



LANDKREIS
GÖPPINGEN

SENIORENPLAN

für den Landkreis Göppingen
Neuaufgabe 2018



www.landkreis-goeppingen.de/seniorenplan



Herausgeber



LANDKREIS
GÖPPINGEN

E-Mail: kreissozialamt@landkreis-goeppingen.de
Internet: www.landkreis-goeppingen.de

Bearbeitung

Dr. Alexandra Klein
Bettina Ghiorghita

Kommunalverband für Jugend und Soziales
Baden-Württemberg,
Referat Sozialplanung, investive Förderung



Koordination

Hans-Peter Gramlich
Rudolf Dangelmayr
Isolde Engler
Isabell Schröder

Dezernent für Jugend und Soziales
Leiter Kreissozialamt
Altenhilfefachberaterin Landkreis Göppingen
Altenhilfefachberaterin Landkreis Göppingen

November 2017

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.



Vorwort

Der Landkreis Göppingen beschäftigt sich seit mehreren Jahren intensiv mit dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die Seniorenpolitik im Landkreis und legt nun einen informativen Seniorenplan vor.

Dieses Exemplar stellt die Fortschreibung des Kreisalten- und Kreispflegeplans, der im Oktober 2005 verabschiedet wurde, dar. Der Kreispflegeplan wurde in den Jahren 2007 und 2009 für die teil- und vollstationäre Pflege fortgeschrieben.

An der Neuauflage des Seniorenplans wirkten der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg und viele aktive Vertreterinnen und Vertreter aus der Altenhilfe und Politik im Landkreis mit. Sie brachten ihre fachlichen Impulse und Ideen in Fachgesprächen und Fachbeiratssitzungen zum Ausdruck und ließen somit ihr Expertenwissen mit in das Werk einfließen.

Der demografische Wandel macht sich zunehmend im Landkreis Göppingen bemerkbar. Die Vorausberechnung der Altersgruppe „über 65“ bis zum Jahr 2030 zeigt, dass bis zu diesem Zeitpunkt mehr als jeder vierte Einwohner im Landkreis Göppingen über 65 Jahre alt sein wird. Das ist ein Zuwachs dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung von sieben Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2014.

Dies stellt die Akteure im Landkreis Göppingen vor große Herausforderungen. Im Laufe des Fortschreibungsprozesses wurde deutlich, dass für deren Bewältigung zunehmend die Netzwerkarbeit der verschiedenen Partnerinnen und Partner an Bedeutung gewinnt.

Der Landkreis sieht es in seiner Verantwortung diese trägerübergreifenden Verbindungen und Netzwerke zu schaffen und auszubauen, um das vorhandene Engagement und Fachwissen unserer Fachkräfte optimal für die Umsetzung des Plans nutzen zu können.

Dem Landkreis ist es ein Anliegen, dass die Seniorinnen und Senioren sich in ihrer vertrauten Umgebung wohlfühlen und diese altersgerecht gestaltet ist. Nachbarschaftliche Beziehungen werden zunehmend bedeutender sowie ehrenamtliches Engagement in Form von Einkaufsdiensten, Bürgerbussen und Besuchsdiensten. Mehrgenerationenprojekte mit gegenseitiger Unterstützung der verschiedenen Altersgruppen sind zukunftsweisend. Die soziale Integration geht damit einher.

Die Initiative des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg mit ihrem Ideenwettbewerb „Quartier2020“ im Jahr 2017 gilt als richtungsweisend. Sozialräumliches Denken und Arbeiten sind Grundvoraussetzungen, um in den Ansatz der Quartiersarbeit in der Gemeinwesenarbeit einsteigen zu können.

Allen Beteiligten gilt mein herzliches Dankeschön für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement. Mit diesem Expertenteam werden innovative Ideen in der Seniorenpolitik im Landkreis Göppingen in den nächsten Jahren umgesetzt werden können.

Das Wohl unserer älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger wird weiterhin ein besonderes Anliegen des Landkreises sein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Wolff', written in a cursive style.

Edgar Wolff

Landrat

Inhaltsverzeichnis

1	Planungsgrundlagen.....	5
1.1	Auftrag und Rahmenbedingungen.....	5
1.2	Planungsprozess und Beteiligung	6
1.3	Aufbau des Seniorenplans	10
2	Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen	11
2.1	Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Göppingen zwischen 1990 und 2030.....	12
2.2	Entwicklung der Bevölkerung in den Gemeinden des Landkreises Göppingen....	13
2.3	Altersstruktur	14
2.4	Lebenslagen von Senioren.....	19
2.4.1	Familien- und Haushaltsformen	20
2.4.2	Einkommenssituation.....	21
2.4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	27
3	Leben und Wohnen im Alter, Infrastruktur und Mobilität.....	28
3.1	Wohnsituation älterer Menschen	29
3.1.1	Wohnen in der bisherigen Wohnung	30
3.1.2	Besondere Wohnformen für ältere Menschen	32
3.1.3	Bauliche Gestaltung und Ausstattung der Wohnung	35
3.1.4	Situation im Landkreis Göppingen	39
3.1.5	Einschätzung durch lokale Experten	42
3.1.6	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	45
3.2	Kommunale Wohnpolitik.....	46
3.2.1	Reduzierung von Barrieren im Wohnungsbestandes	46
3.2.2	Wohnmobilität	47
3.2.3	Bezahlbarer Wohnraum	48
3.2.4	Situation im Landkreis Göppingen	50
3.2.5	Einschätzung durch lokale Experten	50
3.2.6	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	51
3.3	Wohnumfeld	52
3.3.1	Älter werden im Quartier	52
3.3.2	Barrierefreie- oder barrierearme öffentliche Räume	53
3.3.3	Nahversorgung	54
3.3.4	Fördermöglichkeiten zur Umgestaltung des baulichen und sozialen Umfelds	55
3.3.5	Situation im Landkreis Göppingen	57
3.3.6	Einschätzung durch lokale Experten	58
3.3.7	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	60

3.4	Mobilität.....	61
3.4.1	Situation im Landkreis Göppingen	66
3.4.2	Einschätzung durch lokale Experten	69
3.4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	70
4	Pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	72
4.1	Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Göppingen	75
4.2	Pflegebedürftige ab 65 Jahren	78
5	Unterstützung für das Wohnen zu Hause	83
5.1	Informations- und Beratungsangebote.....	84
5.1.1	Situation im Landkreis Göppingen	85
5.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	86
5.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	87
5.2	Angebote zur Unterstützung im Alltag	88
5.2.1	Situation im Landkreis Göppingen	91
5.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	92
5.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	94
5.3	Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen	95
5.3.1	Daten zur häuslichen Pflege	95
5.3.2	Situation im Landkreis Göppingen	97
5.3.3	Pflegende Angehörige als Experten in eigener Sache	97
5.3.4	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	98
5.4	Pflege durch Ambulante Dienste	99
5.4.1	Ambulante Dienste – Bestand im Landkreis Göppingen.....	100
5.4.2	Einschätzung durch lokale Experten	103
5.4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	105
5.5	Tagespflege	106
5.5.1	Tagespflegeplätze – Bestand im Landkreis Göppingen	108
5.5.2	Struktur der Tagespflegegäste	110
5.5.3	Einschätzung durch lokale Experten	113
5.5.4	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	114
5.6	Kurzzeitpflege	115
5.6.1	Kurzzeitpflegeplätze – Bestand im Landkreis Göppingen.....	116
5.6.2	Struktur der Klienten in der Kurzzeitpflege	117
5.6.3	Einschätzung durch lokale Experten	119
5.6.4	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	120
5.7	Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen	121
5.7.1	Situation im Landkreis Göppingen	123

5.7.2	Einschätzung durch lokale Experten	123
5.7.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	124
5.8	Ambulant betreute Wohngemeinschaften.....	125
5.8.1	Bestand und Planungen im Landkreis Göppingen.....	128
5.8.2	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	128
6	Vollstationäre Pflege.....	129
6.1	Stationäre Dauerpflege – Bestand im Landkreis Göppingen	132
6.1.1	Strukturdaten der Pflegeheime.....	134
6.1.2	Bewohnerstruktur der Pflegeheime	138
6.1.3	Einschätzung durch lokale Experten	142
6.1.4	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	145
7	Vorausrechnung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen im Jahr 2030	146
7.1	Methodik	146
7.2	Ergebnisse	149
7.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	161
8	Arbeitskräfte in der Pflege	162
8.1	Arbeitskräfte in der Pflege im Landkreis Göppingen	168
8.2	Einschätzung durch lokale Experten	169
8.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	173
9	Gesundheitsversorgung.....	174
9.1	Vernetzung und Kooperation.....	177
9.1.1	Situation im Landkreis Göppingen	179
9.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	180
9.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	181
9.2	Gesundheitsförderung und Prävention	182
9.2.1	Angebote im Landkreis Göppingen	185
9.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	186
9.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	186
9.3	Ambulante medizinische Versorgung	187
9.3.1	Situation im Landkreis Göppingen	189
9.3.2	Einschätzung durch lokale Experten	191
9.3.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	192
9.4	Krankenhausversorgung	192
9.4.1	Angebote im Landkreis Göppingen	194
9.4.2	Einschätzung durch lokale Experten	195
9.4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	195

9.5	Geriatrische Rehabilitation	195
9.5.1	Angebote im Landkreis Göppingen	197
9.5.2	Einschätzung durch lokale Experten	198
9.5.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	198
9.6	Gerontopsychiatrische Versorgung	199
9.6.1	Angebote im Landkreis Göppingen	199
9.6.2	Einschätzung durch lokale Experten	200
9.6.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	200
9.7	Palliativ- und Hospizversorgung	201
9.7.1	Angebote Im Landkreis Göppingen.....	203
9.7.2	Einschätzung durch lokale Experten	205
9.7.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	206
10	Ältere Menschen mit besonderen Bedarfen	207
10.1	Senioren mit demenziellen Erkrankungen	207
10.1.1	Situation im Landkreis Göppingen	208
10.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	210
10.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	212
10.2	Senioren mit Migrationshintergrund.....	212
10.2.1	Situation im Landkreis Göppingen	214
10.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	215
10.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	216
10.3	Senioren mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung.....	216
10.3.1	Situation im Landkreis Göppingen	218
10.3.2	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	219
11	Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung	221
11.1	Koordination und Vernetzung im Landkreis	222
11.1.1	Situation im Landkreis Göppingen	223
11.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	227
11.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	228
11.2	Seniorenplanung in Gemeinden und Städten	228
11.2.1	Situation im Landkreis Göppingen	230
11.2.2	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	234
12	Handlungsempfehlungen.....	235
13	Anhang.....	244

1 Planungsgrundlagen

Zukunftsorientierte Seniorenpolitik ist ein zentraler Baustein kommunaler Daseinsvorsorge. Sie gewinnt durch die derzeitige demografische Entwicklung an Bedeutung. Der vorliegende Seniorenplan greift dies auf und schafft die Grundlage für eine demografiesensible Kommunalpolitik, die zukünftige Herausforderungen berücksichtigt.

Zielgruppe der Planung sind Menschen nach dem Erreichen des Renteneintrittsalters. Das Ende der regulären Erwerbsbiografie markiert fast immer den Beginn einer neuen Lebensphase. Bei quantitativen Beschreibungen wird die Altersgrenze bei 65 Jahren gezogen – auch wenn das tatsächliche Renteneintrittsalter individuell unterschiedlich ist und nach aktueller Rechtslage stufenweise angehoben wird. Senioren sind keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich im Hinblick auf Einkommen, Bildung, Gesundheitszustand, Wohn- und Familienverhältnisse, aber auch in ihren persönlichen Interessen und Werten. Unterschiede gibt es zwischen jüngeren und hochbetagten Senioren: Durch die gestiegene Lebenserwartung umfasst die Lebensphase nach dem Renteneintritt immer häufiger eine Spanne von mehr als 30 Jahren. Entsprechend vielfältig sind die Bedürfnisse und die daraus resultierenden Anforderungen an die Seniorenplanung.

1.1 Auftrag und Rahmenbedingungen

Der Landkreis Göppingen erstellte im Jahr 2005 einen Kreisaltenplan, der einen Kreispflegeplan umfasste. Der Kreispflegeplan wurde in den Jahren 2007 und 2009 für die teil- und vollstationäre Pflege fortgeschrieben. Auf der Basis des Landespflegeplans wurde der Bedarf an Plätzen in Pflegeheimen oder in Tagespflegeeinrichtungen bis zum Jahr 2015 bestimmt und festgestellt, ob ein Überhang oder ein Defizit vorliegt.

Der Kreisaltenplan, der die Handlungsfelder der Altenhilfe umfassend in den Blick nimmt, lag im Jahr 2015 zehn Jahre zurück. Die demografische Entwicklung ist in diesem Zeitraum fortgeschritten; es gab im Landkreis neue und veränderte Angebote und der Planungshorizont der Fortschreibungen war bereits erreicht. Der Sozialausschuss des Kreistages beschloss deshalb am 24. November 2015, dass die Verwaltung den Kommunalverband für Jugend und Soziales mit der Erstellung eines Seniorenplans für den Landkreis Göppingen beauftragen soll. Die Pflegeleistungen sollen im Seniorenplan bis zum Jahr 2030 vorausberechnet werden.

Die Federführung für den Seniorenplan liegt beim Landkreis. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales hat den Plan fachlich begleitet und fasst die Ergebnisse im vorliegenden Skript zusammen.

Den Mitwirkenden am Plan ist es ein Anliegen gewesen, alle Lebensbereiche von Senioren zu beleuchten: neben Pflege und Unterstützung sind ebenfalls die örtliche Infrastruktur, das Wohnen zu Hause, die Mobilität, die Gesundheitsversorgung als auch Senioren mit besonderen Bedarfen – zum Beispiel demenziell erkrankte Menschen, alt gewordene

Senioren mit Behinderung und Senioren mit Migrationshintergrund – in den Blick genommen worden.

1.2 Planungsprozess und Beteiligung

Wichtige Prinzipien der Planung sind:

- die Beteiligung von Anbietern, Institutionen sowie lokaler Experten,
- die Nutzung unterschiedlicher Datenquellen und Methoden sowie
- die Erarbeitung möglichst praxisbezogener Handlungsempfehlungen.

Auftaktveranstaltung

Der offizielle Planungsprozess begann mit einer Auftaktveranstaltung am 11. Mai 2016 im Hohenstaufensaal im Landratsamt Göppingen. Landrat Wolff hatte dazu die Vertreter aus dem Bereich Altenhilfe eingeladen. Das Landratsamt hatte außerdem in einer Pressemitteilung alle interessierten älteren Menschen im Landkreis zur Teilnahme eingeladen. Neben der Vorstellung des Planungsprozesses konnten die Teilnehmer Stärken und Schwächen der Altenhilfe im Landkreis Göppingen benennen und Ideen formulieren.



Fachbeirat

Ein Fachbeirat begleitete den Planungsprozess. Er setzte sich aus Vertretern der unterschiedlichen Bereiche der Altenhilfe im Landkreis Göppingen zusammen und gab wichtige Hinweise und Rückmeldungen zu den einzelnen Kapiteln. Die Mitglieder diskutierten in fünf Sitzungen in den Jahren 2016 und 2017 engagiert die nachfolgenden Themen und entwickelten Handlungsempfehlungen dazu:

- „Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen“,
- „Unterstützung für das Wohnen zu Hause sowie stationäre Pflege und Vorausschätzung von Pflegeleistungen“,
- „Gesundheitsversorgung“,
- „Leben und Wohnen im Alter, Infrastruktur und Mobilität“,
- „Ältere Menschen mit besonderen Bedarfen“ sowie „Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung“.

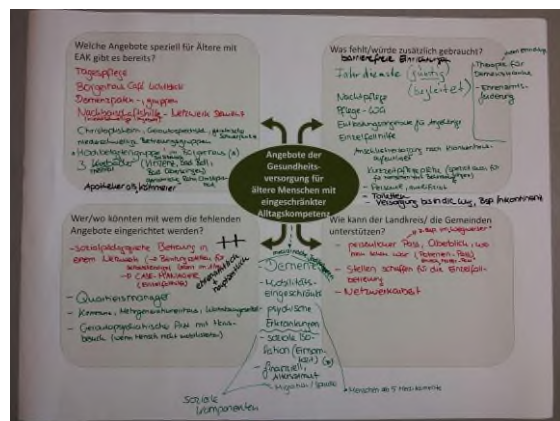
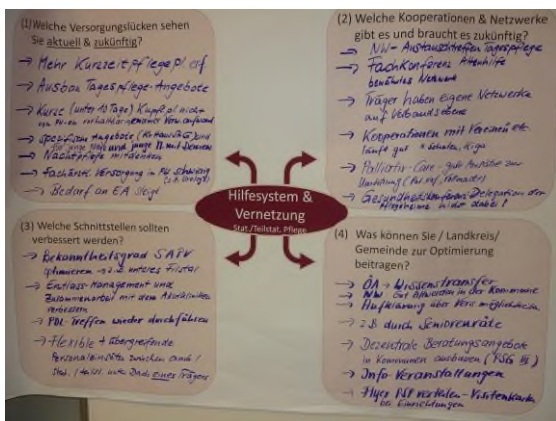
Der Fachbeirat setzte sich aus den folgenden Mitgliedern zusammen:

Matthias Bär, Wilhelmshilfe e.V.,
Heike Baehrens, Kreisbehindertenring Göppingen,
Günter Berier, Mobile Hilfen GmbH,
Dr. med. Oliver Bernas, Kreistagsfraktion der Freien Wähler,
Iris Ebensperger, Dienste für Menschen,
Dr. Karl-Heinz Drescher-Pfeiffer, SPD-Kreistagsfraktion,
Hans Georg Frey, FDP-Kreistagsfraktion,
Dr. med. Frank Genske, Kreisärzteschaft Göppingen,
Anton Glas, Vinzenz von Paul gGmbH,
Uwe Glöckner, Samariterstiftung Geislingen,
Karin Heimann, Pflegende Angehörige,
Schwester Oberin Raphaela Heimpel, Vinzenz Klinik Bad Ditzenbach,
Jürgen Hamann, AWO Ortsverband Göppingen e.V.,
Simone Jäger, Katholisches Dekanat Göppingen-Geislingen,
Dagmar Jungblut-Rassl, Christophsheim GmbH,
Friedrich Kauderer, Diakonisches Werk Kreisstelle Göppingen,
Heike Kuhn, Pflegestützpunkt Landkreis Göppingen,
Peter Kunze, Kreissenorenrat Göppingen,
Gerhard Kurz, AOK Neckar-Fils,
Robert Riemer, Knappschaft Krankenkasse,
Jutta Schiller, CDU-Kreistagsfraktion,
Bürgermeister Paul Schmid, Kreisverband der Bürgermeister des Gemeindetages,
Alexander Sparhuber, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Göppingen e.V.,
Sabine Stövhase, Caritasverband Region Fils-Neckar-Alb,
Karin Woyta, Der Paritätische Kreisverband Göppingen,
Martina Zeller-Mühleis, NE-Kreistagsfraktion,
Petra Zorn, Alb-Fils-Kliniken.



Fachgespräche und Einrichtungsbesuche

Zwischen Oktober 2016 und Mai 2017 fanden insgesamt vier Fachgespräche mit Experten aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern – Ambulante Dienste und Tagespflegen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsversorgung sowie Wohnen, Infrastruktur und Mobilität – der Seniorenplanung statt. In einem weiteren Gespräch kam eine pflegende Angehörige, die Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz und die beiden Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes zu Wort. Außerdem konnten die Pflegekasse des Altenzentrums St. Elisabeth und das Hospiz in Göppingen besucht und dort jeweils Gespräche geführt werden. Gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen der Eingliederungshilfe des Kreissozialamtes und den Vertreterinnen des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales, die zeitgleich den Teilhabeplan für Menschen mit psychischer Erkrankung erarbeiteten, fand ein Gespräch zum Thema Gerontopsychiatrie im Klinikum Christophsbad statt. Auf diese Weise konnten umfangreiche Informationen und Anregungen aus erster Hand gewonnen werden. Die Altenhilfefachberaterin nahm außerdem Kontakt zu weiteren Einrichtungen, Anbietern und anderen Stellen im Landratsamt, wie beispielsweise dem Gesundheitsamt, dem Pflegestützpunkt sowie der Heimaufsicht auf und lieferte weitere wertvolle Informationen. Die Einschätzungen der Experten werden im Bericht bei den jeweiligen Handlungsfeldern in eigenen Abschnitten wiedergegeben.



Schriftliche Erhebungen

Zusätzlich zu den Gesprächen wurden drei schriftliche Erhebungen durchgeführt: jeweils eine Erhebung bei

- den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen,
- den Ambulanten Pflegediensten sowie
- den Gemeinden und Städten.

Stichtag für die Erhebungen bei den Diensten und Einrichtungen der Pflege war der 15. Dezember 2015.

Auswertung statistischer Informationen

Die Darstellung der demografischen Entwicklung, die Beschreibung der Lebenslagen älterer Menschen im Landkreis Göppingen, die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung sind wichtige Voraussetzungen für eine zukunftsweisende Planung. Grundlage dafür sind die Daten aus der amtlichen Statistik, vor allem die Bevölkerungs- und Pflegestatistik und die aktuelle Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Auf der Grundlage der Daten der Bevölkerungsvorausrechnung und der Pflegestatistik wurde der voraussichtliche Bedarf an Pflegeleistungen im Landkreis und für die Gemeinden vorausberechnet. Außerdem wurde auf Informationen zur Grundsicherung im Alter und zur Hilfe zur Pflege aus dem Landkreis Göppingen zurückgegriffen.

Für die Darstellung des Bestandes der stationären Pflegeeinrichtungen und Tagespflegen wurde eine Zusammenstellung der Heimaufsicht verwendet.

Erarbeitung von Handlungsempfehlungen

Der KVJS bereitete die Informationen aus den schriftlichen Erhebungen, der Bedarfsvorausrechnung und den Fachgesprächen auf und erarbeitete gemeinsam mit dem Landkreis Göppingen Handlungsempfehlungen. Diese wurden im Fachbeirat diskutiert und anschließend angepasst.

Adressaten der Handlungsempfehlungen sind neben dem Landkreis Göppingen auch weitere, nicht-kommunale Akteure: insbesondere die Träger von Angeboten für Senioren, Kirchengemeinden, Vereine, Verbände und Interessenvertretungen, Kranken- und Pflegekassen sowie Akteure aus dem Gesundheitssystem oder die Wohnbaugesellschaften. Der Landkreis Göppingen ist daher bei der Umsetzung der Seniorenplanung auf die Kooperationsbereitschaft der anderen Beteiligten angewiesen.

1.3 Aufbau des Seniorenplans

Der Seniorenplan für den Landkreis Göppingen ist in elf Kapitel unterteilt.

Nach der Beschreibung der Planungsgrundlagen im ersten Kapitel, folgen in Kapitel 2 Informationen zur demografischen Entwicklung und zu den Lebenslagen älterer Menschen im Landkreis Göppingen und in Baden-Württemberg.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die unterschiedlichen Handlungsfelder der Seniorenplanung beschrieben.

Kapitel 3: Leben und Wohnen im Alter, Infrastruktur und Mobilität

Kapitel 4: Pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Kapitel 5: Unterstützung für das Wohnen zu Hause

Kapitel 6: Stationäre Pflege

Kapitel 7: Vorausschätzung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen im Jahr 2030

Kapitel 8: Arbeitskräfte in der Pflege

Kapitel 9: Gesundheitsversorgung

Kapitel 10: Ältere Menschen mit besonderen Bedarfen

Der Plan wird mit Kapitel 11 "Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung" in der Altenhilfe auf der Ebene des Landkreises und der Gemeinden und Städte abgeschlossen.

Die Kapitel sind folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird mit der allgemeinen Beschreibung der Thematik begonnen. Danach wird die Situation im Landkreis Göppingen beschrieben und die Einschätzung der Experten wiedergegeben. Am Ende stehen ein Fazit, die Ziele und die Handlungsempfehlungen. Die Aussagen im Text werden durch Grafiken, Tabellen und Landkarten illustriert.

2 Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen

Aus den demografischen Daten und aus den Erkenntnissen über die Entwicklung der Lebensumstände ergeben sich grundlegende Informationen für die Sozialplanung für Senioren. Die demografische Entwicklung in den letzten Jahren ist durch eine Zunahme der älteren und einen gleichzeitigen Rückgang der jüngeren Bevölkerung gekennzeichnet. Es gibt unterschiedliche Ursachen für diese Entwicklung: Die durchschnittliche Lebenserwartung ist pro Jahr um rund zwei Monate gestiegen, das heißt, jeder Geburtsjahrgang kann damit rechnen zwei Monate älter als der vorangegangene zu werden. Auf der anderen Seite ging die Zahl der Geburten bis 2011 zurück. Seither ist zwar wieder eine Zunahme zu verzeichnen. Allerdings gibt es immer noch mehr ältere Menschen als jüngere, sodass die Alterung der Gesellschaft weiter voranschreiten wird.¹ Inzwischen sind auch die ersten geburtenstarken Jahrgänge aus den 50iger und 60iger Jahren 60 Jahre alt geworden. Zusätzlich zur Alterung ging die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2013 zurück. Seither ist aufgrund der hohen Zuwanderung von Arbeitsmigranten aus der EU sowie von nicht-europäischen Flüchtlingen eine Bevölkerungszunahme zu konstatieren. Auf lange Sicht gesehen wird die Bevölkerung jedoch wieder abnehmen. Nach der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2015 wird die Bevölkerung in Deutschland in den kommenden fünf Jahren weiter zunehmen und bis zum Jahr 2035 wieder auf das derzeitige Niveau sinken. Danach wird sie weiter abnehmen.² Während die Alterung alle Städte und Gemeinden gleichermaßen trifft, verläuft der Rückgang der Bevölkerung regional sehr unterschiedlich. Aus den Folgen des demografischen Wandels resultieren umfassende gesamtgesellschaftliche Herausforderungen. Die konkreten Auswirkungen sind insbesondere auf kommunaler Ebene spürbar und führen dort zu einem Handlungsbedarf. Eine praxisorientierte Sozialplanung für ältere Menschen berücksichtigt die vielfältigen Erscheinungsformen und Folgen des demografischen Wandels, gleichzeitig identifiziert sie die Steuerungsmöglichkeiten, mit denen die Entwicklung gestaltet werden kann.

Im Folgenden werden die aktuellen Bevölkerungsdaten und die aus heutiger Sicht wahrscheinlichen, künftigen demografischen Veränderungen bis zum Jahr 2030 in Baden-Württemberg, im Landkreis Göppingen und in den Gemeinden des Landkreises auf der Basis der aktuellen Daten des Statistischen Landesamtes dargestellt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Vorausrechnungen in die Zukunft um wahrscheinliche Entwicklungen handelt. Die Berechnungen werden mit jedem zusätzlichen Jahr, das vom Basisjahr entfernt ist, unsicherer.

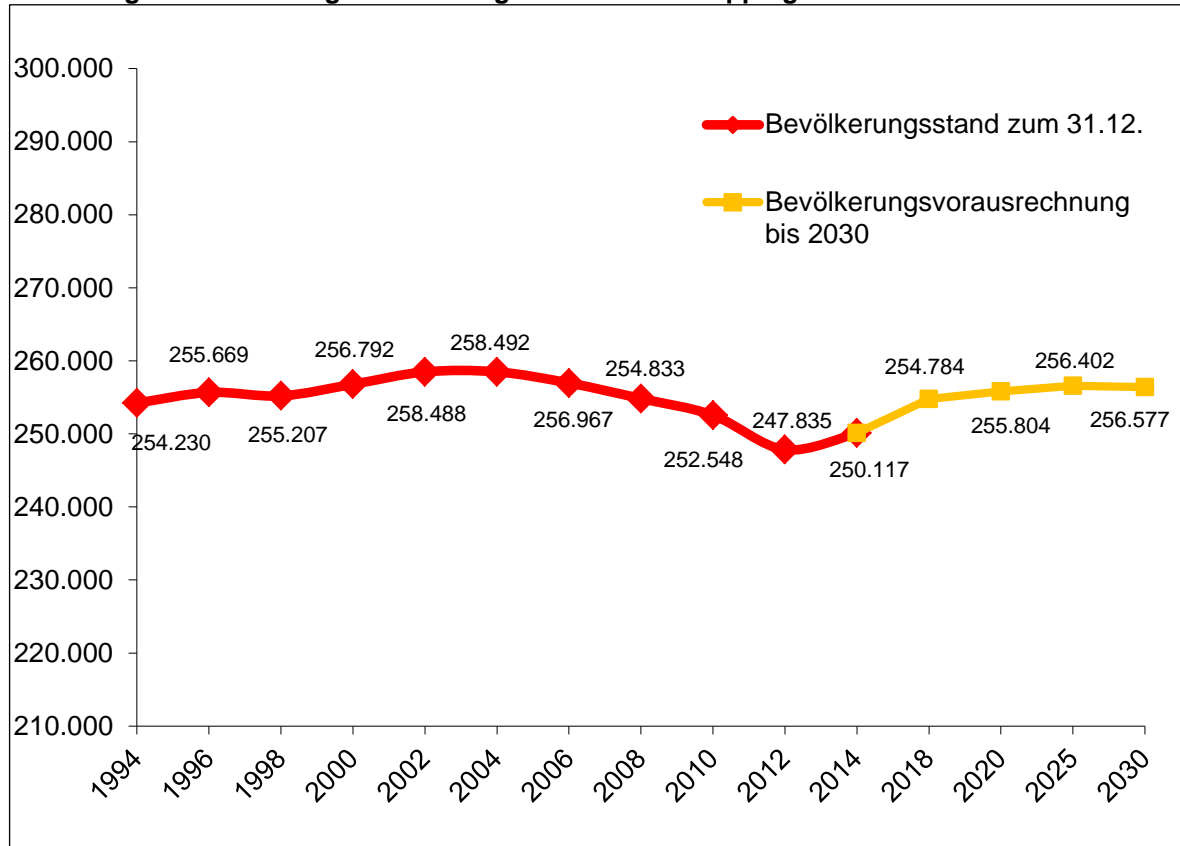
¹ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>

² <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/AktualisierungBevoelkerungsvorausberechnung.html>

2.1 Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Göppingen zwischen 1990 und 2030

Nach den Angaben der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes lebten am 31.12.2014 im Landkreis Göppingen 250.117 Menschen. Die Bevölkerung des Landkreises Göppingen hat zwischen 1994 und 2014 um 4.113 Einwohner abgenommen. Dies entspricht einer Abnahme um 1,6 Prozent. Die Bevölkerung nahm bis zum Jahr 2004 zwar zu, zwischen 2005 und 2011 ging sie dann allerdings zurück. Seitdem ist wieder eine geringfügige Zunahme zu verzeichnen. Der Bevölkerungszuwachs im Landkreis Göppingen beruhte in den letzten Jahren vor allem auf Zuwanderung. Bereits seit 2001 gibt es im Landkreis ein Geburtendefizit, d.h. dass mehr Menschen sterben als Kinder geboren werden. Von 2004 bis 2011 kam zusätzlich zum Geburtendefizit noch eine relativ hohe Abwanderung aus dem Landkreis hinzu.

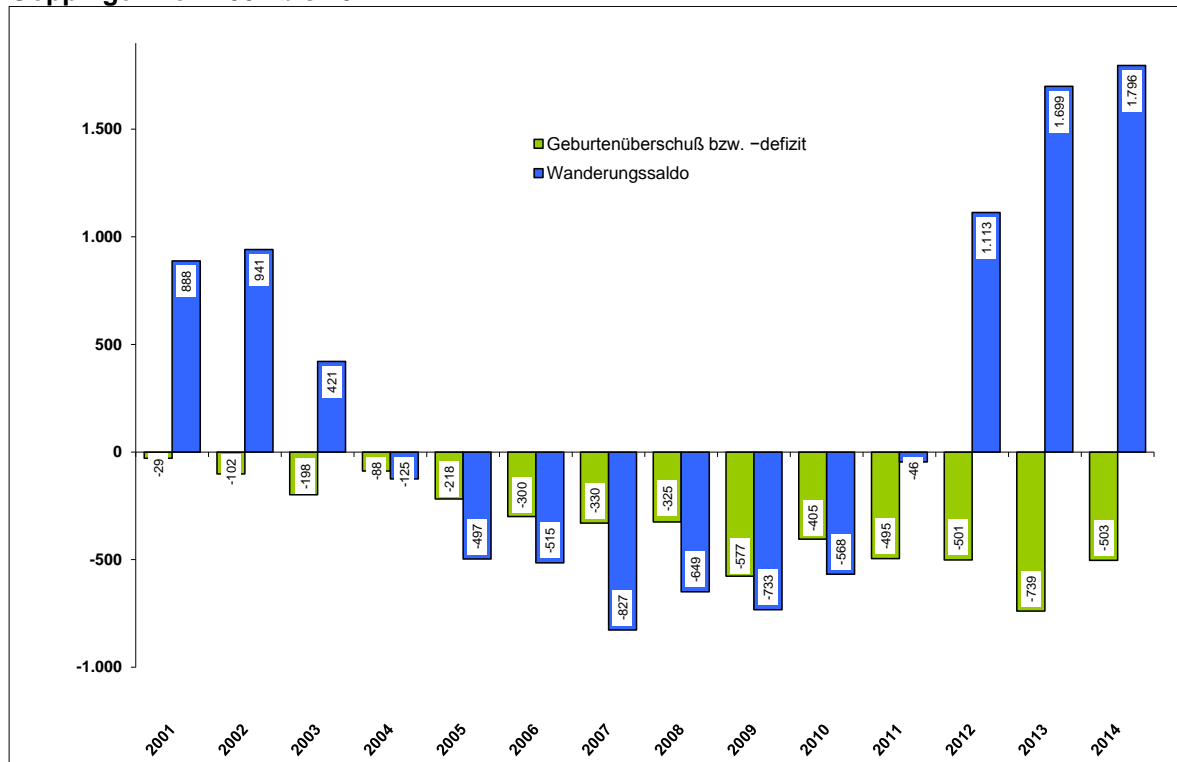
Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Göppingen von 1990 bis 2030



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

Die Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014 sieht für den Landkreis Göppingen eine moderate Zunahme der Bevölkerung bis zum Jahr 2030 vor. Gegenüber dem Jahr 2014 ergibt die Bevölkerungsvorausrechnung für den Landkreis Göppingen, dass die Bevölkerung insgesamt um 2,5 Prozent oder in absoluten Zahlen um rund 6.285 Menschen zunehmen wird.

Abbildung 2: Natürliche Bevölkerungsentwicklung und Wanderungssaldo im Landkreis Göppingen von 2001 bis 2014



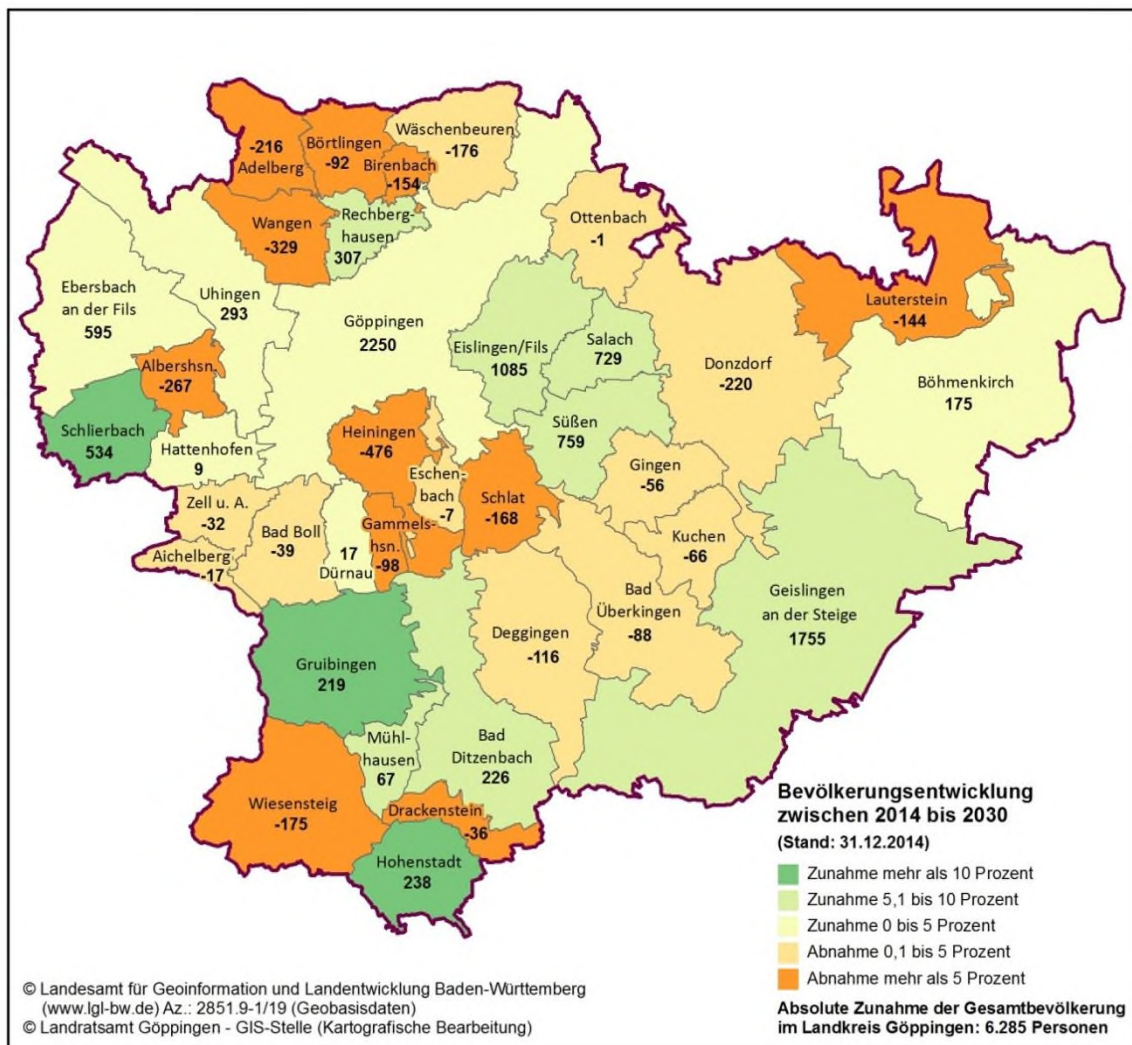
Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsfortschreibung jeweils zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

2.2 Entwicklung der Bevölkerung in den Gemeinden des Landkreises Göppingen

Die 250.117 Einwohner des Landkreises verteilen sich auf 38 Gemeinden, Städte und die Große Kreisstadt Göppingen. Die kleinste Gemeinde ist Drackenstein mit 406 Einwohnern, die größte Stadt ist Göppingen mit 55.846 Einwohnern.

Bis zum Jahr 2030 wird die Einwohnerzahl in 15 Gemeinden des Landkreises Göppingen voraussichtlich zunehmen, während sie in den anderen 23 Gemeinden abnehmen wird. Den größten Zuwachs verzeichnen die Gemeinden Hohenstadt und Schlierbach. Die Bevölkerung wird in diesen Gemeinden um mehr als 10 Prozent zunehmen. In 12 Gemeinden, wie beispielsweise Albershausen, Heiningen und Wangen wird sie um mehr als 5 Prozent abnehmen.

Abbildung 3: Veränderung der Gesamtbevölkerung von 2014 bis 2030 im Landkreis Göppingen absolut und in Prozent



Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsfortschreibung jeweils zum 31.12. Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014.

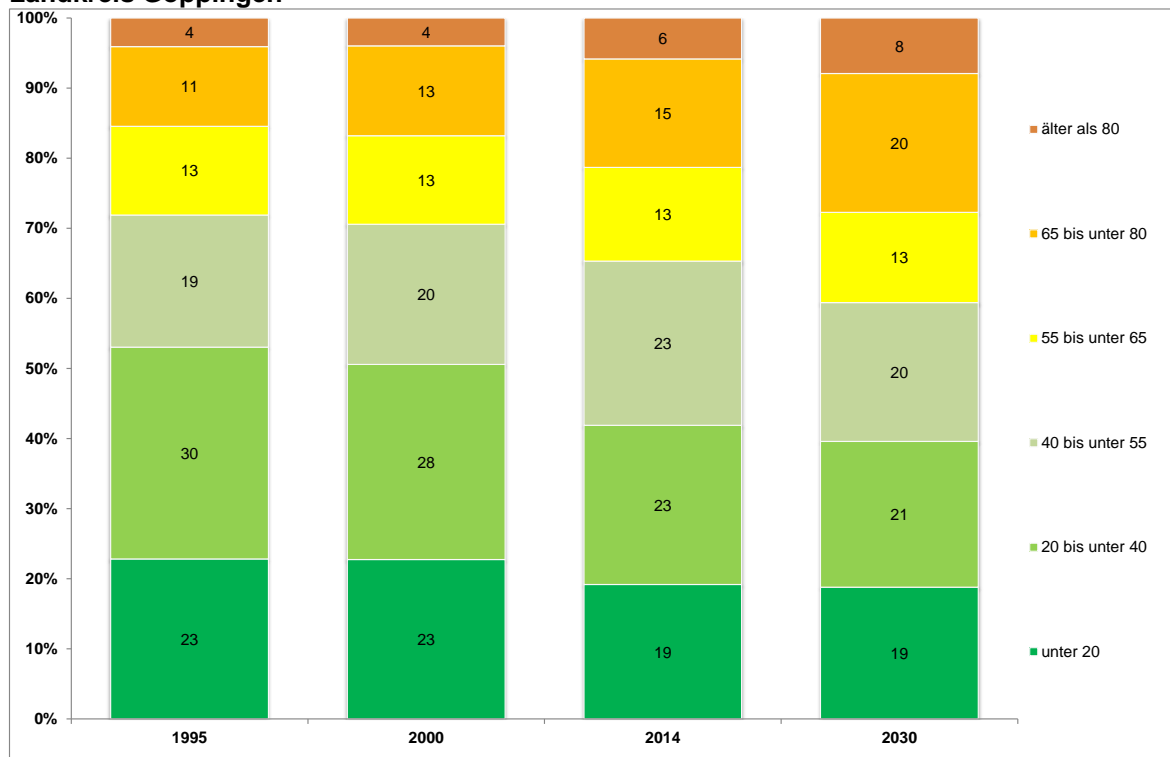
2.3 Altersstruktur

Wenn die Bevölkerung im Landkreis Göppingen in einzelne Altersgruppen unterteilt wird, dann zeigt sich, dass eine deutliche Entwicklung der einzelnen Altersgruppen in den letzten 20 Jahren erfolgt ist. Der Anteil der Menschen im Alter über 65 Jahren hat sich von 15 Prozent im Jahr 1995 auf 21 Prozent im Jahr 2014 erhöht. Heute ist damit mindestens jeder 5. Einwohner im Landkreis Göppingen älter als 65 Jahre. Der Anteil der jüngeren Menschen im Alter unter 40 Jahren hat im gleichen Zeitraum um 11 Prozentpunkte abgenommen und beträgt heute 42 Prozent. Damit vollzieht sich im Landkreis Göppingen die allgemeine demografische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft. Wesentliche Gründe dafür wurden bereits genannt: eine gestiegene Lebenserwartung der

Bevölkerung, die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge und eine bis zum Jahr 2011 sinkende Geburtenzahl. Da es jedoch mehr ältere als jüngere Menschen gibt, wird die Alterung der Bevölkerung fortschreiten.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung im Landkreis Göppingen hat seit dem Jahr 1995 von 39,5 auf 44,2 im Jahr 2014 zugenommen. Es liegt damit durchschnittlich etwas über der Entwicklung in Baden-Württemberg mit einer Zunahme von 39,3 auf 43,2.

Abbildung 4: Anteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen 1995 bis 2030 im Landkreis Göppingen



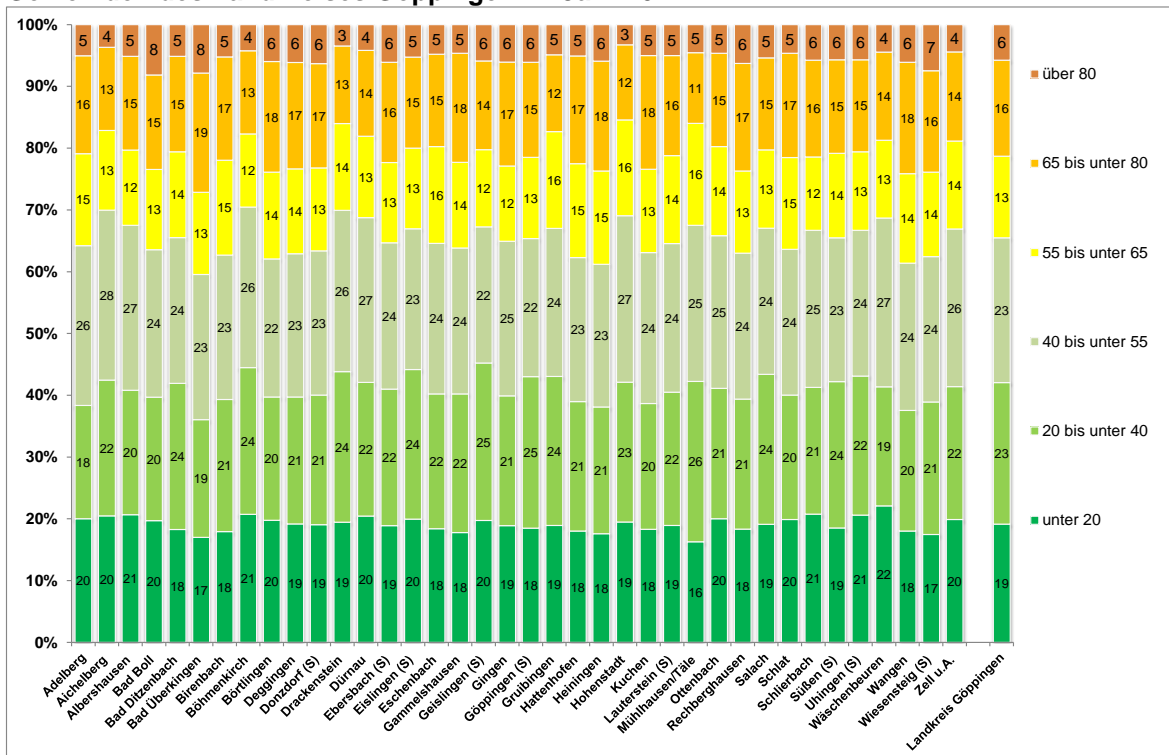
Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

Die Vorausberechnung der Altersgruppen bis zum Jahr 2030 zeigt, dass zukünftig mehr als jeder 4. Einwohner im Landkreis Göppingen über 65 Jahre alt sein wird. Im Vergleich zum Jahr 2014 wird der Anteil dieser Altersgruppe dann um über 7 Prozentpunkte zugenommen haben. Der Anteil der jüngeren Menschen an der Gesamtbevölkerung wird weiter zurückgehen.

Die Verteilung der Altersgruppen weicht in einzelnen Gemeinden vom Durchschnitt des Landkreises ab. Die Gemeinden Böhmenkirch und Mühlhausen i. T. weisen beispielsweise höhere Anteile an jüngeren Menschen unter 40 Jahren und gleichzeitig geringere Anteile an älteren Menschen im Alter über 65 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt des Landkreises auf. Dagegen ist in der Gemeinde Bad Überkingen schon heute mehr als jeder 4. Mensch älter als 65 Jahre. Die Gemeinde weist damit eine Altersstruktur auf wie

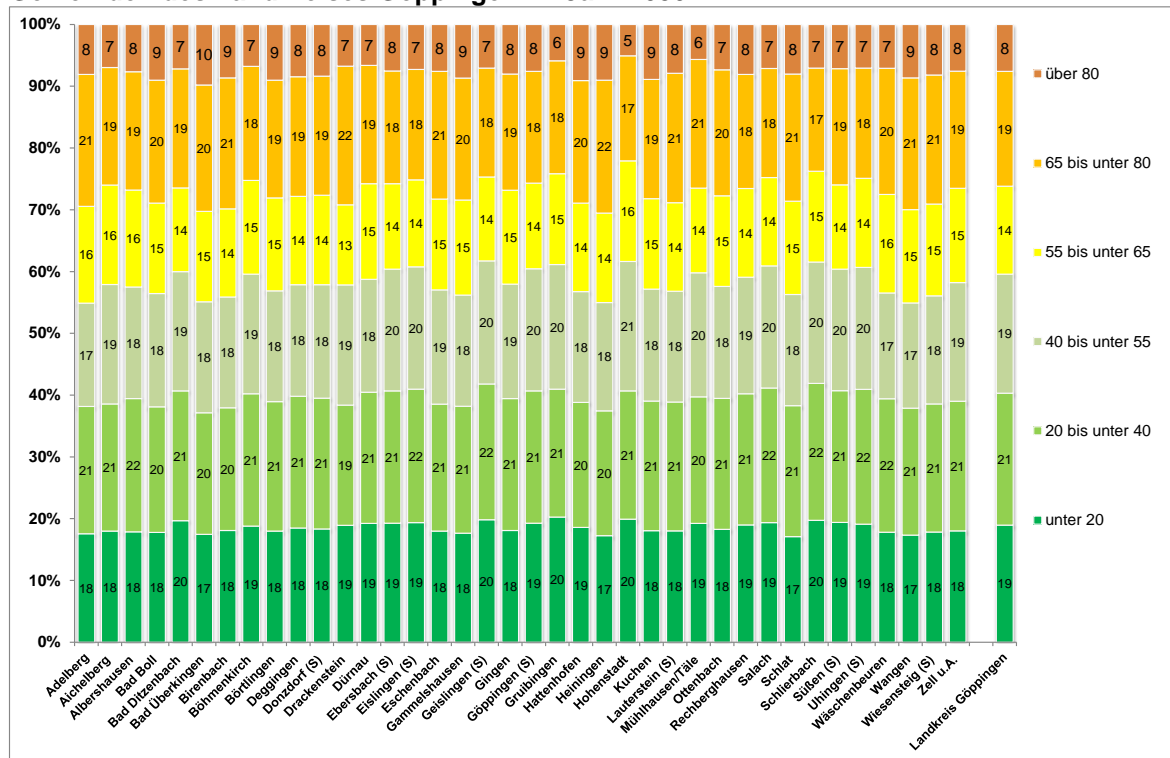
sie für den Landkreis erst für das Jahr 2030 vorausberechnet wird. Die unterschiedliche Verteilung der Altersgruppen hängt meistens mit der Siedlungsstruktur der Gemeinden in der Vergangenheit und der Möglichkeit, Baugebiete zu einer bestimmten Zeit auszuweisen, zusammen. Gemeinden, die in einem bestimmten Zeitraum große Baugebiete erschlossen haben, weisen häufig einen höheren Anteil älterer Menschen auf, da die Bewohner gemeinsam älter werden. Gleiches gilt für Gemeinden, die keine Baugebiete ausweisen konnten und deshalb nur wenige Familien mit Kindern zugezogen sind.

Abbildung 5: Anteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen im Jahr 2014



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsforschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

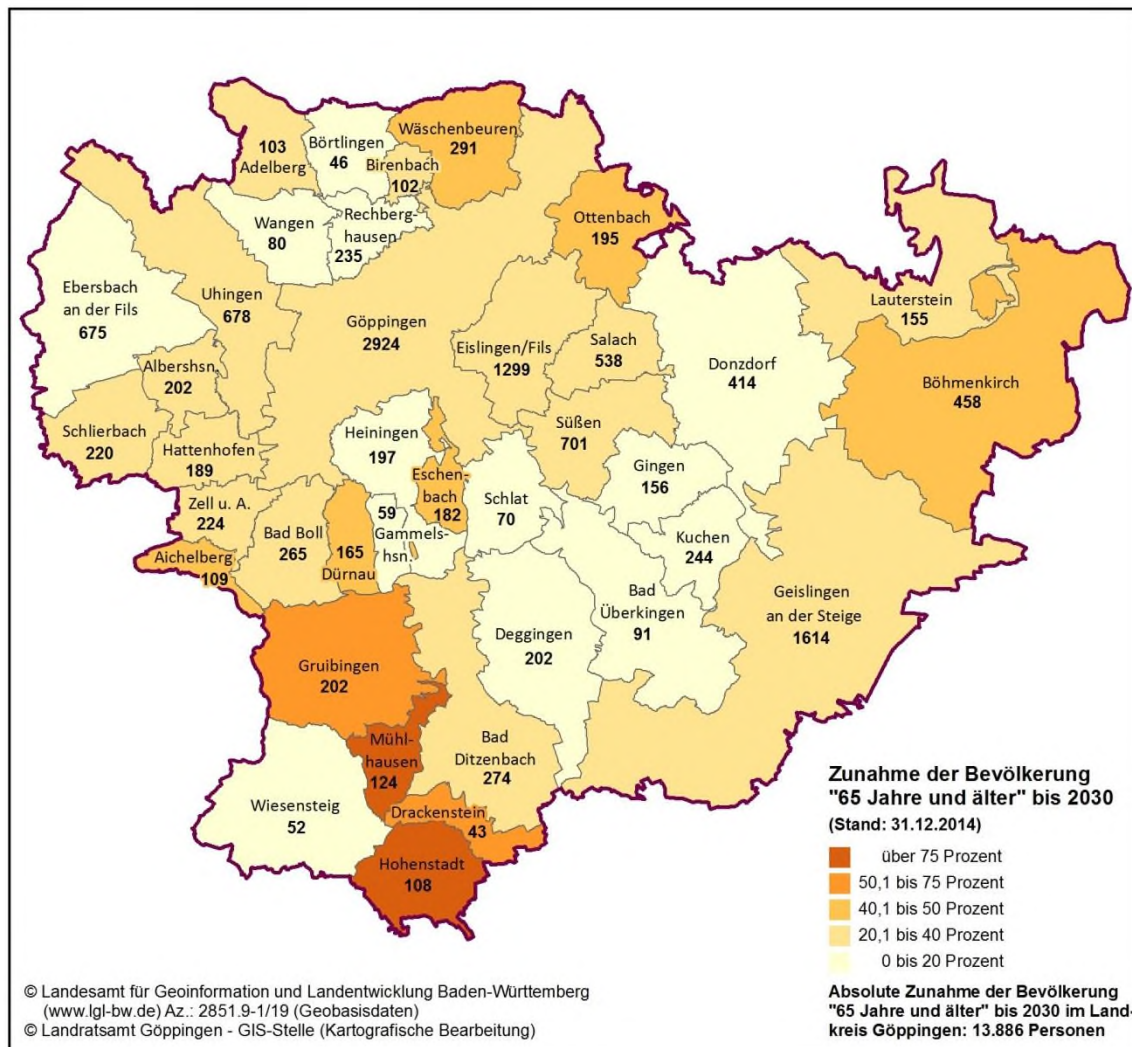
Abbildung 6: Anteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen im Jahr 2030



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

Wird die Bevölkerung ab 65 Jahren in den Gemeinden des Landkreises im Jahr 2030 betrachtet, dann zeigt sich, dass 5 Gemeinden einen deutlichen Zuwachs an älteren Menschen um über 50 Prozent im Vergleich zu 2014 verzeichnen werden. Eine Zunahme von 75 Prozent und mehr lässt sich in Mühlhausen und Hohenstadt konstatieren. Auch in den Gemeinden Drackenstein, Grübingen und Aichelberg wird die Zahl der Menschen im Alter über 65 Jahre deutlich zunehmen (zwischen 50 und 75 Prozent). In weiteren 17 Gemeinden, darunter in den drei größten Städten des Landkreises, Göppingen, Geislingen und Eislingen wird es im Vergleich zu 2014 zwischen 20 und knapp 40 Prozent mehr ältere Menschen geben.

Abbildung 7: Veränderung der Bevölkerung über 65 Jahren im Landkreis Göppingen von 2014 bis 2030 absolut und in Prozent

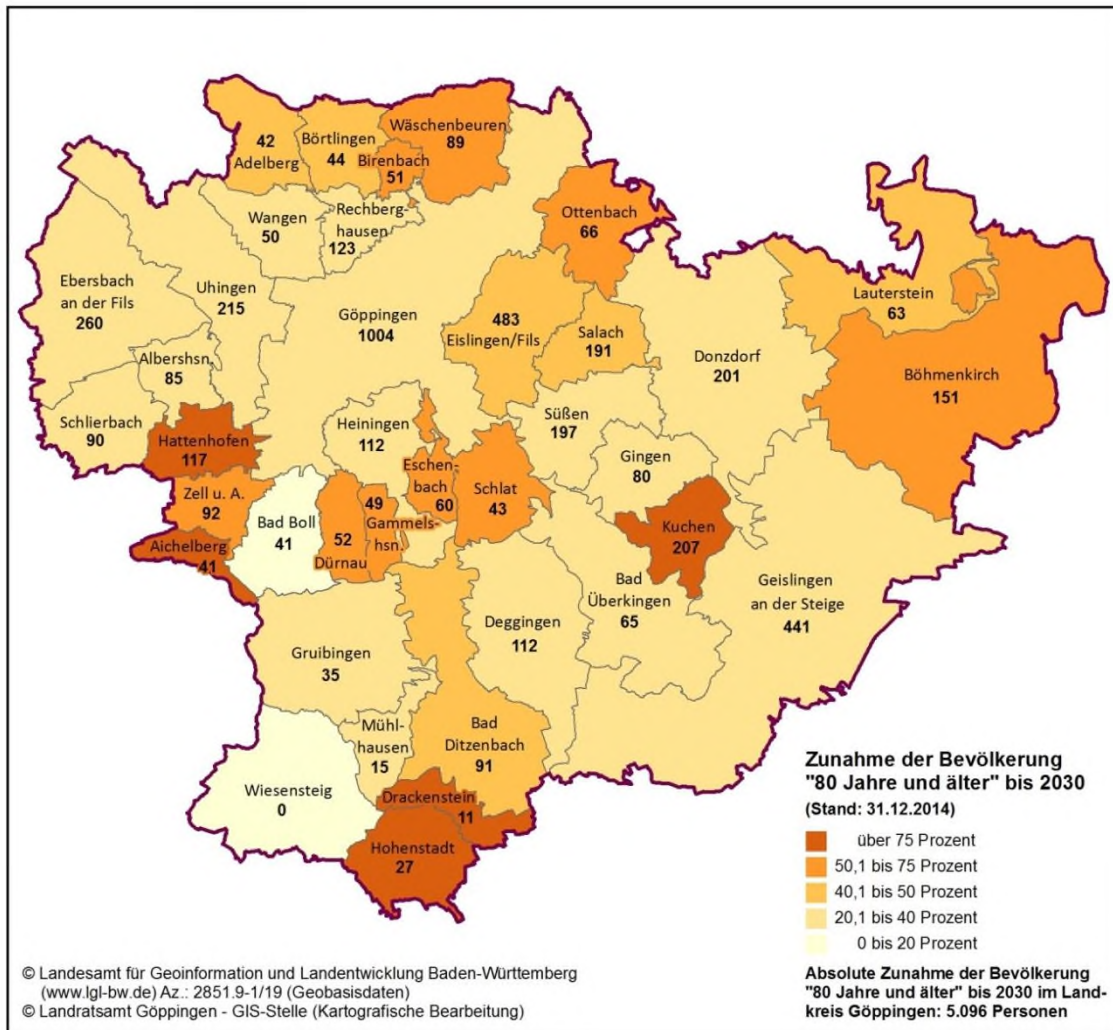


Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

Von besonderem Interesse im Hinblick auf die Analyse der Altershilfestrukturen ist die Entwicklung bei den über 80-Jährigen Menschen, da in dieser Altersgruppe der Unterstützungsbedarf mit weiter zunehmendem Alter überproportional anwächst. Nach der Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes wird es im Jahr 2030 im Landkreis Göppingen 5.096 Menschen im Alter über 80 Jahre mehr geben als im Jahr 2014. Das entspricht einer Zunahme von 35,5 Prozent. Die Zunahme betrifft alle Gemeinden und Städte mit Ausnahme von Wiesensteig, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. In Hohenstadt wird sich die Zahl der Menschen im Alter über 80 Jahren verdoppeln. In Aichelberg, Drackenstein, Hattenhofen und Kuchen wird die Bevölkerung in diesen Altersgruppen um 75 Prozent zunehmen. Es gibt einen ausgeprägten Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2030 in einer Gemeinde 2030 und dem Anteil an der Bevölkerung, den die hochaltrige Bevölkerung im Jahr 2030 in dieser Gemeinde ha-

ben wird. Je stärker die Bevölkerung einer Gemeinde abnimmt, desto höher wird der Anteil der hochaltrigen Menschen in dieser Gemeinde im Jahr 2030 sein.

