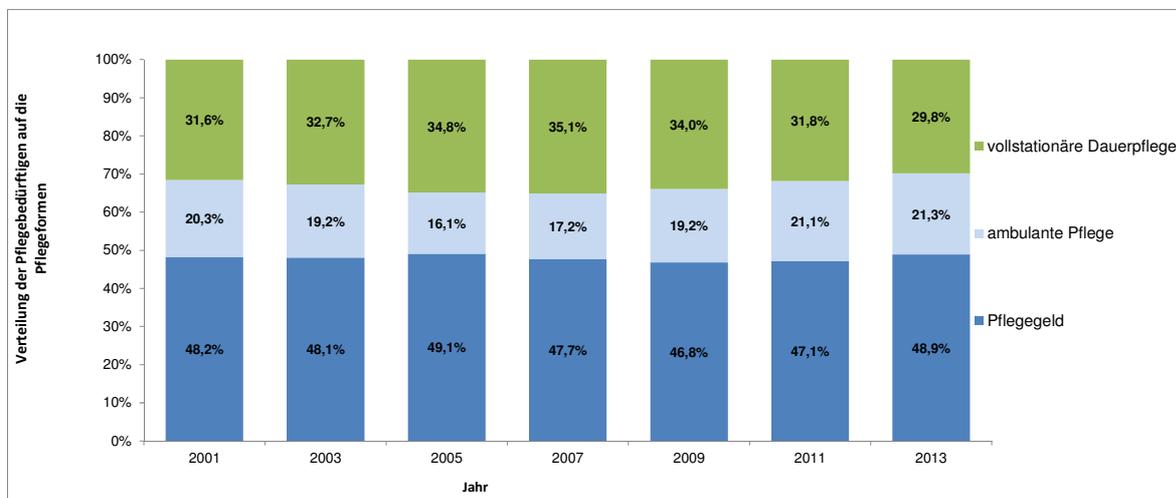


Abbildung 37: Entwicklung der Anteile der Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach 2001 - 2013 nach Leistungsbereichen (SGB XI)

Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2001-2013.

10.1.1 Pflegebedürftige ab 65 Jahren

Im Folgenden werden nur Pflegebedürftige ab 65 Jahren – der Altersgruppe, die im Fokus der Seniorenplanung steht – berücksichtigt.

Am 15.12.2013 erhielten im Landkreis Lörrach 4.954 pflegebedürftige Menschen im Alter ab 65 Jahren Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon lebten 2.115 in Privathaushalten und wurden dort zumeist von Angehörigen gepflegt (Pflegegeldempfänger), weitere 1.179 Pflegebedürftige ab 65 Jahren wurden ausschließlich oder zusätzlich von ambulanten Diensten betreut (Pflegesachleistung oder Kombileistung). 1.632 Personen nahmen zum Stichtag vollstationäre Dauerpflege in Anspruch, 28 Kurzzeitpflege. 163 Personen nutzten - meistens zusätzlich zur häuslichen Pflege - ein Tagespflegeangebot.¹⁸⁴ Berücksichtigt wurden bei dieser Zählung auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im Landkreis Lörrach, die aus anderen Kreisen stammen, nicht aber die Menschen aus dem

¹⁸⁴ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2013. Die Nutzer von Tagespflegeangeboten sind in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger nicht berücksichtigt. Seit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008 ist eine kombinierte Nutzung von Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege möglich, so dass es hier sonst zu Doppelzählungen kommen könnte.

Landkreis Lörrach, die in Pflegeheimen außerhalb des Kreisgebietes leben, da hierzu keine Daten vorliegen.

Mit 113 Pflegebedürftigen ab 65 Jahren pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe gibt es im Landkreis Lörrach annähernd so viele Pflegebedürftige unter der Seniorenbevölkerung als im Landesdurchschnitt (118).

Anzahl und Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Landkreis Lörrach nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung am 15.12.2013

	Ausschließ- lich Pflege- geld	Ambulan- te Pflege	Dauer- pflege	Kurzzeit- pflege	Gesamt (ohne teilstationär)	Tages- oder Nacht- pflege
Anzahl Insgesamt	2.115	1.179	1.632	28	4.954	163
Insgesamt in %	42,7%	23,8%	32,9%	0,6%	100%	3,3%
davon Frauen	1.327	787	1.256	16	3.386	108
Frauen in %	39,2%	23,2%	37,1%	0,5%	100%	3,2%
davon Männer	788	392	376	12	1568	55
Männer in %	49,7%	25%	24%	0,8%	100%	3,5%

Tabelle 6: Pflegebedürftige ab 65 Jahren im Landkreis Lörrach nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung am 15.12.2013

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2013.

Sowohl der Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre, die ausschließlich Pflegegeld in der eigenen Häuslichkeit beziehen, als auch der Anteil der Pflegeleistungen im Pflegeheim liegt im Landkreis Lörrach mit rund 43 bzw. 33 Prozent exakt im landesweiten Durchschnitt (Ba-Wü: 43 bzw. 33 Prozent). Der Anteil der ausschließlich oder zusätzlich durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen¹⁸⁵ liegt mit rund 24 Prozent geringfügig über dem Anteil in Baden-Württemberg (Ba-Wü: 23 Prozent)¹⁸⁶. Bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Versorgungsleistungen zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern und abhängig vom Alter. Während fast 50 Prozent der Männer zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, liegt der Anteil bei den Frauen bei 40 Prozent.

Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Anteil der ausschließlich zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ab und der Anteil der vollstationär versorgten Menschen zu. Die Zunahme fällt bei den Männern deutlich geringer aus als bei den Frauen. Während ungefähr die Hälfte der Frauen im Alter ab 90 Jahren vollstationär versorgt wird, liegt der Anteil der Männer im Alter ab 90 Jahren, die in einem Pflegeheim versorgt werden, bei knapp einem Drittel.

Die Unterschiede in den Versorgungsformen zwischen Frauen und Männern zeigen sich zum Teil recht deutlich bereits im Alter zwischen 65 bis unter 70 Jahren. Der Anteil der zu Hause versorgten Männer liegt in dieser Altersgruppe bereits deutlich höher als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter nehmen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern weiter zu. Die Vermutung liegt nahe, dass die Frauen eher ihre Partner pflegen und dann selbst im höheren Alter, möglicherweise auch belastet durch die vorherige Pflege eines Angehörigen, dann selbst pflegebedürftig werden und mangels häuslichem Pflegepotenzial die Versorgung in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen.

¹⁸⁵ Darunter fallen Personen, die ausschließlich Pflegesachleistung (Versorgung durch einen Pflegedienst) oder aber eine Kombileistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung erhalten.

¹⁸⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2013.

Anteile der ambulant, stationär und von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Frauen 2013 im Landkreis Lörrach

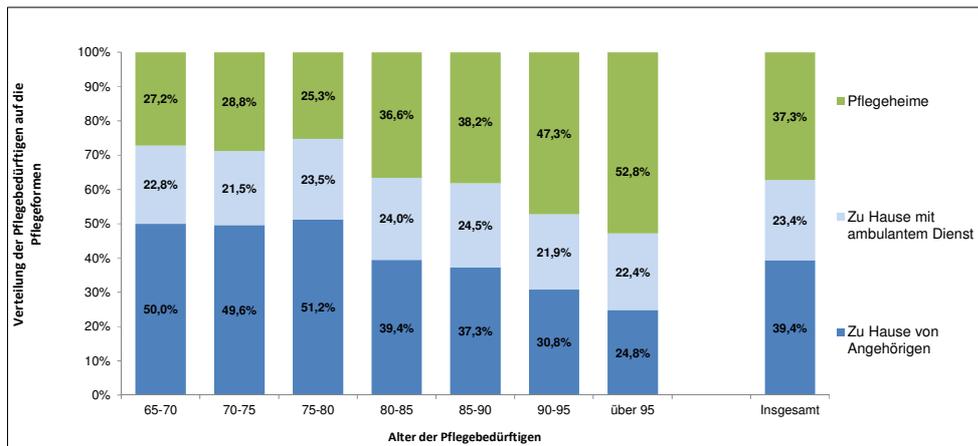


Abbildung 38: Anteile der pflegebedürftigen Frauen im Landkreis Lörrach 2013 nach Leistungsart (SGB XI)

Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2001-2013.

Anteile der ambulant, stationär und von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Männer 2013 im Landkreis Lörrach

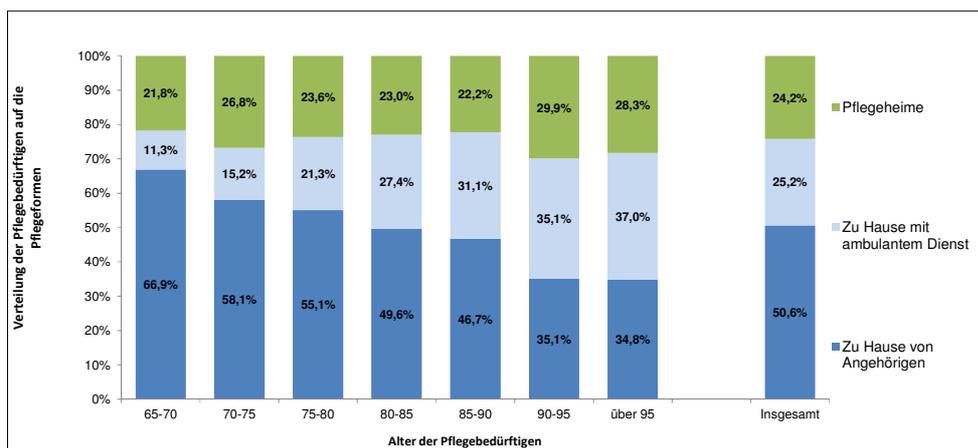


Abbildung 39: Anteile der pflegebedürftigen Männer im Landkreis Lörrach 2013 nach Leistungsart (SGB XI)

Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2001-2013. Pflegestatistik des statistischen Landesamtes.

3,3 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf nutzten zum Stichtag - in der Regel zusätzlich zum Pflegegeld oder der ambulanten Pflege - ein teilstationäres Angebot (in der Regel Tagespflege). Bei diesem, die häusliche Pflege stärkenden Angeboten, entspricht der Landkreis Lörrach ebenfalls annähernd dem Landesdurchschnitt (3,1 Prozent).

10.2 Pflege durch Ambulante Dienste

Nicht in allen Bereichen und nicht alle Pflegebedürftigen können von Angehörigen versorgt werden. Manchmal sind auch sehr umfangreiche und vielfältige Unterstützungsleistungen gefragt. Die Pflege zu Hause zu organisieren beziehungsweise familiäre Pflege zu ergänzen, ist das Arbeitsfeld ambulanter Pflegedienste. Träger sind Kirchengemeinden oder weltliche Gemeinden (Diakonie- und Sozialstationen) sowie stationäre Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände oder gewerbliche Anbieter. Diese schließen bei Vorliegen der gesetzlich festgelegten Voraussetzungen einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen ab. Sie erbringen hauptsächlich Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung)

und der medizinischen Behandlungspflege (ärztlich verordnete Pflege aufgrund einer Erkrankung). Grundsätzliche Aufgabe der ambulanten Dienste ist zudem die Beratung sowie Information zu Pflegefragen. Ambulante Dienste haben sich in vielen Fällen zu generellen Dienstleistern für ältere, kranke und pflegebedürftige Menschen entwickelt. Neben der ambulanten (Kranken-)Pflege werden hauswirtschaftliche Hilfen, Kurse für pflegende Angehörige, Gesprächsgruppen und Betreuungsgruppen für Demenzkranke angeboten. In einigen Fällen gehören auch weitere Dienstleistungen wie 24-Stunden-Betreuung zu Hause, Hausnotruf, Sturzpräventionstraining und Anderes zum Angebot.

Wesentlich für eine erfolgreiche Arbeit ambulanter Dienste ist deren Vernetzung mit den Kommunen und Einrichtungen im Einzugsgebiet. Eine enge Kooperation ist insbesondere mit Ärzten und Krankenhäusern erforderlich. Ein weiterer wesentlicher Erfolgsfaktor ist eine konsequente Kundenorientierung, die sich unter anderem in der Flexibilität bei der zeitlichen Organisation der Einsätze und in einem weit gefächerten Dienstleistungsangebot zeigt. Eine Öffnung des Angebots für die spezifischen Wünsche von hilfebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird zunehmend an Bedeutung gewinnen. In den letzten Jahren fusionierten viele ambulante Dienste zu größeren Einheiten, um einen rationelleren Personaleinsatz und eine umfangreichere Angebotspalette zu erreichen. Daneben gibt es nach wie vor sehr kleine Anbieter mit einigen wenigen Mitarbeitenden, die sich ebenfalls am Markt behaupten.

10.2.1 Ambulante Pflege im Landkreis Lörrach

Von den 6.031 Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach werden 4.213 zu Hause versorgt. Dies entspricht einem Anteil von ca. 70 Prozent. Davon werden 1.277 Pflegebedürftige durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt, davon 316 Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. 1.179 Menschen oder rund 92 Prozent der von ambulanten Diensten versorgten Menschen sind über 65 Jahre alt. Die Zahl aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen hat sich von 2011 bis 2013 um 12,1 Prozent erhöht oder in absoluten Zahlen um 138 Personen. Innerhalb der letzten 10 Jahre kam es insgesamt zu einem Zuwachs an ambulant betreuten Pflegebedürftigen von über 40 Prozent (Ba-Wü: rund 35 Prozent). Im Vergleich zu den vollstationär und den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sind die ambulanten Leistungen am stärksten angestiegen.

Setzt man die Zahlen noch in das Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren, so zeigt sich, dass im Landkreis Lörrach auf 1.000 Einwohner 26 ambulant versorgte Pflegebedürftige kommen. Landesweit liegt der Wert bei 27. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der von ambulanten Diensten versorgten Menschen zu.

Im Alter zwischen 65 und 70 Jahren werden 17 Prozent der Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach von ambulanten Diensten versorgt, im Alter zwischen 85 und 90 Jahren liegt der Anteil bei 26 Prozent und geht danach leicht zurück. Während zunächst die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen zu Hause ohne Unterstützung versorgt wird, nimmt in höherem Alter der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu. Dazwischen scheint sich die häusliche Pflege mit Unterstützung von ambulanten Diensten zu bewähren. Es liegen keine Daten im Zeitvergleich vor, anhand derer beurteilt werden könnte, ob es einen „Generationeneffekt“ gibt, d.h. ob die Inanspruchnahme der vollstationären Einrichtungen vor einigen Jahren früher erfolgte und sich durch das höhere Angebot an ambulanten Leistungen heute verschoben hat.

Den 1.277 ambulant versorgten Personen stehen im Landkreis Lörrach 18 Pflegedienste gegenüber, die von der freien Wohlfahrtspflege, aber auch durch kommunale und private Anbieter getragen werden. In den 18 Pflegediensten gab es im Jahr 2013 628 Personalstellen.

Innerhalb der letzten 10 Jahre hat sich die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Lörrach um 8 Dienste erhöht. Ausgehend von 375 Personalstellen im Jahr 2003 hat sich die Zahl der Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten bis zum Jahr 2013 um 253 Per-

sonen erhöht. Dies entspricht einer Zunahme um 67,5 Prozent. Das Thema Personal/ Fachkräftemangel wird in einem gesonderten Kapitel nochmals ausführlicher betrachtet.

10.2.2 Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste

Werden die Pflegestufen der Klienten, die von einem ambulanten Dienst versorgt werden, betrachtet, dann zeigt sich, dass über die Hälfte der versorgten Klienten im Jahr 2013 in Pflegestufe 1 eingruppiert waren, ein Drittel hatte die Pflegestufe 2. Die Verteilung der Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste im Landkreis Lörrach entspricht weitestgehend der Verteilung in Baden-Württemberg: Im Jahr 2013 hatten 54,7 Prozent der Klienten der ambulanten Dienste in Baden-Württemberg die Pflegestufe 1, 33,6 Prozent die Pflegestufe 2, 11,3 Prozent die Pflegestufe 3 und 0,4 Prozent waren Härtefälle.

Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste im Landkreis Lörrach im Jahr 2013

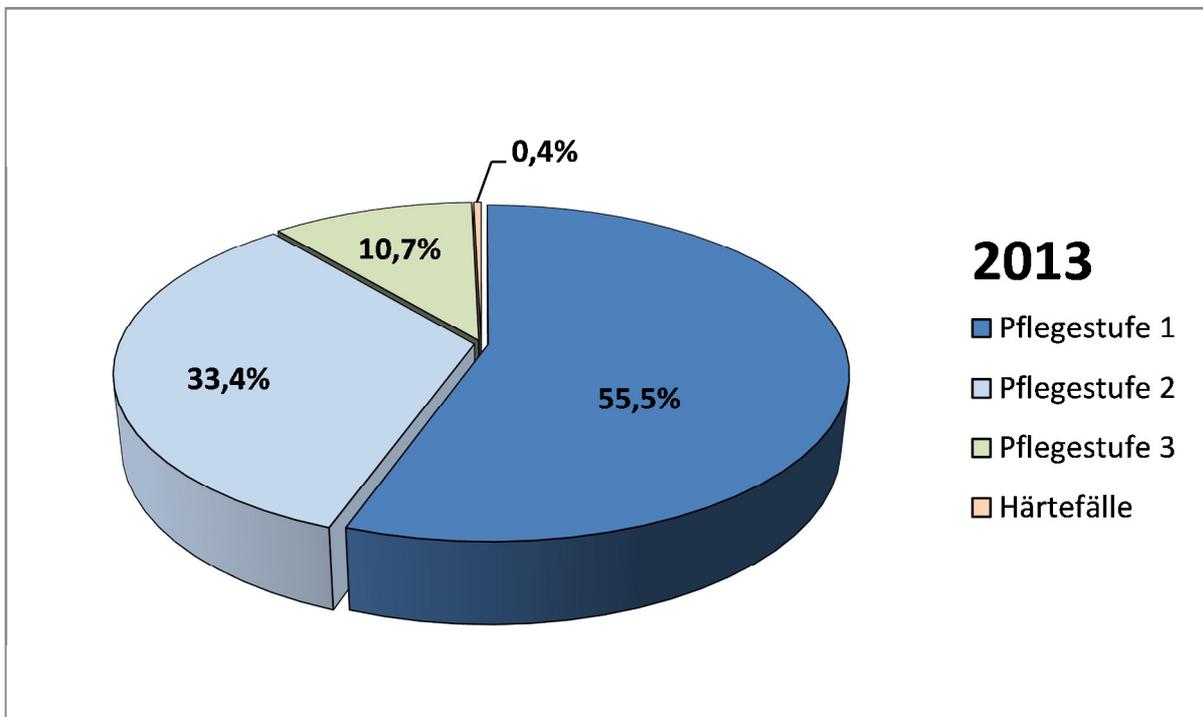


Abbildung 40: Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste im Landkreis Lörrach 2013

Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes zum 15.12.2013

Zum Stichtag 15.12.2013 hatten im Landkreis Lörrach zudem 5,4 Prozent – das entspricht 73 Personen – die Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, meist in Folge einer Demenzerkrankung. In Baden-Württemberg lag der Anteil bei 4,3 Prozent.

10.3 Tagespflege

Tagespflege ist ein teilstationäres Angebot für ältere Menschen, die zu Hause leben, aber tagsüber in dafür geeigneten Räumlichkeiten betreut und gepflegt werden. Sie zielt darauf ab, Selbständigkeit zu erhalten, Tagesstruktur zu bieten und pflegende Angehörige zu entlasten. Sie ist damit ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für pflegebedürftige Menschen und kann deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wirksam unterstützen. Die Tagespflege ermöglicht in vielen Fällen einen längeren Verbleib von Menschen mit Pflegebe-

darf in der eigenen Häuslichkeit. Sie wird sowohl in eigenständigen Einrichtungen als auch in Verbindung mit einem Pflegeheim oder ambulanten Dienst angeboten.

Der Leistungsumfang der Tagespflege, die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung sowie die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in zwei Rahmenvereinbarungen¹⁸⁷ festgelegt. Danach ist die Pflege und Versorgung an mindestens 5 Tagen in der Woche für jeweils mindestens 6 Stunden zu gewährleisten. Die Öffnungszeiten in der Tagespflege sind in der Regel werktags zwischen 8 und 17 Uhr. In immer mehr Einrichtungen werden auch weitergehende Öffnungszeiten z.B. am Abend oder auch am Wochenende angeboten. Auch wenn Tagespflege im Verbund mit einem Pflegeheim als „integrierte Tagespflege“ angeboten wird, müssen die Träger für die Tagesgäste ein eigenständiges Pflege- und Betreuungskonzept sowie eigene Ruhemöglichkeiten und geeignete Gemeinschaftsräume nachweisen. Das Angebot für die Tagespflegegäste kann aber zu Teilen konzeptionell mit den tagesstrukturierenden Angeboten für Heimbewohner verknüpft werden.

Tagespflegeeinrichtungen müssen laut Rahmenvertrag auch die notwendige und angemessene Beförderung der Besucher von der Wohnung zur Tagespflege sicherstellen. Die Personalkosten für den Fahrdienst und die Kosten für die Anschaffung eines Fahrzeugs sind im Tagessatz der Einrichtungen in der Vergütungsvereinbarung bereits enthalten. Zusätzliche, personalkosten-unabhängige Fahrtkosten werden – gestaffelt nach Entfernungen – in Rechnung gestellt, wenn der Fahrdienst tatsächlich in Anspruch genommen wird. Auf Wunsch können die Angehörigen den Fahrdienst auch selbst übernehmen. Der Einzugsbereich einer Tagespflege sollte sich, um lange Anfahrtswege zu vermeiden, im Wesentlichen auf die nähere Umgebung konzentrieren. Die Fahrzeit für die einfache Strecke sollte möglichst für keinen Tagespflegegast länger als 30 Minuten dauern.

Tagespflegeeinrichtungen werden von vielen Nutzern nur tageweise besucht, so dass erhebliche Schwankungen in der wöchentlichen Auslastung auftreten können. Aber auch das Ausmaß der Gesamtauslastung unterscheidet sich zwischen den Tagespflegeangeboten sehr stark. Konkrete Gründe für eine gute oder weniger gute Auslastung sind im Einzelnen schwer festzustellen. Neben den Kosten scheinen die fachlich-konzeptionelle Qualität, der Standort der Einrichtung und der Grad der örtlichen Vernetzung und Verankerung eine nicht unwesentliche Rolle für die Akzeptanz des Angebots zu spielen. So sind beispielsweise Tagespflegeangebote mit sehr flexiblen Öffnungszeiten und Einrichtungen, die den Anforderungen demenziell erkrankter Menschen in besonderer Weise entsprechen, in der Regel besser ausgelastet. Auch eine gute Erreichbarkeit mit kurzen Anfahrtszeiten spielt offenbar eine Rolle. Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ stellt in ihrem Bericht fest, dass die Finanzierung im Bereich der Hol- und Bringdienste bisher unzureichend ist. Sie berücksichtigt lediglich die Beförderungskosten mit einer pauschalen Vergütung der Beförderungskosten. Die Anforderungen einen Transport überhaupt erst möglich zu machen, seien teilweise immens. Dieser Aufwand sei aber nicht berücksichtigt.¹⁸⁸

Im Einzelfall können Investitionen für besonders innovative Tagespflegeeinrichtungen, die einen dringenden Bedarf decken, im Rahmen des Sonderförderprogramms des Landes zur „Verbesserung der Struktur- und Betreuungsqualität im Pflegebereich“ der Landesregierung (seit 2014 „Innovationsprogramm Pflege“) gefördert werden. Eine solche Förderung kommt über niedrigere Tagessätze auch den Tagespflegegästen zu Gute. Weitere finanzielle Verbesserungen für die Nutzer ergaben sich im Zusammenhang mit der Reform der Pflegeversicherung von 2008: Sie hat die Kostenerstattungen der Pflegekassen deutlich erhöht und eine kombinierte Nutzung von Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege erleichtert.¹⁸⁹ Eine weitere Verbesserung der finanziellen Leistungen wurde

¹⁸⁷ Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SBG XI für das Land Baden-Württemberg vom 14.10.1997 zuletzt geändert am 14.02.2012. Rahmenvereinbarung zur Förderung und Vernetzung von teilstationären und stationären Versorgungsangeboten der Altenhilfe in Baden-Württemberg vom 03.07.2013, inkraftgetreten am 01.01.2014

¹⁸⁸ Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 15/7980, S. 310

¹⁸⁹ siehe Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008.

durch das Pflegestärkungsgesetz I, das zum 01.01.2015 in Kraft trat, erreicht. Die Sachkostenbudgets der Tagespflege wurden damit erhöht. Durch eine Kombination von Leistungen der Tagespflege und der ambulanten Pflege können teilweise höhere Leistungen in Anspruch genommen werden als bei einer vollstationären Versorgung, zumal für die geringeren Pflegestufen gleichzeitig der Übergang in eine vollstationäre Einrichtung durch geringere Leistungspauschalen teurer wurde.

10.3.1 Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Lörrach

Der Landkreis Lörrach hat im Rahmen seiner zweijährigen Erhebung zum Stichtag 31.10.2013 Informationen über die teilstationären Einrichtungen erhoben. An der Erhebung haben sich alle 9 zum Stichtag im Landkreis Lörrach vorhandene Tagespflegeeinrichtungen beteiligt. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf diesen Ergebnissen.

In den neun Einrichtungen standen insgesamt 127 Plätze Verfügung. Ein Ausbau um weitere 20 Plätze war geplant. Die Zahl der vorhandenen Einrichtungen hat seit dem Jahr 2005 um 3 zugenommen, die Platzzahl wurde verdoppelt. Im Jahr 2003 gab es noch 56 Plätze im Kreis Lörrach.

Durchschnittlich standen im Jahr 2013 pro 1.000 Einwohner über 65 Jahren 2,9 Plätze zur Verfügung. Der Versorgungsgrad hat in den vergangenen 10 Jahren stark zugenommen. Er liegt damit weit über dem Durchschnitt in Baden-Württemberg (1,48 Plätze pro 1.000 EW über 65 Jahren).

Im Jahr 2003 standen noch 1,5 Plätze pro 1.000 Einwohner über 65 Jahren zur Verfügung.

Es stehen in allen Planungsräumen Tagespflegeplätze zur Verfügung. Der Versorgungsgrad im Planungsraum Südliches Markgräflerland ist mit 5,6 Plätzen pro 1.000 Einwohner über 65 Jahren am höchsten. Im Planungsraum Hochrhein betrug er 1,7 Plätze pro 1.000 Einwohner über 65 Jahren.

Tagespflegeplätze in den Planungsräumen des Landkreises Lörrach am 31.10.2013

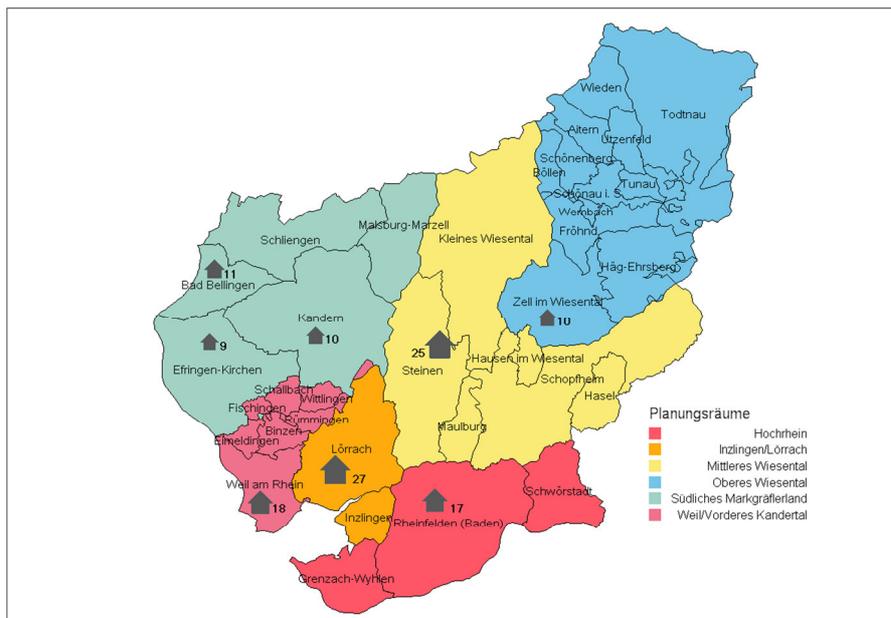


Abbildung 41: Tagespflegeplätze in den Planungsräumen des Landkreises Lörrach am 31.10.2013

Graphik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

Ist-Bestand an Tagespflegeangeboten am 31.10.2013 nach Planungsräumen im Landkreis Lörrach

Planungsraum	Anzahl Einrichtungen	Tagespflegeplätze	Einwohner 65 Jahre und älter (31.12.2013)	pro 1.000 Einwohner 65 Jahre und älter
Südliches Markgräflerland	3	30	5.368	5,6
Mittleres Wiesental	1	25	7.571	3,3
Oberes Wiesental	1	10	3.507	2,9
Weil/Vorderes Kandertal	1	18	7.528	2,4
Lörrach/Inzlingen	2	27	9.949	2,7
Hochrhein	1	17	9.773	1,7
Gesamt	9	127	43.696	2,9

Tabelle 7: Ist-Bestand an Tagespflegeangeboten im Landkreis Lörrach am 31.10.2013

Datenbasis: Erhebung bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsforschung auf Basis Zensus 2011; Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III. Berechnungen: KVJS.

10.3.2 Struktur der Klienten in den Tagespflegen

Im Rahmen der Erhebung wurden auch Angaben zu den Öffnungszeiten, Besuchszeiten, Pflegestufen und den Wohnorten erhoben.

10.3.2.1 Häufigkeit der Nutzung

Über 60 Prozent der Tagespflegegäste kamen maximal drei Tage in der Woche in die Tagespflegeeinrichtung. Rund ein Viertel kommen an 5 Tagen in der Woche. Das Seniorenzentrum Steinen bietet eine ganztägige Betreuung auch am Samstag an. Dies wird derzeit kaum genutzt.

Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach im Jahr 2013 nach Besuchshäufigkeit pro Woche

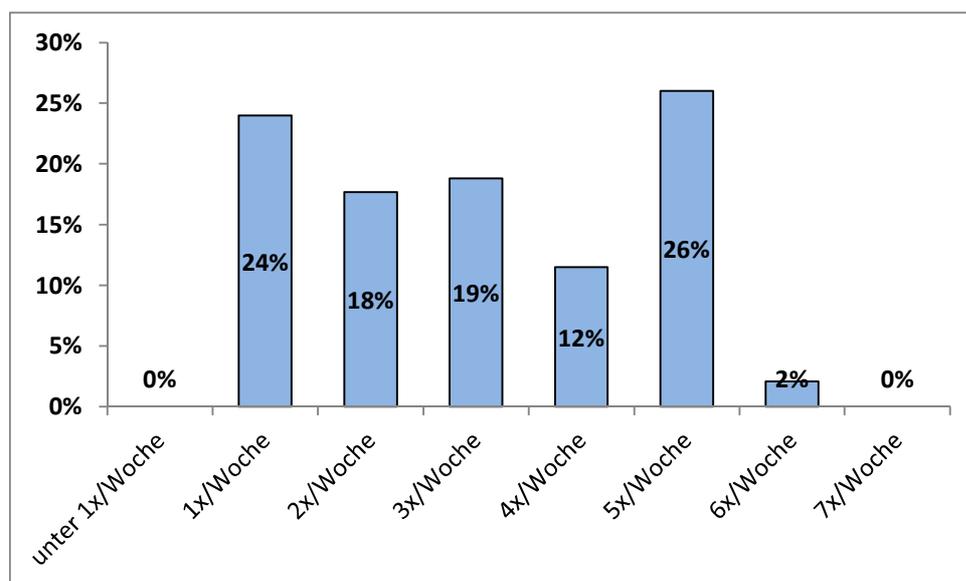


Tabelle 8: Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im mLandkreis Lörrach 2013 nach Besuchshäufigkeit

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.3.2.2 Pflegestufen

In der Tagespflege waren die:

- Pflegestufen 1 und 2 mit 47 beziehungsweise 37 Prozent am stärksten vertreten,
- 9 Prozent hatten die Pflegestufe 3,
- knapp 7 Prozent hatten die Pflegestufe „0“.

Im Vergleich mit der durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen in allen Tagespflegeangeboten in Baden-Württemberg fällt im Landkreis Lörrach vor allem der hohe Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 in den Tagespflegeeinrichtungen auf. Landesweit sind nur 43 Prozent der Besucher von Tagespflegeeinrichtungen in Pflegestufe 1 eingruppiert und ein höherer Anteil der Besucher in Pflegestufe 2 (43 Prozent).

Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach im Jahr 2013 nach Pflegestufen

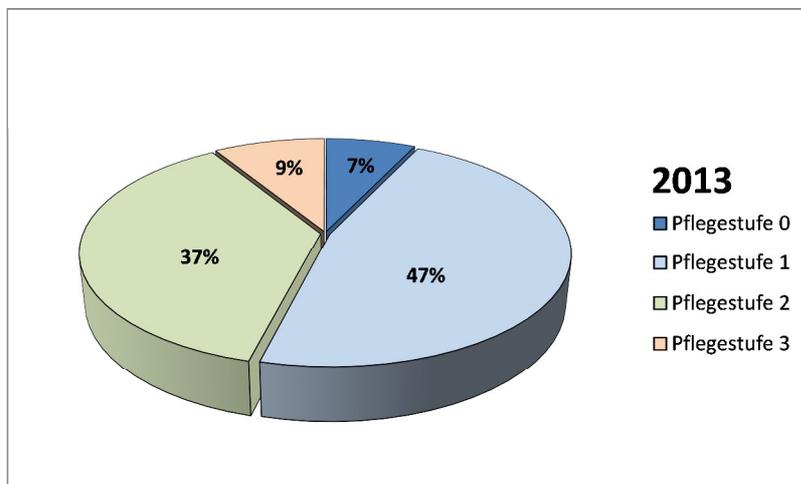


Abbildung 42: Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2013 nach Pflegestufen

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.3.2.3 Herkunft der Tagespflegegäste

Im Hinblick auf den Wohnort der Tagespflegegäste zeigt sich, dass knapp 90 Prozent der Nutzer aus dem jeweiligen Planungsraum stammt, in dem die Tagespflegeeinrichtung steht. Dies ist vor dem Hintergrund einer wünschenswerten wohnortnahen Versorgung positiv zu bewerten und zeigt, wie wichtig flächendeckende Angebote sind. Lediglich 11 Prozent der Gäste stammen aus einem anderen Planungsraum des Landkreises Lörrach. Zum Stichtag 31.10.2013 kam keiner der Gäste aus Kommunen außerhalb des Landkreises.

