

Alternde Bevölkerung – steigender Pflegebedarf – eine Herausforderung für die Kommunen

Heinz Wedde, Holger Rohde, Kommunalen Pflegeverband Schleswig-Holstein (KOPF)

Die Bevölkerung Deutschlands altert rasant. Besonders die Zahl der Hochbetagten wird in den nächsten Jahren beträchtlich ansteigen. Die Bevölkerungsvorausschätzung rechnet für 2050 mit bis zu zehn Millionen Menschen im Alter über achtzig, und das bedeutet etwa eine Verdreifachung gegenüber heute. Gleichzeitig geht die Zahl der Bevölkerung im produktiven Alter deutlich zurück. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist das in doppelter Weise von Bedeutung. Einmal werden mehr Pflegepersonen benötigt – im ambulanten wie im stationären Bereich, in der familiären und in der professionellen Pflege. Gleichzeitig wird die aktive Bevölkerung finanziell mit erhöhter Beitragszahlung zur Pflegeversicherung herangezogen.

Die Auswirkungen für Schleswig-Holstein hat das Statistische Amt mit der neuen 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung kürzlich aufgezeigt. Danach wird die Zahl der Hochaltrigen (also der über 80-Jährigen) von heute gut 130.000 in dem überschaubaren Zeitraum bis 2020 auf 208.500 ansteigen und sich bis 2050 auf über 320.000 erhöhen. Mit dem Projekt Pflege Plus Kommunal will der kommunale Pflegeverband für den Bereich der Pflege Hilfen anbieten – mit exakten Informationen und Handlungsempfehlungen. Dieser Beitrag will auf einige deutlich erkennbare Fehlentwicklungen in der Altenpflege hinweisen.

Alter und Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit hängt stark von der gesundheitlichen Lage und damit vom Alter ab. Die Entwicklung der Anzahl der Hochbetagten hat entscheidenden Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit, und ihre Zahl und die der Pflegebedürftigen nimmt aufgrund der demographischen Veränderungen zu. Einmal wachsen geburtenstarke Jahrgänge zunehmend in die Pflegebedürftigkeit hinein, und das führt zu einem stetigen Anstieg. Aus den jüngeren Altersklassen ab etwa 1970 folgen zahlenmäßig kleinere Anteile nach, die ab 2050 die Alterslast wieder verringern. Zum anderen steigt die Lebenserwartung weiter an und damit auch die Zahl der Hochbetagten. Zwar sorgt der medizinisch-technische Fortschritt dafür, dass die Sterblichkeit zurück geht; er kann aber nur teilweise altersbedingte physische Einschränkungen und Demenzerkrankungen verhindern.

Das sogenannte Pflegefallrisiko wächst mit zunehmendem Alter. Liegt der Anteil bei den 60- bis 80-Jährigen noch bei rd.

4 %, so steigt er für die über 80-Jährigen auf mehr als 28 %, und bei den über 90-Jährigen sind es mehr als 60 %. Von vorrangigem Interesse für die zukünftige Angebotsstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen bzw. neuer Wohnformen ist deshalb die Zahl der Hochaltrigen, also der über 80-Jährigen. Sie ist die am stärksten wachsende Altersgruppe überhaupt.

Der Umfang von Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft hängt allerdings auch von der Lebensführung und dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein ab. So hat das Max-Planck-Institut für demographische Forschung (MPIDF) in einer Studie 2006 festgestellt, dass der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Senioren bereits seit 15 Jahren kontinuierlich fällt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei der Altersgruppe der über 95-Jährigen – 1991 waren noch rund 88 % dieser Altersgruppe pflegebedürftig, 2003 betrug die Quote nur noch knapp 70 %. Man könne erwarten, dass der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Senioren auch in den kommenden 20 Jahren deutlich zurückgehen werde.

Die Zahl der Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung hat lt. Pflegestatistik 2005 auf 2,13 Millionen deutlich zugenommen. Zu Hause gepflegt wurden 980.000 Menschen ausschließlich durch Angehörige. Weitere 472.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Insgesamt pflegen daher 1,2 Millionen Menschen einen Angehörigen, der mindestens als „erheblich pflegebedürftig“ eingestuft ist und erhalten dafür Pflegegeld aus der Pflegeversicherung, bekanntlich erheblich weniger als für professionelle Pflegedienste und Pflegeheime gezahlt wird.