Abbildung 8: Veränderung der Bevölkerung über 80 Jahren im Landkreis Göppingen von 2014 bis 2030 absolut und in Prozent



Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

2.4 Lebenslagen von Senioren

Neben den demografisch bedingten, gesellschaftlichen Veränderungen und der Ausdehnung der Lebensphase Alter haben sich auch die Lebenslagen von älteren Menschen verändert und ausdifferenziert. Unter dem Begriff Lebenslage wird in der Sozialwissenschaft ein multidimensionales Konzept zur Beschreibung, Beurteilung und Prognose der materiellen und immateriellen Lebensverhältnisse von Personen oder Gruppen verstanden. Als zentrale Dimensionen der Lebenslage gelten zum Beispiel Einkommen,

Bildung, Wohnsituation, Gesundheit und soziale Einbindung. Im Folgenden werden ausgewählte Dimensionen der Lebenslage älterer Menschen beschrieben.

2.4.1 Familien- und Haushaltsformen

Für ältere Menschen ist die Ehe nach wie vor die übliche Form der Partnerschaft, aber die gegenwärtigen Veränderungen und Ausdifferenzierungen in den Lebensstilen werden sich zunehmend auch unter Senioren verbreiten. Es wird künftig mehr Partnerschaften ohne Trauschein bis hin zu gemeinschaftlichen Wohnformen und Wohngemeinschaften geben. Derzeit ist etwas mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen verheiratet, etwa ein Drittel (deutlich mehr Frauen als Männer) sind verwitwet, ein relativ kleiner Teil ist geschieden oder ledig. Wenn die Altersgruppen differenziert betrachtet werden, zeigt sich, dass in den letzten 20 Jahren der Anteil der verwitweten Menschen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren durch die steigende Lebenserwartung zurückgegangen ist. Gleichzeitig hat der Anteil der verheirateten Menschen zugenommen. Den Menschen ist es inzwischen also länger möglich, mit einem Ehepartner zusammen alt zu werden. Bei den Menschen im Alter zwischen 55 und 69 Jahren schlägt sich bereits der Wandel der Lebens- und Familienformen nieder. Der Anteil der verwitweten Menschen hat hier zwar ebenfalls abgenommen, gleichzeitig aber auch der Anteil der verheirateten Menschen. Im Gegenzug ist der Anteil der ledigen und geschiedenen Menschen gestiegen.³ Dass die Menschen als Familienstand ledig angeben, bedeutet nicht, dass sie ohne Partner sind. Der Anteil der älteren Menschen, die ohne Partner leben, hat sich in den vergangenen 20 Jahren kaum verändert, bei den hochaltrigen Menschen ist er sogar gesunken. Zugenommen haben dagegen der Anteil von Menschen, die in einer sogenannten Folgeehe leben, und der Anteil der Menschen, die in nichtehelicher Partnerschaft zusammenleben.

Die Anzahl der Haushalte in Baden-Württemberg, in denen ausschließlich Senioren lebten, lag im Jahr 2011 bei 21 Prozent. Eine Differenz zwischen den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs ist bezüglich der Seniorenhaushalte kaum festzustellen. Deutschlandweit lag der Anteil an Seniorenhaushalten bei 22 Prozent.

Senioren lebten auch häufiger alleine als Jüngere. So waren 35 Prozent aller Personen, die in einem Einpersonenhaushalt lebten, bereits 65 Jahre und älter. Oder anders herum: 28 Prozent der Senioren (also mehr als jeder Vierte) lebten alleine, während es bei den 18- bis 64-Jährigen nur 16 Prozent (also weniger als jeder Sechste) waren. Mit dieser Zunahme an Einpersonenhaushalten mit Senioren steigt auch proportional die Gefahr des Verlustes sozialer Beziehungen und von Einsamkeit.

³ Engstler, Heribert/Klaus, Daniela, 2016: Auslaufmodell „traditionelle Ehe“? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte, in: Tesch-Römer, Clemens: Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Alterssurvey, S. 213ff.

Gegenwärtig leben in Baden-Württemberg rund 97 Prozent der Menschen über 65 Jahren im eigenen Zuhause, lediglich knapp 3 Prozent wohnen in einem Altenheim, Pflegeheim oder einer anderen speziellen Einrichtung für die ältere Generation. Allerdings steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in ein Pflegeheim an. So lebten 2010 von den 65- bis unter 75-Jährigen lediglich knapp 1 Prozent in einem Heim, von den 75- bis unter 85-Jährigen gut 3 Prozent und von den 85-Jährigen und Älteren knapp 12 Prozent.

Die Formen des menschlichen Zusammenlebens sind in den vergangenen Jahren in Deutschland immer vielfältiger geworden. Die Anzahl der Menschen, die in einer klassischen Familie mit Kindern leben, geht zurück, während es mehr Paare ohne Kinder oder Alleinlebende gibt. Darüber hinaus wandeln sich auch die Familienformen. Neben der traditionellen Familienform Ehepaar mit Kindern, nehmen andere Lebensformen wie nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern oder alleinerziehende Mütter und Väter in Baden-Württemberg ebenso wie im gesamten Bundesgebiet zu.⁴ Aufgrund dieser Entwicklungen ist zukünftig mit einer Erhöhung des Anteils von dauerhaft alleinlebenden, älteren Menschen zu rechnen. Der jetzt schon große und künftig weiter steigende Anteil an Einpersonenhaushalten, vor allem im höheren Alter, wird vermehrt zu spezifischen Anforderungen im Hinblick auf Unterstützungs- und Dienstleistungen im Alltag sowie in Bezug auf häusliche Pflege führen.

2.4.2 Einkommenssituation

Die materielle Lage im Alter ergibt sich aus den im Laufe des Lebens gesammelten Alterssicherungsansprüchen, dem privaten Vermögen und sonstigem Einkommen. Die wichtigsten Einkommensquellen der Bevölkerung über 65 Jahren sind die gesetzliche Rente, andere Alterssicherungssysteme (z. B. Beamtenversorgung, Betriebsrenten), private Vorsorge (z.B. private Renten- oder Lebensversicherung), Erwerbstätigkeit und Vermögenseinkünfte (z.B. aus Zinsen, Vermietungen) sowie staatliche Transferleistungen wie Wohngeld oder Grundsicherung im Alter.⁵ Rund 88 Prozent der Menschen im Alter über 65 Jahren verfügen über Rente oder Pension als Haupteinkommensquelle im Alter.

94 Prozent der älteren Männer und 82 Prozent der älteren Frauen erhalten eine Rente oder Pension. Bei den Männern, die eine Rente beziehen, handelt es sich dabei in aller Regel um eine Rente aus eigener Versicherung. Von den Frauen, die eine Rente erhalten, trifft dies auf knapp 60 Prozent zu. Bei 12 Prozent der Frauen, die eine Rente erhalten, handelt es sich um eine Hinterbliebenenrente, weitere 29 Prozent erhalten eine Kombination aus beiden Versicherungsarten. Frauen erhalten durchschnittlich monatliche

⁴ Krentz, Ariane., 2011: Lebensformen in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft 09/2011, S. 3.

⁵ Familienforschung Baden-Württemberg 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11.

Renten, die halb so hoch sind wie die von Männern.⁶ Die Einkommenslage älterer Menschen hängt also wesentlich von den Verteilungsmechanismen der staatlichen Alterssicherungssysteme und dem Niveau der Renten und Pensionen ab. Bei den Frauen steht an zweiter Stelle bei der Einkommensart Einkünfte von nahen Familienangehörigen oder Partnern. Bei den Männern spielt diese Einkommensart keine Rolle. Rund 14 Prozent der Frauen geben dies als Haupteinnahmequelle an.⁷ Dabei dürfte es sich vor allem um Renten oder Pensionen von Partnern handeln.

Die durchschnittlichen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von Senioren in Baden-Württemberg liegen mit 2.835 € in der Altersgruppe der 65-70-Jährigen, 2.581 € bei den 70-80-Jährigen und 2.259 € bei den über 80-Jährigen niedriger als die Nettoeinkommen der baden-württembergischen Haushalte insgesamt, die durchschnittlich 3.329 € betragen.⁸ Die Einkommen von älteren Menschen verändern sich in der Regel im Zeitverlauf kaum.

Das im Vergleich mit jüngeren Menschen niedrigere monatliche Nettoeinkommen resultiert vor allem aus dem Wegfall des beruflich bedingten Einkommens nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und korreliert nicht unbedingt mit einem niedrigeren Lebensstandard. Ältere Menschen verfügen oft über zusätzliches, für den Ruhestand gespartes oder ererbtes Vermögen und besitzen häufiger als Jüngere schuldenfreies Wohneigentum. 67 Prozent der Menschen im Alter über 65 Jahren leben in Baden-Württemberg in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus.⁹ Außerdem fallen Kosten, die mit der Berufstätigkeit verbunden waren, mit dem Eintritt in den Ruhestand weg.

Hinter den Durchschnittszahlen verbergen sich jedoch erhebliche Einkommensunterschiede. Im Hinblick auf Bildungsstand, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit verfügen einzelne Bevölkerungsgruppen über deutlich unter dem Durchschnitt liegende Einkommen. Große Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Einkommensverhältnissen älterer Frauen und älterer Männer. So sind ältere Frauen in Baden-Württemberg deutlich häufiger armutsgefährdet als Männer. Die Armutsgefährdungsquote¹⁰ der Frauen im Alter über 65 Jahren lag im Jahr 2013 bei 20 Prozent, die der Männer bei 14,5 Prozent. Für die gesamte Bevölkerung des Landes betrug die Quote 14,8 Prozent.¹¹ Das geringere Einkommen der Frauen im Alter hängt mit spezifischen Erwerbsbiographien (kürzere Erwerbszeiten infolge von Kindererziehung und/ oder Pflegezeiten für Angehörige) sowie

⁶ Familienforschung Baden-Württemberg, 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 14.

⁷ Familienforschung Baden-Württemberg, 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11.

⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011: Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte in Baden-Württemberg sowie Aufwendungen für den privaten Verbrauch, in: Statistische Berichte Baden-Württemberg, Artikel-Nr. 4144 08001, S. 12.

⁹ Michel, Nicole/Eckelt, Jan-Peter, 2014: Zensus 2011: Was uns der Zensus über die Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg verrät, in: Statistisches Monatsheft Nr. 11, S. 19.

¹⁰ Anteil an Personen mit einem bedarfsgewichteten pro-Kopf Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen) von weniger als 60% des mittleren Einkommens der Bevölkerung in Baden-Württemberg.

¹¹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Amtliche Sozialberichterstattung. Tabelle A 1.201 Baden-Württemberg. www.amtliche-sozialberichterstattung.de

geringeren beruflichen Einkommen beispielsweise aufgrund von Teilzeittätigkeit zusammen.¹² Des Weiteren zeigt sich bei alleinlebenden Älteren – zum überwiegenden Teil sind dies Frauen – ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko, während das Risiko für ältere Paarhaushalte gering ist.¹³

Unabhängig vom Alter ist das Armutsrisiko eng an Bildungsstatus und Qualifikationsniveau gekoppelt. Ein hohes Bildungs- und Qualifikationsniveau schützt eher vor einer prekären Einkommenssituation, ein geringes Niveau hat eine hohe Armutsgefährdung zur Folge. Im Jahr 2013 galten 4,4 Prozent der Personen mit einem hohen Qualifikationsniveau, jedoch 22 Prozent der Personen mit geringem Qualifikationsniveau als armutsgefährdet. Eine deutlich höhere Armutsgefährdung ist auch bei Baden-Württembergern mit Migrationshintergrund erkennbar, die zu 18,4 Prozent von Armut bedroht waren, während es bei denjenigen ohne Migrationshintergrund nur 8,6 Prozent waren.¹⁴

Wie viele Seniorinnen und Senioren tatsächlich von Armut betroffen sind, lässt sich aus den Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen nicht eindeutig erkennen, da vorhandenes Wohneigentum oder sonstiges Vermögen nicht berücksichtigt wird. Die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger von Grundsicherung kann jedoch als ein Indikator dafür, wie viele ältere Menschen an der Armutsgrenze leben, herangezogen werden. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel des 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 Lebensbedarf nicht decken können und wenn sie kein über bestimmten Freigrenzen liegendes Vermögen haben. Vorrangige Unterhaltsansprüche gegenüber Angehörigen bestehen nur, wenn diese ein sehr hohes Einkommen haben.

Im Jahr 2014 erhielten in Baden-Württemberg 49.792 Menschen Grundsicherung im Alter, davon 19.429 Männer und 30.363 Frauen. Der Anteil der Leistungsempfänger von Grundsicherung im Alter an der Bevölkerung über 65 Jahren in Baden-Württemberg insgesamt betrug 2,3 Prozent, wobei 2,7 Prozent der Frauen und 2,1 Prozent der Männer im Alter über 65 Jahren diese Leistung erhielten. Im Landkreis Göppingen lagen die vergleichbaren Werte niedriger. Hier erhielten im Jahr 2014 1,9 Prozent der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren Grundsicherung. Bei den Männern in dieser Altersgruppe lag der Anteil bei 1,6 Prozent, bei den Frauen bei 2,2 Prozent. Insgesamt erhielten im Jahr 2014 1.033 Menschen im Landkreis Göppingen Grundsicherung im Alter, davon 655 Frauen und 378 Männer. Der Anteil der Frauen an den Leistungsempfängern betrug 63,4 Prozent. Die absolute Zahl der Leistungsempfänger ist im Vergleich zum Jahr 2013 kräftig gestiegen. Im Jahr 2013 gab es 786 Leistungsempfänger im Alter über 65 Jahre. Das ist eine Zu-

¹² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Lebenssituation von älteren Menschen in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft 10/2011, S. 17.

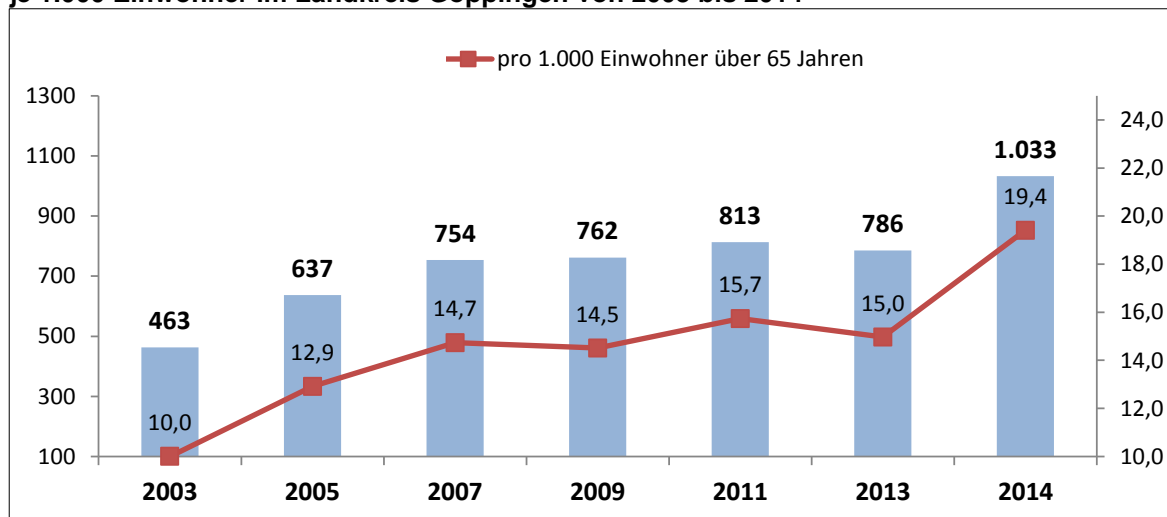
¹³ Jan Goebel, J./Grabka, M., 2011: Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland, in: DIW Wochenbericht Nr. 25.2011, S. 11.

¹⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Amtliche Sozialberichterstattung. Tabelle A 1.2 Baden-Württemberg. www.amtliche-sozialberichterstattung.de

nahme um 31,4 Prozent. Der Anteil der Leistungsempfänger an der älteren Bevölkerung lag 2013 bei 1,5 Prozent. Von 2003 bis 2014 hat die Zahl der Leistungsempfänger von Grundsicherung im Alter um 570 Personen zugenommen. Dies entspricht einer Steigerung um rund 120 Prozent. Im Vergleich dazu betrug die Zunahme im gleichen Zeitraum in Baden-Württemberg rund 75 Prozent. 19,4 Personen je 1.000 Einwohner haben im Jahr 2014 im Landkreis Göppingen Grundsicherung im Alter bezogen, im Jahr 2003 waren es noch 10,0 (Ba-Wü 2014: 23,4, 2003: 14,9).

Die Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger beruht vor allem auf der Zunahme der älteren Menschen. Dies könnte bedeuten, dass in Zukunft immer mehr Menschen – vor allem Frauen – von Altersarmut betroffen sind.

Abbildung 9: Zunahme der Leistungsempfänger von Grundsicherung im Alter absolut und je 1.000 Einwohner im Landkreis Göppingen von 2003 bis 2014



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

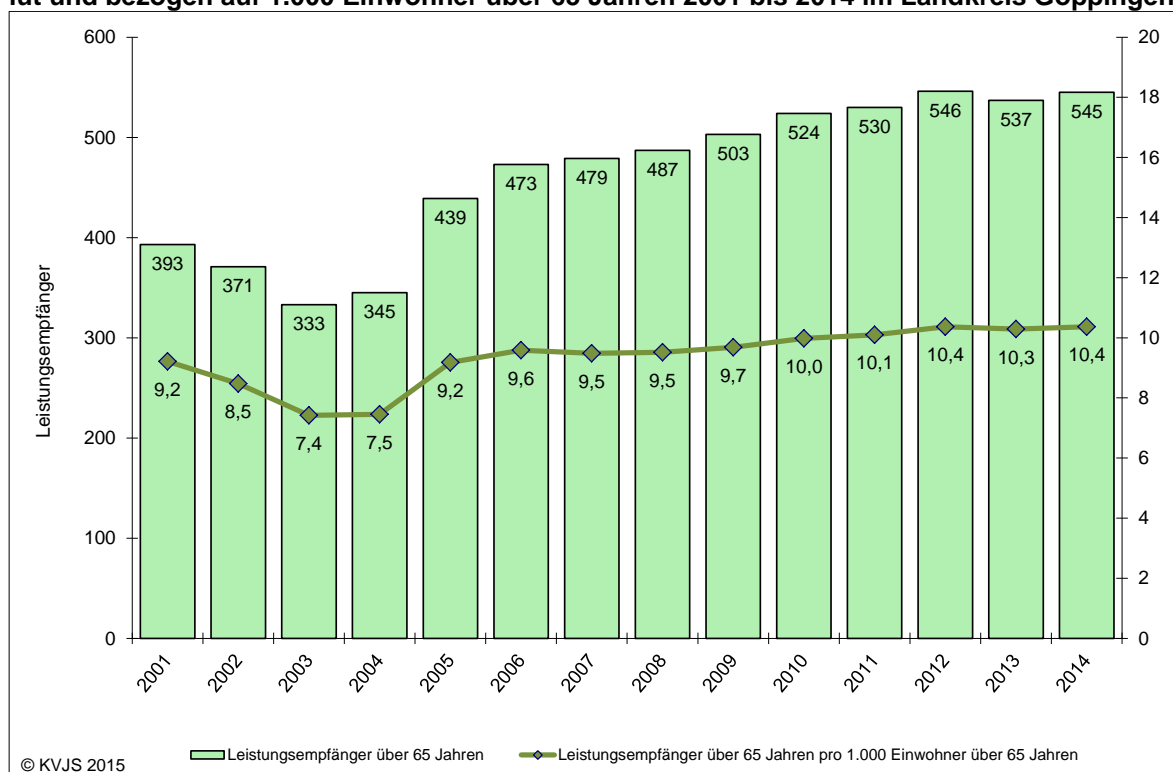
Ein weiteres Indiz für die Entwicklung der Einkommenssituation von Senioren kann aus der Ausgabeentwicklung bei der Hilfe zur Pflege gewonnen werden. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten pflegebedürftige Personen, die zur Bestreitung ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind.

Bei der Pflegeversicherung (SGB XI) handelt es sich um eine Art „Teilkaskoversicherung“. Dies bedeutet, dass die Leistungen der Pflegeversicherung das Pflegerisiko und die bei Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten nicht voll abdecken und die verbleibenden Kosten die Pflegebedürftigen selbst zu tragen haben. Für pflegebedürftige Personen, deren eigenes Einkommen und Vermögen zusammen mit dem Leistungsbetrag der Pflegeversicherung nicht ausreicht, um die Kosten für die Pflege zu bezahlen, muss der Sozialhilfeträger den nicht gedeckten Differenzbetrag aufbringen. Im Rahmen des gesetzlichen Elternunterhalts macht der Sozialhilfeträger im Einzelfall Unterhaltsansprüche gegenüber den Kindern der Pflegebedürftigen geltend. Laut Sozialbericht 2015 betrug die Haus-

haltsaufwendungen des Landkreises Göppingen insgesamt 11.588.564,08 Euro¹⁵. Darüber hinaus werden viele ältere Pflegebedürftige im Rahmen der Grundsicherung unterstützt.

Zum Stichtag 31.12.2014 erhielten 545 Menschen im Alter über 65 Jahren Hilfe zur Pflege in vollstationären Einrichtungen. Die Zahl der Pflegeheimbewohner, die auf Sozialhilfeleistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind, da die Leistungen aus der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen zur Finanzierung des Pflegeheimaufenthalts nicht ausreichen, ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Ausgehend von knapp 393 Leistungsempfängern am Stichtag 31.12.2001 ist die Zahl um knapp 38,7 Prozent gestiegen. Bezogen auf die Zahl der Einwohner im Alter über 65 Jahren, nimmt die Zahl an Leistungsempfängern, die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen erhalten, seit 2005 moderat zu. Daran zeigt sich, dass die Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger vor allem mit der Zunahme der älteren Menschen zusammenhängt.

Abbildung 10: Leistungsempfänger der vollstationären Hilfe zur Pflege über 65 Jahren absolut und bezogen auf 1.000 Einwohner über 65 Jahren 2001 bis 2014 im Landkreis Göppingen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Hilfe zur Pflege 2001- 2014 - jährliche Erhebung des KVJS bei den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs.

¹⁵ Vgl. Sozialbericht 2015 des Landkreises Göppingen unter https://www.landkreis-goepplingen.de/site/LRA-GP-Internet/get/params_E-507242007/13463304/Sozialbericht_2015_Druckfassung_ohne_Anlage_20160610.pdf

Die Zahl der Leistungsempfänger in der vollstationären Hilfe zur Pflege kann auf die Gesamtzahl der Pflegeheimbewohner aus der amtlichen Pflegestatistik bezogen werden. Dadurch lassen sich Aussagen über den Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen treffen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind. Die Pflegestatistik berücksichtigt Pflegeheimbewohner in Pflegestufe 0 nicht. Aussagen sind deshalb nur für Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung möglich. Von den in eine Pflegestufe eingestuften Pflegeheimbewohnern im Landkreis Göppingen im Alter über 65 Jahren erhielten knapp 29,3 Prozent Hilfe zur Pflege, d.h. fast jeder 3. Heimbewohner bekommt zu einem Teil oder ganz Hilfe zur Pflege. Der Anteil lag damit über dem landesweiten Anteil von 26 Prozent.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es in Zukunft mehr ältere Menschen im Alter von über 80 Jahren geben. Damit wird auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen zunehmen. Dementsprechend ist auch mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege zu rechnen. Die Entwicklung zeigte sich schon in den vergangenen Jahren.¹⁶

Die genannten Zahlen legen im Zusammenhang mit den Angaben zu den Nettohaushaltseinkommen die Annahme nahe, dass ein nennenswerter Anteil älterer Menschen, insbesondere aus den genannten Bevölkerungsgruppen, zumindest als einkommensarm, wenngleich nicht zwingend, als armutsgefährdet zu betrachten ist. Dennoch ist davon auszugehen, dass ein Teil der älteren Menschen und insbesondere der älteren Frauen von Altersarmut betroffen ist, und es gibt Anzeichen dafür, dass sich dieses Problem in Zukunft verschärfen wird.

Die Einkommenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte ist insgesamt zwar derzeit nicht problematisch. Allerdings sind die Unterschiede im Einkommen und Vermögen in den vergangenen Jahren in allen Alterskohorten gewachsen und die gegenwärtig noch moderaten Armuts- und Reichtumsquoten in der Gesamtbevölkerung steigen, so dass für die Zukunft mit einer weiteren Heterogenisierung der materiellen Lage zu rechnen ist.¹⁷ Bestimmte Bevölkerungsgruppen müssen mit einem erhöhten Armutsrisiko im Alter rechnen.¹⁸ Dabei gilt: Je niedriger das Rentenniveau insgesamt künftig sein wird, desto größer wird dieses Risiko. Betroffen sein werden in erster Linie heutige Langzeitarbeitslose, Beschäftigte in prekären, häufig nicht versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen sowie Beschäftigte in Niedriglohnbranchen, Menschen mit kurzen und unterbrochenen Versicherungsverläufen (vorrangig immer noch Frauen, mit steigender Tendenz aber auch Männer), Erwerbsminderungsrentner mit hohen Abschlägen sowie „kleine“ Selbstständige.¹⁹ Nicht zuletzt wird der Zuwachs der Alleinlebenden in den kommenden Jahren das Risiko der Altersarmut verschärfen.

¹⁶ KVJS, Hilfe zur Pflege 2014

¹⁷ Familienforschung Baden-Württemberg 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11.

¹⁸ Faik, Jürgen/Köhler-Rama, Tim, 2013: Anstieg der Altersarmut? In: Wirtschaftsdienst, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Nr. 3, S. 161.

¹⁹ Bäcker, G., 2011: Altersarmut- ein Zukunftsproblem, in: Informationsdienst Altersfragen, 38. Jahrgang, Heft 02, März / April 2011, S. 9.

2.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen lässt sich die allgemeine demografische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft ebenso erkennen wie im übrigen Baden-Württemberg.

Ziel:

Der Landkreis Göppingen reagiert auf die demografische Entwicklung und nimmt Einfluss auf deren Gestaltung.

Handlungsempfehlungen:

1. Der Landkreis erhebt und dokumentiert die wesentlichen demografischen Daten für die Gemeinden des Landkreises Göppingen.
2. Die Städte und Gemeinden planen gemeinsam mit dem Landkreis demografiebezogene Aktivitäten auf der Basis von Leitzielen, die im Rahmen einer Demografiekonzeption entwickelt wurden.

3 Leben und Wohnen im Alter, Infrastruktur und Mobilität

Ältere Menschen verbringen im Alltag wesentlich mehr Zeit in ihrer Wohngemeinde und im unmittelbaren Wohnumfeld als Jüngere. Ausschlaggebend dafür ist meist das Ende der Erwerbsphase. Es wird zunehmend wichtig, wie das persönliche Umfeld gestaltet ist: welche sozialen Kontaktmöglichkeiten, Bildungs- und Beratungsangebote es gibt und wie sich Bürger aller Altersgruppen am Leben in der Gemeinde beteiligen können.

Nimmt die Mobilität ab und kommen gesundheitliche Einschränkungen hinzu, gewinnen andere Themen an Bedeutung: die medizinische Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort und der öffentliche Nahverkehr, sichere und barrierefreie Wege, die barrierefreie Nutzung öffentlicher Gebäude sowie wohnortnahe Unterstützungs- und Pflegeangebote.

In diesem Kapitel werden wichtige Rahmenbedingungen für ein möglichst selbstständiges Wohnen im Alter beschrieben. Dabei werden die Kriterien des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung zugrunde gelegt:

„Eine altersgerechte Wohnung umfasst nicht nur eine weitgehend barrierefreie/ -reduzierte Wohnung, sondern auch ein barrierefreies/ -reduziertes Wohnumfeld, die ortsnahe Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote. Von einer barrierefreien/ -reduzierten Wohnung wird ausgegangen, wenn bestimmte Mindeststandards des barrierefreien/ -reduzierten Wohnens eingehalten werden“.²⁰ Bei der Bestimmung der Mindeststandards folgt das Bundesministerium dem Vorschlag des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Von einer barriere-reduzierten oder barrierefreien Wohnung wird ausgegangen, wenn folgende vier Kriterien eingehalten werden:

- maximal drei Stufen zum Wohnungseingang
- keine Stufen im Wohnbereich
- ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten
- eine bodengleiche Dusche

Im nachfolgenden Kapitel wird zunächst die Wohnsituation älterer Menschen betrachtet (Kapitel 3.1). Dabei steht das Wohnen in der bisherigen Wohnung im Fokus. Es werden auch besondere Wohnformen betrachtet, für die ein Umzug notwendig ist. Außerdem werden Wege aufgezeigt, wie Wohnungen altersgerecht angepasst werden können. In Kapitel 3.2 geht es um Möglichkeiten, mit denen Kommunen auf die Wohnverhältnisse von älteren Menschen einwirken können, zum Beispiel die Anpassung des Wohnungsbestandes im Besitz von kommunalen Wohnbauunternehmen, die Förderung von Wohnmobilität und die Bereitstellung von bezahlbarem Wohnraum für ältere Menschen. Danach wird das Wohnumfeld (Kapitel 3.3) beschrieben, das ein wichtiger Bestandteil von altersgerechtem Wohnen ist. Dazu zählt das Leben im Quartier, barrierearme öffentliche Räume, die Nahversorgung und Fördermöglichkeiten zur Umgestaltung des Wohnumfeldes.

²⁰ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2011: Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 147. Bonn, S. 25.

Zum Schluss werden unterschiedliche Aspekte der Mobilität älterer Menschen (Kapitel 3.4) betrachtet. Die einzelnen Kapitel sind so aufgebaut, dass nach einer allgemeinen Beschreibung über die Situation im Landkreis Göppingen berichtet und danach die Einschätzung von lokalen Experten betrachtet wird. Die Einschätzung der lokalen Experten sind die aus einem Fachgespräch zum Thema Wohnen, Infrastruktur und Mobilität gewonnenen Informationen mit Vertretern aus diesen Bereichen. Außerdem wurden die Ergebnisse einer Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen ausgewertet. Inhalt der schriftlichen Erhebung waren zum einen die vorhandenen seniorenge-rechten Angebote und Strukturen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göp-pingen sowie die zukünftigen Herausforderungen und geplanten Vorhaben hinsichtlich einer seniorenge-rechten Weiterentwicklung der Kommune. Befragt wurden dabei die Bür-germeister der Kommunen, in Einzelfällen gaben auch Hauptamtsleiter oder Seniorenver-treter eine Antwort. Von den 38 Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen nahmen 24 an der Erhebung teil.

Aus den Beschreibungen werden dann jeweils am Ende der vier Unterkapitel (Wohnsitua-tion, Kommunale Wohnpolitik, Wohnumfeld und Mobilität) Handlungsempfehlungen abge-leitet.

3.1 Wohnsituation älterer Menschen

Die eigene Wohnung ist für die Lebensqualität von Senioren besonders wichtig. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass ältere Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung leben wollen. Für die Beschreibung und Bewertung der Lebensumstände von Senioren sind die Wohnverhältnisse und das Wohnumfeld daher von zentraler Bedeu-tung, denn mit zunehmendem Alter verbringen Menschen mehr Zeit in ihrer Wohnung.

Wohnen im Alter kann als Austauschprozess zwischen dem Individuum und seiner sozial-räumlichen Umwelt verstanden werden. Dabei können Prozesse der subjektiven Bewer-tung, Bedeutungszuschreibung und Verbundenheit mit der Wohnung und dem Wohnum-feld identifiziert werden. Außerdem können Entwicklungen der Aneignung, Nutzung und Auseinandersetzung mit der Umwelt beschrieben werden.²¹ Im Alter scheint insbesondere der erste Prozess zuzunehmen und sich die Bindung an die Wohnung und Wohnumge-bung zu verstärken. Das Wohlbefinden im Alter hängt zudem nachweislich auch von dem Gefühl der Zugehörigkeit und der Bindung an eine Wohnumgebung ab.²²

Selbstständiges privates Wohnen wird auch dann bevorzugt, wenn gesundheitliche oder sonstige altersbedingte Beeinträchtigungen bis hin zu umfassender Hilfe- und Pflegebe-dürftigkeit gegeben sind. Rund 97 Prozent aller Menschen im Alter über 65 Jahren in

²¹ Oswald, Frank/ Franke, Annette, 2014: Übergänge im höheren Erwachsenenalter am Beispiel der Themen Erwerbsleben und Wohnen, in: Hof, Christiane/Meuth, Miriam/Walther, Andreas (Hrsg.): Pädagogik der Übergänge. Weinheim, S. 191.

²² Claßen, Katrin/ Oswald, Frank/ Doh, Michael/ Kleinemas, Uwe/ Wahl, Hans-Werner, 2014: Um-welten des Alterns. Wohnen, Mobilität, Technik und Medien. Stuttgart, S. 49.

Deutschland leben in einem privaten Haushalt. Die meisten davon in einer „normalen“ Wohnung im Wohnungsbestand.

Barrierearme Wohnungen erleichtern nicht nur Menschen mit bereits vorhandenen Einschränkungen das Leben. Es hat auch präventive Effekte, wenn in Seniorenhaushalten Barrieren und Unfallgefahren beseitigt und Handhabungen vereinfacht werden. Auf diese Weise können Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen hinausgezögert und somit erhebliche Kosten eingespart werden.²³ Mehr Platz, weniger Schwellen und eventuell technische Hilfsmittel erhöhen zudem den Wohnkomfort.

Der Wunsch nach einem Verbleib in den eigenen vier Wänden ist jedoch nicht immer umsetzbar. Manchmal sind Anpassungsmaßnahmen nur in geringem Umfang oder mit sehr hohem Aufwand möglich. Manchmal werden altersbedingte Beeinträchtigungen so groß, dass ältere Menschen nur noch selten aus der Wohnung kommen oder das eigene Haus zu einer Belastung wird, zum Beispiel aufgrund der Größe, Lage oder aus finanziellen Gründen. Dies kann zu Vereinsamung und Überforderung führen. In diesem Spannungsfeld kann ein Umzug eine Lösung sein. Es gibt auch ältere Menschen, die gezielt nach einer Wohnform für das Alter suchen, die Selbstständigkeit, Komfort und Sicherheit verbindet und zu ihrer persönlichen Lebenssituation passt. Städte und Gemeinden sowie Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften interessieren sich ebenfalls für neue Wohn- und Betreuungsformen, um ihren Einwohnern entsprechend vielfältige Angebote machen zu können.

3.1.1 Wohnen in der bisherigen Wohnung

Trotz vorhandener gesundheitlicher Einschränkungen und eventuell einsetzender Pflegebedürftigkeit wollen ältere Menschen solange wie möglich in ihrer Wohnung wohnen bleiben. Die Verbundenheit mit dem Quartier und der Nachbarschaft sowie die Möglichkeit der sozialen Teilhabe, zum Beispiel der Austausch mit den Nachbarn, der Empfang von Besuch oder auch nur der Blick aus dem Fenster, spielen für das Wohlbefinden von Senioren eine bedeutendere Rolle als das Nichtvorhandensein von Barrieren im Wohnbereich.²⁴

Nichtsdestotrotz unterstützen die weitgehende Barrierefreiheit von Wohnung und Umfeld und eine seniorengerechte Ausstattung Menschen im Alter in ihrer Selbstständigkeit. Um langfristig mehr barrierefreien Wohnraum für alle Generationen zu schaffen, erhöhte die aktuelle Landesbauordnung die Anforderungen für Wohngebäude: In Neubauten mit mehr als zwei Wohnungen muss eine Geschossebene barrierefrei gestaltet werden. Die Krite-

²³ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2014: Potentialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. Bonn.

²⁴ Claßen, Katrin/ Oswald, Frank/ Doh, Michael/ Kleinemas, Uwe/ Wahl, Hans-Werner, 2014: Umwelten des Alterns. Wohnen, Mobilität, Technik und Medien. Stuttgart. S. 44ff.

rien für Barrierefreiheit werden durch die DIN 18040-2 festgelegt. Für bestehende Wohnungen sind im Jahr 2014 unter dem Titel „Barrierearm Wohnen“ Empfehlungen herausgegeben worden.²⁵

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) untersuchte 2011 mit einer bundesweiten Repräsentativbefragung Seniorenhaushalte in Deutschland.²⁶ Es stellte fest, dass nur etwa fünf Prozent der Seniorenhaushalte weitgehend barrierefrei sind.²⁷ Für Baden-Württemberg ergibt sich ein Bestand von 179.000 weitgehend barrierefreien Wohnungen. Der Bedarf an barrierefreien Wohnungen ist aber deutlich höher. Bundesweit sind laut KDA 22,6 Prozent der Bewohner von Seniorenhaushalten in ihrer Mobilität eingeschränkt. Der Bedarf an barrierearmen Wohnraum für Baden-Württemberg liegt danach bei 315.000 Wohnungen und somit deutlich über dem Bestand.

Es gibt keine amtlichen statistischen Angaben über die Zahl altersgerechter und barrierefreier Wohnungen in Deutschland. Dennoch ist davon auszugehen, dass die durch das KDA berechnete Versorgungslücke von 136.000 Wohnungen für Baden-Württemberg eine realistische Einschätzung ist. Schon allein um eine bedarfsdeckende Versorgung aller derzeit ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg²⁸ mit altersgerechten Wohnungen zu realisieren, wären in großem Umfang Neubau- und Umbaumaßnahmen erforderlich. Dazu kommt eine wachsende Zahl von (jüngeren) Menschen mit Behinderung, die teilweise auf barrierefreien Wohnraum angewiesen sind.

Häufig wird argumentiert, dass es teuer sei, barrierefreie Neubauten zu errichten. Im Rahmen einer Studie im Auftrag des Deutschen Städte- und Gemeindebunds wurden die Kosten für barrierefreies Bauen im Vergleich zum konventionellen Bauen anhand eines exemplarischen Wohnungsneubauprojekts untersucht. Untersucht wurden insgesamt 140 Kriterien für barrierefreies Bauen nach der DIN 18040-2. Die Analyse ergab, dass Barrierefreiheit nur gut ein Prozent der Gesamtkosten ausmacht. Barrierefreies Bauen ist laut Studie keine Frage der Kosten, sondern kann bei einer intelligenten Planung und Konzeption annähernd kostenneutral realisiert werden.²⁹

Die subjektive Einschätzung der eigenen Wohnung weicht von den objektiven Kriterien der Barrierereduzierung weit ab. Insgesamt schätzt im Sozio-ökonomischen Panel fast jeder vierte Befragte seine Wohnung als altersgerecht ein. Der Anteil der Befragten, die

²⁵ Gemeindetag Baden-Württemberg/ Städtetag Baden-Württemberg/ Landkreistag Baden-Württemberg/ KVJS (Hrsg.), 2014: Barrierearm Wohnen. Empfehlungen für die Anpassung des Wohnungsbestands, Stuttgart.

²⁶ Kuratorium Deutsche Altershilfe und Wüstenrot Stiftung, 2014: Wohnatlas-Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter.

²⁷ Dabei werden die Mindestanforderungen des KDA, die in der Einleitung dieses Kapitels beschrieben sind zugrunde gelegt.

²⁸ Häuslich versorgte Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2015: 236.223 Personen

²⁹ TERRAGON Investment GmbH/ Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2017: Barrierefreies Bauen im Kostenvergleich. Eine Analyse notwendiger Mehrausgaben gegenüber konventionellen Bauweisen von TERRAGON WOHNBAU, Berlin, S. 6.

ihre Wohnung als altersgerecht bewerten steigt, wenn ältere Menschen im Haushalt leben. Er ist besonders hoch, wenn es mindestens eine pflegebedürftige Person im Haushalt gibt. Fast die Hälfte der befragten Menschen, die mit mindestens einer pflegebedürftigen Person im Haushalt leben, bewertet die Wohnung als altersgerecht.³⁰ Viele ältere Menschen scheinen sich mit den vorhandenen Wohnbedingungen zu arrangieren oder andere Kriterien als Barrieren im Gebäude als altersgerecht zu empfinden. Dies könnte jedoch auch zur Folge haben, dass ältere Menschen in Wohnbedingungen verbleiben, die nicht (mehr) ihren Bedürfnissen entsprechen.³¹

Mit zunehmendem Unterstützungsbedarf werden Angebote wichtiger, die das selbstständige Wohnen in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich gewährleisten. Dazu zählt beispielsweise das Angebot eines Hausnotrufes, andere individuell abgestimmte Unterstützungsangebote oder der Abschluss eines Betreuungsvertrages, in dem beispielsweise regelmäßige Hausbesuche enthalten sind. Diese Leistungen sind im Kapitel 5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause beschrieben. Häufig entschließen sich Angehörige von älteren Menschen auch dazu – insbesondere wenn diese eine dauerhafte Begleitung und Unterstützung im Haushalt benötigen – eine Haushaltshilfe zu beschäftigen, die meistens gemeinsam mit der älteren Person in deren Wohnung lebt. Diese Form der Unterstützung ist in Kapitel 5.7 Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen beschrieben. Unterstützung bei Betreuung und Pflege in Tagespflegeeinrichtungen und durch ambulante Dienste tragen ebenfalls dazu bei, dass ältere Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben können. Diese sind ebenfalls im Kapitel 5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause beschrieben.

3.1.2 Besondere Wohnformen für ältere Menschen

Neben dem privaten Wohnen in der bisherigen Wohnung sowie dem Wohnen in einer stationären Pflegeeinrichtung, auf das im Kapitel 6 eingegangen wird, gibt es eine Bandbreite an unterschiedlichen Wohnformen im Alter. Trotz allem stellt das Wohnen im privaten Haushalt die häufigste Wohnform im Alter dar. Nur 3 Prozent der älteren Menschen leben in Sonderwohnform, wie zum Beispiel im Betreuten Wohnen, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf oder in anderen Pflegeeinrichtungen.³²

Die nachfolgend beschriebenen Wohnformen für ältere Menschen setzen eine bewusste Entscheidung für einen Umzug aus der bisherigen eigenen Wohnung voraus. Meistens steht der Wunsch nach einer barrierefreien Wohnung im Zentrum der Entscheidung.

³⁰ Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Müller, Rolf/Runte, Rebecca/Unger, Rainer, 2015: Barmer GEK Pflegereport 2015, Berlin, S. 18.

³¹ Nowossadeck, Sonja/Engstler, Heribert, 2017: Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: Mahne Katharina et al.: Altern im Wandel. Berlin, S. 299.

³² Krentz, Ariane, 2016: Lebenssituation älterer Menschen in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2016, S. 11.

Barrierefreie Seniorenwohnungen

Barrierefreie Wohnungen für ältere Menschen bieten häufig einen Hausmeisterservice und liegen meist in Zentrumsnähe. Darüber hinaus können häufig zusätzliche Dienstleistungsangebote gewählt werden, zum Beispiel Mahlzeitendienst, Einkaufs-, Reinigungs- und Wäscheservice. Anders als beim klassischen Betreuten Seniorenwohnen gibt es keinen für alle Bewohner verbindlichen „Grundservice“, in dem bestimmte Leistungen bereits enthalten sind. Das hat für die Bewohner den Vorteil, dass sie die Leistungen bestimmen, die sie benötigen und nur für diese bezahlen. Viele Gemeinden und Städte sehen es als ihre Aufgabe an, im Rahmen der Daseinsvorsorge barrierefreien Wohnraum für ihre älteren Einwohner anzubieten.

Barrierefreie Wohnungen werden auch von Wohnbaugenossenschaften angeboten. Sie bieten ihren älteren Mietern die Möglichkeit eines Umzuges in eine solche Wohnung an, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen zunehmen. Das hat häufig den Vorteil, dass die Mieter in ihrer bisherigen Wohnumgebung bleiben können.

Betreutes Wohnen

Das Prinzip des Betreuten Wohnens kombiniert das Angebot einer Wohnung mit einem Betreuungsangebot. Die Wohnanlagen bieten in der Regel abgeschlossene barrierefreie Wohnungen mit Serviceangeboten in Form von Grund- und Wahlleistungen. Betreute Wohnanlagen unterscheiden sich in Größe, Qualität und Konzeption voneinander. Das Ziel des Betreuten Wohnens ist die möglichst selbstständige Haushalts- und Lebensführung bei gleichzeitiger Betreuung. Die Serviceleistungen unterscheiden sich deutlich im Umfang und Zuschnitt. Neben der Miete und den Nebenkosten zahlt der Mieter für Grundleistungen – wie zum Beispiel für eine Ansprechperson in der Anlage, gesellige Angebote oder die Vermittlung von Hilfen – eine Pauschale. Fast alle Anlagen bieten zusätzlich kostenpflichtige Wahlleistungen an. Die Betreuung organisiert und koordiniert die notwendigen Unterstützungsleistungen. Als Hilfestellung für die Nutzer bei der Auswahl einer Anlage wurde in Baden-Württemberg das Qualitätssiegel für Betreute Seniorenwohnanlagen entwickelt.³³ Die darin enthaltenen Kriterien zu Bauwerk, Umfeld, Grund- und Wahlservice sowie Vertragsgestaltung erleichtern die Vergleichbarkeit von Angeboten.

Betreute Seniorenwohnanlagen müssen sich, wie andere Altenhilfeangebote auch, an geänderte Nutzerbedürfnisse anpassen. Der steigende Altersdurchschnitt der Bewohner und die Ausdifferenzierung der Bedürfnisse und Erwartungen an das Betreute Wohnen erfordern neue Konzepte. Gefragt sind Lösungen für einen zunehmenden Unterstützungs- und Pflegebedarf, auch für vermehrt auftretende demenzielle Erkrankungen von Bewohnern, aber auch neuartige Dienstleistungsangebote für das ganze Quartier. Gleichzeitig sind die Personalkapazitäten im Betreuten Wohnen derzeit in der Regel knapp bemessen.

³³ <http://www.kvjs.de/soziales/senioren/qualitaetssiegel-betreutes-wohnen-fuer-senioren.html>

Die Anforderungen des Qualitätssiegels rechnen mit einer Vollzeitstelle für jeweils 100 Wohneinheiten im Rahmen des über die Monatspauschale finanzierten Grundservices.

Viele Betreiber von Wohnanlagen haben die Zunahme der Erwartungen an das Betreute Wohnen erkannt und ihr Angebotsspektrum entsprechend erweitert. So gibt es Wohnanlagen mit Tages- oder Kurzzeitpflegebereichen oder mit zusätzlichen Betreuungs- und Begleitangeboten für Demenzerkrankte. Immer mehr Anlagen arbeiten eng mit Pflegeeinrichtungen zusammen und die Bewohner können deren Dienstleistungen teilweise mitnutzen. Sie machen immer häufiger selbst Angebote für das umliegende Wohnquartier, zum Beispiel einen offenen Mittagstisch, eine Cafeteria, Vorträge zu seniorenbezogenen Themen oder kulturelle und präventive Angebote. Teilweise ist auch ein Stützpunkt eines Ambulanten Pflegedienstes integriert. Das Ziel solcher Weiterentwicklungen des Betreuten Wohnens ist stets der möglichst lange Verbleib der Bewohner in der Wohnanlage. Viele Kommunen haben diese Entwicklungen als Chance erkannt und nutzen solche Projekte gezielt für die Stabilisierung und Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur.

Hausgemeinschaften – Mehrgenerationenwohnen

Hausgemeinschaften zeichnen sich dadurch aus, dass zwar jeder Mieter oder Eigentümer über eine eigene Wohnung verfügt, allerdings eine Gemeinschaft vorhanden ist, die gegenseitig Unterstützung leistet und bei Bedarf gemeinsam Hilfe in Anspruch nimmt. Meistens stehen Flächen oder Räume zur Verfügung, die gemeinschaftlich genutzt werden. Hausgemeinschaften können selbstinitiiert oder durch einen Träger oder Bauträger initiiert werden. Die Wohnungen können sowohl gemietet als auch gekauft sein. In den meisten Fällen stehen sie im Eigentum. Im Hinblick auf das Alter soll gemeinschaftliches Wohnen auf der einen Seite die Unabhängigkeit bewahren, gleichzeitig aber Kontakte ermöglichen und so vor Vereinsamung schützen. Darüber hinaus ist gegenseitige Hilfe und vor allem auch Unterstützung in Notfällen möglich. Die Bewohner organisieren ihr Gemeinschaftsleben dabei in Eigenregie. Bei Bedarf werden externe Dienstleister in Anspruch genommen.

Bei selbstinitiierten Projekten finden sich Menschen für ein Bauprojekt zusammen und gründen in aller Regel eine Bauherrengemeinschaft, einen Verein oder eine Genossenschaft, um ihr Bauprojekt zu verwirklichen. Die Grundstücksuche, Planung, Abstimmung und Bauphase nimmt dann meistens einen längeren Zeitraum in Anspruch. Häufig erleben diese Gemeinschaften, dass Interessenten in dieser Phase aus dem Projekt aussteigen.

Hausgemeinschaften können beispielsweise durch einen Träger der freien Wohlfahrtspflege, einen Bauträger oder eine andere Einrichtung initiiert werden. Dies kann zum Beispiel eine Gemeinde sein. In diesen Fällen ist das Grundstück bereits vorhanden, während die Interessenten für das Bauprojekt noch gesucht werden. Häufig werden die Planungs- und Gemeinschaftsprozesse von Moderatoren begleitet.

Bei Hausgemeinschaften, die sich aus mehreren Generationen zusammensetzen sollen, wird häufig von Mehrgenerationenwohnen gesprochen. Hier besteht die Herausforderung, die Mischung der Generationen, die bei Beginn eines Projektes besteht, über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten.

Mehrgenerationenwohnen wird teilweise auch von Trägern der Altenhilfe angeboten.

Auf Bundesebene bietet das Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V. in Hannover, das bundesweite Netzwerk für selbst organisierte Wohnprojekte, Beratung und Unterstützung an. Für Baden-Württemberg gibt es darüber hinaus Ansprechpartner in drei Regionalstellen, bei denen sich Interessierte informieren können.³⁴ Sowohl das Forum als auch eine zunehmende Zahl anderer Initiativen, wie beispielsweise die Internet-Plattform www.neuewohnformen.de, unterhalten im Internet bundesweite Projektbörsen.

Auch Kommunen befassen sich angesichts der demografischen Veränderungen zusehends mit der Frage nach unterschiedlichen Wohnformen im Alter. Manche betreiben regionale Wohnprojektbörsen, die dem Austausch und der Information von Interessenten dienen. Darüber hinaus entstanden zahlreiche Projekte für kommunale, beziehungsweise kommunal unterstützte Wohninitiativen.

Mit zunehmendem Unterstützungs- und Pflegebedarf treten neben dem Wohnen andere Leistungen in den Vordergrund. Diese sind im Kapitel 5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause beschrieben.

Eine Sonderform der neuen Wohnformen sind Pflege-Wohngemeinschaften, die als ambulante Versorgungsform für Pflegebedürftige aktuell aufgrund neuer bundes- und landesgesetzlicher Regelungen einen erheblichen Schub erfahren. Auf sie wird im Kapitel 5.8 Ambulant betreute Wohngemeinschaften eingegangen.

3.1.3 Bauliche Gestaltung und Ausstattung der Wohnung

Obgleich nicht jede Wohnung altersgerecht angepasst werden kann, steckt im Wohnungsbestand ein großes Potenzial.

Um die Mindestanforderungen an altersgerechten Wohnraum³⁵ zu erreichen, ist meistens ein Umbau des Hauses oder der Wohnung erforderlich. Das Ziel ist dem Wunsch älterer Menschen entgegenzukommen, auch mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen möglichst lange in ihrer privaten Wohnung wohnen zu können. Dem Umbau und den Anpassungen vorausgehen kann eine Wohnberatung. Dabei sollte auch der Einsatz sinnvoller alltagsunterstützender Technik mitberücksichtigt werden. Diese kann dazu beitragen, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen. Nachfolgend werden beide Themenbereiche betrachtet.

³⁴ <http://www.fgw-ev.de/>

³⁵ siehe Kriterien in der Einleitung dieses Kapitels

Wohnberatung

Wohnberatung richtet sich an Senioren, Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, aber auch an Pflegefachkräfte, Handwerker, Architekten und die Wohnungswirtschaft. Sie informiert und berät neutral und unabhängig zu den Themen Barrierefreiheit und Wohnungsanpassung. Ihr Aufgabenspektrum ist breit und umfasst bei Bedarf auch Hausbesuche. Dabei werden zunächst konkrete Mängel einer Wohnung analysiert und über Möglichkeiten zu deren Behebung informiert. Bei Bedarf unterstützt und begleitet die Wohnberatung ihre Klienten auch bei der praktischen Umsetzung notwendiger Umbaumaßnahmen und hilft bei der Beantragung von Fördermitteln.

Während es bei Neubauten um die Einhaltung von DIN-Normen geht, um Barrierefreiheit zu erreichen, geht es bei der Wohnanpassung darum, Barrieren zu reduzieren und die Wohnung möglichst altersgerecht zu gestalten. Es sollen auf den Einzelfall abgestimmte, möglichst einfache Lösungen mit möglichst großem Nutzen umgesetzt werden.³⁶ Durch die Beseitigung von „Stolperfallen“, wie zum Beispiel Türschwellen und durch Umstellen von Möbeln, lässt sich schon mit einfachen Mitteln eine Reduzierung von Barrieren erreichen. Das Anbringen eines griffigen Handlaufs in der Wohnung oder im Treppenhaus erhöht die Sicherheit und erweitert den Bewegungsradius. In vielen Fällen können aber erst durch einen Bad- oder Küchenumbau spürbare Verbesserungen und deutliche Komfortgewinne erzielt werden. Dies setzt eine kompetente und gleichzeitig einfühlsame Beratung voraus. Zuvor muss bei älteren Menschen die Erkenntnis reifen, dass die Beseitigung von Barrieren mehr Sicherheit und einen Gewinn an Lebensqualität bringt. Bevor die eigentliche Wohnberatung beginnen kann, sind häufig zunächst Widerstände und Bedenken zu beseitigen.

In den vergangenen Jahren wurden in zahlreichen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs Wohnberatungsstellen eingerichtet. Teilweise sind auch barrierefreie Musterwohnungen entstanden, in denen ein breites Spektrum an praktischen Lösungsmöglichkeiten besichtigt und ausprobiert werden kann. Eine solche Musterwohnung wurde auch vom Kommunalverband für Jugend und Soziales in Stuttgart eingerichtet.

Die Aufgaben der Wohnberatung werden in Baden-Württemberg sowohl von hauptamtlichen Fachleuten als auch von freiwillig engagierten Bürgern geleistet. Die Qualifikation der Beratenden wird durch Schulungen, Informationen zu aktuellen Entwicklungen und die Integration in örtliche Netzwerke unterstützt. Viele ehrenamtlich Tätige verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung, zum Beispiel als Architekten, über zusätzliche Qualifikationen für die Aufgabe.³⁷

³⁶ siehe dazu: Gemeindetag Baden-Württemberg/ Städtetag Baden-Württemberg/ Landkreistag Baden-Württemberg/ KVJS (Hrsg.), 2014: Barrierearm Wohnen. Empfehlungen für die Anpassung des Wohnungsbestands, Stuttgart.

³⁷ Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnraumanpassung hat Qualitätsstandards für Wohnberatung veröffentlicht (www.wohnanpassung-bag.de).

Da Ambulante Dienste regelmäßig in die Wohnungen älterer Menschen kommen, können sie ebenfalls wertvolle Hinweise zur Wohnungsanpassung geben. Außerdem beraten auch Pflegestützpunkte, wie eine Wohnung an Bedürfnisse älterer Menschen angepasst werden kann.

Die Bedeutung von Wohnberatung haben inzwischen auch Handel und Gewerbe erkannt. Immer mehr Handwerksbetriebe, Sanitätshäuser und Wohnbauunternehmen werben mit diesem Angebot um die älter werdende Kundschaft. In einigen Landkreisen kooperieren Kreishandwerkerschaften mit Kreissenorenräten. Die teilnehmenden geschulten Handwerks- und Dienstleistungsbetriebe bieten zusätzlich zu ihrer Fachkompetenz Beratung an. Diese umfasst unter anderem Hilfsmittel sowie Wohnanpassungs- und Umbaumaßnahmen im Hinblick auf die besonderen Anforderungen von älteren Menschen und Menschen mit Einschränkungen.³⁸

Auch die AG „Selbstbestimmtes Leben im Alter“, die im Rahmen der Demografiestrategie auf Bundesebene einberufen wurde, befasst sich mit dem Thema Wohnberatung und empfiehlt unter anderem den flächendeckenden Ausbau und die Professionalisierung der Wohnberatung, um den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen.³⁹

Obwohl in den letzten Jahren die Wohnberatung weiter ausgebaut wurde, kennen nur rund 26 Prozent der Menschen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren die Dienstleistung der Wohnberatung. Von den älteren Menschen, die das Angebot kennen, nutzen es nur 6,6 Prozent.⁴⁰

Finanzielle Förderung von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung

Die Pflegekassen gewähren im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen (festgestellte Pflegebedürftigkeit, „angemessene“ Eigenbeteiligung) Zuschüsse zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen sowie zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in Höhe von maximal 4.000,- Euro pro Maßnahme.⁴¹

Im Rahmen des Landeswohnungsbauprogramms Baden-Württemberg sind ebenfalls Zuschüsse von einigen tausend Euro für Umbaumaßnahmen möglich. Auch diese Zuschüsse sind an spezifische Voraussetzungen gebunden.⁴²

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau gewährt für den Umbau von bestehenden Wohnungen, mit dem Ziel Barrieren zu reduzieren, Kredite aus dem Programm „Altersgerecht Umbau-

³⁸ <http://www.serviceplus-bw.de>

³⁹ Bundesministerium des Innern: Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung. Arbeitsgruppenergebnisse zum Demografie Gipfel am 16. März 2017, S. 28.

⁴⁰ Nowossadeck, Sonja, 2014: Seniorenspezifische Dienstleistungen – Befunde des DEAS 2014. DZA-FactSheets. Berlin, S. 5.

⁴¹ siehe SGB XI, § 40 Abs. 4.

⁴² siehe dazu die Bestimmungen des jeweils gültigen jährlichen Landeswohnungsbauprogramms.

en“. Im Programm wurden außerdem Mindeststandards festgelegt, die eine Reduzierung von Barrieren mit sich bringen. Sie sind bewusst nicht so strikt gefasst wie DIN-Vorschriften zur Barrierefreiheit.

Im Gegensatz zu vielen anderen Programmen muss für das Programm „Altersgerecht Umbauen“ kein aktueller Bedarf nachgewiesen werden. Der Umbau kann auch präventiv erfolgen. Das Programm fördert Eigentümer, Investoren und Mieter.

Technikunterstützung

Der Einsatz intelligenter Technik im Wohnbereich kann die Selbstständigkeit und Sicherheit im Alter unterstützen. Sowohl beim Neubau als auch bei Sanierungs- und Wohnungsanpassungsmaßnahmen sollte daher der Einsatz sinnvoller technischer Hilfsmittel mit bedacht werden. Bei der Wohnanpassung im Bestand wird meist empfohlen, spezielle technische Hilfsmittel zur ausgewählten Unterstützung einzusetzen. Diese werden von den Nutzern eher akzeptiert und sind leichter umsetzbar als umfassende technische Lösungen.

Bisher ist der Einsatz spezieller Technik – abgesehen von Hausnotrufsystemen – noch nicht die Regel. Dies liegt zum einen an fehlenden Informationen über die Möglichkeiten und Wirkungen, zum anderen an der mangelnden Akzeptanz auf Seiten der Verbraucher.