Herkunft der Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach im Jahr 2013 nach Wohnort

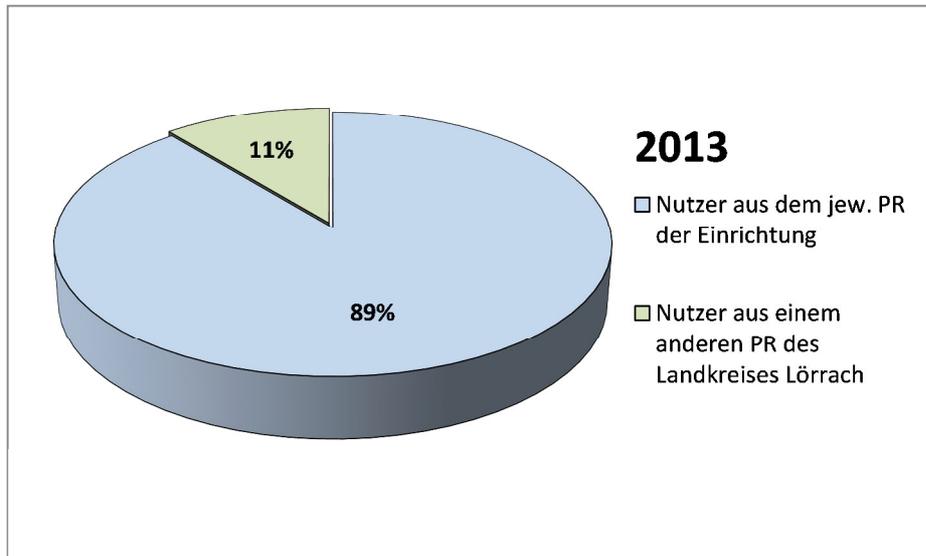


Abbildung 43: Herkunft der Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2013 nach Wohnort

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.4 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird im SGB XI als vollstationäres Pflegeangebot definiert. Pflegebedürftige, die im privaten Haushalt wohnen, nehmen für eine befristete Zeit, beispielsweise wenn eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt werden soll oder während des Urlaubs pflegender Angehöriger, das Angebot der stationären Pflege in Anspruch. Kurzzeitpflege ist damit häufig eine Ergänzung der häuslichen Pflege durch Angehörige oder durch einen ambulanten Pflegedienst. Sie kann den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Wohnung oder bei Angehörigen stabilisieren. Kurzzeitpflege wird außerdem als sogenannte Übergangspflege angeboten, wenn nach einem Aufenthalt im Krankenhaus, in der Rehabilitation oder nach ambulanten Operationen das Wohnen im eigenen Haushalt noch nicht möglich ist. Der Leistungsumfang der Kurzzeitpflege sowie die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung und die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in einer Rahmenvereinbarung¹⁹⁰ festgelegt.

Aus wirtschaftlichen Gründen werden Kurzzeitpflegeplätze meist in flexibler Form als sogenannte „integrierte“ oder „eingestreute“ Plätze vorgehalten. Die Einrichtungen schließen eine Vereinbarung mit den Pflegekassen ab, nach der sie solche Plätze flexibel, das heißt entweder mit Kurzzeit- oder mit Dauerpflegenutzern belegen dürfen. Bei entsprechender Nachfrage wird einer Belegung im Rahmen der Dauerpflege üblicherweise der Vorzug gegeben. Das bedeutet in der Praxis, dass diese Plätze nicht verlässlich zu jeder Zeit für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, sondern nur dann, wenn sie nicht gerade durch Dauerpflegegäste belegt sind. Andererseits belegen Einrichtungen auch leerstehende Dauerpflegeplätze zeitweise mit Kurzzeitpflegegästen und weiten damit das vorhandene Kurzzeitpflege-Angebot aus. Es gibt auch Kurzzeitplätze, die verlässlich während des ganzen Jahres ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Solche Platzkontingente mit eigenem Versorgungsvertrag und eigenem Pflegesatz werden jedoch eher selten angeboten, da das wirtschaftliche Risiko für die Träger höher ist als bei Angeboten mit flexibler Belegung.

Die Auslastung und damit auch die Wirtschaftlichkeit von Kurzzeitpflege unterliegen starken saisonalen Schwankungen (Nachfragespitzen vor allem in Urlaubszeiten). Gleichzeitig scheint auch die Qualität der Konzeption, die örtliche Verankerung der Einrichtung und die Ausgestaltung des Belegungsmanagements von ausschlaggebender Bedeutung für die Aus-

¹⁹⁰ Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 08.04.1997.

lastung zu sein. So berichten Einrichtungen mit intensiven Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern oder zu ambulanten Diensten von einer besseren und gleichmäßigeren Auslastung.

Kurzzeitpflege wirkt in vielen Fällen als „Türöffner“ in die Dauerpflege, da man die Pflegeeinrichtung auf diesem Weg sozusagen unverbindlich testen kann. In vielen Fällen kommt es zu einem direkten Übergang von der Kurzzeit- in die Dauerpflege, sodass es schon aus Marketinggründen für Pflegeeinrichtungen naheliegt, stets auch einige Kurzzeitplätze vorzuhalten. Wenn aber der eigentliche Sinn von Kurzzeitpflege, nämlich Überbrückung und Vorbereitung für die Rückkehr in die Privatwohnung erreicht werden soll, sind Konzeptionen empfehlenswert, die im Sinne einer „organisierten Durchlässigkeit“ ein Rundum-Management zwischen Krankenhausaufenthalt, Rehabilitation und Rückkehr in die eigene Wohnung mit entsprechender Beratung bieten.

Für die Nachfrage nach Kurzzeitpflege sind die Kosten, die zusätzlich zu den sonstigen Lebenshaltungskosten anfallen, ein weiterer bestimmender Faktor. Spürbare finanzielle Verbesserungen für Nutzer von Kurzzeitpflegeangeboten ergaben sich zuletzt mit dem Pflegestärkungsgesetz I¹⁹¹, das zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist. So wurde durch das Gesetz der jährliche Leistungsumfang für die Kurzzeitpflege angehoben und kann neuerdings auch von Menschen in Pflegestufe „0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden. Außerdem können nun auch nicht in Anspruch genommene Leistungen der häuslichen Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Durch die Leistungsverbesserungen beziehungsweise -ausweitungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zukünftig mit einer weiter steigenden Nachfrage nach Kurzzeitpflegeangeboten zu rechnen.

Gleichzeitig zeigt sich ein Bedarf an Kurzzeitpflege auch für noch nicht eingestufte Menschen mit Unterstützungsbedarf, der vermutlich häufig unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt auftritt. Bis Ende 2015 hatten Versicherte, die beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt vorübergehend pflegebedürftig waren, keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege und einen lediglich eingeschränkten Anspruch auf Übergangs-/ Verhinderungspflege, da der Pflegebedarf nicht auf Dauer bzw. mindestens sechs Monate bestand. Dies führte häufig dazu, dass Versicherte ohne eine angemessene pflegerische Unterstützung in die häusliche Umgebung entlassen wurden oder zur Kurzzeitpflege ins Heim kamen, diese allerdings selbst finanzieren mussten. Auf Heimseite bestand das Problem, dass diese Personen je nach Pflegegesetzvereinbarung lediglich in PS 0 oder 1 abgerechnet wurden und somit der Pflegeaufwand meistens deutlich höher war als die möglichen Erlöse. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden ab dem 01. Januar 2016 in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Leistungen eingeführt. Im Rahmen der Gesetzesänderung können Versicherte nun nicht nur einen großen Teil der Kurzzeitpflege erstattet bekommen, sondern auch die Heime können den tatsächlichen Pflegeaufwand abrechnen¹⁹². Dies könnte dazu führen, dass sich sowohl der Anteil an Versicherten ohne Pflegestufe in der Kurzzeitpflege als auch die Nachfrage nach und der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen zukünftig erhöhen werden.

10.4.1 Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Lörrach

Im Rahmen der Seniorenplanung des Landkreises Lörrach wurde im Herbst 2013 eine Erhebung bei vollstationären Pflegeeinrichtungen des Landkreises durchgeführt. Von den insgesamt 23 Einrichtungen des Landkreises gaben vier Einrichtungen an, ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze anzubieten. Diese Plätze können nicht an Dauerpflegegäste vergeben werden, sind also ganzjährig für Kurzzeitpflegegäste reserviert.

¹⁹¹ Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung vom 17.12.2014.

¹⁹² Rommel, Ulrich: Kurzzeitpflege: Heime können Leistungen nun abrechnen, in: Altenheim Heft 5/2016

Zum Stichtag 31.10.2013 standen im Landkreis Lörrach 21 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze in den stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Die insgesamt 21 Plätze verteilen sich auf die Einrichtungen GEVITA mit 9 Plätzen, Pflegeheim Markgräflerland mit 5, Pflegeheim Zell im Wiesental mit 4 und auf das Seniorenzentrum Mühlehof mit 3 Plätzen. Diese waren zum Zeitpunkt der Erhebung allesamt belegt.

Setzt man die Platzzahl im Landkreis Lörrach in das Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren, so zeigt sich, dass auf 1.000 Einwohner 0,48 Plätze kommen.

10.4.2 Struktur der Klienten in der Kurzzeitpflege

Im Rahmen der Erhebung wurden die stationären Einrichtungen gebeten, detaillierte Angaben zu den Kurzzeitpflegegästen zu machen, die von ihnen im Jahr 2013 betreut und gepflegt wurden. Erfragt wurden hierbei die Herkunft, die Pflegestufen, die durchschnittliche Verweildauer sowie die Wohnform der Gäste vor dem Kurzzeitpflegeaufenthalt.

10.4.3 Herkunft der Gäste

Die Mehrheit der Kurzzeitpflegegäste kam zum Stichtag 31.10.2013 aus dem Landkreis Lörrach, lediglich 12,5 Prozent aus Gemeinden und Städten außerhalb des Landkreises. Die auswärtigen Gäste stammten dabei aus den angrenzenden Landkreisen Breisgau-Hochschwarzwald und Waldshut.

Wird der Landkreis Lörrach nach Planungsräumen betrachtet, dann zeigt sich, dass über 30 Prozent der Gäste ihren Wohnsitz jeweils in den Planungsräumen Markgräflerland und Mittleres Wiesental hatten. 25 Prozent kamen aus dem Vorderen Wiesental. Zum Stichtag 31.10.2013 gab es keine Personen aus den anderen beiden Planungsräumen Hochrhein sowie Oberes Wiesental.

Herkunft der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

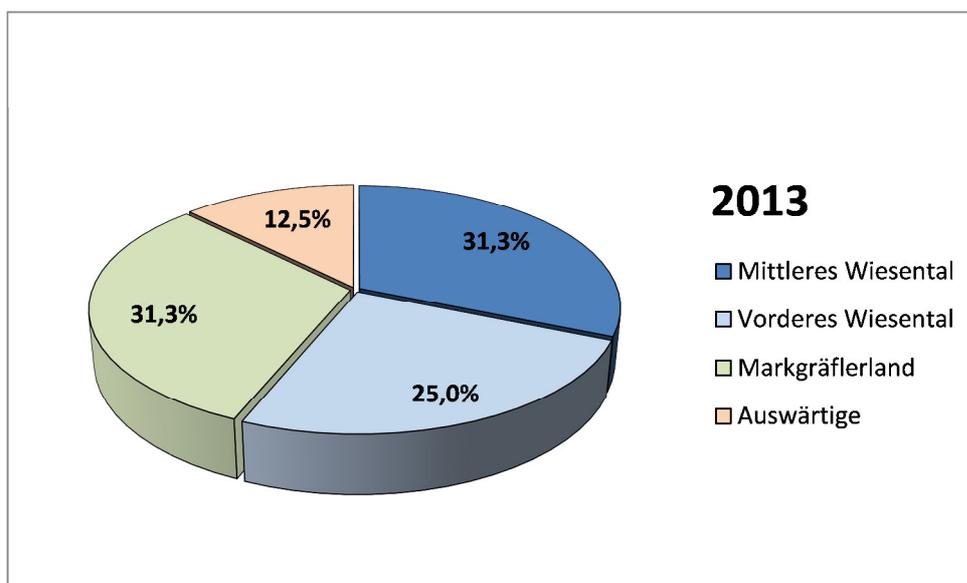


Abbildung 44: Herkunft der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.4.4 Pflegestufen

Bei den Pflegestufen waren in der Kurzzeitpflege

- die Stufe 1 mit rund 44 Prozent (Baden-Württemberg: 52 % laut Pflegestatistik 2013),
- und die Stufe 2 mit rund 38 Prozent (Baden-Württemberg: 32 %) stark vertreten,
- während die Stufe 3 insgesamt bei 13 Prozent der Gäste (Baden-Württemberg: 7,5 %) gegeben war.
- Keine Pflegestufe beziehungsweise Pflegestufe 0 hatten immerhin ca. 6 Prozent der Kurzzeitpflegegäste.

Im Vergleich zum Landesdurchschnitt nutzen somit im Landkreis Lörrach deutlich mehr Personen mit den Pflegestufen 2 und 3 die Kurzzeitpflege.

Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013 nach Pflegestufen

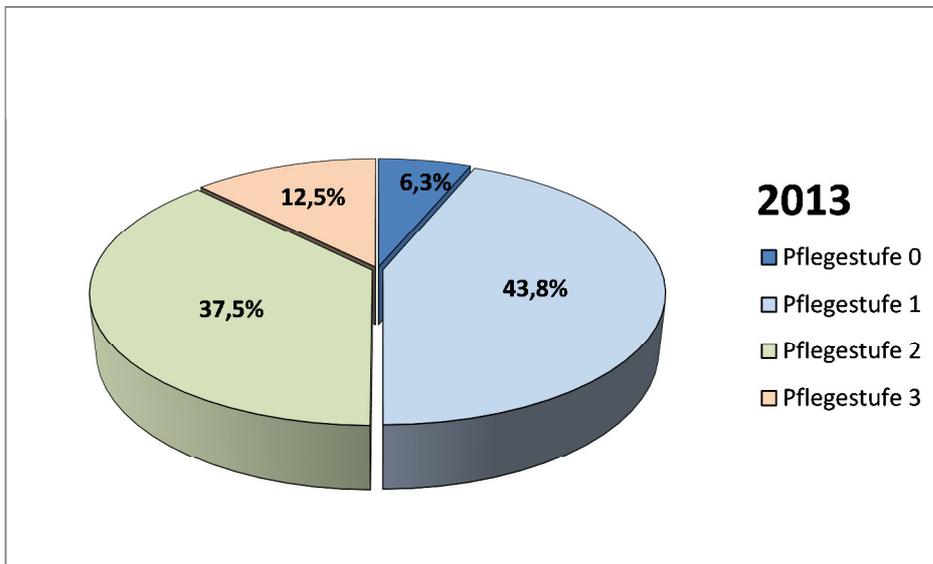


Abbildung 45: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013 nach Pflegestufen

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.4.5 Durchschnittliche Verweildauer

Rund drei Viertel der Nutzer nahmen im Jahr 2013 die Kurzzeitpflege für bis zu 3 Wochen in Anspruch, lediglich ein Viertel nutzte diese länger. Von den 75 Prozent blieben ca. 31 Prozent zwei Wochen und 25 Prozent weniger als eine Woche in der Kurzzeitpflege. Von den 25 Prozent, die die Kurzzeitpflege länger als 3 Wochen in Anspruch nahm, blieben rund 13 Prozent länger als 6 Wochen.

Durchschnittliche Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

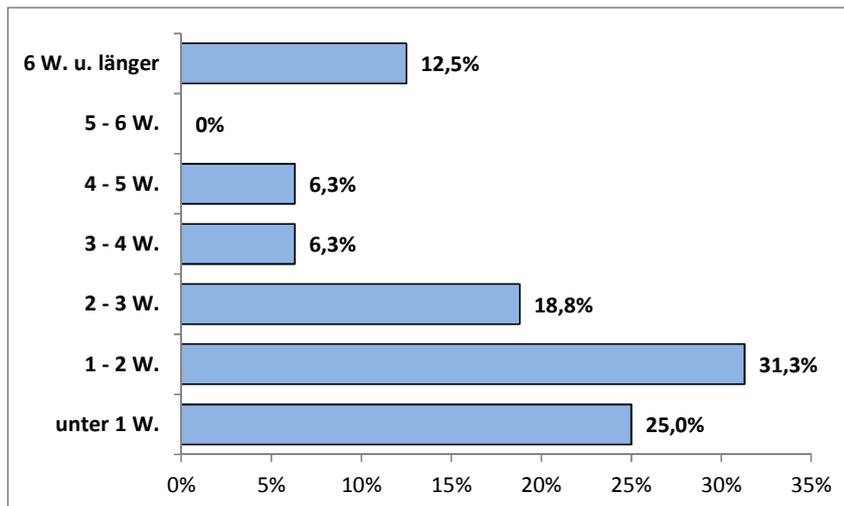


Abbildung 46: Durchschnittliche Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.4.6 Wohnform der Gäste vor der Kurzzeitpflege

Im Hinblick auf die Wohnform zeigt sich, dass

- rund 88 Prozent der Gäste vor Aufnahme in die Kurzzeitpflege in der privaten Häuslichkeit lebten und
- 12 Prozent waren nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt nach Hause entlassen worden.

Zum Stichtag 31.10.2013 gab es keine Personen, die aus einer Einrichtung der Rehabilitation oder aus einer sonstigen Einrichtung, wie beispielsweise einem betreuten Wohnen, in die Kurzzeitpflege kam.

Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach nach Wohnform beziehungsweise vorherigem Aufenthaltsort zum 31.10.2013

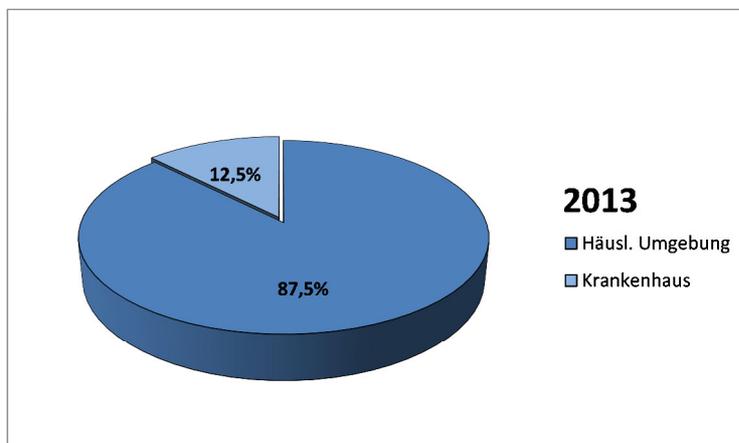


Abbildung 47: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach nach Wohnform bzw. vorherigem Aufenthaltsort zum 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

Durch die oben beschriebenen Änderungen durch das Pflegestärkungsgesetz und das Krankenhausstrukturgesetz ist mit einer steigenden Nachfrage nach Kurzzeitpflegeangeboten zu

rechnen. Einschätzungen in der bundesweiten Fachdiskussion lassen ebenfalls einen steigenden Bedarf an (vor allem spontan verfügbaren) Kurzzeitpflegeplätzen erwarten. Die bedarfsgerechte Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen sollte durch ein mit allen Pflegeheimträgern abgestimmtes Platzangebot sichergestellt sein. Eine optimale Nutzung der vorhandenen Kapazitäten und die übergreifende Abstimmung könnte beispielsweise durch eine Kurzzeitpflege-Börse auf Landkreisebene, über die freie Plätze bekanntgegeben und vermittelt werden, erleichtert werden.

10.5 Pflegewohngemeinschaften

Unterschiedliche Gründe können dazu führen, dass das häusliche und familiäre Umfeld selbst mit Unterstützung ambulanter Dienste an seine Grenzen gerät. Üblicherweise kommt es dann zum Umzug in ein Pflegeheim. Immer häufiger suchen Betroffene jedoch nach anderen Lösungen, weil das herkömmliche Angebot nicht ihren Wünschen entspricht. Im Folgenden wird auf alternative Pflegearrangements in Form von ambulant betreuten Wohngemeinschaften eingegangen.

In den vergangenen Jahren sind in Baden-Württemberg bereits einzelne Pflegewohngemeinschaften entstanden. In dieser Wohnform leben (in der Regel maximal 12) ältere Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden rund um die Uhr begleitet und bei Bedarf gepflegt. Bewohner, Angehörige und gesetzliche Vertreter bestimmen die alltäglichen Abläufe einschließlich der Führung des Haushalts weitgehend selbst.

Das seit Mai 2014 gültige Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz, WTPG) gibt ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg einen gesetzlichen Rahmen und möchte dadurch zu einem deutlichen Ausbau beitragen. Gleichzeitig will das Gesetz die Qualität und den Schutz der Bewohner sicherstellen, indem es die unterschiedlichen Formen ambulant betreuter Wohngemeinschaften definiert und die jeweiligen Anforderungen beschreibt:

- Bei „**vollständig selbstverantworteten**“ **Wohngemeinschaften** (§ 2 WTPG) bilden die Bewohner beziehungsweise deren gesetzliche Vertreter ein Bewohnergremium, das über alle gemeinschaftlichen Angelegenheiten entscheidet, z.B. über die Verwendung des Haushaltsgeldes, über Neuaufnahmen oder auch über die Auswahl der ambulanten Dienste. Initiiert werden solche Pflegewohngruppen vorrangig von Vereinen und Gruppierungen Angehöriger, häufig mit Unterstützung durch engagierte Fachkräfte aus der Pflege.
- Bei den anbietergestützten Wohngemeinschaften stellt ein Träger die Betreuungsleistungen zur Verfügung. Der Wohnraum kann ebenfalls von diesem oder auch von einem Dritten, z.B. der Kommune, angeboten werden. Die Pflegeleistung kann von den Bewohnern auch in dieser Angebotsform frei gewählt werden. Dann handelt es sich um „**teilweise selbstverantwortete**“ **Wohngemeinschaften** (§ 5 WTPG).

Primäres Ziel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist es, auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf ein hohes Maß an individueller Selbstbestimmung und eine möglichst familienähnliche Wohn- und Pflegesituation zu gewährleisten.

10.5.1 Vorteile von Pflegewohngemeinschaften

Pflegewohngemeinschaften orientieren sich am Alltag im Privathaushalt, bieten aufgrund der kleinen Bewohnerzahl und des Konzepts ein hohes Maß an Überschaubarkeit, Individualität und Selbstbestimmung und ermöglichen sehr flexible Unterstützungsarrangements. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen stellen vor allem bei Bewohnern mit Demenz eine Zunahme der Alltagskompetenz, bessere Mobilität und weniger depressive Verstimmungen

bei den Bewohnern fest.¹⁹³ Sie verfügen durch den Einsatz von Präsenzkraften und Alltagsbegleiterinnen in der Regel über eine gute Personalausstattung, die meist durch die Mitarbeit von Angehörigen und Ehrenamtlichen ergänzt wird. In Stadt- und Ortsteilen oder in kleinen Gemeinden, in denen es kein Pflegeheim gibt, sind Pflegewohngemeinschaften oft die einzige Möglichkeit, ein wohnortnahes außerfamiliäres Pflegeangebot zur Verfügung zu stellen. Solche kleinräumigen, dezentralen Pflegearrangements sind daher von herausragender Bedeutung, da sie es zumindest einem Teil der Bürgerinnen und Bürger von Gemeinden ohne eigenes Pflegeheim ermöglichen, in ihrer Gemeinde wohnen zu bleiben, auch wenn ihr hoher Pflege- und Unterstützungsbedarf durch Angehörige und ambulante Dienste allein nicht mehr zu bewältigen ist.

Die kleinen Platzzahlen erleichtern meist eine problemlose Integration in die Nachbarschaft.

10.5.2 Herausforderungen

Gleichzeitig stehen Pflegewohngemeinschaften auch vor komplexen Herausforderungen.

Die wesentlichen Problemstellungen bei den bisher realisierten Projekten konzentrieren sich auf den rechtlichen Status (grundsätzliche Voraussetzung für den ambulanten Status ist eine vertragliche Trennung von Wohnangebot und Pflegeleistungen), auf die Finanzierung der baulichen Investitionen und des laufenden Betriebs. Auch die Frage der für einen wirtschaftlichen Betrieb erforderlichen Mindestgröße stellt manche Initiativen vor Schwierigkeiten. Betriebsprobleme bereitet manchen Projekten die fehlende Zusage einer Kostenübernahme durch den örtlichen Sozialhilfeträger. Für bereits vor 2014 in Betrieb gegangene Wohngemeinschaftsprojekte geht es darum, die Anwendbarkeit des WTPG zu prüfen und geeignete pragmatische Regelungen zu finden.

Grundsätzlich können ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften nur dann funktionieren, wenn die Modalitäten sowohl bei der Planung als auch im Betrieb mit Heimaufsicht, Sozialhilfeträger, Pflegekasse und Krankenkasse besprochen und geklärt werden. Rechtliche Rahmenbedingungen, die zu beachten sind, sind neben dem WTPG das Pflegeversicherungsgesetz sowie weitere die Finanzierung betreffende gesetzliche Regelungen.

10.5.3 Zukünftiger Stellenwert von Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg

Die Frage, welchen Stellenwert ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften in Zukunft haben werden, lässt sich noch nicht eindeutig beantworten. In der bundesweiten Fachöffentlichkeit gibt es unterschiedliche Einschätzungen: Das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln weist auf die Vorteile ambulant betreuter Wohngruppen hin und sieht in ihnen eine grundsätzliche Alternative zum Pflegeheim¹⁹⁴. Andere skeptische Stimmen bewerten zwar den konzeptionellen Ansatz ambulant betreuter Wohngruppen ebenfalls positiv, befürchten aber, dass solche Wohngruppen nur unter Schwierigkeiten wirtschaftlich zu betreiben sind. Sie seien daher letztlich nur für einen kleinen Teil der pflegebedürftigen älteren Menschen geeignet.

Bei einer Erhebung der Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen Baden-Württemberg listeten die Heimaufsichten insgesamt 173 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf.¹⁹⁵ 45 Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf machten ausführlichere Angaben über ihre insgesamt 329 Bewohner. 42 Prozent dieser Wohngemeinschaften waren von einem Anbieter verantwortet, 51 Prozent waren vollständig selbstverantwortet. 7 Prozent der Wohngemeinschaften konnten keine Angaben machen. 15 Projekte sind Wohngemein-

¹⁹³ Radzey B. 2015

¹⁹⁴ Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung, Wohnatlas, Köln und Ludwigsburg 2014

¹⁹⁵ Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen in Baden-Württemberg, 2016: Bestandserhebung ambulant betreuter Wohngemeinschaften Baden-Württemberg 2015.

schaften im Sinne des WTPG. Die Bewohner kommen jeweils zur Hälfte aus dem direkten Umfeld als auch von anderen Gemeinden. Rund 70 Prozent der Bewohner sind Frauen. Die Altersverteilung entspricht in etwa der durchschnittlichen Altersverteilung in stationären Einrichtungen.

Fast alle Bewohner der Wohngemeinschaften sind in die Pflegestufen eingestuft, davon zwei Drittel mindestens in Pflegestufe 2. Fast die Hälfte der Bewohner erhielten zusätzlich Betreuungslösungen für Menschen bei denen ein erheblicher Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 45 a und b SGB XI gegeben ist. Die Mehrheit der Wohngemeinschaften befindet sich in Gebäuden mit anderen Angeboten, z.B. einem ambulanten Dienst oder einer Tagespflege. Der hohe Anteil an Menschen mit Einstufung in einer höheren Pflegestufe und die Altersstruktur könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf als Alternative zu Pflegeheimen wahrgenommen werden.

Vor diesem Hintergrund herrscht Einigkeit darüber, dass ein weiterer Ausbau im Hinblick auf die Demografie sowie mehr Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen möglich und geboten ist. Unstrittig ist, dass für eine weitere Verbreitung dieser Wohnform rechtliche Hindernisse abgebaut, bestehende Regelungen wohlwollend angewandt und die finanzielle Schlechterstellung des ambulanten Bereichs im Vergleich zur stationären Pflege abgeschafft werden müssen. Auf der Ebene der verschiedenen Beteiligten in Baden-Württemberg ergeben sich unterschiedliche Handlungsansätze:

- Auf Landesebene setzen das WTPG, die seit November 2014 vom Land finanzierte und beim KVJS angesiedelte Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) sowie die Fördermöglichkeiten innerhalb des Innovationsprogramms Pflege 2015/2016 deutliche Impulse bei der Einführung von innovativen Wohnformen.
- Die Integration ins Umfeld und auch die Wirtschaftlichkeit von Pflegewohngemeinschaften können verbessert werden, wenn sie in andere Sozial- oder Wohnprojekte in einer Stadt oder Gemeinde integriert sind, wenn sie im Verbund mehrerer Projekte geführt werden und wenn ein verlässliches Engagement von Angehörigen und sonstigen freiwilligen Helfern gewährleistet ist.
- Erleichtert wird die Entstehung ambulant betreuter Wohngemeinschaften, wenn seitens der Standortkommune gute Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie zum Beispiel Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit, bei der Gebäude- oder Grundstücksbeschaffung oder der Unterstützung bei der Finanzierung von Baumaßnahmen.
- Auch Anschubförderungen, die einzelne Stadt- und Landkreise¹⁹⁶ auf freiwilliger Basis anbieten, können die Versorgungslandschaft durch die Entstehung weiterer Pflegewohngemeinschaften erweitern.
- Sozialhilfeträger und Pflegekassen können alternative Pflegeprojekte durch spezifische Absprachen und Vereinbarungen gezielt unterstützen.

10.5.4 Bestand und Planungen im Landkreis Lörrach

Im Landkreis Lörrach gibt es bisher eine ambulant betreute Pflegewohngemeinschaft. Es handelt sich dabei um eine teilweise selbstverantwortete, die vom Caritasverband für den Landkreis Lörrach e.V. ins Leben gerufen wurde und bereits seit 2007 besteht. Die ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz „Villa Eckert“ befindet sich in der Stadt Weil am Rhein und bietet 9 Bewohnern Platz.

¹⁹⁶ Z.B. der Landkreis Ludwigsburg, s. Richtlinie zur Förderung von ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaften...im Landkreis Ludwigsburg (Beschluss des Sozialausschusses des Landkreises Ludwigsburg vom 19. Mai 2014)

Die Senterra GmbH hatte in einem Nebengebäude des Senterra Pflegezentrums Rheingarten eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geplant. Aufgrund mangelnder Nachfrage wurde diese nicht realisiert. Stattdessen befindet sich dort seit März / April 2016 eine Wohngemeinschaft für jüngere Menschen mit psychischer Erkrankung.

Der Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen Baden-Württemberg sind derzeit keine weiteren Planungen ambulant betreuter Wohngemeinschaften nach dem WTPG im Landkreis Lörrach bekannt.

Die Erfahrung der Villa Eckert im Landkreis Lörrach beziehungsweise bereits bestehender Projekte in anderen Kreisen sowie gegebenenfalls externe Beratungsangebote (zum Beispiel der FaWo beim KVJS) sollten genutzt und den Gemeinden und Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung gestellt werden.

Um Schnittstellen zu optimieren, sollten unter den zu beteiligenden Stellen (Städte und Gemeinden, Landkreis in seiner Funktion als Heimaufsicht und Sozialhilfeträger, Pflege- und Krankenkassen) geeignete Regelungen abgesprochen und für mögliche Interessenten transparent gemacht werden.

Der Landkreis könnte einen Austausch durch eine Informationsveranstaltung über ambulante betreute Wohnformen organisieren und diese Form der Pflege und Betreuung damit bekannter machen.

Kommunen können durch die Ausweisung beziehungsweise Bereitstellung geeigneter Grundstücke oder Gebäude und die Unterstützung bürgerschaftlicher Initiativen die Entstehung von Pflegewohngemeinschaften anstoßen und unterstützen. Wichtige Kriterien für die Umsetzung sind eine gute Einbindung der Projekte innerhalb der Gemeinde sowie die Verknüpfung mit weiteren (Wohn-)Angeboten und bürgerschaftlichem Engagement.

10.6 Stationäre Dauerpflege

Stationäre Dauerpflege ist die intensivste Form der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Sie wird in Pflegeheimen angeboten. Diese bieten rund um die Uhr eine umfassende pflegerische, soziale und hauswirtschaftliche Betreuung und Vollversorgung an. Auch wenn Pflegeheime zunehmend zusätzliche Dienstleistungen offerieren, liegt der Schwerpunkt weiterhin im Bereich der Dauerpflege.

Stationäre Dauerpflege wird auf der Grundlage vielfältiger gesetzlicher Regelungen erbracht. Die Pflegekassen schließen mit den Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre Dauerpflege ab. Grundlage ist die landesweite Rahmenvereinbarung zur stationären Pflege zwischen Anbietern und Pflegekassen.¹⁹⁷ Sozialhilfeträger und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung sind an der Ausgestaltung des Rahmenvertrags beteiligt. Die ordnungsrechtliche Abgrenzung zu anderen unterstützenden Wohnformen erfolgt im Rahmen des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG), das zum 31. Mai 2014 das Landesheimgesetz ersetzt hat. Die rechtliche Überwachung von Pflegeheimen obliegt der auf Kreisebene angesiedelten Heimaufsicht. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, beispielsweise zu ambulanten Versorgungsformen, erfolgt auf der Basis des Pflegeversicherungsgesetzes, das seit seiner Einführung im Jahr 1995 durch zahlreiche Änderungen und Ergänzungen - zuletzt das Pflegestärkungsgesetz - erweitert wurde.

Durch das Pflegestärkungsgesetz I wurden u.a. die Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege erhöht sowie ein Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß 87b SGB XI für alle pflegeversicherten Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen unabhängig von einer möglichen eingeschränkten Alltagskompetenz und Pflege-

¹⁹⁷ Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996; zuletzt ergänzt durch Beschluss vom 12.09.2002.

stufe geschaffen. Darüber hinaus wurde der Betreuungsschlüssel für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf 1:20 verbessert¹⁹⁸. Das Kernstück des Pflegestärkungsgesetzes II, das ab dem 01.01.2017 in Kraft tritt, sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Statt bisher drei Pflegestufen gibt es fünf Pflegegrade. Damit erhalten erstmals alle Pflegedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen wird es zukünftig einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 geben: Alle Pflegebedürftigen der Einrichtung zahlen unabhängig vom individuellen Pflegegrad den gleichen Eigenanteil. Dieser Anteil wird nicht mehr steigen, wenn der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss. Die Einführung der neuen Pflegegrade ist auch auf Einrichtungsseite mit einigen Vorbereitungen verbunden: Es müssen neue Pflegesätze für Pflegeheime vereinbart sowie die Personalstruktur und die Personalschlüssel der Einrichtungen geprüft und bei Bedarf angepasst werden. Auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens soll bis Mitte 2020 ein fundiertes und einheitliches Verfahren zur Personalbemessung entwickelt werden, so dass der Personalbedarf künftig vor Ort verhandelt werden kann.¹⁹⁹

Menschen mit Pflegebedarf ziehen zunehmend erst dann in ein Pflegeheim um, „wenn es gar nicht mehr anders geht“. Ursachen dafür sind neben gesellschaftlich bedingten Verhaltens- und Einstellungsänderungen die Ausdifferenzierung der ambulanten Hilfeangebote, der Ausbau des Betreuten Wohnens und von Pflegewohngruppen sowie nicht zuletzt Kostenüberlegungen. Ein erheblicher Teil der Pflegeheimbewohner wechselt direkt aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim. Als Konsequenz aus diesen Entwicklungstendenzen hat der Pflege- und Betreuungsbedarf der Heimbewohner in den vergangenen Jahren zugenommen. Entgegen der verbreiteten Meinung, dass die meisten älteren Menschen nach dem Einzug in ein Pflegeheim nach kurzer Zeit versterben, liegt die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen bei zirka 2,6 Jahren. Es existieren jedoch erhebliche Abweichungen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Pflegestufe. So nimmt die allgemeine Verweildauer mit höherem Eintrittsalter ins Pflegeheim, bei männlichem Geschlecht oder höherer Pflegestufe ab²⁰⁰, beim Vorliegen einer demenziellen Erkrankung zu. Der Anteil von Menschen mit Demenz steigt im stationären Bereich weiter an und beträgt im Mittel fast 69 Prozent aller Pflegeheimbewohner. Davon haben wiederum rund 57 Prozent eine schwere Demenz.²⁰¹

In Baden-Württemberg gibt es heute, nicht zuletzt aufgrund der gezielten Landesförderung in den vergangenen Jahren, eine gut ausgebaute Pflegeheimstruktur. Sie ist vielerorts charakterisiert durch eher kleine Einrichtungen, die auch in kleineren Gemeinden und in ländlichen Regionen die wohnortnahe Grundversorgung mit stationärer Pflege gewährleisten.²⁰² Die künftige Entwicklung im Pflegeheimbereich hängt zum großen Teil davon ab, wie gut es den Einrichtungen gelingen wird, sich auf die kommenden Anforderungen und Bedürfnisse einzustellen und ihre Angebotspalette entsprechend auszuweiten. Zeitgemäße Pflegeeinrichtungen entwickeln sich immer mehr zu Stadtteil- oder Gemeindeservicezentren mit unterschiedlichsten Dienstleistungen. Dabei sind eine weitgehende Durchlässigkeit, die Einbeziehung aller Generationen sowie Kreativität bei der Schaffung neuer Angebotsformen gefragt. Die Vernetzung mit anderen Serviceangeboten und Aktivitäten auf Stadtteil- bzw. Gemeindeebene ist dabei ein wichtiger Erfolgsfaktor.