Gegenüber 2003 hat die stationäre Versorgung zugenommen. Ganz beachtlich ist der Anstieg der Menschen, die in Pflegeheimen leben. Das waren mit 677.000 Menschen im Bundesdurchschnitt 32 % aller Pflegebedürftigen. Zugleich stieg die Zahl der Heime um rund 700; die der zugelassenen Plätze für vollstationäre Dauerpflege nahm um 6,2% (43.000 Plätze) zu.

Pflegestatistik Schleswig-Holstein

Die demografische Alterung verläuft regional unterschiedlich. Die Zahl der über 80-Jährigen wird in den Hamburg-Randkreisen bis 2020 sehr stark zunehmen – den Spitzenreiter gibt der Kreis Segeberg mit

100 %. Unterdurchschnittlich altern dagegen Großstadtreionen – in den Städten Flensburg, Kiel und Lübeck wächst die Alterslast geringer. Sie sind schon stärker überaltert, während Kommunen mit starker Bauentwicklung und Zuzug jüngerer Familien die Überalterung nachholen und sich langfristig dem Großstadttrend angleichen.

Zur Verteilung der Pflege auf die drei Bereiche häusliche – ambulante – stationäre Pflege – führt die Pflegestatistik 2005 aus: „Die stärkste Bedeutung hat die Pflege in Heimen in Schleswig-Holstein – 40 % aller Pflegebedürftigen wurden dort stationär versorgt. In Hessen hingegen wurden nur ca. 26 % und in Brandenburg rund 27 % der Pflegebedürftigen in Heimen betreut. Niedrige Anteile weisen auch Berlin, Thüringen und Bremen (jeweils rund 28 %) auf. Die stärkste Betreuung allein durch Angehörige erfolgt in Hessen (Anteil: 55 %) und in Rheinland-Pfalz (51 %). Schleswig-Holstein weist – auch infolge der starken Bedeutung der Pflege im Heim – einen niedrigen Wert (40 %) auf. Im Bundesdurchschnitt wurden 46 % der Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt.“

Die höchsten Anteile bei der Heimversorgung haben mit über 45 % die Kreise Segeberg und Schleswig-Flensburg; letzterer infolge des überörtlichen Einzugsbereichs seiner spezialpflegerischen Einrichtungen. Niedrig liegen Flensburg, Plön und Kiel mit ca. 33 %. Die höchste ambulante Pflegequote erreicht Flensburg mit fast 30 %, die niedrigste Lübeck mit ca. 16 %. Den im Vergleich zum Bund niedrigen Durchschnitt in der Angehörigenpflege übersteigen Plön (48 %), Kiel (44 %), Rendsburg-Eckernförde (43 %) und Dithmarschen (42 %), während Pinneberg (35 %), Nordfriesland und Schleswig-Flensburg (36 %) darunter liegen.

Pflegezuwanderer aus anderen Bundesländern

Um für die hohen Anteile der stationären Dauerpflege und die geringe Angehörigenpflege mit Pflegegeldbezug in Schleswig-Holstein eine Erklärung zu finden, müssen die Pflegeeinpender von außerhalb des Landes mit rd. 5.500 Personen berücksichtigt werden. Das waren 2004 etwa 14 % aller Heimbewohner. Vor allem in Umlandkreisen zu Hamburg, in Stormarn, Segeberg, Herzogtum Lauenburg und Pinneberg, hat die Pflegezuwanderung erhebliche Bedeutung. Im Kreis Segeberg sind beispielsweise weniger als 50 % der Heimplätze mit Bewohnern aus dem Kreis ausgelastet – manche Heime haben zwei Drittel ihrer Plätze mit Hamburgern belegt. Aber auch im Fremdenverkehrskreis Ostholstein und im Lübecker Stadtteil Travemünde ziehen viele pflegebedürftige Ruheständler aus anderen Bundesländern zu.