Unter dem Fachbegriff Ambient Assisted Living (AAL, deutsch: Technikunterstütztes Leben) sind zahlreiche Modellprojekte zum Einsatz von vernetzter Technik in der Wohnung entstanden. Sowohl in Betreuten Wohnanlagen wie in Privatwohnungen wurden unterschiedliche Techniksysteme und damit verbundene Dienstleistungskonzepte auf ihre Alltagstauglichkeit und Akzeptanz bei den potentiellen Kunden getestet. Das Thema findet Eingang in die Wohnberatung und wird in Musterwohnungen vorgestellt.⁴³

Eine stetig wachsende Zahl an Forschungsvorhaben und Fachtagungen befasst sich ebenfalls mit AAL.⁴⁴ Übereinstimmend wird festgestellt, dass der flächendeckende Ausbau des technikunterstützten Wohnens für Senioren an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist: die Bedienung muss verbraucherfreundlich gestaltet sein, die Kosten überschaubar bleiben und die Technik mit einem passenden Dienstleistungskonzept verbunden sein.

⁴³ zum Beispiel in der Werkstatt Wohnen, der barrierefreien Musterwohnung des KVJS in Stuttgart, dem LebensPhasenHaus in Tübingen oder in der Musterwohnung der Beratungsstelle Alter und Technik in Villingen-Schwenningen.

⁴⁴ Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat seit 2008 mehrere Forschungsprojekte im Bereich AAL gefördert, <https://www.fit.fraunhofer.de/content/dam/fit/de/documents/projektportrats-aal.pdf>. Das Forschungszentrum Informatik in Karlsruhe hat ein Forschungsfeld „Smart home“ und „Ambient assistent living“ mit mehreren Forschungsprojekten.

Die Entwicklung des technikerunterstützten Wohnens birgt für die Zukunft große Chancen. Daher finden sich auch im Abschlussbericht der Enquetekommission Pflege Empfehlungen zur Berücksichtigung und Weiterentwicklung von alltagsunterstützenden Technologien als Ergänzung zur häuslichen Pflege, um älteren Menschen solange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen⁴⁵. Es gilt allerdings viele offene Fragen zu klären. Dies betrifft zum einen die Technik selbst, zum anderen die Organisation und Finanzierung der damit verknüpften Dienstleistungen.

3.1.4 Situation im Landkreis Göppingen

Nachfolgend werden die Angebote an barrierefreien Wohnungen, alternativen Wohnformen sowie der Wohnberatung und Technikerunterstützung im Seniorenbereich im Landkreis Göppingen beschrieben.

Barrierefreie Wohnungen

Die Anzahl der barrierefreien oder barrierearmen Wohnungen im Landkreis Göppingen ist nicht bekannt. Das Baujahr lässt Rückschlüsse auf Barrieren im Zugang oder innerhalb der Wohnung zu. Bei Wohnungen, die vor 1989 gebaut wurden, kann davon ausgegangen werden, dass Barrierefreiheit keine oder eine untergeordnete Rolle spielte. Im Landkreis Göppingen sind 20 Prozent der Wohnungen vor 1949 errichtet worden, 59 Prozent zwischen 1950 und 1989 und 21 Prozent der Wohnungen sind jüngeren Baujahrs (ab 1990). Dies entspricht in etwa der landesweiten Verteilung. Die Feststellung des KDA für Baden-Württemberg, dass der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum deutlich über dem Bestand liegt, dürfte daher auf den Landkreis übertragbar sein. Der Zusatzbedarf kann entweder im Rahmen von Neubaumaßnahmen oder durch Anpassungsmaßnahmen im Bestand gedeckt werden. Da die meisten Senioren im Alter in der bisherigen Wohnung bleiben wollen, ist von einem hohen Anpassungsbedarf im Bestand auszugehen. Ob Wohnungen tatsächlich an die Bedürfnisse im Alter angepasst werden, hängt von vielen Faktoren ab, insbesondere von den Kosten eines Umbaus. Dabei ist entscheidend, ob es sich um Eigentum oder um eine Mietwohnung handelt. Im Landkreis Göppingen sind 58 Prozent der Wohngebäude Einfamilienhäuser, von denen vermutlich nur ein geringer Teil vermietet ist. Knapp 56 Prozent der Wohnungen im Landkreis Göppingen werden von den Eigentümern selbst genutzt.

Im Jahr 2009 hat der Stadtseniorenrat Göppingen eine Erhebung zum Wohnen im Alter durchgeführt. Er stellte als Ergebnis seiner Umfrage fest, dass rund 60 Prozent der Befragten in Eigentumswohnungen/ -häusern leben. Die restlichen 40 Prozent leben zur Miete. Lediglich jeder zehnte Befragte gab an, dass er in einer barrierefreien Wohnung lebe.⁴⁶

⁴⁵ Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 15/7980. „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit den Handlungsempfehlungen, S. 92.

⁴⁶ <http://www.ssr-gp.de/leben-und-wohnen-im-alter.html>

Die Eigentumsverhältnisse sowie die Zahl der Wohnungen in einem Gebäude haben Einfluss auf die Möglichkeiten zur altersgerechten Wohnungsanpassung. In Mehrfamilienhäusern sind bei größeren Anpassungsmaßnahmen, wie zum Beispiel dem Einbau eines Aufzugs, häufig andere Nutzer oder Eigentümer in Entscheidungen einzubeziehen. Zusätzliche Auflagen des Denkmalschutzes wirken sich kostensteigernd aus und können Umbaumaßnahmen erheblich erschweren.

Die Nutzungsform der Wohnung wirkt sich ebenfalls auf die Akzeptanz von Wohnungsanpassungsmaßnahmen und die Umzugsbereitschaft der Bewohner aus. Im Landkreis Göppingen liegt die Zahl der Privateigentümer, die ihre Wohnung oder ihr Haus selbst nutzen, über dem Landesdurchschnitt. Dies kann eine Wohnungsanpassung erleichtern, da Eigentümer, die in ihre Wohnung investieren, selbst von den Maßnahmen profitieren. Dazu bedarf es aber entsprechender Informationen und der Bereitschaft zu Umbaumaßnahmen.

Besondere Wohnformen

Eine Übersicht über die Anzahl an Seniorenwohnungen, betreuten Wohnungen oder Wohnanlagen sowie Hausgemeinschaften oder Mehrgenerationenprojekte im Landkreis Göppingen ist nicht vorhanden. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Begrifflichkeiten nicht einheitlich verwendet werden und das Angebot sehr unterschiedlich ist.

Barrierefreie Seniorenwohnungen

In vielen Städten und Gemeinden des Landkreises gibt es barrierefreie Seniorenwohnungen. 12 der 24 Städte und Gemeinden, die sich an der Erhebung beteiligt haben, bewerteten das Angebot an barrierefreien Seniorenwohnanlagen in ihrer Kommune als sehr gut oder gut (siehe Kapitel 3.1.5 Einschätzung durch lokale Experten). Ob es sich dabei allerdings um barrierefreie Seniorenwohnungen im oben beschriebenen Sinne handelt, kann ohne die genaue Kenntnis über die Angebotsform nicht beurteilt werden.

Betreutes Wohnen

In rund zwei Dritteln der Städte und Gemeinden im Landkreis Göppingen gibt es Betreute Wohnanlagen für Senioren. Ein Teil der Wohnanlagen wird in Verbindung mit einer Pflegeeinrichtung, teilstationären oder ambulanten Pflegeangeboten betrieben. Weiter bieten die Gemeinden eine beachtliche Anzahl an Betreuten Wohnanlagen für Senioren an. Insbesondere kleinere Gemeinden scheinen mit diesem Angebot einen Beitrag zur Daseinsvorsorge zu leisten. Eine zusätzliche Kombination des Betreuten Wohnens mit einem Tagespflegeangebot kann den Verbleib älterer, pflegebedürftiger Bürger im vertrauten Wohnumfeld unterstützen.

Die Angebote der Betreuten Wohnanlagen stehen häufig für alle Einwohner einer Gemeinde zur Verfügung. Diese können zum Beispiel an Veranstaltungen der Wohnanlage teilnehmen oder gemeinsam mit den Bewohnern der Wohnanlage zu Mittag essen.

Neun Wohnanlagen im Landkreis Göppingen sind mit dem Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg ausgezeichnet. Insgesamt sind in Baden-Württemberg 64 Betreute Wohnanlagen mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnet worden.

Mehrgenerationenhaus in Geislingen

Das Mehrgenerationenhaus „Wohnen Plus“ in Geislingen wurde im Jahr 2013 vom Stadt-seniorenrat initiiert. Nachdem ein Investor aus dem Projekt ausstieg, ging es erst weiter voran, als sich die Kreissparkasse Göppingen in der Bauherrengemeinschaft engagierte. Es sollen 13 Wohnungen entstehen. Die Kreissparkasse hat vier davon erworben, die sie weitervermarktet. Sie hat außerdem die Projektsteuerung für das Projekt übernommen. Die Wohnungen sollen ab Winter 2017 bezugsfertig sein.

Ebenfalls im Jahr 2013 startete eine Initiative in Göppingen zu einem Mehrgenerationen-wohnprojekt. In Göppingen-Bartenbach sollen 20 Wohnungen im Projekt „Kunterbunt Wohnen“ verwirklicht werden. Die Stadt Göppingen hat dafür der Baugemeinschaft ein Baugrundstück zur Verfügung gestellt. Derzeit läuft die Suche nach weiteren Interessier-ten.

In anderen Gemeinden und Städten des Landkreises gab es ebenfalls Initiativen zur Gründung gemeinschaftlicher Wohnprojekte, zum Beispiel durch den Seniorenrat. Dafür fanden sich allerdings nicht genügend Interessierte, so dass die Projekte nicht weiterver- folgt wurden.

Die Beispiele im Landkreis Göppingen verdeutlichen, dass es nicht einfach ist zu einem bestimmten Zeitpunkt interessierte Menschen mit der notwendigen Finanzierungskapazi- tät zu finden, um ein Hausgemeinschaftsprojekt umzusetzen. Die Beteiligung eines Inves- tors, der die nicht vergebenen Wohnungen übernimmt und vermarktet, erleichtert offen- sichtlich das Zustandekommen eines solchen Projektes.

Wohnberatung und Technikunterstützung

Im Landkreis Göppingen wurde im Jahr 1989 eine der ersten Wohnberatungsstellen des Landes Baden-Württemberg auf Initiative der Altenhilfe-Fachberatung unter dem Namen „AMEISE“ – Aktion mobiler Einsatz individuell sozial Engagierter – eingerichtet. Seit 1995 ist die Wohnberatungsstelle „AMEISE“ an das Deutsche Rote Kreuz in Göppingen ange- gliedert. Sie befindet sich in der Großen Kreisstadt Göppingen und berät im ganzen Land- kreis.

Die Wohnberatungsstelle wird von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin des DRK mit einem Stellenanteil von 18 Prozent einer Vollzeitstelle geleitet. Ehrenamtliche, geschulte Wohnberater beraten Senioren vor Ort. Die Wohnberatungsstelle führt Informationsveranstaltungen durch und übernimmt die Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Wohnberater. Auf der Internetseite der Wohnberatungsstelle finden Interessierte und Betroffene eine Checkliste, die es ihnen ermöglicht, ihre Wohnsituation selbst auf eine altersgerechte Ausstattung hin zu überprüfen.⁴⁷

Zusätzlich zum Angebot der Wohnberatung vermittelt die „AMEISE“ Anfragen an eine Seniorenwerkstatt, die bei Senioren kleinere Reparaturen durchführt – beispielsweise wenn der Wasserhahn tropft, das Fenster klemmt oder die Glühbirne ausgewechselt werden muss.

Alltagsunterstützende technische Assistenzsysteme im privaten Wohnen spielen in der Wohnberatung im Landkreis Göppingen bislang eine untergeordnete Rolle. In Einzelfällen findet eine Beratung zur Technikunterstützung im privaten Wohnen statt. Dabei wird insbesondere zu leicht umsetzbaren Maßnahmen im Rahmen der Wohnungsanpassung beraten.

Ambulante Dienste und der Pflegestützpunkt beraten ebenfalls zu Maßnahmen der Wohnanpassung und zur Beseitigung von Barrieren in der Wohnung.

Darüber hinaus bieten im Rahmen des Gemeinschaftsprojekts „ServicePlus“ in Baden-Württemberg geschulte und zertifizierte Betriebe aus Handwerk und Dienstleistungen, zusätzlich zu ihrer Fachkompetenz, eine Beratung im Hinblick auf die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse älterer Menschen und Menschen mit körperlichen Einschränkungen an. Das Projekt wurde unter anderem von Kreissenorenräten, Kreishandwerkerschaften und Wohnberatungsstellen ins Leben gerufen. Im Landkreis Göppingen wurden im Jahr 2014 die ersten Schulungsmaßnahmen für Betriebe durchgeführt. Mittlerweile gibt es 48 „ServicePlus“-zertifizierte Betriebe aus Handwerk und Dienstleistungen⁴⁸, die geschult sind, die Bedürfnisse von Senioren und von Menschen mit Einschränkungen besonders zu berücksichtigen und sich dazu verpflichten, regelmäßig an Fortbildungsangeboten teilzunehmen.

3.1.5 Einschätzung durch lokale Experten

Das derzeitige Angebot an barrierefreien Wohnungen wurde von den Experten im Fachgespräch zum Themenfeld Wohnen als nicht ausreichend eingeschätzt. Sie merkten an,

⁴⁷ <http://www.drk-goeppingen.de/fileadmin/Dateien/Angebote/Senioren/Checkliste%20Wohnberatung.pdf>

⁴⁸ Eine Adressliste aller zertifizierten Betriebe im Landkreis Göppingen ist entweder bei der Kreishandwerkerschaft Göppingen, dem Kreissenorenrat und dem DRK-Kreisverband Göppingen e.V. erhältlich oder kann im Internet unter http://www.serviceplus-bw.de/index.php?action=unternehmen_liste&Kreis=GP eingesehen werden.

dass ältere Menschen eher in größeren Häusern oder Wohnungen leben, die oftmals nicht barrierefrei sind. Die meisten Menschen hätten den Wunsch weiterhin dort zu leben, würden sich jedoch nicht rechtzeitig um eine altersgerechte Modernisierung bemühen.

Mieter würden Umbaumaßnahmen häufig als kritisch ansehen, weil sie einen Anstieg der Mieten befürchten. Es wurde geäußert, dass sie lieber mit Barrieren in der Wohnung leben als höhere Kosten in Kauf nehmen. Viele Mieter können sich höhere Mieten auch nicht leisten. Ein Umbau zu einer barriere reduzierten Wohnung mit anschließender Mieterhöhung hätte für sie im schlimmsten Fall einen Auszug zur Folge.

Als positiv merkten die Experten an, dass im Landkreis Göppingen bereits barrierefreie Neubauprojekte realisiert wurden beziehungsweise werden, die nicht nur Menschen mit Einschränkungen zu Gute kommen. Dies hätte auch zur Folge, dass die Bewohner gemischt wären und nicht ausschließlich ältere Menschen einziehen. Allerdings äußerten sie auch den Wunsch nach bezahlbarem altengerechten Wohnraum, damit auch weniger gut situierte Senioren die Angebote in Anspruch nehmen können. Hier sei insbesondere der Soziale Wohnbau gefordert, entsprechende Angebote vorzuhalten.

Im Rahmen der Erhebung bei den Städten und Gemeinden des Landkreises gab die Hälfte der Kommunen an, dass sie eine besondere Herausforderung für die Zukunft darin sehen, altersgerechte Wohnangebote sicherzustellen. Drei Gemeinden wollen sich zukünftig oder aktuell dem Thema Barrierefreiheit im Wohnraum annehmen. In der Gemeinde Gammelshausen entsteht zum Beispiel im Ortszentrum ein barrierefreies Achtfamilienhaus. Weiter sollen in der Gemeinde Wäschenbeuren im Bereich des Sonne-Areals 18 Wohnungen mit Aufzügen und breiten Türen sowie einem Tagespflegeangebot errichtet werden. Eine weitere Kommune sieht im Rahmen der Weiterentwicklung seniorengerechter Angebote und Strukturen die Bereitstellung bezahlbaren und barrierefreien Wohnraums als eines ihrer wichtigsten Ziele in naher Zukunft an.

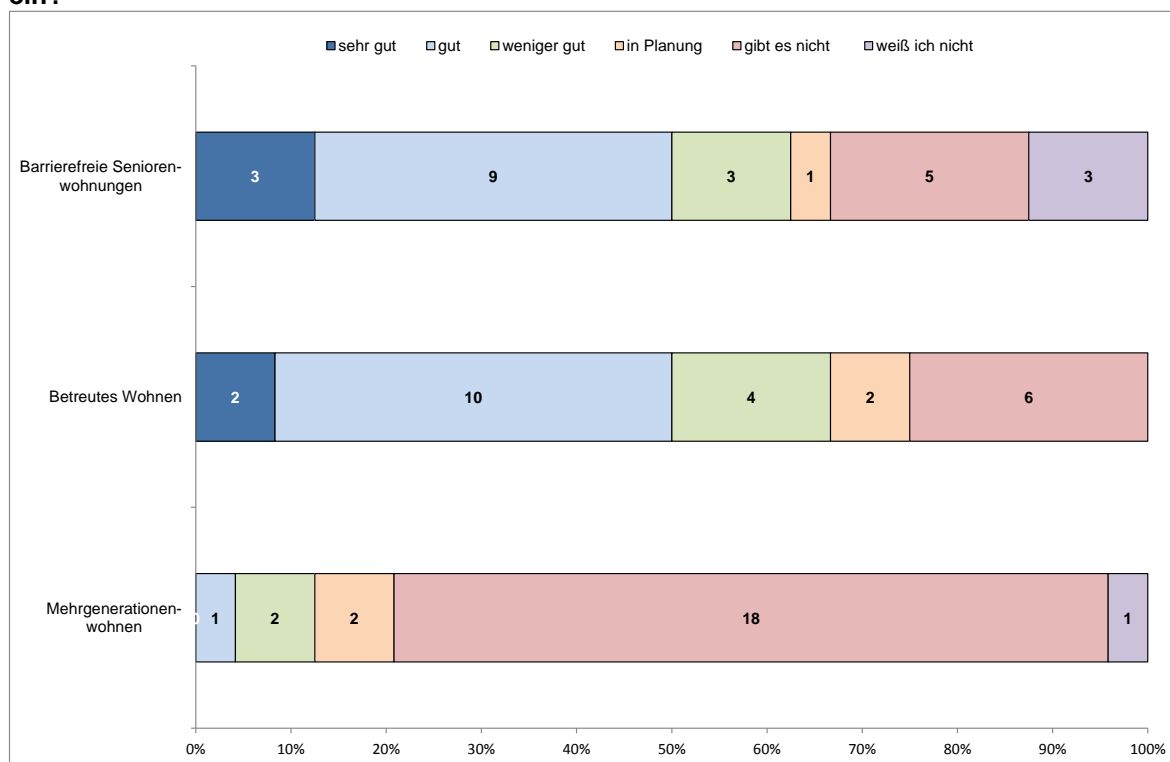
Besondere Wohnformen für ältere Menschen, wie das Betreute Wohnen oder Mehrgenerationenwohnen, wurden im Fachgespräch von unterschiedlichen Seiten kritisch eingeschätzt. Die Teilnehmer waren sich einig darüber, dass mehr barrierefreie Wohnungen im Kreis benötigt werden. Der Vorschlag war, dass diese ohne zusätzliche Dienstleistungen angeboten werden. Bei steigendem Unterstützungsbedarf könnten sich die Bewohner dann die Hilfe und Unterstützung erwerben, die sie benötigen und die dann möglicherweise von der Pflegeversicherung übernommen würde. Das hätte den Vorteil, dass keine Pauschale für Leistungen anfällt, die nicht genutzt würde, wie beispielsweise beim Betreuten Wohnen. Es wurde vielfach darauf hingewiesen, dass es wünschenswert sei, wenn es in Wohngebieten und Gebäuden eine „normale“ Bevölkerungsstruktur gäbe und dort nicht ausschließlich ältere Menschen wohnen. Besondere Wohnformen wie Betreutes Wohnen und Mehrgenerationenwohnen wurden als teure Angebote für zahlungskräftige Senioren bewertet. Dagegen wurde allerdings angeführt, dass ein (Teil-)Umbau einer Bestandswohnung zu einer barrierefreien Wohnung ebenfalls zu hohen finanziellen Investitionen führt. Betreutes Wohnen hätte den Vorteil, dass die Wohnung von der Größe und dem Grundservice wie einem Hausmeisterdienst den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht.

Diese Angebote sollten auch für ältere Menschen mit geringerem Einkommen zur Verfügung stehen.

Die Einschätzungen der Städte und Gemeinden im Landkreis Göppingen zum altersgerechten Wohnangebot im Rahmen der schriftlichen Befragung brachte folgendes Ergebnis:

- die Hälfte der Kommunen, die sich beteiligten, bewertete das Angebot an barrierefreien Seniorenwohnungen oder dem Betreuten Wohnen als sehr gut oder gut
- die Hälfte der Kommunen bewertete es als besonders schwierig, dem Bedürfnis nach „altersgerechten Wohnangeboten“ nachzukommen

Abbildung 11: Wie schätzen Sie aktuell das altersgerechte Wohnangebot in ihrer Gemeinde ein?



Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

Wohnberatung

Die Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Rahmen der Seniorenplanung im Landkreis Göppingen ergab, dass das Angebot der Wohnberatungsstelle teilweise nicht bekannt sei. Lediglich zwei der 24 befragten Kommunen im Landkreis Göppingen bewerteten das Angebot der Wohnberatung als sehr gut oder gut. 15 der befragten Städte und Gemeinden gaben an, dass es in ihrer Kommune kein Angebot an Wohnberatung gäbe und drei waren sich bezüglich des vorhandenen Angebots nicht sicher. Hier zeigt sich ein

Informationsdefizit bei den Städten und Gemeinden über die Angebote der Wohnberatung im Landkreis.

Der verstärkte Einsatz sinnvoller und intelligenter Technik wurde von den Experten im Rahmen des Fachgesprächs als ein wichtiges Angebot gesehen, um den Verbleib älterer Menschen in der Häuslichkeit zu unterstützen.

3.1.6 Fazit und Handlungsempfehlungen

Es gibt im Landkreis Göppingen unterschiedliche Wohnangebote für ältere Menschen in Form von barrierefreien Seniorenwohnungen, Betreuten Wohnanlagen und Mehrgenerationenwohnen. Das Angebot, Eigentümer und Mieter zur Reduzierung von Barrieren in ihren Wohnungen zu beraten, ist landkreisweit vorhanden. Einer der größten Wünsche älterer Menschen ist es, in ihrer bisherigen Wohnung alt zu werden. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Wohnberatung und Wohnungsanpassung sowie nach barrierefreien Wohnformen angesichts der Zunahme der älteren Menschen steigen wird, zumal die meisten Bürger des Landkreises Göppingen – den Erhebungsergebnissen des Stadtseiniorenrates zufolge – in nicht barrierefreien Wohnungen/ Häusern leben.

Die Nachfrage nach Sonderwohnformen ist jedoch je nach Projekt und Standort unterschiedlich. Deshalb sollten Bedarfe immer sehr kleinräumig mit allen beteiligten Akteuren unter Einbeziehung der Bürger und der weiteren Infrastruktur in der Gemeinde oder im Stadtviertel untersucht werden, bevor neue Seniorenwohnungen konzipiert werden. Ebenfalls im Blick haben müssen Kommunen und Wohnungsbauunternehmen die Wohnkosten. Auch für Senioren mit geringem Einkommen muss eine ausreichende Zahl an preiswerten, seniorenrechtlichen Wohnungen zur Verfügung stehen.

Ziel:

Senioren erhalten Beratung und Unterstützung beim altersgerechten Umbau ihrer Wohnung/ ihres Hauses und der Organisation benötigter Alltags- und Pflegehilfen. Senioren können unter abgestuften vielfältigen Wohnangeboten auswählen.

Handlungsempfehlungen:

3. Der Landkreis Göppingen informiert die Bürger umfangreicher über barrierefreies Bauen.
4. Die Energieagentur weist zusätzlich auf die Vorteile einer barrierefreien Umgestaltung in ihrer Beratung hin.
5. Das Entstehen neuer gemeinschaftlicher Wohnformen in Gemeinden und Städten soll im Interesse der Kommunen liegen. Von ihnen sollen Impulse zur Stärkung sozialer Netzwerke und Selbsthilfepotenziale in der Gemeinde ausgehen. Hilfreich kann eine ideelle und organisatorische Unterstützung bürgerschaftlicher Initiativen durch die Gemeinden sein: Unterstützung bei der Wohnungs- und Grundstücksbeschaffung,

Vermittlung von Kontakten zu kooperationswilligen Bauträgern und eine aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.

6. Beim Bau betreuter Seniorenwohnungen sollen Wohnungsbauunternehmen Lösungen für den zunehmenden Unterstützungs- und gegebenenfalls Pflegebedarf hochaltriger Bewohner anbieten können. Technische Unterstützungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.
7. Der Landkreis informiert über Quartiersarbeit und unterschiedliche Wohnformen und beteiligt sich an Projekten mit kommunalen Partnern.
8. Der Landkreis soll auf Angebote der Wohnberatung verstärkt hinweisen.

3.2 Kommunale Wohnpolitik

Kommunale Wohnpolitik zielt in Bezug auf ältere Menschen darauf ab, Handlungsansätze zu entwickeln, um typischen wohnbezogenen Risiken des Älterwerdens zu begegnen. Dazu zählen die Entwicklung der Wohnkosten und die bauliche Gestaltung von Wohnungen und der Wohnumgebung.⁴⁹

3.2.1 Reduzierung von Barrieren im Wohnungsbestandes

Die Anpassung der eigenen Wohnung und ihre bauliche Gestaltung wurden in Kapitel 3.1.3 beschrieben. Hier geht es darum, wie Gemeinde, Städte und Kreise darauf einwirken können, dass eine größere Zahl von Wohnungen, die bereits bestehen, so angepasst werden können, dass ältere Menschen auch im hohen Alter und bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit weiterhin dort oder zumindest in ihrer Wohnumgebung verbleiben können. Ein ausreichendes Angebot kann dann geschaffen werden, wenn auch größere Wohnungsbestände im Besitz von Wohnungsbaugenossenschaften und kommunalen Wohnbauunternehmen barrierearm umgebaut werden. Bei einer Umfrage im Auftrag der L-Bank schätzten kommunale Wohnungsunternehmen und Wohnbaugenossenschaften, dass in ungefähr jedem dritten Haushalt ein Mensch im Alter über 65 Jahren lebt und dass in zirka acht Prozent der Wohnungen ein Mensch im Alter über 80 Jahren lebt.⁵⁰

Die Wohnbaugesellschaften gehen davon aus, dass etwa vier Prozent ihrer Wohnungen barrierearm sind, das heißt, dass es weniger als drei Stufen zum Zugang der Wohnung gibt und es keine Barrieren innerhalb der Wohnungen gibt. Knapp die Hälfte der Neubauten wurden in den letzten Jahren barrierefrei errichtet. Die Wohnbaugesellschaften sehen Bedarf für weitere barrierefreie Wohnungen. Sie planen deshalb in den nächsten 10 Jah-

⁴⁹ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 226.

⁵⁰ L-Bank (Hrsg.), 2013: Wohnungsmarktbeobachtung. Karlsruhe, S. 35f.

ren bezogen auf ihren Bestand weitere 10 Prozent der Wohnungen barrierefrei zu errichten. Dabei geben sie an, dass Barrierefreiheit hauptsächlich durch Neubauvorhaben umgesetzt werden soll.⁵¹ Ein Umbau von Wohnungen im Bestand wird mehrheitlich als unwirtschaftlich angesehen. Die Gründe dafür werden vor allem darin gesehen, dass die Mieter nicht bereit oder in der Lage sind, eine höhere Miete aufgrund der Umbaumaßnahmen in Kauf zu nehmen.

Zukunftsorientierte Wohnbauunternehmen und Wohnbaugenossenschaften passen ihren Wohnungsbestand im Rahmen von Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen zunehmend an die Anforderungen ihrer älter werdenden Mieter an. Einige Wohnbaugesellschaften modernisieren bei einem Mieterwechsel und bauen die Bäder barrierefrei um. Bei Befragungen stellte sich das Bad als der wichtigste Punkt für einen altersgerechten Umbau aus. Die meisten Mieter sehen hier die größten Barrieren.⁵²

Viele Wohnbaugesellschaften bieten Dienstleistungen für ältere Menschen an. Etwa ein Drittel der Anbieter engagiert sich in der Quartiersentwicklung.⁵³ Einzelne Wohnungsunternehmen haben zum Beispiel Treffpunkte mit persönlichen Ansprechpartnern für die Mieter eingerichtet.

3.2.2 Wohnmobilität

Ein Umzug stellt für ältere Menschen einen massiven Eingriff in das gewohnte Leben dar. Die Bindung an die bisherige Wohnung und Wohnumgebung nimmt mit dem Alter zu. Studien zur Wohnmobilität im Alter kommen allesamt zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen nicht umzugsbereit sind.⁵⁴ Dies trifft auch zu, wenn die Menschen pflegebedürftig sind oder und wenn sie zunehmend immobil sind. Ältere Menschen sind eher bereit altersbedingte Nachteile ihrer Wohnung in Kauf zu nehmen. Sie äußern eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation als jüngere Menschen. Diese Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist der Hauptgrund dafür, nicht umziehen zu wollen.⁵⁵ Mit zunehmendem Alter steigt die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung und die Umzugsbereitschaft sinkt entsprechend. Die Wohnqualität und das subjektive Wahrnehmen der eigenen Wohnsituation beeinflussen maßgeblich die Lebensqualität im Alter.

Wenn ältere Menschen befragt werden, was für das Wohnen im Alter wichtig sei oder was Gründe für einen Umzug sein könnten, geben sie häufig an, dass altersgerechtes Wohnen wichtig ist. Von den älteren Menschen, die tatsächlich umgezogen sind, geben jedoch nur wenige an, dass altersgerechtes Wohnen beim Umzug eine Rolle gespielt habe. Älte-

⁵¹ L-Bank (Hrsg.), 2013: Wohnungsmarktbeobachtung. Karlsruhe, S. 50f.

⁵² Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2013: Altersgerecht umbauen. Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren, Berlin, S. 22.

⁵³ L-Bank (Hrsg.), 2013: Wohnungsmarktbeobachtung. Karlsruhe, S. 55f.

⁵⁴ Teti, Andrea/Grittner, Ulrike/Kuhlmey, Adelheid/Blüher, Stefan., 2014: Wohnmobilität im Alter, in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47, S. 230ff.

⁵⁵ Zimmerli, Joelle, 2012: Wohnbedürfnisse und Wohnmobilität im Alter – heute und in Zukunft, Zürich, S. 34.

re Menschen, die nach ihrem 50. Lebensjahr umgezogen sind, geben als Gründe für den Umzug an, dass sie eine kleinere und damit günstigere Wohnung mieten können. Häufig ziehen sie auch deshalb um, weil sie sich von einem Partner trennen beziehungsweise der Partner auszieht und sie deshalb eine kleinere Wohnung suchen. Außerdem kommt es häufig vor, dass die Wohnung gekündigt wurde oder sie modernisiert werden soll und deshalb ein Umzug notwendig war.⁵⁶ Der Wohnkomfort wird selten als Grund für oder gegen einen Umzug genannt.

Für ältere Menschen kann der Umzug in eine kleinere, besser ausgestattete barrierearme Wohnung Vorteile mit sich bringen. Viele Senioren scheuen eine solche Veränderung wegen des großen organisatorischen und finanziellen Aufwands und wegen der Bindung an die bisherige Wohnung.

Eine Wohnungsbörse, in Kombination mit dem Angebot einer Umzugsberatung bis hin zu einem umfangreichen Umzugsmanagement, könnte hilfreich sein. Am aussichtsreichsten scheint das Angebot in der unmittelbaren Wohnumgebung zu vergleichbaren Kosten wie bisher umzuziehen.

3.2.3 Bezahlbarer Wohnraum

Die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass der Anteil der Wohnkosten am Einkommen zwischen 1996 und 2014 von 27,9 auf 35,1 Prozent für alle Mieter ab 40 Jahren zugenommen hat. Da die Einkommen älterer Menschen in diesem Zeitraum nicht im selben Maß gestiegen sind, ist davon auszugehen, dass ihre Mietbelastung zugenommen hat.⁵⁷

Bei älteren Mietern steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Wohnkosten am Einkommen. Das Haushaltseinkommen älterer Menschen ist nach dem Eintritt in den Ruhestand geringer als zu Erwerbszeiten. Außerdem steht ein geringeres Einkommen häufig in Zusammenhang mit dem Verlust eines Partners. Nach den Ergebnissen des Alterssurveys wenden ältere Mieter im Alter zwischen 70 und 85 Jahren 37 Prozent ihres Einkommens für das Wohnen auf. Da Frauen im Durchschnitt geringere Einkommen haben als Männer ist ihr Aufwand im Alter besonders dann hoch, wenn sie alleine leben. Frauen im Alter über 70 Jahre wenden 45,2 Prozent ihres Einkommens für Miete auf.

Dagegen wenden Wohnungseigentümer mit zunehmendem Alter einen geringeren Anteil am Einkommen für das Wohnen auf. Hier kommt zum Tragen, dass mit zu-

⁵⁶ Zimmerli, Joelle, 2012: Wohnbedürfnisse und Wohnmobilität im Alter – heute und in Zukunft, Zürich, S. 48f.

⁵⁷ Nowossadeck, Sonja/Engstler, Heribert, 2017: Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: Mahne, Katharina et. Al: Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 295.

nehmendem Alter Wohnungsdarlehen eher abgezahlt sind. Eigentümer von Wohnungen im Alter über 70 Jahren verwenden rund 21 Prozent ihres Einkommens für das Wohnen.⁵⁸ Der Altenbericht der Bundesregierung hält die Frage, ob ältere Menschen eine für ihre Bedürfnisse angemessene Wohnung bezahlen können als eine der wichtigsten der Wohnpolitik in der Zukunft.⁵⁹ Dafür ist sowohl die Entwicklung der Einkommen der älteren Bevölkerung als auch die Entwicklung der Wohnkosten von Bedeutung.

Die Ziele der Anpassung des Wohnungsbestandes stehen häufig dem Ziel des Vorhaltens bezahlbaren Wohnraums entgegen. Eine Modernisierung von Wohnungen durch Vermieter bringt meistens höhere Mietkosten mit sich. Deshalb arrangieren sich ältere Menschen lieber mit Barrieren in ihrer Wohnung in der Hoffnung, dass die Mietkosten für sie überschaubar bleiben. Vor allem die Modernisierung von ganzen Wohnbauten und beispielsweise der Einbau eines Aufzugs bringen meistens erhebliche Kostensteigerungen mit sich. Mieter sind häufig nicht bereit die Kosten dafür zu übernehmen, vor allem nicht zu einem Zeitpunkt an dem sie noch mobil sind und die Maßnahme in ihren Augen eher präventiven Charakter hat.⁶⁰ Wohnbaugesellschaften setzen häufig gerade mit Rücksicht auf ihre älteren Mieter die Barrierefreiheit im Wohnungsbestand nicht um, da sie zu einer enormen Mietsteigerung führen würde. Viele ältere Mieter können diese nicht tragen.

Wohnraumförderung

Als Umsetzung eines Vorschlages der Wohnraum-Allianz wurden im Förderprogramm „Wohnungsbau BW 2017“ mehrere bisherige Förderprogramme zusammengefasst. Das Landeswohnraumförderprogramm wurde beispielsweise integriert. Es gewährt für Wohnungen, die barrierefrei hergestellt werden einen Zuschlag. Der Fokus des Programms liegt auf der Mietwohnraumförderung.

Seit April 2016 können Investoren (zum Beispiel Wohnbauunternehmen und -baugenossenschaften) im KfW-Eigenmittelprogramm "Altersgerecht Umbauen" zinsgünstige Kredite beantragen, um Barrieren in ihren Vermietungsobjekten abzubauen.

Wohngeld für ältere Menschen

Im Januar 2016 trat eine neue Wohngeldreform in Kraft. Wohngeld stellt einen Zuschuss zu den Wohnkosten dar. Es zielt auf Haushalte, die ihren Lebensunterhalt und zumindest einen Teil ihrer Wohnkosten aus eigenen Mitteln decken können.⁶¹ Durch die Reform gibt es mehr leistungsberechtigte Menschen, da höhere Einkommensgrenzen festgelegt wur-

⁵⁸ Nowossadeck, Sonja/Engstler, Heribert, 2017: Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: Mahne, Katharina et. Al: Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 295.

⁵⁹ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 229.

⁶⁰ L-Bank (Hrsg.), 2013: Wohnungsmarktbeobachtung. Karlsruhe, S. 53.

⁶¹ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2015: Wohnsituation und Wohnkosten von Haushalten im Niedrigeinkommensbereich, BBSR-Online-Publikation, Nr. 08/2015, S. 15.

den. Die Wohngeldreform hat zur Folge, dass mehr ältere Menschen, die zusätzlich zu ihrer Rente Grundsicherungsleistungen beziehen, in den Wohngeldbezug wechseln.

3.2.4 Situation im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen stehen über 6 Prozent der Wohnungen im Besitz von Wohnungsbaugenossenschaften, kommunalen oder privaten Wohnungsträgern.⁶² Der Landkreis ist an drei Wohnbaugesellschaften beteiligt: Der Kreisbaugesellschaft mbH Filstal, der Geislinger Siedlungs- und Wohnbaugesellschaft GmbH und der Wohnbau GmbH in Göppingen.

Die Mietkosten im Landkreis Göppingen betragen derzeit im Durchschnitt weniger als 6,5 Euro pro Quadratmeter Wohnfläche. Damit gehört der Landkreis Göppingen zu den Kreisen mit eher gemäßigten Mieten in der Region Stuttgart.⁶³ Die durchschnittlichen Mietkosten pro Quadratmeter haben im Landkreis Göppingen jedoch zwischen 2007 und 2012 um über 10 Prozent zugenommen. Sie sind jedoch regional unterschiedlich im Landkreis verteilt. Da die Bevölkerung im Landkreis Göppingen bis 2030 weiter zunehmen wird, ist davon auszugehen, dass auch die Mieten weiter steigen werden. Die Mieten von kommunalen Wohnbauunternehmen angebotenen Wohnungen sind deutlich günstiger als die ortsübliche Vergleichsmiete.

Die kommunalen Wohnbauunternehmen und Wohnbaugenossenschaften reagieren bereits auf die demografischen Veränderungen: Beim Neubau von Seniorenwohnungen ist Barrierefreiheit Standard und bei Umbauten im Rahmen von Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen wird weitgehende Barrierearmut angestrebt.

3.2.5 Einschätzung durch lokale Experten

Die Experten waren sich einig, dass bezahlbarer barrierefreier Wohnraum benötigt wird. Zusätzliche Serviceangebote würden erst bei Bedarf gewünscht.

Die Experten äußerten den Wunsch, dass Wohnbaugesellschaften und Kommunen barrierefreie Wohnungen anbieten und diese nach sozialen Kriterien vergeben werden, so dass sie auch Menschen mit geringerem Einkommen zur Verfügung stünden. Angebotenen barrierefreien Wohnraum von privaten Investoren könnten sich ältere Menschen mit geringem Einkommen häufig nicht leisten. Die Kommune könnte dann Einfluss auf die Zusammensetzung der Bewohner nehmen. Wohnanlagen ausschließlich für ältere Bewohner seien häufig nicht gewünscht.

Die Vertreter der Wohnungswirtschaft wiesen im Fachgespräch im Mai 2017 darauf hin, dass sie bei einem Wohnungswechsel versuchten Barrieren in der Wohnung zu reduzieren, zum Beispiel durch den Umbau der Bäder. Der Einbau eines Aufzugs sei dagegen

⁶² Gebäude und Wohnungen. Ergebnisse des Zensus 2011. Eigene Berechnungen KVJS.

⁶³ L-Bank (Hrsg.), 2013: Wohnungsmarktbeobachtung. Karlsruhe, S. 35f.

häufig unwirtschaftlich, da die Kosten sehr hoch seien. Einige Wohnbaugesellschaften bieten deshalb bei zunehmender Immobilität der Mieter den Umzug in eine barrierefreie Wohnung an, wenn eine solche verfügbar ist, oder zumindest eine altersgerechte Wohnung im Erdgeschoss. Dies sei durch die Mieter eher akzeptiert als höhere Kosten in Folge von Umbaumaßnahmen.

Die Wohnbaugesellschaften wünschen sich von Gemeinden und Städten, dass sie Baugrundstücke zur Verfügung stellen, so dass sie kostengünstigen barrierefreien Wohnraum anbieten können.

Wohnungsbörsen oder Wohnungstausch wurden im Fachgespräch eher kritisch bewertet. Es wurde eher so eingeschätzt, dass das Angebot nicht angenommen würde, weil der Aufwand für einen Umzug enorm sei und für ältere Menschen eine große Belastung darstellen würde. Außerdem passen häufig Angebot und Nachfrage zeitlich nicht zusammen. Auf der anderen Seite wurde geäußert, dass es derzeit nicht genügend kleinere altersgerechte Wohnungen gibt, die sich für einen Umzug eignen, falls sich ältere Menschen einen Umzug in eine barrierefreie Wohnung vorstellen könnten. Am ehesten würden Tauschprojekte oder Wohnungsbörsen in der unmittelbaren Nachbarschaft oder im Wohngebiet funktionieren.

3.2.6 Fazit und Handlungsempfehlungen

Eine zentrale Herausforderung wird in Zukunft darin bestehen, komplette Wohngebiete durch die kleinräumige Verknüpfung unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsangebote und die Stärkung sozialer Netzwerke im Sinne von Quartierskonzepten „alterstauglich“ und damit zukunftsfähig zu machen. Neben der Kommune müssen sich Betreute Wohnanlagen, Pflegeheime und andere soziale Einrichtungen aktiv an dieser Entwicklung beteiligen. Solche demografiebezogenen Projekte können von der Kommune angestoßen und moderiert werden. Sie erfordern eine ressortübergreifende Zusammenarbeit in der Verwaltung sowie die Beteiligung der betroffenen Bürger.

Ziel:

Für ältere Menschen steht bezahlbarer barrierereduzierter Wohnraum zur Verfügung. Bei Bedarf können sie in eine altersgerechte/ (geeignete) Wohnung umziehen.

Handlungsempfehlungen:

9. Kommunale Wohnbauunternehmen und kommunale Wohnbaugesellschaften tragen Mitverantwortung für eine angemessene und finanzierbare Wohnversorgung von älteren Menschen. Sie reduzieren die Barrieren in bestehenden Gebäuden und koordinieren Dienstleistungen für ihre älteren Mieter.
10. Der Kreis wirkt auf die Wohnbaugesellschaften ein, damit mehr barrierefreie/ barrierearme Sozialwohnungen, auch für ältere Mieter, entstehen.

11. Die Wohnbaugesellschaften bieten ihren älteren Mietern mit zunehmenden Einschränkungen barrierefreie Wohnungen an.

3.3 Wohnumfeld

Nach der Festlegung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) umfasst eine altersgerechte Wohnung „... nicht nur eine weitgehend barrierefreie/ -reduzierte Wohnung, sondern auch ein barrierefreies/ -reduziertes Wohnumfeld, die ortsnahe Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote.“⁶⁴

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung konkretisierte altersrechte Quartiere durch:

- Barrierefreie Mobilität auf Straßen und Wegen
- schwellenloser Zugang zu Gebäuden
- Angebote zur Nahversorgung
- Treffpunkte in fußläufiger Entfernung oder deren Erreichbarkeit mit barrierefrei zugänglichen öffentlichen Verkehrsmitteln⁶⁵

Die Gegebenheiten und Infrastruktur am Wohnort wirken sich direkt auf die Lebensqualität älterer Menschen aus. Städte und Gemeinden sind daher im Rahmen der Daseinsvorsorge gefordert, gute Lebensbedingungen für ihre älter werdenden Bürger und ein altersgerechtes Wohnumfeld zu schaffen. In der Generali Hochaltrigenstudie gaben 52 Prozent der Befragten an, dass eine alten- und generationenfreundliche Gestaltung des Wohnquartiers die Teilhabe älterer Menschen fördert.⁶⁶

3.3.1 Älter werden im Quartier

Ansatzpunkt für konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur ist der unmittelbare Sozialraum, in dem die Menschen leben: das heißt der Stadt- oder Ortsteil und, noch kleinteiliger, das jeweilige Wohnquartier. Das Quartier ist durch eine gemeinsame Identität und Interaktion der Bewohner gekennzeichnet.⁶⁷ Die Identität mit dem Quartier kann auch durch einen Quartiersentwicklungsprozess entstehen. Werden alle Angebote unterschiedlicher Akteure in einem Quartier in einem moderierten Prozess unter

⁶⁴ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2011: Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 147. Bonn, S. 25.

⁶⁵ Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2013: Altersgerecht umbauen. Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren, Berlin, S. 13.

⁶⁶ Generali Zukunftsfond, 2014: Monitor 5, Generali Hochaltrigenstudie, Köln, S. 8.

⁶⁷ Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2011: Quartiersentwicklung. Köln, S. 5.

breiter Beteiligung der Bevölkerung gezielt vernetzt und weiterentwickelt, spricht man auch von Quartiersentwicklung. Quartiersentwicklung ist ein Instrument der Stadtentwicklung. Sie soll dazu beitragen, dass die Wohn- und Lebensverhältnisse der Bewohner eines Quartiers besser werden und der soziale Zusammenhalt der Bewohner gestärkt wird. Besonders förderlich scheint es zu sein, wenn eine feste Ansprechperson dafür die unterschiedlichen Angebote und Akteure im Quartier vernetzt. Darüber hinaus scheint ein Treffpunkt oder Begegnungszentrum die Quartiersentwicklung zu unterstützen.

Dabei ist es wichtig alle Akteure im Quartier einzubeziehen, zum Beispiel Schulen, Kindertagesstätten, Pflegeheime, Tagespflegen, Wohnungseigentümer, Arztpraxen, Unternehmen, Kirchen und Vereine. Der Prozess sollte durch die Kommune moderiert und gesteuert werden. In der letzten Zeit gibt es viele Fördermöglichkeiten für Quartiersentwicklungsprozesse.⁶⁸

Ein Ziel der Quartiersentwicklung ist, die Sozialbeziehungen in den Nachbarschaften eines Quartiers zu stärken. Auf dieser Basis ist nachbarschaftliche Unterstützung möglich. Es wirkt sich auf die Bewertung des Wohnumfeldes aus, wie Menschen in ihrer Nachbarschaft verknüpft sind. Menschen im Alter über 70 Jahre haben häufiger engere Nachbarschaftskontakte als jüngere Menschen. Sie können eher auch einmal nach Hilfe und Unterstützung fragen. Fast 89 Prozent der älteren Menschen geben im Altersreport an, dass sie mindestens zwei Nachbarn haben, die sie um einen Gefallen bitten können.⁶⁹

3.3.2 Barrierefreie- oder barrierearme öffentliche Räume

Barrierefreie oder –arme öffentliche Räume und Gebäude fördern Teilhabe und Selbstbestimmung – nicht nur von Senioren. Auch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen fordert den Abbau von Barrieren. Zudem profitieren Eltern mit Kinderwagen und Menschen, die durch Krankheit oder Unfall vorübergehend in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, von einem barrierefreien Umfeld.

Die Landesbauordnung Baden-Württemberg legt in § 39 Abs. 2 fest, dass viele öffentlich zugängliche Gebäude und Einrichtungen barrierefrei gestaltet werden. Dazu zählen zum Beispiel Gebäude der öffentlichen Verwaltung und der Gerichte, Sport- und Freizeitstätten, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen, Verkaufs- und Gaststätten sowie öffentliche Toilettenanlagen. Die genannten Einrichtungen sollen nicht nur barrierefrei zugänglich (also ebenerdig beziehungsweise über einen Aufzug oder eine Rampe erreichbar) sein, sondern auch im Innern barrierefrei gestaltet werden – also zum Beispiel ausreichende Bewegungsflächen vor WC und Waschbecken in den Sanitärräumen aufweisen. Barrierefreiheit kann aber auch bedeuten, hörakustische

⁶⁸ Dazu zählt beispielsweise die Ausschreibung des Ideenwettbewerbs Quartier 2020 durch das Sozialministerium.

⁶⁹ Nowossadeck, Sonja/Block, Jenny, 2017: Wohnumfeld und Nachbarschaftsbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 1/2017. Berlin.

Gesichtspunkte bei der Raumgestaltung zu berücksichtigen, um damit Senioren mit Hörbeeinträchtigungen Teilhabe zu ermöglichen.

Grundlage für die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum ist insbesondere die DIN-Norm 18040 – Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 3: Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum. Sie nennt Grundanforderungen für Fußgängerbereiche, Überquerungsstellen, Rampen, Aufzüge, Treppen und Parkplätze. Auch Anlagen des öffentlichen Personenverkehrs wie Bushaltestellen, Bahnhöfe und sonstige öffentliche Freiräume wie Parkanlagen oder Friedhöfe sollen barrierefrei gestaltet werden. Neben der Abwesenheit räumlicher Barrieren (beispielsweise durch Einbau eines Aufzugs oder abgesenkte Bordsteine an Übergängen für Personen mit Rollatoren) gehören zur Barrierefreiheit im öffentlichen Raum auch Leitsysteme und Orientierungshilfen für blinde und sehbehinderte Menschen, geeignete Bodenbeläge, genügend Bewegungsflächen für Rollstuhlfahrer und Maßnahmen zur Erleichterung der Orientierung. Weitere wichtige Aspekte sind die Möblierung im Verkehrs- und Freiraum, zum Beispiel durch bequeme Bänke zum Ausruhen, aber auch Einbauten oder Geldautomaten, Hinweistafeln und Fahrpläne, die für jeden nutzbar sind (zum Beispiel durch eine ausreichend große Schrift).

Wie bei bestehenden Wohngebäuden, ist auch das Wohnumfeld in aller Regel bereits gestaltet. Neue Gebäude, Flächen und Wohnquartiere werden barrierefrei geplant und angelegt. Es erfordert jedoch eine Abwägung unterschiedlicher Interessen, um das bestehende Wohnumfeld barrierefrei zu gestalten. Häufig werden öffentliche Gebäude und Räume dann umgestaltet, wenn sie Modernisierungsbedarf aufweisen. Eine Umgestaltung von Quartieren ist häufig nur mit aufwändigen Abstimmungsprozessen unterschiedlicher Eigentümer möglich. Die Kosten der Umgestaltung von öffentlichen Gebäuden und Räumen lassen sich nicht refinanzieren wie beispielsweise die Kosten für Wohnraum. Deshalb werden größere Maßnahmen vor allem dann wahrscheinlich, wenn sie gefördert werden.⁷⁰ Viele Förderprogramme greifen die Schaffung von Barrierefreiheit deshalb auf (siehe Kapitel 3.3.4 Fördermöglichkeiten zur Umgestaltung des baulichen und sozialen Umfelds).

3.3.3 Nahversorgung

Ein wesentliches Kriterium für Selbstständigkeit und Lebensqualität ist es, sich selbst mit Nahrungsmitteln und anderen Produkten des täglichen Bedarfs versorgen und Dienstleistungen nutzen zu können. Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, sind auf wohnungsnaher Geschäfte und Dienstleistungen mit einem breiten Waren- und Serviceangebot angewiesen. Ähnlich ist es mit Dienstleistungen wie Bank- oder Postfilialen oder anderen Dienstleistern. Gaststätten erfüllen häufig wichtige soziale Funktionen als Treffpunkte, ebenso die Läden. In Gemeinden im ländlichen Raum und in einigen Wohngebieten in Städten gibt es in den letzten Jahren häufiger Geschäfte in Wohngebieten, die wegen

⁷⁰ Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2013: Altersgerecht umbauen. Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren, Berlin, S. 19.

Umsatzmangels oder des eingeschränkten Flächenangebots schließen. Manchmal gibt es bei Familienbetrieben (zum Beispiel Metzgereien oder Bäckereien) auch keine Nachfolger, wenn die Inhaber sich zur Ruhe setzen. Teilweise verschwinden kleine, inhabergeführte Läden aus Stadt- und Ortsteilen zugunsten großer zentraler Einkaufszentren am Ortsrand. In der Regel ist dies mit einer Reduzierung der örtlichen Angebotsvielfalt und des persönlichen Service verbunden.

Gefragt sind in dieser Situation kreative, von kommunaler Seite unterstützte Lösungen. Einzelnen Städten ist es mit Mitteln der städtischen Wirtschaftsförderung gelungen, Angebote der Nahversorgung im Stadtzentrum zu halten oder neu zu schaffen. Dort, wo sich aufgrund der Einwohnerzahl kein Angebot eines kommerziellen Anbieters rechnet, können eventuell mobile Verkaufswagen, bürgerschaftlich organisierte Dorfläden, Bauernmärkte oder Ladenprojekte in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden (zum Beispiel CAP-Märkte) oder auch ein Kiosk oder Backshop im örtlichen Pflegeheim eine Alternative sein. Für den Erfolg solcher Projekte ist es unerlässlich, die Bürger „mitzunehmen“ und ihnen die Bedeutung des eigenen Einkaufsverhaltens für den Erhalt der wohnortnahen Nahversorgung deutlich zu machen. Sonst sind auch alternative Ansätze zum Scheitern verurteilt.

Zusätzlich können Lieferservices von Supermärkten oder Bürgerbussen/ Mitfahrgelegenheiten zum Einkaufszentrum die Nahversorgung von Senioren ohne eigenes Auto sicherstellen. Wichtig ist darüber hinaus, die bestehenden Einkaufsangebote unter die Lupe zu nehmen und bei den Betreibern eventuelle Verbesserungen im Hinblick auf den Service für Senioren anzuregen.

Trotz dieser ungünstigen Entwicklung für ältere Menschen bewerten vor allem diese die Einkaufsmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld als ausreichend. Drei Viertel der Menschen im Alter über 70 Jahren sind mit ihren Einkaufsmöglichkeiten zufrieden. Die Zufriedenheit ist besonders hoch in Verdichtungsräumen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass mit zunehmendem Alter die wohnortnahe Grundversorgung wichtiger wird und dieses Angebot in aller Regel im Wohnumfeld vorhanden ist.⁷¹

3.3.4 Fördermöglichkeiten zur Umgestaltung des baulichen und sozialen Umfelds

Allgemeine Struktur- und Entwicklungsprogramme des Landes Baden-Württemberg⁷² und Bund-Länder-Programme unterstützen kommunale Planungen zur Anpassung vorhandener Strukturen an den demografischen Wandel, zum Beispiel durch Maßnahmen zur Beseitigung von Barrieren im öffentlichen Raum. Das Programm für die städtebauliche Erneuerung und Entwicklung, das für 2018 ausgeschrieben wurde und das Landessanie-

⁷¹ Nowossadeck, Sonja/Mahne, Katharina, 2017: Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte, in: Mahne, Katharina et. Al: Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 306f.

⁷² Zum Beispiel: Landessanierungsprogramm Baden-Württemberg, Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum in Baden-Württemberg

rungsprogramm und verschiedene Bund-Länder-Programme⁷³ umfasst, hat unter anderem die folgenden Förderschwerpunkte:

- Sicherung und Verbesserung des sozialen Zusammenhalts und der Integration als wichtiger Teil der Daseinsvorsorge durch Erhaltung und Aufwertung des Wohnungsbestandes sowie des Wohnumfeldes
- Maßnahmen zur Anpassung vorhandener Strukturen an den demografischen Wandel
- Maßnahmen zur Erreichung von Barrierefreiheit bzw. -armut im öffentlichen Raum und zum generationengerechten Umbau von Wohnungen.

Bauliche Maßnahmen sind häufig dann nachhaltig, wenn sie von Maßnahmen zur Stärkung von Beteiligung und bürgerschaftlichem Engagement begleitet werden. Daher gibt es auch gezielte Projekte zur Förderung von Bürgerbeteiligung und -engagement. Diese münden oft in kommunale oder von Bürgervereinen getragene Infrastruktur-Projekte für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarfen. Beispielhaft zu nennen sind Vorhaben, die im Rahmen des Landesmodellprojekts „Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“ entstanden sind.⁷⁴ Ein neues Förderprogramm des Landes aus dem Jahr 2016 verknüpft soziale und investive Ansätze und ermöglicht in bestehenden Sanierungsgebieten der Programme „Soziale Stadt“ und „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren“ die parallele Förderung von Projekten zur Verbesserung des sozialen Zusammenhalts. Einer der Förderschwerpunkte sind Projekte zur Verbesserung der Teilhabe älterer Menschen am Leben im Quartier.

Verschiedene Förderprogramme unterstützen außerdem die Innenentwicklung der Gemeinde und Städte und die Nahversorgung. Durch das Entwicklungsprogramm „Ländlicher Raum“ wird beispielsweise die Sicherung der Grundversorgung mit Waren und Dienstleistungen ländlich geprägter Gemeinden gefördert. Außerdem werden Wohnumfeldmaßnahmen unterstützt.

Seit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Stärkung der Quartiersentwicklung durch Privatinitiative“ im Jahr 2015 haben Kommunen die Möglichkeit, private Einzelhandels- und Dienstleistungszentren zur Steigerung der Attraktivität von Innenstädten und Stadtteilzentren zu fördern.⁷⁵

Im Landessanierungsprogramm und bei Bund-Länder-Programmen müssen die Gemeinden und Städte belegen, dass keine innenstadtrelevanten Aktivitäten am Ortsrand erfolgen und durch weitere Aktivitäten die Zentren gestärkt werden.

⁷³ Zum Beispiel „Soziale Stadt“, „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren“, „Kleinere Städte und Gemeinden“ und „Soziale Integration im Quartier“.

⁷⁴ vergleiche Fußnote 1 zu den Ergebnissen des von der Katholischen Hochschule Freiburg begleiteten Landesmodellprojektes.

⁷⁵ Private Quartiersgemeinschaften, die 15 Prozent der Grundstückseigentümer mit 15 Prozent der Fläche ausmachen, können einen Antrag auf Bildung eines eigentümergelegenen Aufwertungsbereichs stellen. Entspricht dieser den Entwicklungszielen der Gemeinde, kann diese eine maximal fünf Jahre befristete Satzung über die Bildung eines eigentümergelegenen Aufwertungsbereichs erlassen, der Abgaben aller Nutznießer für Umfeldverbesserungen vorsieht. Zwischen Gemeinde und Quartiersgemeinschaft wird ein öffentlich-rechtlicher Vertrag abgeschlossen.

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau vergibt außerdem Kredite an Kommunen für den Abbau von Barrieren im öffentlichen Raum, in öffentlichen Gebäuden oder im öffentlichen Nahverkehr im Programm „Barrierearme Stadt“.

3.3.5 Situation im Landkreis Göppingen

Älter werden im Quartier

Umfassende Prozesse zur Quartiersentwicklung, bei denen Städte und Gemeinden alle vorhandenen Angebote in einzelnen Wohnquartieren oder Ortsteilen unter breiter Bürgerbeteiligung vernetzen und bedarfsgerecht weiterentwickeln, sind bisher im Landkreis Göppingen – wie andernorts auch – eher selten zu finden. Vor allem in Geislingen und Göppingen gab es Quartiersentwicklungsprojekte.

In Göppingen-Faurndau wurden im Gebiet Haier/ Reute in einem Beteiligungsprozess Stärken und Schwächen des Quartiers festgestellt und Vorschläge für die Weiterentwicklung erarbeitet.⁷⁶ Auch im Karlsstraßenviertel und im Bodefeld beteiligte die Stadt die Bürger bei der Weiterentwicklung der Quartiere.