¹⁹⁸ Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17.12.2014.

¹⁹⁹ vgl. Das neue SGB XI (Pflegerreform 2016/2017), 2016, Walhalla Fachverlag, Ravensburg.

²⁰⁰ Schönberg / de Vries: „Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege“. Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen, 2011.

²⁰¹ vgl. Schäufele et. al.: „Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie“, 2013. Die Autoren konstatieren jedoch, dass viele Bewohner in Pflegeheimen nicht richtig diagnostiziert sind. Dies führt dazu, dass die Pflegeheimbetreiber den Anteil von Menschen mit Demenz in ihren Einrichtungen niedriger einschätzen.

²⁰² Pflegestatistik Baden-Württemberg 2013: rund 38 Prozent der Heime haben 40 Plätze und weniger.

10.6.1 Bestand im Landkreis Lörrach

Der Landkreis Lörrach befragt alle zwei Jahre die vollstationären Pflegeeinrichtungen über ihr Angebot. Bei der letzten Befragung im Jahr 2013 beteiligten sich alle 23 Pflegeeinrichtungen im Landkreis. Die folgenden Ausführungen beruhen hauptsächlich auf den Ergebnissen dieser Befragung. Darüber hinaus wurden auch eine aktuelle Übersicht der Heimaufsicht sowie das aktuelle Kreispflegeheimverzeichnis des Landkreises Lörrach herangezogen, um die Entwicklung seit 2013 darzustellen.

Zum Stichtag der Erhebung (31.10.2013) gab es in den 23 stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt 1.771 Pflegeplätze (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze). Die Platzzahlen je Einrichtung unterschieden sich dabei. Es gab 4 Pflegeheime mit bis zu 40 Plätzen, aber auch drei Einrichtungen mit jeweils mindestens 125 Plätzen. Im Durchschnitt wurden im Landkreis Lörrach 77 Pflegebedürftige in einem Pflegeheim versorgt. Dieser Wert liegt über dem baden-württembergischen Durchschnitt mit 60 Plätzen pro Pflegeheim. Die 23 stationären Pflegeeinrichtungen verteilten sich auf 11 der 35 Landkreiskommunen. In jedem Planungsraum des Landkreises Lörrach waren mindestens zwei Einrichtungen vorhanden. Pro Planungsraum standen zwischen 107 und 554 Dauerpflegeplätze (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung.

Die meisten stationären Pflegeplätze gab es im Planungsraum Markgräflerland, gefolgt vom Planungsraum Vorderes Wiesental. Bezogen auf die Einwohnerzahl des Landkreises gab es ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Planungsräumen. Während im Planungsraum Oberes Wiesental 30,5 Pflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren zur Verfügung stehen, sind es im Planungsraum Mittleres Wiesental 60,7. Auf den gesamten Landkreis bezogen, liegt die Kennzahl bei 40,5. Damit liegt sie unter der Kennzahl für Baden-Württemberg mit 50,8 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren.

Abbildung 49:

Dauerpflegeplätze (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflege) in den Planungsräumen des Landkreises Lörrach am 31.10.2013

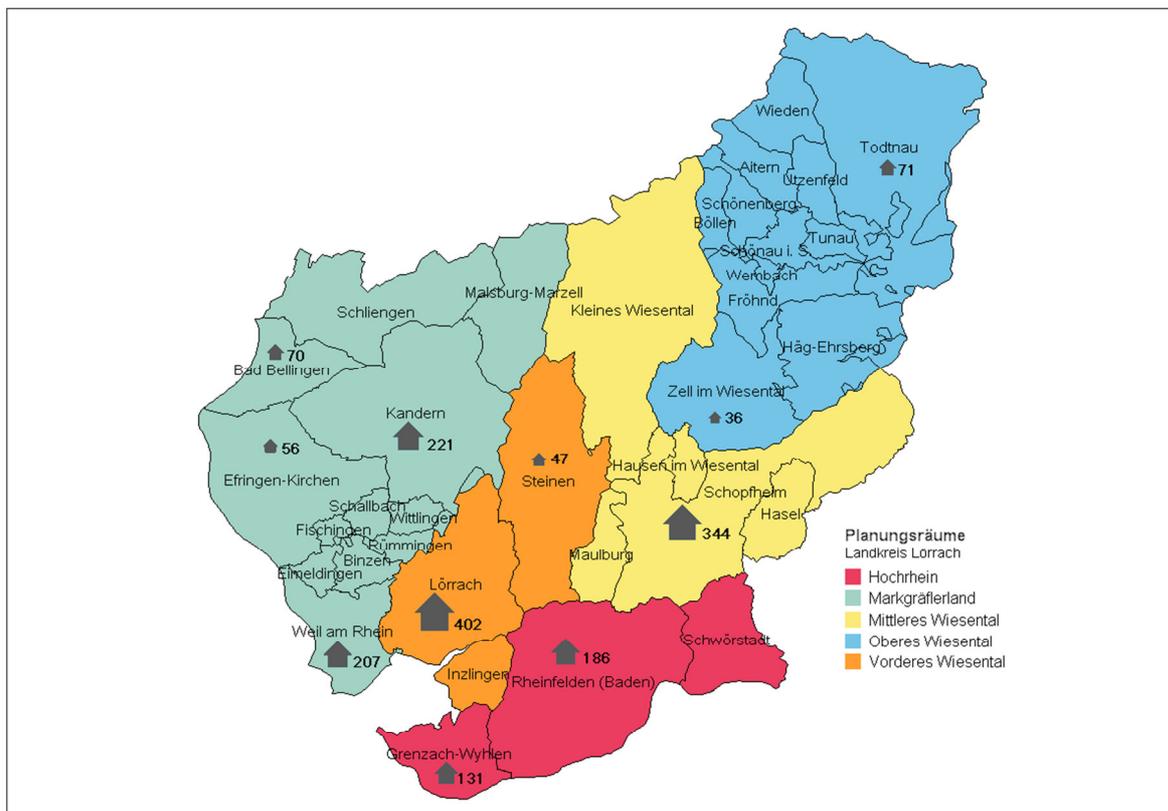


Abbildung 48: Dauerpflegeplätze (inkl. eingestreuse Kurzzeitpflege) im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

Bestand an stationären Pflegeangeboten (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) am 31.10.2013 und Bedarfseckwerte der Fortschreibung des Landespflegeplans für 2015 nach Planungsräumen im Landkreis Lörrach

Planungsraum	Anzahl Einrichtungen	Pflegeplätze	Einwohner 65 Jahre und älter (31.12.2013)	pro 1.000 Einwohner 65 Jahre und älter	Bedarfs-eckwerte 2015 (obere Variante)
Mittleres Wiesental	4	344	5.670	60,7	225
Vorderes Wiesental	6	449	11.850	37,9	642
Markgräflerland	7	554	12.896	43,0	529
Hochrhein	4	317	9.773	32,4	397
Oberes Wiesental	2	107	3.507	30,5	126
Gesamt	23	1.771	43.696	40,5	1.919

Tabelle 9: Stationäre Pflege (inkl. eingestreuete Kurzzeitpflege) am 31.10.2013 und Bedarfseckwerte der Fortschreibung des Landespflegeplans 2015 im Landkreis Lörrach

Tabelle: KVJS 2016. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.6.2 Strukturdaten der Pflegeheime

10.6.2.1 Auslastung

Zum Stichtag der Erhebung (31.10.2013) waren in den 23 vollstationären Pflegeeinrichtungen von den 1.771 verfügbaren Pflegeplätzen 1.726 Plätze belegt.

Durchschnittlich waren die Einrichtungen zum Stichtag zu 97,5 Prozent (Baden-Württemberg: 86 %) ausgelastet. Die Auslastung variierte in den verschiedenen Planungsräumen zwischen 95,7 Prozent (Planungsraum Markgräflerland) und 100 Prozent (Planungsraum Oberes Wiesental).

Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) in den Planungsräumen des Landkreises Lörrach am 31.10.2013

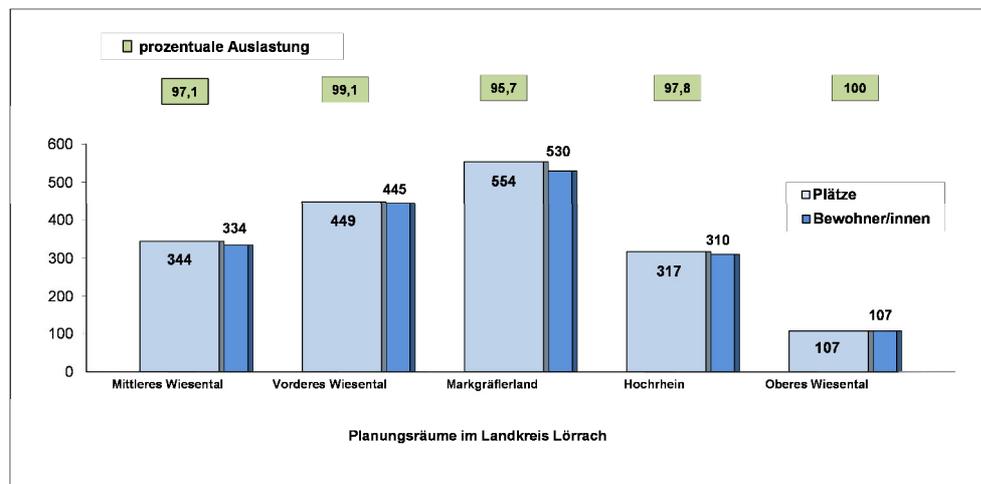


Abbildung 49: Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen (inkl. eingestreuete Kurzzeitpflege) im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013

10.6.2.2 Bestand an Einzel- und Doppelzimmern

Eine Übersicht der Heimaufsicht über die Dauerpflegeplätze im Landkreis Lörrach zeigt, dass im Jahr 2013 von den 23 vollstationären Pflegeeinrichtungen lediglich zwei Einrichtungen ausschließlich Einzelzimmer vorhielten. In den anderen 21 Einrichtungen gab es auch Doppelzimmer. In den Einrichtungen mit Doppelzimmern variierte der Einzelzimmeranteil zwischen 12 und 85 Prozent. Insgesamt gab es im Landkreis Lörrach im Jahr 2013 1.027 Plätze in Einzel-, 738 Plätze in Doppelzimmern und 6 Plätze in einem Mehrbettzimmer.

Plätze in Einzel- und Doppelzimmern in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach Planungsräumen²⁰³

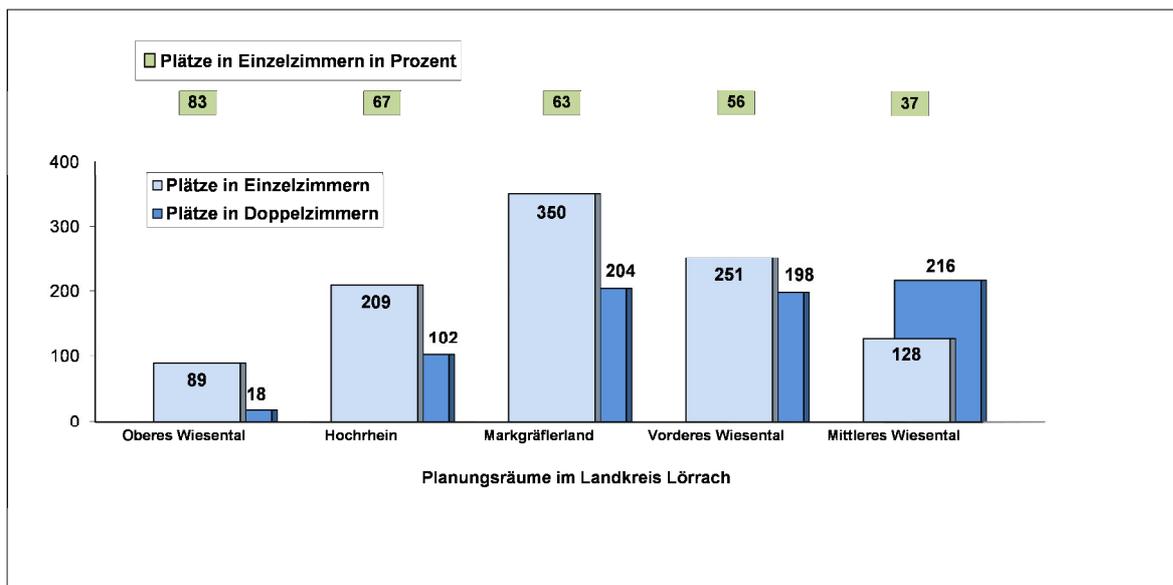


Abbildung 50: Plätze in Einzel- und Doppelzimmern in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Aufstellung über die Langzeitpflegeeinrichtungen der Heimaufsicht, 2013

Bezogen auf die 5 Planungsräume, variiert der Einzelzimmeranteil zwischen 37 Prozent im Planungsraum Mittleres Wiesental und 83 Prozent im Oberen Wiesental. Die Landesheimbau-Verordnung (LHeimBauVO) Baden-Württemberg sieht seit dem Jahr 2009 vor, dass in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen ausschließlich Einzelzimmer angeboten werden. Den bestehenden Pflegeheimen wurde eine Übergangsfrist bis zum September 2019 eingeräumt, um diese Regelung umzusetzen. Diese Frist kann für bestehende Heime im Ausnahmefall und auf Antrag auf bis zu 25 Jahre nach erstmaliger Inbetriebnahme oder erneuter Inbetriebnahme nach grundlegenden Sanierungs- oder Modernisierungsmaßnahmen verlängert werden.²⁰⁴ Gemäß den ermessenslenkenden Richtlinien zur Landesheimbau-Verordnung sind unter bestimmten Voraussetzungen weitere Ausnahmeregelungen mög-

²⁰³ Im Planungsraum Hochrhein weicht die in der Abbildung angegebene Zahl an stationären Plätzen von der Gesamtzahl der vorhandenen Plätze im Planungsraum ab. Satt der hier ausgewiesenen 311 Plätze sind im Planungsraum Hochrhein 317 stationäre Plätze vorhanden. Die Differenz von 6 Langzeitpflegeplätzen lässt sich darauf zurückführen, dass es im Seniorenzentrum Emilienpark in Grenzach-Wyhlen noch eine zusätzliche Pflegeoase mit 6 Plätzen in einem Mehrbettzimmer für an Demenz erkrankte Personen gibt. Das Mehrbettzimmer wurde bei der Analyse des Bestands an Einzel- und Doppelzimmer nicht berücksichtigt, da dieses voraussichtlich nach Ablauf der Übergangsfrist der LHeimBauVO mit einer Ausnahmeregelung weiterhin bestehen bleibt. Bei der Pflegeoase handelt es sich um ein besonderes Konzept, in dem Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz und körperlichen Einschränkungen, die vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen sind, in einer kleinen Wohngruppe leben.

²⁰⁴ Die LHeimBauVO sieht in § 5 (2) für bestehende Einrichtungen eine Übergangsfrist von 10 Jahren vor, die unter bestimmten Bedingungen auf bis zu 25 Jahre verlängerbar ist.

lich.²⁰⁵ Die Umsetzung der Landesheimbauverordnung wird zu einer Reduzierung der Platzzahl in einzelnen Einrichtungen und vermutlich auch zu einer Reduzierung der Platzzahlen insgesamt führen.

Einige Einrichtungen im Landkreis Lörrach haben bereits mit notwendigen Umbaumaßnahmen begonnen. Nach der aktuellen Übersicht der Heimaufsicht im Landkreis Lörrach mit Stand vom Februar 2016 über die Langzeitpflegeplätze sowie dem Kreispflegeheimverzeichnis des Landkreises Lörrach zeigt sich, dass es seit dem Jahr 2013 Änderungen in der vorhandenen Platzzahl durch den Abbau von Doppelzimmern und in der Anzahl der vorhandenen Einrichtungen gab. Während eine Einrichtung im Planungsraum Markgräflerland mit 18 Langzeitpflegeplätzen im Mai 2015 schließen musste, da sie die Mindestanforderung der Heimpersonalverordnung nicht erfüllen konnte, wurden seit dem Jahr 2013 zwei neue Einrichtungen, die den Anforderungen der LHeimBauVo entsprechen, eröffnet.

Die zwei Einrichtungen verfügen insgesamt über 194 Plätze in Einzelzimmern und befinden sich im Planungsraum Markgräflerland sowie Hochrhein. Weitere zwei Einrichtungen im Planungsraum Mittleres Wiesental haben im Rahmen der LHeimBauVO bereits neu gebaut und halten nun 150 Langzeitpflegeplätze in Einzelzimmern vor. Der Bestand an Langzeitpflegeplätzen im SGB XI-Bereich wird mit Stand vom Februar 2016 mit 2.007 stationären Plätzen (inklusive eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) ausgewiesen. Allerdings steht bereits fest, dass bis zum Jahr 2019 eine Einrichtung mit 47 Langzeitpflegeplätzen und 2 ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen schließen wird und bei einer weiteren insgesamt 45 stationäre Plätze²⁰⁶ wegfallen werden.

Die Mehrzahl der stationären Einrichtungen im Landkreis Lörrach kann noch keine genauen Angaben hinsichtlich des zukünftigen Bestands an Langzeitpflegeplätzen machen. Lediglich 6 Einrichtungen können sich diesbezüglich bereits recht klar positionieren. 5 davon werden durch bauliche Um- oder Neubaumaßnahmen voraussichtlich insgesamt 65 zusätzliche Langzeitpflegeplätze schaffen. Bei einer Einrichtung wird sich durch die Rückführung von Doppel- in Einzelzimmer die vorhandene Platzzahl um 4 Plätze reduzieren. Geht man davon aus, dass die 6 Einrichtungen ihre Um- und Neubaumaßnahmen wie geplant durchführen oder Ausnahmeregelungen erwirken und die anderen Einrichtungen ihre bestehenden Doppelzimmer in Einzelzimmer umwandeln und weder eine Ausnahmeregelung gemäß LHeimBauVO geltend machen noch Ersatzplätze schaffen, würde sich mit Ablauf der Übergangsfrist im Jahr 2019 die vorhandene Platzzahl, zusätzlich zu den 92 Langzeitpflegeplätzen, die durch die Schließung der zwei Einrichtungen wegfallen werden, um weitere 181 Pflegeplätze (inkl. eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) verringern.

10.6.2.3 Bewohnerstruktur der Pflegeheime

In der Erhebung des Landkreises haben die stationären Einrichtungen teilweise detaillierte Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern gemacht, die von ihnen zum Stichtag 31.10.2013 betreut und gepflegt wurden. Erfragt wurden hierbei die Herkunft der Bewohner, die Pflegestufen, die durchschnittliche Verweildauer sowie der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnern.

²⁰⁵ Vgl. Ermessenslenkende Richtlinien zur LHeimBauVO des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Stand: Februar 2015.

²⁰⁶ Das Markus-Pflüger-Heim im Planungsraum Mittleres Wiesental verfügt neben Pflegeplätzen gemäß SGB XI auch über Plätze, die dem SGB IX-Bereich zugeordnet werden. Nach aktuellen Planungen reduziert sich die vorhandene Platzzahl im SGB XI-Bereich bis zum Jahr 2019 von 165 auf 120 stationäre Pflegeplätze.

10.6.2.3.1 Herkunft der Bewohner

Von den Bewohnerinnen und Bewohner der befragten Pflegeeinrichtungen:

- stammen 89 Prozent aus dem Landkreis Lörrach.
- kommen 5 Prozent aus angrenzenden Landkreisen. Es kann jedoch auch davon ausgegangen werden, dass ein Teil der pflegebedürftigen Menschen aus dem Landkreis Lörrach in eine Pflegeeinrichtung der angrenzenden Landkreise zieht, zumal diese manchmal räumlich näher sein können.
- haben 5 Prozent vor dem Umzug in ein Pflegeheim in anderen Kreisen Baden-Württembergs oder dem übrigen Bundesgebiet gewohnt. Dies könnte u.a. daran liegen, dass ältere Menschen aus anderen Kreisen mit zunehmendem Pflegebedarf zu ihren im Landkreis Lörrach lebenden und arbeitenden Kindern umziehen.
- kommen 0,5 Prozent aus dem Ausland.
- ist bei weiteren 0,5 Prozent der vorherige Wohnort nicht bekannt.

Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach vorherigem Wohnort

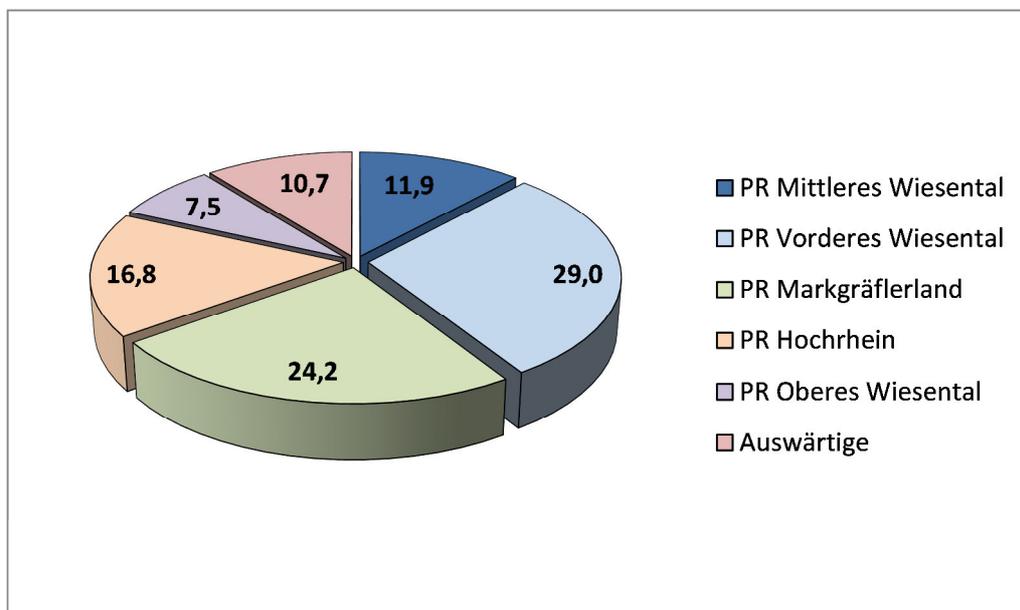


Abbildung 51: Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach nach vorherigem Wohnort am 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013

Die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zieht wohnortnah in eine Einrichtung, die in demselben Planungsraum steht, aus dem auch der Bewohner stammt. Auf den ganzen Landkreis bezogen stammen rund 66 Prozent der Bewohner aus dem jeweiligen Planungsraum der Einrichtung. Lediglich im Planungsraum Oberes Wiesental liegt dieser Anteil mit 52,6 Prozent deutlich unter dem kreisspezifischen Durchschnitt.

Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach Planungsräumen und vorherigem Wohnort

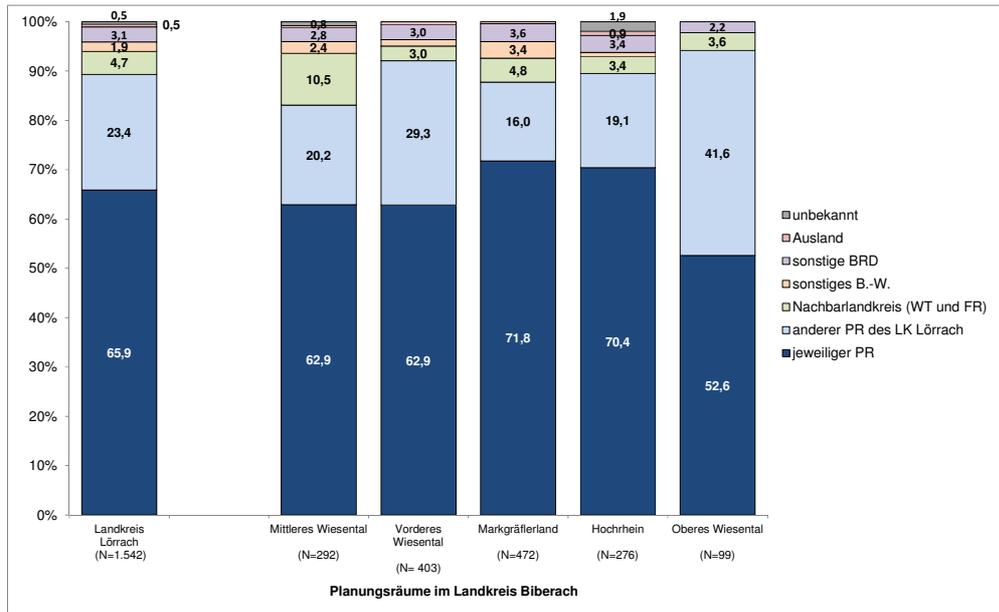


Abbildung 52: Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach vorherigem Wohnort

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013

10.6.2.3.2 Pflegestufen der Bewohner

Von den Bewohnern der Pflegeheime waren:

- rund 33 Prozent in Pflegestufe 1,
- annähernd 42 Prozent in Pflegestufe 2 und
- rund 22 Prozent in Pflegestufe Stufe 3 (inklusive Härtefälle) eingestuft.

Rund 4 Prozent der Pflegeheimbewohner hatten die Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI.

Dies entspricht in etwa der durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen in den stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, wie sie sich aus der Pflegestatistik 2013 ergibt (Stufe „0“: 2 Prozent, Stufe 1: 38 Prozent, Stufe 2: 41 Prozent, Stufe 3: 19 Prozent).

Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach Pflegestufen

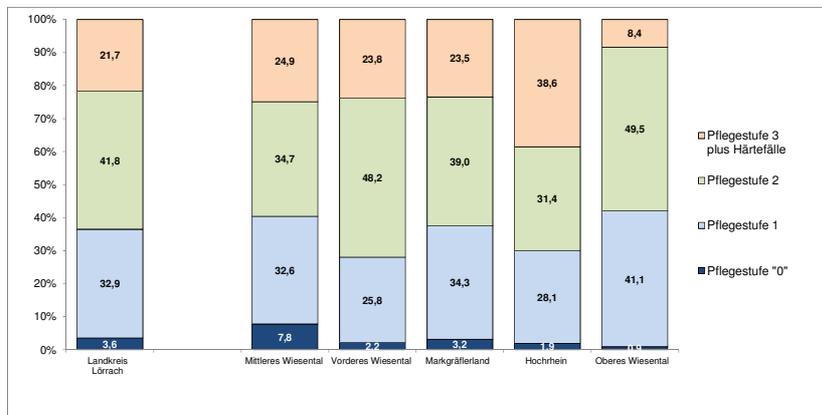


Abbildung 53: Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach Pflegestufen

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013

Im Planungsraum Hochrhein ist der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 inklusive Härtefälle mit 38,6 Prozent überdurchschnittlich hoch, die Anteile der Bewohnerinnen und Bewohner mit den übrigen Pflegestufen sind entsprechend geringer.

Im Planungsraum Oberes Wiesental hingegen ist der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 3 inklusive Härtefälle mit 8,4 Prozent unterdurchschnittlich, während die Pflegestufen 1 und 2 überdurchschnittlich vertreten sind. Im Planungsraum Mittleres Wiesental gibt es einen überdurchschnittlich hohen Anteil an pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufe 0.

10.6.2.3.3 Durchschnittliche Verweildauer

Die Mehrheit der Heimbewohner im Landkreis Lörrach (über 60 Prozent) lebt durchschnittlich bis zu 3 Jahre in der Pflegeeinrichtung, knapp ein Drittel bis zu 10 Jahre und ein kleiner Anteil von 6,2 Prozent lebt sogar mehr als 10 Jahre in der Einrichtung.

Durchschnittliche Verweildauer der Heimbewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013

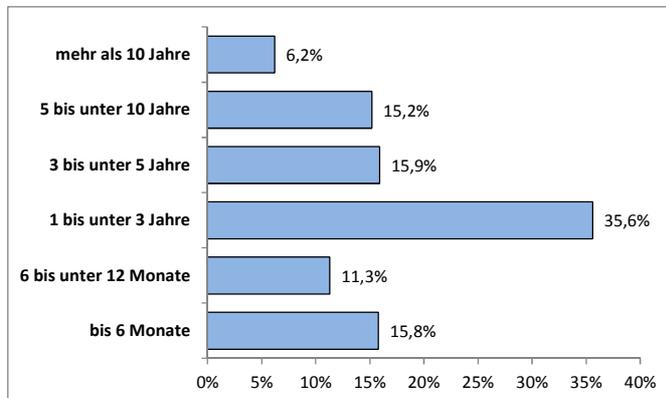


Abbildung 54: Durchschnittliche Verweildauer der HeimbewohnerInnen in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung des Landkreises Lörrach bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 31.10.2013.

10.6.2.3.4 Anteil der Sozialhilfeempfänger an den Heimbewohnern

Die Pflegekassen übernehmen abhängig von der Einstufung in Pflegestufen Leistungen für die Pflege im Pflegeheim. Allerdings übersteigen die Beträge für die Pflege in den meisten Fällen die Leistungen aus der Pflegeversicherung, so dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen den ungedeckten Teil selbst finanzieren müssen. Reicht das eigene Einkommen, der eventuelle Erlös aus Vermögen sowie die Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht aus, um die Heimkosten zu decken, kann der Sozialhilfeträger unter bestimmten Voraussetzungen die nicht gedeckten Kosten der stationären Versorgung übernehmen.

Die Kosten, die den Bewohnern der Pflegeheime in Rechnung gestellt werden, setzen sich aus den Kosten für die Miete, Verpflegung sowie hauswirtschaftliche Versorgung und aus den Kosten für die Grund- und Behandlungspflege zusammen. Sozialhilfe im Pflegeheim kann als Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt und/ oder als Grundsicherung im Alter gewährt werden.

Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII haben Menschen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben (sowie Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung dauerhaft erwerbsgemindert sind), wenn ihr Einkommen so gering ist, dass sie damit den Lebensunterhalt (oder die Pflegeheimkosten) nicht decken können und wenn sie keine über bestimmten Freigrenzen liegendes Vermögen haben. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten pflegebedürftige Personen, die zur Bestreitung ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, da die Leistungen aus der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen zur Finanzierung der Pflegekosten nicht ausreichen.

In den letzten 10 Jahren lag der Anteil der Sozialhilfeempfänger²⁰⁷ unter den Heimbewohnern im Landkreis Lörrach meist recht konstant bei einem Drittel. Im Jahr 2013 betrug dieser 32,6 Prozent. Dies entspricht einer Zunahme um 2 Prozentpunkte seit dem Jahr 2006. Im Landkreis Lörrach ist somit jeder 3. Heimbewohner auf staatliche Transferleistungen angewiesen.

Anteil der Sozialhilfeempfänger in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach von 2006 – 2013

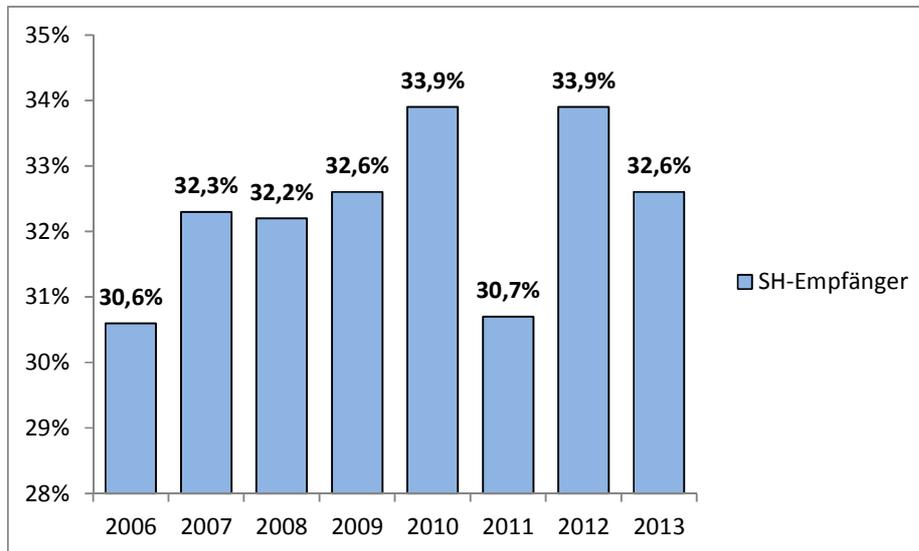


Abbildung 55: Anteil der SozialhilfeempfängerInnen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2006 - 2013

Grafik: KVJS. Datenbasis: Landkreis Lörrach, Sozialhilfeempfänger von 2006 - 2013

10.7 Orientierungswerte für voll- und teilstationäre Pflegeangebote 2030

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Veränderungen ist für die qualifizierte Planung teil- und vollstationärer Pflegeangebote im Landkreis Lörrach neben der genauen Kenntnis der bestehenden Angebotslandschaft eine Vorausrechnung des zukünftigen Bedarfs notwendig. Aus der Fortschreibung des Landespflegeplans und einer vom Städte- und Landkreistag Baden-Württemberg beauftragten Fortschreibung liegen Bedarfseckwerte für Plätze in der Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege bis zum Jahr 2020 vor²⁰⁸. Sie beruht auf der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes auf der Basis des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2008 und der Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2009.