Die Gründe für die Heimplatzsuche in Schleswig-Holstein sind vielfältig. In den

Hamburggrandkreisen geht es manchmal um nachziehende Angehörige von Kindern, die dort gebaut haben, die Küstengemeinden werden wegen ihrer landschaftlichen und touristischen Werte als Altersruhesitze gesucht. Häufiger spielt die Höhe der Entgelte eine Rolle für den Zuzug in schleswig-holsteinische Heime. Die Pflegezuwanderer aus anderen Bundesländern sind ausschließlich an Heimplätzen interessiert, eine alternative Versorgung, z. B. durch ambulante Dienste, streben sie nicht an.

Geringere häusliche Pflege in Schleswig-Holstein

Auch unter Berücksichtigung der Pflegeimmigranten bleibt ein erhöhter Anteil stationärer Dauerpflege gegenüber dem Bundesdurchschnitt. Die Angehörigenpflege liegt bei uns schätzungsweise um etwa 4 %-Punkte niedriger. Nun fragt sich, warum Schleswig-Holsteiner z. B. im Vergleich mit Einwohnern aus Hessen und Rheinland-Pfalz weniger für ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause sorgen. Denkbar ist dafür ein ganzes Ursachenbündel:

- Ambulante Angebote bieten nicht immer eine volle Palette von Dienstleistungen, die für ein Verbleiben in der eigenen Wohnung und für die Angehörigenpflege notwendig sind. Es fehlt z. B. an sogenannten niederschweligen Diensten zu günstigen Konditionen – im hauswirtschaftlichen und technischen Sektor.
- Es gibt keine flächendeckenden Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige, und auch die Pflegeüberleitung nach einem Krankenhausaufenthalt ist nicht überall gut organisiert. Der direkte Weg von der Klinik ins Pflegeheim ist dann schnell gefunden.
- Eine gewisse Sogwirkung zur Heimunterbringung dürfte von der Überversorgung mit Pflegeplätzen ausgehen. Vor allem die überdurchschnittlich hohe Zahl kleiner privater Heime mit unterdurchschnittlichen Entgelten erleichtert die Entscheidung zur stationären Versorgung. Schleswig-Holstein weicht bei diesen Faktoren deutlich vom Bundesdurchschnitt ab. Mit über 24 % mehr Heimplätzen bezogen auf die Einwohnerzahlen ab 80 Jahren (im Bund 2003 mit 206,8 Plätzen je 1.000 Einwohner über 80-Jährigen und in Schleswig-Holstein mit 257,3 Plätzen) weist das Land die zweithöchste Heimplatzausstattung aus, übertrifft nur von Mecklenburg-Vorpommern. Die aktuelle Überversorgung dürfte sich auf rd. 8.000 Betten belaufen.
- Verstärkt wird bisher der Trend zur stationären Pflege durch den finanziellen Anreiz der Pflegeversicherungsleistungen. Während die Angehörigenpflege in der Stufe 1 nur mit einem monatlichen Pflegegeld von 205 € belohnt wird und bei Pflege durch einen ambulanten

Dienst 384 € gezahlt werden, trägt die Pflegekasse für die Heimversorgung 1.023 € bei. Unter Abwägung der finanziellen Leistungen und der Mietkosten in der eigenen Häuslichkeit kann sich also die Heimpflege „finanziell lohnen“. Das veranlasst offenbar Angehörige, die Pflege im Heim zu bevorzugen, auch wenn die Pflegebedürftigen lieber zu Hause geblieben wären. Umso wichtiger ist die Änderung durch das aktuelle Weiterentwicklungsgesetz zur Pflegeversicherung, das die Leistungen für die häusliche Pflege noch in diesem Jahr attraktiver ausgestalten wird.

Nun gelten viele der Ursachen für alle Bundesländer, also auch für die mit höheren Anteilen von Angehörigenpflege. Letztlich bleibt es denn der fachlichen Forschung überlassen, weitere Gründe für das unterschiedliche Verhalten zu untersuchen und zu bewerten.

Zusätzliche Heimneubauten sind keine Lösung

In Schleswig-Holstein sind mehr als 37.000 Pflegebetten in Heimen vorhanden. Investoren unterstellen auch heute noch einen demographisch bedingten weiter steigenden Bedarf an stationärer Versorgung. Sie versprechen Anlegern ansehnliche Gewinne im „Wachstumsmarkt Pflegeimmobilien“ und sammeln kräftig Eigenkapital ein, für das sie Renditen bis zu zehn und mehr Prozent ankündigen. Den echten Bedarf beurteilen viele Experten weniger euphorisch. Wegen der hohen Nachfrage nach solchen Heimanlagen wird die Gefahr einer kurzfristigen Preisblase befürchtet.