In Geislingen gibt es ein Mehrgenerationenhaus in kommunaler Trägerschaft. Es gehört zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und ist Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft MehrGenerationenHaus Baden-Württemberg. Es ist ein offener Treffpunkt für alle Generationen und bietet Angebote für unterschiedliche Gruppen. Im Bereich „Alter und Pflege“ unterhält das Mehrgenerationenhaus insbesondere Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige. So befindet sich beispielsweise das Netzwerk Demenz Geislingen im Mehrgenerationenhaus oder ein Gesprächskreis für Angehörige von Betroffenen. Ergänzend dazu bietet der Stadtseniorenrat Geislingen Sprechstunden im Mehrgenerationenhaus an.⁷⁷

Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und bei öffentlichen Gebäuden

Viele Städte und Gemeinden im Landkreis Göppingen haben in den letzten Jahren im Rahmen städtebaulicher Entwicklungsmaßnahmen Anstrengungen zur Verbesserung des Wohnumfelds unternommen, setzen derzeit entsprechende Maßnahmen um oder planen sie.

Trotz vielfältiger Bemühungen ist die Barrierefreiheit in Bestandsgebäuden bisher nur teilweise gewährleistet, da Umbaumaßnahmen oft kostspielig sind. Im öffentlichen Straßenraum gibt es ebenfalls noch viele Barrieren für Senioren mit Mobilitätseinschränkungen, die sukzessive abzubauen sind. Der Landkreis hat im Herbst 2016 eine kommunale

⁷⁶ https://www.goeppingen.de/site/Goeppingen-Internet/get/params_E-383871943/11758820/PPP%20Faurndau_GR%2028_01_2016.pdf

⁷⁷ <http://www.mehrgenerationenhaus-geislingen.de>

Kreisbehindertenbeauftragten bestellt. Sie ist bei den Baumaßnahmen und der Aufstellung von Bebauungsplänen von Gemeinden und Städten einzubeziehen.

Einzelne Gemeinden haben eine Übersicht über barrierefrei zugängliche Einrichtungen erstellt. Der Flyer „Barrierefrei in Ebersbach“ listet eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten auf, die auch mit dem Rollstuhl erreichbar sind.⁷⁸ Die Stadt Göppingen hat einen vergleichbaren Flyer.⁷⁹

Nahversorgung

Im Hinblick auf wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungsangebote besteht im Landkreis Göppingen – wie andernorts auch – ein Stadt-Land-Gefälle. Die Versorgung ist bisher insgesamt gesehen gut. In einigen Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen wurden in den vergangenen Jahren Läden, Bank- und Postfilialen, Gaststätten oder Apotheken aufgegeben. Auch in den Städten gibt es Anzeichen einer teilweisen Auslagerung von Nahversorgungsangeboten aus dem Stadtzentrum an die Peripherie. Neben Gemeinden, Ortsteilen und Stadtvierteln, in denen ein Grundangebot wie Bäcker, Metzger, Lebensmitteläden vorhanden ist, gibt es andere mit Problemen bei der Nahversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs.

Initiativen von Gemeinden oder Bürgervereinen zur Schaffung neuer alternativer Nahversorgungsangebote – zum Beispiel durch Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden oder sonstigen Trägern im Bereich der Alten- oder Behindertenhilfe – wurden im Rahmen der Seniorenplanung nicht gezielt erfasst und genannt. Nicht bekannt ist auch, ob und wie viele Läden einen Lieferservice anbieten.

Einige Gemeinden und Städte haben sich bereits mit dem Thema befasst und Einzelhandelskonzepte vorgelegt.

3.3.6 Einschätzung durch lokale Experten

Im Fachgespräch wurde darauf hingewiesen, dass Wege über 500 Meter für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen für Einkäufe eine Herausforderung darstellen. Wenn dieser Maßstab zugrunde gelegt würde, hätten viele ältere Menschen keine guten Bedingungen für die Grundversorgung. Es gäbe ganze Stadt- oder Ortsteile ohne Angebote der Nahversorgung und ohne Dienstleistungen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es an einigen Orten Hol- und Bringdienste für den täglichen Bedarf bräuchte und dass das Angebot mobiler Einkaufsläden zur Entspannung bei der Grundversorgung beitragen könnte. Auch eine „Zentrale“ mit Post- und Bankdienstleistungen könnte weiterhelfen. Dafür würde es vermutlich nur einen Computer benötigen und jemanden, der diesen bedienen und die Apps für Anwendungen installieren und bedienen kann.

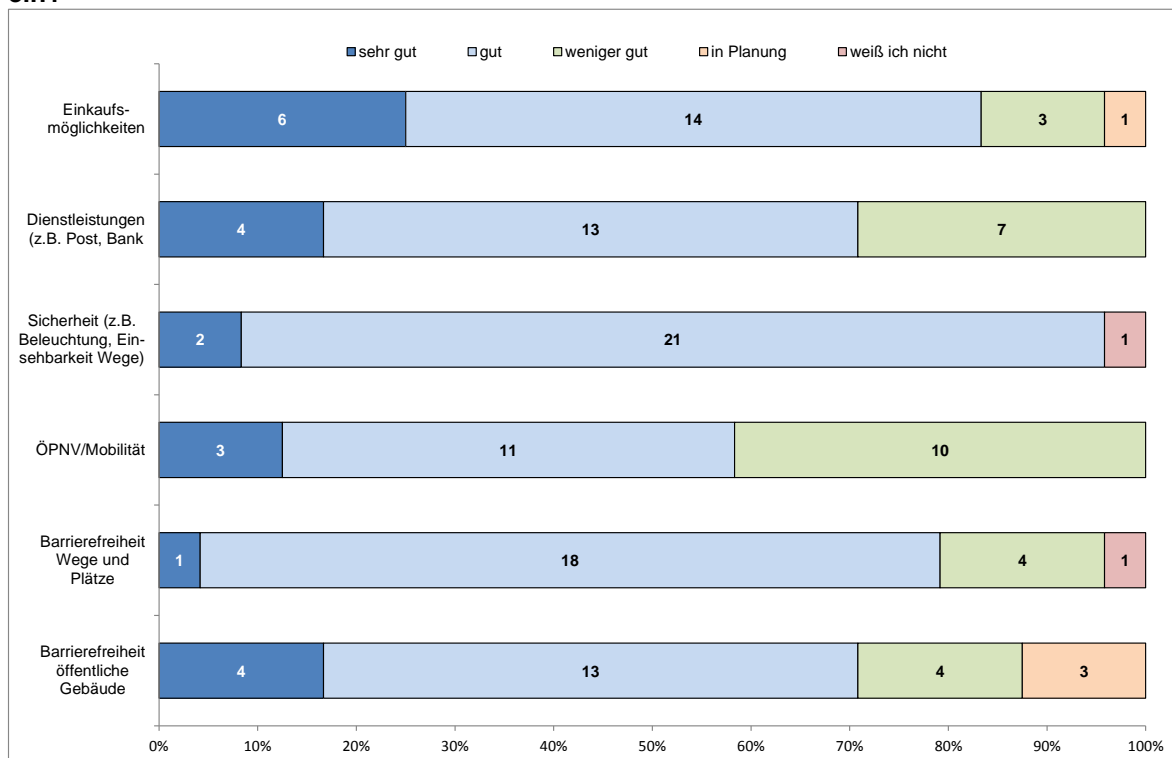
⁷⁸ <http://www.ebersbach.de/media/files/2014-Behindertenf-hrer-Druck-Internet-02.pdf>

⁷⁹ https://www.goepingen.de/site/Goepingen-Internet/get/params_E-1139361670/1233423/Flyer_Behindertenfuehrer_2011_Juni.pdf

Am wichtigsten sei das Hilfenetzwerk durch die Nachbarn, das sicherstelle, dass sie gut versorgt seien und sich wohlfühlen.

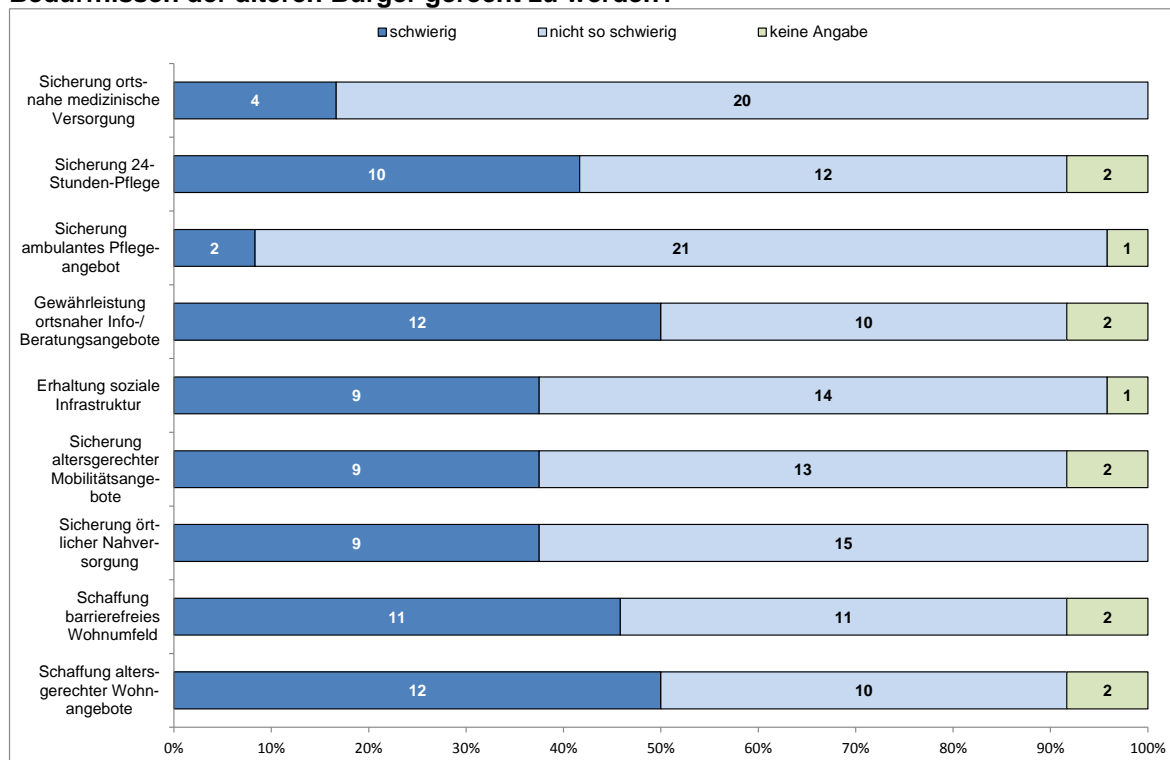
Es wurde darauf hingewiesen, dass es für Menschen ohne ausgeprägtes Netzwerk einen „Kümmerer“ im Wohngebiet bräuchte, der dafür sorgt, dass sie am Leben im Wohngebiet teilhaben können und dieser Hilfe und Unterstützung für sie koordiniert. Es wäre gut, bestehende Initiativen zu fördern und zu unterstützen.

Abbildung 12: Wie schätzen Sie aktuell das altersgerechte Wohnumfeld in Ihrer Kommune ein?



Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

Abbildung 13: Bei welchen Angeboten ist es in Ihrer Kommune besonders schwierig, den Bedürfnissen der älteren Bürger gerecht zu werden?



Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

3.3.7 Fazit und Handlungsempfehlungen

Ebenso wie in der Wohnung sollte es auch im Wohnumfeld möglichst wenige Barrieren geben. Bei der Gestaltung des öffentlichen Raums sollte für eine durchgängige Barrierefreiheit gesorgt werden. Barrierefreie Beläge auf Plätzen und die Absenkung von Bordsteinen sind für Senioren, Rollstuhlfahrer, Eltern mit Kinderwagen und jugendliche Skateboarder gleichermaßen geschickt. Sitzgelegenheiten und gefahrlose Wegführungen können Mobilität unterstützen und Kontakte fördern.

Ziel:

Älter werdende Menschen finden barrierearme öffentliche Räume in ihrer Wohnumgebung vor. Sie haben die Möglichkeit der wohnortnahen Versorgung.

Handlungsempfehlungen:

12. Den Städten und Gemeinden wird empfohlen, unter Beteiligung von Bürgern mit physischen und psychischen Einschränkungen Ortsbegehungen durchzuführen. Ziel ist es, Barrieren im öffentlichen Raum und beim Zugang zu öffentlichen Gebäuden zu identifizieren und zu beheben, aber auch Hinweise auf zusätzlich sinnvolle Maßnahmen und deren Umsetzung im öffentlichen Raum zu erhalten (zum Beispiel Sitzbänke

oder Toiletten an strategisch wichtigen Stellen) und Barrieren zu entfernen. Es wird den Einkaufsmöglichkeiten empfohlen, barrierefreie Zugänge zu schaffen.

13. Die Städte und Gemeinden sollen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für den Erhalt von gut erreichbaren örtlichen Nahversorgungsangeboten einsetzen. Solche Angebote stellen nicht nur die wohnortnahe Versorgung sicher, sondern bieten auch wichtige Kommunikationsmöglichkeiten. Dort, wo sich aufgrund der Einwohnerzahl kein Angebot eines kommerziellen Anbieters rechnet, können eventuell mobile Verkaufswagen, bürgerschaftlich organisierte Dorfläden, Bauernmärkte oder Ladenprojekte in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden eine Alternative sein.
14. Der Landkreis entwickelt mit den Kommunen alternative Möglichkeiten nachbarschaftlicher Versorgungssysteme wie zum Beispiel den Aufbau von Seniorenfahrdiensten/ -gemeinschaften, Besuchsdiensten und ehrenamtlicher Nachbarschaftshilfe in den kleinräumigen ländlichen Gebieten.
15. Die vorhandenen Fördermöglichkeiten zur Sicherstellung der Nahversorgung und zur Schaffung von barrierefreien öffentlichen Räumen sollen ausgeschöpft werden.

3.4 Mobilität

Die individuelle Mobilität, ein gut ausgebauter barrierearmer öffentlicher Personennahverkehr sowie alternative Mobilitätsangebote, zum Beispiel in Form von Bürgerbussen und Ruftaxis, stellen im Alter wesentliche Voraussetzungen für den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Wohnung oder im Wohnumfeld dar. Die individuelle und die sozialräumliche Mobilität beeinflussen auch die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe einer Person sowie ihre Fähigkeit, ein selbstständiges Leben zu führen. Mobilität ist demnach ein wesentlicher Faktor für Lebenszufriedenheit sowie Wohlbefinden und stellt die Grundvoraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben dar.⁸⁰ Infolgedessen finden auch im Abschlussbericht der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ Empfehlungen zur Barrierefreiheit im öffentlichen Raum sowie zu einer barrierearmen Weiterentwicklung des öffentlichen Personennahverkehrs ihren Niederschlag.⁸¹

Mit zunehmendem Alter verändert sich das Mobilitätsverhalten einer Person. Im Gegensatz zur jüngeren Bevölkerung sind ältere Menschen seltener unterwegs und legen häufig auch geringere Distanzen zurück. Dies hängt nicht zuletzt mit dem Ausscheiden aus dem

⁸⁰ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 233.

⁸¹ Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 15/7980. „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit den Handlungsempfehlungen, S.103f.

Erwerbsleben zusammen. Der Eintritt in den Ruhestand wirkt sich zu Beginn nur wenig auf die zurückgelegten Wege älterer Menschen aus. Der Weg zur Arbeit spielt für ältere Menschen kaum noch eine Rolle, dafür unternehmen sie umso häufiger Wege zu Freizeitaktivitäten, für Einkäufe und private Erledigungen als Jüngere. Erst bei hochaltrigen Menschen werden die zurückgelegten Wege deutlich weniger und kürzer. Die Wahl des Transportmittels verändert sich mit zunehmendem Alter. Je älter eine Person ist, desto seltener fährt sie mit dem Auto und desto eher nutzt sie den öffentlichen Personennahverkehr, fährt mit dem Fahrrad oder bewegt sich zu Fuß fort.⁸²

Allerdings gibt es ausgeprägte regionale Unterschiede. In ländlichen Regionen ist es häufig schwieriger, die Mobilität älterer Menschen sicherzustellen. Hier nutzen Menschen häufiger das Auto, um die zum Teil recht langen Wegstrecken zu Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs zurückzulegen. Der öffentliche Personennahverkehr ist meist weniger gut ausgebaut als in städtischen Regionen und es sind weniger Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungsangeboten vorhanden. Wenn aufgrund von körperlichen Einschränkungen die Fahrt mit dem Auto nicht mehr möglich ist, bedeutet dies häufig auch einen deutlichen Einschnitt in der Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.⁸³

Für ältere Menschen bringt die Ansiedelung von Einkaufs- und Dienstleistungsangeboten in Mittelzentren erhebliche Schwierigkeiten sich zu versorgen, wenn gleichzeitige Nahversorgungsangebote abnehmen. Die Entfernungen, die Menschen zurücklegen müssen, um sich mit Lebensmitteln oder Dingen des täglichen Bedarfs zu versorgen, werden immer größer.⁸⁴

Mobilität hat unterschiedliche Facetten, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Mobilität zu Fuß

Ältere Menschen sind häufig zu Fuß unterwegs. Hierbei spielt die Sicherstellung der Fußgänger-Mobilität eine bedeutende Rolle. Dies kann beispielsweise durch barrierefreie, sichere und bei Dunkelheit gut beleuchtete Fußwege, Bänke und Ruhebänke, Querungshilfen an vielbefahrenen Straßen und ausreichend langen Grün-Phasen an Fußgängerampeln erreicht werden. Die Feststellung und Beseitigung von Mängeln in diesem Bereich

⁸² Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 234f.

⁸³ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 234.

⁸⁴ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 235.

hilft auch Eltern mit Kinderwägen und Kindern, die als Fußgänger oft besonders gefährdet sind.

Das Ministerium für Verkehr Baden-Württemberg unterstützt Kommunen seit 2015 modellhaft bei der Durchführung von „Fußverkehrs-Checks“. Dabei bewerten Bürger, Politik und Verwaltung gemeinsam nach einem standardisierten Verfahren die Situation vor Ort und erarbeiten Vorschläge. Die Vorbereitung, Moderation und Auswertung erfolgt durch ein Fachbüro, das vom Land finanziert wird. Aus den Ergebnissen bisheriger Projekte wurde 2016 ein Leitfaden mit Tipps für die eigenständige Durchführung von Fußgänger-Checks durch die Kommunen erstellt.⁸⁵

Mobilität mit dem Fahrrad

Attraktive und sichere Fahrradwege können die Mobilität von Senioren ebenfalls erhöhen. Besonders E-Bikes vergrößern den Bewegungsradius von Radfahrern deutlich und sind bei Senioren sehr beliebt.

Das Ministerium für Verkehr unterstützt Landkreise, Städte und Gemeinden seit 2012 in einem fünfjährigen Förderprogramm zur kommunalen Rad- und Fußverkehrsinfrastruktur dabei, bestehende Radverkehrsnetze sowohl attraktiver und sicherer zu gestalten als auch flächendeckend auszubauen. Kommunen können sich mit ihren Vorhaben beim zuständigen Regierungspräsidium bewerben. Im aktuellen Förderprogramm 2016 sind rund 350 Maßnahmen enthalten, die zum Ziel haben die kommunale Rad- und Fußverkehrsinfrastruktur zu optimieren.⁸⁶

Mobilität mit dem Auto

In ländlichen Regionen sind Senioren häufig auf ein Auto angewiesen, um zum Arzt, zum Supermarkt oder zu Verabredungen zu kommen. Das Auto bedeutet ein Stück Lebensqualität und Unabhängigkeit zugleich. Im Alter nehmen viele Fähigkeiten ab, die zur Sicherheit beitragen, beispielsweise die Beweglichkeit der Halswirbelsäule, das Seh- oder Reaktionsvermögen. Die Unfallforscher der Versicherer konnten in einer Studie nachweisen, dass sich gerade in nicht vorhersehbaren Situationen altersbedingte Schwächen beim Autofahren zeigen.⁸⁷ Ältere Menschen sind sich der Einschränkungen häufig bewusst und vermeiden deshalb bestimmte Verkehrssituationen wie Fahrten bei Nacht, bei schlechtem Wetter oder dichtem Verkehr. Häufig nutzen sie ihr Auto ab einem bestimmten Alter nur noch, um bekannte Kurzstrecken zurückzulegen beispielsweise für Einkäufe. Entgegen vieler Meldungen in Medien, die häufig stark ins Bewusstsein rücken, weisen ältere PKW-Fahrer eine geringere Unfallneigung auf als jüngere Fahrer. Unfälle, die durch ältere PKW-Fahrer verursacht werden, sind weniger schwer und weisen mehrheitliche

⁸⁵ <https://vm.baden-wuerttemberg.de/de/mobilitaet-verkehr/fussverkehr/fussverkehrs-checks/>

⁸⁶ <https://vm.baden-wuerttemberg.de/de/mobilitaet-verkehr/radverkehr/radwege/foerderung-kommunaler-radverkehrsinfrastruktur/>

⁸⁷ GdV (Hrsg.) 2015: Fahrneigung älterer PKW-Fahrer. Berlin.

geringe Schäden auf. Häufig handelt es sich um Schäden am Fahrzeug selbst. Elektronische Assistenzsysteme wie Spur- und Abstandshalter oder automatische Einparksysteme können die Sicherheit erhöhen. Sie setzen sich jedoch nur langsam durch. Entsprechend ausgestattete Fahrzeuge lassen sich auch mit Bewegungseinschränkungen noch im hohen Alter fahren. Es bedarf allerdings einer guten Einführung in die teilweise komplizierte Bedienung.

In den nächsten Jahren wird sich die Zahl älterer Menschen, die einen Führerschein besitzen verdoppeln. Dies liegt zum einen an der demografischen Entwicklung, aber auch daran, dass der Anteil der Führerscheinbesitzer unter älteren Menschen zunehmen wird. Da das Unfallrisiko ab dem Alter von 75 Jahren zunimmt, empfehlen einige Verbände, dass ältere Menschen mit ihrem eigenen Auto freiwillig mit einem Begleiter fahren, um eine Rückmeldung über ihre Fähigkeit einen PKW zu führen, erhalten. Wichtiger als das Alter scheint jedoch der individuelle Gesundheitszustand der Fahrer zu sein.^{88 89}

Für Senioren, die mit dem Auto unterwegs sind, spielen ausreichend große Parkplätze, zum Beispiel vor Arztpraxen oder Geschäften ebenso eine Rolle wie Maßnahmen zum Erhalt und zur Einschätzung der eigenen Fahrsicherheit. Unterschiedliche Automobilvereine bieten Fahrsicherheitstrainings und die Überprüfung der Fahrfähigkeiten an.⁹⁰

Mobilität mit dem öffentlichen Personennahverkehr

Für größere Distanzen und für Senioren, die nicht (mehr) Auto fahren können, stellt ein gut ausgebauter, komfortabler und barrierearmer öffentlicher Nahverkehr eine Schlüsselrolle für die Lebensqualität dar. Von zentraler Bedeutung sind dabei folgende Faktoren:

- eine ausreichende Frequenz der Verbindungen, auch an Wochenenden und abends sowie in Ferienzeiten
- günstige Fahrpreisangebote, zum Beispiel Seniorentickets oder verbilligte Innenstadtfahrten sowie
- ein hoher Vernetzungsgrad des Systems in Form eines Verkehrsverbundes.

Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr wird von den meisten älteren Menschen positiv bewertet. Menschen im Alter über 70 Jahren sind mit dem Angebot zufriedener als jüngere Menschen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass ältere Menschen – im Gegensatz zu Schülern oder Erwerbstätigen – nicht täglich darauf angewiesen sind, zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort zu sein.⁹¹

Aussagen zur Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr enthält das baden-württembergische Nahverkehrsgesetz.⁹² Dort wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass

⁸⁸ ADAC, 2017: Senioren im Straßenverkehr. München.

⁸⁹ Oswald, Wolf D., 2010: Leistungsfähigkeit älterer Personen im Straßenverkehr. Zeitschrift für Verkehrsrecht Nr. 5/2010.

⁹⁰ <https://vm.baden-wuerttemberg.de/de/mobilitaet-verkehr/senioren/laenger-mobil/>

⁹¹ Nowossadeck, Sonja/Mahne, Katharina, 2017: Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte, in: Mahne, Katharina et. Al: Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 306f.

⁹² vergleiche § 4 Abs. 8 des Gesetzes über die Planung, Organisation und Gestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs Baden-Württemberg (ÖPNV-Gesetz).

für mobilitätseingeschränkte Menschen der barrierefreie Zugang und in geeigneten Fällen die Beförderung in behindertengerecht ausgerüsteten Fahrzeugen vorgesehen werden soll. Zeitliche Vorgaben und Maßnahmen zur Herstellung der Barrierefreiheit sollen im Rahmen des Nahverkehrsplanes, den alle Stadt- und Landkreise für ihr Gebiet erstellen müssen, festgelegt werden. Hierbei sollen die Belange von Familien mit Kindern, Menschen mit Behinderungen sowie von Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigung besonders berücksichtigt werden.

Eine Einschränkung erfahren ältere Menschen häufig durch die teilweise komplizierte Bedienung von Fahrausweisautomaten.

Mobilität durch Bürgerbusse

Eine Verbesserung der Mobilität, insbesondere in Randzeiten und -regionen, können Bürgerbusse bieten. Ein Bürgerbus ist fester Bestandteil des öffentlichen Personennahverkehrs und ergänzt das reguläre Bus- und Bahnangebot. Er verkehrt nach festgelegten Fahrplänen und bedient festgelegte Haltestellen. In aller Regel finden die Fahrten an Werktagen statt. Die Fahrer sind ehrenamtlich tätig. Personenbeförderungs-, Haftungs- und versicherungsrechtliche Fragen sollten dabei von der Gemeinde geklärt und abgedeckt werden.

Das Land Baden-Württemberg gewährt Zuschüsse für Bürgerbusse. Im Rahmen der Förderung von Elektromobilität im ländlichen Raum werden zusätzlich Elektrofahrzeuge und Ladestationen für Bürgerbusse gefördert. Zusätzlich bietet die Nahverkehrsgesellschaft Baden-Württemberg mbH (NBVW) und das Kompetenzzentrum Innovative Angebotsformen im ÖPNV interessierten Bürgern, Kommunen und Verkehrsunternehmen eine Informationsplattform und Beratung an. Bestehende Bürgerbusvereine haben sich auf Landesebene zum ProBürgerBus Baden-Württemberg e.V. zusammengeschlossen. Auch dieser Dachverband bietet Beratung, regelmäßige Informationen und eine Online-Infobörse an. Er hat zudem das Ziel, die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen für den Betrieb von Bürgerbussen zu optimieren.

Mobilität durch organisierte Fahrdienste/ Rufautos/ Bürgermobile

Ergänzend zu den sogenannten Bürgerbussen können auch von Gemeinden, Wohlfahrtsverbänden, privaten Anbietern oder bürgerschaftlichen Initiativen selbst organisierte Fahrdienste die Mobilität älterer Menschen unterstützen. Sie unterscheiden sich von Bürgerbussen dadurch, dass sie auf Bestellung oder Abruf eingesetzt werden und der Transport von Haustür bis zur Haustür erfolgt. Häufig sind die Fahrer behilflich, wenn es darum geht Treppen zu überwinden oder Einkäufe zur Wohnungstür zu transportieren. Sie sind für ältere Menschen besonders geeignet, da kein festgelegter Fahrplan eingehalten werden muss.

Dieses Angebot ermöglicht Senioren oder mobilitätseingeschränkten Personen beispielsweise die Wahrnehmung von Arztterminen, die Erledigung von Einkaufsfahrten oder im

Rahmen der sozialen Teilhabe den Besuch von Veranstaltungen. Bei diesem Angebot sollten versicherungsrechtliche Aspekte von der Gemeinde beachtet und umgesetzt werden. Für die Fahrdienste können entweder Privatautos oder ein speziell zu diesem Zweck angeschafftes Fahrzeug eingesetzt werden.

Das Angebot besteht in aller Regel an Werktagen und begrenzt auf bestimmte Uhrzeiten. Zunehmend werden auch Mitfahrgelegenheiten wichtiger, die über elektronische Medien, wie zum Beispiel über Apps, flexibel angeboten werden. Sie werden derzeit noch wenig von älteren Menschen genutzt.

Mobilität durch Ruftaxis/ Linientaxis

In Ergänzung oder als Ersatz zum regulären Linienverkehr werden vor allem in Randzeiten oder in ländlichen Gegenden Ruftaxis eingesetzt. Sie sind dann Teil des öffentlichen Nahverkehrs. Sie schließen eine wichtige Lücke, wenn die Taktfrequenz anderer Verkehrsmittel zu gering ist oder ein Einsatz bestimmten Tageszeiten oder an Wochenenden nicht angeboten wird, weil er nicht wirtschaftlich wäre. Meist orientieren sich die Zeiten nach einem Fahrplan. Der Bedarf für eine Fahrt muss jedoch telefonisch oder über eine Verkehrsapp angemeldet werden. Die Fahrgäste werden von Haltestellen des öffentlichen Nahverkehrs zu einer vereinbarten Uhrzeit abgeholt und zu einer anderen Haltestelle gebracht. Der Preis orientiert sich an den Fahrtickets für den öffentlichen Nahverkehr. Finanziell wird die Einrichtung eines Ruftaxis von der Gemeinde oder vom Landkreis getragen.

3.4.1 Situation im Landkreis Göppingen

Der Landkreis Göppingen fördert bereits durch unterschiedliche Maßnahmen (nicht nur) die Mobilität älterer Menschen im Landkreis.

Das Amt für Mobilität Göppingen beschäftigt sich seit 2017 mit dem Thema der Verkehrsprävention im Landkreis. Ziel ist es mit Vertretern des Polizeipräsidiums Ulm, den Kommunen und der Kreisverkehrswacht Ideen zur Optimierung der Verkehrsprävention zu generieren. In einem Workshop wurde unter anderem die Idee eines Aktionstages erarbeitet. Die Projektgruppe möchte im Rahmen des Aktionstages auch Veranstaltungen für Senioren im Straßenverkehr anbieten.

Zusätzlich nehmen sich Verkehrsplaner und die Kreisbehindertenbeauftragte des Landkreises des Themas an.

Mobilität zu Fuß und mit dem Fahrrad

Der Landkreis Göppingen wurde von der Prüfungskommission des Landesbündnisses „ProRad“ im Jahr 2013 als erster „fahrradfreundlicher Landkreis“ in Baden-Württemberg ausgezeichnet. Nichtsdestotrotz gibt es im Landkreis Göppingen weitere Aktivitäten zur

Verbesserung der Sicherheit und Mobilität (nicht nur) von Senioren als Fußgänger und Radfahrer, zum Beispiel entlang von Kreisstraßen oder innerhalb von Städten, unter anderem in Form des Baus von Geh- und Radwegen. Im Jahr 2015 wurden der Landkreis Göppingen sowie die Städte Geislingen und Göppingen in das Förderprogramm zur kommunalen Rad- und Fußverkehrsinfrastruktur des Ministeriums für Verkehr aufgenommen. Im Jahr 2016 kamen weitere Maßnahmen der Städte Eislingen und Göppingen hinzu.⁹³ Ergänzend dazu hat die Stadt Göppingen im Jahr 2015 am Projekt „Fußverkehrs-Check“ des Landes teilgenommen.

Ein besonders im Landkreis einmaliges Angebot zur Förderung der Mobilität von Senioren mit körperlichen oder psychischen Einschränkungen stellt das im Jahr 2017 erworbene Paralleltandem der Gemeinde Salach dar. Das Projekt „Begleitetes Radfahren mit dem Paralleltandem“ richtet sich an Menschen mit einem Handicap und mit Demenz, aber auch an Menschen mit altersbedingten Beschwerden, neurologische Erkrankungen oder mit Einschränkungen des Geh-, Seh- und Hörvermögens. Der Betroffene kann selbst mit treten, nur mitfahren oder beim Mitfahren seine Beine trainieren. Dabei begleiten Menschen ohne Einschränkungen Menschen mit Einschränkungen. Für die Bürger der Gemeinde Salach ist das Entleihen des Tandems kostenlos; alle anderen können das Tandem gegen einen Kostenbeitrag mieten.

Zusätzlich zum Paralleltandem der Gemeinde Salach bietet der Verein Erlebnisregion Schwäbischer Albtrauf in verschiedenen Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen elektrische Fahrräder zum Verleih an, die speziell für Menschen mit unterschiedlichen Handicaps konzipiert wurden.

Mobilität mit dem Auto

Um die Sicherheit beim Fahren von PKWs für Senioren zu erhöhen, bietet die Verkehrswacht Göppingen e.V. Senioren-Sicherheits-Fahr-Trainings an. Diese werden individuell mit den Interessierten vereinbart. Zudem plant die Projektgruppe des Amtes für Mobilität zur Optimierung der Verkehrsprävention im Landkreis Göppingen im Rahmen seines Aktionstages Fahrsicherheitstrainings für Senioren in größerem Maßstab anzubieten. Der Stadtseniorenrat Geislingen e.V. führte in Kooperation mit einer Fahrschule aus dem Landkreis zudem einen Vortrag für Senioren zu Änderungen im Straßenverkehrsrecht durch.

Mobilität mit dem öffentlichen Personennahverkehr

Seit 2011 ist der Filsland Mobilitätverbund der Verkehrsverbund für den Landkreis Göppingen. Er fungiert als Dachorganisation der Busunternehmen und der DB Regio im Landkreis und stellt einen einheitlichen Verbundtarif für Bus und Bahn sicher. Ab dem 63.

⁹³ Eine Auflistung der einzelnen Vorhaben im Landkreis findet sich unter: https://vm.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-mvi/intern/Dateien/PDF/Rad-_und_Fussverkehrsinfrastruktur_LGVFG-Programm_2016-2019.pdf

Lebensjahr kann für 44 Euro im Monat ein SeniorenABO erworben werden, das im ganzen Netz im Landkreis Göppingen gilt. Am Wochenende und an Feiertagen können zusätzlich bis zu drei weitere Personen mitgenommen werden.

Die Gemeinden im Landkreis Göppingen werden überwiegend durch Busse erschlossen. Die beiden größeren Städte Göppingen und Geislingen sowie neun weitere Gemeinden liegen an der Hauptverbindungsstrecke von Stuttgart nach Ulm und können per Bahn erreicht werden. Der Busverkehr im Landkreis wird von Privatunternehmen in eigener Fahrplanverantwortung organisiert. Die Buslinien sind auf die beiden größeren Städte des Landkreises, Göppingen (mit Zentralem Omnibus-Bahnhof) und Geislingen, ausgerichtet. Die Bahnhöfe Ebersbach, Göppingen, Süßen und Geislingen bilden wesentliche Umsteigepunkte auf den Schienenverkehr. Alle Gemeinden und Ortsteile sind an den öffentlichen Personennahverkehr angeschlossen, die Taktzeiten sind jedoch sehr unterschiedlich und einzelne Gemeinden und Ortsteile dadurch zeitweise nur schwer erreichbar. Dies gilt insbesondere für das Wochenende und die Schulferien sowie außerhalb der klassischen Berufsverkehrszeiten.

Im Rahmen der Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen wurde auch nach der Zufriedenheit mit der Mobilität beziehungsweise mit dem öffentlichen Personennahverkehr in der Kommune gefragt. Drei der 24 Kommunen bewerteten diesen als sehr gut, 11 als gut und 10 als weniger gut. Dazu passt auch, dass neun der befragten Kommunen die Sicherstellung altersgerechter Mobilitätsangebote als zukünftige Herausforderung betrachten.

Die Bahnhöfe im Landkreis Göppingen sind – wie vielerorts auch – noch nicht hinreichend barrierefrei erreichbar. Zum Beispiel beim Bahnhof in Geislingen besteht noch erheblicher Handlungsbedarf. Hier ist lediglich der Bahnsteig 1 annähernd barrierefrei erreichbar, während die Gleise 2 und 3 nur über steile Treppen erreicht werden können. Maßnahmen zum barrierefreien Ausbau sind bereits geplant. Darüber hinaus sollen auch die Bushaltestellen im Landkreis Göppingen nach und nach barrierefrei umgebaut werden.

Im Landkreis Göppingen sind nach Aussagen der Experten vor Ort rund 70 Prozent der Busse Niederflurbusse. Diese erleichtern Personen mit Mobilitätseinschränkungen durch einen niedrigen Fahrzeugboden im Innenraum und ohne zusätzliche Stufen beim Einstieg in den Fahrgastraum die Nutzung. Bei einigen Modellen kann die Einstiegsseite zusätzlich abgesenkt werden. Allerdings gibt es im Landkreis Göppingen keine verlässlichen Strecken, in denen ausschließlich Niederflurbusse eingesetzt werden.

Mobilität durch Bürgerbusse

Als Ergänzung zum öffentlichen Personennahverkehr gibt es in einzelnen Kommunen inzwischen Bürgerbusse als Teil des öffentlichen Personennahverkehrs. Der erste wurde im Jahr 2003 in der Gemeinde Salach eingeführt. Seither sind weitere Bürgerbusse in den Gemeinden Ebersbach, UHINGEN und Süßen entstanden.

Mobilität durch organisierte Fahrdienste/ Bürgerrufautos

In einigen Städten und Gemeinden gibt es organisierte Fahrdienste, die von Senioren abgerufen werden können. Zum Beispiel bietet die ehrenamtlich organisierte Seniorengemeinschaft Obere Fils e.V. (SEGOFILS) und das Seniorennetzwerk in Eislingen Fahrdienste an. Das neueste Projekt startete der Gemeindeverwaltungsverband Bad Boll, der ein Elektroauto einsetzt und damit ein Angebot für sechs Gemeinden schafft. Das Auto kann durch Bürger unentgeltlich für Fahrten – auch lange im Voraus – gebucht werden. Die Fahrten führen zwölf ehrenamtliche Fahrer durch. Weitere Bürgermobile und Rufautos gibt es in Böhmenkirch, Gingen, Heiningen und Rechberghausen. Die Gemeinde Eschenbach plant ebenfalls ein Rufauto einzuführen, um die Mobilität in der Gemeinde zu verbessern.

3.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Informationen, die in einem Fachgespräch mit Experten des Landkreises zum Thema Wohnen, Infrastruktur und Mobilität gewonnen wurden. Zum Teil fließen auch Informationen aus weiteren Fachgesprächen ein, die Aussagen zum Thema Mobilität beinhalten.

Befragt wurden die Experten zum einen nach den größten Herausforderungen, die sie im Zusammenhang mit der Mobilität älterer Menschen sehen. Hier nannten die Experten folgende Schwierigkeiten:

- die Sicherstellung bezahlbarer Mobilitätsangebote
- die Gewährleistung von Anschlussverbindungen sowie von Verbindungen über den Landkreis hinaus
- die noch größtenteils fehlende Barrierefreiheit an Bahnhöfen, zum Beispiel am Bahnhof in Geislingen
- die Bereitstellung von Angeboten, um auch im Alter fit und mobil zu bleiben, zum Beispiel Fahr- oder Rollatortrainings.

Zum anderen wurde danach gefragt, welche Angebote zukünftig benötigt werden, damit ältere Menschen mobiler sein können. Die Experten verwiesen in diesem Zusammenhang auf die oben genannten Punkte, nannten jedoch zusätzlich weitere Voraussetzungen, wie zum Beispiel

- das Vorhandensein von bezahlbaren und flexibleren Fahrdiensten
- die Einrichtung individueller Hol- und Bringdienste, um zum Beispiel auch Menschen mit körperlichen Einschränkungen, die nicht in barrierefreien Wohnungen leben, zu den entsprechenden Angeboten bringen zu können
- die Einrichtung einer Mitfahrzentrale
- eine bessere Lesbarkeit von Fahrplänen und Bedienbarkeit von Automaten

- die Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen bei der Stadtplanung, zum Beispiel durch Orientierungspunkte, die es Menschen mit kognitiven Einschränkungen erleichtern, sich zurechtzufinden
- Trainings zur Orientierung und für Begleitpersonen
- eine Anlaufstelle oder Leitstelle, die die Koordination von Fahrdiensten übernimmt
- Scooter, Blindenhunde und weitere Hilfsmittel, wie zum Beispiel Einstiegshilfen
- ein einheitliches Verkehrsnetz, wodurch Kostentransparenz erreicht wird
- Übernahme von Kosten für Menschen, die sich Mobilität nicht leisten können
- Informationen die Einrichtung weiterer Sitzgelegenheiten und Toiletten.

Vom Landkreis wünschen sich die Experten Unterstützung in Form von

- Zuschüssen oder einer Senkung der Kreisumlage zur Finanzierung der Barrierefreiheit
- einer Wettbewerbsausschreibung mit Preisgeld, zum Beispiel durch das Amt für Mobilität, um Konzepte zur Optimierung der Mobilität zu unterstützen
- bundes- oder landesrechtliche Vorschriften für die Ausrüstung von Bussen und weiteren Personenbeförderungsmitteln.

3.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen gibt es vielfältige Angebote, die die Mobilität (nicht nur) älterer Menschen fördern. Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr ist insgesamt als gut zu bewerten. Kleinere Gemeinden im Landkreis werden durch Buslinien, Bürgerbusse oder selbst organisierte Fahrdienste bedient. Nichtsdestotrotz besteht weiterer Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit kleinerer Gemeinden außerhalb der Taktzeiten des öffentlichen Personennahverkehrs sowie am Wochenende und in den Schulferien, der Barrierefreiheit an Bahnhöfen oder der Fußgänger-Mobilität. Absprachen mit benachbarten Gemeinden sind sinnvoll und eröffnen zusätzliche Möglichkeiten und Entwicklungschancen auch für kleinere Gemeinden.

Ziel:

Es stehen ausreichend barrierearme und barrierefreie Angebote zur Sicherstellung der Mobilität zur Verfügung, damit auch ältere Menschen am Leben in der Kommune teilhaben können.

Handlungsempfehlungen:

Mobilität zu Fuß

16. Städte und Gemeinden des Landkreises führen unter Beteiligung von Bürgern mit Mobilitätseinschränkungen Ortsbegehungen durch, um Barrieren hinsichtlich der Fußgänger-Mobilität zu identifizieren. Die Ergebnisse der Begehung sollten gemeinsam mit den Betroffenen oder ihren Vertretern ausgewertet und Maßnahmen zur Beseitigung erarbeitet werden.

Mobilität mit dem Fahrrad

17. Der Landkreis weist zusammen mit den Städten und Gemeinden attraktive und sichere Fahrradwege aus.
18. Die Gemeinden fördern die Fahrradmobilität durch die Schaffung geeigneter und sicherer Abstellmöglichkeiten und von Ladestationen für E-Bikes. Darüber hinaus können sie in Zusammenarbeit mit anderen Anbietern, wie beispielsweise Kreis- oder Stadtseniorenrat, Verkehrswacht, Vereinen oder zusammen mit dem Landkreis spezielle Einstiegs-Kurse zum E-Bike-Fahren initiieren oder anbieten.

Mobilität mit dem Auto

19. Senioren mit außergewöhnlicher Gehbehinderung und blinde Menschen mit einem entsprechenden Schwerbehindertenausweis haben einen rechtlichen Anspruch auf Sonderparkausweise. Für sie sollte eine ausreichende Zahl speziell ausgewiesener Behindertenparkplätze zur Verfügung stehen. Die Gemeinden sollen genügend größere Parkplätze zur Verfügung stellen.
20. Fahrsicherheits-Trainings für Senioren werden weiter angeboten und bei Bedarf ausgebaut.

Mobilität mit dem öffentlichen Personennahverkehr

21. Der Landkreis prüft im Rahmen der Fortschreibung seiner Nahverkehrsplanung Bedarfe und Handlungsmöglichkeiten im öffentlichen Personennahverkehr, die sich aus demografischen Veränderungen ergeben. Die Busunternehmen sind für die besondere Situation mobilitätseingeschränkter Personen zu sensibilisieren.

4 Pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung auch eine große Herausforderung. Bundeseinheitliche Regelungen zur pflegerischen Versorgung und zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung enthält das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). Land, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen haben nach dem SGB XI den gemeinsamen Auftrag, eine leistungsfähige, regional gegliederte, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.⁹⁴ Die Pflege in speziellen Pflegeeinrichtungen soll dabei nachrangig sein: Vorrangig soll 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 Stärkung der ambulanten Pflege ist ein wichtiges Ziel der zwischen Januar 2015 und Januar 2017 in Kraft getretenen **Pflegestärkungsgesetze**. Bereits das Pflegestärkungsgesetz I⁹⁵ führte zu deutlichen Leistungsausweitungen im ambulanten Bereich. Das zweite Pflegestärkungsgesetz⁹⁶, das zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten ist, führt einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff⁹⁷ und ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein. Zusätzlich hatte der Gesetzgeber seit 2012 Pflegeleistungen für Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Diese deckten jedoch den tatsächlichen Pflegebedarf dieser Personengruppe nur zu einem kleinen Teil ab.

Das PSG II führte im Januar 2017 fünf Pflegegrade ein, die die Pflegestufen ablösen. Körperliche, geistige und psychische Einschränkungen werden bei der Einstufung gleichermaßen berücksichtigt. Maßstab ist ab 2017 nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit. Dadurch sollen Personen, bei denen der Pflegebedarf auf eine demenzielle oder psychische Erkrankung oder eine geistige Behinderung zurückgeht, einen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen haben. Personen, die bereits vor dem 01. Januar 2017 pflegebedürftig waren, werden in Pflegegrade übergeleitet und erhalten mindestens die Leistungen, die sie vorher erhalten haben. Hervorzuheben ist, dass Pflegebedürftige aufgrund des PSG II künftig für die ambulante Pflege ein deutlich größeres Leistungsbudget erhalten.

⁹⁴ Unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

⁹⁵ Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17. Dezember 2014.

⁹⁶ Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015.

⁹⁷ Als pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI gelten Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

Die Aufgaben und Rahmenbedingungen für die Planung und Förderung der Pflegeinfrastruktur sind auf Länderebene konkretisiert: In Baden-Württemberg im Landespflegegesetz und im Landespflegeplan. Bauliche Standards für stationäre Pflegeeinrichtungen gibt in Baden-Württemberg die Landesheimbauverordnung vor⁹⁸; Regelungen zur Qualität der Pflege sowie zur Mitwirkung und Mitbestimmung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG)⁹⁹ für Baden-Württemberg formuliert. Die personellen Anforderungen für stationäre Einrichtungen sind in der Landespersonalverordnung neu geregelt.¹⁰⁰

Unterschiedliche Gestaltungsspielräume der beteiligten Akteure

In der Praxis sind die Gestaltungsspielräume der Akteure, die Mitverantwortung für die Ausgestaltung der Pflegelandschaft haben, sehr unterschiedlich. Den Pflegekassen kommt seit Einführung der Pflegeversicherung eine zentrale Rolle zu. Sie schließen Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen ab, um eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Dabei müssen sie ein Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe herstellen. Grundlage für den Abschluss von Versorgungsverträgen sind 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.

Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Die Kommunen leisten schon heute einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Insbesondere die Städte und Gemeinden sind als Wohn- und Lebensorte wesentliche Garanten für die Lebensqualität und einen möglichst langen Verbleib hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld. Allerdings verfügen die Kommunen derzeit nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten und häufig unzureichende finanzielle Spielräume.¹⁰¹

Politik und Fachwelt haben erkannt, dass es wichtig ist, die Kommunen künftig stärker in die Weiterentwicklung der Pflege vor Ort einzubinden und ihre Planungs- und Steue-

⁹⁸ Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) vom 18. April 2011

⁹⁹ Das WTPG vom 20. Mai 2014 löste das frühere Landesheimgesetz ab

¹⁰⁰ Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (LPersVO) vom 7. Dezember 2015

¹⁰¹ 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.

rungskompetenzen zu stärken. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege hat im Jahr 2015 unter Beteiligung kommunaler Vertreter Handlungsbedarfe und Empfehlungen für notwendige Veränderungen auf Bundes- und Landesebene formuliert.¹⁰² Diese Eckpunkte werden im Abschlussbericht der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“¹⁰³ aufgegriffen. Auch das Dritte Pflegestärkungsgesetz¹⁰⁴ (PSG III), das zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten ist, soll die Rolle der Kommunen im Bereich Pflege stärken. Unter anderem sollen in insgesamt 60 Modellkommunen in Deutschland neue Konzepte für eine „Beratung aus einer Hand“ erprobt werden. Die ausgewählten Kommunen übernehmen dabei modellhaft für fünf Jahre Aufgaben im Bereich Pflegeberatung.

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.¹⁰⁵

Kommunales Handeln im Bereich Pflege sollte am Sozialraum orientiert sein und die Bürger miteinbeziehen. Ziel ist es, die gesellschaftliche Teilhabe aller Gemeindemitglieder am Wohnort zu ermöglichen und zwar unabhängig vom Grad ihres Unterstützungsbedarfs. Dazu bedarf es kleinräumiger flexibler Pflegearrangements, der Stärkung primärer Hilfenetze und des bürgerschaftlichen Engagements. Vor allem kleinere Kommunen können nicht alle Aufgaben alleine bewältigen. Interkommunale Kooperationen und eine koordinierende Unterstützung auf Kreis- und Landesebene können, neben einer angemessenen finanziellen Förderung, bei der strukturellen und sozialen Weiterentwicklung von Wohnquartieren helfen.

Aktuell unterstützen das Land Baden-Württemberg und der Baden-Württembergische Städtetag Kommunen bei der Entwicklung quartiersbezogener Ansätze, die auch oder gezielt das Handlungsfeld „Alter und Pflege“ miteinbeziehen: Das Land im Rahmen seiner Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam gestalten“ mit dem Schwerpunktthema „altersgerechte Quartiersentwicklung“¹⁰⁶, der Städtetag im Rahmen seines Projekts „Inklusive Quartiere – Umgang mit Anderem im Lebensraum Stadt“ mit Erfahrungen und Bausteinen aus der Praxis für die Praxis.¹⁰⁷

¹⁰² <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf>

¹⁰³ Landtag von Baden-Württemberg 2016: Drucksache 15/7980. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit den Handlungsempfehlungen, S.44.

¹⁰⁴ Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 16. Dezember 2016.

¹⁰⁵ https://www.kh-freiburg.de/fileadmin/userfiles/3_Forschung___Entwicklung/2015_Pfleagemix_Handbuch_Online.pdf

¹⁰⁶ Quartiersentwicklung: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

¹⁰⁷ Das Projekt | Inklusive Quartiere

4.1 Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Göppingen

Grundlage für die Bedarfsplanung sind die Daten der Pflegestatistik, differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und Versorgungsformen. Als pflegebedürftig im Sinne der Pflegestatistik gelten Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Voraussetzung hierfür war bisher, dass die Personen durch die Pflegekassen oder private Versicherungen als pflegebedürftig eingestuft und einer der Pflegestufen I bis III zugeordnet sind. Die Pflegestatistik wird alle zwei Jahre erhoben, zuletzt zum Stichtag 15. Dezember 2015. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird sich aufgrund des zweijährigen Turnus der Erhebung erstmalig in der Pflegestatistik 2017 widerspiegeln.

Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Göppingen betrug im Jahr 2015 8.043 Personen.¹⁰⁸ Sie ist zwischen 2001 und 2015 ausgehend von 5.493 Personen um ca. 46 Prozent gestiegen. Für das Land Baden-Württemberg liegt die Wachstumsrate mit rund 56 Prozent deutlich höher. Diese Entwicklung hängt eng mit der in Kapitel 2 beschriebenen 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. Der Anteil der Menschen über 80 Jahren in der Bevölkerung nahm allerdings stärker zu als der Anteil pflegebedürftiger Menschen.

Der Pflege-Report 2016 der AOK Rheinland/ Hamburg weist einen Zusammenhang zwischen dem Beginn von Pflegebedürftigkeit und dem sozioökonomischen Status auf: Laut Studie werden Männer, die über ein geringes Renteneinkommen verfügen, im Schnitt sieben Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit einer vergleichsweise hohen Rente. Dieser Zusammenhang könnte Experten zufolge damit begründet werden, dass sich Menschen mit höheren Einkommen grundsätzlich gesünder ernähren und häufiger Sport treiben.¹⁰⁹

Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu. Jeder zweite Mensch über 90 Jahren ist pflegebedürftig. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Insgesamt sind fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen Frauen. Bis zum Alter von 75 Jahren liegt der Anteil der pflegebedürftigen Frauen unter dem der pflegebedürftigen Männer. Danach nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit von Frauen stärker zu als das der Männer. Frauen weisen eine höhere Lebenserwartung auf als Männer. Mit zunehmendem Alter leben sie deshalb häufiger alleine im Haushalt. Als

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ Hommel, Thomas: Armut als Pflegerisiko, in: Gesundheit und Gesellschaft. Heft 2/2017.

Folge könnten sie im Fall der Pflegebedürftigkeit zunehmend auf professionelle Hilfe angewiesen sein.

Baden-Württemberg hat im Bundesländervergleich eine relativ geringe Pflegequote. Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung betrug im Jahr 2015 im Bundesdurchschnitt 3,5 Prozent, in Baden-Württemberg lag er bei 3,0 Prozent.

Die Pflegequote im Landkreis Göppingen lag mit 3,2 Prozent geringfügig über dem Durchschnitt in Baden-Württemberg. Die Spanne der Pflegequoten in den Kreisen in Baden-Württemberg reicht von 2,3 Prozent im Landkreis Tübingen und im Stadtkreis Heidelberg bis zu 4,7 Prozent im Neckar-Odenwald-Kreis.

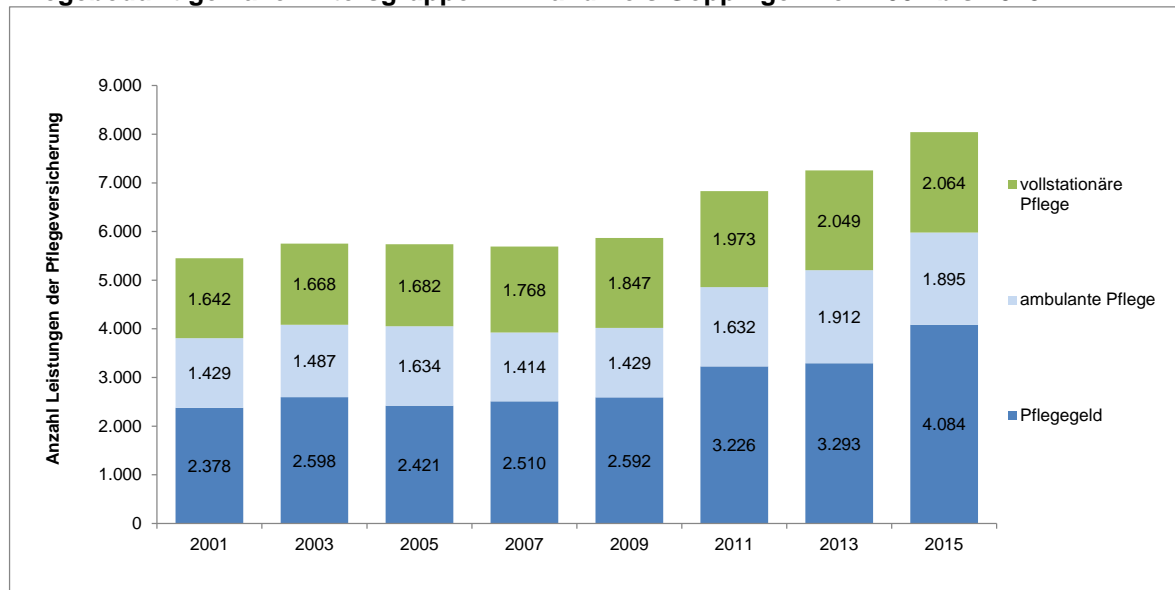
Bezogen auf die unterschiedlichen Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigt sich im Landkreis Göppingen bei allen Leistungsarten, außer beim Pflegegeld, ein relativ stetiger Zuwachs:

- Die Zahl an Leistungsempfängern in der ambulanten Pflege nahm im Zeitraum zwischen 2001 und 2015 um rund 33 Prozent zu (von knapp 1.430 auf rund 1.900)¹¹⁰.
- Die größte Steigerungsrate ist im Tagespflegebereich zu verzeichnen; hier war der Ausgangswert im Jahr 2001 mit 44 Leistungen sehr niedrig (2015: 198 Leistungen).
- Die Zahl der Leistungen für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen stieg um rund 26 Prozent (von rund 1.650 auf 2.060).
- Zwischen 2001 und 2015 stieg die Zahl der Pflegegeldempfänger insgesamt um rund 72 Prozent (von knapp 2.400 auf rund 4.100). Dies ist insbesondere auf die deutliche Zunahme der Anzahl an Pflegegeldempfänger von 2009 auf 2011 sowie von 2013 auf 2015 zurückzuführen.

Pflegebedürftige werden nach der Pflegestatistik danach unterschieden, ob sie stationär, also in einem Pflegeheim, ambulant zu Hause durch einen professionellen Pflegedienst oder von Angehörigen zu Hause betreut und versorgt werden.

¹¹⁰ Die Daten zu den ambulanten und vollstationären Leistungen werden standortbezogen bei den Pflegeeinrichtungen erhoben. Organisatorische Änderungen bei den Diensten (zum Beispiel 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.

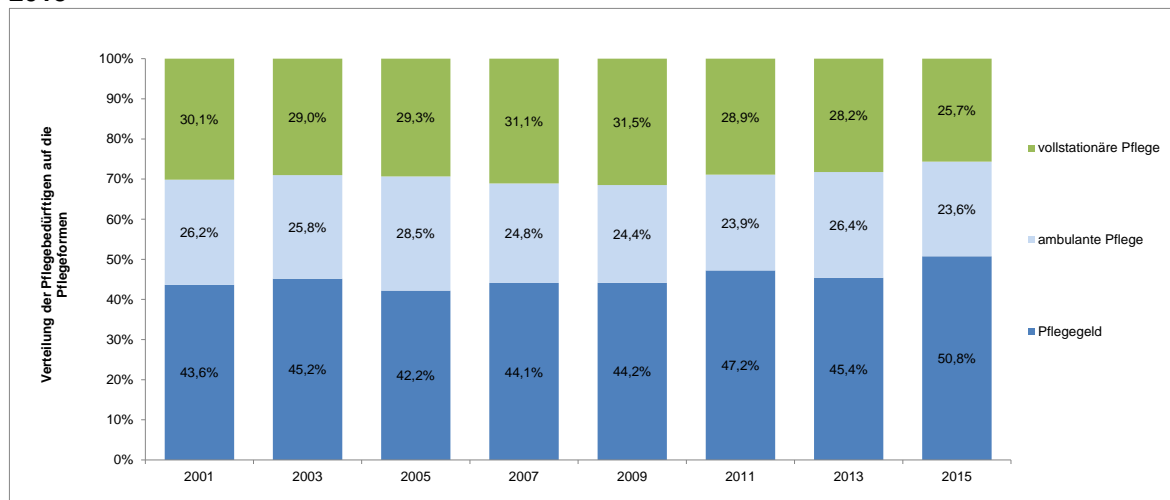
Abbildung 14: Entwicklung der ambulant, vollstationär und von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen aller Altersgruppen im Landkreis Göppingen von 2001 bis 2015



Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2001-2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Im Landkreis Göppingen leben knapp 75 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause. Davon werden 50,8 Prozent zu Hause von Angehörigen oder anderen Personen gepflegt. Sie erhalten dafür Pflegegeld. Weitere 23,6 Prozent der Pflegebedürftigen leben ebenfalls zu Hause und werden dort zusätzlich von einem Ambulanten Pflegedienst versorgt. 25,7 Prozent der Pflegebedürftigen werden in einem Pflegeheim versorgt. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in vollstationärer Pflege im Landkreis Göppingen liegt damit geringfügig unter dem Durchschnitt in Baden-Württemberg (28 Prozent). Besonders hoch ist er in den Stadtkreisen. In den Landkreisen in Baden-Württemberg leben durchschnittlich 27 Prozent der Pflegebedürftigen in Heimen. Der Anteil reicht von 22 Prozent im Landkreis Rastatt bis zu 34 Prozent im Landkreis Freudenstadt.