In der Zwischenzeit hat das Statistische Landesamt zwei regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnungen vorgenommen und die Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2013 veröffentlicht. Somit liegen neuere Daten vor, die aktuellere Entwicklungen, z.B. eine gestiegene Zuwanderung, widerspiegeln. Da der Planungshorizont des Seniorenplanes bis zum Jahr 2030 reicht, hat der KVJS Orientierungswerte für den Bedarf an ambulanten und stationären Leistungen für den Landkreis Lörrach bis zum Jahr 2030 berechnet. Damit soll rechtzeitig die Voraussetzung für die Gestaltung eines bedarfsgerechten Angebots an Pflegeplätzen ge-

²⁰⁷ Die Zahl der Sozialhilfeempfänger setzt sich zusammen aus den Empfängern von vollstationärer Hilfe zur Pflege, ggfs. ergänzenden Grundsicherungsleistungen sowie Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

²⁰⁸ Dr. Messmer, Peter, 2013: Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an stationären Pflegeangeboten in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bis zum Jahr 2020. Empirische und methodische Grundlagen zur Ermittlung von Bedarfseckwerten. In Zusammenarbeit mit den Kommunalen Landesverbänden Baden-Württemberg.

schaffen werden. Eine Aussage über eine künftige Auslastung der Einrichtungen oder die Wirtschaftlichkeit von bestehenden oder künftigen Einrichtungen ist damit nicht verbunden.

Für die Beurteilung des Bedarfs wurden die 5 Planungsräume des Landkreises aus früheren Kreispflegeplänen verwendet. So kann einerseits trotz der großen Fläche des Landkreises eine wohnortnahe Versorgung mit Pflegeleistungen gewährleistet und gleichzeitig der unterschiedlichen Bevölkerungsdichte Rechnung getragen werden.

10.7.1 Methodik

Für die Berechnung des künftigen Bedarfs an Pflegeleistungen wurden folgende Informationen verwendet:

- die Bevölkerungsstatistik zum Stichtag 31.12.2013
- die regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes auf der Basis der Bevölkerungsstatistik vom 31.12.2014²⁰⁹
- die Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2013.

Aus der Pflegestatistik wurden zum einen die Angaben zur Anzahl pflegebedürftiger Frauen und Männer in bestimmten Altersgruppen übernommen. Außerdem wurde die Information verwendet, welche Leistungen pflegebedürftige Frauen und Männer in einer bestimmten Altersgruppe in Anspruch nehmen, d.h. ob sie durch einen ambulanten Dienst, zu Hause durch Angehörige oder in einem Pflegeheim gepflegt werden.

Mit den Informationen aus der Pflegestatistik wurde zunächst bestimmt, wie viele pflegebedürftige Frauen und Männer es im Jahr 2013 in bestimmten Altersgruppen gab. Bei den Altersgruppen ab 65 Jahren wurden jeweils fünf Jahrgänge zusammengefasst. Für die Bestimmung der pflegebedürftigen Frauen und Männern wurden neben den Pflegebedürftigen, die einer Pflegestufe zugeordnet sind, auch die Pflegebedürftigen in Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigt, da sie ebenfalls Leistungen in Anspruch nehmen. Außerdem wird dieser Personenkreis zukünftig bei der Einstufung in Pflegegrade berücksichtigt. Die pflegebedürftigen Frauen und Männer in den Altersgruppen wurden auf 1.000 Einwohner in der entsprechenden Altersgruppe bezogen.

Daraus ergeben sich die nachfolgenden Angaben:

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht bezogen auf 1.000 Einwohner der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2013

Altersgruppen von... bis unter	männlich	weiblich
unter 65	7,2	6,2
65-70	29,3	25,3
70-75	44,8	44,5
75-80	82,1	93,7
80-85	164,7	218,8
85-90	286,2	405,2
über 90	502,9	658,1

Tabelle 10: Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht bezogen auf 1.000 Einwohner der gleichaltrigen Bevölkerung in B.-W. am 15.12.2013

Datenbasis: Pflegestatistik 2013. Eigene Berechnungen KVJS.

²⁰⁹ Ausgangspunkt für die regionale Bevölkerungsvorausrechnung ist der Bevölkerungsstand in den Kommunen zum 31. Dezember 2014. Die Daten stammen aus der Statistik der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Wanderungsbewegungen wurden bei der Vorausrechnung berücksichtigt.

Es wird die Annahme getroffen, dass der Anteil der Frauen und Männer in den entsprechenden Altersgruppen, die in Zukunft pflegebedürftig werden, sich nicht verändern wird. Die in der vorstehenden Tabelle bestimmten Anteile wurden auf die vom Statistischen Landesamt vorausberechnete Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2030 bezogen. Daraus ergibt sich die vorausberechnete Zahl der pflegebedürftigen Frauen und Männer in den entsprechenden Altersgruppen im Jahr 2030.

In einem weiteren Schritt wurde betrachtet, welche pflegerischen Angebote die Pflegebedürftigen zum Stichtag der Pflegestatistik 2013 (15.12.2013) genutzt hatten. Die Anteile der Pflegebedürftigen nach den Angeboten liegen nach Alter und Geschlecht differenziert vor.

Leistungen für Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart im Jahr 2013 in Prozent

Altersgruppen von... bis unter	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege (inkl. KZP)	Pflegegeld	insgesamt	nachrichtlich: Tagespflege
unter 65	9,1	14,5	76,5	100	1,1
65-70	16,8	24,1	59,1	100	1,1
70-75	18,9	27,6	53,5	100	2,0
75-80	22,6	24,5	52,9	100	2,6
80-85	25,2	31,6	43,2	100	2,9
85-90	26,3	33,7	40,0	100	3,2
über 90	24,8	44,2	31,0	100	3,3
insgesamt	21,3	29,5	49,2	100	3,0

Tabelle 11: Leistungen nach SGB XI für Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart 2013

Datenbasis: Pflegestatistik 2013. Eigene Berechnungen KVJS.

Leistungen für pflegebedürftige Männer im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart im Jahr 2013 in Prozent

Altersgruppen von... bis unter	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege (inkl. KZP)	Pflegegeld	insgesamt	nachrichtlich: Tagespflege
unter 65	8,7	15,9	75,4	100	1,0
65-70	11,3	22,2	66,5	100	1,0
70-75	14,6	27,3	58,1	100	1,3
75-80	20,9	24,2	54,9	100	1,8
80-85	26,6	23,7	49,7	100	2,5
85-90	30,3	23,0	46,7	100	3,4
über 90	34,6	30,3	35,1	100	3,6
insgesamt	20,3	22,4	57,3	100	4,1

Tabelle 12: Leistungen nach SGB XI für pflegebedürftige Männer im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart in 2013

Datenbasis: Pflegestatistik 2013. Eigene Berechnungen KVJS.

**Leistungen für pflegebedürftige Frauen im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart
im Jahr 2013 in Prozent**

Altersgruppen von... bis unter	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege (inkl. KZP)	Pflegegeld	insgesamt	nachrichtlich: Tagespflege
unter 65	9,4	13,2	77,4	100	1,1
65-70	23,1	26,6	50,3	100	1,1
70-75	21,8	28,2	49,9	100	2,8
75-80	23,8	24,8	51,4	100	3,1
80-85	24,4	35,8	39,8	100	3,1
85-90	24,9	37,4	37,6	100	3,3
über 90	22,5	47,5	30,0	100	3,2
insgesamt	21,9	33,5	44,7	100	2,7

Tabelle 13: Leistungen nach SGB XI für pflegebedürftige Frauen im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart 2013

Datenbasis: Pflegestatistik 2013. Eigene Berechnungen KVJS.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die vollstationär versorgt werden, ergibt sich aus der Anzahl der Pflegebedürftigen in der stationären Dauerpflege und den Leistungsempfängern von Kurzzeitpflege. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, wird jeweils zum Stichtag 15.12. von der Pflegestatistik erhoben. Es handelt sich um eine Stichtagszahl, die wenig aussagekräftig ist, da sie den Verlauf der Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze über das Jahr nicht berücksichtigt. Die Kurzzeitpflege unterliegt saisonalen Schwankungen und wird insbesondere zu Urlaubszeiten verstärkt nachgefragt. Die Annahme liegt daher nahe, dass ein Teil der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege am 15.12. nutzen, im Anschluss an die Kurzzeitpflege einen stationären Dauerpflegeplatz in Anspruch nehmen. Im Gegensatz zu ganzjährig verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen stehen eingestreute Plätze nicht über das gesamte Jahr verlässlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung. Sie werden flexibel genutzt und können auch in stationäre Langzeitpflegeplätze übergehen. Um diesen Überlegungen Rechnung zu tragen sowie die Praxis angemessen widerzuspiegeln, werden die Kurzzeitpflegeplätze zusammen mit den stationären Plätzen betrachtet.

Entsprechend der Pflegestatistik wird die Tagespflege gesondert ausgewiesen, da die Leistungsempfänger der Tagespflege bereits bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen oder den Pflegegeldempfängern enthalten sind²¹⁰.

Für die Berechnung der Orientierungswerte für Pflegeleistungen im Jahr 2030 wird davon ausgegangen, dass pflegebedürftige Frauen und Männer im Jahr 2030 die unterschiedlichen Leistungsarten (ambulant, vollstationär und zu Hause von Angehörigen) so in Anspruch nehmen wie im Jahr 2013 (=Status-Quo-Annahme). Das heißt zum Beispiel: Auch im Jahr 2030 werden rund 22 % der Männer und 34 % der Frauen mit Pflegebedarf im Landkreis Lörrach ein vollstationäres Pflegeangebot nutzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der Orientierungswerte für Pflegeleistungen im Jahr 2030 ist zu berücksichtigen, dass eine exakte Vorhersage der künftigen Entwicklung nicht möglich ist. Eine Vorausrechnung zeigt eine mögliche und unter gegebenen Voraussetzungen und Annahmen wahrscheinliche Entwicklung auf. Bei der Berechnung der Orientierungswerte wurden mehrere Annahmen getroffen bzw. übernommen. Die Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes trifft Annahmen zur künftigen Geburten- und

²¹⁰ Um Dopplungen zu vermeiden, werden in der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes die Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege gesondert ausgewiesen, da sie in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflegeleistungen erhalten. Sie sind daher bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst.

Sterberate und zu künftigen Wanderungsbilanzen. Für alle Annahmen werden die Erfahrungen der Vergangenheit zugrunde gelegt. Auch für die Bestimmung der künftigen Zahl der pflegebedürftigen Menschen wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass der Anteil der pflegebedürftigen Frauen und Männern in bestimmten Altersgruppen in der Zukunft gleich bleibt. Baden-Württemberg weist im Vergleich mit anderen Bundesländern eine geringe Pflegehäufigkeit auf. Sie hat in den letzten Jahren zugenommen. Dies hängt damit zusammen, dass mehr pflegebedürftige Menschen als früher eine Pflegestufe beantragen und Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Es ist möglich, dass die altersabhängigen Pflegequoten, also der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in den Altersgruppen ab 65 Jahren, weiter zunimmt. Es ist fraglich, ob die Status-Quo-Aannahme zutreffen wird. Die auf ihrer Grundlage berechneten Ergebnisse sind als Orientierungswerte zu verstehen, wenn sich das Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen gegenüber dem Jahr 2013 nicht verändern sollte. Sie können damit einen Ausgangspunkt für Überlegungen darstellen, wie der künftige Bedarf an Pflegeleistungen gedeckt werden kann.

10.7.2 Ergebnisse

10.7.2.1 Vollstationäre Dauerpflege inkl. eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflege

Für die 5 Planungsräume des Landkreises Lörrach wurden die nachfolgenden Orientierungswerte für die vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege berechnet. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass auch für pflegebedürftige Menschen im Alter unter 65 Jahren Orientierungswerte bestimmt wurden.

Im Jahr 2030 werden im Landkreis Lörrach voraussichtlich 2.807 Langzeitpflegeplätze (inkl. eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflegeplätze) benötigt.

Aktuell stehen im Landkreis Lörrach insgesamt 2.030 Langzeitpflegeplätze, darunter 99 eingestreute und 23 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze, zur Verfügung. Dazu kommen 65 neue Plätze, die bereits in Planung sind.²¹¹ Gleichzeitig ist der Abbau von 96 Langzeitpflegeplätzen und 2 ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen geplant²¹², um die LHeimBauVO umzusetzen (siehe Kapitel 10.7.2). Diese Planungen sind im Bestand 2030 bereits berücksichtigt.

Bestand an Dauerpflegeplätzen (inkl. eingestreuten und ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen) im Jahr 2016 sowie vorausgerechneter Bedarf für das Jahr 2030

Planungsraum	2016		2030		
	Bestand	in Planung	Bestand*	Bedarf	Saldo
Planungsraum	Bestand	in Planung	Bestand*	Bedarf	Saldo
Mittleres Wiesental	407	-45	362	418	-56
Vorderes Wiesental	460	-25	435	715	-280
Markgräflerland	641	12	653	846	-193
Hochrhein	411	25	436	611	-175
Oberes Wiesental	111		111	217	-106
Landkreis Lörrach	2.030	-33	1.997	2.807	-810

Tabelle 14: Bestand an Dauerpflegeplätzen (inkl. eingestreute und ganzjährige Kurzzeitpflegeplätzen) im Jahr 2016 sowie vorausgerechneter Bedarf für das Jahr 2030

*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Landkreis Lörrach, Altenhilfefachberatung, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2013 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

²¹¹ Davon 25 Plätze im Planungsraum Hochrhein, 16 Plätze im Planungsraum Markgräflerland und 24 Plätze im Planungsraum Vorderes Wiesental.

²¹² Davon 45 Plätze im Planungsraum Mittleres Wiesental, 47 Plätze im Planungsraum Vorderes Wiesental und 4 Plätze im Planungsraum Markgräflerland.

Der Abgleich des voraussichtlichen Bestands im Jahr 2030 mit den Orientierungswerten zeigt, dass voraussichtlich in allen 5 Planungsräumen zusätzliche Dauer- und Kurzzeitpflegeplätze benötigt werden. Insgesamt wird es im Landkreis Lörrach bis zum Jahr 2030 einen Bedarf von voraussichtlich 810 Langzeitpflegeplätzen inkl. eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflegeplätze zusätzlich zu den bereits vorhandenen und bis zum Jahr 2030 geplanten Plätzen geben. Zu beachten ist allerdings, dass Gesetzesänderungen, z.B. durch die Pflegestärkungsgesetze, die Angebotslandschaft beeinflussen können. Dies ist in den Orientierungswerten nicht berücksichtigt. Ausgewiesen ist lediglich der Bedarf, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme der älteren Menschen ergibt.

Bei der Darstellung des voraussichtlichen Bestands im Jahr 2030 sind lediglich die bereits bekannten Planungen berücksichtigt worden (Erweiterung des Bestands um 65 stationäre Pflegeplätze, Abbau von 96 Dauer- und 2 ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen). Sollten in den Einrichtungen, die sich bezüglich ihres Bestands an Langzeitpflegeplätzen bis zum Jahr 2019 zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch unsicher waren, alle Doppelzimmer in Einzelzimmer umgewandelt werden, ohne Ausnahmeregelungen zu erwirken oder Ersatzplätze zu schaffen, würde dies im Jahr 2030 zu einem weiteren Rückgang der Bestandsplätze (inkl. eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) um 181 führen. Dies ist bei der Beurteilung der Prognoseergebnisse zu bedenken. Die verbindliche Vorgabe der LHeimBauVO eröffnet gleichzeitig aber auch Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine künftig regional ausgegorenere und bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegeplätzen im Landkreis sowie für die Qualifizierung des bestehenden Pflegeplatzangebots (zum Beispiel für die Versorgung von Demenzkranken). So könnten in Gemeinden, in denen bisher für die eigene Bevölkerung nicht genügend Plätze zur Verfügung standen, Ersatzplätze für an anderer Stelle wegfallende Plätze geschaffen werden. In Gemeinden, in denen es keine stationäre Pflegeeinrichtung gibt, beziehungsweise in denen zukünftig voraussichtlich eine zu geringe Zahl an stationären Pflegeplätzen zur Verfügung stehen, könnten alternative Angebote (zum Beispiel Pflegewohngruppen) entstehen und der Bedarf an Leistungen der Pflege damit gedeckt werden.

10.7.2.2 Kurzzeitpflege

Die Berechnung der Orientierungswerte für 2030 an Kurzzeitpflegeplätzen gestaltet sich deutlich schwieriger als die Berechnung im Bereich der Dauerpflege. Dies hat mehrere Gründe:

- Die Berechnung basiert auf der tatsächlichen Nutzung von Kurzzeitpflege am Stichtag 15.12.2013. Es ist unklar, ob zu diesem Stichtag alle Menschen, die ein solches Angebot in Anspruch nehmen wollten, auch einen Platz gefunden haben.
- Darüber hinaus bildet die Berechnung nicht ab, ob Angebot und Nachfrage im Kurzzeitpflegebereich auf das ganze Jahr gesehen übereinstimmen: Typisch für die Kurzzeitpflege sind saisonale Nachfragespitzen und unvorhersehbare kurzfristige Bedarfe.
- Der größte Teil der Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis steht nicht ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, sondern wird (auch) für die Dauerpflege genutzt. Der Bedarf ist daher immer in Verbindung mit der Entwicklung bei den Dauerpflegeplätzen zu bewerten, da die Pflegeeinrichtungen ihr Angebotsspektrum in Anpassung an die Wünsche der Nutzer sowie aus wirtschaftlichen Gründen flexibel handhaben.

Aus all diesen Gründen darf alleine aus rechnerisch ermittelten Bedarfszahlen im Vergleich zum Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen nicht auf eine (zukünftige) Bedarfsdeckung geschlossen werden. Insbesondere im Zusammenhang mit den anstehenden Umwandlungen von Doppel- in Einzelzimmer im Zuge der Umsetzung der LHeimBauVO ist zu berücksichtigen, dass für die Kurzzeitpflege ein bedarfsentsprechendes Platzangebot verfügbar bleiben muss.

Deshalb wird der zukünftige Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen nachfolgend auf qualitativer Ebene beschrieben.

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Angebot, um häusliche Pflege zu ermöglichen und Angehörige zu entlasten. Durch die im Zusammenhang mit dem Pflegestärkungsgesetz I eingeführten Leistungsausweitungen und –verbesserungen im Bereich der Kurzzeitpflege kann mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage nach und des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen gerechnet werden (siehe Kapitel 10.5).

Im Zusammenhang mit den immer kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern gewinnt die Kurzzeitpflege auch als sogenannte Übergangspflege an Bedeutung. Personen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, haben zum Teil noch einen zeitlich begrenzten hohen Pflegebedarf und sind häufig noch nicht in der Lage, sinnvoll an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen oder in der eigenen Wohnung zu Recht zu kommen. Im Rahmen der Übergangspflege kann dieser Bedarf abgedeckt und die zukünftig notwendige Pflege und Versorgung von allen Betroffenen in Ruhe geklärt werden.

Eine Angebotserweiterung in Richtung Übergangspflege sollte daher in Absprache mit dem Krankenhausbereich geprüft werden.²¹³ Auch Kurzzeitpflegeplätze in Pflegeheimen können zur Übergangspflege geeignet sein, wenn sie ein entsprechendes Konzept entwickeln und mit dem Krankenhausbereich vernetzt sind.²¹⁴ Ergänzend kann auch eine organisierte Kurzzeitpflege-Nachbetreuung wirksam sein, um eine „Einbahnstraße“ vom Krankenhaus in die Kurzzeit- und danach nahtlos in die Dauerpflege zu vermeiden.²¹⁵ Durch die Leistungsausweitungen und –verbesserungen, die sich mit Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes zum 1. Januar 2016 ergaben, ist mit einer weiter steigenden Nachfrage nach und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen zu rechnen (siehe Kapitel 10.5).

Im Landkreis Lörrach standen im Jahr 2016 23 ganzjährige und 99 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung²¹⁶. Da eingestreute Kurzzeitpflegeplätze nicht verlässlich das gesamte Jahr über bereitstehen und die vorhandene Platzzahl aufgrund der Besonderheit der flexiblen Nutzung und Überführung in Langzeitpflegeplätzen schwanken kann, sind insbesondere ausschließlich für Kurzzeitpflege vorgehaltene Plätze nachgefragt. Der Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen hat sich zwar seit dem Jahr 2013 von 21 auf 23 Plätze erhöht (siehe Kapitel 10.5.1). Allerdings steht bereits fest, dass bis zum Jahr 2030 der Abbau von zwei ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen durch die Schließung einer Pflegeeinrichtung im Rahmen der LHeimBauVO geplant ist. Aufgrund der Gesetzesänderungen des Pflegestärkungsgesetzes und des Krankenhausstrukturgesetzes ist davon auszugehen, dass der Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen bereits jetzt zu gering ist und die Nachfrage das Angebot übersteigt. Der Ausbau von ganzjährigen Kurzzeitpflegeangeboten scheint angesichts der gesetzlichen Änderungen geboten.

10.7.2.3 Tagespflege

Die Berechnung der Orientierungswerte für Tagespflegeplätze ergibt, dass im Jahr 2030 im Landkreis Lörrach voraussichtlich 234 Tagespflegeplätze benötigt werden.

Dem voraussichtlichen zukünftigen Bedarf steht ein Bestand an 130 Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 gegenüber. Weitere 30 Plätze (22 im Planungsraum Mittleres Wiesental, 4 im Pla-

²¹³ Beispielhaft ist das DRK-Pflegehotel am Ostalb-Klinikum in Aalen zu nennen. Ziel dieser Einrichtung ist es, eine übereilte Aufnahme in eine Dauerpflegeeinrichtung zu vermeiden und eine gesundheitliche Verfassung wiederherzustellen, die eine Versorgung zu Hause ermöglicht.

²¹⁴ Beispielhaft ist hier das Modellprojekt „Pflege auf Probe“ der Kleeblatt-Pflegeheime Ludwigsburg, bei dem während eines dreimonatigen Aufenthalts im Pflegeheim genug Zeit für eine fundierte Entscheidungsfindung bleibt.

²¹⁵ Beispielhaft sei hier die evangelische Stadtmission Heidelberg genannt, die die Rückkehr nach Hause nach dem Ende der Kurzzeitpflege durch Beratung und Unterstützung im Rahmen eines sog. Überleitungsmanagements intensiv vorbereitet und begleitet.

²¹⁶ siehe Kreispflegeheimverzeichnis Landkreis Lörrach

nungsraum Weil / Vorderes Kandertal sowie 4 im Planungsraum Lörrach / Inzlingen) sind in Planung.

Bestand an Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für das Jahr 2030

Planungsraum	2016		2030		
	Bestand	in Planung	Bestand	Bedarf	Saldo
Südliches Markgräflerland	30		30	30	0
Mittleres Wiesental	25	22	47	45	2
Oberes Wiesental	13		13	18	-5
Weil/ Vorderes Kandertal	18	4	22	40	-18
Lörrach/ Inzlingen	27	4	31	50	-19
Hochrhein	17		17	51	-34
Landkreis Lörrach	130	30	160	234	-74

Tabelle 15: Bestand an Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für 2030

*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Landkreis Lörrach, Altenhilfefachberatung, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2013 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS

Der Abgleich des voraussichtlichen Bestands und der Orientierungswerte ergibt je nach Planungsraum unterschiedliche Ergebnisse: Während in den Planungsräumen Südliches Markgräflerland und Mittleres Wiesental im Jahr 2030 rein rechnerisch ein ausreichendes Angebot an Tagespflegeplätzen zur Verfügung stehen wird, werden in den anderen Planungsräumen voraussichtlich Plätze fehlen, die meisten davon im Planungsraum Hochrhein. Insgesamt werden im Landkreis Lörrach bis zum Jahr 2030 zusätzlich 74 Tagespflegeplätze benötigt.

Bei der Interpretation der Orientierungswerte an Tagespflegeangeboten für das Jahr 2030 sind zwei wichtige Aspekte zu beachten: Die Vorausrechnung basiert auf einer Stichtagszahl, die die Nutzungshäufigkeit der Tagespflege am Stichtag 15.12. ausweist. Außerdem liegt der Berechnung die Annahme zugrunde, dass Tagespflegeleistungen in der Zukunft von einem Anteil von pflegebedürftigen Frauen und Männern genutzt wird wie im Jahr 2013. Zum anderen ergibt sich der prognostizierte Bedarf von 234 Tagespflegeplätzen lediglich aus der demografischen Entwicklung sowie der Zunahme der älteren Menschen.

Leistungsverbesserungen sowie –ausweitungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze sind in der Berechnung nicht berücksichtigt. Durch das Pflegestärkungsgesetz I ergaben sich umfassende Leistungserweiterungen, die sich auch auf die Nutzung und den Bedarf von Tagespflegeangeboten auswirken. Vor dem 1. Januar 2015 wurde die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege zum Teil auf die ambulanten Pflegesachleistungen (Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen) angerechnet. Seit dem 1. Januar 2015 können Leistungen der Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung und damit zusätzlich zu ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden. Auch Demenzkranke profitieren von dieser Leistung. Dadurch zeichnet sich heute ein wesentlich höherer Bedarf an Tagespflegeplätzen ab. Der berechnete Orientierungswert von 234 Plätzen ist deshalb zu niedrig.

Für eine vertiefende Bestandsbewertung und Bedarfseinschätzung wäre zusätzlich eine qualitative einrichtungs- und sozialraumbezogene Analyse erforderlich. Denn letztlich sind nur umfassend qualifizierte Tagespflegeplätze, die sowohl von der baulichen Gestaltung als

auch von der Kompetenz des Personals und der Qualität der Konzeption her die Betreuung und Versorgung unterschiedlicher Gruppen pflegebedürftiger Menschen leisten können, faktisch zur Deckung des künftigen Tagespflegebedarfs geeignet. Auch die Flexibilität der Angebote (zum Beispiel im Hinblick auf Öffnungszeiten und –tage) spielt eine wichtige Rolle für die Deckung der Bedarfe pflegender Angehöriger. Im Rahmen einer vertiefenden Bestands- und Bedarfsanalyse sollten auch die Auslastungsquoten der bestehenden Einrichtungen näher betrachtet werden.

Außerdem sind bei der Bewertung des Bestands auch andere (niedrigschwellige oder ambulante) Betreuungsangebote im Sozialraum zu berücksichtigen, die entweder ergänzend (beispielsweise an einzelnen Tagen in der Woche) oder zum Teil auch ersetzend genutzt werden. Zur Klärung dieser Punkte bedarf es ebenfalls der Analyse der Strukturen in den einzelnen Kommunen beziehungsweise im Planungsraum. Diese alternativen Angebote und Strukturen der (Tages-)Betreuung und Pflege sollten auch daraufhin geprüft werden, ob sie so weiterentwickelt werden können, dass ein zusätzliches Tagespflegeangebot nicht benötigt wird. Für die Landkreiskommunen ohne Tagespflegeangebot könnten so in Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten vor Ort durch Vernetzung innovative Lösungen gefunden werden.

Unbestritten ist, dass ein ausreichendes, entsprechend qualifiziertes und wohnortnah angesiedeltes Tagespflegeangebot einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen leistet. Deshalb sollte der bedarfsgerechten Bereitstellung von Tagespflegeplätzen und einer möglichst guten Auslastung große Aufmerksamkeit gewidmet werden.

10.8 Arbeitskräfte in der Pflege

Die Gewinnung und Qualifizierung von Personal wird eine der zentralen Herausforderungen in der ambulanten und stationären Pflege in der Zukunft sein.

Die Pflegestatistik 2013 gibt einen Überblick über die Personalsituation in der Pflege in Baden-Württemberg. Im Jahr 2013 standen für insgesamt 154.176 Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 122.420 Beschäftigte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Dies entspricht einem Zuwachs von 6 Prozent bzw. 6.890 Personen im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2011 und sogar um 38,2 Prozent bzw. 33.817 Personen zu 2003. Die Frauenquote im Bereich der Pflege betrug im Jahr 2013 86,1 Prozent.

Hinsichtlich des Umfangs der Beschäftigung kann festgestellt werden, dass Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse von 2003 bis 2013 zugenommen haben, während gleichzeitig der Anteil an Vollzeitbeschäftigten abgenommen hat. Die Mehrheit des Personals in baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen ist in flexiblen Teilzeit-Arbeitsmodellen beschäftigt (65,2 Prozent). Neben betrieblichen Erfordernissen spielen auch persönliche Gründe der Beschäftigten eine Rolle bei der Wahl des Beschäftigungsumfangs. Häufig geben Beschäftigte an, aus gesundheitlichen Gründen in Teilzeit zu arbeiten. Die Aufstockung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit wird von den meisten Angestellten in der Pflege nicht favorisiert²¹⁷.

In der Pflegestatistik 2013 wurden erstmals auch Daten zum Anteil Auszubildender und (Um-)Schüler in den Pflegeeinrichtungen gesondert erhoben. In den stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg gab es 7.934 Auszubildende und (Um-)Schüler im Jahr 2013, dies entspricht einem Anteil von 8,8 Prozent an allen Beschäftigten. Davon war über die Hälfte im Alter zwischen 17 und 24 Jahren, ein Drittel (30,9 Prozent) über 30 Jahre alt. Bei den ambulanten Diensten betrug der Anteil an Auszubildenden und (Um-)Schülern am gesamten Personal im Jahr 2013 lediglich 2,8 Prozent bzw. 887 Personen. Dabei zeigt sich in der Altersstruktur der Auszubildenden und (Um-)Schüler ein gegenteiliges Bild als bei den

²¹⁷ Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich, in: Forschung aktuell, Heft 4/2016.

stationären Einrichtungen: In den ambulanten Einrichtungen überwiegt der Anteil an älteren Auszubildenden und (Um-)Schülern geringfügig. 45,7 Prozent waren älter als 30 Jahre, 41,1 Prozent zwischen 17 und 24 Jahren. Sowohl in den stationären als auch in den ambulanten Einrichtungen strebten über 70 Prozent einen Abschluss als staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/in an, wobei der Anteil in den stationären Einrichtungen mit ca. 80 Prozent etwas höher lag²¹⁸.

Der Ausbildungsreport 2015 stellt in einer repräsentativen Befragung unter Auszubildenden im Gesundheits- und Pflegebereich fest, dass die Gesamtzufriedenheit der Auszubildenden in der Altenpflege mit 59,8 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt der BBiG-Berufe mit 71,5 Prozent liegt. Personalabbau und Arbeitsverdichtung führen insbesondere dazu, dass sich Auszubildende in der Pflege durch die Ausbildungsbedingungen belastet fühlen. Gründe für die Belastungen werden von den Auszubildenden in der Arbeit unter Zeitdruck, in häufigen Überstunden, fehlende Pausen, im schweren Heben und Tragen, in der fehlenden Vereinbarkeit von Freizeit und Beruf/ Familie sowie in Problemen im Team gesehen²¹⁹.

Hinsichtlich der Berufsabschlüsse lässt sich für ambulante und stationäre Einrichtungen in Baden-Württemberg für das Jahr 2013 konstatieren, dass 56,2 Prozent der Beschäftigten über einen Abschluss in einem pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder nichtärztlichen Heilberuf verfügten, lediglich 24,1 Prozent hatten einen Berufsabschluss als Altenpfleger/in. Der Anteil an Personen ohne Berufsabschluss lag bei 14,4, der an Auszubildenden und (Um-)Schülern bei 7,2 Prozent. Die Daten der aktuellen Pflegestatistik weisen darauf hin, dass der Anteil an Personen mit keinem oder fachfremden, nichtpflegerischen Beruf im Vergleich zu 2011 zugenommen hat: 2013 verfügten über 43,8 Prozent des Pflegepersonals keinen oder einen fachfremden Abschluss bzw. waren noch in der Ausbildung. Dies entspricht einem Zuwachs von 6,4 Prozent im Vergleich zu 2011²²⁰.

Laut einer Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg weisen Pflegekräfte eine durchschnittliche Berufsverweildauer von 8,4 Jahre auf. Die durchschnittliche Verweildauer von examinierten Altenpfleger/Innen mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren liegt dabei bei 12,7 Jahre, während die von Pflegekräften mit geringeren Ausbildungszeiten lediglich bei 7,9 Jahre liegt. Die durchschnittliche Berufsverweildauer steigt demzufolge mit Dauer und Qualität der Ausbildung an²²¹.

Neben dem Ausstieg aus dem Beruf schwächt u.a. auch die Abwanderung der Pflegefachkräfte in andere Länder den Personalbestand in den Grenzregionen Deutschland. Die internationale Studie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) stellte fest, dass u.a. eine hohe Arbeitsbelastung, begrenzte Entscheidungsbefugnisse, ein niedriges Gehalt, fehlende Anerkennung sowie schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten und ein schlechtes Arbeitsklima die Hauptgründe für eine Abwanderung in andere Länder darstellen²²².

²¹⁸ Gölz, Uwe/Weber, Matthias, 2016: Pflege im Spannungsfeld einer alternden Gesellschaft. Ergebnisse der Pflegestatistik 2013, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2015.

²¹⁹ ver.di Jugend, 2015: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Berlin.

²²⁰ Gölz, Uwe/Weber, Matthias, 2016: Pflege im Spannungsfeld einer alternden Gesellschaft. Ergebnisse der Pflegestatistik 2013, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2015.

²²¹ Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 95f.

²²² Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 97f.

10.8.1 Zukünftige Entwicklungen

Im Bereich der Pflege wird deutschlandweit ein flächendeckender Fachkräftemangel an examinierten Altenpflegern konstatiert. Stellenangebote für ausgebildete Pflegefachkräfte sind laut dem aktuellen Arbeitsmarktbericht der Bundesagentur für Arbeit im Durchschnitt 138 Tage vakant, auf 100 gemeldete Stellen kamen im Jahr 2015 lediglich 40 erwerbslose Personen²²³. Nach einer Modellrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wird sich der Pflegekräftebedarf von 2011 bis zum Jahr 2030 voraussichtlich um 53.000 Personen erhöhen. Dies entspricht einer Steigerung von 45 Prozent²²⁴. Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen ergeben sich aus unterschiedlichen Gründen. Genannt werden häufig die geringe Attraktivität von Pflegeberufen bei gleichzeitig anspruchsvoller und anstrengender Tätigkeit sowie die beruflichen Rahmenbedingungen (Schicht- und Wochenenddienst, Arbeitsbelastung und Bezahlung), aber auch ein schlechtes öffentliches Image von Pflegeberufen. In diesem Zusammenhang sind ein tariflich vereinbarter Lohn, eine angemessene Arbeitsbelastung, die den Pflegekräften genügend Zeit für die Versorgung der älteren Menschen einräumt, sowie gute Arbeitsbedingungen (u.a. eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Reduzierung von unfreiwilliger Teilzeit für diejenigen, die ihre Wochenstunden erhöhen möchten) wichtige Kriterien zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs²²⁵.

Die Arbeitsbelastung, die in einem direkten Zusammenhang mit der Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen steht, spielt für den Wunsch, auszuwandern oder den Beruf zu verlassen, eine zentrale Rolle. Im Vergleich zum EU-Durchschnitt liegt das Pflegekraft-Patientenverhältnis in Deutschland mit 1:9,9 weit über dem Durchschnitt von ca. 1:6,6. Nur noch Polen und Spanien schneiden schlechter ab²²⁶. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass in den Pflegeeinrichtungen ein deutlich besserer und verbindlicher Personalschlüssel notwendig ist. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird ab dem 01.01.2017 zwar ein einheitliches und wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren eingeführt, allerdings ist die dafür vorgesehene Frist bis zur Einführung im Jahr 2020 zu lang. Es sollten bereits in absehbarer Zeit kurzfristige Lösungen zur Reduzierung der Arbeitsbelastung implementiert werden²²⁷.