Nach dem jüngsten Pflegebericht des Statistischen Bundesamtes stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren weit geringer, als die Bevölkerungsgruppe der Senioren insgesamt. Zudem liegt die Belegung der Pflegeheime in Schleswig-Holstein durchweg unter dem Bundesdurchschnitt bei weniger als 90 %. Wegen der Kalkulation mit dem Auslastungsfaktor 96 % ist die Refinanzierung aus den Heimentgelten häufig nicht mehr sicherzustellen. Die wirtschaftliche Lage der Heime lässt sich auch mit Pflegesatzanhebungen nicht verbessern, weil sie gegenüber den Pflegekassen und am „Pflegemarkt“ nicht durchsetzbar sind. Insbesondere die Personalkosten geraten mehr und mehr unter Druck, und die Tarifsysteme sind unflexibel geworden.

Zu der Ausstattung der Kreise mit Pflegeplätzen hat der Heimerbericht 2006 des BM-FJS einen Ländervergleich der Versorgungsdichte (Platzzahl auf 1.000 Einwohner über 80 Jahren) dargestellt. Danach ergaben sich bereits 2003 überdurchschnittlich hohe Versorgungsquoten in Mecklenburg-Vorpommern (281,1), Schleswig-Holstein (257,3), Brandenburg (227,8), Berlin (227,1) und Niedersachsen (226,8). Der bundesweite Durchschnitt lag

seinerzeit bei 206,8. Schleswig-Holstein übertraf ihn um fast 25 % und lag hinter Mecklenburg-Vorpommern an zweiter Stelle. Inzwischen entwickelt sich die Versorgungsdichte bei uns auf über 280. Spitzenreiter ist der Kreis Segeberg mit rd. 400 Plätzen auf 1.000 über 80-jährige Einwohner.

In Schleswig-Holstein wurde spürbar über den Bedarf gebaut, weil Investoren auf eine deutlich steigende Nachfrage setzten und sich gute Renditen versprachen. Aktuelle Pressemeldungen über weitere Planungen im Lande lassen erkennen, dass sich der Trend noch fortsetzt. Auffällig ist die Konzentration großer Einrichtungen in der Hand von bundesweit tätigen Pflegekonzernen, die sich keinesfalls nur auf örtliche Bedürfnisse ausrichten, sondern Heimbewohner von weither akquirieren. Zu befürchten ist eine qualitative Verschlechterung der Heimpflege infolge des Überangebotes und ein schärferer Verdrängungswettbewerb. Betroffen werden vor allem ungünstige Standorte, bauliche, pflegfachliche und wirtschaftliche Schwächen sein. Ein Verfall von Immobilienwerten wird damit einhergehen.

Die künftigen pflegerischen Anforderungen und finanzpolitischen Probleme der Pflegeversicherung aufgrund der zunehmenden Alterslast lassen sich nur durch ein Bündel von Maßnahmen und nicht durch einseitige Entwicklungen des stationären Bereichs lösen. Dazu gehören insbesondere die Verstärkung der häuslichen und ambulanten Pflege und regionale Konzepte und Dienstleistungen, die den Menschen einen Verbleib in ihrer Wohnung ermöglichen. Die Landesregierung hat diese Ziele in Aktionsprogrammen dargestellt und alle Beteiligten aufgefordert, an diesen Aufgaben mitzuwirken. Eine Überversorgung mit Heimplätzen konterkariert solche Bemühungen.

Pflegeheime sollen dem örtlichen Bedarf im Einzugsbereich dienen. Das ist das entscheidende Kriterium für die Größe einer Einrichtung. Ein weiterer Platzbedarf sollte eher durch mehrere dezentrale, gemeindenahe Einrichtungen in einer Größenordnung bis max. 80/90 Plätzen als durch Großprojekte gedeckt werden. Um neue Mammutheime wirtschaftlich betreiben zu können, werden mit groß angelegten Akquisitionsmaßnahmen Pflegezuwanderungen weit über den örtlichen Bereich ausgelöst. Daraus können erhebliche Soziallasten entstehen, für die nicht immer die ursprünglichen Wohnregionen aufkommen.