Abbildung 15: Entwicklung der Anteile der ambulant, vollstationär und von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen aller Altersgruppen im Landkreis Göppingen von 2001 bis 2015



Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2001-2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Seit der Erhebung 2009 geht der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen gegenüber der Zahl aller Pflegebedürftigen im Landkreis Göppingen zurück. Dieser Rückgang könnte mit der geänderten Zuordnung der teilstationär versorgten Pflegebedürftigen zusammenhängen (vgl. Fußnote 108). Der Anteil der von Ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen hat sich nur geringfügig verändert; er betrug im Jahr 2015 23,6 Prozent und liegt damit deutlich über dem landesweiten Durchschnitt von 20,1 Prozent. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, ist zwischen 2001 und 2015 von 43,6 auf 50,8 Prozent gestiegen (BW: 51,8 Prozent). Dazu könnten Entlastungsmöglichkeiten wie die Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten beigetragen haben. Aber auch die Unterstützung durch häufig aus Osteuropa stammende Haushaltshilfen scheint zuzunehmen. Seit 2011 benötigen Haushaltshilfen aus bestimmten Ländern keine Arbeitserlaubnis mehr.

Insgesamt ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause mit Pflegegeld und/ oder durch einen Ambulanten Dienst versorgt werden, seit 2001 von 69,8 auf 74,4 Prozent gestiegen.

4.2 Pflegebedürftige ab 65 Jahren¹¹¹

Im Folgenden werden nur Pflegebedürftige ab 65 Jahren berücksichtigt.

Am 15. Dezember 2015 erhielten im Landkreis Göppingen 7.308 pflegebedürftige Menschen im Alter ab 65 Jahren Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon

¹¹¹ In den folgenden Ausführungen werden auch Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigt, da dieser Personenkreis ebenfalls Leistungen nach dem SGB XI bezieht und mit Einführung der Pflegegrade ab dem 01. Januar 2017 zukünftig in die Einstufung einbezogen wird.

lebten 3.372 in Privathaushalten und wurden dort zumeist von Angehörigen gepflegt (Pflegegeldempfänger). Weitere 1.900 Pflegebedürftige ab 65 Jahren wurden ausschließlich oder zusätzlich von Ambulanten Diensten betreut. 2.036 Personen nahmen zum Stichtag vollstationäre Dauerpflege in Anspruch, 57 Kurzzeitpflege und 194 Personen nutzten – meistens zusätzlich zur häuslichen Pflege – ein Tagespflegeangebot.¹¹² Berücksichtigt wurden bei dieser Zählung auch die Bewohner von Pflegeheimen im Landkreis Göppingen, die aus anderen Kreisen stammen. Keine Informationen gibt es hingegen über Menschen aus dem Landkreis Göppingen, die in Pflegeheime außerhalb des Kreisgebietes gezogen sind.

Mit 136 Pflegebedürftigen ab 65 Jahren pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe gibt es im Landkreis Göppingen deutlich mehr Pflegebedürftige unter der älteren Bevölkerung als im Landesdurchschnitt (127).

Tabelle 1: Anzahl und Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Landkreis Göppingen nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung am 15.12.2015

	ausschließlich Pflegegeld	Ambulante Pflege	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	insgesamt* (ohne teilstationär)	Tages- oder Nachtpflege
Anzahl insgesamt	3.372	1.900	1.979	57	7.308	194
insgesamt in %	46,1%	26%	27,1%	0,8%	100%	2,7%
davon Frauen	2.082	1.266	1.426	33	4.806	129
Frauen in %	43,3%	26,3%	29,7%	0,7%	100%	2,7%
davon Männer	1.290	634	550	24	2.498	65
Männer in %	51,6%	25,4%	22,0%	1,0%	100%	2,6%

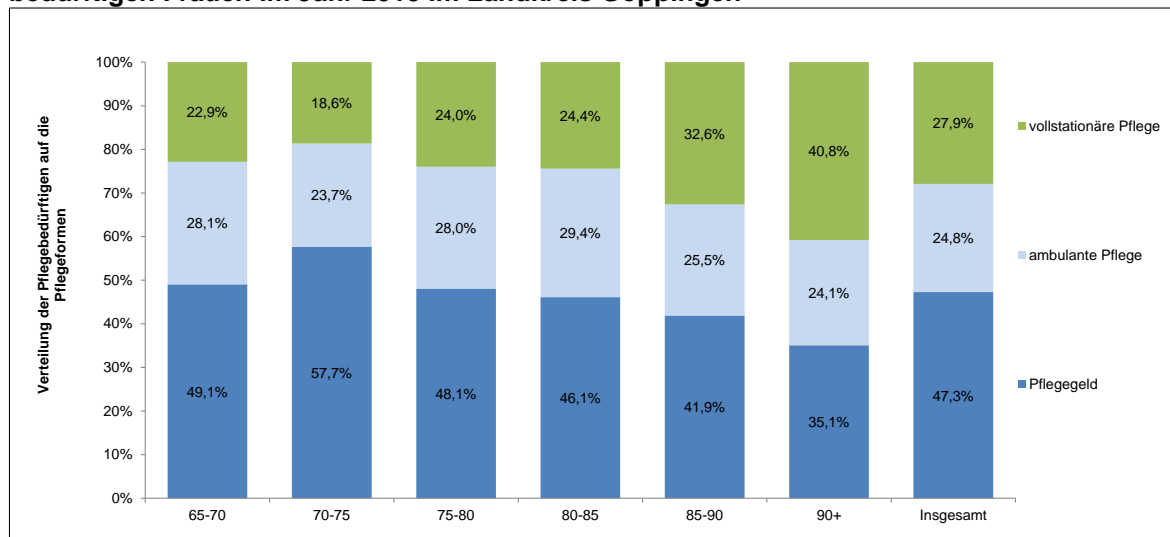
* Abweichungen sind auf die Zuordnung der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zurückzuführen. Diese werden in der Pflegestatistik nachrichtlich und auch nicht nach Alter ausgewiesen. Sie wurden daher anhand der Verteilung der Pflegebedürftigen der jeweiligen Leistungsform (Pflegegeld, ambulant, stationär) auf die jeweiligen Altersgruppen verteilt. Die Verteilung der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Kurzzeit- und Tagespflege wurde anhand der Verteilung der ambulant versorgten Pflegebedürftigen auf die jeweiligen Altersgruppen vorgenommen.

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

¹¹² Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2015. 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.

Sowohl der Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre, die ausschließlich Pflegegeld in der eigenen Häuslichkeit beziehen, als auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegeleistungen im Pflegeheim liegt im Landkreis Göppingen mit rund 46 beziehungsweise 27 Prozent unter dem landesweiten Durchschnitt (BW: 47 beziehungsweise 30 Prozent). Der Anteil der ausschließlich oder zusätzlich durch Ambulante Pflegedienste versorgten Personen¹¹³ liegt mit rund 26 Prozent deutlich über dem Anteil in Baden-Württemberg (BW: 21 Prozent)¹¹⁴. Bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Versorgungsleistungen zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern und sie ist zudem auch altersabhängig. Während knapp 58 Prozent der Männer zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, liegt der Anteil bei den Frauen bei 47 Prozent.

Abbildung 16: Anteile der ambulant, vollstationär und von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Frauen im Jahr 2015 im Landkreis Göppingen



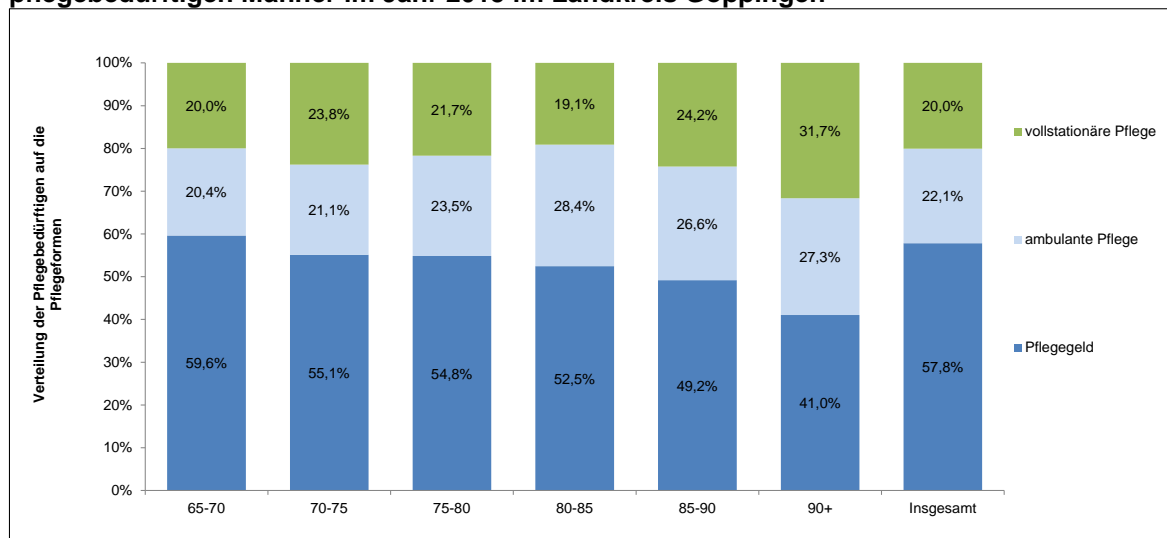
Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2001-2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Anteil der ausschließlich zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ab, während der Anteil der vollstationär Versorgten insbesondere bei den Frauen zunimmt. Die Zunahme fällt bei den Männern geringer aus als bei den Frauen. Während rund 41 Prozent 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 weniger als einem Drittel. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frauen, möglicherweise vorbelastet durch die vorherige Pflege des Partners oder eines Angehörigen, eher pflegebedürftig werden. Häufig müssen sie die Versorgung in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen, da sie keiner zu Hause versorgen kann.

¹¹³ Darunter fallen Personen, die ausschließlich Pflegesachleistung (Versorgung durch einen Pflegedienst) oder aber eine Kombileistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung erhalten.

¹¹⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2015.

Abbildung 17: Anteile der ambulant, vollstationär und von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Männer im Jahr 2015 im Landkreis Göppingen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2001-2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

2,7 Prozent der Pflegebedürftige über 65 Jahren (absolut: 194 Pflegebedürftige) im Landkreis Göppingen 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 stützenden Angebot, liegt die Inanspruchnahme-Quote im Landkreis Göppingen unter dem Landesdurchschnitt (3,2 Prozent).

Pflegebedürftige ab 65 Jahren im Jahr 2030

Anhand der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes auf der Basis der Bevölkerungsforschreibung zum 31. Dezember 2014 kann die zukünftige Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Landkreis Göppingen berechnet werden (für die genaue Berechnung siehe Kapitel 7.1 Methodik). Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 9.616 Pflegebedürftige ab 65 Jahren im Landkreis Göppingen leben. Die Zahl der Pflegebedürftigen hängt eng mit der demografischen Entwicklung und der Zunahme der älteren Menschen, insbesondere der über 80-Jährigen, zusammen. In den Gemeinden, die bereits heute eine recht hohe Anzahl an älteren Menschen und insbesondere an Menschen über 80 Jahren aufweisen, wird es auch mehr Pflegebedürftige geben. So wird es voraussichtlich in Donzdorf, Ebersbach, Eislingen, Geislingen, Göppingen, Süßen und UHINGEN die höchste Anzahl an pflegebedürftigen Menschen geben.

Tabelle 2: Anzahl und prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen in den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Jahr 2030

Kommune	Anzahl Pflegebedürftige	Verteilung der Pflegebedürftigen innerhalb des Landkreises in %
Adelberg	68	0,7
Aichelberg	43	0,4
Albershausen	150	1,6
Bad Ditzenbach	140	1,5
Bad Überkingen	179	1,9
Birenbach	72	0,7
Böhmenkirch	189	2,0
Börtlingen	68	0,7
Bad Boll	225	2,3
Deggingen	213	2,2
Donzdorf	422	4,4
Drackenstein	12	0,1
Dürnau	68	0,7
Ebersbach	586	6,1
Eislingen	757	7,9
Eschenbach	82	0,9
Gammelshausen	55	0,6
Geislingen	998	10,4
Gingen	167	1,7
Göppingen	2.175	22,6
Gruibingen	71	0,7
Hattenhofen	125	1,3
Heiningen	201	2,1
Hohenstadt	28	0,3
Kuchen	231	2,4
Mühlhausen	33	0,3
Ottenbach	92	1,0
Rechberghausen	223	2,3
Salach	308	3,2
Schlat	59	0,6
Schlierbach	155	1,6
Süßen	378	3,9
Uhingen	505	5,3
Wäschenbeuren	136	1,4
Wangen	121	1,3
Wiesensteig	76	0,8
Zell	109	1,1
Lauterstein	96	1,0
Landkreis Göppingen	9.616	100,0

Tabelle: KVJS 2016: Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsvorausrechnung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik des Statistisches Landesamtes zum 15.12.2015. Eigene Berechnungen KVJS.

5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause

Die Mehrheit der älteren Menschen wünscht sich selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden alt zu werden. Einen eigenen Haushalt zu führen, wird als entscheidende Voraussetzung dafür gesehen, ein selbstbestimmtes Leben nach individuellen Vorstellungen zu führen. Mit zunehmendem Alter steigt allerdings meist auch der Hilfebedarf von Senioren an. Selbstständiges, privates Wohnen wird jedoch auch dann bevorzugt, wenn gesundheitliche oder sonstige altersbedingte Beeinträchtigungen bis hin zu umfassender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gegeben sind. Daher gewinnen insbesondere Angebote an Bedeutung, die ein selbstständiges und selbstbestimmtes Altern im gewohnten Umfeld ermöglichen und unterstützen. Der Gesetzgeber hat mit den Pflegestärkungsgesetzen den erforderlichen Rahmen hierfür geschaffen und die ambulante Pflege gestärkt. Erhebliche Leistungsausweitungen und bessere Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen Leistungen aus der Pflegeversicherung sollen pflegebedürftige Menschen dabei unterstützen, solange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen zu bleiben.

Zu Beginn beschränkt sich der Hilfebedarf häufig auf punktuelle Hilfen im Alltag. Diese werden häufig von Verwandten oder Freunden erbracht. Allerdings können nicht alle Senioren auf die Unterstützung durch Angehörige zurückgreifen. Als Reaktion auf den wachsenden Bedarf an Dienstleistungen rund um Haushalt und Wohnen haben Kommunen und Kirchen Nachbarschaftshilfen gegründet sowie Wohlfahrtsverbände und private gewerbliche Anbieter haushaltsnahe Dienstleistungen in ihr Angebotsspektrum aufgenommen.

Mit Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ändert sich die Lebenssituation der Betroffenen oftmals grundlegend, da regelmäßige Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags benötigt werden. Zu Beginn findet die Pflege meist zu Hause statt. Häusliche Pflege, die von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn ohne professionelle Hilfe erbracht wird, ist die häufigste Unterstützungsform für pflegebedürftige Menschen. Allerdings nehmen die familiären Hilfe- und Unterstützungsnetze aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen des gesellschaftlichen Wandels ab. Dazu zählt, dass Menschen häufiger alleine leben, dass Kinder und Eltern häufig nicht an einem Ort leben, dass weniger Menschen Eltern und dass mehr Ehen geschieden werden. Gleichzeitig nimmt jedoch der Bedarf an Pflege- und Unterstützungsleistungen zu. Der Ausbau außerfamiliärer informeller Hilfe- und Unterstützungssysteme wie auch professioneller Pflege- und Unterstützungsleistungen scheint deshalb geboten.

Das folgende Kapitel beschreibt die vielfältigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen in unterschiedlichen Stadien des Unterstützungs- und Hilfebedarfs. Damit ältere Menschen die für sie passenden Hilfeleistungen finden, braucht es Informationen über die Angebote und Beratung, welche Form der Unterstützung weiterhelfen kann. Diese dienen älteren Menschen und deren Angehörigen als Orientierungshilfen und Wegweiser im Falle eines eintretenden Unterstützungs- oder Pflegebedarfs. Zu Beginn dieses Kapitels werden daher die unterschiedlichen Angebote in diesem Bereich beschrieben (Kapitel 5.1 Informa-

tions- und Beratungsangebote). Anschließend wird der Fokus auf Angebote gerichtet, die Senioren punktuell nutzen können und deren Angehörigen Entlastung bieten. Dazu gehören beispielsweise verschiedene Angebote im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen oder der Begleitung und Betreuung (Kapitel 5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag).

Tritt Pflegebedürftigkeit ein, übernehmen Angehörige oftmals die Pflege und Betreuung (Kapitel 5.3 Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen). Im Landkreis Göppingen werden rund 50 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause von Angehörigen gepflegt und betreut. Nicht selten kommt es in diesem Kontext zu Überlastungs- und Überforderungserscheinungen in der häuslichen Pflege, die es erforderlich machen, dass pflegenden Angehörigen vielfältige Unterstützungs- und Entlastungsangebote zur Seite stehen. Unterstützung bei Betreuung und Pflege in Tagespflegeeinrichtungen, durch Ambulante Dienste und durch Kurzzeitpflege tragen ebenfalls dazu bei, häusliche Pflegesituationen zu stabilisieren und Pflegenden Angehörige zu entlasten. Sie schaffen außerdem die Voraussetzungen dafür, dass ältere pflegebedürftige Menschen solange wie möglich im eigenen Zuhause bleiben können. Auf diese Form der Unterstützung wird in den Kapiteln 5.4 Pflege durch Ambulante Dienste, 5.5 Tagespflege und 5.6 Kurzzeitpflege eingegangen. Häufig entschließen sich Angehörige von älteren Menschen auch dazu – insbesondere wenn diese eine dauerhafte Begleitung und Unterstützung im Haushalt benötigen – eine Haushaltshilfe zu beschäftigen, die meistens gemeinsam mit der älteren Person in deren Wohnung lebt. Diese Form der Unterstützung ist in Kapitel 5.7 Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen beschrieben.

5.1 Informations- und Beratungsangebote

Die Bereitstellung von gebündelten Informationen ermöglicht es Betroffenen sich zu informieren und einen Überblick über das Angebot zu erlangen. Bei komplexen Bedarfslagen ist darüber hinaus qualifizierte Beratung gefragt. Häufig fungieren Bürger- oder Seniorenbüros als Anlaufpunkte und Informationsdrehscheiben. Die Informationsvermittlung über das Internet wird zunehmend wichtiger. Sie hat den Vorteil, dass sie aktuell gehalten werden kann. Auch die Anbieter bemühen sich um die Verbreitung von Informationen. Viele Kommunen legen Informationsbroschüren aus. Um auch Bürger mit Migrationshintergrund zu erreichen, sind Informationen in unterschiedlichen Sprachen erforderlich.

Ein Beratungsbedarf kann sich bereits beim Übergang in den Ruhestand ergeben. Der Wunsch nach Informationen über Wohnformen im Alter oder Anpassungen der eigenen Wohnung an veränderte Bedürfnisse, Vorsorgevollmachten, Angebote für Senioren in der Kommune oder zu möglichen Tätigkeitsfeldern für ein ehrenamtliches Engagement können Gründe für die Inanspruchnahme einer Beratung in dieser Lebensphase sein.

Während Informationen über schriftliche Wegweiser und Broschüren, das Internet oder telefonisch weitergegeben werden können, setzt Beratung meist einen direkten persönlichen Kontakt voraus. Pflegeberatung kann durch Pflegekassen, von Trägern ambulanter und stationärer Dienste sowie von privaten Beratungsunternehmen erfolgen.

Pflegestützpunkte sollen Pflegebedürftige und deren Angehörigen neutral informieren und beraten. Finanziert werden sie zu je einem Drittel von Pflegekassen, Krankenkassen und Kreisen.¹¹⁵

Ein zusätzliches Angebot können ehrenamtliche Pflegelotsen sein, die entsprechend ausgebildet wurden und wohnortbezogene Auskünfte rund um das Thema Pflege geben. Um Informationen über die Angebote und Anbieter aktuell zu halten, setzt gute Beratung grundsätzlich eine enge Vernetzung der Beratungsangebote untereinander und mit anderen Akteuren des Versorgungssystems voraus.

Das Pflegestärkungsgesetz III (PSG III)¹¹⁶ soll unter anderem dazu beitragen die Pflegeberatung in den Kommunen auszubauen und zu verbessern. Kommunen erhalten mit dem PSG III für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Dadurch soll ein flächendeckender Ausbau der Pflegestützpunkte vorangetrieben werden. Außerdem sind bundesweit Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen in bis zu 60 Kreisen oder kreisfreien Städten – ebenfalls für die Dauer von fünf Jahren – vorgesehen. Über die eingegangenen Anträge entscheiden die Länder. Damit sollen neue Beratungsstrukturen erprobt und Betroffenen eine Beratung aus einer Hand ermöglicht werden. Diese „Modellkommunen Pflege“ sollen umfassende Information und Beratung zu allen relevanten Leistungen wie beispielsweise der Hilfe zur Pflege, der Grundsicherung im Alter oder der Eingliederungs- und Altenhilfe geben.

5.1.1 Situation im Landkreis Göppingen

Eine der zentralen Anlauf- und Beratungsstellen für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen im Landkreis Göppingen ist der Pflegestützpunkt¹¹⁷ mit Sitz in Göppingen. Er ist für den gesamten Landkreis zuständig. Seit Februar 2017 wird in Geislingen zweimal wöchentlich eine Sprechstunde angeboten. Der Pflegestützpunkt besteht aus zwei Mitarbeiterinnen mit einem Stellenumfang von 1,3 Stellen.

¹¹⁵ pro Stützpunkt war eine Anschubfinanzierung in Höhe von 45.000 Euro vorgesehen, die bei Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement auf 50.000 Euro erhöht wurde

¹¹⁶ Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 16. Dezember 2016. Das Gesetz trat im Januar 2017 in Kraft.

¹¹⁷ Der im Gesetz verankerte Rechtsanspruch der Pflegebedürftigen auf individuelle Pflegeberatung ab dem 01.01.2009 hat das bis dahin bestehende Beratungsangebot deutlich erweitert. Ein Ergebnis dieses Prozesses war die Einführung der Pflegestützpunkte (PSP) im Jahr 2011. Die Kooperationsvereinbarung zur Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92c SGB XI vom 15.12.2008 sieht in der Regel einen Pflegestützpunkt pro Landkreis vor. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 48 Pflegestützpunkte errichtet, davon 37 in einem Landkreis und 11 in einem Stadtkreis.

Der Bedarf an einer, auf den Einzelfall abgestimmten, Beratung steigt aufgrund der demografischen Entwicklung, der gesetzlichen Neubestimmung eines eigenständigen Anspruchs auf Pflegeberatung sowie durch ein ausdifferenzierteres Hilfesystem weiter an. Um Zugangsbarrieren zu reduzieren, werden unter anderem telefonische Beratung, Hausbesuche und Informationen in unterschiedlichen Sprachen angeboten. Um der Komplexität der Beratungsanforderung gerecht zu werden, bedarf es einer guten Vernetzung des Pflegestützpunktes zu den Leistungsanbietern.

Im Landkreis Göppingen ist der Pflegestützpunkt organisatorisch dem Kreissozialamt zugeordnet. Die Vernetzung des Pflegestützpunktes mit den Leistungsanbietern vor Ort findet auf zwei Wegen statt: Zum einen wird der Pflegestützpunkt von einem „Fachbeirat Pflegestützpunkt“ begleitet, der einmal jährlich tagt und an dem unter anderem Vertreter von Ambulanten Diensten, Pflege- und Hospizeinrichtungen sowie Kassen beteiligt sind. Zum anderen ist er in das Netzwerk „Fachkonferenz Altenhilfe“ eingebunden und arbeitet eng mit der Altenhilfefachberatung des Landkreises zusammen.

Im Rahmen der einzelfallbezogenen Beratung finden darüber hinaus Kooperationen mit unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten im Landkreis statt, wie zum Beispiel den Pflegekassen, den Sozialdiensten der Krankenhäuser, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der Brückenpflege, den Angeboten der Hospizversorgung und den Hausärzten. Die Zusammenarbeit besteht unter anderem in gemeinsamen Hausbesuchen sowie in einzelfallbezogenen Beratungen im Rahmen des Case und Care Managements.

Daneben gibt es zahlreiche niedrigschwellige Beratungsangebote in verschiedenen Städten und Gemeinden des Landkreises. Dazu zählen insbesondere kommunale Seniorenlaufstellen, Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), Sprechstunden der Seniorenräte sowie Beratungsangebote der Wohlfahrtsverbände. Ergänzend zu diesen Angeboten bieten auch Ambulante Pflegedienste sowie die Pflegekassen ihren Versicherten Pflegeberatungen an. Eine Übersicht über alle im Landkreis Göppingen vorhandenen Informations- und Beratungsstellen bietet der Wegweiser für Seniorinnen und Senioren des Landkreises Göppingen. Er bündelt darüber hinaus alle im Landkreis vorhandenen Angebote und Hilfen für ältere Menschen sowie wichtige Informationen rund um das Thema Alter und Pflege. Der Wegweiser für Seniorinnen und Senioren wurde im September 2015 als Druckexemplar herausgegeben. Er wird auf der Homepage des Landkreises Göppingen fortwährend aktualisiert. Verschiedene Gemeinden und Städte haben eigene Wegweiser über die Angebote in ihrer Gemeinde veröffentlicht.

5.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes wurden unter anderem die Bekanntheit des Angebots im Landkreis, die bestehenden Vernetzungen sowie zukünftig zu erwartende Entwicklungen beschrieben und bewertet.

Bekanntheit des Angebots

Durch die Pflegestärkungsgesetze wurden Leistungsansprüche erweitert, die Angebotslandschaft ist vielfältiger geworden. Seit Einrichtung des Pflegestützpunktes im Jahr 2011 haben sowohl die Anfragen nach Beratung, die Anzahl und Komplexität der Beratungen als auch die Anzahl der Hausbesuche zugenommen. Die Mitarbeiterinnen sehen daher die Notwendigkeit, den Bekanntheitsgrad der unabhängigen, neutralen Beratung durch den Pflegestützpunkt im Landkreis Göppingen zu erhöhen. Insbesondere die Bürgermeister in den Kommunen sollten verstärkt über das Angebot informiert werden. Im Landkreis Göppingen fanden im Jahr 2011 und 2012 zwar Informationsveranstaltungen für die Bürgermeister und die Verwaltungen der Städte und Kommunen statt. Allerdings besteht nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen immer noch zu wenig Kenntnis über das Angebot des Pflegestützpunktes.

Der Pflegestützpunkt könnte auch mit Akteuren aus dem Gesundheitssektor vernetzt werden. Denkbar wäre beispielsweise die Teilnahme an der AG Gesundheit des Gesundheitsamtes oder der Gesundheitskonferenz des Landkreises.

Zukünftige Entwicklungen

Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III zum Januar 2017 sollen Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Daraus könnten sich Änderungen in Bezug auf die Qualifikation von Mitarbeitern und für die Finanzierung ergeben.

Abschließend wurden die Mitarbeiterinnen noch danach gefragt, ob und in welchen Bereichen sie sich vom Landkreis mehr Unterstützung wünschen. Entwicklungsmöglichkeiten sehen die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes im Hinblick auf:

- eine klare Abgrenzung zwischen den Bereichen Beratung und Öffentlichkeitsarbeit für mehr Zeit zur Aufgabenwahrnehmung,
- bei wiederkehrenden Versorgungslücken unter Moderation des Landkreises Lösungen zu entwickeln,
- mehr Angebote für die junge Pflege: Es sind im Landkreis keine/ kaum Tages- oder Kurzzeitpflegeplätze für jüngere Pflegebedürftige vorhanden.

5.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Eine umfassende Information und neutrale Beratung unterstützt Senioren und ihre Angehörigen dabei, die für sie passenden Angebote auszuwählen und Finanzierungsmöglichkeiten zu klären. Zahlreiche gesetzliche Änderungen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung und neue Angebotsformen erhöhen den Bedarf an Orientierung und Beratung.

Ziel:

Senioren und ihre Angehörigen haben, unabhängig vom Wohnort, einen einfachen Zugang zu gut verständlichen und fachlich neutralen Informationen und Beratungsangeboten. Die Beratungsangebote berücksichtigen unterschiedliche Bedürfnisse.

Handlungsempfehlungen:

22. Der Landkreis gewährleistet ein gut erreichbares, finanziell gesichertes und bedarfsgerechtes Beratungsangebot.
23. Der Landkreis prüft den bedarfsgerechten Ausbau des Pflegestützpunktes.
24. Der Landkreis unterstützt den Pflegestützpunkt dabei, eine höhere Bekanntheit zu erlangen, zum Beispiel durch verstärkte Werbung und Information über das Angebot in den Städten und Gemeinden.
25. Der Landkreis aktualisiert regelmäßig den Wegweiser für Seniorinnen und Senioren auf der Internetseite des Landkreises.
26. Der Landkreis trägt zu einer Etablierung effektiver Vernetzungsstrukturen der bestehenden Beratungsangebote und des Pflegestützpunktes bei.

5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Mit zunehmendem Alter – und meist lange bevor ein Pflegebedarf vorliegt – benötigen viele Menschen punktuell Unterstützung im Alltag. Dazu gehören beispielsweise Begleitung zum Arzt oder Einkaufen, aber auch Hilfen bei bestimmten Tätigkeiten im Haushalt, wie dem Wechseln einer Glühbirne, der Kehrwoche oder dem Auf- und Abhängen von Vorhängen. Mit der Zeit entwickeln sich daraus häufig regelmäßige Unterstützungsbedarfe, zum Beispiel beim Einkaufen, Kochen, Putzen oder in der Gartenpflege. Neben den praktischen Alltagshilfen brauchen vor allem Senioren, die in ihrer Mobilität eingeschränkt oder sozial isoliert sind, Unterstützung um soziale Kontakte und Teilhabe aufrecht zu erhalten: zum Beispiel Menschen, die ins Haus kommen und Zeit für Gespräche oder Spaziergänge haben, Begleiter zu Veranstaltungen oder nur einen entsprechenden Fahrdienst.

Niedrigschwellige – das heißt gut erreichbare und finanzierbare – Alltagshilfen sollen zu Hause lebende ältere Menschen frühzeitig in ihrer Selbstständigkeit stärken und entlasten. Sie sind zudem häufig „Türöffner“ für die Nutzung weiterer Unterstützungsangebote, wenn sich bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Hilfebedarf erhöht. Vor allem Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung benötigen zusätzlich stabilisierende und aktivierende Begleitung und Betreuung um die noch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu stärken. Pflegenden Angehörigen und sonstige nahestehende Personen sind ihrerseits eine

wichtige Zielgruppe von Unterstützungsangeboten, da auch sie Entlastung, Beratung und Begleitung im Pflegealltag benötigen.

In Baden-Württemberg haben niedrigschwellige Alltagshilfen unter Beteiligung von ehrenamtlichem Engagement einen hohen Stellenwert. Anbieter sind häufig Kirchengemeinden, frei-gemeinnützige oder private Träger aus dem Pflegebereich, aber auch bürgerschaftliche Initiativen oder Kommunen.

Die Bandbreite der Angebote ist sehr groß. Eine relativ lange Tradition haben ehrenamtliche Besuchs- und Begleitdienste von Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbänden. Diese Angebote tragen zum Erhalt von sozialen Kontakten und Teilhabe insbesondere alleinlebender älterer Menschen bei. Weiter gibt es die Organisierten Nachbarschaftshilfen. Sie bieten vor allem Unterstützung im Haushalt an (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Waschen), häufig auch Hilfe bei Behördenangelegenheiten oder Arztbesuchen. Mobile Soziale Dienste, in denen früher häufig Zivildienstleistende und heute Personen in Freiwilligendiensten mitarbeiten, sind ebenfalls weit verbreitet: Bekannt und häufig genutzt wird das "Essen auf Rädern" oder hauswirtschaftliche Hilfen. Ergänzt werden diese Angebote durch eine wachsende Zahl Offener Mittagstische in sozialen Einrichtungen (auch Pflegeheimen) und Bürgertreffs oder durch bürgerschaftlich organisierte Fahrdienste. Speziell für Menschen mit einer Demenzerkrankung und deren Angehörigen ist in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren ein Netz von Betreuungsangeboten (Betreuungsgruppen oder Häusliche Betreuungsdienste für Menschen mit Demenz) entstanden.

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sind eine besondere Form von Unterstützungsangeboten im Alltag, die bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllen. Sie sollen kostengünstig und qualitätsgesichert sein und können unter bestimmten Voraussetzungen über die Pflegeversicherung finanziert werden.

Das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) fasst die Betreuungs- und Entlastungsangebote seit 2016 in dem neuen Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammen. Die Angebote sollen sowohl Pflegebedürftige als auch Angehörige in ihrer Funktion als Pfleger, zum Beispiel durch Pflegebegleiter oder Angehörigengruppen, unterstützen.

Mit der Einführung der neuen Pflegegrade zum Januar 2017 haben alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 – und somit mehr Menschen als zuvor – Anspruch auf den pauschalen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro zur Finanzierung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI.

Voraussetzung für die Finanzierung über die Pflegeversicherung ist, dass die Angebote bestimmten Qualitätsstandards genügen und von den Stadt- und Landkreisen, in denen

sie erbracht werden, formell anerkannt sind. Die Anerkennung durch den Standortkreis ist auch Voraussetzung für eine eventuelle Förderung der Träger durch das Land, die Kommunen und die Pflegekassen. Anbieter, die bereits eine Anerkennung haben, haben einen sogenannten „Bestandsschutz“ bis zum 31. Dezember 2018. Diese Regelung soll es den Trägern erleichtern, ihre Angebote bei Bedarf an die neuen Voraussetzungen anzupassen.

Die Unterstützungsangebote-Verordnung¹¹⁸ des Landes Baden-Württemberg regelt die Anerkennung von Angeboten nach § 45a SGB XI. Sie unterteilt die Angebote zur Unterstützung im Alltag in Betreuungs- und Entlastungsangebote für Pflegebedürftige sowie in Angebote zur Entlastung Pflegenden.

In der Unterstützungsangebote-Verordnung werden folgende Angebote nach § 45a SGB XI aufgeführt:

- Betreuungs- und Entlastungsangebote in Gruppen oder häuslichen Bereich, zum Beispiel Betreuungsgruppen für Demenzkranke,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten,
- Familienentlastende Dienste,
- Angebote zur Alltagsbegleitung,
- Angebote zur Pflegebegleitung sowie
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Zentrale Qualitätsstandards nach der Unterstützungsangebote-Verordnung sind:

- Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit des Angebots¹¹⁹,
- Schulungs- und Fortbildungsangebote sowie
- fachliche Begleitung und versicherungsrechtliche Absicherung der ehrenamtlich oder bürgerschaftlich engagierten Helfer.

Als Anerkennungsbehörde haben die Standortkreise nach der Unterstützungsangebote-Verordnung auch bestimmte Informationspflichten und sind für die Angebotstransparenz verantwortlich: Zum einen müssen sie aktuelle Daten zu den anerkannten Diensten zeitnah an die zuständigen Kostenträger weiterleiten. Zum anderen müssen sie eine Übersicht der anerkannten Unterstützungsangebote mit Angaben zu Kontaktdaten, Zielgruppe, Art, Inhalt, Umfang und Preis des Angebots veröffentlichen und diese regelmäßig aktualisieren. Die Träger haben ihrerseits eine Berichtspflicht gegenüber den Kreisen.

¹¹⁸ Verordnung der Landesregierung über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 3 SGB XI, zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte nach § 45c Abs. 7 SGB XI sowie über die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI (Unterstützungsangebote-Verordnung), Inkrafttreten am 17. Januar 2017.

¹¹⁹ Möglich sind aber auch bestimmte Angebote, die nur einmal jährlich stattfinden, wie „Urlaub ohne Koffer“.

5.2.1 Situation im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen stehen unterschiedliche Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige zur Verfügung.

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI halten im Landkreis Göppingen unter anderem Sozialstationen, Diakoniestationen, Kirchengemeinden, Ambulante Pflegedienste, Organisierte Nachbarschaftshilfe, Wohlfahrtsverbände, Hilfenetzwerke auf Gemeindeebene sowie die Stadt Göppingen vor. Insgesamt gab es im Jahr 2016 25 anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in 11 der 38 Landkreiskommunen. So gibt es beispielsweise Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, Einzelbetreuung in der Häuslichkeit, familienentlastende Dienste als auch haushaltsnahe Dienstleistungen wie Kochen, Wäschepflege, Reinigen der Wohnung, aber auch Einkaufs-, Fahr- und Begleitedienste. Ein wichtiges Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger sind Gesprächskreise für Pflegenden Angehörige. Diese werden bislang in Geislingen und Göppingen angeboten.

Ein Anbieter (nicht nur) von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Landkreis Göppingen ist die Seniorengemeinschaft Obere Fils e.V. (SEGOFILS) mit Sitz in Deggingen. Die SEGOFILS e.V. betreut insgesamt sieben der 38 Landkreiskommunen und bietet ein breites Spektrum an Dienstleistungen an. Angeboten werden beispielsweise Hilfen im und rund ums Haus, Entlastungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz, Begleit- und Fahrdienste, Präventionsprogramme für Ältere, gemeinsame Aktivitäten wie Ausflüge und Veranstaltungen, Angebote für alleinstehende Ältere oder Hilfen zu Hause nach Krankenhausaufenthalten oder während einer Krankheitsphase. Damit möchte die SEGOFILS e.V. ältere Menschen darin unterstützen, bis ins hohe Alter hinein, möglichst im vertrauten Wohnumfeld bleiben zu können.

Um die Dienste der SEGOFILS e.V. in Anspruch nehmen zu können, müssen sowohl Leistungsnehmer als auch Helfer eine Mitgliedschaft im Verein abschließen. Die Dienstleistungen werden gegen eine Aufwandsentschädigung erbracht, die sich der ehrenamtliche Helfer entweder ausbezahlen oder auf ein Zeitkonto gutschreiben lassen kann. Den verfügbaren Betrag auf dem Zeitkonto kann der Helfer für einen späteren eigenen Bedarf einsetzen.¹²⁰

Weitere Serviceangebote

Darüber hinaus gibt es weitere Angebote, die ältere Menschen in der Häuslichkeit unterstützen sollen, zum Beispiel Mahlzeitendienste (Essen auf Rädern) oder Mittagstische, die von unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen angeboten werden.

¹²⁰ <http://www.segofils.de/index.html>

Angesichts der wachsenden Zahl an älteren und alleinlebenden älteren Menschen scheint der weitere Ausbau an Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten im Landkreis Göppingen geboten. Das Pflegestärkungsgesetz III ermöglicht Kommunen, sich an Maßnahmen zum Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu beteiligen, auch in Form von Personal- und Sachmitteln.

5.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

Ein wichtiges Angebot zur Unterstützung im Alltag, das Pflegende Angehörige entlastet und hilfe- und pflegebedürftigen Menschen soziale Teilhabe ermöglicht, sind Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz. Das Angebot im Landkreis Göppingen hinsichtlich des Vorhandenseins und der Inanspruchnahme dieses Angebots wurde im Rahmen eines Fachgesprächs mit den Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz im Landkreis Göppingen erörtert.

Das Angebot richtet sich an Menschen mit einer Demenzerkrankung im frühen und mittleren Stadium und verschafft pflegenden Angehörigen Freiräume. Die Treffen finden gewöhnlich ein- bis zweimal pro Woche statt und beinhalten neben Aktivierungsangeboten wie Gedächtnistrainings und Gymnastikübungen auch soziale Aktivierung und Teilhabe durch gemeinsames Basteln, Essen, Musizieren und Spielen.

Die Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz im Landkreis Göppingen merkten in Bezug auf den **zu versorgenden Personenkreis** beziehungsweise der **Inanspruchnahme des Angebots** folgendes an:

Zunehmend heterogener Personenkreis

Immer mehr Menschen mit einem zum Teil sehr hohen Pflegebedarf und einer beginnenden Demenz nehmen das Angebot wahr. Seit der Erweiterung der Anspruchsberechtigten mit Inkrafttreten des PSG I kommen auch somatisch erkrankte Pflegebedürftige in die Betreuungsgruppen. Diese sehen das Angebot eher als Seniorentreff an, um soziale Kontakte zu gewinnen und zu erhalten. Vereinzelt nehmen auch Senioren mit Migrationshintergrund das Angebot wahr. Ihre Teilnahme kommt häufig durch Pflegedienste zustande. Es handelt sich hierbei jedoch eher um Migranten mit ausreichenden Sprachkenntnissen. Senioren mit Migrationshintergrund ohne familiäre Einbindung werden mit dem Angebot hingegen nicht erreicht.

Zunahme der Kombination von Leistungen aus der Pflegeversicherung

Durch das Pflegestärkungsgesetz I wurden Unterstützungsangebote ausgeweitet und eine Kombination unterschiedlicher Leistungen aus der Pflegeversicherung ermöglicht. Seit dem 01. Januar 2015 kombinieren immer mehr Pflegebedürftige das Angebot der

Betreuungsgruppe mit einem Tagespflegeangebot.¹²¹ Dadurch können Angehörige besser entlastet werden.

Zugang und Bekanntheit des Angebots

Ambulante Dienste weisen häufig bei Pflegeeinsätzen auf das Angebot der Betreuungsgruppen hin. In eher ländlich geprägten Gebieten werden die Pflegebedürftigen auch direkt durch Mitarbeiter der Betreuungsgruppen angesprochen oder von Bekannten darauf aufmerksam gemacht. Zeitungen, Broschüren, Plakate, Flyer, die bei Ärzten, im Rathaus oder in Apotheken ausliegen oder Beratungsstellen informieren ebenfalls über das Angebot. Allerdings konstatieren die Experten, dass das Angebot in der breiten Öffentlichkeit kaum bekannt sei, sondern vorwiegend bei den betroffenen Familien. Die Experten stellen fest, dass die Angehörigen bei Eintreten einer Pflegebedürftigkeit oftmals sehr wenig Kenntnis über die bestehende Angebotslandschaft haben. Selbst das Angebot der Pflegestützpunkte oder der Seniorenberatungen (IAV-Stellen) ist wenig bekannt. Grund hierfür ist nicht zwangsläufig, dass es keine Informationen gibt, sondern dass sich Menschen erst dann mit Herausforderungen auseinandersetzen, wenn sie unmittelbar bevorstehen.

Angebot und Nachfrage

Die Betreuungsgruppen sind nach Einschätzung der Experten ungleich und nicht flächendeckend verteilt.¹²² Es gibt Städte und Gemeinden, die mehrere Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz anbieten und gegensätzlich gibt es Gemeinden ohne Betreuungsgruppen. Die Experten berichten, dass es Träger gibt, die Betreuungsgruppen aufgrund der Konkurrenz zu bereits bestehenden Tagespflegeangeboten nicht einrichten möchten. Dabei berichten fast alle Experten von einer meist vollen Auslastung. Trotz schwankender Nachfrage in den letzten Jahren habe seit einiger Zeit, durch den Ausbau von Tagespflegeangeboten, die Nachfrage nach dem Angebot "Betreuungsgruppe" wieder stark zugenommen. Viele Angehörige nehmen das Angebot der Betreuungsgruppe in Anspruch, um Familie, Pflege und Beruf besser vereinbaren zu können. Nach Einschätzung der Experten ist der flächendeckende Ausbau des Angebots im Landkreis notwendig, um allen Pflegebedürftigen, die eine Betreuungsgruppe besuchen möchten, einen Platz anbieten zu können.

Zukünftige Entwicklungen

Die Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz gehen davon aus, dass die Nachfrage nach Betreuungsgruppen zukünftig sinken wird. Pflegebedürftigen stehen seit dem Januar 2017 125 Euro pro Monat aus der Pflegeversicherung für Ange-

¹²¹ Im Mehrgenerationenhaus Geislingen besuchen beispielsweise 3 von 5 Pflegebedürftige vormittags die Betreuungsgruppe und nachmittags die Tagespflege.

¹²² Angebote gibt es derzeit in Bad Boll, Börtlingen, Geislingen, Göppingen, Salach, Uhingen und Wäschenbeuren. Die Platzzahlen variieren zwischen 5 und 10 Gäste pro Gruppe. Zum Teil gibt es aber auch Gruppen mit 10 und 15 Teilnehmern.

bote zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung. Dazu zählen auch haushaltsnahe Dienstleistungen. Die Experten erwarten, dass deshalb zukünftig mehr haushaltsnahe Dienstleistungen angeboten werden. Mit der Pauschale aus der Pflegeversicherung werden Pflegebedürftige dann sehr wahrscheinlich eher hauswirtschaftliche Hilfen beziehungsweise haushaltsnahe Dienstleistungen und eventuell in geringerem Ausmaß das Angebot der Betreuungsgruppen in Anspruch nehmen.

Im Fachgespräch wurde auch danach gefragt, wie die Experten die vorhandenen Strukturen und Netzwerke bewerten und welchen Verbesserungsbedarf sie sehen. Folgende **Schnittstellen** müssten nach Einschätzung der Experten **optimiert** werden:

- Optimierung der Kooperationen mit den Pflegeeinrichtungen,
- Verstärkte Kooperationen mit den Sozialdiensten der Kliniken,
- Ambulante Anbieter in den Kommunen sollten Initiativen einrichten und Impulse setzen, um das Angebot der Betreuungsgruppe Demenz bekannter zu machen,
- Das Entlastungsangebot Betreuungsgruppe sollte über Beratungsstellen und über den Pflegestützpunkt verbreitet werden. Der Pflegestützpunkt sollte Angehörige verstärkt dazu beraten und informieren sowie im Sinne des Case-Managements einen Hilfeplan erstellen.

Vom **Landkreis/ den Städten und Kommunen** wünschen sich die Experten folgende **Unterstützung**, um das Angebot der Betreuungsgruppen in der Öffentlichkeit bekannter zu machen:

- Enttabuisierung des Themas Demenz in der Öffentlichkeit durch die Politik: Die Akzeptanz des Angebots sowie dessen Bekanntheit würde sich erhöhen, wenn die Bürgermeister oder die Gemeinderäte das Angebot vorantreiben, zum Beispiel indem sie direkt Leute ansprechen oder Initiativen in ihrem Namen starten,
- regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit.

5.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen wesentlich dazu bei, alleinlebende Senioren zu unterstützen oder häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Darüber hinaus unterstützen sie mit einer gut ausgebauten Angebotsstruktur die Entlastung pflegender Angehöriger. Im Landkreis Göppingen gibt es bereits ein breit gefächertes und differenziertes Angebot an Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten. Angesichts der Zunahme der demografischen Entwicklung scheint der weitere Ausbau jedoch geboten.

Ziel:

Senioren und ihre Angehörigen haben in allen Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen, auch vor Eintritt eines Pflegebedarfs und begleitend zu pflegerischen Hilfen, Zugang zu finanzierbaren, bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten wohnortnahen Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Es sollten dabei unterschiedliche, von bürgerschaftlich Engagierten getragene Angebote zur Verfügung stehen.

Handlungsempfehlungen:

27. Der Landkreis unterstützt die Anbieter bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote zur Unterstützung im Alltag und sichert die Qualität der Angebote.
28. Der Landkreis gewährleistet eine qualifizierte Einsatzleitung und -begleitung für bürgerschaftlich Engagierte.
29. Der Landkreis stärkt die bürgerschaftlichen Unterstützungspotentiale in den Städten und Gemeinden durch angemessene Rahmenbedingungen sowie durch Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Helfer.

5.3 Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen

Die Daten zu den Pflegeleistungen in Kapitel 4.1 (Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Göppingen) haben bereits gezeigt, dass ein beträchtlicher Teil der Pflegebedürftigen mit Hilfe des Pflegegelds die häusliche Pflege ausschließlich privat organisiert. Das häusliche Pflegepotential ist faktisch noch höher, da häufig auch dort, wo Ambulante Pflegedienste tätig werden, ergänzend private Hilfen geleistet werden (Kombination von Pflegesach- und Pflegegeldleistung).

Private Pflege wird meist durch Angehörige übernommen, teilweise auch durch Freunde oder Nachbarn. Daneben hat in den vergangenen Jahren die Beschäftigung ausländischer Hilfskräfte (meist aus Osteuropa), die gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen in dessen Haushalt leben, an Bedeutung zugenommen (siehe Kapitel 5.7 Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen).

5.3.1 Daten zur häuslichen Pflege

Der, im Jahr 2015 auf der Basis eigener Leistungsdaten und repräsentativer Erhebungen erstellte DAK-Pflegereport, liefert umfassende Informationen über häusliche Pflegearrangements und die Situation pflegender Angehöriger:¹²³

- Private Pflege wird danach überwiegend von Frauen im Alter zwischen 45 und 70 Jahren geleistet, die zusätzlich überwiegend in Teilzeit erwerbstätig sind.
- Bei der bundesweiten repräsentativen Umfrage unter Pflegenden gab fast jeder zweite Befragte an (46 Prozent), die eigenen Eltern zu pflegen, 11 Prozent pflegten Schwiegereltern, rund 4 Prozent Nachbarn oder Freunde und der Rest den Ehepartner.
- Der zeitliche Umfang der Pflege lag in etwa der Hälfte der Fälle zwischen ein und drei Stunden täglich; in 25 Prozent zwischen drei und sechs Stunden und in 14 Prozent

¹²³ DAK (Hrsg.) (2015): Pflegereport 2015. Hamburg.

sogar höher als sechs Stunden. In 12 Prozent der Fälle betrug der Zeitaufwand weniger als eine Stunde.

- Befragt nach den Gründen für die Übernahme der Pflege nannten 70 Prozent die persönliche Verbundenheit mit dem Pflegebedürftigen, 43 Prozent gaben Pflichtgefühl als Hauptgrund an, jeweils 13 Prozent finanzielle Gründe sowie das fehlende Vertrauen in Pflegeheime. 6 Prozent erklärten, die Pflege auf Wunsch anderer Personen übernommen zu haben.
- Bei den anfallenden Tätigkeiten gaben 90 Prozent hauswirtschaftliche Verrichtungen an, 75 Prozent Körperpflege und jeder zweite Befragte Unterstützung bei Toiletengang und Essen.

Die Pflegenden gaben an, dass sie teilweise körperlich und psychisch sehr belastet seien. Fast ein Fünftel klagte über depressive Phasen mit Niedergeschlagenheit und das Gefühl des Alleingelassen-Werdens. Auch körperliche Erkrankungen, wie beispielsweise Rückenbeschwerden, kamen bei Pflegenden häufiger vor als in der Vergleichsgruppe, die keine Pflege leistete. In vielen Fällen gaben die Pflegenden an, eigene soziale Kontakte zu vernachlässigen. Die Daten des DAK Pflegereports werden durch eine Befragung häuslich Pflegenden im Rahmen des AOK Pflegereports 2016 bestätigt: Nach dieser gelten 18 Prozent der befragten Hauptpflegepersonen als hoch belastet.¹²⁴

Entlastungsangebote durch Pflegende Angehörige

Im AOK Pflege-Report 2016 bewerteten Pflegende Angehörige die bestehenden Entlastungsangebote im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung insgesamt als gut. Allerdings nahm nur ein kleiner Teil von ihnen die Angebote in Anspruch. Als Gründe für die geringe Inanspruchnahme wurde von den Pflegenden unter anderem genannt, dass die Pflegebedürftigen nicht von einer fremden Person gepflegt werden möchten, dass die Kosten zu hoch oder die Erreichbarkeit der Angebote schlecht sei. Zugleich gab jedoch ein Viertel der Haushalte mit Pflegebedürftigen an, zusätzliche Hilfe bei der Pflege zu benötigen.¹²⁵

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen das hohe Engagement der pflegenden Angehörigen, aber auch die beträchtlichen Herausforderungen in der häuslichen Pflege auf. Sie verdeutlichen, wie wichtig es ist, Pflegende Angehörige zu entlasten. Von zentraler Bedeutung ist nicht nur, dass geeignete Entlastungsangebote zur Verfügung stehen, sondern auch, dass diese bekannt sind und die Nutzungsschwelle gering gehalten wird.

¹²⁴ Vgl.: AOK Bundesverband: Presseinformation des AOK-Bundesverbandes vom 7.3.2016: Pflege-Report 2016. Statement von Antje Schwinger, S. 2: aufgerufen am 7.2.2017. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe_pk_pfleger_rep_2016_komplett.pdf.

¹²⁵ http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe_pk_pfleger_rep_2016_komplett.pdf

5.3.2 Situation im Landkreis Göppingen

Häusliche Pflegeleistungen

Im Landkreis Göppingen wurden im Jahr 2015 fast 3.400 Personen¹²⁶ und damit 46 Prozent der Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren ausschließlich privat gepflegt und erhielten dafür Pflegegeld von der Pflegeversicherung (Vergleichswert BW: 48 Prozent). Ein großer Anteil dieser Personen erhält voraussichtlich Unterstützung von Angehörigen.

Tatsächlich sind noch weit mehr Angehörige an der Pflege beteiligt: Es ist davon auszugehen, dass auch bei einem erheblichen Teil der 1.957 Personen ab 65 Jahren, die am Stichtag 15. Dezember 2015 Ambulante Dienste oder Kurzzeitpflege nutzten, Angehörige zusätzliche Pflegeleistungen übernahmen. Nach der bundesweiten Leistungsstatistik der Pflegeversicherung erhielten rund 60 Prozent der Pflegebedürftigen, die ambulante professionelle Pflege in Anspruch nahmen, parallel Pflegegeld (also eine sogenannte Kombinationsleistung).¹²⁷ Bezogen auf den Landkreis Göppingen würde dies bedeuten, dass 1.173 weitere Personen ab 65 Jahren durch Angehörige versorgt und gepflegt werden.

Die Daten der Pflegestatistik für den Landkreis Göppingen bestätigen die hohe Bereitschaft vieler Angehöriger, auch aufwändige Pflege zu übernehmen: Rund 38 Prozent der Gepflegten ab 65 Jahren, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, sind in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft.

Die Pflege eines nahen Angehörigen stellt sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht eine außerordentliche Belastung dar. Häufig kommen dadurch die Bedürfnisse der Pflegenden zu kurz und es treten Überlastungserscheinungen auf. Damit Pflegenden Angehörige Kontakte zu Menschen in ähnlichen Lebens- und Pflegesituationen knüpfen können, gibt es im Landkreis Göppingen Gesprächsgruppen für Pflegenden Angehörige in Geislingen und Göppingen. Das Angebot ist kostenfrei und bietet Pflegenden einen Raum zum Erfahrungsaustausch und zur emotionalen Entlastung.

5.3.3 Pflegenden Angehörige als Experten in eigener Sache

Im Rahmen der Seniorenplanung wurde auch ein Gespräch mit einer Pflegenden Angehörigen zur Bekanntheit der im Landkreis Göppingen vorhandenen Angebote, deren Inanspruchnahme und zu Entlastungsmöglichkeiten für Pflegenden Angehörige geführt.

Nach Einschätzung der Pflegenden Angehörigen sind die unterschiedlichen Angebote im Landkreis Göppingen überwiegend nur unter Betroffenen bekannt. Erst bei persönlicher Betroffenheit setzt die Suche nach Informationen ein.

¹²⁶ Einschließlich Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

¹²⁷ Datenquelle: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Gütersloh 2014, S. 27. Eigene Berechnung des KVJS.

Als wichtige und gute Anlaufstellen werden der Stadt-/ Ortsseniorenrat und der Pflegestützpunkt angesehen. Dessen Bekanntheit sollte in regelmäßigen Abständen im Landkreis durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen gefördert werden.

Die vorhandenen Angebote werden bei Eintritt eines Unterstützungs- oder Pflegebedarfs nach Einschätzung der Expertin lediglich zögerlich in Anspruch genommen. Zu Beginn widersetzten sich oftmals die Partner der Betroffenen gegen die Hilfe durch eine fremde Person. Der Einstieg in das Hilfesystem erfolgt meist über niedrigschwellige Angebote. Ist die Hemmschwelle gesunken, werden anschließend auch weitere Angebote, wie zum Beispiel Tagespflege, in Anspruch genommen.

Nach Einschätzung der Pflegenden Angehörigen sind die vorhandenen Angebote in der Stadt Göppingen sowie in größeren Kommunen des Landkreises in ausreichender Zahl vorhanden. In ländlichen Gemeinden und Ortsteilen stehen Angebote nur marginal zur Verfügung beziehungsweise fehlen zum Teil gänzlich.

Zur Entlastung Pflegenden Angehöriger sollte laut Einschätzung der Expertin neben den vorhandenen Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen für Pflegenden Angehörige auch eine psychologische 1:1 Betreuung und Unterstützung angeboten werden. Als neutrale Ansprechperson sollte sie für die Sorgen und Nöte der Pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen. Ein erster Ansatz in diese Richtung bahnt sich bereits an: Es gibt im Landkreis eine Ansprechperson, die auf ehrenamtlicher Basis Coachings und Einzelfallberatungen für Pflegenden Angehörige anbieten möchte.

Im Rahmen der Fachgespräche mit den Ambulanten Diensten und den Tagespflegeeinrichtungen wurde zudem folgende Einschätzung der häuslichen Situation der Pflegebedürftigen geäußert: Die Experten bemängelten, dass das Pflegegeld in einigen Haushalten in die Finanzierung des Gesamthaushalts einfließe und nicht der Pflege der Pflegebedürftigen zugutekomme, so dass gegebenenfalls eine Unterversorgung der Pflegebedürftigen bei Pflegegeldbezug die Folge sei. Außerdem äußerten sie die Befürchtung, dass die Arbeitsverhältnisse der privat organisierten Haushaltshilfen häufig illegal seien.

5.3.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Rund die Hälfte der Pflegebedürftigen wird zu Hause von Angehörigen versorgt und erhält dafür Pflegegeld. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Teil der Pflegebedürftigen, die von einem Ambulanten Dienst versorgt werden zusätzlich von Angehörigen gepflegt werden und eine Kombination aus Pflegesach- und Pflegegeldleistung erhalten. Insgesamt werden über 70 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (siehe Kapitel 4.1 Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Göppingen). Die teilweise sehr hohen körperlichen und psychischen Belastungen, die mit der Pflege eines nahen Angehörigen einhergehen, führen nicht selten zu Erschöpfungserscheinungen.

Daher sind Angebote zur Stärkung der Pflegenden, zu ihrer Unterstützung und Entlastung sowie zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements unverzichtbar.

Ziel:

Pflegende Angehörige haben unabhängig vom Wohnort kurzfristig Zugang zu Beratung und möglichst flexiblen und bezahlbaren Entlastungsangeboten. Bestehende Angebote sind transparent und bekannt; die Inanspruchnahme externer Unterstützung wird vom sozialen Umfeld unterstützt.

Handlungsempfehlungen:

30. Der Landkreis gewährleistet einen niedrighschwelligigen Zugang zu den Angeboten und wirbt durch öffentlichkeitswirksame Aktionen für die Inanspruchnahme der Angebote und eine „Kultur des Sich-Helfen-Lassens“.
31. Der Landkreis steht den Pflegenden Angehörigen als Ansprechpartner zur Verfügung.
32. Der Landkreis beschäftigt sich mit individuellen Beratungskonzepten/ -angeboten für Pflegende Angehörige.

5.4 Pflege durch Ambulante Dienste

Nicht in allen Bereichen und nicht allen Pflegebedürftigen können die Angehörigen unter die Arme greifen. 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 vorwiegend Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbände (Diakonie- und Sozialstationen), stationäre Pflegeeinrichtungen, gewerbliche Anbieter und vereinzelt auch Kommunen. Die Träger schließen bei Vorliegen der gesetzlich festgelegten Voraussetzungen einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse ab. Sie erbringen hauptsächlich Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung) und der medizinischen Behandlungspflege (ärztlich verordnete Pflege aufgrund einer Erkrankung). Zu den Aufgaben der Ambulanten Dienste gehören auch die Information und Beratung der Klientel und die Durchführung von Beratungsbesuchen. Ambulante Dienste haben sich seit Einführung der Pflegeversicherung zu generellen Dienstleistern für ältere, kranke und pflegebedürftige Menschen entwickelt. Neben der ambulanten (Kranken-) Pflege werden hauswirtschaftliche Hilfen, Kurse und Gesprächsgruppen für Pflegenden Angehörige sowie Häusliche Betreuungsdienste und Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz angeboten. In einigen Fällen gehören auch weitere Dienstleistungen wie 24-Stunden-Betreuung zu Hause, Hausnotruf oder Sturzpräventionstraining 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 Kundenorientierung, die sich unter anderem in der Flexibilität und Verlässlichkeit bei der zeitlichen Organisation der Einsätze und in einem breit gefächerten Dienstleistungsangebot zeigt. Eine Öffnung des Angebots für die spezifischen Wünsche von hilfsbedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird zunehmend an Bedeutung gewinnen. In den letzten Jahren fusionierten manche Ambulante Dienste zu größeren Einheiten, um ihre Personalressourcen und ihre Angebotspalette zu optimieren. Daneben gibt es nach wie vor kleine Anbieter mit nur wenigen Mitarbeitenden, die sich ebenfalls am Markt behaupten.