Angesichts der Zunahme der Einpersonenhaushalte, der gestiegenen gesellschaftlichen Mobilität und damit einhergehenden zunehmenden räumlichen Distanz zwischen Eltern und Kindern sowie einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen ist davon auszugehen, dass pflegebedürftige Menschen künftig weniger Unterstützung aus dem unmittelbaren familiären Umfeld erhalten und sich somit die Tendenz zu professioneller Pflege in Zukunft verstärken wird. Eine Verschärfung der Situation ist darüber hinaus infolge der Überlastung des vorhandenen Personals im Zuge wachsender Anforderungen in der Pflege und eines gleichzeitig steigenden Altersdurchschnitts²²⁸ der Pflegefachkräfte zu erwarten. Damit verbunden ist eine Zunahme der Berufserkrankungen und Fehltagel. Tatsächlich verzeichnen Pflegeberufe einen sehr hohen und stärker als in anderen Berufsgruppen ansteigenden Krankenstand.²²⁹

²²³ Bundesagentur für Arbeit, 2015: Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarktberichterstattung. Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg.

²²⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014: Statistik aktuell. Pflegebedürftige in Baden-Württemberg. Stuttgart.

²²⁵ Für gute Perspektiven sorgen, in: *Altenheim. Lösungen fürs Management*. Heft 3/2016, S. 24.

²²⁶ Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: *Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten*. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 97.

²²⁷ ver.di Jugend, 2015: *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015*. Berlin.

²²⁸ Rund 15 Prozent der Pflegefachkräfte sind derzeit älter als 56 Jahre. Diese werden in den kommenden Jahren vorzeitig bzw. mit Eintreten ins Rentenalter in den Ruhestand gehen (vgl. Isfort, Michael et al. (2016): *Pflege-Thermometer 2016*. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln, S. 5).

²²⁹ Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Pressemitteilung vom 14.02.2012.

Lösungsansätze für den zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege werden auf breiter Basis diskutiert. Nachfolgend werden einige Überlegungen dazu vorgestellt:

10.8.2 Ausbildung / Qualifizierung

Im Ausbildungsbereich gibt es bereits einige Initiativen auf Bundes- und Landesebene. So gab es beispielsweise bis 2015 eine „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“. Teil der Vereinbarung war, dass Ausbildungskapazitäten erhöht, Weiterqualifizierungen erleichtert und Umschulungen gefördert werden. Die Bundesagentur für Arbeit hat in den vergangenen beiden Schuljahren die Kosten für Umschulungen, die zu einem anerkannten Abschluss in den Berufsbereichen Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege an den staatlichen beruflichen Schulen des Landes Baden-Württemberg führen, gefördert. Jungen Menschen mit Migrationshintergrund sollte darüber hinaus der Zugang zu Ausbildung und Beruf erleichtert werden²³⁰.

In Ergänzung zu den Pflegeberufen im engeren Sinne werden in Baden-Württemberg niederschwellige Ausbildungen im Vor- und Umfeld von Pflege erprobt, in denen die Unterstützung bei Alltagsverrichtungen und die Betreuung von Patienten und Pflegebedürftigen den Kern von Ausbildung und Einsatzfeld bilden. Dazu zählen die Ausbildung zur „Alltagsbetreuung“ sowie die Ausbildung zum „Servicehelfer“. Beide Ausbildungen ermöglichen auch Personen ohne Schulabschluss eine qualifizierte Berufsausbildung, die neben dem Berufsabschluss auch einen dem Hauptschulabschluss gleichwertigen Bildungsabschluss vermittelt. Damit können die Absolventinnen und Absolventen in die Altenpflege- oder Krankenpflegehilfeausbildung oder bei entsprechender Eignung auch gleich in die Altenpflegeausbildung einsteigen, wodurch die Durchlässigkeit der Ausbildungen gesichert ist.

Eine weitere Entlastung kann insbesondere bei der Betreuung von Demenzkranken durch den Einsatz von sog. Betreuungskräften bzw. -assistenten erreicht werden. Sie übernehmen keine Pflegearbeiten, sondern betreuen und beschäftigen Demenzkranke im Sinne von Alltagsgestaltung (Spaziergehen, Vorlesen, Spielen usw.). Das Curriculum für die theoretische Ausbildung ist in der Betreuungskräfte-Richtlinie festgeschrieben²³¹. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Projekt aus dem Bereich der Behindertenhilfe: Die Gemeinnützigen Werkstätten und Wohnstätten GmbH (GWW) Sindelfingen qualifizieren Menschen mit Behinderung für diese Tätigkeiten. Das Berufsbild ist staatlich anerkannt und entspricht den gesetzlichen Anforderungen nach §87 b Abs.3 SGB XI für den Einsatz als zusätzliche Betreuungskraft in Pflegeheimen.

Allerdings gehen mit dem Ausbau von eher niederschweligen Kurzqualifikationen, wie die Ausführungen zur durchschnittlichen Berufsverweildauer verdeutlicht haben, eine kürzere Verweildauer und ein früherer Berufsausstieg der Pflegekräfte einher²³².

Weitreichende Veränderungen im Ausbildungsbereich werden sich durch einen derzeit geplanten Gesetzentwurf ergeben. Das Pflegeberufsgesetz, das 2016 in Kraft treten soll, sieht eine generalistische Ausbildung der bislang getrennten Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege vor. Die Ausbildung dauert drei Jahre und führt zum Abschluss der „Pflegefachfrau/ Pflegefachmanns“. Die theoretischen Inhalte sind dabei für alle Auszubildenden gleich, eine Schwerpunktsetzung für die Bereiche Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege findet durch Wahlpflichteinsätze statt²³³.

²³⁰ <http://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/Pressemitteilung/pid/umschulung-zum-erzieher-und-altenpfleger-erleichtern>

²³¹ Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014.

²³² Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 96.

²³³ <https://www.gfg-rostock.de/images/newsletter/3-15/Infos-Generalistische-Ausbildung-Gesetzentwurf.pdf>

Bezogen auf den Bereich der Altenhilfe ist mit der Zusammenführung der Ausbildungsgänge die Hoffnung einer wachsenden öffentlichen Anerkennung des Pflegeberufs verbunden, die u.a. zu einer Erhöhung der Zahl der Pflegenachwuchskräfte führen soll. Akademische Ausbildungswege in der Pflege sollen durch die generalistische Ausbildung zudem optimiert und die Qualifikations- und Aufstiegschancen von Pflegefachkräften erhöht werden. Die Absolventen der generalistischen Pflegeausbildung werden darüber hinaus in den unterschiedlichsten Bereichen einsetzbar sein, wodurch die Durchlässigkeit zwischen den bislang getrennten Berufen und Einsatzorten erhöht wird²³⁴. Die Zusammenführung der drei getrennten Ausbildungen stößt in der Fachwelt jedoch nicht nur auf positive Resonanz. Insbesondere Vertreter aus der Altenhilfe befürchten durch die Zusammenlegung der Ausbildungsgänge, dass viele Absolventen im Anschluss überwiegend in den finanziell lukrativeren Bereichen, wie Kliniken und Krankenhäuser, arbeiten und dadurch noch weniger Personal der Altenhilfe zur Verfügung steht²³⁵. Zudem kommt es durch die Zusammenführung unweigerlich zu einem Kompetenzverlust in jedem der drei Pflegeberufe²³⁶. Daher fordert ver.di beispielsweise weiterhin eine hinreichende Spezialisierung für die verschiedenen Versorgungsbereiche dahingehend, dass innerhalb der dreijährigen Ausbildung nach einem gemeinsamen Start eine Phase der Spezialisierung von mindestens einem Jahr erfolgt²³⁷.

10.8.3 Zuwanderung

Neben Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege wird zunehmend auf die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland gesetzt. Heutzutage arbeiten in der Altenpflege Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, überwiegend kommen sie aus wirtschaftlichen Gründen aus Mittel-, Ost- und Südeuropa²³⁸. Mittlerweile gibt es auch offizielle Anwerbevereinbarungen mit Nicht-EU-Ländern und Drittstaaten, wie beispielsweise mit China, Vietnam, Tunesien, Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen. Dabei wird zwischen der Rekrutierung ausgebildeter Pflegefachkräfte und Programmen, die eine Pflegeausbildung in Deutschland ermöglichen, unterschieden. Ein solches Projekt, das sich auf die Gewinnung bereits ausgebildeter Pflegefachkräfte bezieht, ist zum Beispiel das „Triple-Win“-Projekt der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Es zielt darauf ab, dass alle beteiligten Parteien (Entsendeland, Aufnahmeland und die Migranten selbst) von der Arbeitsaufnahme im Empfängerland profitieren. Um den ausländischen Pflegekräften den Einstieg in den deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern, werden die Projektteilnehmer bereits im Vorfeld intensiv auf den zukünftigen Arbeitseinsatz in fachlicher und sprachlicher Hinsicht vorbereitet. Zudem erhalten sie Unterstützung und Begleitung bei der Anerkennung ihres Berufsabschlusses in Deutschland²³⁹. Im Rahmen dieses Projekts haben nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit von 2012 – 2014 bereits 250 Pflegefachkräfte eine Anstellung in Deutschland aufgenommen, und weitere 260 bereiten sich aktuell in ihrem Herkunftsland auf ihren Einsatz in Deutschland vor²⁴⁰.

²³⁴ <https://www.gfp-berlin.de/news/generalistische-pflegeausbildung>

²³⁵ Enquetekommission, 2016: „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit Handlungsempfehlungen. Landtag Baden-Württemberg.

²³⁶ <https://www.gfg-rostock.de/news/wohin-steuert-die-altenpflegeausbildung>

²³⁷ ver.di Jugend, 2015: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Berlin.

²³⁸ Durch die Umsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit ist es Bürgern aus EU-Mitgliedstaaten, den übrigen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz erlaubt, eine Arbeit ohne die Erteilung einer gesonderten Aufenthaltserlaubnis aufzunehmen.

²³⁹ Schmutzler, Marcel: Pflegekräfte im Ausland suchen und finden, in: *Altenheim. Lösungen fürs Management*. Heft 2/2016, S. 37.

²⁴⁰ Bonin, Holger/Ganserer, Angelika/Braeseke, Grit, 2015: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Bertelsmann Stiftung.

10.8.4 Personalsituation im Landkreis Lörrach

Nach den Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg standen im Landkreis Lörrach im Jahr 2013 für insgesamt 6.031 Pflegebedürftige in den stationären und ambulanten Einrichtungen 2.605 Beschäftigte zur Verfügung. Die Zahl der Beschäftigten hat gegenüber dem Jahr 2011 um 89 Beschäftigte oder 3,5 Prozent zugenommen, gegenüber dem Jahr 2003 betrug die Zunahme 551 Personen und damit 26,8 Prozent. Im Vergleich zur durchschnittlichen Entwicklung in Baden-Württemberg fiel der prozentuale Anstieg der Beschäftigten in der Pflege im Landkreis Lörrach geringer aus. Verantwortlich dafür war vor allem die geringe Zunahme der Beschäftigten in der stationären Pflege. Hier gab es im Jahr 2013 lediglich 1,7 Prozent mehr Beschäftigte als im Jahr 2011 (Ba-Wü: Zunahme um 4,6 Prozent). Bei den ambulanten Diensten fiel der Zuwachs annähernd dem landesweiten Durchschnitt aus: hier nahm die Zahl der Beschäftigten gegenüber dem Jahr 2011 um 9,6 Prozent zu, gegenüber der landesweiten Zunahme von 10,1 Prozent.

Zunahme des Pflegepersonals von 2011 auf 2013 in Baden-Württemberg und im Landkreis Lörrach

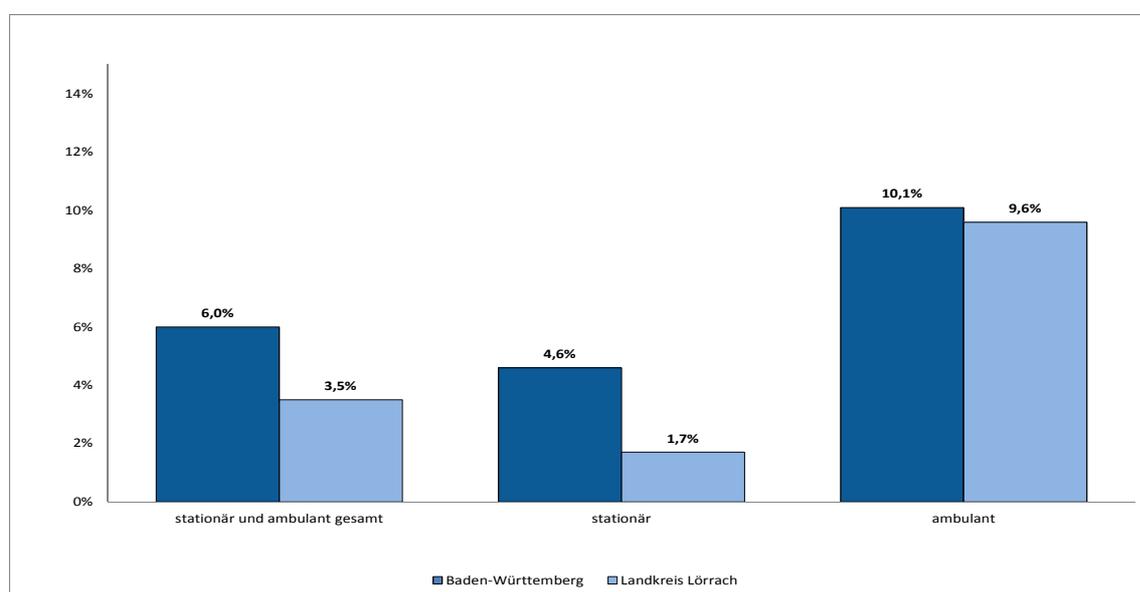


Abbildung 56: Zunahme des Pflegepersonals 2011 - 2013 in Baden-Württemberg und im Landkreis Lörrach

Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Diese Daten weisen im Zusammenhang mit einer kürzlich veröffentlichten Studie zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz des Forschungsinstituts für Frauengesundheit Tübingen und der Universität Trier auf die erheblichen Engpässe in der Personalsituation insbesondere in den stationären Einrichtungen hin²⁴¹. Laut Studie besteht in beiden Ländern ein grenzüberschreitender Fachkräftemangel in der Pflege, der sich vor allem darin zeigt, dass stationäre Einrichtungen aufgrund fehlenden Personals keine neuen Bewohner mehr aufnehmen können und zunehmend Pflegekräfte aus dem Ausland mit teilweise ungenügenden Sprachkenntnissen rekrutiert werden müssen²⁴². Im Landkreis Lörrach

²⁴¹ Simoes et al., 2015: Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Wo tickt die Uhr? Eine grenzüberschreitende Studie im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Forschungsinstitut für Frauengesundheit Tübingen und Universität Trier.

²⁴² Ausländer, die ihren Aufenthaltstitel nach dem 01. Januar 2005 erhalten haben und die dauerhaft in Deutschland leben, haben einen gesetzlichen Anspruch auf einen durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderten Integrationskurs. Der Integrationskurs besteht aus einem Sprach- und Orientierungskurs und beinhaltet in der Regel 600 Stunden Sprach- und 100 Stunden Orientierungskurs. Er führt zum Sprachniveau B1. Ausländer, die ihren Aufenthaltstitel vor dem 01. Januar 2005 erhalten haben, deutsche Staatsangehörige mit Migrationshintergrund und unzureichenden Sprachkenntnissen sowie EU-Bürger haben zwar keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Integrationskurs, können aber auf Antrag zu einem Integrationskurs zugelassen werden, wenn sie besonders integrationsbedürftig sind und es freie Kursplätze gibt. Weitere Informationen sowie die entsprechenden Anträge können unter

besteht das Hauptproblem im Versorgungssystem dabei vor allem in der Tatsache, dass von deutscher Seite aus Personalressourcen aufgrund attraktiverer Rahmenbedingungen in die Schweiz abwandern.

Eine mögliche Lösung für den bestehenden Personalengpass wird u.a. in einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der beiden Länder gesehen. Um die Probleme in der Langzeitversorgung gezielt angehen und konkrete Maßnahmen entwickeln zu können, wird die Einrichtung einer transnationalen Arbeits- und Koordinierungsgruppe „Pflege“ empfohlen.

Dabei müssen vorhandene grenzüberschreitende Barrieren und Hürden abgebaut werden, zum Beispiel im Bereich der Anerkennung von Qualifikationen. Empfohlen wird, die grenzüberschreitende Wertigkeit und Nutzbarkeit von Qualifikationen in den Aus- und Weiterbildungen im Sinne einer transnationalen Anerkennung von einschlägigen Qualifikationen zu überprüfen. Ein kompaktes Schulungskonzept für die Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften, das den Personaleinsatz in beiden Ländern ermöglicht, könnte von deutschen und schweizerischen Pflegefachschulen erarbeitet und angeboten werden. Um den Einsatz transnationaler Pflegefachkräfte zu vereinfachen, könnte weiterhin ein international anerkannter Abschluss, zum Beispiel Bachelor of Nursing mit bestimmten Schwerpunkten, gezielt eingerichtet werden. Diskutiert werden auch Möglichkeiten der Qualifizierung ehemals pflegender Angehöriger, aber auch von Arbeitssuchenden aus anderen Bereichen.

Die befragten Experten in der Studie haben zum Teil genaue Vorstellungen, wie der Erhalt von Beschäftigten in der gesamten Region gefördert werden kann. Genannt werden zum Beispiel ein länderübergreifender Pflegekräfte-Pool und Personalschlüssel, ein gemeinsamer Ausbildungspool, Familienfreundlichkeit, Angebot von ausreichenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten, der Einsatz von grenzüberschreitenden „Spezialteams“ für spezielle Pflegeaufgaben oder beispielsweise auch ein deutsch-schweizerischer „Springer-Pool“, um bei Personalengpässen Abhilfe zu schaffen.

Die Optimierung der Rahmenbedingungen in der Pflege wird ebenfalls als eine wichtige Aufgabe gesehen; angeregt wird die kritische Überprüfung örtlicher Vorgaben wie „Pflegeschlüssel“ oder Regelungen für das Abfangen von Überlastungszeiten.

10.9 Zielvorstellungen und Ziele

10.9.1 Ambulante Pflege

- Sozialhilferechtliche Regelung von Betreuungsleistungen (nicht Pflege, nicht Wohnen)
- Stärkung der Kooperation von Hauptamtlichen und ehrenamtlich Engagierten bei ambulanten Dienstleistungen (Pflege- und Versorgungsmix)
- Entwicklung von kultursensiblen ambulanten Dienstleistungen²⁴³
- Ausbau und optimale Nutzung von ambulanten Versorgungsarrangements
- Förderung des Technikeinsatzes in der Pflege
- Abstimmung der ambulanten Angebote auf Kreisebene im Rahmen einer möglichst verbindlichen Vernetzungsstruktur, aber auch Krankenhäuser mit ambulanten Diensten und niedergelassenen (Haus-) Ärzten
- Gewährleistung von kostenfreien Parkmöglichkeiten für Fahrzeuge der ambulanten Dienste während des Einsatzes²⁴⁴

<http://www.bamf.de/DE/Willkommen/DeutschLernen/Integrationskurse/integrationskurse-node.html> abgerufen werden.

²⁴³ „Kultursensibel“ bedeutet individuell, nicht nur auf Religion bezogen

²⁴⁴ Die Stadt Schopfheim stellt bereits kostenfreie Parkmöglichkeiten zur Verfügung.

- Ausbau von spezifischen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten (z.B. für alleinlebende Demenzkranke)
- Unterstützung des Arbeitskreis „Runder Tisch Demenz“, um den spezifischen Bedarfen der Menschen mit Demenzerkrankung entgegenzukommen.

Ziel 10.9.1.1:

Der Landkreis fördert den Betrieb niedrigschwelliger Betreuungs- und Unterstützungsangebote für im häuslichen Umfeld lebende Menschen mit geronto-psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenz).

10.9.2 Stationäre Pflege

- Abstimmung der Angebote auf Kreisebene im Rahmen einer verbindlichen Vernetzungsstruktur
- Ausbau des Dienstleistungsspektrums entsprechend dem örtlichen Bedarf und Integration in das örtliche Versorgungsnetz
- Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite in Form kleiner, wohnortbezogener Pflegeangebote
- Gemeindebezogene Analyse der Bedarfe, Strukturen und Angebote zur Pflege in den Kommunen bzw. in den Versorgungsräumen unter der Federführung des Landratsamtes, z.B. Einrichtung eines „Runden Tisches“ aus Vertretern von Gemeinden, Pflegeeinrichtungen und dem Landkreis
- Berücksichtigung einer wohnortnahen Versorgung bei der Weiterentwicklung des bestehenden Pflegeplatzangebots
- Bedarfsgerechter Ausbau von Alternativen zur stationären Pflege
- Hinwirken auf die rechtzeitige Umstrukturierung bestehender Einrichtungen entsprechend der Landesheimbauverordnung
- Ausbau von speziell für Demenzkranke geeigneten Pflegeangeboten
- Einbeziehung kultursensibler Aspekte in den Pflegealltag / Beschäftigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund
- Planung (auch) aus Bewohner- und Mitarbeiterperspektive
- Informationsaustausch der ambulanten und stationären Dienste zum Thema „Pflegefachkräfte“
- Erweiterung und Flexibilisierung der Betreuungszeiten von Kindertagesstätten bei der Kindertagespflege, um eine Ausweitung der Arbeitszeit von Eltern zu ermöglichen
- Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern
- Gemeinsames Auftreten der ambulanten und stationären Einrichtungen und der Altenpflegeschulen auf (Ausbildungs-)Messen unter dem Dach des Landkreises
- Gemeinsame Ausbildungs- bzw. Imagekampagne
- Ausbau der Ausbildungs- und Praktikumsplätze in der Pflege
- Ermöglichung von berufsbegleitenden Ausbildungen sowie Teilzeitausbildungen
- Kooperationen mit Schulen und Berufsschulen zur Gewinnung von Pflegekräften
- Gezielte Sprachförderung für ausländische Fachkräfte

- Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung und –sicherung implementieren, wie beispielsweise Einrichtung von Betriebskindergärten und Kitaplätzen in Pflegeeinrichtungen
- Ausbau der Personalentwicklung
- Schaffung von flexiblen und attraktiven Arbeitsbedingungen
- Optimierung der Arbeitsbedingungen und Reduzierung von Arbeitsbelastungen
- Einrichtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, um die Beschäftigungsfähigkeit der Fachkräfte und MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen zu erhalten
- Bei entsprechendem Angebot initiiert der Landkreis gemeinsam mit den Trägern und Beratungsstellen ein Melde- und Informationssystem über freie Dauer- und Kurzzeitpflegeplätze.

Ziel 10.9.2.1:

Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.

Ziel 10.9.2.2:

Der Landkreis unterstützt den bedarfsgerechten Ausbau von Alternativen zur stationären Pflege.

Ziel 10.9.2.3:

Zum Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite wirkt der Landkreis auf die Schaffung wohnortbezogener Pflegeangebote hin (z.B. Pflegewohngemeinschaften). Andere Formen von Wohnen mit Pflege werden geprüft.

Ziel 10.9.2.4:

Der Landkreis lädt die Einrichtungen und Gemeinden in den einzelnen Planungsräumen zu Gesprächen über den Umgang mit den Ergebnissen der quantitativen Bedarfsvorausschätzung ein. Dabei werden die Umsetzung der Landesheimbauverordnung und der damit verbundene Abbau von Doppelzimmern thematisiert. Ein weiteres Thema ist die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen zu gemeinde- bzw. stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren.

Ziel 10.9.2.5:

Die Heimaufsicht beim Landkreis unterstützt die Träger bei der geplanten Umsetzung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte und berät und begleitet sie fachlich.

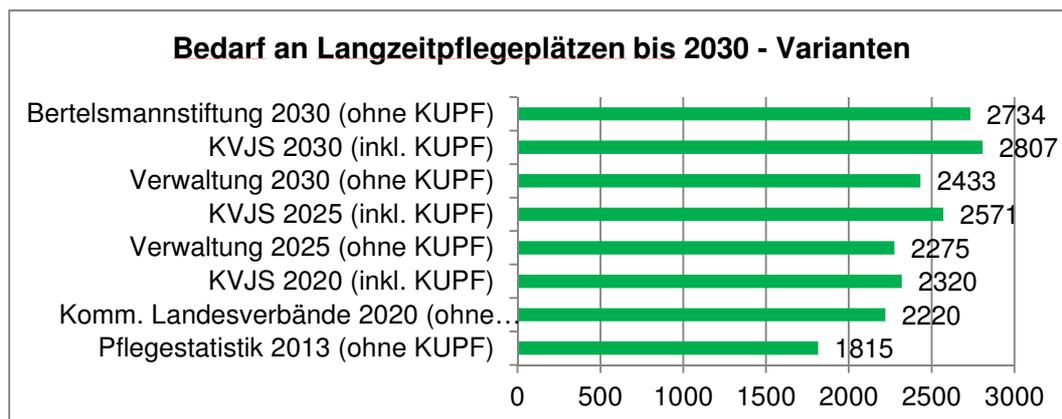


Abbildung 57: Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Landkreis Lörrach bis 2030 - Varianten

Vorausschätzung des Bedarfs an Langzeitpflegeplätzen

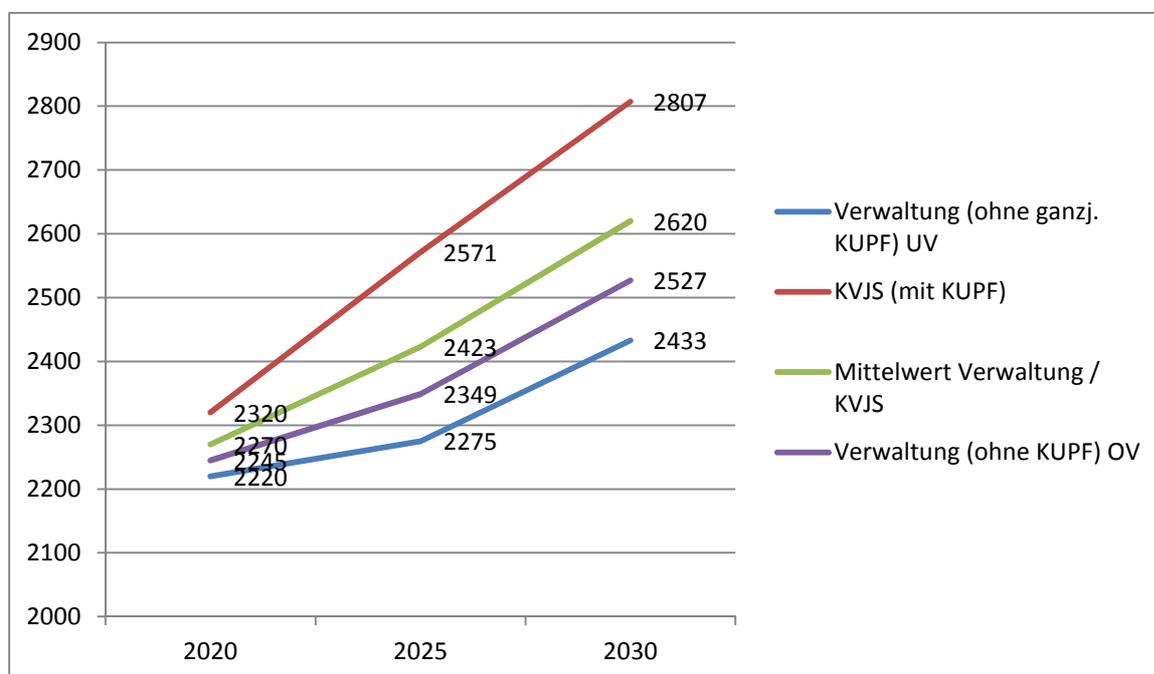


Abbildung 58: Vorausschätzung des Bedarfs an Langzeitpflegeplätzen

Der Bedarf an Langzeitpflegeplätzen wird mit dem Mittelwert der Vorausschätzung der Verwaltung (ohne Kurzzeitpflege, nur an der demografischen Entwicklung der Ü75 orientiert) und dem Mittelwert aus der Bedarfsvorausschätzung der Verwaltung und der Bedarfsvorausschätzung des KVJS bestimmt.

Ziel 10.9.2.6:

Der Landkreis nimmt den Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 2.220 bis 2.245 Plätzen, im Jahr 2025 mit 2.275 bis 2.349 Plätzen und im Jahr 2030 mit 2.433 bis 2.527 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfs- werte überprüft.

10.9.3 Kurzzeitpflege

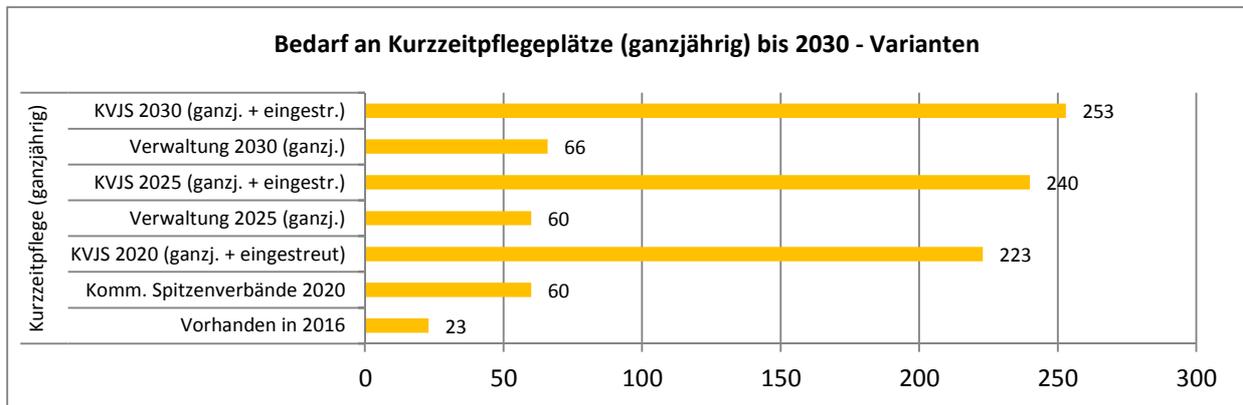


Abbildung 59: Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen (ganzjährig) bis 2030 - Varianten

Vorausschätzung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030

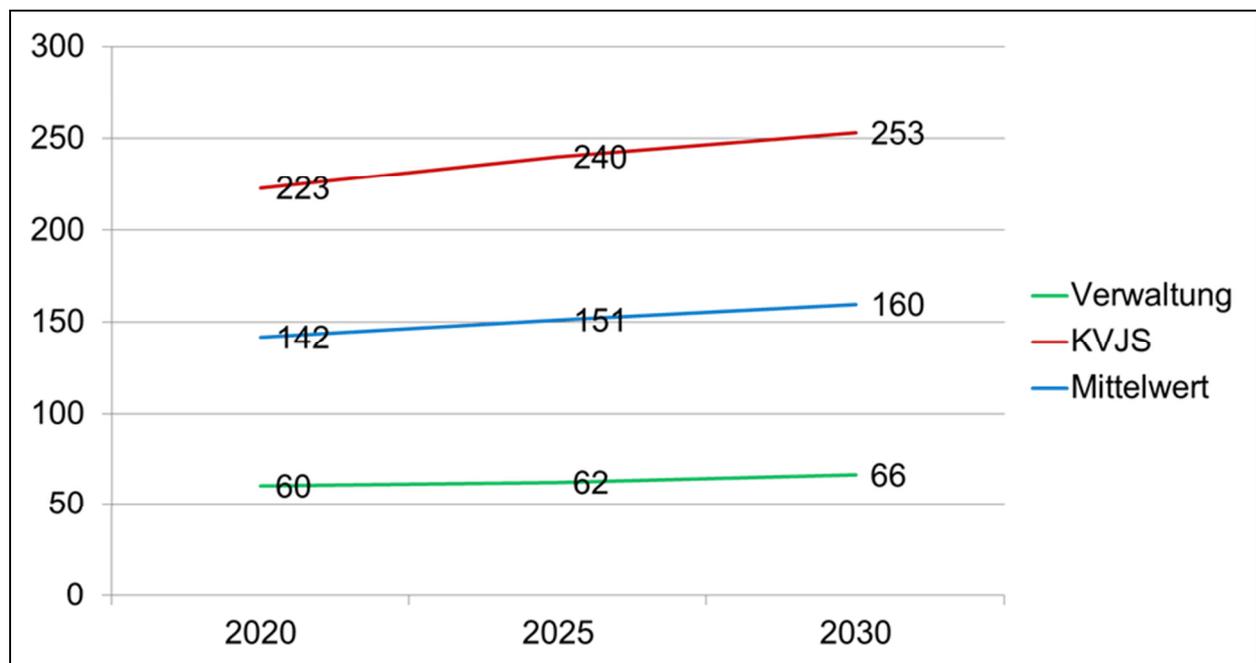


Abbildung 60: Vorausschätzung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030

Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wird mit dem Mittelwert aus der Bedarfsvorausschätzung der Verwaltung und der Bedarfsvorausschätzung des KVJS bestimmt.

Ziel 10.9.3.1

Der Landkreis nimmt den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 142 Plätzen, im Jahr 2025 mit 151 Plätzen und im Jahr 2030 mit 160 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.

- Kooperationen / Kontakte an der Schnittstelle zwischen medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen auf- bzw. ausbauen, eventl. auch zu häufig frequentierten Krankenhäusern in anderen Kreisen

Ziel 10.9.3.2:

Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen.

- Optimierung des Entlassungsmanagements und Verbesserung der Fallsteuerung (z.B. Kooperation Pflegestützpunkt / Fallsteuerung – Klinikum / Pflege im Bereich Geriatrie) mit dem Ziel, die Nachsorge zu verbessern.

Ziel 10.9.3.3:

Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber während des Kurzzeitpflegeaufenthalts, ein funktionierendes Versorgungsarrangement aus ambulanter Pflege, Betreuung, Beschaffung von Hilfsmitteln und Wohnungsanpassung vorbereitet wird, um eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu unterstützen

- Bei entsprechendem Angebot: System für die Abstimmung des jeweils aktuellen sowie des in Spitzenzeiten benötigten Kurzzeitplatzangebots mit allen Anbietern im Kreis initiieren (zentrale Informationsbörse für freie Kurzzeitpflegeplätze)

Ziel 10.9.3.4:

Der Landkreis prüft, ob im Bereich der Kreiskliniken Übergangspflegeplätze geschaffen werden können, um den hohen Aufwand an Behandlungspflege zu gewährleisten, Übergang in Dauerpflege zu vermeiden und die anschließende Versorgung zu Hause zu ermöglichen.

- Der Landkreis erhebt regelmäßig die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze, das Nutzungsverhalten, die Pflegegrade, die Herkunft und die Wohnsituation der Klienten, event. auch Übergang in häusliche Pflege oder Dauerpflege und Auslastung der Angebote.

10.9.4 Tagespflege

- Erweiterung der Erhebung bei den Tagespflegeeinrichtungen: Untersuchung von Nutzungsverhalten, Nutzungswünschen und Herkunft der Nutzer nach Gemeinden der bestehenden Tagespflegeeinrichtungen
- Initiierung von Kooperationen und Vernetzungsaktivitäten vor Ort unter Federführung des Landratsamtes
- Abstimmung der Tagespflegen mit den ambulanten Diensten über flexible Besuchszeiten

Ziel 10.9.4.1:

Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten wohnortnahen Angebots an Tages- und Nachtpflegeplätzen.