Heimgroßprojekte werden hauptsächlich für Kapitalanleger entwickelt. Sozialplanerische Aspekte bleiben dabei auf der Strecke. Von Heiminvestoren (z. B. von Fonds für Sozialimmobilien) werden hohe Renditezusagen erwartet, die über Pachten von den Betreibern erwirtschaftet und mit den Investitionskostenanteilen an die Heimbewohner weitergeben werden müssen.

Manche Kommunen erhoffen sich von neuen Heimprojekten positive Arbeitsplatzeffekte. Die mögen auch dort zu begrüßen sein, wo eine Mangelversorgung mit Heimplätzen besteht. Das ist aber nur sehr selten noch der Fall, es gibt in Schleswig-Holstein eigentlich keinen Kreis und keine kreisfreie Stadt mehr ohne Überversorgung. Einen weiteren Erfolg erwartet man vielfach mit der Stützung des heimischen Baugewerbes. Auch dies trifft nur selten ein, weil Investoren neben ihren Planern und Architekten Generalüber- bzw. Generalunternehmer für ihre Projekte aus ganz anderen Regionen „mitbringen“. Insgesamt stört eine Überversorgung die geordnete Weiterentwicklung zur zukunftsweisenden und bedarfsgerechten sozialen Daseinsvorsorge. Deshalb ist zu raten, Planungen in erster Linie auf den Bestandserhalt und auf die baulichen Modernisierungen vorhandener Einrichtungen auszurichten. In den nächsten Jahren (bis etwa 2015) mit etwas geringerem Wachstum der Zahl Hochaltriger sollten nur Wohnformen mit alternativen Betreuungsangeboten für den eigenen Bedarf gefördert werden. Besonders wichtig ist der Ausbau der ambulanten Versorgung. Auf jeden Fall sollte nicht der Immobilienbranche die Entscheidung überlassen bleiben, wie viele Heimpflegeplätze durch neue Heimprojekte geschaffen werden. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. hat als bundeszentrales Forum der Kommunen und der Wohlfahrtsorganisationen mehrfach auf die Notwendigkeit eines Gesamtkonzepts für die Lösung der Pflege hingewiesen. Darin sind neben der Weiterentwicklung des sozialen Leistungsrechts auch die Familien, das soziale Umfeld und die Infrastruktur in der Kommune einzubeziehen – eingebunden in ein Gesamtkonzept verstärkter Bemühungen der kommunalen Seite mit der kommunalen Daseinsvorsorge. Beginnen müssen die Bemühungen im Vorfeld von Hilfsbedürftigkeit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Alter. Auch der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen sowie der Kommunale Pflegeverband Schleswig-Holstein e. V. haben mehrfach dazu aufgerufen, das „Gesamtpflegeproblem“ möglichst als Querschnittsaufgabe und „Chefsache“ eines jeden Bürgermeisters anzugehen.

Heimentgelte und deren Finanzierung

Bekanntlich trägt die Pflegeversicherung nur einen Teil der Heimentgelte. Hinzu kommen die Leistungen für die Investitionskosten mit dem Pflegewohngeld. Heimbewohner oder auch Angehörige zahlen im Rahmen ihrer finanziellen Verhältnisse die Differenz zu den vollen Sätzen. Die Beteiligung der Sozialhilfe an der „Pflegelücke“ ist heute schon erheblich. Sie liegt bei etwa einem Drittel der nicht gedeckten Heimpflegekosten und wird in

Zukunft stark steigen.

Gegenüber der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist die Pflege im Heim aller Regel aufwendiger. Zahlreiche Bewohner der Stufen 0, 1 und 2 könnten unproblematisch ambulant versorgt werden. Bei den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung ist die vollstationäre Pflege mit über 50 % am bedeutendsten. Erst weit danach kommen das Pflegegeld für die Angehörigenpflege und die ambulanten Pflegeschleistungen. Zur Erinnerung – fast 70 % aller Pflegebedürftigen leben nicht in Heimen.