5.4.1 Ambulante Dienste – Bestand im Landkreis Göppingen

Im Rahmen der Kreissenorenplanung wurde im Sommer 2016 eine Erhebung bei den Ambulanten Diensten mit Sitz im Landkreis Göppingen durchgeführt, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach SGB XI abgeschlossen haben.

Die 37 Ambulanten Pflegedienste im Landkreis Göppingen haben ihren Standort in 18 der 38 Städte und Gemeinden.¹²⁸ Da die Einzugsgebiete der Dienste über die Gemeindegrenzen hinausreichen, lassen sich aus der Verteilung der Standorte keine Aussagen über den jeweiligen Grad der Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten Pflegeangeboten ableiten.

Von den 37 Ambulanten Diensten, die es zum Stichtag der Erhebung am 15.12.2015 gab, haben sich 18 an der schriftlichen Befragung des KVJS beteiligt. Allerdings konnten nicht alle Dienste die gesamten Fragen beantworten. Daher beziehen sich einige Ergebnisse lediglich auf einen Teil der befragten Dienste. Bei der folgenden Darstellung der Erhebungsergebnisse wird daher immer die Grundgesamtheit N angegeben. Diese gibt die Zahl der Dienste an, auf die sich die jeweiligen Ergebnisse beziehen.

Einzugsgebiete der Ambulanten Dienste

Die Einzugsgebiete der Ambulanten Dienste waren im Jahr 2015 unterschiedlich groß. Manche Anbieter sind ausschließlich in Göppingen oder Geislingen unterwegs, andere im gesamten Landkreis. Am häufigsten versorgten die an der Erhebung beteiligten Dienste bis zu zwei Kreiskommunen.

¹²⁸ Wegweiser für Seniorinnen und Senioren im Landkreis Göppingen, 1. Auflage September 2015.

Tabelle 3: Einzugsgebiete der Ambulanten Dienste im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015

Einzugsgebiet	Anzahl der Dienste	Prozentualer Anteil
in bis zu 2 Städten und Gemeinden tätig	5	31,3
in 3 bis 4 Städten und Gemeinden tätig	4	25
in 5 bis 6 Städten und Gemeinden tätig	4	25
in mehr als 6 Städten und Gemeinden beziehungsweise landkreisweit tätig	3	18,8

Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Landkreis Göppingen zum Stichtag 15.12.2015 (N=16). Tabelle: KVJS.

Angebote der Ambulanten Dienste

Alle befragten Dienste boten neben den im Versorgungsvertrag definierten verpflichtenden Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 36 SGB XI sowie der Pflegeberatung gemäß § 37 SGB XI noch weitere Unterstützungs- und Dienstleistungen an.

Tabelle 4: Zusätzliche Dienstleistungen der Ambulanten Dienste im Landkreis Göppingen am 15.12.2015

Weitere Dienstleistungen	Anzahl der Dienste	Prozentualer Anteil
Häusliche Krankenpflege	18	100
Hilfen im Haushalt	16	88,9
stundenweise Betreuung	16	88,9
Mahlzeitendienst	8	44,4
Betreuungsgruppen	8	44,4
Hausnotruf	8	44,4
Nachbarschaftshilfe	7	38,9
24-h-Betreuung	3	16,7

Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Landkreis Göppingen zum Stichtag 15.12.2015 (N=18). Tabelle: KVJS.

Von den Leistungsanbietern boten zehn ambulante Dienste über die bereits genannten Angebote hinaus noch weitere Dienstleistungen wie zum Beispiel Tagespflege, Unterstützung bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Unterstützung in der offenen Behindertenhilfe, Familienpflege, Hauskrankenpflegekurse, Fußpflege, Aromapflege, Gedächtnistraining oder Tierpflege an. Vier Dienste boten eine oder mehrere Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz an.

Sieben Pflegedienste planen, ihr Angebotsspektrum weiter auszubauen. Genannt wurden:

- die Angebote im hauswirtschaftlichen Bereich zu erweitern
- Fahrdienste einzurichten
- eine wöchentliche Beratungssprechstunde für Betroffene und Pflegenden Angehörige anzubieten

- eine 24-h-Betreuung einzurichten
- weitere Tagespflegeplätze zu schaffen
- mit Ehrenamtlichen eine neue Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz aufzubauen sowie
- einen häuslichen Betreuungsdienst für Menschen mit Demenz einzurichten.

Im Bereich der Organisation plant ein Ambulanter Pflegedienst die Digitalisierung der Pflegedokumentation und Leistungserfassung. Ein weiterer Dienst plant, die Kooperation mit den Krankenpflegevereinen zu intensivieren.

Kundenstruktur der Ambulanten Dienste

Im Verlauf des Jahres 2015 betreuten 16 der befragten Ambulanten Dienste insgesamt 2.684 Kunden, zum Stichtag der Erhebung am 15.12.2015 waren es 1.349. Rund 80 Prozent der versorgten Klientel war älter als 75 Jahre, davon waren über 40 Prozent sogar älter als 85 Jahre.

Tabelle 5: Alter der Klientel der Ambulanten Pflegedienste im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015

Alter der Klientel	Anzahl Klienten	Prozentsatz
unter 65 Jahren	78	7,0
65 bis unter 75 Jahre	136	12,2
75 bis unter 85 Jahre	431	38,6
85 Jahre und älter	472	42,3
Summe	1.117	100

Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Landkreis Göppingen zum Stichtag 15.12.2015 (N=13). Tabelle: KVJS.

Knapp die Hälfte der Klientel war in der Pflegestufe 1 eingruppiert, etwas über ein Viertel in der Stufe 2.

Tabelle 6: Pflegestufen der Klientel der Ambulanten Pflegedienste im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015

Pflegestufe der Klientel	Anzahl der Klientel	Prozentualer Ansatz
Pflegestufe beantragt	9	0,8
Keine Pflegestufe (beantragt/ abgelehnt)	144	12,9
Pflegestufe 0	68	6,1
Pflegestufe 1	510	45,7
Pflegestufe 2	290	26,0
Pflegestufe 3	94	8,4
Härtefall	2	0,2
Summe	1.117	100

Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Landkreis Göppingen zum Stichtag 15.12.2015 (N=13). Tabelle: KVJS.

Zum Stichtag 15.12.2015 hatten 512 der 1.349 Klientel (38 Prozent) eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer Demenzerkrankung.

5.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation und künftige Entwicklung der Ambulanten Dienste im Landkreis Göppingen wurden bei einem Workshop im Landratsamt Göppingen mit Führungskräften und Mitarbeitenden der Pflegedienste definiert und bewertet.

In Bezug auf den Personenkreis, den sie ambulant versorgen, benannten die lokalen Experten folgende Themen:

Steigende Nachfrage nach Angeboten

- im Bereich der pflegerischen Leistungen aufgrund der Zunahme von Pflegebedürftigen
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung insbesondere auch wegen des Rückgangs der familiären Pflegeressourcen
- im Bereich der Betreuung von Menschen mit Demenz, die einen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf haben und zahlenmäßig erheblich zunehmen
- im Bereich der Information und Beratung, weil die vielfältigen Leistungen und Angebote für Betroffene und Angehörige oft nicht überschaubar und zu kompliziert sind und deshalb von einer Person koordiniert werden sollten
- im Bereich der wohnortnahen Beratung, die der Pflegestützpunkt als zentrale Einrichtung nicht abdecken kann
- im Bereich der Pflege und Hauswirtschaft: Diese können die Ambulanten Pflegedienste bereits heute häufig wegen Personalmangel nicht erbringen

Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über Angebote und Leistungen

- verursacht bei den Ambulanten Diensten einen hohen Zeitaufwand
- wird den Ambulanten Diensten derzeit nicht vergütet

Image der Ambulanten Dienste als Dienstleistungserbringer ist in der Öffentlichkeit nicht verankert

- die Kunden und ihre Angehörigen erwarten, dass zusätzliche Leistungen erbracht werden, die nicht abgerechnet werden können
- die Anspruchshaltung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber den Ambulanten Diensten wächst

Häusliche Situation der Pflegebedürftigen

- Illegalität von Arbeitsverhältnissen (osteuropäische Haushaltshilfen)
- Überforderung von pflegenden Angehörigen

Die Ambulanten Dienste reagieren bereits heute auf die Herausforderungen mit unterschiedlichen Maßnahmen:

- Herausgabe von Informationsbroschüren
- Schulung von Mitarbeitenden, um adäquate Beratungen leisten zu können
- Einsatz von zusätzlichen Mitarbeitenden im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung

Die Ambulanten Dienste machen folgende Vorschläge, um den künftigen Herausforderungen begegnen zu können:

- Quartiersmanagement in den Städten und Gemeinden. Zum Beispiel sollte es Sozialarbeiter für ältere Menschen geben (analog zu Schulsozialarbeitern)
- In jeder Kommune sollte eine Anlaufstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vorhanden sein
- Die Beratung durch Pflegedienste sollte in Kooperation mit der jeweiligen Kommune stattfinden. Die Kosten der Beratungsleistungen sollten von der Kommune getragen werden (Steuerung der Kommunen im Rahmen des PSG III)
- Gezielte Vernetzung der Ambulanten Dienste sowie weiterer Dienstleistungsangebote und Module im Hilfesystem (Einrichtung einer Koordinierungsstelle)
- Einführung eines „Qualitätssiegels“ für osteuropäische Haushaltshilfen

Zum Thema **Hilfesystem und Vernetzung** im Landkreis Göppingen benannten die lokalen Experten folgende Themen:

- Es werden dezentrale Beratungsstrukturen benötigt
- Für Betreuungsdienste werden zunehmend „Laien Helfer“ eingestellt
- Gesetzliche Betreuungsverfahren dauern zu lange

Es wurden folgende Vorschläge gemacht, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen:

- Bewährte Netzwerkarbeit zum Beispiel im Netzwerk Demenz oder der Fachkonferenz Altenhilfe. Allerdings wird eine getrennte Durchführung der Fachkonferenz Altenhilfe für Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen als sinnvoll erachtet
- Erfahrungsaustausch der Ambulanten Dienste
- Optimierung des Entlassmanagements der Akutkliniken
- Information der Hausärzte über Betreuungs- und Pflegeleistungen
- Regelmäßiger Austausch zwischen Ambulanten Diensten und Kliniken unter der Regie des Landkreises
- Kooperationen zwischen Kosten-/ Leistungsträgern und Anbietern
- Bessere Vernetzung des Versorgungsangebots und Verbesserung von Hilfeplanung und Casemanagement für pflegebedürftige Menschen
- Intensivere Zusammenarbeit zwischen Ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen
- Ansiedlung eines Allgemeinen Sozialen Dienstes mit dem Schwerpunkt „Ältere Menschen“ beim Kreissozialamt insbesondere zur Optimierung des Casemanagements
- Aufsuchende Sozialarbeit für komplexe Hilfesituationen
- Kommunen als „Lotsen für ältere Menschen“ (Modellkommunen-Projekt Pflege im Rahmen des PSG III)
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit – zum Beispiel Verbreitung des Wegweisers für Senioren in Kommunen, bei Ärzten
- Parkerleichterungen für Ambulante Dienste
- Sonderfahrgenehmigungen für landwirtschaftlich genutzte Wege, um Stauzonen zu vermeiden und Wege zu verkürzen

Die Ergebnisse zum Thema **Personal und Personalgewinnung** sind im Kapitel 8.2 dargestellt.

5.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Ambulanten Pflegedienste im Landkreis Göppingen leisten einen wichtigen Beitrag, damit ältere Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in ihrem häuslichen Umfeld leben können. Die professionelle Pflege im häuslichen Bereich ist in hohem Maße auf eine gute Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, den Akteuren im medizinischen Bereich, den Anbietern von niedrighwelligen Unterstützungsangeboten, teilstationären Entlastungsangeboten und vollstationären Pflegeangeboten sowie mit der Betreuungsbehörde und dem Gesundheitsamt und nicht zuletzt auf eine gute Einbindung in die jeweilige Kommune angewiesen.

Die Kooperation zwischen verschiedenen Anbietern kann neue Angebote ermöglichen (zum Beispiel Nachtpflege, Vorteile bei der Personalgewinnung und beim Personaleinsatz).

Ziel:

Es stehen bis 2030 flächendeckend flexible, gut vernetzte und in die Kommunen eingebundene ambulante Pflegeangebote für 2.647 Pflegebedürftige zur Verfügung.

Handlungsempfehlungen:

33. Der Landkreis Göppingen bietet den Ambulanten Diensten analog der Fachkonferenz Altenhilfe ein Forum zum Informations- und Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung an.

Zu beachten ist, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung von auskömmlichen Personalressourcen in der Pflege abhängig ist.

5.5 Tagespflege

Tagespflege ist ein teilstationäres Angebot für ältere pflegebedürftige Menschen, die in der Regel zu Hause leben. In Tagespflegeeinrichtungen erhalten Pflegebedürftige und insbesondere Menschen mit Demenz tagsüber eine ganzheitliche Versorgung und Betreuung. Dazu gehören Mahlzeiten und die Grund- und Behandlungspflege sowie Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote, die die Alltagsfähigkeiten und die Selbstständigkeit erhalten und fördern. Die Tagespflege kann wahlweise an mehreren Tagen oder nur an einzelnen Wochentagen besucht werden. Flexible Öffnungszeiten sind für Angehörige sehr wichtig.

Die Tagespflege ergänzt die häusliche Pflege. Gleichzeitig entlastet sie Pflegenden Angehörige und ermöglicht eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Das Angebot ist ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für pflegebedürftige Menschen und fördert deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Tagespflege ermöglicht in vielen Fällen einen längeren Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit.

Träger von Tagespflegeeinrichtungen sind häufig Ambulante Pflegedienste oder privatgewerbliche Anbieter, die die Tagespflege in solitären Einrichtungen anbieten. Einige Pflegeheime betreiben aber auch in Anbindung an ihre stationäre Einrichtung eine Tagespflegeeinrichtung. Manche Pflegeheime bieten sogenannte „eingestreute“ beziehungsweise „integrierte“ Tagespflegeplätze an. Hier werden die Tagespflegegäste im Wohnbereich des Pflegeheims zusammen mit anderen Bewohnern betreut.

Der Leistungsumfang der Tagespflege, die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung sowie die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in zwei Rahmenvereinba-

rungen¹²⁹ festgelegt. Danach ist die Pflege und Versorgung an mindestens fünf Tagen pro Woche für jeweils mindestens sechs 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 zum Beispiel am Abend oder auch am Wochenende und an Feiertagen angeboten.

Tagespflegeeinrichtungen müssen laut Rahmenvertrag 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.

Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ stellt in ihrem Bericht fest, dass die Finanzierung der Hol- und Bringdienste bisher unzureichend ist. Sie berücksichtige 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.¹³⁰

Im Einzelfall können Investitionen für besonders innovative Tagespflegeeinrichtungen, die einen dringenden Bedarf decken, im Rahmen des Sonderförderprogramms des Landes „Innovationsprogramm Pflege“ gefördert werden. Seit der Reform der Pflegeversicherung von 2008 können Pflegebedürftige die Leistungen für Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege kombinieren.¹³¹ Mit dem Pflegestärkungsgesetz I, das zum 01.01.2015 in Kraft trat, wurde ein spezifisches Sachkostenbudget für Tagespflege geschaffen. Dadurch können im Einzelfall durch eine Kombination von Leistungen der Tagespflege und der ambulanten Pflege höhere Leistungen in Anspruch genommen werden als bei einer vollstationären Versorgung.

¹²⁹ Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB 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, die am 01.01.2014 in Kraft trat.

¹³⁰ Landtag von Baden-Württemberg 2016: Drucksache 15/7980, S. 310.

¹³¹ siehe Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008.

5.5.1 Tagespflegeplätze – Bestand im Landkreis Göppingen

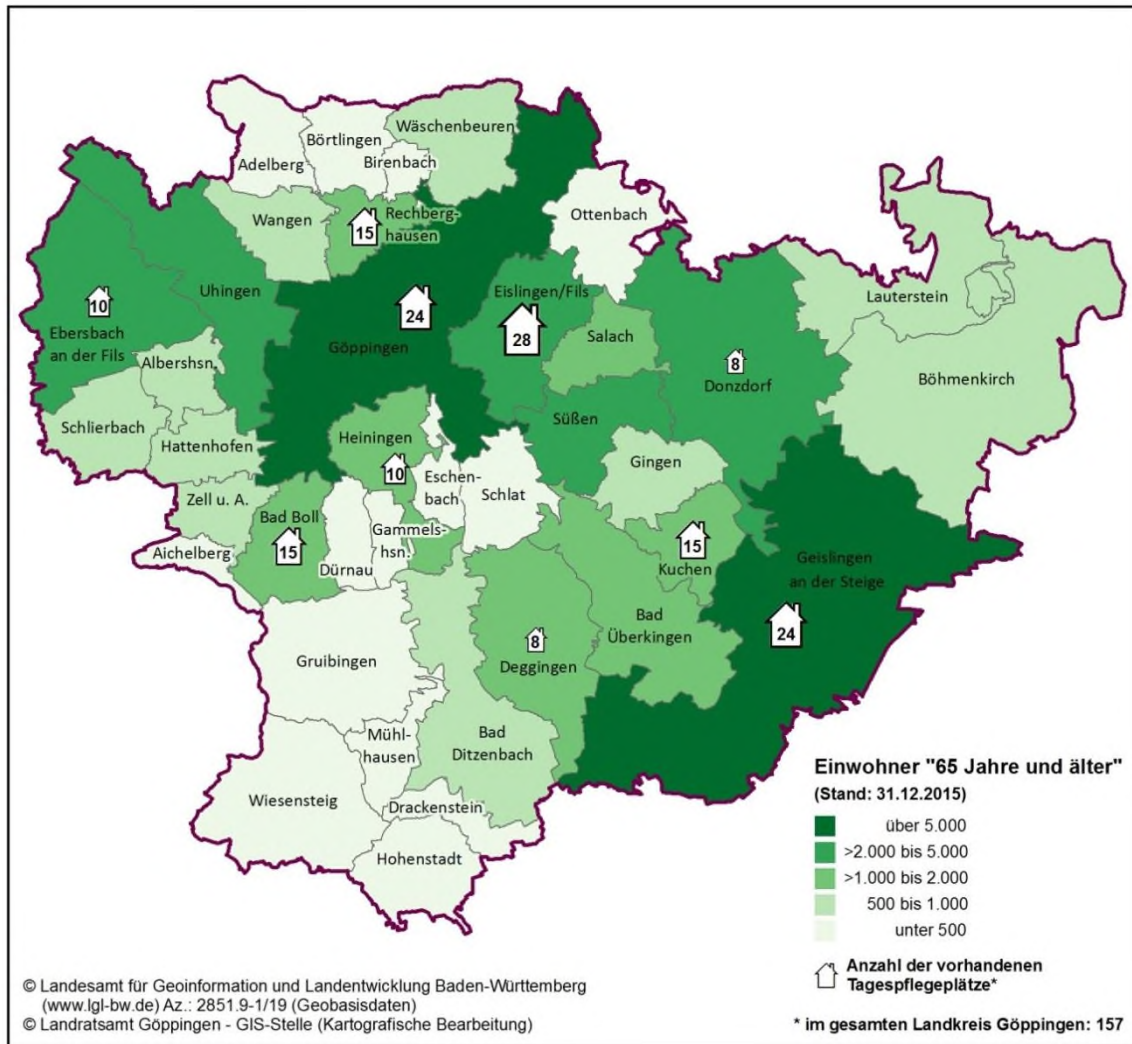
Nach einer Aufstellung der Altenhilfefachberatung über die Tagespflegeplätze im Landkreis Göppingen¹³² gab es im Landkreis Göppingen 13 Einrichtungen mit einem eigenen Tagespflegeangebot. Insgesamt standen 157 Tagespflegeplätze zur Verfügung, davon 96 Plätze in acht solitären Tagespflegeeinrichtungen. Weitere 61 Plätze waren an Pflegeheime angebunden. Die Tagespflegeangebote verteilten sich auf zehn der 38 Gemeinden und Städte. Darüber hinaus gab es 15 Plätze, die in Pflegeheime integriert waren. Diese Plätze wurden bei der vorliegenden Bedarfsplanung nicht ausgewiesen beziehungsweise rechnerisch nicht berücksichtigt.

Die Tagespflegeplätze sind im Landkreis Göppingen derzeit nicht flächendeckend und auch nicht bedarfsgerecht verteilt. Die größten Angebote an Tagespflegeplätzen gibt es in den Städten Eislingen, Geislingen und Göppingen. Für einen Vergleich ist es sinnvoll, die Platzzahlen je Kommune in das Verhältnis zu 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren zu setzen. Hier zeigt sich innerhalb des Landkreises eine große Varianz. Während in 28 Gemeinden kein Angebot zur Verfügung steht, gibt es in der Gemeinde Bad Boll für 1.000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren 12,4 Tagespflegeplätze, in den Gemeinden Kuchen und Rechberghausen ist der Versorgungsgrad mit 11,4 Plätzen je 1.000 Einwohner ebenfalls hoch. Die Kennzahl für den gesamten Landkreis liegt bei 2,9.

Im Landkreis Göppingen gibt es kein Angebot für Nachtpflege.

¹³² Wegweiser für Seniorinnen und Senioren Landkreis Göppingen, 1. Auflage September 2015.

Abbildung 18: Tagespflegeplätze in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen zum 01.09.2015 (ohne integrierte Plätze)



Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Aufstellung der Altenhilfefachberatung über die Tagespflegeplätze im Landkreis Göppingen, Stand 01.09.2015.

Tabelle 7: Bestand an Tagespflegeangeboten zum 01.09.2015 in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen

Stadt/ Gemeinde	Anzahl Einrichtungen	TP-Plätze	Einwohner 65 Jahre und älter zum 31.12.2015	TP-Plätze pro 1.000 Einwohner 65 Jahre und älter
Bad Boll	1	15	1.213	12,4
Deggingen	1	8	1.228	6,5
Donzdorf	1	8	2.541	3,1
Ebersbach	1	10	3.399	2,9
Eislingen	2	28	4.018	7,0
Geislingen	2	24	5.405	4,4
Göppingen	2	24	12.043	2,0
Heiningen	1	10	1.206	8,3
Kuchen	1	15	1.318	11,4
Rechberghausen	1	15	1.311	11,4
Gesamt	13	157	*	**

* Die Gesamtzahl der Einwohner in allen Gemeinden im Alter ab 65 Jahren im Landkreis Göppingen betrug 53.774.

** Insgesamt gab es 2,9 Tagespflegeplätze je 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter.

Datenbasis: Aufstellung der Altenhilfefachberatung über die Tagespflegeplätze im Landkreis Göppingen, Stand 01.09.2015; Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2011: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Berechnungen: KVJS.

5.5.2 Struktur der Tagespflegegäste

Im Rahmen der Seniorenplanung für den Landkreis Göppingen wurde im Sommer 2016 eine Erhebung bei den vorhandenen Tagespflegeeinrichtungen zum Stichtag 15.12.2015 durchgeführt. Von den insgesamt 13 Tagespflegeeinrichtungen haben sich 11 Einrichtungen an der Erhebung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 84,6 Prozent. Die durchschnittliche Auslastung der Tagespflegeangebote im Jahr 2015 schwankte zwischen 75 und 100 Prozent.

Neben der Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen wurden insbesondere die Altersklassen und Pflegestufen sowie die Wohnform und der Wohnort der Tagespflegegäste erhoben, die die Einrichtungen im Jahr 2015 betreut und pflegerisch versorgt haben. Danach schwankte die durchschnittliche Auslastung der Tagespflegeangebote im Jahr 2015 zwischen 75 und 100 Prozent. Nachdem nicht alle Einrichtungen die Fragen vollständig beantwortet haben, ergeben sich bei der Ergebnisdarstellung je nach Frage unterschiedliche Grundgesamtheiten.

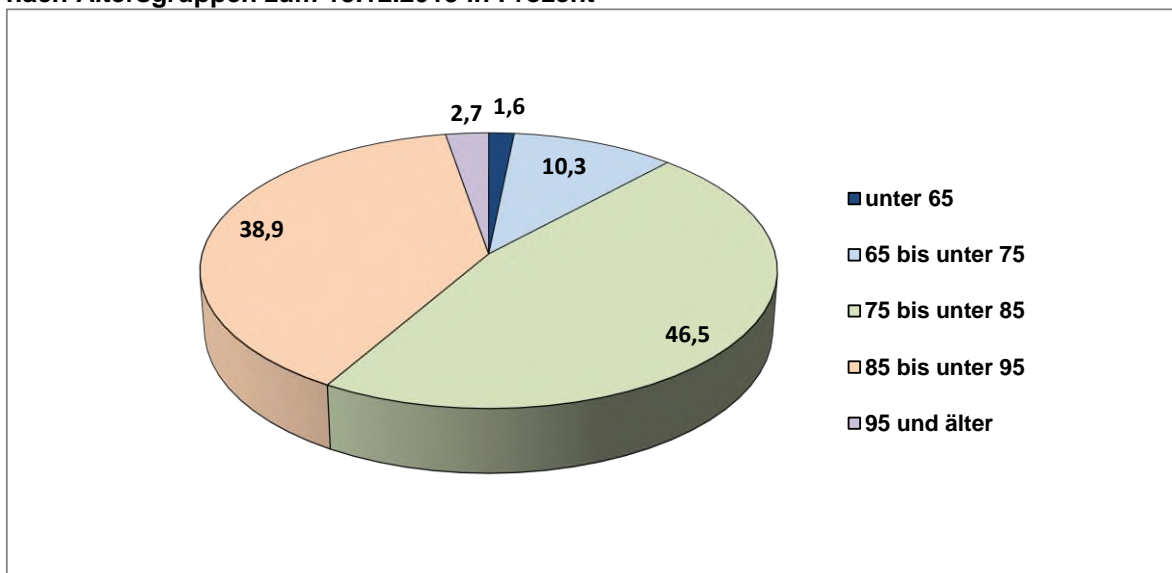
Altersstruktur

Die Altersstruktur der Tagespflegegäste zum 15.12.2015 stellt sich wie folgt dar:

- Mit einem Anteil von 42 Prozent war knapp die Hälfte der Tagespflegegäste über 85 Jahre alt (BW insgesamt: 42 Prozent laut Pflegestatistik 2015)
- 46 Prozent zwischen 75 und 85 Jahre (BW: 43 Prozent) und
- 12 Prozent jünger als 75 Jahre (BW: 15 Prozent).

Die Altersstruktur der Tagespflegegäste im Landkreis Göppingen entspricht annähernd der Altersverteilung der Klienten aller Tagespflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg auf Basis der Pflegestatistik 2015.

Abbildung 19: Tagespflegegäste in den Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Altersgruppen zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=185).

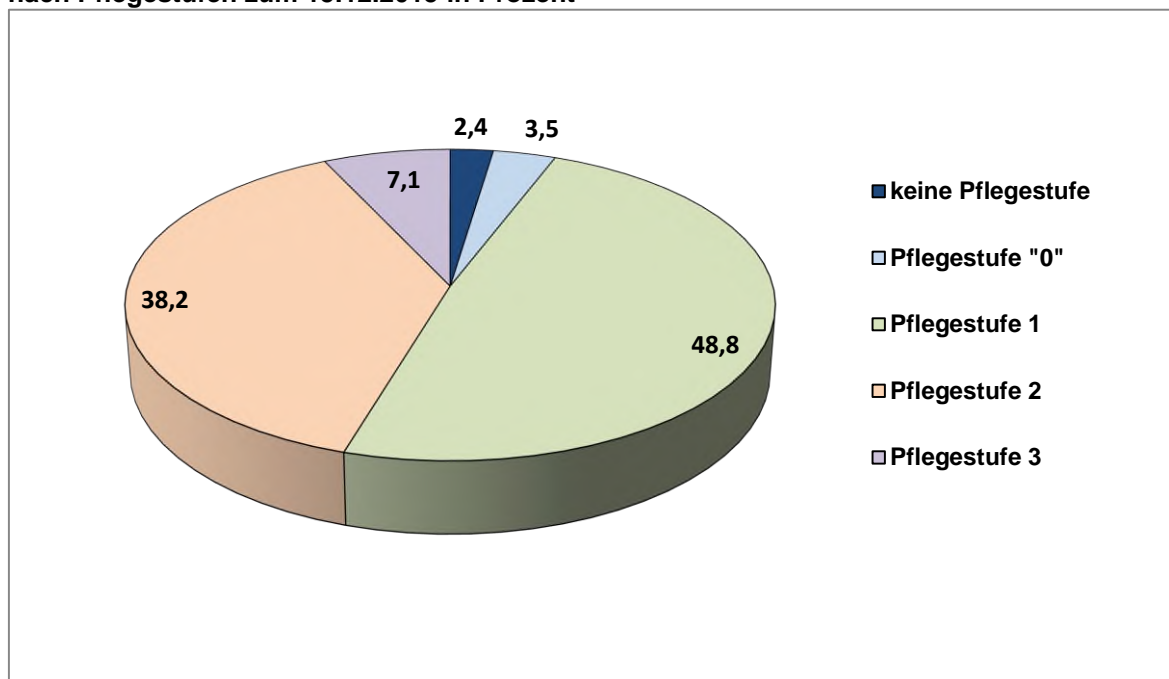
Pflegestufen

Die Pflegestufen der Tagespflegegäste verteilen sich zum 15.12.2015 wie folgt:

- Pflegestufe 1: 49 Prozent (BW: 45 Prozent)
- Pflegestufe 2: 38 Prozent (BW: 42 Prozent)
- Pflegestufe 3: rund 7 Prozent (BW: 11 Prozent)
- Pflegestufe „0“: 3,5 Prozent (BW: 6 Prozent)
- keine Pflegestufe: 2,4 Prozent (BW: 2 Prozent)

Tagespflegegäste mit den Pflegestufen 1 und 2 sind am stärksten vertreten. Insgesamt gesehen liegt die Verteilung der Pflegestufen in den Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen annähernd im Bereich der durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen in allen Tagespflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg (Pflegestatistik 2015).

Abbildung 20: Tagespflegegäste in den Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Pflegestufen zum 15.12.2015 in Prozent



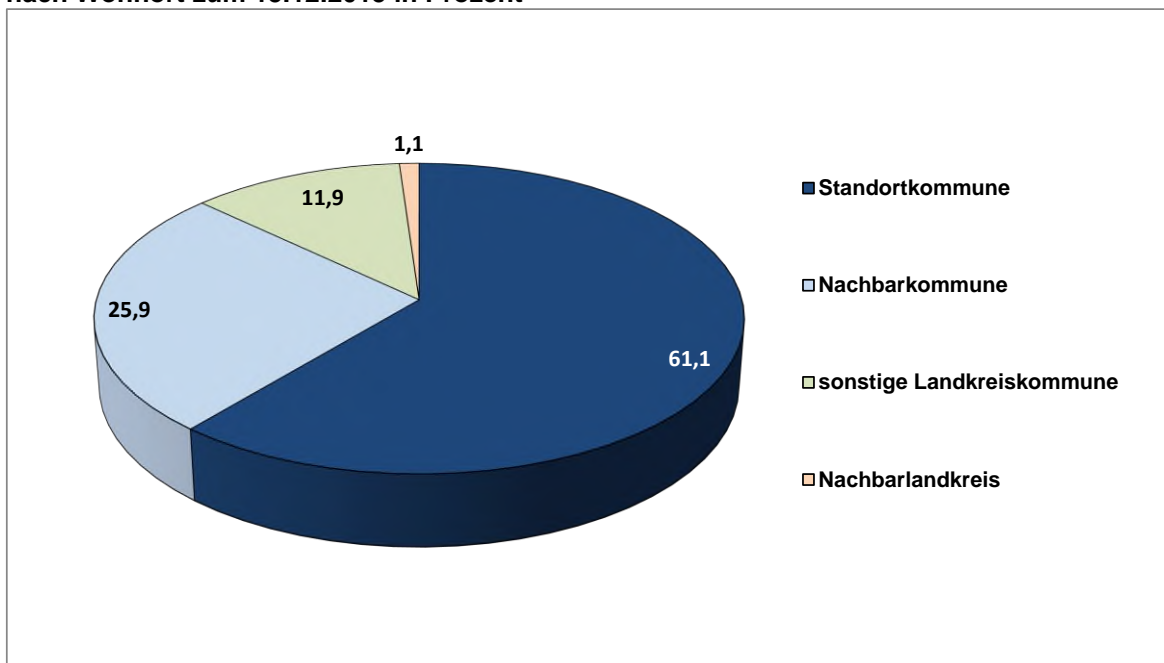
Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=170).

Landkreisweit hatten über die Hälfte (55,7 Prozent) der Tagespflegegäste (103 Personen) eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer demenziellen Erkrankung.

Wohnort und Wohnform der Tagespflegegäste

Die Angaben zum Wohnort der Tagespflegegäste ergaben, dass 87 Prozent aus der jeweiligen Standort- oder der Nachbarkommune der Einrichtung stammen. Dies ist vor dem Hintergrund einer wünschenswerten wohnortnahen Versorgung positiv zu bewerten und zeigt, wie wichtig flächendeckende Angebote sind. Rund 12 Prozent der Gäste kommen aus einer anderen Kommune des Landkreises Göppingen. Damit liegt der Anteil der Belegung mit Kreisbewohnerinnen und -bewohnern bei 98,9 Prozent. 1,1 Prozent der Tagespflegegäste wohnen nicht im Landkreis Göppingen. Im Übrigen kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der pflegebedürftigen Menschen aus dem Landkreis Göppingen in eine Tagespflegeeinrichtung der angrenzenden Landkreise pendelt, sofern diese räumlich näher liegt.

Abbildung 21: Tagespflegegäste in den Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Wohnort zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=185).

Knapp 92 Prozent der Tagespflegegäste leben in der eigenen Häuslichkeit, rund 8 Prozent im ambulant betreuten Wohnen.

5.5.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der Tagespflegen im Landkreis Göppingen wurde im Rahmen von Workshops mit Leitungskräften und Mitarbeitenden von Ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen beschrieben und beurteilt. Viele von den in Kapitel 6.1.3 gemachten Vorschlägen, treffen auch auf die Tagespflegeeinrichtungen zu.

Speziell für Tagespflegeeinrichtungen benannten die Experten folgende Themen:

Steigende Nachfrage nach Angeboten

- Der separate Leistungsanspruch auf Tagespflege (PSG I) hat eine erhöhte Nachfrage nach Tagespflegeplätzen zur Folge
- Die Nachfrage nach Tagespflegeplätzen übersteigt bereits heute das vorhandene Angebot; es gibt lange Wartelisten
- Neben Tagespflegeplätzen fehlen auch teilstationäre Angebot zur Nachtpflege

Von Seiten der Tagespflegeeinrichtungen wurden folgende Maßnahmen vor, um den Herausforderungen in der Tagespflege künftig Rechnung tragen zu können:

- Ausbau von Tagespflegen, auch im ländlichen Raum, mit bedarfsorientierten Öffnungszeiten, die auch das Wochenende und Feiertage abdecken

- Einrichtung von Nachtpflegeplätzen, um häusliche Betreuung am Tag zu gewährleisten
- Austauschtreffen der Tagespflegen

5.5.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Tagespflege ist ein wichtiger Baustein im Unterstützungssystem der häuslichen Pflege. Sie trägt bereits heute wesentlich zur Entlastung pflegender Angehöriger bei und wird im Interesse einer besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf mit passgenauen Angeboten immer wichtiger werden. Gleichzeitig wird mit der Tagespflege der Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und insbesondere in der bisherigen Kommune gesichert. Die Nachfrage nach Tagespflegeplätzen übersteigt schon heute den Bedarf deutlich, vor allem auch aufgrund der Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung. Die Einrichtungen führen Wartelisten. In manchen Raumschaften gibt es noch gar keine Tagespflegeangebote. Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage weiter zunimmt, ebenso der Wunsch nach zeitlich flexiblen Angeboten (zum Beispiel zur Entlastung berufstätiger Angehöriger).

Ziel:

Im Landkreis Göppingen steht bis 2030 ein bedarfsgerechtes, wohnortnahes, qualitativ hochwertiges und mit anderen Angeboten gut vernetztes Angebot an Tagespflege für mindestens 271 Pflegebedürftige und insbesondere unterschiedliche Zielgruppen (zum Beispiel für Menschen mit Demenz) zur Verfügung. Die Rahmenbedingungen werden flexibel gestaltet und orientieren sich an den Bedürfnissen pflegender Angehöriger.

Handlungsempfehlungen:

34. Die Erhebung und die Bedarfsvorausschätzung im Rahmen der Seniorenplanung liefern im Bereich der Tagespflege deutliche Anhaltspunkte und Hinweise, dass eine flächendeckende Weiterentwicklung und ausgewogene Verteilung der Tagespflegeangebote in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen notwendig ist. Durch verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze ist ein weiterer Bedarfszuwachs zu erwarten. Empfohlen wird daher, dass der Landkreis in enger Abstimmung mit den Trägern und Kommunen eine vertiefende Bestandsbewertung und Bedarfseinschätzung zur Tagespflege im Rahmen einer einrichtungs- und sozialraumbezogenen Analyse vornimmt.
35. Der Landkreis Göppingen etabliert ein Forum für Tagespflegeeinrichtungen zum regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch und fördert deren Vernetzung.

5.6 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird im SGB XI als Angebot in einer vollstationären Pflegeeinrichtung definiert. Pflegebedürftige, die im privaten Haushalt wohnen, nehmen für eine befristete Zeit, beispielsweise 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 Rahmenvereinbarung¹³³ festgelegt.

Aus wirtschaftlichen Gründen werden Kurzzeitpflegeplätze meist in flexibler Form als sogenannte „integrierte“ oder „eingestreute“ Plätze vorgehalten. Die Einrichtungen schließen eine Vereinbarung mit der Pflegekasse ab, nach der sie solche Plätze flexibel, das heißt entweder mit Kurzzeit- oder mit Dauerpflegenutzern belegen können. Bei entsprechender Nachfrage werden die Plätze eher für die Dauerpflege genutzt. 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.

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 Kurzzeitpflegeplätze 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.

Spürbare finanzielle Verbesserungen für Nutzer von Kurzzeitpflegeangeboten ergaben sich zuletzt mit dem Pflegestärkungsgesetz I¹³⁴, das zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist. So wurde durch das Gesetz der jährliche Leistungsumfang für die Kurzzeitpflege angehoben und nicht in Anspruch genommene Leistungen der häuslichen Verhinderungspflege können nun 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.

¹³³ Rahmenvertrag nach § 75 Abs.1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 08.04.1997.

¹³⁴ Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG I) vom 17.12.2014.

Gleichzeitig zeigt sich ein Bedarf an Kurzzeitpflege auch für noch nicht in eine Pflegestufe eingestufte Menschen mit Unterstützungsbedarf beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden ab dem 01.01.2016 in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Leistungen eingeführt. Im Rahmen der Gesetzesänderung können Versicherte, die nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, nicht nur einen großen Teil der Kurzzeitpflege erstattet bekommen, sondern auch die Heime können einen erhöhten Pflegeaufwand abrechnen¹³⁵.

Die Kosten, die die Nutzer von Kurzzeitpflege für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten als Eigenanteile selbst tragen müssen, können ein bestimmender Faktor für die Nachfrage sein. Nicht jeder Pflegebedürftige ist in der Lage diese zusätzlichen Kosten zu tragen.

5.6.1 Kurzzeitpflegeplätze – Bestand im Landkreis Göppingen

Die Kurzzeitpflege wird im Landkreis Göppingen primär über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze erbracht. Nach der Aufstellung der Heimaufsicht über die stationären Langzeitpflegeplätze im Landkreis Göppingen mit Stand vom Juni 2016 gab es in den 33 Pflegeeinrichtungen des Landkreises 129 eingestreute sowie 18 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze. Letztere sind ganzjährig für Kurzzeitpflegegäste reserviert. 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. Daher werden bei der Bestandsaufnahme lediglich die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze betrachtet. Sowohl die eingestreuten als auch die ganzjährig vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze sind rechnerisch in den Bestandszahlen der vollstationären Pflegeplätze enthalten (siehe Kapitel 6.1 Stationäre Dauerpflege – Bestand im Landkreis Göppingen).

Die 18 ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze verteilen sich auf die Einrichtungen Michael-Hörauf-Stift mit 2 Plätzen, das Samariterstift Geislingen mit 6 Plätzen, das Seniorenzentrum St. Martinus mit 4, die Seniorenresidenz am SBI-Park mit weiteren 4 und das Blumhardt-Haus mit 2 Plätzen. Insgesamt stehen somit in 5 Pflegeeinrichtungen ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung.

Setzt man die Platzzahl im Landkreis Göppingen in das Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren, so zeigt sich, dass auf 1.000 Einwohner 0,33 Plätze kommen.

¹³⁵ Rommel, Ulrich: Kurzzeitpflege: Heime können Leistungen nun abrechnen, in: *Altenheim* Heft 5/2016

5.6.2 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 2015 betreut und gepflegt wurden. Erfragt wurden hierbei Altersklassen, Pflegestufen sowie die Wohnform vor dem Kurzzeitpflegeaufenthalt. Da nicht alle Einrichtungen die gesamten Fragen beantwortet haben, ergeben sich bei der Ergebnisdarstellung unterschiedliche Grundgesamtheiten. Die folgenden Angaben beziehen sich sowohl auf die Gäste der eingestreuerten als auch ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze.

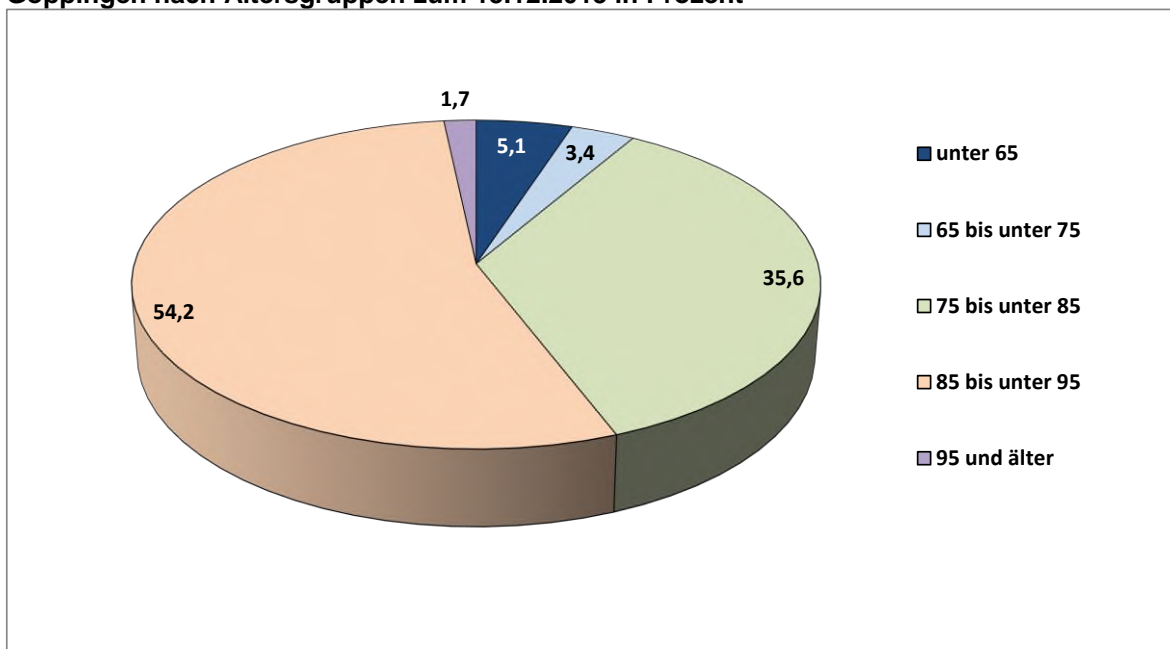
Altersstruktur

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner zeigt sich, dass:

- mit einem Anteil von ca. 56 Prozent etwas mehr als die Hälfte der Kurzzeitpflegegäste über 85 Jahre alt waren (BW: 48 Prozent laut Pflegestatistik 2015)
- rund 36 Prozent waren zwischen 75 und 85 Jahren alt (BW: 36 Prozent)
- 8,5 Prozent der Gäste waren jünger als 75 Jahre (BW: 16 Prozent).

Kurzzeitpflege wird im Landkreis Göppingen häufiger von hochbetagten Menschen genutzt als im Landesdurchschnitt.

Abbildung 22: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Altersgruppen zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=59).

Pflegestufen

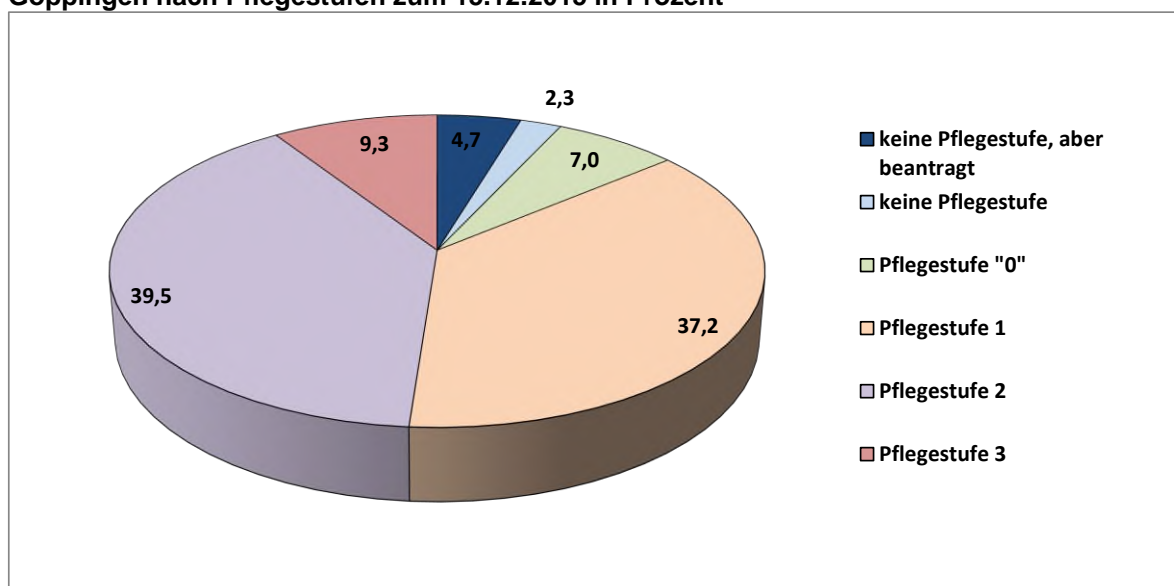
Bei den Pflegestufen waren in der Kurzzeitpflege

- die Stufe 1 mit rund 37 Prozent (BW: 53 Prozent)
- und die Stufe 2 mit 39,5 Prozent (BW: 33 Prozent) stark vertreten,
- während die Stufe 3 (einschließlich Härtefälle) insgesamt bei 9 Prozent der Gäste (BW: 9 Prozent) gegeben war.
- Keine Pflegestufe beziehungsweise Pflegestufe 0 hatten insgesamt 14 Prozent der Kurzzeitpflegegäste.

Im Vergleich zum Landesdurchschnitt nutzen somit im Landkreis Göppingen deutlich mehr Personen mit den Pflegestufen 1 und 2 die Kurzzeitpflege.

Gleichzeitig zeigt sich ein Bedarf an Kurzzeitpflege auch für noch nicht eingestufte Menschen mit Unterstützungsbedarf, der vermutlich häufig unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt auftritt.

Abbildung 23: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Pflegestufen zum 15.12.2015 in Prozent



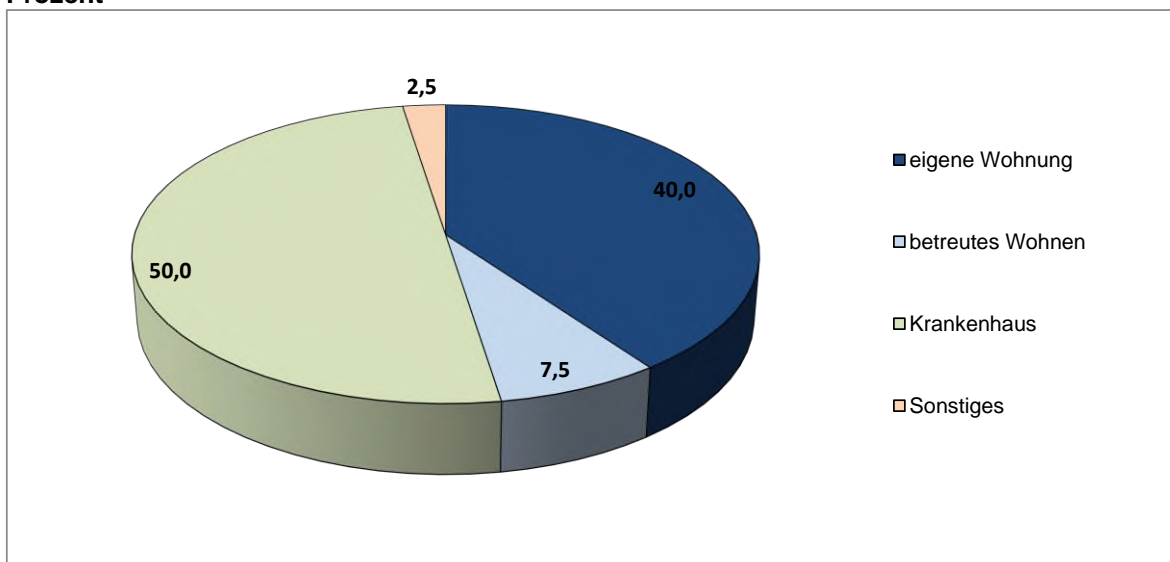
Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2014 (N=43).

Wohnform der Gäste vor der Kurzzeitpflege

Im Hinblick auf die Wohnform zeigt sich, dass

- 40 Prozent der Gäste vor Aufnahme in die Kurzzeitpflege in der privaten Häuslichkeit lebten,
- 50 Prozent sind nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege aufgenommen worden,
- 7,5 Prozent lebten im betreuten Wohnen und
- 2,5 Prozent kamen unter anderem aus einer Rehabilitationsmaßnahme in die Kurzzeitpflege.

Abbildung 24: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen nach Wohnform beziehungsweise vorherigem Aufenthaltsort zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=40).

5.6.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der Kurzzeitpflege im Landkreis Göppingen wurde im Rahmen von Workshops mit Leitungskräften und Mitarbeitenden von Ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen beschrieben und beurteilt. Viele von den in Kapitel 6.1.3 gemachten Vorschlägen, treffen auch auf die Kurzzeitpflege zu.

Speziell für Kurzzeitpflege benannten die Experten folgende Themen:

Steigende Nachfrage nach Angeboten

- Fehlende Kurzzeitpflegeplätze führen bereits heute zu eklatanten Versorgungslücken und zwar selbst außerhalb der saisonal bedingten Urlaubszeiten, d.h. die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen übersteigt bereits heute das Angebot

- Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wird nicht nur demografisch bedingt, sondern auch aufgrund des Anspruchs auf Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalten weiter steigen

Die Ambulanten Dienste und stationäre Einrichtungen schlugen folgende Maßnahmen vor, um den Herausforderungen der Kurzzeitpflege künftig gerecht zu werden:

- Einrichtung eines „Pflegehotels“ als Vision (Kurzzeitpflege außerhalb des WTPG)
- Einrichtung von speziellen Kurzzeitpflegeplätzen, insbesondere für kurzfristige Zeiträume und anspruchsvolle medizinische Behandlungspflege. Es finden sich in den Pflegeheimen im Landkreis kaum Kurzzeitpflegeplätze unter 10 Tage, weil dies mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden ist

5.6.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Kurzzeitpflege trägt wesentlich zur Stärkung der häuslichen Pflege bei. Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen übersteigt bereits heute das Angebot. Zum einen werden langfristig planbare Kurzzeitpflegeplätze benötigt, die von Angehörigen während der Urlaubszeit genutzt werden. Zum anderen fehlen bereits heute vor allem auch Kurzzeitpflegeplätze für die Übergangspflege wie zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt. Insgesamt betrachtet ist damit zu rechnen, dass der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen zukünftig weiter steigen wird. Um die Versorgung in der Kurzzeitpflege zu sichern, ist es notwendig, dass die Angebote trotz betriebswirtschaftlicher Risiken bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Ziel:

Im Landkreis Göppingen steht zeitnah – auch bei kurzfristigem Bedarf und unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt – ein ausreichendes, gut erreichbares und qualitativ hochwertiges Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen im Rahmen der insgesamt erforderlichen 2.918 vollstationären Pflegeplätze zur Verfügung, das zwischen den Trägern abgestimmt, flexibel und transparent ist.¹³⁶

Handlungsempfehlungen:

36. Der Landkreis Göppingen unterstützt beziehungsweise forciert im Rahmen der Sozialplanung den bedarfsgerechten Ausbau von Kurzzeitpflegeangeboten.
37. Im Landkreis Göppingen besteht vor allem ein Bedarf für ein spezielles Kurzzeitpflegeangebot für Menschen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, die auf eine umfassende medizinische Behandlungspflege angewiesen sind. Aufgabe eines sol-

¹³⁶ Für erwachsene Menschen mit Behinderungen sowie für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen besteht ebenfalls ein Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen (vgl. Landkreis Göppingen, 2017: Teilhabeplan für Menschen mit Behinderung. Teil A, Kapitel II 3.3, Seite 60). Ebenso gibt es einen entsprechenden Bedarf an Kurzzeitpflege beziehungsweise Übergangspflege für junge pflegebedürftige Menschen.

chen Angebots wäre, den Übergang in den häuslichen Bereich zu erleichtern und einen dauerhaften Umzug in ein Pflegeheim zu vermeiden. Denkbar wäre die Angliederung eines solchen Angebots an den Krankenhausbereich oder an ein Pflegeheim mit einem speziellen Konzept und einer guten Vernetzung zum medizinischen Bereich. Außerdem sollten im Bereich Kurzzeitpflege auch die Kooperationsmöglichkeiten für eine landkreisübergreifende Lösung untersucht werden.

38. Der Landkreis Göppingen bringt das Thema Kurzzeitpflege in der Gesundheitskonferenz ein.

5.7 Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen

Wenn der Betreuungsaufwand für einen Pflegebedürftigen steigt und die Angehörigen die Pflege nicht mehr sicherstellen können, beschäftigen sie teilweise ausländische Haushaltshilfen. Sie übertragen ihnen Versorgungs- und Betreuungsaufgaben.¹³⁷ Als Gründe dafür werden unter anderem genannt, dass die pflegebedürftige Person mehr Aufsicht bedarf und die Pflege aufwändiger sei. Darüber hinaus können Angehörige aufgrund der räumlichen Distanz oder eigener Erwerbstätigkeit die Pflege teilweise nicht selbst übernehmen. Familien, die ausländische Haushaltshilfen einstellen, sehen in dieser oftmals die einzige Alternative zur vollstationären Betreuung und die Gewährleistung einer ständigen Unterstützung und Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen. Die Versorgung durch eine Haushaltshilfe ist finanziell günstiger als ein Aufenthalt im Pflegeheim.¹³⁸ Häufig wird für die Behandlungspflege zusätzlich ein Ambulanter Dienst in Anspruch genommen.

Die Aufgaben einer ausländischen Haushaltshilfe sind klar umrissen. Dazu zählen Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel kochen, putzen, einkaufen), der sozialen Betreuung (spazieren gehen, sich unterhalten, sofern ausreichende Sprachkenntnisse zur Verfügung stehen, Begleitung zu Ärzten oder Behörden) sowie einfache grundpflegerische Hilfen (Hilfe beim Anziehen, bei Toilettengängen, Waschen). Aufgaben der Behandlungspflege dürfen hingegen nur von speziell ausgebildeten Fachkräften ausgeführt werden.

Typisch für den Einsatz ausländischer Haushaltshilfen ist der Wechsel eines längerfristigen Arbeitsaufenthalts in Deutschland mit dem eines unbezahlten Aufenthalts im Herkunftsland. Der ständige Aufenthalt in einem Arbeitgeberhaushalt birgt verschiedene Gefahren: Dass die Haushaltshilfe auch in ihrer Freizeit meistens anwesend ist, kann dazu führen, dass ihre ständige Verfügbarkeit ausgenutzt wird. Teilweise übernehmen Haushaltshilfen Leistungen, die nicht ihrer Qualifikation entsprechen, wie Tätigkeiten, die der

¹³⁷ Von der Malsburg, Andrea/Isfort, Michael, 2014: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland, in: WISODirekt, S. 1.

¹³⁸ Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank, 2009: Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., S. 46.

Behandlungspflege zugeordnet sind, wie zum Beispiel das Wechseln von Verbänden oder die Medikamentengabe. Der Übergang zwischen hauswirtschaftlichen, betreuenden, grundpflegerischen und direkt fachpflegerischen Aufgaben ist häufig fließend.¹³⁹

In deutschen Seniorenhaushalten leben Schätzungen zufolge mindestens 100.000 ausländische Haushaltshilfen.¹⁴⁰ Die Angabe einer konkreten Zahl ist nicht möglich, da eine beachtliche Anzahl der Haushaltshilfen nicht angemeldet werden. Die Rahmenbedingungen, unter denen die häufig aus Osteuropa stammenden Haushaltshilfen arbeiten, entsprechen kaum den in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben. Notwendig sind insbesondere eine angemessene Entlohnung sowie die Anmeldung zur Sozialversicherung. Daneben müssen die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden. Dazu zählt, dass es sich bei der sogenannten 24-Stunden-Pflege nicht um eine Rund-um-die-Uhr Betreuung handeln darf. Rechtlich vorgeschrieben sind eine tägliche Höchst Arbeitszeit von acht Stunden und die Einhaltung einer täglichen Mindestruhezeit von elf Stunden. Außerdem wird ein freier Tag pro Woche gewährleistet.

Für die reguläre Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Entsendung von Mitarbeitern durch ein ausländisches Dienstleistungsunternehmen

Der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen schließen einen Dienstleistungsvertrag mit einem ausländischen Arbeitgeber ab, der eine Haushaltshilfe im Rahmen der EU-Dienstleistungsfreiheit für maximal 12 Monate nach Deutschland entsendet¹⁴¹. Sozialversicherungsausgaben und Steuern werden dabei im Herkunftsland entrichtet. Bei der Inanspruchnahme einer solchen Vermittlung ist sicherzustellen, dass es sich um eine entsendefähige Firma handelt. Zudem ist zu beachten, dass bei dieser Form der Beschäftigung kein direktes Arbeitsverhältnis vorliegt; der Auftraggeber, das heißt in diesem Falle die Familie, entrichtet einen Lohn an das ausländische Unternehmen, das wiederum seine Mitarbeiter bezahlt. Es besteht demnach auch kein direktes Weisungsrecht der Haushaltshilfe gegenüber. Änderungen, zum Beispiel hinsichtlich der Versorgung oder Beschwerden, müssen über das ausländische Unternehmen erfolgen.

Vermittlung über Agenturen

Mittlerweile haben deutsche Vermittlungsagenturen diesen Markt erkannt und bieten ihre Unterstützung bei der Vermittlung der ausländischen Haushaltshilfe an, indem sie häufig

¹³⁹ Von der Malsburg, Andrea/Isfort, Michael, 2014: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland, in: WISOdirekt, S. 2.

¹⁴⁰ Arend; Stefan: Kein sorgenfreier Zustand, in: Altenheim. Lösungen fürs Management, Heft 2/2016.

¹⁴¹ Im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit ist es möglich für einen vorübergehenden Zeitraum seine Dienstleistungen im Ausland anzubieten, eine gesonderte Arbeitserlaubnis ist hierfür nicht nötig.

die komplette Abwicklung übernehmen (beispielsweise stellen sie den Kontakt zur selbstständigen Haushaltshilfe oder dem ausländischen Unternehmen her, setzen den Vertrag auf und organisieren die An- und Abreise). Dafür wird ein Beratungshonorar fällig.