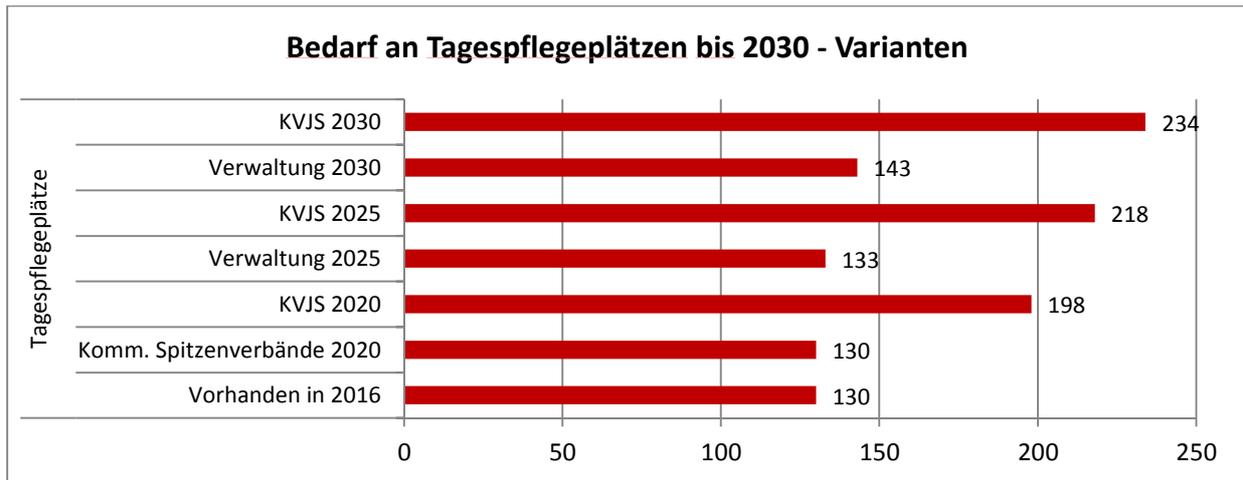


Abbildung 61: Bedarf an Tagespflegeplätzen bis 2030 - Varianten

Vorausschätzung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen

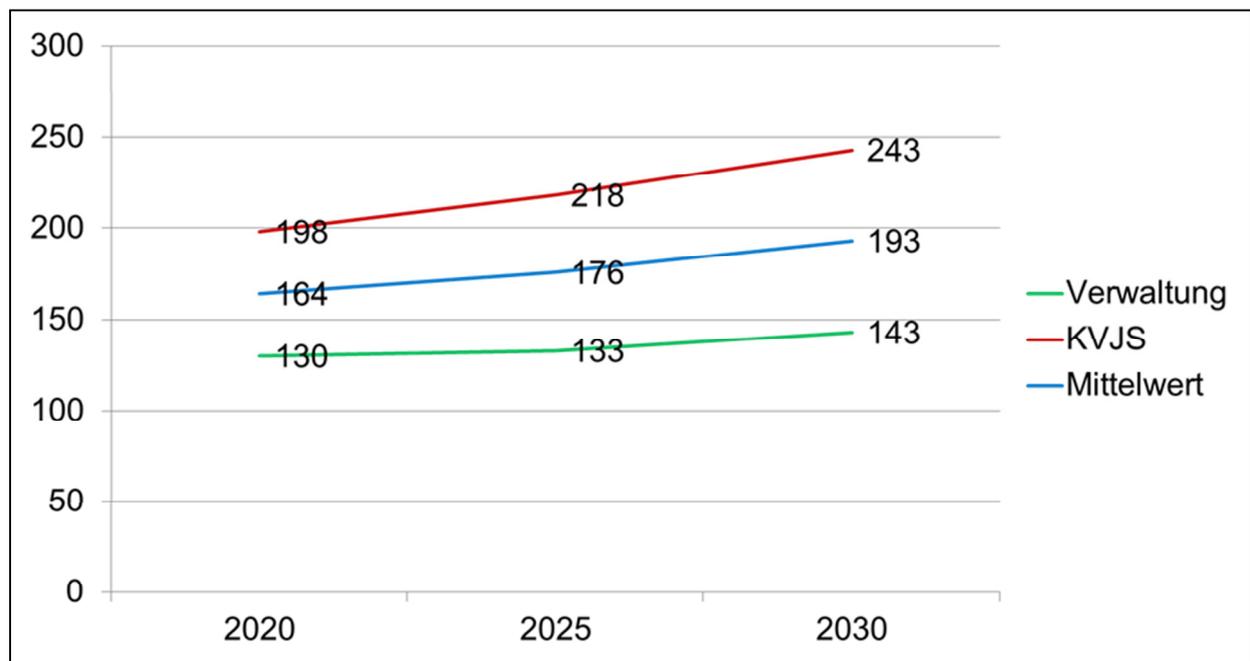


Abbildung 62: Vorausschätzung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen bis 2030 - Varianten

Der Bedarf an Tagespflegeplätzen wird entsprechend der Bedarfsvorausschätzung des KVJS bestimmt.

Ziel 10.9.4.2:

Der Landkreis nimmt den Bedarf an Tages- und Nachtpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 198 Plätzen, im Jahr 2025 mit 218 Plätzen und im Jahr 2030 mit 243 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.

10.9.5 Alternative Pflege-Wohnformen

Auf Kreisebene sollten unter den zu beteiligenden Stellen geeignete Regelungen abgesprochen werden, wobei insbesondere auch eine Vereinbarung über die wesentlichen Qualitätskriterien für diese Versorgungsformen zu treffen ist. Anhaltspunkte bieten die „Eckpunkte zu Qualitätsanforderungen in ambulant betreuten sowie stationär geführten Haus- und Wohngemeinschaften“, entsprechend den Regelungen des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG).

Ziel 10.9.5.1:

Der Landkreis initiiert eine Informationsveranstaltung über alternative Pflegeformen bzw. Wohngemeinschaften.

Ziel 10.9.5.2:

Der Landkreis unterstützt den bedarfsgerechten Ausbau von Alternativen zur stationären Pflege.

Ziel 10.9.5.3:

Zum Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite wirkt der Landkreis auf die Schaffung wohnortbezogener Pflegeangebote hin (z.B. Pflegewohngemeinschaften). Andere Formen von Wohnen mit Pflege werden geprüft.

Ziel 10.9.5.4:

Die Heimaufsicht beim Landkreis unterstützt die Träger bei der geplanten Umsetzung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte und berät und begleitet sie fachlich.

Ziel 10.9.5.5:

Der Landkreis wirkt gegenüber den Städten und Gemeinden darauf hin, mit der Bereitstellung von Wohnraum und / oder von Grundstücken die Entstehung alternativer Pflegeangebote zu unterstützen. Er bietet bei der praktischen Umsetzung seine Unterstützung an bzw. vermittelt ggf. den Kontakt zu bereits bestehenden Angeboten sowie zu einer qualifizierten Beratung.

10.9.6 Personal

- Der Landkreis tauscht sich mit den Einrichtungen und Diensten zu Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus. Er erweitert und flexibilisiert bei Bedarf die Betreuungszeiten von Kindertagesstätten, um eine Ausweitung der Arbeitszeit von Eltern zu ermöglichen.
- Der Kreis bietet den ambulanten und stationären Einrichtungen unter seinem Dach auf (Ausbildungs-)Messen die Möglichkeit gemeinsam aufzutreten.
- Der Landkreis lädt die Dienstleister und Einrichtungen regelmäßig zu einem Informationsaustausch zum Thema „Pflegefachkräfte“ ein
- Der Landkreis setzt sich dafür ein, dass im Ausland erworbene Ausbildungs- und Studienabschlüsse einfacher und schneller anerkannt werden.

Ziel 10.9.6.1:

Der Landkreis unterstützt Leistungserbringer bei ihren Bemühungen, den Pflegefachkräftebedarf zu decken.

11 Beratung

Die frühzeitige niedrigschwellige Beratung ist sehr oft entscheidend für den rechtzeitigen Zugang zu einem adäquaten Hilfeangebot.

Beratung wird von Leistungserbringern, aber auch von Kostenträgern, Kirchen, Vereinen, privaten Trägern, Kommunen und dem Landkreis angeboten.

Unterschieden werden können Beratungsangebote nach Beratungsstellen (Kommstruktur) und aufsuchenden Beratungsdiensten (Gehstruktur). Schließlich unterscheiden sich Beratungsangebote auch noch hinsichtlich der organisatorischen Nähe zu einem Leistungserbringer (Neutralität).

11.1 Allgemeine Beratung

11.1.1 Allgemeine Sozialberatung

Die allgemeine Sozialberatung der Sozialen Dienste (SD) des Landratsamts kann auch von Senioren und ihren Angehörigen in Anspruch genommen werden. (derzeit 5 Teams in Lörrach, Weil am Rhein, Rheinfelden und Schopfheim). Die Sozialen Dienste des Landkreises Lörrach beraten und unterstützen u.a. in Fragen des Zusammenlebens in der Familie, in Not-, Krisen- und Konfliktsituationen, bei Gewalt in der Familie, in persönlichen, familiären und sozialen Lebensfragen sowie in besonderen Lebenslagen und -situationen.

Allgemeine Sozialberatung wird auch von den Kreisverbänden der freien Wohlfahrtspflege angeboten²⁴⁵. Diese bieten älteren Menschen Rat und Hilfe in vielen Bereichen an, so zum Beispiel Beratung und Hilfe bei persönlichen Problemen, Vermittlung bzw. Organisation von ambulanten Hilfsdiensten, Vermittlung von Kur- und Erholungsmaßnahmen, Freizeiten für ältere Menschen usw. Die Kreisverbände stellen bei Bedarf auch Kontakte vor Ort her.

11.1.2 Pflegestützpunkt / ipunkt

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde im Jahr 2008 die Möglichkeit geschaffen, zur besseren Orientierung im Vor- und Umfeld der Pflege sog. Pflegestützpunkte einzurichten. Wie in fast allen Stadt- und Landkreisen wurde auch im Landkreis Lörrach ein Pflegestützpunkt eingerichtet, der niedrigschwellig, kostenlos und neutral in allen Fragen im Bereich der Pflege sowie in deren Vor- und Umfeld berät. Er ist zurzeit in erster Linie zuständig für die Städte Lörrach und Weil sowie die Gemeinden des Vorderen Kandertals und die Gemeinde Inzlingen. Geplant ist die Erweiterung des Pflegestützpunkts auf die Stadt Schopfheim und die Gemeinden Maulburg, Kleines Wiesental und Hasel mit einer Außenstelle in Schopfheim.

Das Beratungsangebot umfasst alle Themen rund um das Alter und die Pflegebedürftigkeit. Ziel ist die am Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Ratsuchenden orientierte hilfeerschließende Beratung. Eine weitere Aufgabe des Pflegestützpunkts ist die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Landkreis.

Der Pflegestützpunkt arbeitet eng zusammen mit allen erforderlichen Professionen, Leistungserbringern, Beratungsstellen und Kostenträgern.

Das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes wird im Landkreis ergänzt durch den stiftungsfinanzierten ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung. Die Beratungsleistung wird im Auftrag der Fritz-Berger-Stiftung vom Landkreis erbracht. Es werden wöchentliche Beratungsstunden in Lörrach, Schliengen, Efringen-Kirchen, Rheinfelden (Baden) sowie Zell im Wiesental angeboten. Im Versorgungsbereich des Pflegestützpunktes erfolgt eine inhaltliche Abgrenzung, außerhalb eine räumliche Abgrenzung zu dessen Beratungsaufgaben. Im Jahr 2015 hatten der Pflegestützpunkt und der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung 3.224 Beratungskontakte. Dies

²⁴⁵ Der Landkreis fördert die Kreisverbände der Freien Wohlfahrtspflege mit einem jährlichen Pauschalzuschuss.

bedeutet rechnerisch gemessen an der Kreisbevölkerung Ü75 außerhalb von Einrichtungen (= 100%) einen Anteil von 15,2%.

Ziel des Pflegestützpunktes und des ipunkts ist es, den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung zu geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigten: von der präventiven Beratung bis zur Organisation und dem Management von gewünschten Versorgungsarrangements. Im Pflegestützpunkt wird die Beratung über und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach gebündelt.

11.1.3 Seniorenberatung

Beratung für Senioren wird im Landkreis außer von Pflegestützpunkt und ipunkt von Wohlfahrtsverbänden (DRK Bad-Säckingen) von Kommunen (Stadt Lörrach, Stadt Rheinfelden, Stadt Weil am Rhein in Verbindung mit dem Caritasverband, Gemeinde Eimeldingen, Gemeinde Grenzach-Wyhlen) angeboten.

11.1.4 Ratgeber "Älter werden"

Der vom Landratsamt herausgegebene Ratgeber "Älter werden heute" ist eine Broschüre, die eine Vielzahl an Informationen über vorhandene Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen, ihre Angehörigen und die Beratungspraxis enthält. Sie gibt gleichzeitig Anregungen für eine aktive und selbstbestimmte Lebensführung im Alter. Der Ratgeber "Älter werden heute" liegt aktuell in der 10. Auflage vor und wird im Abstand von etwa drei Jahren neu aufgelegt. Der Ratgeber liegt auch als Onlineversion vor: www.loerrach-landkreis.de/altenarbeit

11.1.5 Sozialatlas

Der Sozialatlas des Landkreises (<http://www.loerrach-landkreis.de/sozialatlas>) ist ein kostenloses, einfach zu bedienendes und redaktionell gepflegtes Online-Informationssystem über soziale Dienste und Einrichtungen im und für den Landkreis Lörrach (nicht nur aus dem Bereich "Senioren"). Der Sozialatlas steht jedem zur Verfügung, der ein soziales Angebot sucht oder ein solches bekannt machen möchte. Zurzeit enthält die Datenbank ca. 1.000 Leistungsbeschreibungen von Anbietern im und für den Landkreis Lörrach. Der Sozialatlas wird monatlich etwa 1.000 mal aufgerufen.

11.1.6 Sozialberatung am Krankenhaus

Der Krankenhaussozialdienst hat die Aufgabe, einen möglichst reibungslosen Übergang zwischen der Behandlung im Krankenhaus und der Rückkehr nach Hause oder einer möglichen Anschlussversorgung sicherzustellen. Er arbeitet mit den behandelnden Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus und außerhalb eng zusammen. Er berät die Patienten und Angehörigen zu möglichen Hilfeangeboten (z.B. Pflege durch ambulante Pflegedienste, betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege) und vermittelt diese (soweit gewünscht und möglich).

Die Versicherten haben nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbes. zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Versorgung und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Gem. § 39 Abs. 1 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.

Der Sozialberatung im Krankenhaus sind jedoch dann Grenzen gesetzt, wenn es aufgrund der begrenzten Verweildauer eines Patienten während des Krankenhausaufenthalts zu keinem Beratungskontakt kommt.

11.1.7 Telefonseelsorge

Die Telefonseelsorge ist für all jene da, die in einer Notlage einen Gesprächspartner suchen. Dabei wird versucht, jeden Anrufer vorurteilsfrei anzunehmen und ihm im Gespräch Lösungsmöglichkeiten für seine Probleme aufzuzeigen. Was immer ein Anrufer sagt, der Mitar-

beiter / die Mitarbeiterin hört ihm aufmerksam zu, denkt mit, antwortet ihm und schweigt über alles.

11.1.8 Aufsuchende Beratung

Das Aufsuchen einer Beratungsstelle stellt für manche Ratsuchende eine große Überwindung dar, da sie sich damit ihren Hilfebedarf selbst eingestehen müssen. Manche Ratsuchenden sind so immobil, dass das Aufsuchen einer Beratungsstelle für sie nicht möglich ist. Manche Bedarfslagen können nur in der Wohnung des Ratsuchenden richtig eingeschätzt werden (z.B. bei Fragen zur Wohnungsanpassung). Aufgrund des Kostendrucks wird aufsuchende Beratung jedoch immer seltener.

Mit den Projekten "Ehrenamtlicher Besuchsdienst" und „Ehrenamtliche Wohnberatung" versucht der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung der Bedeutung aufsuchender Beratung trotz immanen Kostendruck zu begegnen.

Mit der geplanten Erweiterung des Pflegestützpunkts des Landkreises ist auch geplant, mehr Beratung im häuslichen Umfeld anbieten zu können.

Im Rahmen der Sozialstrategie für den Landkreis Lörrach bietet der Landkreis über 75-jährigen Grundsicherungsempfängern sowie Empfängern von Hilfe zur Pflege nach SGB XII Beratungsbesuche in der Häuslichkeit an.

In einem Modellprojekt „Präventiver Hausbesuch“ werden derzeit vom Sozialministerium Baden-Württemberg unter anderem in der Stadt Rheinfelden Aufwand und Nutzen sowie die erforderlichen Rahmenbedingungen für präventive Besuche in der Häuslichkeit untersucht.

11.2 Fachberatung

11.2.1 Beratung in sozialrechtlichen Fragen:

Seitens des zuständigen Sozialleistungsträgers besteht nach § 14 SGB I eine Beratungspflicht: "Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind".

Beratung in sozialrechtlichen Fragen bieten auch die VdK-Sozialrechtsschutz gGmbH - Servicestelle Lörrach, der Pflegestützpunkt Landkreis Lörrach sowie der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung. Auch die Kreisverbände der freien Wohlfahrtsverbände bieten Beratung in sozialrechtlichen Fragen an.

11.2.2 Pflegeberatung

Alle gesetzlichen Pflegekassen und die privaten Pflegekassen bieten als Pflichtaufgabe Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Voraussetzung für die Beratung ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Das Beratungsangebot bezieht sich vor allem auf die Leistungen nach SGB XI.

Der Landkreis bietet Empfängern von Hilfe zur Pflege nach SGB XII Pflegeberatung an.

Der Pflegestützpunkt des Landkreises sowie der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung beraten Pflegebedürftige sowie deren Angehörige einschließlich des Vor- und Umfelds von Pflege.

11.2.3 Psychologische Beratung

Im Alter treten nicht selten psychologische Störungen aufgrund unbewältigter Erlebnisse in der Jugend und im jüngeren Erwachsenenalter auf. Auch die informelle Pflege kann hierdurch beeinträchtigt sein. Psychologische Beratung bieten die Psychologische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen der Kath. Gesamtkirchengemeinde Lörrach und die Psychologische Paar- und Lebensberatungsstelle des Diakonischen Werks Lörrach.

Letztere bietet auch Beratung zu Themen im Umfeld von Alter und Pflege (z.B. zu „Gewalt in der Pflege“) an.

11.2.4 Suchtberatung

Eine Suchtproblematik kann sich ins Alter fortsetzen oder erst im Alter auftreten. Sehr häufig ist der Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Anders als im jüngeren Erwachsenenalter ist die soziale Kontrolle (z.B. durch Arbeitskollegen) weniger stark ausgeprägt. Mit den Worten „Lass ihm doch sein Viertele“ wird vom sozialen Umfeld Alkoholmissbrauch oft verharmlost. Medikamentenmissbrauch fällt häufig nicht oder viel zu spät auf, weil ältere Menschen oft multimorbid sind und deswegen ohnehin regelmäßig Medikamente einnehmen. Sucht benötigt aber in jedem Fall Hilfe.

Suchtberatung für ältere Menschen und ihre Angehörigen bietet die Fachstelle Sucht des bwlw Lörrach sowie die Regio PSB des Blauen Kreuzes Lörrach.

11.2.5 Schuldnerberatung

An die Schuldnerberatung kann man sich wenden, wenn einem seine Schulden über den Kopf gewachsen sind oder zu wachsen drohen, und man sich nicht mehr in der Lage sieht, seine finanziellen Probleme selbst zu lösen. Im Rahmen der Insolvenzordnung können unter gewissen Umständen auch "Privatpersonen" ein Insolvenzverfahren beantragen, mit dem Ziel, nach einer Wohlverhaltensperiode von insgesamt 6 Jahren Restschuldbefreiung zu erreichen. Voraussetzung hierfür ist die Bescheinigung einer geeigneten Stelle über das Scheitern von außergerichtlichen Verhandlungen. Geeignete Stellen in diesem Sinne sind z.B. Anwälte, Steuerberater und Schuldnerberatungsstellen mit entsprechender Qualifikation.

Schuldnerberatung für Bezieher von Grundsicherung nach SGB II bietet die Schuldnerberatung des Landratsamts.

Schuldnerberatung außerhalb von SGB II bieten der Caritasverband für den Landkreis Lörrach und das Diakonische Werk der evang. Kirchenbezirke im Landkreis Lörrach sowie der bwlw an.²⁴⁶

11.2.6 Demenzberatung

Aufgrund von Schätzungen der Deutschen Alzheimergesellschaft sind ca. 8.82 % der Ü65 von Demenz betroffen. Das entspricht im Landkreis Lörrach zurzeit etwa 4.000 Personen. Im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung stellen sich viele Fragen für die Betroffenen, die Erkrankten und ihre Angehörigen. Eine spezielle Beratung für dementiell Erkrankte und ihre Angehörigen bieten neben dem Caritasverbands für den Landkreis Lörrach e.V., der Pflegestützpunkt des Landkreises, der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung sowie einige Pflegeheime.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) begleitet chronisch psychisch Kranke Menschen (keine geronto-psychiatrisch Erkrankten).

11.2.7 Mieterberatung / Eigentümerberatung

Recht häufig stellen sich für ältere Menschen rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Wohneigentum sowie rund um Miete und Vermietung. Beratung bieten der Haus-, Wohnungs- und Grundeigentümerverschein Lörrach - Bad Säckingen e.V. sowie der Mieterbund Kreis Lörrach e.V.

11.2.8 Rechtsberatung

Rechtsberatung ist Personen mit entsprechender Ausbildung vorbehalten. Bei der Beratung durch einen Anwalt besteht unter Umständen Anspruch auf Beratungshilfe bzw. Prozess-

²⁴⁶ Die Schuldnerberatung außerhalb SGB II durch anerkannte Beratungsstellen im Landkreis Lörrach wird aus dem Fritz-Berger-Fonds - Gemeinsamer Sozialfonds für die Stadt und den Landkreis Lörrach unterstützt.

kostenhilfe. Kostenlose Beratung bietet unter entsprechenden Voraussetzungen der Beratungsdienst der Lörracher Rechtsanwälte.

11.2.9 Wohnberatung

Wohnberatung zielt darauf ab, die Wohnsituation des älteren Menschen unter Berücksichtigung seiner Wünsche und Bedürfnisse im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten zu verbessern.

In B.-W. gibt es zurzeit rund 50 Wohnberatungsstellen, die teils von Kommunen, teils von Kreissenorenräten und privaten Initiativen getragen werden. Sie tragen dazu bei, rechtzeitige Entscheidungen über Umbau oder Umzug zu treffen. Einige Wohnberatungsstellen bieten auch eine aufsuchende Beratung an.

Der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung bietet zurzeit vorwiegend in der Stadt Lörrach einen ehrenamtlichen Wohnberatungsdienst an. Gegen einen Unkostenbeitrag werden im Rahmen eines Hausbesuchs die Wohnverhältnisse analysiert. Die Ergebnisse werden schriftlich dokumentiert und zusammen mit Handlungsempfehlungen den Ratsuchenden übergeben. Die Arbeit des Wohnberatungsdienstes wird begleitet und unterstützt von einem Fachbeirat, in dem auch Fachleute mitarbeiten. Dieser kann bei komplexen Fragestellungen hinzugezogen werden.

11.3 Zielvorstellungen

Beratungsstellen sollten möglichst wohnortnah bzw. mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein. Sie sollten gut miteinander vernetzt sein. Das Beratungsangebot sollte möglichst niedrigschwellig und neutral sein. Soweit möglich, sollte die Möglichkeit von Gruppenberatungen genutzt werden. Hilfe erschließende Beratung setzt das Vorhandensein von ausreichenden Hilfe- und Unterstützungsangeboten voraus.

- Die Öffentlichkeitsarbeit für den Pflegestützpunkt Landkreis Lörrach und den ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung muss verstärkt werden.
- Der Ratgeber „Älter werden heute“ des Landkreises ist als gedruckte Broschüre nach wie vor unverzichtbar. Um ihn noch bekannter zu machen, bedarf es einer regelmäßigen Öffentlichkeitsarbeit.
- Der Sozialatlas des Landkreises muss noch stärker beworben werden. Entsprechende Links sollten auf den Internetseiten der Städte und Gemeinden angebracht werden.
- Möglichkeiten, sich bürgerschaftlich zu engagieren, sollten thematisch fester Bestandteil der Seniorenberatung sein.

Pflegeberatung wird von vielen Pflegekassen nicht wohnortnah, sondern häufig nur telefonisch angeboten. Es sollte verstärkt eine wohnortnahe Beratung angeboten werden. Die Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt läuft nicht mit den Pflegeberatungen aller Kassen optimal. Es sollten seitens der Pflegekassen Anstrengungen unternommen werden, sie zu verbessern.

Ziel 11.3.1

Der Landkreis setzt sich für den qualitativen und quantitativen Ausbau des Beratungsangebots im Vor- und Umfeld der Pflege ein.

Für den Pflegestützpunkt und den ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung ist es Ziel, dass die Anzahl der jährlichen Beratungskontakte 19% der Anzahl der Ü75 außerhalb von Einrichtungen im Landkreis entspricht und bei Bedarf auch Beratung in der Häuslichkeit angeboten wird.

Konzepte zugehender Beratungsbesuche sollten verstärkt umgesetzt werden (z.B. zugehende Beratungsbesuche). Beratung kann jedoch nur so gut sein, wie das zur Verfügung stehende Entlastungsangebot. Dieses muss flexibel, bedarfsgerecht und niedrigschwellig ausgebaut werden.

MitarbeiterInnen ehrenamtlicher Besuchsdienste sind durch entsprechende Angebote weiterzuqualifizieren und zu sensibilisieren (z.B. durch Schulungen und Vorträge, die von Seiten des Landkreises angeboten werden).

Wohnberatung sollte im ganzen Landkreis in Anspruch genommen werden können.

Ziel 11.3.2

Der Landkreis sorgt dafür, dass bis zum Jahr 2020 überall im Landkreis Wohnberatung in Anspruch genommen werden kann.

Ziel 11.3.3

Der Landkreis unterstützt den flächendeckenden Ausbau von qualifizierten und koordinierten ehrenamtlichen Besuchsdiensten bis zum Jahr 2020 und unterstützt sie fachlich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe.

12 Unterstützung für besondere Zielgruppen

Altersbedingte Herausforderungen können sich für bestimmte Zielgruppen verstärkt auswirken, insbesondere, wenn mehrere belastende Faktoren gleichzeitig auftreten (z.B. Behinderung und Armut). Hierzu zählen:

■ Von Armut Betroffene

16,6% der über 65-jährigen sind landesweit armutsgefährdet²⁴⁷ (bundesweit: 14,7%).²⁴⁸ Die Wahrscheinlichkeit, seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht mehr aus eigenem Einkommen und Vermögen decken zu können, steigt mit dem Vorhandensein zusätzlicher Bedarfe (z.B. Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, chronische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit etc.).

Der Landkreis bietet älteren Empfängern von Grundsicherung nach SGB XII eine zugehende Beratung an, um ihnen ein möglichst eigenständiges Wohnen in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Dabei können alle Themen rund um das Leben im Alter angesprochen werden. Hierzu zählen auch Wohnungsanpassung, Hilfsmittelversorgung sowie praktische Unterstützungen in der alltäglichen Lebensführung.

■ Suchtkranke

Die Zahl der älteren Menschen, die Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol, Tabak oder psychoaktiven Medikamenten aufweisen, ist sehr groß. Bislang erhalten aber nur wenige angemessene fachliche Hilfen. Im Alter lässt die soziale Kontrolle aus dem Umfeld (z.B. am Arbeitsplatz) deutlich nach. Häufig wird die Suchtproblematik auch verharmlost (Zitat: „Lass ihm doch sein Viertele“) oder sie fällt weniger auf (z.B. weil ältere Menschen ohnehin häufig verordnete Medikamente einnehmen).

Suchtberatung für ältere Menschen und ihre Angehörigen bieten die Fachstelle Sucht des bwlv Lörrach sowie die Regio PSB des Blauen Kreuzes Lörrach.

■ Demenziell Erkrankte

Das Auftreten von Demenz wird bei den 65-jährigen und Älteren auf 8,92 % geschätzt (Männer: 6,56%, Frauen 10,51%), wobei die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter steigt²⁴⁹. Zur Unterstützung der Betreuung im häuslichen Umfeld lebender demenziell Erkrankter bedarf es eines abgestimmten wohnortnahen, niedrighschwelligem Unterstützungsangebots.

Der Landkreis fördert niedrighschwellige Betreuungsangebote für demenziell Erkrankte im häuslichen Bereich. Die Inanspruchnahme niedrighschwelliger Betreuungsangebote wird durch den Fritz-Berger-Fonds unterstützt. Hierzu zählen auch Gruppen für betreuende Angehörige.

Eine spezielle Beratung für dementiell Erkrankte und ihre Angehörigen bieten der Caritasverband für den Landkreis Lörrach e.V., der Pflegestützpunkt Landkreis Lörrach, der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung sowie viele Pflegeeinrichtungen.

■ Psychisch Kranke²⁵⁰

Viele ältere Menschen leiden – ebenso wie jüngere – an psychischen Problemen. Bei den über 65-Jährigen sind etwa 25 Prozent²⁵¹ von psychischen Erkrankungen betroffen. Dabei ist etwa die Hälfte der Erkrankungen leicht ausgeprägt, die andere Hälfte so

²⁴⁷ Die Armutsgefährdungsquote ist gemäß EU-Definition „der Anteil der Personen, die mit weniger als 60% des mittleren Einkommens der Bevölkerung auskommen müssen“.

²⁴⁸ Statistisches Landesamt B.-W., 2012

²⁴⁹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel.: 030 / 259 37 95 – 0, Fax: 030 / 259 37 95 - 29

²⁵⁰ Generali Altersstudie 2013, S. 279: Häufigkeit seelischer Beschwerden

²⁵¹ <https://www.therapie.de>

schwer, dass eine Behandlung erforderlich ist. Psychische Störungen bei Menschen im höheren Lebensalter werden oft gar nicht erst erkannt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) konzentriert sich auf chronisch psychisch Erkrankte, nicht auf Patienten, bei denen eine psychische Erkrankung erst im Alter auftritt bzw. auf geronto-psychiatrische Krankheitsbilder.

■ Menschen mit Behinderung

Knapp 74 % der schwerbehinderten Menschen sind älter als 55 Jahre; ab 75 Jahren überwiegt der Anteil der Frauen mit Behinderung deutlich (Mikrozensus 2004). Der mit dem demografischen Wandel verbundene wachsende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zeichnet sich analog für behinderte Menschen ab. Das Thema "Ältere Menschen mit Behinderungen" ist erst in den letzten Jahren verstärkt in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit geraten. Standen zunächst Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche und die Schaffung von Beschäftigungsangeboten für behinderte Menschen im Erwerbstätigenalter im Mittelpunkt der Bemühungen, warf die zunehmende Zahl älterer behinderter Menschen verstärkt die Frage nach ihrer bedarfsgerechten Versorgung im System der Behindertenhilfe auf.

Um das Ziel, Chancengleichheit für behinderte Menschen und ihre selbstbestimmte Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu garantieren, bedarf es zunächst der Klärung der Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen mit Behinderungen. Vieles weist darauf hin, dass sich die Lebensvorstellungen alter Menschen mit Behinderungen nicht wesentlich von denen Nichtbehinderter unterscheiden.

Auch für behinderte Menschen gilt, dass "Alter" eine eigenständige Lebensphase ist, in der persönliche Weiterentwicklung und Lernen eine wichtige Rolle spielen. Daher gilt es nicht nur, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten oder fehlende zu kompensieren, sondern neue Betätigungsfelder zu finden und sich auf neue Erfahrungen einzulassen.

Die Aspekte "Behinderung", "Altern" und "Pflegebedarf" stehen in einem komplexen Verhältnis zueinander. Bei behinderten Menschen verlaufen Alterungsprozesse im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weitgehend synchron; wobei auch für Menschen mit Behinderung gilt, dass Altern ein individueller Prozess ist, der von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird. Generell gilt, dass eine formale Altersgrenze, etwa 65 Jahre, niemals das "subjektive Alter" festlegen kann. Es gibt auch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Lebenserwartung behinderter und nichtbehinderter Menschen und auch mit dem Pflegerisiko bei zunehmendem Seniorenalter muss grundsätzlich jeder leben. Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, dass das Risiko, bereits in jüngeren Jahren zum Pflege- oder Betreuungsfall zu werden, je nach Art oder Schwere der Behinderung deutlich ausgeprägter sein kann als bei nichtbehinderten Altersgenossen und -genossinnen.

■ Menschen mit Migrationshintergrund

Laut Mikrozensus besitzen rund 20 Prozent aller Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund. Die meisten MigrantInnen haben ihre Wurzeln in Europa. Davon stammt die größte ethnische Minderheit in Deutschland aus der Türkei, insgesamt ist jeder sechste Migrant türkischstämmig. Insgesamt besitzen circa zehn Prozent aller Menschen über 64 Jahre einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2030 wird sich diese Zahl bereits verdoppelt haben. Auch die Anzahl von Menschen im hohen Alter mit Migrationshintergrund wird weiter ansteigen. Die Statistik zeigt beispielsweise, dass überdurchschnittlich viele ältere MigrantInnen in Armut leben, da ihre Rente nicht ausreicht und sie somit auch oft im Gesundheitsbereich wenig finanziellen Spielraum besitzen. Je älter die Menschen werden, desto mehr sinken in der Regel auch ihre Deutsch-Sprachkenntnisse. Es gibt so gut wie keine Hilfe- und Unterstützungsangebote speziell für ältere Menschen mit Migrationshintergrund.

■ Opfer von Gewalt

Nach der Polizeistatistik sind ältere Menschen nicht häufiger Opfer von Gewalttaten als jüngere Menschen. Der Anteil an den Opfern von Gewalttaten nimmt vielmehr mit steigendem Alter deutlich ab. Allerdings ist davon auszugehen, dass Gewalt gegen ältere Menschen häufig nicht offiziell wird (z.B. in der häuslichen Pflege) und ältere Menschen auch Opfer subtiler Gewalt sein können (z.B. Aufmerksamkeitsentzug).

Beratung bieten der Pflegestützpunkt des Landkreises sowie der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung sowie die Psychologische Paar- und Lebensberatungsstelle des Diakonischen Werks Lörrach. Auch gibt es mehrere überregionale Telefon-Hotlines (sh. www.loerrach-landkreis.de/sozialatlas).

■ Rechtlich Betreuungsbedürftige

Volljährige Erwachsene sind geschäftsfähig soweit nicht richterlich festgestellt wurde, dass ihre Geschäftsfähigkeit eingeschränkt ist. In diesem Fall wird auf Antrag richterlich eine rechtliche Betreuung angeordnet, falls die rechtliche Vertretung nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann (z.B. durch eine Vollmacht). Die Zahl rechtlicher Betreuungen steigt mit der wachsenden Hochaltrigkeit in der Bevölkerung

Beratung bieten der Betreuungsverein des Landkreises sowie die Betreuungsbehörde beim Landratsamt Lörrach.

■ Alleinlebende

Etwa jeder Dritte über-65-jährige lebt alleine in einem Einpersonenhaushalt. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf nicht auf informelle Hilfe zurückgegriffen werden kann.