Viele Fachleute warnen vor der Überforderung der Pflegeversicherung, und ganz sicher werden die Beitragszahlungen auch nach der aktuellen Erhöhung in diesem Jahr nicht lange ausreichen, um die Leistungen zu finanzieren. Prognoserechnungen halten bei einer Fortsetzung des Status Quo für 2050 einen Beitragssatz zwischen 4 und 6 % für notwendig. Die verstärkte Heimpflege hätte ein weiter beschleunigtes Ausgabenwachstum in der Pflegeversicherung und Sozialhilfe zur Folge.

Nun soll der Arbeitsplatzeffekt durch stationäre Pflegeeinrichtungen nicht unerwähnt bleiben. Ob dieser aber langfristig die Nachteile durch die Veränderung der Alters- und Sozialquoten und deren finanzielle Belastungen ausgleicht, müsste zumindest ernstlich hinterfragt werden. Aus anderen Bundesländern sind Szenarien zum Vergleich der pflegerischen Versorgung mit stationärem oder ambulantem Vorrang bekannt, im Ergebnis mit einer Zielplanung zu mittleren bzw. vorrangig ambulanten Alternativen.

Kommunale Daseinsvorsorge und Sozialplanung

Die Pflegeversicherung hat ab 1995 mit ihren Leistungsansprüchen nur einen Teil der sozialen Vorsorge geordnet, keineswegs das Problem in seiner Gesamtheit gelöst. Vielmehr muss die gesetzliche Versicherungssolidarität durch lokale Solidarität vor Ort ergänzt werden. Diese Solidarität entfaltet sich nicht von selbst, sondern braucht fördernde Rahmenbedingungen, fachliche Begleitung und der Unterstützung durch die Kommunalpolitik. Die Kommune ist der Ort, wo der demografische und sozialstrukturelle Alterswandel am deutlichsten in Erscheinung tritt. Sie ist zuständig für die sozialen Anliegen der örtlichen Gemeinschaft – die soziale Daseinsvorsorge – und ihr kommt die Letzt- und Gesamtverantwortung für die soziale Infrastruktur ihrer Bevölkerung zu. Nach § 8 SGB XI haben Land, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen eng zusammenzuwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Verbindung von freiwilligem ehrenamt-

lichem Engagement und sozialen Netzwerkstrukturen mit Diensten und Einrichtungen kann nur auf (unterer) kommunaler Ebene gelingen. Bürgerschaftliche- und Selbsthilferessourcen müssen vor Ort aktiviert werden. Die Kommunen sind insbesondere gefordert, wenn es darum geht, die erforderlichen Hilfen, soziale Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen auf der örtlichen Ebene zu initiieren, zu moderieren, zu organisieren und letztendlich in gemeinsamer Verantwortung mit den anderen Leistungs- und Kostenträgern zu gewährleisten. Es sollte deshalb auch selbstverständlich sein, Beratungsstellen (z. B. auch die geplanten Pflegestützpunkte) auf unterer kommunaler Ebene anzusiedeln.

Damit wird die Aufgabe der „Hilfe zur Pflege“ tendenziell einer „Kommunalisierung“ unterworfen und die kommunale Daseinsvorsorge mit dem Blick auf das Gesamtproblem der Pflege an Bedeutung gewinnen müssen. Das heißt nun keinesfalls, dass Kommunen diese Aufgabe selbst erfüllen müssen, sondern allenfalls dann, wenn das nicht ebenso gut auf andere Weise, insbesondere durch Private und freigemeinnützige Organisationen, sichergestellt werden kann.

Neue Aufgaben in veränderter Pflege-landschaft

Die Heimlastigkeit in Schleswig-Holstein hat heute schon zu kaum mehr revidierbaren negativen Folgen geführt. Umso wichtiger ist es, schnell und zielstrebig gegenzusteuern. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie der Wunsch alter Menschen unterstützt werden kann, im Alter auch bei Pflegebedürftigkeit möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Beginnen müssen die Überlegungen mit einer Erhebung aller wohn- und pflegerelevanten Daten.