Selbstständigkeit

Einige der nach Deutschland kommenden Haushaltshilfen haben sich in ihrem Herkunftsland als Einzelunternehmer selbstständig gemacht und bieten ihre Dienstleistung im Ausland an. Im Herkunftsland entrichten sie Kranken- und Rentenversicherungsbeiträge. Zwischen dem Auftraggeber und der selbstständigen Haushaltshilfe wird ein Dienstleistungs- oder Werkvertrag nach § 631 BGB geschlossen. Dabei muss die Haushaltshilfe eine Gewerbenummer haben und nachweisen, dass sie auch für andere Auftraggeber arbeitet. Ist dies nicht der Fall kann das Arbeitsverhältnis in Deutschland als eine Form der Scheinselbstständigkeit gewertet werden und rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Vermittlung von Haushaltshilfen über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

Seit 2005 vermittelt die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen aus EU-Ländern in deutsche Privathaushalte. Die Haushaltshilfen werden in diesem Modell durch den Abschluss eines Arbeitsvertrages und der Entrichtung von Sozialabgaben bis zu drei Jahren regulär in einem deutschen Haushalt mit Pflegebedürftigem angestellt.¹⁴²

5.7.1 Situation im Landkreis Göppingen

Wie auch in anderen Landkreisen Baden-Württembergs spielt auch im Landkreis Göppingen das Thema „ausländische Haushaltshilfen“ eine große Rolle. Nach Einschätzung der Experten vor Ort gibt es in mehreren Haushalten im Landkreis ausländische Haushaltshilfen, die die Betreuung pflegebedürftiger Menschen übernehmen. Meist liegen keine Informationen zur Art des Beschäftigungsverhältnisses und zur Qualität der Pflege vor. Dass das Thema an Bedeutung gewinnt, zeigt sich auch darin, dass im Landkreis mehrere Agenturen tätig sind, die Haushaltshilfen aus dem Ausland in Privathaushalte vermitteln.

5.7.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Mitarbeitende des Pflegestützpunktes des Landkreises Göppingen teilte in einem Gespräch mit, dass Anfragen von Betroffenen bezüglich der Beschäftigung ausländischer

¹⁴² Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank, 2009: Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., S. 28f.

Haushaltshilfen ungefähr ein- bis zweimal wöchentlich beim Pflegestützpunkt auflaufen. In diesen Fällen informiert der Pflegestützpunkt die Betroffenen über die verschiedenen Anstellungsmodelle und verweist auf eine Checkliste von der Verbraucherzentrale¹⁴³, die alle wichtigen Informationen zur legalen Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen enthält. Der Pflegestützpunkt arbeitet auch mit dem Diakonischen Werk Württemberg zusammen, das sich in seinem Modell FairCare für faire Arbeitsbedingungen der ausländischen Haushaltshilfen einsetzt und Beratungsstellen unterhält, bei denen sich betroffene Frauen Hilfe und Rat einholen können.¹⁴⁴ FairCare fungiert dabei als Ansprechpartner sowohl für die Familie als auch für die ausländische Haushaltshilfe.

Den Experten vor Ort war wichtig, dass Haushaltshilfen nicht illegal beschäftigt sind. Dies zeigte sich im Fachgespräch mit den Ambulanten Diensten sowie den teil- und vollstationären Einrichtungen. Sie wünschen sich vom Landkreis unter anderem die Einführung eines „Qualitätssiegels“ für ausländische Haushaltshilfen sowie eine Zertifizierungsstelle für Vermittlungsagenturen, die sicherstellen soll, dass die Kriterien der Vermittlung transparent sind und dass auch die Rechte der ausländischen Haushaltshilfen gewahrt sind.

5.7.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Wie aus den Fachgesprächen mit den ambulanten Diensten, den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie dem Pflegestützpunkt ersichtlich wurde, spielen ausländische Haushaltshilfen auch im Landkreis Göppingen keine unerhebliche Rolle. Nach dem DAK-Pflegereport 2015 gaben im Rahmen einer repräsentativen Erhebung sechs Prozent der befragten pflegenden Angehörigen an, ausländische Betreuungskräfte im Haushalt aktuell zu beschäftigen beziehungsweise früher beschäftigt zu haben. Für immerhin die Hälfte der Befragten käme eine solche Beschäftigung grundsätzlich in Frage, ein Drittel lehnte sie ab.¹⁴⁵ Diese Daten zeigen die hohe Bereitschaft pflegender Angehöriger, sich Unterstützung durch eine ausländische Haushaltshilfe zu holen. Dabei gilt es, die Legalität von Arbeitsverhältnissen zu wahren und faire Arbeitsbedingungen für die Haushaltshilfen zu ermöglichen.

Ziel:

Im Landkreis Göppingen stehen fundierte Informationen und Beratung zur Verfügung, um illegalen Beschäftigungsverhältnissen ausländischer Haushaltshilfen entgegenzuwirken.

Handlungsempfehlungen:

39. Der Landkreis Göppingen informiert und berät über die Möglichkeiten legaler Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen.

¹⁴³ <https://www.verbraucherzentrale.de/mediabig/157221A.pdf>

¹⁴⁴ <https://www.diakonie-wuerttemberg.de/rat-und-hilfe/faircare/>

¹⁴⁵ Vgl. DAK (Hrsg.): DAK Pflegereport 2015. Hamburg 2015. S. 33.

5.8 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Unterschiedliche Gründe können dazu führen, dass das häusliche und familiäre Umfeld selbst mit Unterstützung Ambulanter Dienste an seine Grenzen gerät. Die Möglichkeit dann Betreuungs- und Pflegekräfte aus dem Ausland (insbesondere Osteuropa) in ihren Haushalt aufzunehmen, um eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung im gewohnten Umfeld sicherzustellen wird im Kapitel 5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause in einem eigenen Abschnitt beschrieben. Eine weitere Möglichkeit ist ein Umzug in ein Pflegeheim oder in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft. Im Folgenden wird auf die letztgenannte Alternative eingegangen.

In Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf leben bis zu 12 Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden begleitet und bei Bedarf gepflegt. Die Pflege der Bewohner wird durch Ambulante Dienste geleistet, die durch die einzelnen Bewohner frei gewählt werden können. Im Gegensatz zur stationären Versorgung werden für die Betreuung und die Pflege getrennte Verträge abgeschlossen. Primäres Ziel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist es, auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf ein hohes Maß an individueller Selbstbestimmung und eine Wohn- und Pflegesituation zu gewährleisten, die sich an der eigenen Häuslichkeit orientiert.

Das seit Mai 2014 gültige Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz, WTPG) gibt ambulant betreuten Wohngemeinschaften auch 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) bestimmen die Bewohner der Wohngemeinschaft, ihre Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter die alltäglichen Abläufe einschließlich der Führung des Haushalts weitgehend selbst. In aller Regel gründen sie dafür ein Gremium, das über gemeinschaftliche Angelegenheiten entscheidet, zum Beispiel über die Verwendung des Haushaltsgeldes oder über Neuaufnahmen. Initiiert werden solche Wohngemeinschaften vorrangig von Vereinen und Angehörigen. Diese Form der Wohngemeinschaften unterliegt nicht der Kontrolle durch die Heimaufsicht, muss aber bei dieser angezeigt werden.
- Häufig finden sich auch Lösungen, bei denen ein Anbieter einen Teil der Betreuungsleistungen und häufig auch die Wohnung zur Verfügung stellt. Dann handelt es sich um „teilweise selbstverantwortete“ Wohngemeinschaften (§ 5 WTPG), die häufig auch als anbiestergestützte Wohngemeinschaften bezeichnet werden. Der Anbieterverantwortet die Qualität seiner Leistungen im Bereich Präsenzleistungen und gegebenenfalls auch im Bereich Wohnen. Einen Ambulanten Pflegedienst können auch die Bewohner dieser Wohngemeinschaften frei wählen.

Vorteile von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf orientieren sich am Alltag im Privathaushalt. Sie bieten aufgrund der kleinen Bewohnerzahl ein hohes Maß an Selbstbestimmung und ermöglichen sehr flexible Unterstützungsarrangements. Sie verfügen durch den Einsatz von Präsenzkraften und Alltagsbegleitern in der Regel über eine gute Personalausstattung, die meist durch die Mitarbeit von Angehörigen und Ehrenamtlichen ergänzt wird. Die kleinen Platzzahlen erleichtern meist eine problemlose Integration in die Nachbarschaft.

Insbesondere in kleineren Gemeinden oder in Orts- und Stadtteilen besteht der Vorteil von Wohngemeinschaften darin, dass die gewohnte Umgebung für die Bewohner erhalten bleibt und bestehende Kontakte nicht verloren gehen. Für Bürgermeister dieser Gemeinden gibt es deshalb häufig einen Anreiz, sich an der Initiierung von Wohngemeinschaften zu beteiligen.

Herausforderungen

Trotz der offensichtlichen Vorteile stehen Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf auch vor vielfältigen Herausforderungen. Wesentliche Fragestellungen bei den bisher realisierten Projekten sind die fachliche Konzeption, die Organisationsstruktur, der rechtliche Status, die Vertragsgestaltungen und die Finanzierung des Betriebs. Schwierigkeiten bereiten einigen Projekten die fehlende Zusage einer Kostenübernahme durch den örtlichen Sozialhilfeträger.

Grundsätzlich können ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf 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.

Zukünftiger Stellenwert von Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg

Die Frage, welchen Stellenwert ambulant betreute Wohngemeinschaften in Zukunft haben werden, lässt sich noch nicht eindeutig beantworten. In der bundesweiten Fachöffentlichkeit gibt es unterschiedliche Einschätzungen: Ein Teil der Experten – zum Beispiel das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln – weist insbesondere auf die Vorteile ambulant betreuter Wohngemeinschaften hin und sieht in ihnen eine grundsätzliche Alternative zum Pflegeheim.¹⁴⁶ Andere skeptische Stimmen bewerten zwar den konzeptionellen Ansatz ambulant betreuter Wohngemeinschaften ebenfalls positiv, befürchten aber, dass sie nur unter Schwierigkeiten wirtschaftlich zu betreiben sind.

¹⁴⁶ Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung, Wohnatlas, Köln und Ludwigsburg 2014

In Baden-Württemberg gab es zum Stand Ende Juni 2017 130 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Zahl hat stark zugenommen. Fast die Hälfte der Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf wurde seit 2014 gegründet. Die Einführung des WTPG und insbesondere die seit November 2014 vom Land finanzierte und beim KVJS angesiedelte Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (Fawo) sowie die Fördermöglichkeiten innerhalb des Innovationsprogramms Pflege haben zu einem Anstieg der Planungsvorhaben geführt. Aus dem Innovationsprogramm 2018 werden erstmals Prozesse der Initiierung und Realisierung von Wohngemeinschaften gefördert.

Für die Beteiligten in Baden-Württemberg ergeben sich Handlungsansätze auf unterschiedlichen Ebenen:

- Die Integration ins Umfeld und auch die Wirtschaftlichkeit von Wohngemeinschaften können durch unterschiedliche Maßnahmen weiter verbessert werden, beispielsweise durch die Einbindung in andere Sozial- oder Wohnprojekte in einer Stadt oder Gemeinde, durch den Verbund mehrerer Projekte und durch verlässliches Engagement von Angehörigen und sonstigen freiwilligen Helfern.
- 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.
- Sozialhilfeträger und Pflegekassen können Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf durch spezifische Absprachen und Vereinbarungen gezielt unterstützen.
- Die Erfahrungen bestehender Projekte zeigen, dass es hilfreich ist, bereits frühzeitig externe Beratungsangebote – zum Beispiel der Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen beim KVJS – zu nutzen, um eine Wohngemeinschaft ins Leben zu rufen. Außerdem ist es ratsam, bereits im Anfangsstadium Kontakt zur Heimaufsicht aufzunehmen. Auch der Austausch mit bereits realisierten Wohngemeinschaftsprojekten kann Anregungen bieten.
- Gemeinden können durch die Ausweisung beziehungsweise Bereitstellung geeigneter Grundstücke und die ideelle Unterstützung bürgerschaftlicher Initiativen die Entstehung von Wohngemeinschaften anstoßen und unterstützen. Die bisherigen Planungen in Kreisen zeigen auch, dass die gute Einbindung der Projekte innerhalb der Gemeinde und die Verknüpfung mit weiteren (Wohn-)Angeboten und bürgerschaftlichem Engagement wichtige Kriterien für die Umsetzung sind.
- Förderungen für die Realisierung von Wohngemeinschaften, die einzelne Stadt- und Landkreise¹⁴⁷ anbieten, können die weitere Verbreitung von Wohngemeinschaften unterstützen.

¹⁴⁷ Zum Beispiel 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)

5.8.1 Bestand und Planungen im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen gab es zum Stand 31. Juli 2017 jeweils in Göppingen und Geislingen eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf nach dem WTPG. Die Wohngemeinschaften bieten Platz für insgesamt 14 Bewohner. Es handelt sich um zwei vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften. Zwei weitere Wohngemeinschaften haben ihren Betrieb bei der Heimaufsicht angezeigt. Eine Einstufung nach dem WTPG steht noch aus.

Wohngemeinschaften ermöglichen, zumindest einem Teil der Bürger aus Gemeinden, in denen es kein Pflegeheim gibt, in ihrer Gemeinde wohnen zu bleiben, auch wenn ihr hoher Pflege- und Unterstützungsbedarf durch Angehörige und Ambulante Dienste allein nicht mehr zu bewältigen ist.

5.8.2 Fazit und Handlungsempfehlungen

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind insbesondere in kleineren Kommunen eine Alternative zu stationären Pflegeplätzen. Sie machen es möglich, dass ältere pflegebedürftige Menschen, die auch mit Unterstützung nicht mehr selbstständig in der eigenen Häuslichkeit leben können, in ihrem bisherigen Wohnort bleiben und ihre sozialen Kontakte erhalten können.

Ziel:

Das Pflegeangebot im Landkreis Göppingen wird durch bedarfsgerechte, wirtschaftliche, gut in die Kommune integrierte, vernetzte und von bürgerschaftlichem Engagement begleitete ambulant betreute Wohngemeinschaften ergänzt. Die an der Umsetzung beteiligten Akteure stimmen sich bereits im Vorfeld der Planung eng ab. Die Erfahrungen aus den neu entstehenden Wohngemeinschaften werden weitergegeben.

Handlungsempfehlungen:

40. Geplante Projekte zur Einrichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind mit dem Landkreis Göppingen (Heimaufsicht, Sozialplanung und Sozialhilfeträger) und auch den Pflegekassen frühzeitig (z.B. wegen evtl. zukünftiger Kostenübernahmen, gesetzlicher Standards u.a.) abzustimmen.
41. Der Landkreis Göppingen initiiert eine Informationsveranstaltung über ambulant betreute Wohngemeinschaften.
42. Landkreis, Träger und Kommunen prüfen im Rahmen der vorgesehenen planungsraumbezogenen Gespräche zur Umsetzung des Seniorenplans, ob ein zusätzlicher Bedarf an stationären Pflegeplätzen (z.B. durch Abbau von Doppelzimmern) teilweise durch Plätze in gut integrierten und vernetzten Wohngemeinschaften gedeckt werden kann.

6 Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die intensivste Form der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen außerhalb der eigenen Häuslichkeit. 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.

In Baden-Württemberg gibt es heute, nicht zuletzt aufgrund der gezielten Landesförderung in den vergangenen Jahren, die mit einer Förderung durch die Stadt- und Landkreise verknüpft war, 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.¹⁴⁸

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 Seniorenwohnungen 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 ab¹⁴⁹, 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.¹⁵⁰

Vielzahl von Regelungen

Die vollstationäre Pflege ist in eine Vielzahl ordnungs- und leistungsrechtlicher Regelungen eingebettet.

¹⁴⁸ Pflegeheimstatistik Baden-Württemberg 2013: rund 38 Prozent der Heime haben 40 Plätze und weniger.

¹⁴⁹ Schönberg/ de Vries: „Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege“. Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen, 2011.

¹⁵⁰ Vgl.: Schäufele et. al.: „Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie“, 2013. Die Autoren konstatieren jedoch, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen nicht richtig diagnostiziert sind. Dies führt dazu, dass die Pflegeheimbetreiber den Anteil von Menschen mit Demenz in ihren Einrichtungen niedriger einschätzen.

Stationäre Pflege wird auf der Grundlage vielfältiger gesetzlicher Regelungen erbracht. Die Pflegekassen schließen mit den Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen für die vollstationäre Pflege ab. Grundlage ist die landesweite Rahmenvereinbarung zur stationären Pflege zwischen Anbietern und Pflegekassen.¹⁵¹ Die ordnungsrechtliche Abgrenzung zu anderen unterstützenden Wohnformen erfolgt auf der Grundlage des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG), das zum 31.05.2014 das Landesheimgesetz ersetzt hat. Die rechtliche Aufsicht 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.

Finanzierung

Die Höhe der Pflegevergütungen wird individuell für jedes Pflegeheim vereinbart. Dabei wird unterschieden zwischen dem pflegebedingten Aufwand (Pflege, Betreuung und medizinische Behandlungspflege) und den Kosten für Unterbringung, Verpflegung und zur Refinanzierung baulicher Investitionen.

Durch die Leistungen der Pflegeversicherung wird ein Teil der Pflegekosten gedeckt. Die Differenz zum Pflegeentgelt eines Pflegeheims müssen die Pflegebedürftigen über den „Eigenanteil“ selbst aufbringen. Wenn sie oder ihre Angehörigen dazu nicht in der Lage sind, haben sie Anspruch auf stationäre Hilfe zur Pflege vom örtlichen Träger der Sozialhilfe.

Mit Inkrafttreten des PSG II änderte sich die Finanzierung des pflegebedingten Aufwands im Rahmen der Eigenanteile grundlegend: Bis Ende 2016 waren die Eigenanteile abhängig von der Pflegestufung. Seit dem 01.01.2017 bezahlen alle Bewohner eines Pflegeheims in den Pflegegraden 2 bis 5 den gleichen Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind davon ausgenommen und müssen höhere Eigenanteile entrichten. Die Höhe der Eigenanteile ist zwar innerhalb eines Pflegeheims einheitlich. Zwischen den einzelnen Einrichtungen gibt es aber weiterhin Unterschiede.

Die **Kosten für Unterkunft, Verpflegung und den Investitionskostenanteil** müssen die Bewohner grundsätzlich selbst tragen, ebenso eventuell gewünschte Zusatzleistungen.¹⁵² Können Pflegebedürftige auch Unterkunft und Verpflegung nicht selbst finanzieren, haben sie in der Regel Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung und gegebenenfalls ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

¹⁵¹ 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.

¹⁵² Ist das eigene Einkommen sehr gering, kann zur Deckung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei Vorliegen aller Voraussetzungen Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII gewährt werden.

Grundsätzlich sollte die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade für die Einrichtungen kostenneutral sein. Grundlage für die Umstellung war die bisherige Bewohnerstruktur und die Pflegegradverteilung zum Zeitpunkt der Überleitung. Für die Zukunft gehen die Träger von einer veränderten Bewohnerstruktur und Pflegegradverteilung und damit verbundenen finanziellen Risiken aus. Eine Studie der Universität Bremen kommt zu dem Ergebnis, dass die Überleitungsregelung tendenziell zu höheren Pflegegraden führt als (spätere) Neubegutachtungen mit dem Begutachtungsinstrument des Pflegestärkungsgesetzes II.¹⁵³ Untersuchungen weisen darauf hin, dass „... ein hoher Anteil demenzkranker Bewohner im Rahmen der Überleitung rechnerisch einen vergleichsweise niedrigen einrichtungseigenen Eigenanteil in der Einrichtung zur Folge hat und damit zu geringeren Personalbudgets je Pflegegrad führt.“¹⁵⁴ Derzeit ist noch nicht abschließend geregelt wie die Finanzierung für Pflegeheimbewohner in der ehemaligen Pflegestufe 0 aussehen wird, wenn sie nicht das Kriterium einer „dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz“ erfüllen und deshalb nicht in Pflegegrad 1 übergeleitet wurden.

Es kann derzeit noch nicht eingeschätzt werden, wie sich die neuen Regelungen auf die Entscheidungen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in Zukunft auswirken werden. Erwartet wird, dass künftig überwiegend Bewohner mit hohem Unterstützungsbedarf in vollstationären Einrichtungen leben und mehr Pflegebedürftige mit niedrigeren Pflegegraden als bisher ambulant versorgt werden.¹⁵⁵ Dies hätte sowohl Auswirkungen auf die stationäre Pflege als auch auf die ambulante Versorgungslandschaft. Wenn jedoch Alternativen für die ambulante und häusliche Pflege fehlen, könnten Menschen mit niedrigeren Pflegegraden zumindest für eine Übergangszeit weiterhin auf stationäre Pflege angewiesen sein. Dies könnte wegen der zukünftig höheren Eigenanteile voraussichtlich auch höhere Ausgaben bei den Stadt- und Landkreisen für die stationäre Hilfe zur Pflege zur Folge haben.

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 müssen sich immer mehr zu Stadtteil- oder Gemeindeservicezentren mit unterschiedlichsten Dienstleistungen entwickeln. Die Vernetzung mit anderen Serviceangeboten und Aktivitäten auf Stadtteil- beziehungsweise Gemeindeebene ist dabei ein wichtiger Erfolgsfaktor.

¹⁵³ Rothgang, Heinz, 2015: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), BT-Drucksache 18/5926. Universität Bremen: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

¹⁵⁴ Zitiert aus: Rillmann, Roman: Die Karten sind neu gemischt. In: Zeitschrift Altenheim 2/2017, S. 44.

¹⁵⁵ Vgl. Tybussek, Kai/Bauer, Benedikt: „Was jetzt zu tun ist, in: Altenheim Heft 12/2015

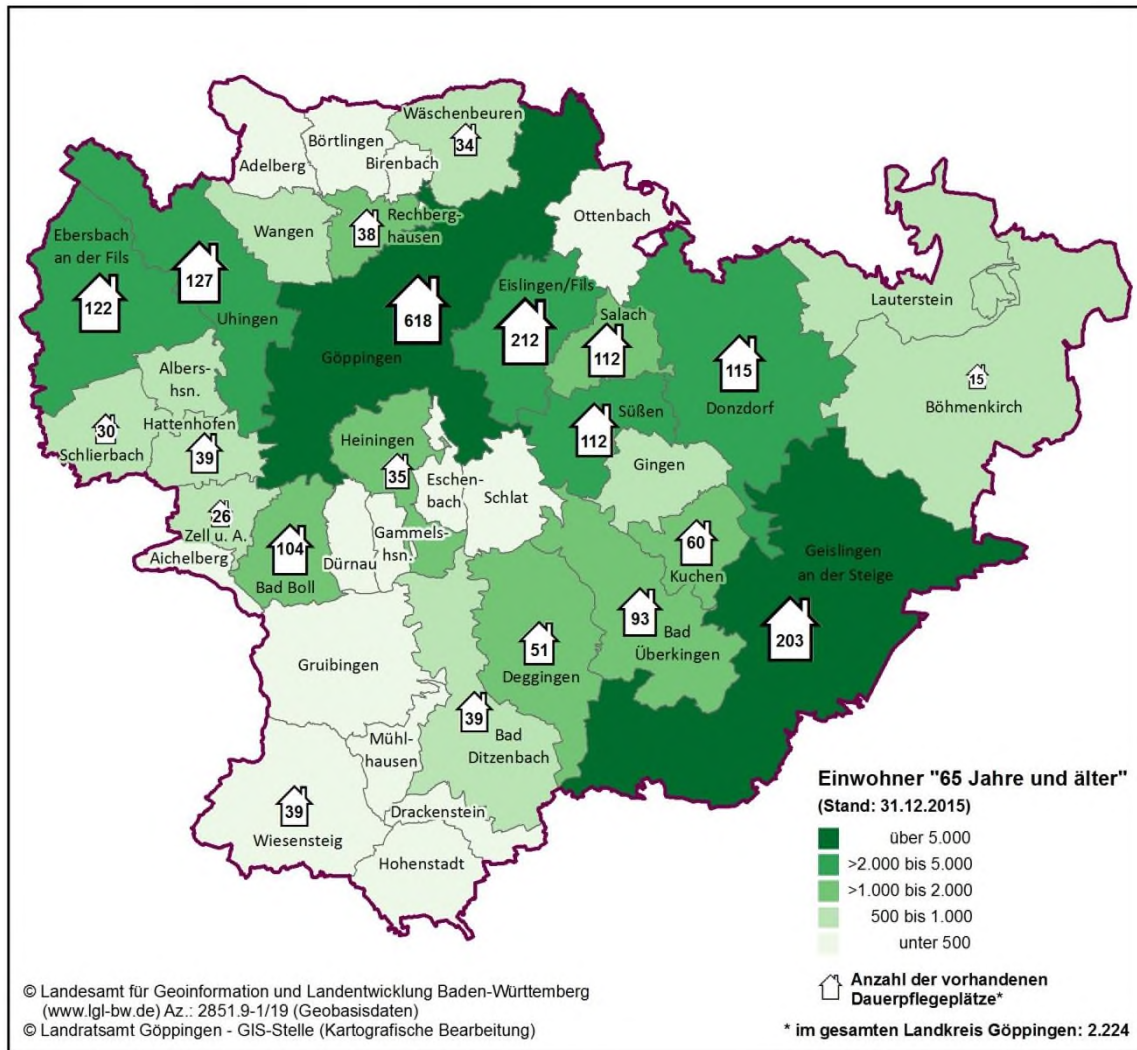
6.1 Stationäre Dauerpflege – Bestand im Landkreis Göppingen

Nach der aktuellen Übersicht der Heimaufsicht mit Stand vom Juni 2016 über die Dauerpflegeplätze im Landkreis Göppingen gab es in den 33 Pflegeheimen insgesamt 2.224 stationäre Pflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze).¹⁵⁶ Die Platzzahlen je Einrichtung unterschieden sich dabei stark. Neben 13 Pflegeheimen mit bis zu 40 Plätzen gab es auch 8 große Einrichtungen mit jeweils mindestens 100 Plätzen. Im Durchschnitt wurden pro Pflegeheim 67 Pflegebedürftige versorgt. Die 33 stationären Pflegeeinrichtungen verteilten sich auf 21 der 38 Landkreiskommunen. Pro Gemeinde stehen zwischen 15 und 618 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung.

Am meisten stationäre Pflegeplätze gab es in den drei großen Städten des Landkreises Eisligen, Geislingen und Göppingen. Auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Einwohnerzahl zeigt sich innerhalb der einzelnen Städte und Gemeinden des Landkreises eine große Varianz: Während in der Gemeinde Böhmenkirch 15,2 Pflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren zur Verfügung stehen, sind es in der Gemeinde Bad Überkingen 90,7. Auf den gesamten Landkreis bezogen liegt die Kennzahl bei 41,4. Damit liegt sie unter der Kennzahl für Baden-Württemberg mit 47 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren.

¹⁵⁶ Nachrichtlich wird vermerkt, dass im Christophsheim Göppingen zwar insgesamt 214 Pflegeplätze i.S. des SGB XI zur Verfügung stehen. Nachdem allerdings mehr als zwei Drittel der Bewohner unter 65 Jahre alt sind und der Schwerpunkt der pflegerischen Versorgung dieser Bewohner im Bereich der Psychiatrie liegt, wird für den Seniorenplan die vor Jahren vereinbarte und im Kreispflegeplan festgelegte Platzbestandszahl von 120 Plätzen zugrunde gelegt.

Abbildung 25: Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen am 30.06.2016



Karte: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Aufstellung der Heimaufsicht über die stationären Dauerpflegeplätze im Landkreis Göppingen zum 30.06.2016 sowie Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsforschreibung zum 31.12.2015.

Tabelle 8: Ist-Bestand an stationären Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) am 30.06.2016 im Landkreis Göppingen

Gemeinde	Anzahl Einrichtungen	Langzeitpflegeplätze (einschl. Kurzzeitpflegeplätze)	Einwohner 65 Jahre und älter (31.12.2015)	DP-Plätze pro 1.000 Einwohner 65 Jahre und älter
Bad Boll	1	104	1.213	85,7
Bad Ditzenbach	1	39	752	51,9
Bad Überkingen	1	93	1.025	90,7
Böhlenkirch	1	15	986	15,2
Deggingen	1	51	1.228	41,5
Donzdorf	1	115	2.541	45,3
Ebersbach	2	122	3.399	35,9
Eislingen	2	212	4.018	52,8
Geislingen	3	203	5.405	37,6
Göppingen	8	618	12.043	51,3
Hattenhofen	1	39	662	58,9
Heiningen	1	35	1.206	29,0
Kuchen	1	60	1.318	45,5
Rechberghausen	1	38	1.311	29,0
Salach	2	112	1.609	69,0
Schlierbach	1	30	869	34,5
Süßen	1	112	2.095	53,5
Uhingen	1	127	2.899	43,8
Wäschenbeuren	1	34	740	45,9
Wiesensteig	1	39	469	83,2
Zell	1	26	602	43,2
Gesamt	33	2.224	*	**

* Die Gesamtzahl der Einwohner in allen Gemeinden im Alter ab 65 Jahren im Landkreis Göppingen betrug 53.774.

** Insgesamt gab es im Landkreis Göppingen 41,4 Dauerpflegeplätze je 1.000 Einwohner im Alter über 65 Jahren.

Datenbasis: Aufstellung der Heimaufsicht über die stationären Dauerpflegeplätze im Landkreis Göppingen zum 30.06.2016; Bevölkerungsforschreibung auf Basis Zensus 2011: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Berechnungen: KVJS.

6.1.1 Strukturdaten der Pflegeheime

Auslastung

Im Rahmen der Seniorenplanung für den Landkreis Göppingen wurde im Sommer 2016 eine Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Von den 33 Pflegeeinrichtungen im Landkreis haben sich 24 Einrichtungen an der Erhebung beteiligt. Dies entspricht einer Beteiligung von 72,7 Prozent. Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Ergebnisse der Befragung. Es konnten nicht alle Einrichtungen die gesamten Fragen

beantworten. Dadurch ergeben sich bei den Darstellungen der Erhebungsergebnisse unterschiedliche Grundgesamtheiten.

In den 24 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gab es zum Stichtag der Erhebung (15.12.2015) insgesamt 1.630 Dauerpflegeplätze, davon waren 1.591 Plätze belegt. Dies entspricht 3,0 Personen in stationärer Pflege pro 100 Einwohner im Alter ab 65 Jahren.

Die Auslastungsquote lag im Durchschnitt bei 97,6 Prozent.

Wohn- und Betreuungskonzepte

- Die meisten Pflegeheime im Landkreis Göppingen fassen unterschiedliche Angebote unter einem Dach zusammen. So boten zum Stichtag der Erhebung am 15.12.2015 alle 24 vollstationären Pflegeeinrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, neben stationärer Dauerpflege auch Kurzzeitpflege an; sieben Heime verfügten zusätzlich über eingestreute oder solitäre Tagespflegeplätze.
- 11 Einrichtungen betrieben betreute Seniorenwohnungen in der Nachbarschaft zum Pflegeheim.
- In sechs Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen erfolgte die Betreuung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Wohn- oder Hausgemeinschaftsmodell nach Definition der KDA¹⁵⁷.
- Sieben Pflegeheime hatten spezielle Wohnbereiche beziehungsweise Tagesgruppen für Demenzzranke oder sonstige Pflegebedürftige, die auf ein besonderes beschützendes Umfeld angewiesen sind, eingerichtet.

Mit dem Samariterstift Geislingen und dem Samariterstift Altstadt in Geislingen (insgesamt 23 Plätze), dem Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen (23 Plätze), dem Seniorenzentrum St. Martinus in Göppingen (23 Plätze) verfügten vier Einrichtungen über geschützt geführte Wohnbereiche.

Zwei Einrichtungen im Landkreis Göppingen verfügten über eigene Demenzwohnbereiche.

Ein Pflegeheim bot eine Tagesbetreuung mit insgesamt 11 Plätzen für Menschen mit Demenz an.

Selbstverständlich nehmen auch die anderen Einrichtungen pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen auf, diese werden jedoch integriert betreut.

- Weitere Angebote für besondere Zielgruppen beispielsweise finden sich im Wohn- und Pflegestift Ebersbach, dem Samariterstift Geislingen sowie im Haus der Senioren Ostalb in Böhmenkirch (Apallikerversorgung), im Blumhardt-Haus in Uhingen (Bezugspflege) sowie im Pflegeheim Süßen (MS-Station mit 12 Plätzen).

¹⁵⁷ Kuratorium Deutsche Altershilfe

Bestand an Einzel- und Doppelzimmern

Nach der Übersicht der Heimaufsicht über die Dauerpflegeplätze im Landkreis Göppingen mit Stand vom Juni 2016 ergab sich, dass sechs Einrichtungen ausschließlich Einzelzimmer vorhielten. In den anderen 27 Einrichtungen gab es auch Doppelzimmer. In den Einrichtungen mit Doppelzimmern variiert der Einzelzimmeranteil zwischen 2,6 und 96,2 Prozent.

Da die Landesheimbau-Verordnung (LHeimBauVO) Baden-Württemberg seit dem Jahr 2009 einen Einzelzimmer-Anteil von 100 Prozent in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen vorschreibt, sind in den bestehenden Heimen bis zum Ende der 10-jährigen Übergangsfrist, nämlich bis zum 01.09.2019, alle Doppelzimmer abzubauen. Diese Frist kann für bestehende Heime auf bis zu 25 Jahre nach erstmaliger Inbetriebnahme oder erneuter Inbetriebnahme nach grundlegenden Sanierungs- oder Modernisierungsmaßnahmen verlängert werden.¹⁵⁸ Gemäß den ermessenslenkenden Richtlinien zur Landesheimbau-Verordnung sind unter bestimmten Voraussetzungen weitere Ausnahmeregelungen möglich.¹⁵⁹ Nichtsdestotrotz wird die gesetzliche Vorgabe in den meisten Einrichtungen zu einem Abbau der Doppelzimmer oder mindestens zu einer deutlichen Reduzierung und damit meistens auch zu einer Reduzierung der Platzzahlen führen.

Die Mehrzahl der stationären Einrichtungen im Landkreis Göppingen konnte Mitte 2016 noch keine genauen Angaben hinsichtlich des zukünftigen Bestands an Dauerpflegeplätzen machen. Nur wenige Träger können sich in Bezug auf das Jahr 2019 schon klar positionieren. Neun der befragten Einrichtungen gaben an, im Rahmen der LHeimBauVO bauliche Maßnahmen ergreifen zu wollen, um Doppel- in Einzelzimmer umzuwandeln, 3 Einrichtungen planen einen ergänzenden Neubau beziehungsweise Ersatz-Neubauten, eine Einrichtung plant einen Anbau. Durch die baulichen Neu- und Umbaumaßnahmen sowie der Rückführung von Doppel- in Einzelzimmer wird sich bei diesen 13 Einrichtungen nach Angaben der Träger die vorhandene Platzzahl im Landkreis Göppingen insgesamt voraussichtlich um 81 Plätze verringern. Weitere 14 Pflegeplätze werden in der Stadt Eislingen nach Rückmeldung der Heimaufsicht durch den Doppelzimmerabbau wegfallen. In der Gemeinde Wiesensteig wird eine Pflegeeinrichtung mit bisher 39 Plätzen durch einen Neubau mit 48 Plätzen ersetzt. Bis zum Jahr 2019 werden in Albershausen, Gingen, Geislingen und Wangen vier zusätzliche Pflegeheime mit insgesamt 184 Dauerpflegeplätzen errichtet. Bis zum Jahr 2019 würden im Landkreis Göppingen nach Berücksichtigung dieser Maßnahmen voraussichtlich 2.340 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung stehen.

In der Annahme, dass die anderen Einrichtungen, die sich hinsichtlich ihres zukünftigen Bestands an stationären Pflegeplätzen bis zum Jahr 2019 noch nicht klar positionieren

¹⁵⁸ 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.

¹⁵⁹ Vgl. Ermessenslenkende Richtlinien zur LHeimBauVO des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Stand: Februar 2015.

konnten, 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 Gesamtplatzzahl um weitere 86 Pflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze)¹⁶⁰ verringern.

Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Engagierten

21 der 24 Pflegeeinrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, arbeiten mit ehrenamtlichen Kräften zusammen; insgesamt unterstützten zum Stichtag zirka 475 Personen die Pflegeheime im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements. Diese Mitarbeiter übernehmen hauptsächlich Aufgaben im Rahmen der sozialen Betreuung (z.B. Spaziergehen, Gespräche, Vorlesen, Gottesdienstbesuche), Beschäftigung (Ausflüge, Spielen, Musik und Veranstaltungen) sowie bei der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen (themenbezogene und kirchliche Veranstaltungen). Die ehrenamtlich Engagierten ergänzen und bereichern den Heimalltag und fördern die Lebensqualität und Teilhabe der Bewohner. Einige Pflegeeinrichtungen sind auch Mitglied im BELA-Netzwerk, das Ehrenamtliche regelmäßig schult und fortbildet.¹⁶¹

Hospiz- und Palliativversorgung

- In insgesamt 16 der 24 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gab es zum Stichtag der Erhebung Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation in Palliativpflege.
- 18 Einrichtungen nahmen bei Bedarf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Anspruch.
- In 10 Pflegeeinrichtungen gab es eine Hospiz-/ Sitzwachengruppe und in 18 Einrichtungen wurden Sterbende durch Ehrenamtliche des Fördervereins Hospizbewegung Kreis Göppingen e.V. begleitet.

Öffentliche Angebote und Kooperationen in der Gemeinde

- Einige stationäre Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen machen offene, gemeinwesenorientierte Angebote für Bürger, die in der Standortkommune oder im Wohnquartier leben. Zum Stichtag offerierten neun Einrichtungen eine öffentliche Cafeteria, 14 Pflegeheime hatten einen offenen Mittagstisch und sechs Einrichtungen eine Begegnungsstätte. Einzelne Einrichtungen boten zudem öffentliche Gottesdienste,

¹⁶⁰ Nicht berücksichtigt wurden hierbei aufgrund der oben ausgeführten Problematik die vorhandenen Doppelzimmer im Christophsheim Göppingen (siehe Fußnote 156).

¹⁶¹ Initiative für Bürgerschaftliches Engagement für mehr Lebensqualität in Pflegeheimen: Im BELA-Netzwerk beteiligen sich 15 Pflegeeinrichtungen des Landkreises. Ziel ist die Erhöhung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen durch Bürgerengagement; die Kompetenz der ehrenamtlichen Helfer wird durch entsprechende Fortbildungen gestärkt.

Infoveranstaltungen, Musiknachmittage sowie kirchliche und kulturelle Veranstaltungen an.

- Eine Einrichtung hatte einen häuslichen Betreuungsdienst und eine andere eine „Fünf-Esslinger-Gruppe“ im Angebot.
- Fast alle Einrichtungen kooperierten regelmäßig mit örtlichen Vereinen (zum Beispiel den Musikvereinen, Fördervereinen, Sportvereinen, Landfrauenvereinen sowie Obst- und Gartenbauvereinen), Kindergärten, Schulen, Kirchengemeinden oder der Stadtbeziehungsweise Gemeindeverwaltung.
- Darüber hinaus hatten einige Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit dem BELA-Netzwerk, dem Seniorennetzwerk der Stadt Göppingen, den Netzwerken Demenz Ebersbach, Eislingen, Geislingen, Göppingen und Salach, mit Tagespflegeanbietern, Sozialstationen, Berufsfachschulen, mit dem Stadtseniorenrat und dem „Runden Tisch Pflege und Gesundheit“.

Zukünftige Planungen

- 11 Einrichtungen gaben an, ihr Angebot künftig verändern oder ergänzen zu wollen. Von diesen wird im Bereich der Wohn- und Betreuungskonzepte angestrebt, Servicewohnen in Mietwohnungen im Haus anzubieten (eine Nennung), stationäre Hausgemeinschaften einzurichten (eine Nennung) und Entbürokratisierungsmaßnahmen durchzuführen (eine Nennung). Eine Einrichtung befand sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Planungsphase.
- Eine Einrichtung möchte ihr Dienstleistungsangebot durch einen begleitenden Fahrdienst und einen häuslichen Betreuungsdienst erweitern. Eine weitere Einrichtung befand sich diesbezüglich noch in der Planungsphase.
- Im Bereich Kooperation und Vernetzung streben die Einrichtungen die Kooperation mit dem Hospizverein (eine Nennung) sowie eine engere Zusammenarbeit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch die Schließung eines Kooperationsvertrags an (eine Nennung).

6.1.2 Bewohnerstruktur der Pflegeheime

Im Rahmen der Bestandserhebung wurden die stationären Einrichtungen auch gebeten, detaillierte Angaben zu den Bewohnern zu machen, die von ihnen zum Stichtag 15.12.2015 betreut und gepflegt wurden. Erfragt wurden hierbei Altersklassen, Pflegestufen sowie die Wohnform und der Wohnort vor Heimeinzug.

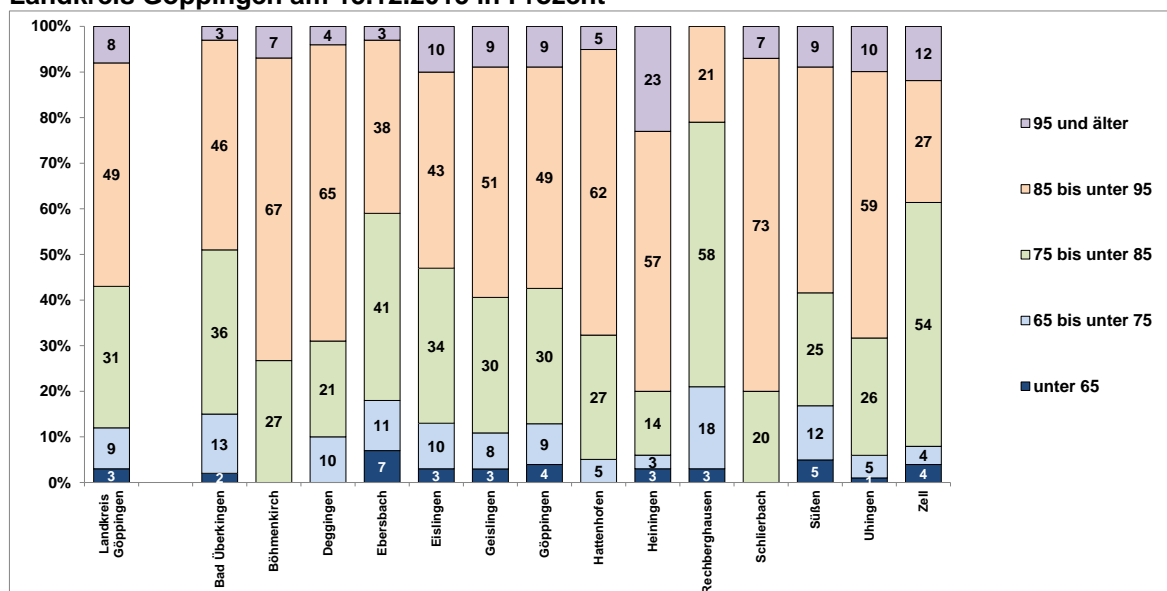
Altersstruktur

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Bewohner zeigt sich, dass:

- die Hälfte der dauerhaft im Pflegeheim Wohnenden (57 Prozent) über 85 Jahre alt war (BW: 52 Prozent laut Pflegestatistik 2015)
- 31 Prozent waren zwischen 75 und 85 Jahre alt (BW: 30,7 Prozent) und
- 12 Prozent waren jünger als 75 Jahre (BW: 17,5 Prozent).

Im Landkreis Göppingen leben mehr ältere Menschen ab 85 Jahre und weniger Menschen unter 75 Jahre in einer Pflegeeinrichtung als im Landesdurchschnitt.

Abbildung 26: Altersstruktur der Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen am 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=1.482).

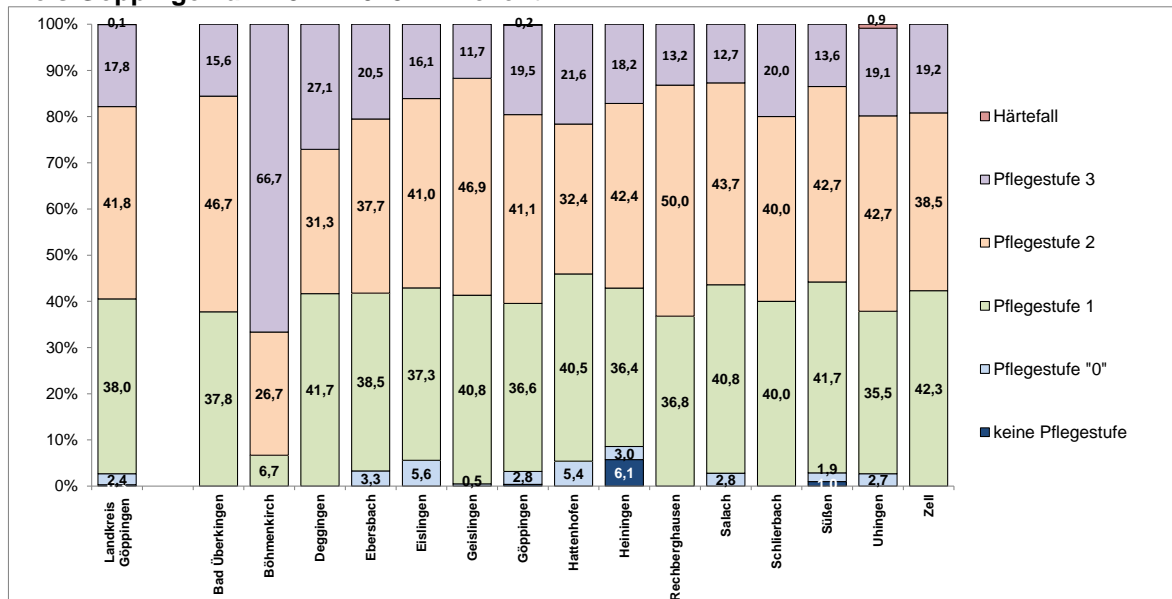
Pflegestufen und eingeschränkte Alltagskompetenz

Bei den Pflegestufen waren in der Dauerpflege:

- 38 Prozent in Pflegestufe 1,
- rund 42 Prozent in Pflegestufe 2 und
- 18 Prozent der Bewohner in Pflegestufe Stufe 3 (inklusive Härtefälle) eingestuft.

Dies entspricht in etwa der durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen in allen stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, wie sie sich aus der Pflegestatistik 2015 ergibt (Stufe 1: 37 Prozent, Stufe 2: 41 Prozent, Stufe 3: 21 Prozent).

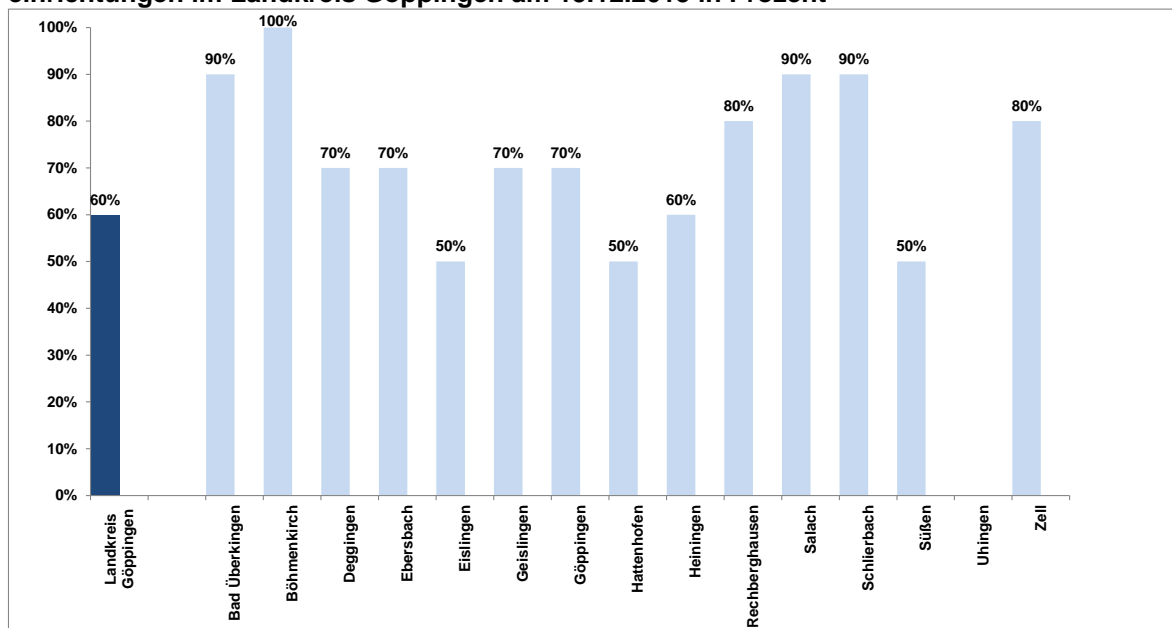
Abbildung 27: Pflegestufen der Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen am 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=1.547).

Landkreisweit hatten fast zwei Drittel (60 Prozent) der Bewohner der befragten Pflegeheime (964 Personen) eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer demenziellen Erkrankung. In fünf Einrichtungen lag ihr Anteil sogar bei mindestens 80 Prozent, in einer Pflegeeinrichtung hatten sogar alle Bewohner eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz.

Abbildung 28: Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen am 15.12.2015 in Prozent



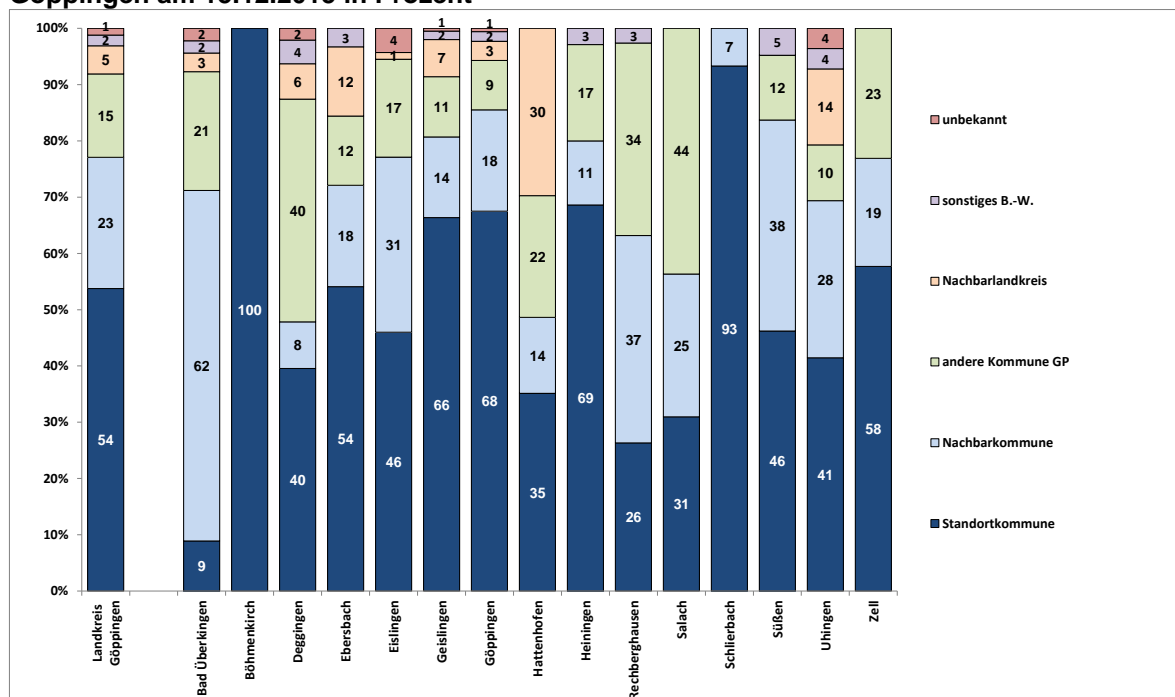
Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=1.547).

Herkunftsort und Wohnform der Bewohner vor Einzug

Von den Bewohnern der befragten Pflegeeinrichtungen:

- stammen 92 Prozent aus dem Landkreis Göppingen: 77 Prozent stammen aus der Standortkommune der Einrichtung oder aus der benachbarten Kommune, rund 15 Prozent aus einer sonstigen Gemeinde im Kreisgebiet.
- kommen fünf Prozent aus angrenzenden Landkreisen. Dieser Personenanteil ist in Einrichtungen besonders hoch, die in einer Kommune an der Kreisgrenze liegen. Es kann jedoch auch davon ausgegangen werden, dass ein Teil der pflegebedürftigen Menschen aus dem Landkreis Göppingen in eine Pflegeeinrichtung der angrenzenden Landkreise zieht, zumal diese manchmal räumlich näher sein können.
- haben zwei Prozent vor dem Umzug in ein Pflegeheim in anderen Kreisen Baden-Württembergs gewohnt. Dies könnte u.a. daran liegen, dass ältere Menschen aus anderen Kreisen mit zunehmendem Pflegebedarf zu ihren im Landkreis Göppingen lebenden und arbeitenden Kindern umziehen.
- ist bei einem Prozent der vorherige Wohnort nicht bekannt.

Abbildung 29: Herkunft der Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen am 15.12.2015 in Prozent

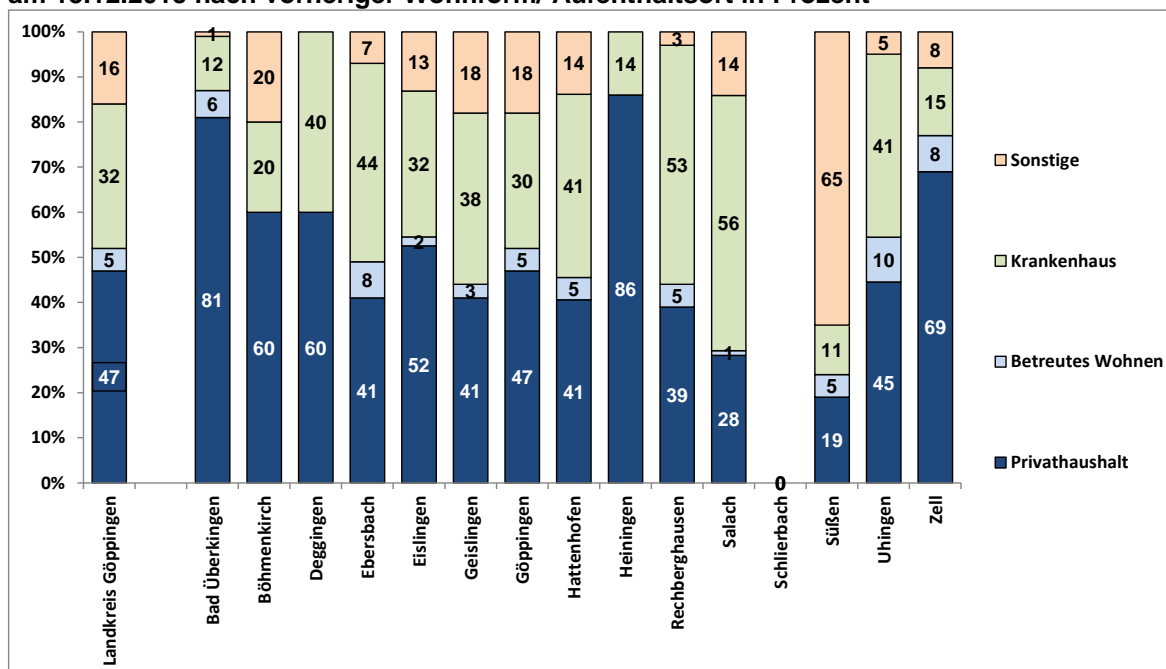


Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=1.551).

Vor dem Einzug in das Pflegeheim lebten:

- 47 Prozent der Bewohner in der privaten Häuslichkeit,
- 32 Prozent waren nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr nach Hause entlassen sondern direkt in ein Pflegeheim verlegt worden,
- 5 Prozent lebten vorher im betreuten Wohnen und
- 16 Prozent kamen unter anderem aus einer Rehabilitationsmaßnahme in das Pflegeheim.

Abbildung 30: Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen am 15.12.2015 nach vorheriger Wohnform/ Aufenthaltsort in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015 (N=1.400).

6.1.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der teil- und vollstationären Pflege im Landkreis Göppingen wurde im Rahmen eines Fachgesprächs mit Leitungskräften und Mitarbeitenden der entsprechenden Einrichtungen diskutiert und bewertet.

Die Teilnehmer sahen dabei im Hinblick auf die Personen, die sie in den Einrichtungen versorgen, Handlungsbedarf bei folgenden Themen:

- Mehr Alleinstehende ältere Menschen (lange Betreuungsverfahren, dadurch Finanzierungslücken, hoher Verwaltungsaufwand)
- Palliative Versorgung
- Personalschlüssel bei Begleitung sterbender Menschen in Pflegeheimen

- Zustand der Menschen in den stationären Einrichtungen, aber auch in Tagespflegeeinrichtungen, teilweise Verwahrlosung
- Mehr Menschen mit schlechterem gesundheitlichen Zustand (Multimorbidität)
- Ansprüche der Angehörigen an Dienste und Einrichtungen
- Zunehmender Beratungsbedarf
- Mehr Menschen mit Migrationshintergrund
- Zahl der Männer in Heimen nimmt zu
- Auflagen/ gesetzliche Regelungen/ Beschränkungen
- Die Struktur der Pflegeheimbewohner verträgt sich nicht mit dem Wohngruppenkonzept (zukünftig verstärkt durch PSG II)
- Fehlende Wahrnehmung von Pflege und Betreuung als Dienstleistung
- Ansprüche der Bewohner ändern sich (Wertvorstellungen)
- Aufwändiges Verfahren bei „Überwachung“ (Tracking/ Transponder)
- Medikamente
- Multiresistente Keime → hohe Kosten/ hoher Aufwand bei der Hygiene

Die stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen reagieren bereits heute auf die Themen mit folgenden Maßnahmen:

- Angebot des Servicewohnens beim Pflegeheim (mit optionalen Serviceleistungen)
- Bauliche Anpassungen insbesondere im Hinblick auf die Zunahme demenziell erkrankter Personen
- Information und Einbindung von Angehörigen
- Modernisierung (WLAN-Zugang)
- Sprachkompetenz der Mitarbeiter fördern
- Qualifizierung von Personal/ Weiterbildungen anbieten

Die stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die nachfolgenden Vorschläge, um künftig noch besser auf die Herausforderungen zu reagieren:

- Informationsbörse über freie Plätze
- Koordination von Pflegeleistungen (Case Management)
- Dezentrale Beratungsstruktur
- Einfluss auf Landesregierung bezüglich der Verringerung von Regelungen/ Auflagen
- Einrichten eines verpflichtenden sozialen Jahrs für alle
- Optimierung des Übergangmanagement Klinik – Einrichtung

In Bezug auf das Hilfesystem und die Vernetzung im Landkreis Göppingen sehen die stationären Einrichtungen folgenden Handlungsbedarf:

- Es sollten spezifische Angebote eingerichtet werden vor dem Hintergrund des Krankenhausstrukturgesetzes, für die junge Pflege und jungen Menschen mit Demenz
- Fachärztliche Versorgung im Pflegeheim schwierig (z.B. Urologie)
- Bedarf an Betreuung bei eingeschränkter Alltagskompetenz steigt

Es gibt bereits die nachfolgenden Kooperationen und Netzwerke im Landkreis Göppingen:

- Fachkonferenz Altenhilfe – bewährtes Netzwerk
- Träger haben eigene Netzwerke auf Verbandsebene
- Kooperationen mit Vereinen, Schulen, Kindergärten haben sich bewährt und laufen gut
- Palliativ Care – gute Ansätze zur Umsetzung (Patientenverfügung, Vollmacht)
- Gesundheitskonferenz: Delegation der Pflegeheime ist nicht dabei

Die Einrichtungen formulierten die nachfolgenden Verbesserungsvorschläge:

- Bekanntheitsgrad SAPV optimieren, zum Beispiel im unteren Filstal
- Mitgliedschaft der stationären Einrichtungen in Gesundheitskonferenz
- Entlass-Management und Zusammenarbeit mit den Akutkliniken verbessern
- Treffen der Pflegedienstleitungen wieder durchführen
- Flexible und übergreifende Personaleinsätze zwischen ambulanten, stationären und teilstationären Trägern
- Netzwerk Gut Altwerden in der Kommune
- Aufklärung über Versicherungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Seniorenräte
- Dezentrale Beratungsangebote vor dem Hintergrund des PSG III in den Kommunen ausbauen
- Öffentlichkeitsarbeit: Wissenstransfer
- Infoveranstaltungen durchführen
- Über Beratung durch Pflegestützpunkt informieren

6.1.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Stationäre Pflegeheime sind ein unverzichtbarer Baustein in der Versorgung vor allem hochbetagter, demenziell oder multimorbid erkrankter Pflegebedürftiger oder von Menschen mit Bedarf an Palliativpflege. Sowohl der quantitative Bedarf als auch die qualitativen Anforderungen werden nach Einschätzung der lokalen Experten weiter steigen.