■ Pflegebedürftige

Im Landkreis Lörrach liegt die Pflegequote derzeit bei 2,7%²⁵², die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen ist älter als 65 Jahre.

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bieten die Pflegekassen, allerdings häufig nicht vor Ort und auf eingestufte Pflegebedürftige sowie den Leistungsumfang des SGB XI beschränkt.

Niedrigschwellige neutrale Beratung rund um das Thema Pflege (einschl. dem Vor- und Umfeld) unabhängig von einer Pflegestufe bieten der Pflegestützpunkt und der ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung. Die Erweiterung des Pflegestützpunkts wird angestrebt. Zusätzlich bietet der Landkreis Pflegeberatung für Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

12.1 Zielvorstellungen

- Die Auswirkungen besonderer Bedarfslagen auf die benötigten Hilfe- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen müssen bei der Weiterentwicklung der Angebote berücksichtigt werden.
- Für armutsgefährdete ältere Menschen sollte es Hilfe- und Entlastungsangebote zu annehmbaren Preisen geben, um zu verhindern, dass der Hilfebedarf eskaliert, weil notwendige Hilfen nicht rechtzeitig in Anspruch genommen wurden.
- Im Hinblick auf die Suchtgefährdung im Alter sollte die Aufklärung und die Information über Beratungs- und Hilfeangebote intensiviert werden.

²⁵² Statistisches Landesamt B.-W. (Hrsg.), Pflegestatistik 2013

- Die niedrigschwelligen Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre betreuenden Angehörigen müssen ausgebaut werden.

Ziel 12.1.1

Der Landkreis setzt sich gegenüber dem Land dafür ein, dass bei der Unterstützungsangebotsverordnung bei gleicher Qualität auch Einzelpersonen²⁵³ als Erbringer von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI anerkannt werden können.

- Die Städte und Gemeinden im Landkreis müssen sich auf eine steigende Zahl demenziell Erkrankter einstellen. „Demenz ist im Begriff, zu einer großen sozialen und humanitären Herausforderung für das Gemeinwesen zu werden. Die Unterstützung von Menschen mit Demenz, die Wertschätzung ihrer Ressourcen und Fähigkeiten sowie ihr Einbezogensein in das öffentliche Leben sind wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Gefragt ist partnerschaftliches Engagement sowie die Bildung von Netzwerken und Teilung der Verantwortung zwischen Staat, Kommunen, Hauptamtlichen, Freiwilligen und allen Bürgerinnen und Bürgern. Nur so kann es gelingen, gemeinsam neue Wege zu finden, damit Menschen mit und ohne Demenz in zugewandten und unterstützenden Gemeinwesen gut miteinander leben können.“²⁵⁴

Ziel 12.1.2:

Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass sie sich in Richtung von demenzfreundlichen Kommunen entwickeln.

- Behinderte alte Menschen müssen ihrem spezifischen Bedarf entsprechende Hilfe- und Unterstützungsangebote erhalten.
- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund müssen die Möglichkeit erhalten, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten der Altenhilfe in Anspruch zu nehmen.

Ziel: 12.1.3:

Der Landkreis wirkt gegenüber Städten und Gemeinden darauf hin, dass ältere behinderte Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund – soweit dies möglich ist – inklusive Hilfe- und Unterstützungsangebote²⁵⁵ der Altenhilfe in Anspruch nehmen können.

²⁵³ Nach § 10 Abs. 4 der Unterstützungsangebote-VO des Landes Baden-Württemberg vom 08.02.2017 ist die Anerkennung von Einzelpersonen ausgeschlossen.

²⁵⁴ <http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/>

²⁵⁵ Inklusion heißt wörtlich übersetzt Zugehörigkeit, also das Gegenteil von Ausgrenzung. Wenn jeder Mensch – mit oder ohne Behinderung oder ein anderes Unterscheidungsmerkmal – überall dabei sein kann, dann ist das gelungene Inklusion. In einer inklusiven Gesellschaft ist es normal, verschieden zu sein. Jeder ist willkommen. Und davon profitieren alle: zum Beispiel durch den Abbau von Hürden, damit die Umwelt für alle zugänglich wird, aber auch durch weniger Barrieren in den Köpfen, mehr Offenheit, Toleranz und ein besseres Miteinander.

13 Rahmenbedingungen

13.1 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Um die informelle Pflege durch Angehörige zu stützen, sollte die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessert werden. Hierzu tragen bei:

- die flexible Gestaltung der Arbeitszeit,
- die Schaffung eines Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeit und auf Weiterzahlung des Arbeitsentgelts bei der Pflegezeit (ähnlich wie bei der Kindererziehung),
- die Schaffung der Möglichkeit, im Rahmen des SGB XI Nachbarn und Freunde im Rahmen von Assistenzmodellen in die Pflege einzubeziehen,
- die kurzfristige Vermittlung von verlässlicher Hilfe bei Verhinderung,
- der Ausbau der kommunalen Beratungs- und Unterstützungsangebote.

Ziel 13.1.1

Der Landkreis unterstützt Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und setzt sich gegenüber Land und Bund für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein. Er stellt als Arbeitgeber seine Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige deutlich heraus und übernimmt eine Vorbildfunktion für andere Arbeitgeber.

13.2 Bürgerschaftliches Engagement

In Baden-Württemberg engagieren sich 41% aller Bürgerinnen und Bürger bürgerschaftlich.²⁵⁶ Weitere 34% sind bestimmt oder unter bestimmten Umständen bereit, sich zu engagieren.²⁵⁷ Unter den bereits Engagierten können sich in B.-W. 22% vorstellen, ihr Engagement auszuweiten.²⁵⁸ Auf dem Land zeichnet sich hinsichtlich der Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement eine Trendwende ab. Hatten sich im Jahr 1999 dort noch 52% und im Jahr 2004 sogar 60% aller Bürgerinnen und Bürger bürgerschaftlich engagiert, waren dies im Jahr 2009 nur noch 41%.²⁵⁹

Bürgerschaftliches Engagement ist für viele Engagierte die Abwechslung vom Alltag (die Salzstange für den, der sonst immer Schokolade isst). Altruistische und egoistische Motive können beim BE durchaus gleichzeitig befriedigt werden.²⁶⁰

Häufigstes Motiv für bürgerschaftliches Engagement ist Spaß bei der Tätigkeit zu haben, der Kontakt zu anderen Menschen und das Gefühl, die Gesellschaft im Kleinen mitgestalten zu

²⁵⁶ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 6

²⁵⁷ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 8

²⁵⁸ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 9

²⁵⁹ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 11

²⁶⁰ Klaus Dörner in: Bitte nicht ins Heim - neue Wohnformen im Alter, Forum SWR 2 am 03.04.2013

können.²⁶¹ Eine Mitverantwortung für die Entwicklung der Gesellschaft sehen: 60% der 65-74jährigen, 53% der 75 bis 79jährigen, 43% der 80-85jährigen.²⁶²

Unter den 65 bis 85jährigen engagieren sich 45%. Gut die Hälfte der bürgerschaftlich Engagierten ist gleichzeitig in mehreren Bereichen engagiert, 34 % der Bürgerinnen, die sich noch nicht engagieren, können sich ein Engagement gut vorstellen.²⁶³

Voraussetzungen für ein (stärkeres) Engagement im Alter sind:

- Die Aufgabe darf nicht überfordern (psychisch / physisch).
- Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement dürfen nicht zum Lückenfüller jener Aufgaben werden, die sich der Staat nicht mehr leisten kann oder will.

Bürgerschaftliches Engagement kann professionelle Arbeit nicht ersetzen. Das Hauptamt ist als Garant für die Fachlichkeit sozialer Arbeit schlicht nicht ersetzbar. Gleichzeitig schafft es verlässliche Strukturen, in denen BE erst wirksam werden kann. Ehrenamtliche, bürgerschaftlich Engagierte und professionelle Arbeit können sich nicht gegenseitig ersetzen, aber ergänzen.²⁶⁴

Zielvorstellungen

- Das Miteinander von bürgerschaftlichem Engagement und Hauptamt sollte gefördert werden.
- Projekte zwischen Jung und Alt (wie z.B. Smartphone – Lotsen) sollten gezielt gefördert werden.
- Junge Seniorinnen und Senioren sollten im Übergang vom Erwerbsleben zur Rente gezielt angesprochen und für das bürgerschaftliche Engagement motiviert werden.
- Es sollte ein Bewusstsein geschaffen werden, dass die Pflegearbeit nur mit Hilfe von ehrenamtlichem Engagement - insbes. der „jungen Alten“ - geleistet werden kann.
- Tradierte Formen des Ehrenamtes sollten weiterentwickelt und neue Formen (wie z.B. projektbezogenes Ehrenamt, Verpflichtung auf Zeit usw.) gefunden werden, um weiterhin Menschen ansprechen und gewinnen zu können.
- Es bedarf einer deutlichen Trennung zwischen Arbeit zu Erwerbszwecken und ehrenamtlicher Tätigkeit, insbesondere auch zur klaren Abgrenzung gegenüber Sozialversicherungsträgern und Finanzamt. Zuwendungen im Rahmen der sog. Übungsleiterpauschale und die Erstattung von Auslagen sind mit bürgerschaftlichem Engagement vereinbar.
- Bürgerschaftliches Engagement sollte vor allem durch passende Rahmenbedingungen gefördert werden, z.B. durch
 - feste AnsprechpartnerInnen und Anbindung an hauptamtliche Strukturen,
 - eine Anerkennungs- und Wertschätzungskultur,
 - die Ausstellung eines Engagementnachweises,
 - finanzielle Aufwandsentschädigungen. Es handelt sich nicht um Bürgerengagement, wenn Stundenlöhne (ob verdeckt als Aufwandspauschale oder offen dekla-

²⁶¹ Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Freiburg: Freiwilligensurvey 2009, Sonderauswertung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Stuttgart 4/2011, S. 20f

²⁶² Generali-Altersstudie 2013, S. 344

²⁶³ 3. Freiwilligensurvey 2009 – Sonderauswertung für Baden-Württemberg

²⁶⁴ Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement - Kleine Anfrage des Abg. Karl Rombach CDU und Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren - Drucksache 15/5227

riert) bezahlt werden, weil Entgelt Freiwilligkeit gefährdet, gerade wenn es für den Lebensunterhalt der Engagierten wichtig ist.²⁶⁵

- Qualifizierungsangebote,
- die Bereitstellung von Ausstattungsmitteln,
- fachliche Unterstützung,
- unbürokratische Kostenerstattung
- Anerkennung durch Hauptamtliche.

Ziel 13.2.1

Der Landkreis würdigt, fördert und unterstützt bürgerschaftlich Engagierte und berät Organisationen, die bürgerschaftlich Engagierte einsetzen.

13.3 Interessenvertretung

Der Kreissenorenrat Lörrach ist eine Arbeitsgemeinschaft der auf dem Gebiet der Altenhilfe tätigen Organisationen, Einrichtungen und Vereinigungen im Landkreis Lörrach. Er arbeitet gemeinnützig und unabhängig und ist parteipolitisch und konfessionell neutral. Er wurde 1978 gegründet, tritt für die Interessen älterer Menschen im Kreisgebiet ein und versteht sich als Organ der Meinungsbildung und des Erfahrungsaustausches auf sozialem, wirtschaftlichem, kulturellem und politischem Gebiet. Der Kreissenorenrat macht die Öffentlichkeit sowie staatliche und kommunale Behörden auf die Probleme älterer Menschen aufmerksam und arbeitet an deren Lösungen mit.

Der Kreissenorenrat wirkt z.B. mit an der Aufstellung und Fortschreibung des Teilhabeplans IV - Senioren, in Arbeitskreisen sowie im Fachbeirat „Ehrenamtliche Wohnberatung“ der Fritz-Berger-Stiftung. Er nimmt an den öffentlichen Sitzungen des Sozialausschusses des Kreistages teil. Darüber hinaus hat er als Mitglied des Landessenorenrates mit Sitz in Stuttgart die Möglichkeit, die im Landkreis interessierenden Angelegenheiten landesweit vorzutragen, sie mit anderen Kreissenorenräten zu diskutieren und in Initiativen umzusetzen. Er setzt sich satzungsgemäß auch für die Bildung von Ortssenorenräten ein.

Ziel 13.3.1

Der Landkreis unterstützt die Arbeit des Kreissenorenrats und wirkt auf die Bildung von Ortssenorenräten hin.

13.4 Umsetzungsbegleitung

Die im Teilhabeplan IV – Senioren aufgezeigten Zielvorstellungen und Ziele und die daraus abzuleitenden Maßnahmen sind sehr umfangreich und vielfältig. Sie erfordern ein auf den jeweiligen Planungsraum abgestimmtes koordiniertes Vorgehen aller daran Beteiligten. Dazu bedarf es einer kontinuierlichen fachlichen Begleitung durch den Landkreis.

Ziel 13.4.1

Der Landkreis begleitet die Umsetzung der Ziele des Teilhabeplans in den Planungsräumen fachlich und stellt hierfür die entsprechenden personellen Ressourcen bereit.

²⁶⁵ Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement - Kleine Anfrage des Abg. Karl Rombach CDU und Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren - Drucksache 15/5227

14 Push- und Pullfaktoren

Der Teilhabeplan IV – Senioren verfolgt das Ziel, die Bedingungen aufzuzeigen, die eine selbstständige Lebensführung im Alter beeinflussen können und daraus Handlungskonsequenzen abzuleiten, die darauf abzielen, selbstständige Lebensführung im Alter für möglichst viele Menschen zu ermöglichen. Die für eine selbstständige Lebensführung im Alter verstärkenden (Push-) Faktoren und die eher hinderlichen (Pull-) Faktoren sind nachfolgend dargestellt.

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
1	Wohnen	Barrierefreie Wohnung	Nicht-barrierefreie Wohnung	5.9.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis 2023 die von ihnen beeinflussbaren Rahmenbedingungen, die ältere Menschen zum Verbleib in häuslicher Umgebung benötigen, kennen und bis 2030 konkrete Maßnahmen realisiert haben.
2	Wohnen	Eine der Haushaltsgröße entsprechende Wohnung	Eine der Haushaltsgröße nicht entsprechende Wohnung	5.9.2 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis spätestens 2030 die Voraussetzungen geschaffen haben, dass alle älteren Menschen im Landkreis über die Anforderungen für altersgerechtes Wohnen informiert sind und die entsprechenden Anlaufstellen haben.
3	Wohnen	Eine im Hinblick auf das verfügbare Budget bezahlbare Wohnung	Eine im Hinblick auf das verfügbare Budget zu teure Wohnung	5.9.3 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass Bauherren und Wohnungseigentümer bis spätestens 2030 die Anforderungen für das Wohnen im Alter und das Wohnumfeld umsetzen.
4	Wohnen	Wohnen im gewohnten Wohnumfeld	Wohnen in einem ungewohnten Wohnumfeld	5.9.4 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 überall im Landkreis die Möglichkeit zu selbstbestimmtem Wohnen im Alter im gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich besteht. 5.9.5 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 ein breit gefächertes Angebot verschiedener seniorenge rechter Wohnformen besteht, die miteinander vernetzt und durchlässig sind. 5.9.6 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis 2030 ausreichend altersgerechte Wohnungen für Senioren und Pflegebedürftige zur Verfügung stehen.

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
				<p>5.9.7</p> <p>Der Landkreis begleitet die Umsetzung der vorgenannten Ziele 5.9.1 – 5.9.6 kontinuierlich durch eine Ideenwerkstatt (Zwischenergebnisse, Erfahrungs- und Ideenaustausch).</p> <p>11.3.2</p> <p>Der Landkreis sorgt dafür, dass bis zum Jahr 2020 überall im Landkreis Wohnberatung in Anspruch genommen werden kann.</p>
5	Wohnen	Wohnen in der eigene Wohnung, dem eigenen Haus	Wohnen in Miete	
6	Wohnen	Bestehen eines bedarfsgerechten Angebots an alternativen Wohnformen im Alter	Fehlen eines bedarfsgerechten Angebots an alternativen Wohnformen im Alter	
7	Alter	Alter unter 80 Jahren	Alter über 80 Jahren	
8	Lebenssituation	Partnerschaft	Alleinleben	
9	Geschlecht	Männlich	Weiblich	
10	Einkommenssituation	Ausreichendes Einkommen	Nicht ausreichendes Einkommen (Einkommen im Bereich der Armutsgrenze)	
11	Gesundheit	Körperliche und seelische Gesundheit	(Chronische) körperliche und / oder seelische Krankheit	<p>4.3.1</p> <p>Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche bedarfsgerechte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten bzw. zurückzugewinnen.</p>
12	Gesundheit	Körperliche und geistige Beweglichkeit	Fehlende bzw. mangelhafte körperliche und geistige Beweglichkeit	<p>4.3.1</p> <p>Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche bedarfsgerechte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten bzw. zurückzugewinnen.</p>

14 Push- und Pullfaktoren

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
13	Gesundheit	Aktivität im Alltag	Passivität im Alltag	4.3.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche bedarfsgerechte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten bzw. zurückzugewinnen.
14	Hauswirtschaftliche Versorgung	Bei Bedarf Vorhandensein von informellen Unterstützungsleistungen durch Familie, Nachbarschaft, Freunde und Bekannte	Bei Bedarf keine informelle Hilfe	7.2.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 für Menschen ohne Pflegestufen / Pflegegrade nach SGB XI flächendeckend ein bedarfsgerechtes Angebot an bezahlbaren hauswirtschaftlichen Dienstleistungen besteht. 7.2.2
15	Hauswirtschaftliche Versorgung	Vorhandensein niedrigschwelliger und im Hinblick auf das jeweilige Budget bezahlbarer hauswirtschaftlicher Dienste	Unzureichendes oder fehlendes Angebot niedrigschwelliger und im Hinblick auf das jeweilige Budget bezahlbarer hauswirtschaftlicher Dienste	Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden an, dass bis zum Jahr 2025 in jeder Gemeinde ein offener Mittagstisch besteht und jeweils zumindest ein ambulanter Mahlzeitendienst in Anspruch genommen werden kann.
16	Pflegebedürftigkeit	Keine oder nur geringe Pflegebedürftigkeit	Mittlere oder hohe Pflegebedürftigkeit	
17	Informationsstand	Gute Kenntnis über mögliche Hilfen und Rechtsansprüche	Fehlende bzw. unzureichende oder gar falsche Informationen über mögliche Hilfen und Rechtsansprüche	11.3.1 Der Landkreis setzt sich für den qualitativen und quantitativen Ausbau des Beratungsangebots im Vor- und Umfeld der Pflege ein. Für den Pflegestützpunkt und den ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung ist es Ziel, dass die Anzahl der jährlichen Beratungskontakte 19% der Anzahl der Ü75 außerhalb von Einrichtungen im Landkreis entspricht und bei Bedarf auch Beratung in der Häuslichkeit angeboten wird.
18	Soziale Kontakte	Im Hinblick auf den jeweiligen Bedarf nach Qualität und Quantität gute Einbindung in das soziale Umfeld	Im Hinblick auf den jeweiligen Bedarf nach Qualität und Quantität schlechte bis fehlende Einbindung in das soziale Umfeld	4.2.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche, bedarfsgerechte, zielgruppenorientierte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, miteinander und mit anderen Generationen in Kontakt zu treten und Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.
19	Soziale Kontakte	Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	Keine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	8.2.1 Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 niedrighschwellige Besuchsdienste und andere soziale Kontakte fördernde Maßnahmen in jeder Gemeinde bestehen.

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
				<p>11.3.2</p> <p>Der Landkreis unterstützt den flächendeckenden Ausbau von qualifizierten und koordinierten ehrenamtlichen Besuchsdiensten bis zum Jahr 2020 und unterstützt sie fachlich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe.</p>
20	Sicherheit	Hohe subjektive Sicherheit	Niedrige oder fehlende subjektive Sicherheit	<p>8.2.2</p> <p>Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden sowie Veranstaltern im Bereich der offenen Altenarbeit an, durch Aufklärung und weitere geeignete Maßnahmen die tatsächliche und die gefühlte Sicherheit älterer Menschen zu verbessern.</p>
21	Mobilität	Möglichkeit zur Deckung des täglichen Bedarfs in erreichbarer Nähe – insbesondere im ländlichen Bereich (ggf. mit Hilfe des ÖPNV)	Unzureichende oder fehlende Möglichkeit zur Deckung des täglichen Bedarfs in erreichbarer Nähe – insbesondere im ländlichen Bereich (ggf. mit Hilfe des ÖPNV)	<p>6.4.1</p> <p>Bei der Nahverkehrsplanung stellt der Landkreis im Hinblick auf einen ganzheitlichen Planungsansatz bis 2020 sicher, dass ältere Menschen in die Planungsprozesse einbezogen sind und ihre Bedürfnisse dabei umfassend berücksichtigt werden.</p>
22	Mobilität	Barrierefreiheit im Bereich des ÖPNV (Verkehrsmittel und Haltestellen)	Unzureichende oder fehlende Barrierefreiheit im Bereich des ÖPNV (Verkehrsmittel und Haltestellen)	<p>6.4.2</p> <p>Gegenüber den Städten und Gemeinden wirkt der Landkreis bis 2020 darauf hin, dass diese in ihrem Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität älterer Menschen treffen.</p>
23	Mobilität	Barrierefreiheit im öffentlichen Raum	Fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Raum	<p>6.4.2</p> <p>Gegenüber den Städten und Gemeinden wirkt der Landkreis bis 2020 darauf hin, dass diese in ihrem Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität älterer Menschen treffen.</p>
24	Medizinische Versorgung	Gute Versorgung mit niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und Apotheken am Ort bzw. in erreichbarer Nähe (ÖPNV, Barrierefreiheit)	Schlechte bzw. fehlende Versorgung mit niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und Apotheken am Ort bzw. in erreichbarer Nähe (ÖPNV, Barrierefreiheit)	<p>9.5.1</p> <p>Der Landkreis trägt im Rahmen der Gesundheitskonferenz zusammen mit den Kommunen zur Schaffung unterstützender Strukturen – insbesondere im ländlichen Raum - bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zur Einrichtung von Gemeinschaftspraxen / MVZ, ■ zur Niederlassung von jungen Ärzten,
25	Medizinische Versorgung	Möglichkeit zur wohnortnahen Rehabilitation	Fehlende Möglichkeit zur wohnortnahen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> ■ zur Annäherung bei der ärztlichen Versorgung an den Landesdurchschnitt, ■ zum Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten, ■ zur Etablierung eines ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangebotes, ■ zum Auf- und Ausbau von ehrenamtli-

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
26	Medizinische Versorgung	Möglichkeit zur Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	Fehlen der Möglichkeit zur Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	<p>chen Fahr- und Begleitdiensten zum Arztbesuch,</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zum Auffinden barrierefreier Arztpraxen, ■ zur quantitativen und qualitativen Verbesserung des Ausbildungsstands im Umgang speziell mit älteren Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, ■ zur rechtzeitigen Inanspruchnahme aller Möglichkeiten zur Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. deren Schwere zu mildern (auch bei Heimbewohnern), ■ zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der geriatrischen Versorgung, ■ zum Ausbau der ambulanten und stationären Palliativversorgung.
27	Medizinische Versorgung	Möglichkeit zur Inanspruchnahme von stationärer Palliativversorgung	Fehlen der Möglichkeit zur Inanspruchnahme von stationärer Palliativversorgung	<p>10.9.1.1</p> <p>Der Landkreis fördert den Betrieb niedrigschwelliger Betreuungs- und Unterstützungsangebote für im häuslichen Umfeld lebende Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenz).</p> <p>12.1.1</p> <p>Der Landkreis setzt sich gegenüber dem Land dafür ein, dass bei der Unterstützungsangebotsverordnung bei gleicher Qualität auch Einzelpersonen als Erbringer von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI anerkannt werden können.</p> <p>12,1,2</p> <p>Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass sie sich in Richtung von demenzfreundlichen Kommunen entwickeln.</p>
28	Medizinische Versorgung	Möglichkeit zur wohnortnahen Inanspruchnahme niedrigschwelliger Beratungs- und Betreuungsangebote bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z.B. bei Demenz)	Unzureichende oder fehlende Möglichkeit zur wohnortnahen Inanspruchnahme niedrigschwelliger Beratungs- und Betreuungsangebote bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z.B. bei Demenz)	<p>10.9.6.1</p> <p>Der Landkreis unterstützt Leistungserbringer bei ihren Bemühungen den Bedarf an Pflegefachkräften zu decken.</p>
29	Pflege	Ausreichendes Versorgungsangebot im Bereich professioneller Pflege	Unzureichendes Versorgungsangebot im Bereich Professioneller Pflege	<p>10.9.2.1</p> <p>Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.</p> <p>10.9.3.3</p> <p>Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber während des Kurzzeitpfe-</p>
30	Pflege	Bedarfsgerechtes Angebot an ambulanten Pflegeleistungen	Fehlen eines bedarfsgerechten Angebots an ambulanten Pflegeleistungen	<p>10.9.2.1</p> <p>Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.</p> <p>10.9.3.3</p> <p>Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber während des Kurzzeitpfe-</p>

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
				geaufenthalts ein funktionierendes Versorgungsarrangement aus ambulanter Pflege, Betreuung, Beschaffung von Hilfsmitteln und Wohnungsanpassung vorbereitet wird, um eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu unterstützen.
31	Pflege	Bedarfsgerechtes wohnortnahes Angebot an Tages- und Nachtpflege	Fehlen eines bedarfsgerechten wohnortnahen Angebots an Tages- und Nachtpflege	<p>10.9.2.1</p> <p>Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.</p> <p>10.9.4.1</p> <p>Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten wohnortnahen Angebots an Tages- und Nachtpflegeplätzen.</p> <p>10.9.4.2</p> <p>Der Landkreis nimmt den Bedarf an Tages- und Nachtpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 198 Plätzen, im Jahr 2025 mit 218 Plätzen und im Jahr 2030 mit 243 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.</p>
32	Pflege	Bedarfsgerechtes Angebot an Kurzzeitpflege	Fehlen eines bedarfsgerechten Angebots an Kurzzeitpflege	<p>10.9.2.1</p> <p>Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.</p> <p>10.9.3.1</p> <p>Der Landkreis nimmt den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 142 Plätzen, im Jahr 2025 mit 151 Plätzen und im Jahr 2030 mit 160 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.</p> <p>10.9.3.2</p> <p>Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen.</p> <p>10.9.3.4</p> <p>Der Landkreis prüft, ob im Bereich der Kreiskliniken Übergangspflegeplätze geschaffen werden können, um den hohen Aufwand an Behandlungspflege zu gewährleisten, Übergang in Dauerpflege zu vermeiden und die anschließende Versorgung zu Hause zu ermöglichen.</p>
33	Pflege	Bedarfsgerechtes Angebot an Langzeitpflege	Fehlen eines bedarfsgerechten Angebots an Langzeitpflege	<p>10.9.2.6:</p> <p>Der Landkreis nimmt den Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 2.220 bis</p>

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
				2.245 Plätzen, im Jahr 2025 mit 2.275 bis 2.349 Plätzen und im Jahr 2030 mit 2.433 bis 2.527 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.
34	Pflege	Bedarfsgerechtes Angebot an alternativen Wohnformen mit Pflege	Fehlen eines bedarfsgerechten Angebots an alternativen Wohnformen mit Pflege	<p>10.9.2.2</p> <p>Der Landkreis unterstützt den bedarfsgerechten Ausbau von Alternativen zur stationären Pflege.</p> <p>10.9.5.1</p> <p>Der Landkreis initiiert eine Informationsveranstaltung über alternative Pflegeformen bzw. Wohngemeinschaften.</p> <p>10.9.2.3</p> <p>Zum Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite wirkt der Landkreis auf die Schaffung wohnortbezogener Pflegeangebote hin (z.B. Pflegewohngemeinschaften). Andere Formen von Wohnen mit Pflege werden geprüft.</p> <p>10.9.2.5</p> <p>Die Heimaufsicht des Landkreises unterstützt die Träger bei der geplanten Umsetzung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte und berät und begleitet sie fachlich.</p> <p>10.9.5.5</p> <p>Der Landkreis wirkt gegenüber den Städten und Gemeinden darauf hin, mit der Bereitstellung von Wohnraum und / oder von Grundstücken die Entstehung alternativer Pflegeangebote zu unterstützen. Er bietet bei der praktischen Umsetzung seine Unterstützung an bzw. vermittelt ggf. den Kontakt zu bereits bestehenden Angeboten sowie zu einer qualifizierten Beratung.</p>
35	Beratung	Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer wohnortnahen, neutralen, unentgeltlichen, Hilfe erschießenden Beratung (bei Bedarf auch im häuslichen Umfeld) im Zusammenhang mit Alter, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (einschl. dem Vor- und Umfeld)	Fehlende Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer wohnortnahen, neutralen, unentgeltlichen, Hilfe erschießenden Beratung (bei Bedarf auch im häuslichen Umfeld) im Zusammenhang mit Alter, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (einschl. dem Vor- und Umfeld)	<p>11.3.1</p> <p>Der Landkreis setzt sich für den qualitativen und quantitativen Ausbau des Beratungsangebots im Vor- und Umfeld der Pflege ein.</p> <p>Für den Pflegestützpunkt und den ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung ist es Ziel, dass die Anzahl der jährlichen Beratungskontakte 19% der Anzahl der Ü75 außerhalb von Einrichtungen im Landkreis entspricht und bei Bedarf auch Beratung in der Häuslichkeit angeboten wird.</p> <p>11.3.4</p> <p>Der Landkreis sorgt dafür, dass bis zum Jahr 2020 überall im Landkreis Wohnberatung in Anspruch genommen werden kann.</p>

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
36	Rahmenbedingungen	Seniorenfreundliche Gemeindepolitik	Fehlen einer seniorenfreundlichen Gemeindepolitik	<p>1.1.1</p> <p>Der Landkreis führt mit den Städten und Gemeinden bzw. Raumschaften Gespräche über die zentralen Aussagen des Teilhabepplans. Ihnen wird empfohlen auf der Grundlage der Rahmenplanung des Landkreises im Hinblick auf die kommunale Daseinsvorsorgeeigene Demografie- und Seniorenkonzepte zu formulieren oder vorhandene Konzepte weiterzuentwickeln. Dies sollte unter breiter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Pflegebedarf und ihrer Angehörigen, der Anbieter ambulanter und (teil-) stationärer Pflegeangebote und weiterer Beteiligter erfolgen (z.B. durch Bürgerbefragungen, Zukunftswerkstätten, Runde Tische etc.). Bürger und Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten sollten feste Ansprechpartner innerhalb der Gemeindeverwaltung haben.</p> <p>10.9.2.4:</p> <p>Der Landkreis lädt die Einrichtungen und Gemeinden in den einzelnen Planungsräumen zu Gesprächen über den Umgang mit den Ergebnissen der quantitativen Bedarfsvorausschätzung ein. Dabei werden die Umsetzung der Landesheimbauverordnung und der damit verbundene Abbau von Doppelzimmern thematisiert. Ein weiteres Thema ist die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen zu gemeinde- bzw. stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren sein.</p> <p>13.4.1</p> <p>Der Landkreis begleitet die Umsetzung der Ziele des Teilhabepplans in den Planungsräumen fachlich und stellt hierfür die entsprechenden personellen Ressourcen bereit.</p>
37	Rahmenbedingungen	Bürgerschaftliches Engagement wird gewürdigt, gefördert und unterstützt.	Bürgerschaftliches Engagement wird nicht oder unzureichend gewürdigt, gefördert und unterstützt.	<p>13.2.1</p> <p>Der Landkreis berät, würdigt, fördert und unterstützt bürgerschaftlich Engagierte und berät Organisationen, die bürgerschaftlich Engagierte einsetzen.</p>
38	Rahmenbedingungen	Die älteren Menschen im Landkreis und in den Gemeinden werden in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen.	Die älteren Menschen im Landkreis und in den Gemeinden werden in die sie betreffenden Entscheidungen nicht einbezogen.	<p>13.3.1</p> <p>Der Landkreis unterstützt die Arbeit des Kreisseniorerats und wirkt auf die Bildung von Ortssenioreräten hin.</p>

14 Push- und Pullfaktoren

OZ	Bereich	Push-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (fördernd)	Pull-Faktoren aus Sicht der Betroffenen (hemmend)	Relevante Ziele im THP IV
39	Rahmenbedingungen			13.4.1 Der Landkreis begleitet die Umsetzung der Ziele des Teilhabepplans in den Planungsräumen fachlich und stellt hierfür die entsprechenden personellen Ressourcen bereit.
40	Rahmenbedingungen	Pflege und Beruf sind für Angehörige pflegebedürftiger Menschen gut vereinbar.	Pflege und Beruf sind für Angehörige pflegebedürftiger Menschen schlecht oder nicht vereinbar.	13.1.1 Der Landkreis unterstützt Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und setzt sich gegenüber Land und Bund für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein. Er stellt als Arbeitgeber seine Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige deutlich heraus und übernimmt damit eine Vorbildfunktion für andere Arbeitgeber.
41	Alltagsgestaltung	Vorhandensein sinnstiftender Betätigungsmöglichkeiten für Senioren	Mangel bzw. Fehlen sinnstiftender Betätigungsmöglichkeiten für Senioren	4.1.1 Bis zum Jahr 2030 ist sichergestellt, dass es kreisweit unterschiedliche, bedarfsgerechte sinnstiftende Betätigungsmöglichkeiten für ältere Menschen gibt.
42	Senioren mit Migrationshintergrund	Vorhandensein die besonderen Bedürfnisse berücksichtigender Angebote	Mangel bzw. Fehlen die besonderen Bedürfnisse berücksichtigender Angebote	12.1.3 Der Landkreis wirkt gegenüber Städten und Gemeinden darauf hin, dass ältere behinderte Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund – soweit dies möglich ist – inklusive Hilfe- und Unterstützungsangebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen können.
43	Senioren mit Behinderung	Vorhandensein die besonderen Bedürfnisse berücksichtigender Angebote	Mangel bzw. Fehlen die besonderen Bedürfnisse berücksichtigender Angebote	12.1.3 Der Landkreis wirkt gegenüber Städten und Gemeinden darauf hin, dass ältere behinderte Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund – soweit dies möglich ist – inklusive Hilfe- und Unterstützungsangebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen können.

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Da nicht alle im Teilhabeplan IV – Senioren formulierten Ziele gleichzeitig umgesetzt werden können, erfordert es einer Priorisierung²⁶⁶. Dabei werden kurzfristig zu verfolgende Ziele und sogenannte strategische Ziele unterschieden.