Dies ist ein Hauptziel des Projektes „Pflege Plus – Kommunal“ des Kommunalen Pflegeverbandes Schleswig-Holstein e.V.. Mit Fördermitteln des Sozialministeriums haben die Kommunalen Landesverbände beim Kommunalen Pflegeverband Schleswig-Holstein e.V. die Kommunale Koordinierungsstelle zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung „Pflege Plus – Kommunal“ errichtet. Sie hat am 1.8.2007 ihre Arbeit aufgenommen.

Die Koordinierungsstelle hat folgende Aufgaben:

- Entwicklung einer regionalspezifischen Pflegebedarfsplanung in verschiedenen Regionen des Landes einschließlich Aufbau einer landesweiten Datenbank.
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die zukünftige Pflegebedarfsplanung unter besonderer Berücksichtigung interkommunaler Belange
- Informationsvermittlung und Bewusstseinsbildung der Projektbeteiligten.

Ziele und Hintergrund

Das Projekt ist eine Ergänzung der Pflegequalitätsoffensive des MSGF Pflege Plus durch ein auf kommunale Aktivitäten abgestimmtes Programm. Die Projektbeteiligten gehen davon aus, dass die Bedeutung der Kommunen als Kosten- und Leistungsträger vor allem durch die Entwicklung der Sozialhilfe und der kommunalen Daseinsvorsorge zunehmen wird und Kommunen wieder Aufgaben der Steuerung und Angebotsentwicklung übernehmen müssen (Revitalisierung der kommunalen Daseinsvorsorge). Kommunen müssen sich „demographiefest“ machen, d. h. umschalten auf vernetztes Denken und ressortübergreifendes nachhaltiges Handeln.

Insgesamt – so die Projektbeschreibung – muss es zu einer Optimierung der Bedarfs-, Versorgungsplanung und Leistungsgewährung durch eine ganzheitliche Gesamtlösung des „Problems Pflegebedürftigkeit“ (Vorbeugung, Vermeidung, Optimierung der Hilfen kommen durch soziale Einbindung, Überwindung usw., eingebettet in einen sozialen Kontext von familiärer und freiwilliger Unterstützung, wirtschaftlich, sozialpolitisch und qualitativ optimal).

Das ist auch die Quintessenz des Gesetzesentwurfs für ein Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) mit dem Ziel der Errichtung von Pflegestützpunkten. Die Kommunalen Spitzenverbände haben diesen Vorschlag im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens stark unterstützt und die Koordinierungsverantwortung für diese Strukturen gefordert. Nach Verabschiedung des PfwG könnten sie tatsächlich die große Stärke der Pflegereform werden.

Kommunen, Verbände und Vereinigungen, die sich für eine planvolle Entwicklung in der Altenhilfe vor Ort interessieren, können mit dem Kommunalen Pflegeverband in Kiel Kontakt aufnehmen und sich dort beraten lassen oder in konkreten Projekten mitarbeiten.

Anschrift:

Kommunaler Pflegeverband Schleswig-Holstein e.V.

Dänische Str. 17, 24103 Kiel

Tel.: 04 31/9 82 82 78

Fax: 04 31/5 19 21 71

e-mail: kopf-sh@t-online.de

info@kopf-sh.de

Internet: www.kopf-sh.de

Wohnwünsche älterer Menschen berücksichtigen

Das wesentliche Ziel muss die Erhaltung der selbständigen Lebensführung Älterer in eigener Häuslichkeit sein – auch bei körperlichen Einschränkungen. Dadurch soll möglichst ein ungewollter Umzug ins Pflegeheim vermieden oder hinausgezögert werden. Hilfen können über Wohnberatung und Wohnungsanpassung gegeben werden. Träger dieser Angebote können Wohnungsgesellschaften und -genossenschaften, Kommunen, Wohlfahrtsverbände und andere sein. Außerdem bietet es sich an, dieses Beratungsangebot an ein Seniorenbüro anzugliedern bzw. dort zu integrieren.