15.1 Kurzfristig zu erreichende Ziele

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Kurzzeitpflege	10.9.3.2 Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen.	Städte und Gemeinden Freie Träger	29	1
Medizinische Versorgung	9.5.1 Der Landkreis trägt im Rahmen der Gesundheitskonferenz zusammen mit den Kommunen zur Schaffung unterstützender Strukturen – insbesondere im ländlichen Raum – bei: <ul style="list-style-type: none"> ■ zur Einrichtung von Gemeinschaftspraxen / MVZ, ■ zur Niederlassung von jungen Ärzten, ■ zur Annäherung bei der ärztlichen Versorgung an den Landesdurchschnitt, ■ zum Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten, ■ zur Etablierung eines ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangebotes, ■ zum Auf- und Ausbau von ehrenamtlichen Fahr- und Begleitdiensten zum Arztbesuch, ■ zum Auffinden barrierefreier Arztpraxen, ■ zur quantitativen und qualitativen Verbesserung des Ausbildungsstands im Umgang speziell mit älteren Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, ■ zur rechtzeitigen Inanspruchnahme aller Möglichkeiten zur Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. deren Schwere zu mildern (auch bei Heimbewohnern), ■ zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der geriatrischen Versorgung, ■ zum Ausbau der ambulanten und stationären Palliativversorgung. 	Städte und Gemeinden Beteiligte an der Gesundheitsversorgung im Landkreis	26	1

²⁶⁶ An der Priorisierung haben sich in der Zeit vom 10.02. - 17.02.2017 5 Mitglieder des Strategiebüros "Pflege" sowie 10 Mitglieder der Steuerungsgruppe "Teilhabeplan IV - Senioren" beteiligt, wobei keine doppelte Stimmabgabe erlaubt war. Jede/r Stimmberechtigte konnte bei der Priorisierung der Ziele bis zu 24 Punkte vergeben, jedoch nicht mehr als 2 Punkte pro Ziel. Die Ziele wurden sodann - getrennt für kurzfristige Ziele und strategische Ziele - 4 Prioritätsklassen zugeordnet (0 Punkte = Priorität 4, 1 – 10 Punkte = Priorität 3, 11 – 20 Punkte = Priorität 2, 21 – 30 Punkte = Priorität 1), wobei Ziele mit der höchsten Punktzahl der Prioritätsklasse "1" zugeordnet wurden, gefolgt von Prioritätsklasse "2" etc.

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Hauswirtschaftliche Versorgung	7.2.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 für Menschen ohne Pflegestufen / Pflegegrade nach SGB XI flächendeckend ein bedarfsgerechtes Angebot an bezahlbaren hauswirtschaftlichen Dienstleistungen besteht.	Städte und Gemeinden Ambulante Dienstleister	22	1
Mobilität	6.4.2 Gegenüber den Städten und Gemeinden wirkt der Landkreis bis 2020 darauf hin, dass diese in ihrem Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität älterer Menschen treffen.	Städte und Gemeinden	17	2
Kurzzeitpflege	10.9.3.4 Der Landkreis prüft, ob im Bereich der Kreiskliniken Übergangspflegeplätze geschaffen werden können, um den hohen Aufwand an Behandlungspflege zu gewährleisten, Übergang in Dauerpflege zu vermeiden und die anschließende Versorgung zu Hause zu ermöglichen.	Kreiskliniken	17	2
Tagespflege	10.9.4.1 Der Landkreis wirkt hin auf die Schaffung eines bedarfsgerechten wohnortnahen Angebots an Tages- und Nachtpflegeplätzen.	Städte und Gemeinden Freie Träger	17	2
Pflegepersonal	10.9.6.1 Der Landkreis unterstützt Leistungserbringer bei ihren Bemühungen den Bedarf an Pflegefachkräften zu decken.	Leistungserbringer	16	2
Soziale Kontakte	8.2.1 Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass bis zum Jahr 2025 niedrigschwellige Besuchsdienste und andere soziale Kontakte fördernde Maßnahmen in jeder Gemeinde bestehen.	Städte und Gemeinden Freie Träger	14	2
Demenz	10.9.1.1 Der Landkreis fördert den Betrieb niedrigschwelliger Betreuungs- und Unterstützungsangebote für im häuslichen Umfeld lebende Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenz).		14	2
Allgemein	1.1.1 Der Landkreis führt mit den Städten und Gemeinden bzw. Raumschaften Gespräche über die zentralen Aussagen des Teilhabeplans. Ihnen wird empfohlen, auf der Grundlage der Rahmenplanung des Landkreises im Hinblick auf die kommunale Daseinsvorsorgeeigene Demografie- und Seniorenkonzepte zu formulieren oder vorhandene Konzepte weiterzuentwickeln. Dies sollte unter breiter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Pflegebedarf und ihrer Angehörigen, der Anbieter ambulanter und (teil-) stationärer Pflegeangebote	Städte und Gemeinden	13	2

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
	und weiterer Beteiligter erfolgen (z.B. durch Bürgerbefragungen, Zukunftswerkstätten, Runde Tische etc.). Bürger und Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten sollten feste Ansprechpartner innerhalb der Gemeindeverwaltung haben.			
Kurzzeitpflege	10.9.3.3 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber während des Kurzzeitpflegeaufenthalts ein funktionierendes Versorgungsarrangement aus ambulanter Pflege, Betreuung, Beschaffung von Hilfsmitteln und Wohnungsanpassung vorbereitet wird, um eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu unterstützen	Krankenhäuser (Entlassmanagement)	13	2
Mobilität	6.4.1 Bei der Nahverkehrsplanung stellt der Landkreis im Hinblick auf einen ganzheitlichen Planungsansatz bis 2020 sicher, dass ältere Menschen in die Planungsprozesse einbezogen sind und ihre Bedürfnisse dabei umfassend berücksichtigt werden.		11	2
Beratung	11.3.1 Der Landkreis setzt sich für den qualitativen und quantitativen Ausbau des Beratungsangebots im Vor- und Umfeld der Pflege ein. Für den Pflegestützpunkt und den ipunkt der Fritz-Berger-Stiftung ist es Ziel, dass die Anzahl der jährlichen Beratungskontakte 19% der Anzahl der Ü75 außerhalb von Einrichtungen im Landkreis entspricht und bei Bedarf auch Beratung in der Häuslichkeit angeboten wird.	Leistungserbringer Fritz-Berger-Stiftung	10	3
Rahmenbedingungen	13.4.1 Der Landkreis begleitet die Umsetzung der Ziele des Teilhabeplans in den Planungsräumen fachlich und stellt hierfür die entsprechenden personellen Ressourcen bereit.		7	3
Beratung	11.3.2 Der Landkreis sorgt dafür, dass bis zum Jahr 2020 überall im Landkreis Wohnberatung in Anspruch genommen werden kann.	Träger	6	3
Wohnen	5.9.7 Der Landkreis begleitet die Umsetzung der vorgeannten Ziele 5.9.1 – 5.9.6 kontinuierlich durch eine Ideenwerkstatt (Zwischenergebnisse, Erfahrungs- und Ideenaustausch).		5	3
Beratung	11.3.2 Der Landkreis unterstützt den flächendeckenden Ausbau von qualifizierten und koordinierten ehrenamtlichen Besuchsdiensten bis zum Jahr 2020 und unterstützt sie fachlich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe.	Träger	4	3

15 Ziele des Teilhabepplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Kurzzeitpflege	10.9.3.1 Der Landkreis nimmt den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 142 Plätzen, im Jahr 2025 mit 151 Plätzen und im Jahr 2030 mit 160 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.	Städte und Gemeinden Freie Träger	3	3
Alternative Wohnformen mit Pflege	10.9.5.5 Der Landkreis wirkt gegenüber den Städten und Gemeinden darauf hin, mit der Bereitstellung von Wohnraum und / oder von Grundstücken die Entstehung alternativer Pflegeangebote zu unterstützen. Er bietet bei der praktischen Umsetzung seine Unterstützung an bzw. vermittelt ggf. den Kontakt zu bereits bestehenden Angeboten sowie zu einer qualifizierten Beratung.	Städte und Gemeinden	3	3
Alternative Wohnformen mit Pflege	10.9.5.4 Die Heimaufsicht beim Landkreis unterstützt die Träger bei der geplanten Umsetzung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte und berät und begleitet sie fachlich.		2	3
Tagespflege	10.9.4.2 Der Landkreis nimmt den Bedarf an Tages- und Nachtpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 198 Plätzen, im Jahr 2025 mit 218 Plätzen und im Jahr 2030 mit 243 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.	Städte und Gemeinden Freie Träger	1	3
Alternative Wohnformen mit Pflege	10.9.5.1 Der Landkreis initiiert eine Informationsveranstaltung über alternative Pflegeformen bzw. Wohngemeinschaften.		1	3
Pflege stationär	10.9.2.6 Der Landkreis nimmt den Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Jahr 2020 mit 2.220 bis 2.245 Plätzen, im Jahr 2025 mit 2.275 bis 2.349 Plätzen und im Jahr 2030 mit 2.433 bis 2.527 Plätzen an. Bei Fortschreibung der Bedarfsplanung auf Landesebene werden die Bedarfswerte überprüft.	Städte und Gemeinden Freie Träger	0	4

15.2 Strategische Ziele

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Pflege stationär	10.9.2.2 Der Landkreis unterstützt den bedarfsgerechten Ausbau von Alternativen zur stationären Pflege.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	27	1

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Wohnen	5.9.6 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis 2030 ausreichend altersgerechte Wohnungen für Senioren und Pflegebedürftige zur Verfügung stehen.	Städte und Gemeinden, Freie Träger, Bauherren / Wohnungseigentümer	13	2
Wohnen	5.9.5 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 ein breit gefächertes Angebot verschiedener seniorengerechter Wohnformen besteht, die miteinander vernetzt und durchlässig sind.	Städte und Gemeinden, Freie Träger, Bauherren / Wohnungseigentümer	12	2
Unterstützung für ein gelingendes Altern	4.2.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche, bedarfsgerechte, zielgruppenorientierte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, miteinander und mit anderen Generationen in Kontakt zu treten und Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	6	3
Wohnen	5.9.4 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis spätestens zum Jahr 2030 überall im Landkreis die Möglichkeit zu selbstbestimmtem Wohnen im Alter im gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich besteht.	Städte und Gemeinden, Freie Träger, Bauherren / Wohnungseigentümer	6	3
Besondere Zielgruppen	12.1.2 Der Landkreis wirkt bei den Städten und Gemeinden darauf hin, dass sie sich in Richtung von demenzfreundlichen Kommunen entwickeln.	Städte und Gemeinden	6	3
Wohnen	5.9.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis 2023 die von ihnen beeinflussbaren Rahmenbedingungen, die ältere Menschen zum Verbleib in häuslicher Umgebung benötigen, kennen und bis 2030 konkrete Maßnahmen realisiert haben.	Städte und Gemeinden	5	3
Rahmenbedingungen	13.2.1 Der Landkreis berät, würdigt, fördert und unterstützt bürgerschaftlich Engagierte und berät Organisationen, die bürgerschaftlich Engagierte einsetzen.	Bürgerschaftlich Engagierte im Landkreis, Organisationen, die bürgerschaftlich Engagierte einsetzen	5	3
Unterstützung für ein gelingendes Altern	4.3.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 zahlreiche bedarfsgerechte und räumlich und inhaltlich unterschiedliche Möglichkeiten für ältere Menschen gibt, ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten bzw. zurückzugewinnen.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	4	3

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Pflege stationär	10.9.2.1 Der Landkreis wirkt zusammen mit den Gemeinden und Leistungsträgern auf einen den örtlichen Bedarf berücksichtigenden Ausbau des Leistungsangebots hin.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	4	3
Rahmenbedingungen	13.3.1 Der Landkreis unterstützt die Arbeit des Kreisseniorerats und wirkt auf die Bildung von Ortsseniorenräten hin.	Kreisseniorerrat, Städte und Gemeinden	4	3
Wohnen	5.9.2 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Städte und Gemeinden bis spätestens 2030 die Voraussetzungen geschaffen haben, dass alle älteren Menschen im Landkreis über die Anforderungen für altersgerechtes Wohnen informiert sind und die entsprechenden Anlaufstellen haben.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	3	3
Hausw. Versorgung	7.2.2 Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden an, dass bis zum Jahr 2025 in jeder Gemeinde ein offener Mittagstisch besteht und jeweils zumindest ein ambulanter Mahlzeitendienst in Anspruch genommen werden kann.	Städte und Gemeinden, Ambulante Dienstleister	3	3
Rahmenbedingungen	13.1.1 Der Landkreis unterstützt Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und setzt sich gegenüber Land und Bund für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein. Er stellt als Arbeitgeber seine Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige deutlich heraus und übernimmt damit eine Vorbildfunktion für andere Arbeitgeber.	Arbeitgeber	3	3
Besondere Zielgruppen	12.1.1 Der Landkreis setzt sich gegenüber dem Land dafür ein, dass bei der Unterstützungsangebotsverordnung bei gleicher Qualität auch Einzelpersonen als Erbringer von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI anerkannt werden können.	Sozialministerium	3	3
Besondere Zielgruppen	12.1.3 Der Landkreis wirkt gegenüber Städten und Gemeinden darauf hin, dass ältere behinderte Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund – soweit dies möglich ist – inklusive Hilfe- und Unterstützungsangebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen können.	Städte und Gemeinden	2	3
Unterstützung für ein gelingendes Altern	4.1.1 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass bis zum Jahr 2030 sichergestellt ist, dass es kreisweit unterschiedliche, bedarfsgerechte sinnstiftende Beteiligungsmöglichkeiten für ältere Menschen gibt.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	1	3

15 Ziele des Teilhabeplans IV – Senioren nach Dringlichkeit

Bereich	Ziele	(Co-) Akteure	Punkte Summe	Priorität
Sicherheit	8.2.2 Der Landkreis regt gegenüber den Städten und Gemeinden sowie Veranstaltern im Bereich der offenen Altenarbeit an, durch Aufklärung und weitere geeignete Maßnahmen die tatsächliche und die gefühlte Sicherheit älterer Menschen zu verbessern.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	1	3
Alternative Wohnformen mit Pflege	10.9.5.3 Zum Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite wirkt der Landkreis auf die Schaffung wohnortbezogener Pflegeangebote hin (z.B. Pflegewohngemeinschaften). Andere Formen von Wohnen mit Pflege werden geprüft.	Städte und Gemeinden, Freie Träger	1	3
Wohnen	5.9.3 Der Landkreis wirkt darauf hin, dass Bauherren und Wohnungseigentümer bis spätestens 2030 die Anforderungen für das Wohnen im Alter und das Wohnumfeld umsetzen.	Bauherren / Wohnungseigentümer	0	4

16 Stellungnahmen der Städte und Gemeinden

Den Städten und Gemeinden des Landkreises wurde Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme gegeben. Zusätzlich bestand im Rahmen einer Informationsveranstaltung am 26.01.2017 im Landratsamt Gelegenheit zur Abgabe eines mündlichen Statements. Nachfolgende sind die Rückäußerungen und ggf. die Antworten der Verwaltung stichwortartig aufgelistet.

OZ	Stadt / Gemeinde	Anmerkung	Antwort der Verwaltung
01	Gemeinde Schallbach	mit Entwurf einverstanden	
02	Gemeinde Schwörstadt	mit Entwurf einverstanden	
03	Gemeinde Maulburg	mit Entwurf einverstanden	
04	Stadt Rheinfeldern	Beim Besuch am 27.01.2016 mündlich vorgetragen:	
05	Gemeinde Binzen	Dank für die Arbeit; keine Stellungnahme	
06	Gemeinde Kleines Wiesental	keine Stellungnahme	
07	Stadt Zell im Wiesental	Es werden neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Kreis, Kommunen und Trägern nötig, für die nicht alle Kommunen gerüstet sind.	Das deckt sich mit den Vorstellungen der Verwaltung (Sozialgespräche mit den Bürgermeister; sozialraumbezogene Planungsgespräche mit den Gemeinden und Einrichtungsträgern sind vorgesehen)
08	Stadt Zell im Wiesental	Der Bedarf an stationären Plätzen wird hinterfragt vor dem Hintergrund begrenzter materieller und personeller Ressourcen und im Hinblick auf die Auswirkungen stützender ambulanter Angebote.	Die Steuerungsgruppe hat sich bei der Langzeitpflege für eine sehr vorsichtige Anhebung der Bedarfseckwerte entschieden und eine Neubewertung des Bedarfs beim Vorliegen neuer Bedarfszahlen auf Landesebene vorgeschlagen. Die Fortentwicklung der Tages- und Kurzzeitpflege soll gezielt dem Grundsatz "ambulant vor stationär" folgen.
09	Stadt Zell im Wiesental	Die Planung in Sozialräumen wird ange-regt.	Die Altenhilfeplanung erfolgte schon bisher in Planungs-räumen. Das sollte bei der Umsetzung der Teilhabepla-nung beibehalten werden.
10	Stadt Zell im Wiesental	Die Bezahlbarkeit der Vorschläge sei-tens der Kommunen wird in Frage ge-stellt und eine regionaler Sozialraum-fonds aus einem Teil der Kreisumlage ins Spiel gebracht.	Bedarfsgerechte Angebote für ältere Menschen sind Teil der Daseinsvorsorge. Die Finanzierung der anstehen-den Aufgaben ist nicht Teil des Teilhabeplans.
11	Gemeinde Bad Bellingen	Zuordnung von Bad Bellingen zur Raumschaft 3 zweifelhaft. Nr. 2 würde	Die Zuordnung in der Karte auf Seite 12 entspricht dem Landesentwicklungsplan aus

OZ	Stadt / Gemeinde	Anmerkung	Antwort der Verwaltung
		wohl besser passen.	dem Jahr 2002. Er wird vom Wirtschaftsministerium erstellt. Der Einteilung der Planungsräume für die Versorgung mit Langzeit- und Tagespflegeplätzen folgt den örtlichen Gewohnheiten.
12	Gemeinde Bad Bellingen	In Bad Bellingen planen wir weitere 65 Pflegeplätze, ambulante und kurzzeitige Pflege, sowie Servicewohnen und ein Ärztehaus mit Aussicht 2018/2019.	Neubauten und Erweiterungen werden planerisch berücksichtigt, wenn sie hinreichend konkret sind (d.h. mit der Heimaufsicht abgestimmt sind).
13	Gemeinde Bad Bellingen	Betrachtung fehlt generell, was der Markt erledigen kann und um was der Staat sich nicht kümmern muss. Wo ist die Eigenverantwortung der Familien und die der Gemeinden?	Den Städten und Gemeinden obliegt die Daseinsvorsorge für ihre BürgerInnen, d.h. dafür zu sorgen, dass ein ausreichendes Angebot vorhanden ist.
14	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	Wie kann Teilhabe geschehen in Anbetracht der fortschreitenden Digitalisierung sämtlicher Lebensbereiche; wie sieht es aus mit „Alltagshelfern“ bzgl. der Teilhabe an wirtschaftlichen Alltagsgeschäften (Bank, Versicherungen, Wohnsituation) aus? Ist das dann eine Frage eines amtlichen Betreuers – obwohl der betreffende Senior seine Vorstellungen noch sehr gut selbst äußern kann? (Ihm fehlt lediglich die Möglichkeit der inzwischen üblichen alltäglichen Übermittlung via EDV).	Die Rolle von „Alltagshelfern“ könnten Besuchsdienste übernehmen. Auch Ortsseniorenräte könnten sich hier im Rahmen einer Sprechstunde engagieren. Auch Angebote unter dem Motto „Senioren für Senioren“ oder „Talent-Tauschbörsen“ könnten hilfreich sein.
15	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	S. 46: hier wird das Fehlen von Wohnungen für Einkommensschwache als Entwicklungshemmnis bei der Ambulantisierung und Flexibilisierung der Wohnangebote für ältere Menschen gesehen:	Ein breitgefächertes Angebot verschiedener seniorenrechter Wohnformen, die miteinander vernetzt und durchlässig sind (Ziel 5.9.5) implementiert, dass es auch genügend erschwingliche Wohnformen gibt.
16	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	Ziel 5.9.6: soll das wirklich alles die Kommune „stemmen“ – wie wird sie finanziell unterstützt?	Die Schaffung von ausreichend altersgerechten Wohnungen für Seniorinnen und Pflegebedürftige bis 2030 ist Auftrag an die Kommunen, die über kommunale Wohnungsunternehmen selbst altersgerechten Wohnraum schaffen können bzw. Flächen für private Investoren ausweisen können. Altersgerechter Wohnraum kann auch durch Wohnungsanpassung geschaffen werden.

OZ	Stadt / Gemeinde	Anmerkung	Antwort der Verwaltung
17	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	Was heißt „Implementierung von Quartiersmanagern für Senioren“, s. S. 52 – wer bezahlt den Quartiersmanager?	Quartiersmanagement heißt, Bedarfe einrichtungsübergreifend im Quartier anzugehen. Quartiersmanagement macht aus vielerlei Hinsicht Sinn: für die Bewohner im Quartier, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und andere. Dies ist bei der Finanzierung des Quartiersmanagements zu berücksichtigen.
18	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	S. 54: Förderung des Ehrenamts durch öffentliche Anerkennung; wie noch? Ehrenamt ist Ehrenamt, darüber besteht kein Zweifel, jedoch gehört m.E. auch eine kleine materielle Anerkennung in Form eines Ausflugs, einer Bewirtung oder eines kleinen Geschenkes dazu. In unserer Gemeinde Eimeldingen käme ich (nach Gründung eines bürgerschaftlichen Fahrdienstes) auf mindestens 50 Personen, die in irgendeiner Weise im Rahmen der Gemeinde ehrenamtlich tätig sind. Ist da ein Betrag von 500€ / Jahr nicht zu gering?	Bürgerschaftliches Engagement (zu dem auch das Ehrenamt zählt) zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht bezahlbar ist. Engagierte müssen non-monetär motiviert werden. Eine vom tatsächlichen Aufwand unabhängige über die Übungsleiterpauschale hinausgehende Aufwandsentschädigung stellt die Grenze für den BE-Bereich dar. Vom BE zu unterscheiden ist der Niedriglohnsektor.
19	Gemeinde Eimeldingen (Seniorenbeauftragte)	Eine große Hürde für die Teilhabe der Senioren ist die fehlende Mobilität zu bezahlbaren Bedingungen, wie das Papier auf S. 56 feststellt. Wie sieht es in diesem Punkt bzgl. der finanziellen Beteiligung des Kreises aus? Für unsere Gemeinde wäre ein bürgerschaftlicher Fahrdienst geeignet, die Mobilitätslücke zu schließen. Was gibt es da an Unterstützung seitens des Kreises?	Die Finanzierung von Maßnahmen ist nicht Gegenstand des Teilhabeplans.
20	Stadt Lörrach	Dank für die umfangreiche Arbeit der Steuerungsgruppe Anmerkungen werden von der Seniorenbeauftragten der Stadt Lörrach mitgeteilt.	
21	Stadt Lörrach (Seniorenbeauftragte, Frau Hammler)	Punkt 5.9.1: Es wäre wünschenswert, wenn innerhalb 13 Jahren ausreichend altersgerechte Wohnungen zur Verfügung stünden – aber wer entscheidet darüber, was mit „ausreichend“ gemeint ist? Es gibt ja insgesamt zu wenig Wohnraum im Landkreis Lö (vor allem in den Städten) – Wohnraum der zudem barrierearm und auch mit kleineren Renten bezahlbar ist, ist noch schwieriger zu erhalten. Müssen da nicht Anreize geschaffen werden, um dieses hohe Ziel zu erreichen?	Der konkrete Bedarf an altengerechten Wohnungen muss vor Ort festgelegt werden. Zu berücksichtigen sind der Bestand, die Wohneigentumsquote, das Mietpreisniveau, das Vorhandensein von Wohnberatung, das Angebot an ambulanten Diensten etc. Die Ausweitung der staatlichen Wohnungsbauförderung kann die Schaffung von altengerechtem Wohnraum unterstützen.

OZ	Stadt / Gemeinde	Anmerkung	Antwort der Verwaltung
22	Stadt Lörrach (Seniorenbeauftragte, Frau Hammler)	Punkt 5.9.5: Was genau ist denn gemeint mit „Implementierung eines Quartiersmanagers“? Wer soll diese Aufgabe in allen Quartieren übernehmen – wer bezahlen?	Vgl. Antwort zu Ziff. 17
23	Stadt Lörrach (Seniorenbeauftragte, Frau Hammler)	Punkt 10.9.3.2: Kurzzeitpflegeplätze. Der große Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen ist seit Jahren Thema in allen Arbeitsgruppen und Gremien. Betroffene, die verzweifelt auf einen Platz hoffen - Träger, die Bereitschaft signalisieren, aber auch auf den großen Mehraufwand bei der Aufnahme hinweisen, der finanziell nicht gedeckt wird. Wie will da der Landkreis weitere Plätze schaffen, ohne diese Hürde abzubauen bzw. Anreize zu schaffen?	Ganzjährige KUPF-Plätze scheitern nicht an den Investitionskosten, sondern an den Betriebskosten. Zuschüsse zum laufenden Betrieb einer Pflegeeinrichtung werden nach § 82 Abs. 5 SGB XI auf die Pflegevergütung durch die Pflegekassen angerechnet. Entscheidend wird sein, ob es gelingt, eine kostendeckende Vergütung zu vereinbaren. Dazu müsste sie aber auch von den Einrichtungen beantragt werden. Darüber hinaus ist der Betrieb von KUPF sehr personalintensiv, was angesichts des Pflegefachkräftemangels besonders Probleme bereitet.
24	Stadt Lörrach (Seniorenbeauftragte, Frau Hammler)	Punkt 4.1.1: sinnstiftende, bedarfsgerechte Betätigungsmöglichkeiten Wer definiert diese beiden Begriffe ? und wie soll das „sichergestellt“ werden? Nicht jeder Senior möchte nach dem Erwerbsleben ehrenamtlich aktiv werden.	Was sinnstiftende Betätigungsmöglichkeiten sind, ergibt sich daraus, was von den älteren BürgerInnen angenommen wird. Es braucht eine breite Palette: z.B. auch Alltagshelfer (vgl. OZ 14), rechtliche Betreuer, Ortsseniorenräte, Besuchsdienste, Wohnberater u.v.m.
25	Stadt Rheinfelden	Kapitel 7: Hauswirtschaftliche Versorgung. Angaben dazu, unter welchen Voraussetzungen der Landkreis hauswirtschaftliche Dienstleistungen finanziell fördert (Bedarfsplanung)	Über die Kreisförderung informiert die SST Planung & Steuerung in der Altenhilfe. Dort sind auch Anträge auf Anerkennung von Unterstützungsangeboten nach § 45 SGB XI zu stellen.
26	Stadt Rheinfelden	Ziel 7.2.1: Bis 2025. Warum nur für Menschen ohne Pflegestufe / Pflegegrade ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes Angebot an bezahlbaren hauswirtschaftlichen Dienstleistungen?	Anerkannte Pflegebedürftige nach SGB XI haben Anspruch auf hauswirtschaftliche Leistungen entsprechend den dort vereinbarten Sätzen.
27	Stadt Rheinfelden	Tagespflege. Einschätzung des steigenden Bedarfs wird geteilt. Konkrete Erweiterung bereits in Planung.	
28	Stadt Rheinfelden	Betreutes Wohnen. Es sollte auch einen Hinweis auf das betreute Wohnen zuhause geben.	Anregung wurde in Kap. 5.3 aufgenommen.

16 Stellungnahmen der Städte und Gemeinden

OZ	Stadt / Gemeinde	Anmerkung	Antwort der Verwaltung
29	Infoveranstaltung	Der Kreis sollte Schulungen für Besuchsdienste anbieten.	
30	Infoveranstaltung	Der Kreis sollte auf Fördermöglichkeiten hinweisen.	Das geschieht themenbezogen u.a. in den regionalen „Arbeitsgemeinschaften Ambulante Hilfen (AAH)“ und in der „Kreisarbeitsgemeinschaft Ambulante Hilfen (KAAH)“.

17 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

17.1 Abbildungen

Abbildung 1:	Raumschaften (LEP).....	13
Abbildung 2:	Bevölkerung im Landkreis Lörrach nach Altersgruppen am 31.12.2016 - absolut	14
Abbildung 3:	Bevölkerung im Landkreis Lörrach nach Altersgruppen am 31.12.2016 - relativ	14
Abbildung 4:	Bevölkerungspyramide für den Landkreis Lörrach 2012 und 2030	15
Abbildung 5:	Entwicklung der Kreisbevölkerung 2014 bis 2035	15
Abbildung 6:	Entwicklung der Kreisbevölkerung U20 2014 bis 2035	16
Abbildung 7:	Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü20 bisw U40 2014 bis 2035	16
Abbildung 8:	Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü40 bis U65 2014 bis 2035	16
Abbildung 9:	Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü65 bis U75 2014 bis 2035	17
Abbildung 10:	Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü75 bis U85 2014 bis 2035	17
Abbildung 11:	Entwicklung der Kreisbevölkerung Ü85 2014 bis 2035	17
Abbildung 12:	Lebenserwartung in Baden-Württemberg bei der Geburt 1901 bis 2050 ...	19
Abbildung 13:	Wanderungsprofil für den Landkreis Lörrach 2009 - 2012	20
Abbildung 14:	Relative Bevölkerungsvorausrechnung für den Landkreis Lörrach 2014 - 2035 - Männer	21
Abbildung 15:	Relative Bevölkerungsvorausrechnung für den Landkreis Lörrach 2014 - 2035 - Frauen	22
Abbildung 16:	Relation der Altersgruppen "Ü40 - U64" zu den "Ü85" in 2014 bis 2035...22	22
Abbildung 17:	Anteil der Seniorenhaushalte (nur Ü65) im Landkreis Lörrach 2011	27
Abbildung 18:	Anteile der Haushalte mit Senioren (Ü65) und Jüngeren im Landkreis Lörrach 2011	28
Abbildung 19:	Heimbewohner pro 1.000 Ü75 nach letztem gewöhnlichem Aufenthaltsort im Landkreis am 31.10.2013	29
Abbildung 20:	Wohneigentümerquote im Landkreis Lörrach 2011	31
Abbildung 21:	Demenzarten nach ihrer Häufigkeit	33
Abbildung 22:	Eckdaten der Pflegestatistik 2013 für den Landkreis Lörrach	38
Abbildung 23:	Pflegebedürftige in B.-W. 2011 und 2030 nach Art der Pflege.....	39
Abbildung 24:	Heimkosten, Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile nach Pflegestufen in B.-W. und im Landkreis Lörrach 2013	40
Abbildung 25:	Anteil der Heimbewohner in Baden-Württemberg nach Bezug von Hilfe zur Pflege (SGB XII) 2001 - 2011	40
Abbildung 26:	Bevölkerung in Baden-Württemberg am 9.5.2011 nach Migrationshintergrund und Altersgruppen.....	41
Abbildung 27:	Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen in Deutschland 2010 nach Migrationshintergrund	42

Abbildung 28:	Sportliche Aktivitäten der 65-85-jährigen (mindestens 1 mal / Woche).....	48
Abbildung 29:	Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner zum Jahresende 2010 im Landkreis Lörrach.....	65
Abbildung 30:	Einwohner pro Hausarzt - Mittelbereiche 2030.....	66
Abbildung 31:	Entfernung zum nächsten Hausarzt 2030	66
Abbildung 32:	Einwohner pro physikalischer Therapeut.....	68
Abbildung 33:	Physiotherapeuten im Landkreis Lörrach 2016	68
Abbildung 34:	Anzahl der öffentlichen Apotheken im Landkreis Lörrach 2014.....	69
Abbildung 35:	Apotheken im Landkreis Lörrach 2016.....	69
Abbildung 36:	Entwicklung der Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach 2001 - 2013	76
Abbildung 37:	Entwicklung der Anteile der Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach 2001 - 2013 nach Leistungsbereichen (SGB XI)	77
Abbildung 38:	Anteile der pflegebedürftigen Frauen im Landkreis Lörrach 2013 nach Leistungsart (SGB XI)	79
Abbildung 39:	Anteile der pflegebedürftigen Männer im Landkreis Lörrach 2013 nach Leistungsart (SGB XI)	79
Abbildung 40:	Pflegestufen der Klienten der ambulanten Dienste im Landkreis Lörrach 2013.....	81
Abbildung 41:	Tagespflegeplätze in den Planungsräumen des Landkreises Lörrach am 31.10.2013.....	83
Abbildung 42:	Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2013 nach Pflegestufen.....	85
Abbildung 43:	Herkunft der Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2013 nach Wohnort.....	86
Abbildung 44:	Herkunft der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013	88
Abbildung 45:	Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013 nach Pflegestufen	89
Abbildung 46:	Durchschnittliche Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013	90
Abbildung 47:	Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach nach Wohnform bzw. vorherigem Aufenthaltsort zum 31.10.2013.....	90
Abbildung 48:	Dauerpflegeplätze (inkl. eingestreute Kurzzeitpflege) im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013	96
Abbildung 49:	Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen (inkl. eingestreute Kurzzeitpflege) im Landkreis Lörrach zum 31.10.2013.....	97
Abbildung 50:	Plätze in Einzel- und Doppelzimmern in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013	98
Abbildung 51:	Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach nach vorherigem Wohnort am 31.10.2013	100
Abbildung 52:	Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach vorherigem Wohnort	101

Abbildung 53:	Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013 nach Pflegestufen.....	101
Abbildung 54:	Durchschnittliche Verweildauer der HeimbewohnerInnen in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach am 31.10.2013....	102
Abbildung 55:	Anteil der SozialhilfeempfängerInnen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2006 - 2013.....	103
Abbildung 56:	Zunahme des Pflegepersonals 2011 - 2013 in Baden-Württemberg und im Landkreis Lörrach.....	116
Abbildung 57:	Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Landkreis Lörrach bis 2030 - Varianten	120
Abbildung 58:	Vorausschätzung des Bedarfs an Langzeitpflegeplätzen	120
Abbildung 59:	Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen (ganzjährig) bis 2030 - Varianten	121
Abbildung 60:	Vorausschätzung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030.....	121
Abbildung 61:	Bedarf an Tagespflegeplätzen bis 2050 - Varianten	123
Abbildung 62:	Vorausschätzung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen bis 2030 - Varianten	123

17.2 Tabellen

Tabelle 1:	Bevölkerung in Land und Landkreis 2014 bis 2035 nach Altersgruppen (mit Wanderungen)	18
Tabelle 2:	Durchschnittliche Rentenzahlungen in Bund, Land und Landkreis Lörrach (Stand: 01.07.2010)	29
Tabelle 3:	Häufige Erkrankungen im Alter nach Geschlecht	33
Tabelle 4:	Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach 1999 – 2013	37
Tabelle 5:	Einwohner pro Facharzt 2013	67
Tabelle 6:	Pflegebedürftige ab 65 Jahren im Landkreis Lörrach nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung am 15.12.2013	78
Tabelle 7:	Ist-Bestand an Tagespflegeangeboten im Landkreis Lörrach am 31.10.2013.....	84
Tabelle 8:	Tagespflegegäste in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Lörrach 2013 nach Besuchshäufigkeit	84
Tabelle 9:	Stationäre Pflege (inkl. eingestreuete Kurzzeitpflege) am 31.10.2013 und Bedarfseckwerte der Fortschreibung des Landespflegeplans 2015 im Landkreis Lörrach	97
Tabelle 10:	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht bezogen auf 1.000 Einwohner der gleichaltrigen Bevölkerung in B.-W. am 15.12.2013	104
Tabelle 11:	Leistungen nach SGB XI für Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart 2013.....	105
Tabelle 12:	Leistungen nach SGB XI für pflegebedürftige Männer im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart in 2013.....	105

Tabelle 13:	Leistungen nach SGB XI für pflegebedürftige Frauen im Landkreis Lörrach nach Alter und Pflegeart 2013.....	106
Tabelle 14:	Bestand an Dauerpflegeplätzen (inkl. eingestreute und ganzjährige Kurzzeitpflegeplätzen) im Jahr 2016 sowie vorausgerechneter Bedarf für das Jahr 2030.....	107
Tabelle 15:	Bestand an Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für 2030	110