Weiter sollten alternative und altersgerechte Wohnangebote gemeindenah – möglicherweise in Kooperation mit kommunalen Nachbarn und Wohnungsbau-trägern – vorhanden sein. Dort bleiben älteren Menschen mehr Selbstständigkeit, mehr soziale Teilhabe und mehr Lebensqualität. Inzwischen liegen auch Erfahrungen mit der Umnutzung leerstehender landwirtschaftlicher Gebäude zu Wohnzwecken vor. Denkbar ist es durchaus, in solchen Objekten altengerechte Wohnungen zu schaffen und alteingesessenen Dorfbewohnern den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Selbst für Demente sind neue Wohnformen in kleineren betreuten Wohngemeinschaften möglich und erprobt. Wahrscheinlich wird für diese Gruppe aber das Pflegeheim noch lange seine Bedeutung behalten.

Auf jeden Fall sind Großprojekte, die Rundumlösungen versprechen und eigentlich nur für Geldanlagen nützlich sind, kritisch zu werten. Leider bestehen nur wenige Möglichkeiten, um nicht erwünschte Mammutheime zu verhindern, denn weder die Pflegebedarfsplanung der Kreise noch die Bauleitplanung enthalten dafür geeignete und ausreichende Instrumente. In der Praxis geht es häufig aber nicht um Verbote, sondern darum, sich Wünschen von interessierter Seite zu verweigern und diese nicht zusätzlich zu för-

dern – möglicherweise durch die Bereitstellung von Flächen aus öffentlicher Hand.

Stärkung der häuslichen Wohnsituation

In einem nächsten Schritt geht es darum, die Gestaltung eines altersgerechten Wohnumfeldes als besondere Handlungsaufgabe zu erkennen. Daseinsvorsorge setzt dabei an mit der Moderation, Koordination und Kooperation verschiedener Akteure vor Ort und der Gewinnung neuer Partner mit dem Ziel, ein Netz von Hilfsangeboten aufzubauen. Angebote eines solchen sozialen Hilfsnetzes sind z. B. gemeindenah ambulante Pflegedienste und Hilfen für pflegende Angehörige, Zusammenarbeit professioneller und ehrenamtlicher Hilfsdienste und die Sicherstellung „niederschwelliger Dienstleistungen“ für das Wohnen zu Hause (Besuchsdienste, Betreuungsgruppen oder Helferkreise zur Entlastung von Angehörigen, Telefonketten, Hol- und Bringendienste, Hausnotruf, stationärer Mittagstisch und Essen auf Rädern, kleine technische Hilfen, Reinigungsdienste).

Der wichtigste Aspekt ist die Stärkung der bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Mitarbeit. Wohlfahrtsverbände und bürgerschaftliche Initiativen bemühen sich seit jeher um eine organisierte Form des freiwilligen Engagements, mit der die Lebensqualitäten älterer Menschen verbessert und vorschnelle Heimaufnahmen verhindert werden können. Bisher sind solche Überlegungen bei Pflegekonzernen mit bekannt geworden. Wenn aber Kommunen und Verbände ihre stationären Einrichtungen infolge des starken Verdrängungswettbewerbs aufgeben, beeinträchtigt das zweifellos auch die ehrenamtlichen Aktivitäten.

Dem bürgerschaftlichen Engagement gilt es, mit aktiver Unterstützung zur Übernahme von Verantwortung für Aufgaben des Gemeinwohls eingebunden zu werden und die Zusammenarbeit (z. B. von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden) zu fördern. Dazu sind, um nur ein Beispiel zu nennen, Räume und Treffpunkte für die Arbeit mit Ehrenamtlichen notwendig. In der Hand solcher Initiativen zahlt sich jeder Euro kommunaler Unterstützung mit dem Mehrfachen aus.

Herausforderungen kommunaler Seniorenpolitik – Potenziale des Alters nutzen

Uwe Lübking, Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

1. Demographische Entwicklung

Nachdem der demographische Wandel zunehmend in das öffentliche und politi-

sche Bewusstsein gerückt ist, wird die Suche nach Lösungen und Anregungen zur praktischen Bewältigung zu einem zentra-

len Thema. Der demographische Wandel ist eine, wenn nicht die zentrale Herausforderung für die Städte und Gemeinden. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Familien-, Alten- und Seniorenpolitik einen Schwerpunkt der Kommunalpolitik bilden. Die Städte und Gemeinden als die Orte, in denen die Menschen leben, müssen sich auf die umfassenden Veränderungen vorbereiten und zukunftsfähig machen. Die demographische Entwicklung hat Rückwirkungen auf