Ziel:

Bis 2030 stehen im Landkreis Göppingen 2.918 vollstationäre Pflegeplätze mit hoher Qualität und differenzierten Wohn- und Betreuungskonzepten (zum Beispiel Wohn-Pflegekonzepte für Menschen mit Demenz oder Palliativpflege) in wohnortnaher Lage zur Verfügung. Sie sind als Dienstleistungszentren mit möglichst breitem Angebot eng eingebunden in die Quartiere beziehungsweise Sozialräume der Kommune und gut vernetzt (unter anderem mit bürgerschaftlichen Netzwerken, dem medizinischen Bereich und der Palliativpflege).

Handlungsempfehlungen:

43. Der Landkreis Göppingen unterstützt beziehungsweise forciert sozialplanerisch den bedarfsgerechten und qualitätsvollen Ausbau der vollstationären Pflege und Versorgung und stimmt Planungen untereinander ab. Es gilt, regionale Versorgungsdefizite durch kleine, wohnortnahe Pflegeangebote auszugleichen. Außerdem sind differenzierte Wohn- und Betreuungskonzepte für bestimmte Zielgruppen (z.B. Menschen mit Demenz) wichtig.
44. Die wertvolle Mitwirkung von ehrenamtlich Engagierten und auch Angehörigen in den stationären Pflegeeinrichtungen wird von Seiten des Landkreises weiter gefördert (z.B. im Rahmen des BELA-Netzwerkes).
45. Der Landkreis Göppingen aktualisiert das Verzeichnis der Pflegeheime im Wegweiser für Seniorinnen und Senioren regelmäßig (die elektronische Version jährlich).
46. Die Heimaufsicht begleitet und unterstützt die Träger bei der Umsetzung der Landesheimbauverordnung und neuer Wohn- und Betreuungskonzepte sowie bei der Realisierung neuer Pflegeheimprojekte.
47. Der Landkreis Göppingen setzt sich dafür ein, dass die stationären Pflegeeinrichtungen in der Gesundheitskonferenz vertreten sind.

7 Vorausrechnung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen im Jahr 2030

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Veränderungen ist für die qualifizierte Planung von Pflegeangeboten im Landkreis Göppingen neben der 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 vor.¹⁶² 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 durchgeführt und die Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2015 veröffentlicht. Somit liegen neuere Daten vor, die aktuellere Entwicklungen, zum Beispiel 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 Göppingen bis zum Jahr 2030 berechnet. Damit soll rechtzeitig die sozialplanerische Voraussetzung für die Gestaltung und Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots an Pflegeplätzen geschaffen werden. Eine Aussage über eine künftige Auslastung der Einrichtungen oder die Wirtschaftlichkeit von bestehenden oder künftigen Einrichtungen ist damit nicht verbunden.

Die Orientierungswerte wurden für den Kreis und die einzelnen Gemeinden bestimmt. In den Gemeinden und Städten wird über die Infrastruktur für ältere Menschen entschieden.

7.1 Methodik

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

- die Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2015
- die regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg auf der Basis der Bevölkerungsstatistik vom 31.12.2014¹⁶³
- die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zum Stichtag 15.12.2015.

Aus der Pflegestatistik wurden zum einen die Angaben zur Anzahl pflegebedürftiger Frauen und Männer in bestimmten Altersgruppen übernommen. Zum anderen wurde

¹⁶² 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.

¹⁶³ 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.

die Information verwendet, welche Leistungen pflegebedürftige Frauen und Männer in einer bestimmten Altersgruppe in Anspruch nehmen, das heißt ob sie durch einen Ambulanten Dienst, zu Hause durch Angehörige oder in einem Pflegeheim gepflegt werden.

- die Ergebnisse der Erhebung bei den vollstationären Pflege- und den Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung zum Stichtag 15.12.2015.

Mit den Informationen aus der Pflegestatistik wurde zunächst bestimmt, wie viele pflegebedürftige Frauen und Männer es im Jahr 2015 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:

Tabelle 9: Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht bezogen auf 1.000 Einwohner der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2015

Alter in Jahren	Männliche Pflegebedürftige pro 1.000 Männer der jeweiligen Altersgruppe	Weibliche Pflegebedürftige pro 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe
unter 65	7,3	6,4
65 bis unter 70	31,3	27,7
70 bis unter 75	50,7	49,6
75 bis unter 80	87,8	98,5
80 bis unter 85	173,2	229,2
85 bis unter 90	321,9	442,6
90 und älter	552,6	717,8

Datenbasis: Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

Unter der Annahme, dass der Anteil der Frauen und Männer in den entsprechenden Altersgruppen, die in Zukunft pflegebedürftig werden, sich nicht verändern wird, wurde die künftige Zahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2030 bestimmt. Die aus Tabelle 9 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 2015 (15.12.2015) genutzt hatten. Die Anteile

der Pflegebedürftigen nach den Angeboten liegen nach Alter und Geschlecht differenziert vor. Die entsprechenden Anteile wurden im Kapitel 4.2, Tabelle 1 bereits dargestellt und werden daher an dieser Stelle nicht nochmals abgebildet.

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 Dauerpflegeplätze 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 sind.¹⁶⁴

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 2015 (=Status-Quo-Annahme). Das heißt zum Beispiel: Auch im Jahr 2030 werden 20 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen mit Pflegebedarf im Landkreis Göppingen in einem Pflegeheim versorgt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der Bedarfsvorausrechnung ist zu berücksichtigen, dass eine exakte Vorhersage der künftigen Entwicklung nicht möglich ist. Eine Vorausrechnung zeigt eine mögliche, unter gegebenen Voraussetzungen und Annahmen wahrscheinliche, Entwicklung auf. Bei der Berechnung der Orientierungswerte wurden mehrere Annahmen getroffen beziehungsweise übernommen:

- Die Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes trifft Annahmen zur künftigen Geburten- und Sterberate und zu künftigen Wanderungsbilanzen. Für alle Annahmen werden die Erfahrungen der Vergangenheit zugrunde gelegt.

¹⁶⁴ Um Dopplungen zu vermeiden, werden in der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg 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.

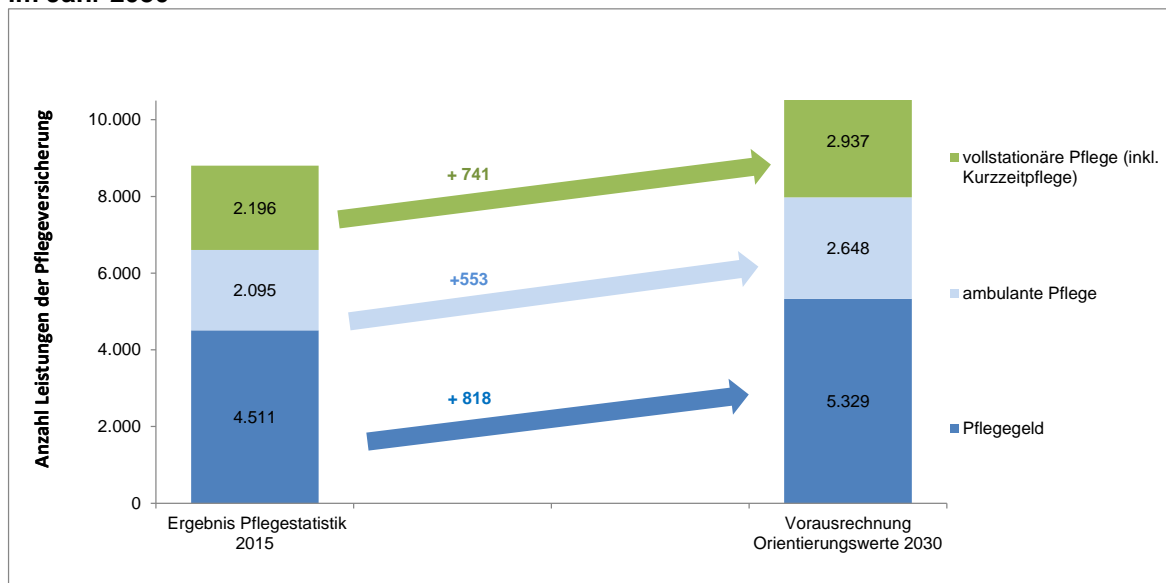
- Auch für die Bestimmung der künftigen Zahl der pflegebedürftigen Menschen wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass der Anteil der pflegebedürftigen Frauen und Männern in bestimmten Altersgruppen in der Zukunft gleich bleibt. Baden-Württemberg weist im Vergleich mit anderen Bundesländern eine geringe 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, in Zukunft weiter zunimmt.
- Besonders schwierig sind Voraussagen über die zukünftige Nutzung einzelner pflegerischer Angebote durch die Pflegebedürftigen. Die Pflegelandschaft ist derzeit im Umbruch. Die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze auf das Wahlverhalten der Pflegebedürftigen und die Angebote, die die Träger schaffen, können derzeit noch nicht abschließend bewertet werden.

Die auf der Basis der Annahmen und vorhandenen Daten berechneten Ergebnisse für das Jahr 2030 sind daher als Orientierungswerte zu verstehen. Sie können einen Ausgangspunkt für planerische Überlegungen darstellen, um die Weichen für die zukünftige Bedarfsdeckung stellen zu können. Die Orientierungswerte können eine regelmäßige Beobachtung der tatsächlichen Entwicklung nicht ersetzen. Gegebenenfalls müssen die Annahmen und die sich daraus ergebenden Bedarfsaussagen im Zeitverlauf angepasst werden.

7.2 Ergebnisse

Als Ergebnis der Vorausrechnung ergibt sich, dass im Jahr 2030 im Landkreis Göppingen insgesamt 10.914 Pflegeleistungen benötigt werden. Das sind insgesamt über 2.100 Leistungen mehr als im Jahr 2015. Die Zunahme der einzelnen Leistungen wurde unter der Bedingung bestimmt, dass sich das Nachfrageverhalten nicht ändert. Wenn es zu Veränderungen in der Leistungsgewährung kommt, wie zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze oder durch das Krankenhausstrukturgesetz, dann wird sich auch das Nachfrageverhalten verändern. Es kann dadurch zu Verschiebungen zwischen den einzelnen Versorgungsarten kommen. Deshalb werden bei der Vorausrechnung alle Pflegeleistungen dargestellt, die in Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklung benötigt werden. Nachfolgend wird auf die einzelnen Pflegeleistungen eingegangen.

Abbildung 31: Pflegeleistungen im Jahr 2015 und Orientierungswerte der Pflegeleistungen im Jahr 2030



Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

Für die Deckung des zukünftigen Bedarfs ist das Zusammenspiel der einzelnen Pflegeleistungen von Bedeutung. Beispielsweise kann durch die Ausweitung von ambulanten Pflegeleistungen mit gleichzeitiger teilstationärer Versorgung in einer Tagespflege der Bedarf an stationären Dauerpflegeplätzen in bestimmten Kommunen ausgeglichen werden. Wie der zukünftige Bedarf schließlich gedeckt wird, ob und welche Verschiebungen innerhalb der einzelnen Pflegeleistungen erfolgen, ist eine **politische Entscheidung**, die dem Landkreis obliegt.

Die Pflegestatistik 2015 spiegelt die Leistungsausweitungen durch das Pflegestärkungsgesetz I nicht in vollem Umfang wider. Die Pflegestatistik wurde zum Stichtag 31.12.2015 erhoben. Das PSG I trat zum Anfang des Jahres 2015 in Kraft. Das Nutzungsverhalten der Pflegebedürftigen und eine mögliche Reaktion durch Anbieter benötigt vermutlich mehr Zeit und wird sich erst in den folgenden Erhebungen zeigen. Da das Pflegestärkungsgesetz II erst 2017 in Kraft trat, werden die Auswirkungen erst in der Pflegestatistik 2017 sichtbar. 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.

Tabelle 10: Vorausberechnete Pflegeleistungen ambulant, teilstationär und stationär im Jahr 2030 nach Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen

Orientierungswerte in den einzelnen Gemeinden des Landkreises im Jahr 2030					
Gemeinde	ambulante Leistungen	vollstationäre Pflege (Dauer- und Kurzzeitpflege)	Pflegegeld	Summe	nachrichtlich: Tagespflege
Adelberg	19	20	38	76	1,9
Aichelberg	12	13	25	50	1,2
Albershausen	41	45	83	169	4,2
Bad Ditzenbach	39	42	79	160	3,9
Bad Überkingen	49	55	93	197	5,0
Birenbach	20	21	39	80	2,0
Böhmenkirch	53	57	109	219	5,4
Börtlingen	19	20	37	76	1,9
Bad Boll	61	69	119	249	6,3
Deggingen	58	65	115	238	6,0
Donzdorf	116	127	231	474	11,9
Drackenstein	3	3	7	13	0,3
Dürnau	19	20	40	79	1,9
Ebersbach	162	179	326	667	16,5
Eislingen	210	230	425	865	21,4
Eschenbach	23	24	46	93	2,3
Gammelshausen	15	17	30	61	1,5
Geislingen	277	305	563	1.145	28,3
Gingen	46	51	92	189	4,7
Göppingen	601	663	1.208	2.472	61,4
Gruibingen	20	21	43	84	2,0
Hattenhofen	34	37	68	139	3,5
Heiningen	55	60	107	222	5,6
Hohenstadt	8	8	17	34	0,8
Kuchen	63	70	124	258	6,5
Lauterstein	26	29	53	108	2,7
Mühlhausen im Täle	9	10	20	39	0,9
Ottenbach	25	27	51	103	2,6
Rechberghausen	61	67	122	250	6,3
Salach	85	94	173	352	8,7
Schlat	16	17	33	66	1,7
Schlierbach	43	47	88	178	4,4
Süßen	105	114	213	432	10,7
Uhingen	140	154	284	578	14,3
Wäschenbeuren	37	41	76	154	3,8
Wangen	33	37	64	134	3,4
Wiesensteig	21	24	41	86	2,1
Zell unter Aichelberg	30	32	61	123	3,1
Landkreis Göppinger	2.655	2.918	5.341	10.914	271

Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Vollstationäre Dauerpflege einschließlich eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflege

Für die Städte und Gemeinden des Landkreises Göppingen wurden die nachfolgenden Orientierungswerte für die vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2030 berechnet. Im Jahr 2030 werden im Landkreis Göppingen voraussichtlich 2.918 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflegeplätze) benötigt.

Aktuell stehen im Landkreis Göppingen insgesamt 2.242 Dauerpflegeplätze, darunter 129 eingestreute und 18 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze, zur Verfügung. Hinzu kommen 232 Plätze, die bereits im Bau beziehungsweise in Planung sind. Gleichzeitig ist der Abbau von 134 Dauerpflegeplätzen geplant, um die LHeimBauVO umzusetzen (siehe Kapitel 6.1.1 Strukturdaten der Pflegeheime). Diese Planungen sind im Bestand 2030 bereits berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurden noch nicht baureife Projekte, deren Umsetzung zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch unsicher war.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Darunter fällt beispielsweise ein geplanter Ersatz-Neubau für wegfallende Pflegeplätze im Christophsheim Göppingen im Rahmen der LHeimBauVO oder der beabsichtigte Umbau von zwei ambulanten Wohngemeinschaften in der Seniorenresidenz am SBI-Park in Kuchen zu 11 Pflegeplätzen.

Tabelle 11: Bestand an Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflegeplätzen) im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für das Jahr 2030 im Landkreis Göppingen

Gemeinden	2016		2030		
	Bestand	in Planung	Voraussichtlicher Bestand*	Orientierungswerte (Status-Quo-Annahme)	Saldo
Adelberg				20	-20
Aichelberg				13	-13
Albershausen		50	50	45	5
Bad Ditzenbach	39		39	42	-3
Bad Überkingen	93	-17	76	55	21
Birenbach				21	-21
Böhmenkirch	15		15	57	-42
Börtlingen				20	-20
Bad Boll	106		106	69	37
Deggingen	51		51	65	-14
Donzdorf	115		115	127	-12
Drackenstein				3	-3
Dürna				20	-20
Ebersbach	122	-26	96	179	-83
Eislingen	212	5	217	230	-13
Eschenbach				24	-24
Gammelshausen				17	-17
Geislingen	209	58	267	305	-38
Gingen		40	40	51	-11
Göppingen	622	-27	595	663	-68
Gruibingen				21	-21
Hattenhofen	39		39	37	2
Heiningen	35		35	60	-25
Hohenstadt				8	-8
Kuchen	64		64	70	-6
Lauterstein				29	-29
Mühlhausen im Täle				10	-10
Ottenbach				27	-27
Rechberghausen	38	-1	37	67	-30
Salach	112		112	94	18
Schlat				17	-17
Schlierbach	30	-2	28	47	-19
Süßen	112	-20	92	114	-22
Uhingen	129		129	154	-25
Wäschenbeuren	34		34	41	-7
Wangen		30	30	37	-7
Wiesensteig	39	9	48	24	24
Zell unter Aichelberg	26	-1	25	32	-7
Landkreis Göppingen	2.242	98	2.340	2.918	-578

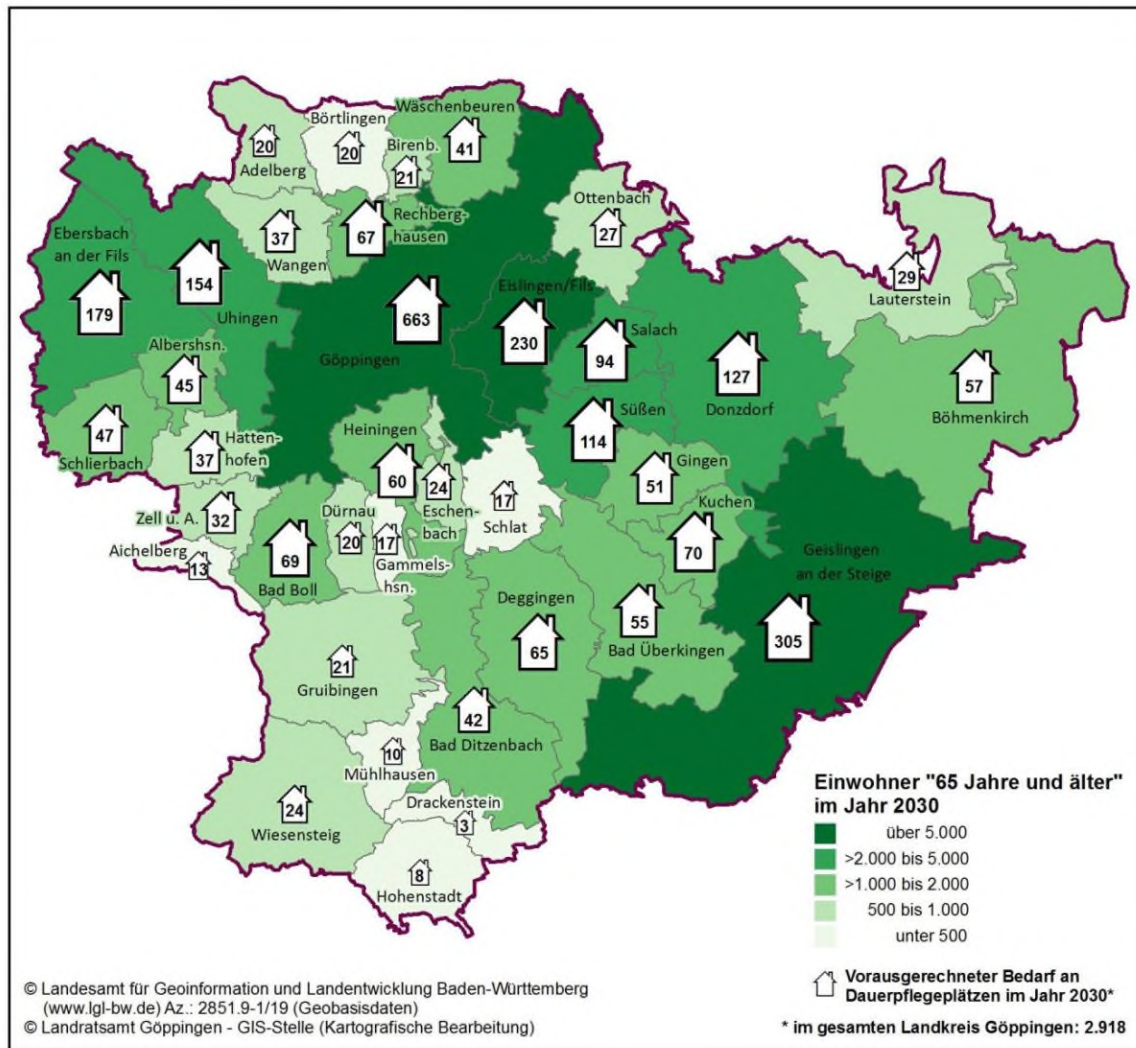
*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Landkreis Göppingen, Heimaufsicht und Altenhilfefachberatung, Stand 2016, Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Der Abgleich des voraussichtlichen Bestands im Jahr 2030 mit den Orientierungswerten zeigt, dass es insgesamt im Landkreis Göppingen bis zum Jahr 2030 einen Bedarf von voraussichtlich 578 Dauerpflegeplätzen einschließlich eingestreuter und ganzzähriger Kurzzeitpflegeplätze zusätzlich zu den bereits vorhandenen und bis zum Jahr 2030 geplanten Plätzen geben wird. In 32 von 38 Gemeinden werden zusätzliche Dauer- und Kurzzeitpflegeplätze benötigt. Zu beachten ist allerdings, dass Gesetzesänderungen die Angebotslandschaft beeinflussen können.

Bei der Darstellung des voraussichtlichen Bestands im Jahr 2030 sind die bereits bekannten Planungen berücksichtigt worden. Wenn in den Einrichtungen, die noch keine sichere Planung bis zum Jahr 2019 haben, 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 (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) um 86 führen¹⁶⁶. Die verbindliche Vorgabe der LHeimBauVO eröffnet gleichzeitig aber auch Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine künftig regional ausgewogenere und bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegeplätzen im Landkreis sowie für die Qualifizierung des bestehenden Pflegeplatzangebots (zum Beispiel für die Versorgung von Demenzkranken). So könnten in Kommunen, in denen bisher für die eigene Bevölkerung nicht genügend Plätze zur Verfügung standen, Ersatzplätze für an anderer Stelle wegfallende Plätze geschaffen werden. Auch mit alternativen Angeboten (zum Beispiel ambulant betreute Wohngemeinschaften) könnte der Bedarf an Leistungen der Pflege gedeckt werden.

¹⁶⁶ Nicht berücksichtigt wurden die vorhandenen Doppelzimmer im Christophsheim Göppingen (siehe Fußnote 156).

Abbildung 32: Vorausberechneter Bedarf an stationären Dauerpflegeplätzen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen im Jahr 2030



Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

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 15.12.2015. 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 bedarfsgerechtes Platzangebot verfügbar bleiben muss.

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 5.6 Kurzzeitpflege).

Im Zusammenhang mit der immer kürzeren Verweildauer 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, aber hohen Pflegebedarf und sind häufig gesundheitlich noch nicht in der Lage, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen oder ihren Alltag zu Hause zu bewältigen. Im Rahmen der Übergangspflege kann dieser Bedarf abgedeckt und die zukünftig notwendige Pflege und Versorgung mit allen Beteiligten in Ruhe geklärt und geplant werden.

Eine Angebotserweiterung in Richtung Übergangspflege sollte daher in Absprache mit dem Krankenhausbereich geprüft werden. Auch Kurzzeitpflegeplätze in Pflegeheimen können zur Übergangspflege geeignet sein, wenn sie ein entsprechendes Konzept entwickeln und mit dem Krankenhausbereich vernetzt sind. Ergänzend kann auch eine organisierte Kurzzeitpflege-Nachbetreuung wirksam sein, um eine „Einbahnstraße“ vom Kran-

kenhaus in die Kurzzeit- und danach nahtlos in die Dauerpflege zu vermeiden.¹⁶⁷ Durch die Leistungsausweitungen und -verbesserungen, die sich mit Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes zum 01.01.2016 ergaben, ist mit einer weiter steigenden Nachfrage nach und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen zu rechnen (siehe Kapitel 5.6 Kurzzeitpflege).

Im Landkreis Göppingen standen im Jahr 2016 18 ganzjährige und 129 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. 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. Aufgrund der Gesetzesänderungen des Pflegestärkungs- und des Krankenhausstrukturgesetzes ist davon auszugehen, dass der Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen bereits jetzt zu gering ist und die Nachfrage das Angebot übersteigt. Dies bestätigten Expertinnen und Experten der Ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen im Landkreis Göppingen bei Fachgesprächen, die im Herbst 2016 durchgeführt wurden. Hier wurde auch vorgeschlagen ein „Pflegehotel“ einzurichten, um den Übergang von einem Klinikaufenthalt in die Häuslichkeit zu erleichtern. Der Ausbau von ganzjährigen Kurzzeitpflegeangeboten scheint angesichts der gesetzlichen Änderungen geboten.

Tagespflege

Die Berechnung der Orientierungswerte für die Tagespflege ergibt, dass im Jahr 2030 im Landkreis Göppingen voraussichtlich 271 Tagespflegeplätze benötigt werden.

Dem voraussichtlichen zukünftigen Bedarf steht ein Bestand an 157 solitären Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 gegenüber. Weitere 26 Plätze (10 in der Stadt Eislingen und 16 in der Gemeinde Wäschenbeuren) sind in Planung. Nicht berücksichtigt wurden noch nicht baureife Projekte, deren Umsetzung zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch unsicher war, wie zum Beispiel die beabsichtigte Erweiterung der Tagespflege am Schlossmarkt in Rechberghausen um 8 zusätzliche Plätze.

¹⁶⁷ 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.

Tabelle 12: Bestand an solitären Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für das Jahr 2030 im Landkreis Göppingen

Gemeinden	2016		Voraussichtlicher Bestand*	2030	
	Bestand	in Planung		Orientierungswerte (Status-Quo-Annahme)	Saldo
Adelberg				2	-2
Aichelberg				1	-1
Albershausen				4	-4
Bad Ditzenbach				4	-4
Bad Überkingen				5	-5
Birenbach				2	-2
Böhmenkirch				5	-5
Börtlingen				2	-2
Bad Boll	15		15	6	9
Deggingen	8		8	6	2
Donzdorf	8		8	12	-4
Drackenstein				0	0
Dürnau				2	-2
Ebersbach	10		10	16	-6
Eislingen	28	10	38	21	17
Eschenbach				2	-2
Gammelshausen				2	-2
Geislingen	24		24	28	-4
Gingen				5	-5
Göppingen	24		24	61	-37
Gruibingen				2	-2
Hattenhofen				3	-3
Heiningen	10		10	6	4
Hohenstadt				1	-1
Kuchen	15		15	7	9
Lauterstein				3	-3
Mühlhausen im Täle				1	-1
Ottenbach				3	-3
Rechberghausen	15		15	6	9
Salach				9	-9
Schlat				2	-2
Schlierbach				4	-4
Süßen				11	-11
Uhingen				14	-14
Wäschenbeuren		16	16	4	12
Wangen				3	-3
Wiesensteig				2	-2
Zell unter Aichelberg				3	-3
Landkreis Göppingen	157	26	183	271	-88

*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Landkreis Göppingen, Heimaufsicht und Altenhilfefachberatung, Stand 2015, Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Der Abgleich des voraussichtlichen Bestands und der berechneten Orientierungswerte ergibt, dass es insgesamt im Landkreis Göppingen bis zum Jahr 2030 einen Bedarf von voraussichtlich 88 Tagespflegeplätzen zusätzlich zu den bereits vorhandenen und bis zum Jahr 2030 geplanten Plätzen geben wird. In 30 von 38 Gemeinden werden zusätzliche 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 vom selben Anteil pflegebedürftiger Frauen und Männer genutzt wird wie im Jahr 2015. Leistungsverbesserungen sowie -ausweitungen im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I sind in der Berechnung nur zum Teil berücksichtigt (siehe Kapitel 7.2 Ergebnisse Vollstationäre Dauerpflege einschließlich eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflege). Durch das Pflegestärkungsgesetz I ergaben sich umfassende Leistungserweiterungen, die sich auch auf die Nutzung und den Bedarf von Tagespflegeangeboten auswirken. Vor dem 01.01.2015 wurde die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege zum Teil auf die ambulanten Pflegesachleistungen (Pflegegeld und/ oder ambulante Sachleistungen) angerechnet. Seit dem 01.01.2015 gibt es ein separates Leistungsbudget für Tages- und Nachtpflege, sodass Leistungen der Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung und damit zusätzlich zu ambulanten Sachleistungen in Anspruch genommen werden können. Vor allem Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz profitieren von dieser Leistung. Sie nehmen Tagespflegeangebote besonders häufig in Anspruch.¹⁶⁸ Es zeichnet sich bereits heute ein wesentlich höherer Bedarf an Tagespflegeplätzen ab. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen im Landkreis Göppingen um fast 1.400 zunehmen. Der rein rechnerisch ermittelte Orientierungswert von 271 Plätzen ist deshalb zu niedrig. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2030 mindestens 350 bis 450 Tagespflegeplätze im Landkreis Göppingen benötigt werden.

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.

¹⁶⁸ Dies zeigt auch das Ergebnis der Erhebung zum 15.12.2015, wonach über die Hälfte der Tagespflegegäste im Landkreis Göppingen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hatten (Kapitel 5.5.2 Struktur der Tagespflegegäste)

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.

Im Übrigen ist beim zukünftigen Ausbau der Tagespflegeangebote sozialplanerisch darauf zu achten, dass die Tagespflegeplätze im Landkreis Göppingen ausgewogen verteilt und die Versorgungslücken geschlossen werden.

7.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der Vorausrechnung von Pflegeleistungen bis zum Jahr 2030 verdeutlichen den großen Bedarf an ambulanten sowie teil- und vollstationären Angeboten allein aufgrund der demografischen Entwicklung im Landkreis Göppingen. Aufgrund der Vorausrechnung beläuft sich der Bedarf im ambulanten Bereich auf 2.655 Pflegeleistungen, in der Tagespflege auf mindestens 271 Tagespflegeplätze und in der vollstationären Pflege (Dauer- und Kurzzeitpflege) auf 2.918 Pflegeplätze.

Ziel:

Die Ergebnisse der Vorausrechnung werden von allen Akteuren bei künftigen Planungen berücksichtigt.

Handlungsempfehlungen:

48. Der Landkreis Göppingen diskutiert mit den Trägern der Altenhilfe und den Kommunen die Ergebnisse der Vorausrechnung der Pflegeleistungen und stimmt mit ihnen die Möglichkeiten und weiteren Schritte zu deren Umsetzung ab. Thema soll dabei auch die Umsetzung der Landesheimbauverordnung und der damit verbundene Abbau von Doppelzimmern sein. Ein weiteres Thema kann die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen zu gemeinde- beziehungsweise stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren in den Wohnquartieren der Kommunen sein.
49. Die Ergebnisse der Vorausrechnung der Pflegeleistungen werden anhand eines Soll-Ist-Vergleichs spätestens im dreijährigen Turnus evaluiert, aktualisiert und den Akteuren in der Altenhilfe vorgestellt.

8 Arbeitskräfte in der Pflege

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

Die Pflegestatistik 2015 gibt einen Überblick über die Personalsituation in der Pflege in Baden-Württemberg. Im Jahr 2015 standen für mehr als 158.000 Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 128.300 Beschäftigte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gegenüber. Dies waren 5.842 Personen beziehungsweise 4,8 Prozent mehr als im Jahr 2013. Im Vergleich zu 2005 ist die Zahl der Beschäftigten um insgesamt 35.700 Personen und somit rund 39 Prozent gestiegen. Fast 86 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2015 waren Frauen.

Berufsabschlüsse der Beschäftigten

Im Jahr 2015 hatten

- 56 Prozent der Beschäftigten in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen einen Abschluss in einem pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder nichtärztlichen Heilberuf und
- lediglich 24,3 Prozent einen Berufsabschluss als Altenpfleger/ in.
- Der Anteil der Personen ohne Berufsabschluss lag bei 13,7,
- der Anteil der Auszubildenden und (Um)Schüler bei 7,1 Prozent.

Die Daten der aktuellen Pflegestatistik weisen darauf hin, dass der Anteil der Personen, der (noch) keinen Berufsabschluss oder einen fachfremdem, nicht-pflegerischen Berufsabschluss hat, im Vergleich zu 2013 um 5,1 Prozent gestiegen ist.¹⁶⁹

Hoher Anteil von Teilzeitbeschäftigung

Rund zwei Drittel des Personals in baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen ist in flexiblen Teilzeit-Arbeitsmodellen beschäftigt. Lediglich 25 Prozent der Beschäftigten arbeiteten in Vollzeit. Neben betrieblichen Erfordernissen spielen auch persönliche Gründe 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 favorisiert.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Statistisches Landesamt, Pressemitteilung 29/2017 vom 03.02.2017

¹⁷⁰ 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.

Auszubildende und (Um)Schüler

In der Pflegestatistik 2015 wurden zum zweiten Mal gesondert Daten zum Anteil Auszubildender und (Um)Schüler in den Pflegeeinrichtungen erhoben:

- In den stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg gab es demnach Ende 2015 fast 8.100 Auszubildende und (Um)Schüler. Dies sind 2 Prozent mehr als im Jahr 2013. Insgesamt hatten Auszubildende und (Um)Schüler einen Anteil von 8,6 Prozent an allen Beschäftigten in Pflegeheimen. Ein Drittel der Auszubildenden und Umschüler war 30 Jahre und älter. 82 Prozent strebten einen Abschluss als staatlich anerkannter Altenpfleger an.
- Bei den Ambulanten Diensten war der Anteil der Auszubildenden und Um(Schüler) an allen Beschäftigten mit knapp 3 Prozent deutlich geringer als im stationären Bereich. Absolut gab es knapp 1.000 Auszubildende und (Um)Schüler in der ambulanten Pflege. Dies waren 10 Prozent mehr als 2013. Auszubildende und (Um)Schüler in der ambulanten Pflege sind deutlich älter als diejenigen in Pflegeheimen: Rund 52 Prozent waren älter als 30 Jahre. 70 Prozent der Auszubildenden und (Um)Schüler streben einen Abschluss als staatlich anerkannter Altenpfleger an.¹⁷¹

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 anerkannten Ausbildungsberufe nach dem Berufsbildungsgesetz 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 gesehen.¹⁷²

Laut einer Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg weisen Pflegekräfte eine durchschnittliche Berufsverweildauer von 8,4 Jahre auf. Die durchschnittliche Verweildauer von examinierten Altenpflegern 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 an.¹⁷³

Neben dem Ausstieg aus dem Beruf schwächt unter anderem auch die Abwanderung der Pflegefachkräfte in andere Länder den Personalbestand in den Grenzregionen von Deutschland. Die internationale Studie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) stellte fest, dass unter anderem eine hohe Arbeitsbelas-

¹⁷¹ Statistisches Landesamt, Pressemitteilung 29/2017 vom 03.02.2017

¹⁷² ver.di Jugend, 2015: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Berlin.

¹⁷³ 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.

tung, begrenzte Entscheidungsbefugnisse, ein niedriges Gehalt, fehlende Anerkennung sowie schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten und ein schlechtes Arbeitsklima die Hauptgründe für eine Abwanderung in andere Länder darstellen.¹⁷⁴

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 167 Tage vakant, auf 100 gemeldete Stellen kamen im Jahr 2017 lediglich 32 erwerbslose Personen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation weiter verschärft: Die Vakanzzeit ist um 14 Tage gestiegen und auch die Arbeitslosen-Stellen-Relation hat sich weiter verringert.¹⁷⁵ 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 Prozent.¹⁷⁶ 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) wichtige Kriterien zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs.¹⁷⁷

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 zirka 1:6,6. Nur noch Polen und Spanien schneiden schlechter ab.¹⁷⁸ 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 Personalbemessungsverfahren eingeführt. Die dafür vorgesehene Frist bis zur Einführung im Jahr 2020 erscheint jedoch lang.

¹⁷⁴ 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.

¹⁷⁵ Bundesagentur für Arbeit, 2017: Fachkräfteengpassanalyse. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg.

¹⁷⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014: Statistik aktuell. Pflegebedürftige in Baden-Württemberg. Stuttgart.

¹⁷⁷ Für gute Perspektiven sorgen, in: Altenheim. Lösungen fürs Management. Heft 3/2016, S. 24.

¹⁷⁸ 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.

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 Altersdurchschnitts¹⁷⁹ 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.¹⁸⁰

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

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 wurden. Die Bundesagentur für Arbeit hat 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. Aufgrund der Erfahrungen im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive wurde die Förderung einer dreijährigen Umschulung noch bis zum 31.12.2017 verlängert.¹⁸¹ Jungen Menschen mit Migrationshintergrund sollte darüber hinaus der Zugang zu Ausbildung und Beruf erleichtert werden.¹⁸²

Seit 2006 werden über das Sonderprogramm WeGebAU („Förderung der Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen“) der Bundesagentur für Arbeit betriebliche Weiterbildungen für Menschen mit einem geringen Qualifikationsniveau sowie für ältere Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen gefördert. Hierbei ha-

¹⁷⁹ Rund 15 Prozent der Pflegefachkräfte sind derzeit älter als 56 Jahre. Diese werden in den kommenden Jahren vorzeitig beziehungsweise 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).

¹⁸⁰ Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Pressemitteilung vom 14.02.2012.

¹⁸¹ Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Verabschiedet am 14. Dezember 2016.

¹⁸² <http://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/Pressemitteilung/pid/umschulung-zum-erzieher-und-altenpfleger-erleichtern>

ben sich Weiterbildungen in der Altenpflege zu einem Schwerpunkt des Programms entwickelt.¹⁸³

Das Pflegeberufereformgesetz, das zum Januar 2020 in Kraft tritt, soll das Ziel erreichen, mehr Personal zu gewinnen und die Pflegeberufe wieder attraktiver zu machen. Dies soll durch die Ablösung der bisher getrennten Ausbildungsgänge für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege durch eine generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ beziehungsweise zum „Pflegefachmann“ erfolgen. Vor- und Nachteile der Reform wurden in Politik und Fachwelt teilweise kontrovers diskutiert.

Wichtige Neuerungen sind:

- In den Pflegeschulen beginnt die Ausbildung zukünftig mit einer zweijährigen generalistischen Pflegeausbildung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Im dritten Jahr können die Auszubildenden sich nach dem Kompromissvorschlag für unterschiedliche Wege entscheiden: entweder zur Fortsetzung der generalistischen Ausbildung mit fachlicher Schwerpunktsetzung oder für den „klassischen“ Abschluss im Bereich Kinderkranken- oder Altenpflege. Einen Einzelabschluss im Bereich Krankenpflege soll es zukünftig nicht mehr geben. Entscheiden sich die Schüler für den „neuen“ generalistischen Abschluss sollen sie zukünftig in allen drei Berufsfeldern arbeiten können.
- Die Ausbildung soll zukünftig über einen Fonds finanziert werden, damit bisherige Schulgebühren entfallen.
- Weitere Regelungen sehen eine Optimierung der akademischen Ausbildungswege in der Pflege und eine Erhöhung der Qualifikations- und Aufstiegschancen von Pflegefachkräften vor.

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 Absolventen in die Alten- oder Krankenpflegeausbildung einsteigen, wodurch die Durchlässigkeit der Ausbildungen gesichert ist.

Eine weitere Entlastung kann insbesondere bei der Betreuung von Menschen mit Demenz durch den Einsatz von sogenannten Betreuungskräften beziehungsweise -assistenten erreicht werden. Sie übernehmen keine Pflegearbeiten, sondern betreuen und beschäfti-

¹⁸³ Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Verabschiedet am 14. Dezember 2016.

gen Menschen mit Demenz im Sinne von Alltagsgestaltung (Spaziergehen, Vorlesen, Spielen usw.). Das Curriculum für die theoretische Ausbildung ist in der Betreuungskräfte-Richtlinie festgeschrieben.¹⁸⁴ 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 § 87b 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 einher.¹⁸⁵

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Innerhalb der letzten Jahre wurde deutschlandweit eine Vielzahl von Maßnahmen durchgeführt, um das Augenmerk auf Pflegeberufe zu lenken und auf die positiven Aspekte der Tätigkeit hinzuweisen. Auch in vielen Städten und Kreisen gab und gibt es gemeinsame Initiativen und Kooperationsprojekte (zum Beispiel mit Schulen oder im Rahmen von Messen), um für Pflegeberufe zu werben.

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. In der Altenpflege arbeiten Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, überwiegend kommen sie aus Mittel-, Ost- und Südeuropa.¹⁸⁶ 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 aus-

¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁵ 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.

¹⁸⁶ 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.

ländischen 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 Deutschland.¹⁸⁷ Im Rahmen dieses Projekts haben nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit von 2012 – 2014 bereits 250 Pflegefachkräfte eine Anstellung in Deutschland aufgenommen, weitere 260 bereiten sich aktuell in ihrem Herkunftsland auf ihren Einsatz in Deutschland vor.¹⁸⁸

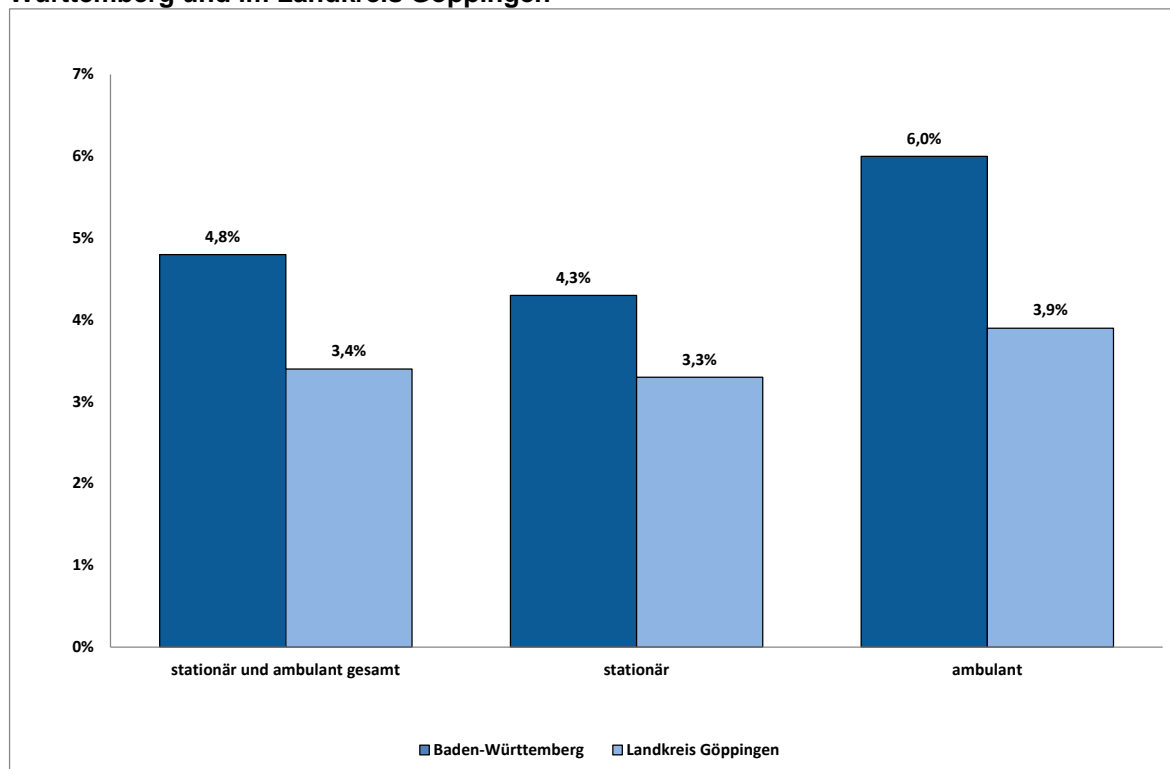
8.1 Arbeitskräfte in der Pflege im Landkreis Göppingen

Nach den Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg standen im Landkreis Göppingen im Jahr 2015 für etwas mehr als 8.000 Pflegebedürftige in den stationären und ambulanten Einrichtungen knapp über 3.000 Beschäftigte zur Verfügung. Die Zahl der Beschäftigten hat gegenüber dem Jahr 2013 um 101 Beschäftigte oder 3,4 Prozent zugenommen, gegenüber dem Jahr 2005 betrug die Zunahme 710 Personen und damit 32 Prozent. Im Vergleich zur durchschnittlichen Entwicklung in Baden-Württemberg fiel der prozentuale Anstieg der Beschäftigten in der Pflege im Landkreis Göppingen geringer aus: Sowohl die Zunahme im ambulanten als auch im stationären Bereich lag im Landkreis Göppingen unter der durchschnittlichen Entwicklung von Baden-Württemberg – insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege lag die Zunahme mit 3,9 Prozent deutlich unter dem Wert von Baden-Württemberg mit 6 Prozent.

¹⁸⁷ Schmutzler, Marcel: Pflegekräfte im Ausland suchen und finden, in: *Altenheim. Lösungen fürs Management*. Heft 2/2016, S. 37.

¹⁸⁸ Bonin, Holger/Ganserer, Angelika/Braeseke, Grit, 2015: *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Bertelsmann Stiftung.

Abbildung 33: Zunahme des Personals in der Pflege zwischen 2013 und 2015 in Baden-Württemberg und im Landkreis Göppingen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive hat die Agentur für Arbeit im Jahr 2013 die Initiative zur Gründung eines Runden Tisches für die Landkreise Göppingen und Esslingen ergriffen. Seitdem treffen sich unter anderem Vertreter von Kliniken, Pflegeheimen, Pflegeschulen, der Agentur für Arbeit und des Jobcenters zweimal jährlich, um zum Beispiel Fragen der Personalgewinnung, Ausbildung und Qualifizierung sowie der Beschäftigung von Flüchtlingen zu erörtern.

8.2 Einschätzung durch lokale Experten

Nach der Situation der Arbeitskräfte in der Pflege wurde sowohl bei der Erhebung bei den Ambulanten Diensten, den Tagespflegen und den Pflegeheimen teil- und vollstationären Pflege gefragt. Sie war darüber hinaus Thema im Rahmen der Fachgespräche mit den teil- und vollstationären Einrichtungen und den Ambulanten Diensten. Die Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Ein Großteil der befragten stationären Pflegeeinrichtungen gab bei der schriftlichen Erhebung an, Schwierigkeiten zu haben, den Personalbedarf zu decken. Von den 24 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gelingt es lediglich sechs Einrichtungen nach eigenen Angaben problemlos, Personal zu finden. Alle anderen 18 Einrichtungen benannten Probleme bei der Gewinnung von Pflegefachkräften. Sechs davon benannten

zusätzlich Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Leitungskräften. Zwei Einrichtungen gaben an, Probleme bei der Besetzung von Ausbildungsstellen zu haben. Pflegehilfskräfte (vier Nennungen), Betreuungskräfte (sechs Nennungen), Hauswirtschaftskräfte (eine Nennung) und Sozialdienstmitarbeiter werden ebenfalls gesucht (eine Nennung), aber in etwas geringerem Umfang.

Für die Zukunft erwarten die sich an der Erhebung beteiligten Einrichtungen zunehmend Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung insbesondere von Pflegefachkräften, aber auch von Leitungskräften. Allgemein erwarten die befragten Experten eine Verschlechterung der Personalsituation und sowie weitere Personalengpässe.

Die Situation bei den Ambulanten Diensten ergibt ein ähnliches Bild: 13 Dienste gaben an, Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Personal zu haben. Lediglich zwei Dienste verneinten dies. Es bestanden hauptsächlich Probleme bei der Gewinnung von Pflegefachkräften (13 Nennungen), in geringerem Ausmaß bei der Suche nach Hilfs-, Betreuungs- und Leitungskräften (zwei beziehungsweise jeweils eine Nennung).

Die Ambulanten Dienste erwarten für die Zukunft, dass es weniger Pflegefachkräfte und weniger Auszubildende geben wird. Einer der befragten Dienste gab an, Aufträge aufgrund des fehlenden Personals ablehnen zu müssen. Die befragten Dienste planen weiteres Pflegepersonal (drei Nennungen), eine Betreuungskraft (eine Nennung) sowie Mitarbeiter für den hauswirtschaftlichen Bereich (eine Nennung) einzustellen. Ein Dienst möchte zukünftig selbst Mitarbeiter ausbilden; ein weiterer plant, fünf Auszubildende für die Altenpflege einzustellen.

Beim Thema Mitarbeiter in der Pflege beschäftigen sowohl die stationären Pflegeeinrichtungen als auch die Ambulanten Dienste besonders folgende Fragen:

- Personaleinsatzsteuerung im Wohngruppenkonzept. Bisher gab es eine Fachkraft pro Wohnbereich, jetzt soll eine Fachkraft mehrere Wohngruppen betreuen
- Generalistische Ausbildung und Fluktuation der Pflegefachkräfte in den Klinikbereich
- Akademisierung der Pflege (wird teilweise als zwanghaft empfunden)
- Zu wenig qualifizierte Bewerber
- Pflege ist für männliche Bewerber wenig attraktiv
- Mangel an Auszubildenden
- Kirchliche Dienste schränken ihre Bewerberauswahl häufig aufgrund der Konfessionszugehörigkeit ein
- Die Bewerber/ Fachkräfte haben hohe Ansprüche und Forderungen in finanzieller oder auch arbeitsorganisatorischer Hinsicht (Urlaub, Übernahme nur bestimmter Schichten), da sie wissen, dass sie auf dem Arbeitsmarkt stark nachgefragt sind.
- Wahrnehmung der Pflege in der Öffentlichkeit lässt zu wünschen übrig
- Qualifizierung der Angehörigen
- In kleinen Heimen, aber auch in Tagespflegeeinrichtungen ist pro Schicht nur ein absolutes Minimum an Fachkräften vorhanden
- Es gibt zu viele Teilzeitkräfte, die in geteilten Diensten arbeiten und zu wenig 100%-Stellen

- Verlässlichkeit der Dienstpläne/ Flexibilität der Mitarbeitenden
- Spezialisierung des Personals nötig (z.B. in gerontopsychiatrischer und gerontologischer Hinsicht). Ein guter Personal- und Spezialisierungs-Mix sollte vorhanden sein.
- Pflegekräfte werden immer älter und die Belastungen im Pflegeberuf immer größer
- Rekrutierung und Ausbildung von Migranten für den Pflegeberuf
- Belastung des Personals, wenn künftig mehr Menschen mit höheren Pflegegraden in Pflegeheimen sind (Pflegebedürftige mit geringen Pflegegraden werden sich vermutlich den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Pflegeheim nicht mehr leisten können)
- In der Pflege arbeiten überwiegend Frauen. Wenn sie schwanger werden, gilt für sie ein Beschäftigungsverbot. In einigen Migrantengruppen gehen Frauen nach einer Heirat nicht mehr einer beruflichen Tätigkeit außer Haus nach. Dadurch gehen gut qualifizierte Mitarbeiterinnen verloren.
- Veränderungen in der Zusammensetzung des Personals durch Zunahme von Betreuungskräften
- Hohe Konkurrenz zwischen den Arbeitgebern, teilweise werden Fachkräfte abgeworben. Insbesondere Ambulante Dienste und häusliche Intensiv- und Beatmungsdienste müssten vermehrt eigenes Personal ausbilden, da ihr Personal stationären Einrichtungen abgeworben wird.
- Schwierigkeiten im ländlichen Raum mit mangelhafter Verkehrsanbindung: Hier können aufgrund des fehlenden Personals gesetzliche Vorschriften nicht eingehalten werden.

Die Ambulanten Dienste und Pflegeeinrichtungen reagieren bereits heute mit folgenden Angeboten beziehungsweise Maßnahmen auf die Herausforderungen:

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeiter, zum Beispiel Kooperationen mit Fitnessstudios
- Seelsorgerisches Angebot
- Supervision, Coaching, Teambuilding
- Familienfreundliche Arbeitszeiten mit individuell angepassten Schichten/ Einsätzen
- Dienstwunschbuch, in dem die Mitarbeiter ihre Wunschsichten und -dienste eintragen können. Diese Wünsche finden Berücksichtigung, wenn es die Situation erlaubt.
- Jährliche Mitarbeitergespräche
- Bonuszahlungen
- Wegebau-Förderung durch die Agentur für Arbeit
- Schulungen, Fortbildungen, Weiterbildungen
- Träger bilden ihr Personal selbst aus
- Öffentlichkeitsarbeit mit Pflegeschülern zur Attraktivitätssteigerung und Gewinnung von Nachwuchskräften
- Berufsbegleitende Ausbildungen, Teilzeitausbildung
- Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland: Eine Einrichtung hat beispielsweise vier Arbeitskräfte aus Kamerun rekrutiert, die hier seit Herbst 2016 eine Ausbildung in der Pflege mit begleitendem Deutschunterricht absolvieren. Der begleitende Deutsch-

unterricht wird von der Altenpflegeschule in Geislingen angeboten. Die Bewerber mussten im Vorfeld in ihrem Herkunftsland Deutsch lernen (bis Sprachniveau B2).

Die folgenden Vorschläge haben die Ambulanten Dienste und Pflegeeinrichtungen unterbreitet:

- Imageaufwertung des Pflegeberufes, auch durch die Träger selbst, positivere Darstellung der Träger in der Öffentlichkeit
- Pflege soll in der Politik vertreten sein (nicht ausschließlich durch die Kranken- und Pflegekassen)
- Randarbeitszeiten (beispielsweise Dienste am Wochenende, Nachtschichten) müssen besser entlohnt und refinanziert werden
- Wirtschaftsunternehmen sollen einen Solidaritätsbeitrag zahlen
- Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Bereich
- Senkung der Fachkraftquote, um den Personalmangel zu verringern
- Bessere Unterstützung durch den AK Asyl oder die Agentur für Arbeit, damit Migranten ihre Ausbildung oder Mitarbeit nicht abbrechen
- Sprachförderung und Vermittlung von kulturellen Eigenheiten für ausländische Mitarbeiter, vor allem im Hinblick auf die Rekrutierung von Mitarbeitern aus dem Ausland beziehungsweise von Flüchtlingen
- Vereinfachung und Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens von Berufsabschlüssen ausländischer Arbeitskräfte
- Beschleunigung der Bearbeitung von Asylanträgen und Erteilung von Aufenthaltserlaubnissen durch die Ausländerbehörde beziehungsweise das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Verlängerte Ausbildungszeiten für Menschen mit Migrationshintergrund
- Höheres Budget für Imagekampagnen
- Auslobung von Preisen für gute Schulleistungen für alle Berufsgruppen (in der Pflege), um Auszubildende zu guten Leistungen und zum Durchhalten zu motivieren
- Einrichtung eines „Runden Tisches Pflege“; das Thema soll politisch stärker verankert werden
- Imagepflege, -aufwertung/ -werbung unter dem Dach des Landkreises
- Angebot der Qualifizierung von Angelernten
- Verstärkte Qualifizierung von Betreuungskräften
- Kinderbetreuungsstätten mit Betreuungsmöglichkeiten speziell auf die Bedarfe von Pflegekräften abgestimmt (längere Öffnungszeiten)
- Fortbildungen für Ehrenamtlichen und Stärkung des Ehrenamts, insbesondere im Hinblick auf die Zunahme von Menschen mit Demenz, um Überforderungen vorzubeugen
- Einrichtung eines Netzwerks für gemeinsame Schulungen im ambulanten Bereich
- Höhere Pflegesätze zur besseren Vergütung des Pflegepersonals
- Durch eigene Ausbildung Mitarbeiter binden
- Austausch der Dienste z.B. bei Bewerbungen und freien Stellen
- Pflichtpraktika während oder nach der Schulzeit

- Wiederauflage der Langen Nacht der Pflege, die vor ca. zehn Jahren im Landkreis mit großem Erfolg durchgeführt wurde
- Attraktivitätssteigerung des Berufsfelds
- Eine kommunale Steuerung zur Personalbeschaffung sollte im Seniorenplan verankert werden (Überprüfung des pflegerischen Angebots vor Ort/ in den einzelnen Kommunen und bessere Steuerung des Angebots, um Mangelversorgungen ausgleichen zu können; Anbieten von vergünstigtem Wohnraum oder vergünstigten Freizeitangeboten, um Anreize für Pflegekräfte zu schaffen)

8.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Personalgewinnung und -qualifizierung – vor allem von Pflegefachkräften, aber auch Betreuungs- und Hilfskräften – ist bereits heute eine zentrale Herausforderung und wird dies in Zukunft noch stärker sein. Deshalb haben Maßnahmen in diesem Bereich hohe Priorität.

Ziel:

Für den zunehmenden Pflegebedarf in der ambulanten und stationären Pflege steht im Landkreis Göppingen auch künftig eine ausreichende Zahl qualifizierter und motivierter Fachkräfte zur Verfügung. Dabei arbeiten die Träger ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflegeangebote im Landkreis Göppingen eng mit dem Landkreis, den Kommunen, der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter, den Schulen und relevanten weiteren Akteuren im Landkreis bei Maßnahmen zur Ausbildung, Personalgewinnung und -fortbildung von Pflegekräften zusammen und nutzen Synergieeffekte (zum Beispiel Personalpools) unter Einbindung des Know-hows von Spezialdiensten wie zum Beispiel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) oder der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA).

Handlungsempfehlungen:

50. Der Landkreis Göppingen richtet einen „Runden Tisch“ zum Thema „Pflegekräfte“ ein.
51. Der Landkreis Göppingen koordiniert mit den Altenpflegeschulen sowie den ambulanten und stationären Leistungsanbietern eine Imagekampagne (z.B. eine Ausbildungsmesse, einen Tag der Pflege oder eine „Lange Nacht der Pflege“).
52. Der Landkreis Göppingen unterstützt die Entwicklung von weiteren Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.
53. Der Landkreis Göppingen bietet weitere Inhouse-Seminare für Mitarbeiter zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf an.

9 Gesundheitsversorgung

Gesundheit ist ein hohes Gut und hat eine Schlüsselstellung für die Lebensqualität im Alter. Eine gute gesundheitliche Versorgung sowie ein Umfeld, das die Gesundheit fördert, sind von zentraler Bedeutung (nicht nur) für ältere Menschen.

Der siebte Altenbericht der Bundesregierung stellt fest: „Die Gewissheit, sich auf ein kompetentes, zuverlässiges, gut erreichbares medizinisches Versorgungssystem stützen zu können, stellt einen bedeutenden Aspekt der Lebensqualität im hohen Alter dar.“¹⁸⁹ In den eigenständigen Planungen und gesetzlichen Vorgaben des Gesundheitsbereiches sind ältere Menschen mit berücksichtigt. Die Seniorenplanung kann aus ihrer Sicht Hinweise zu den Aspekten geben, die Senioren betrifft.

Der Deutsche Alterssurvey des Deutschen Zentrums für Altersfragen beleuchtet drei Dimensionen der Gesundheit älterer Menschen im Zeitverlauf:

- die körperliche Gesundheit (Zahl der Erkrankungen)
- die funktionale Gesundheit (Einschränkungen der Mobilität und Alltagskompetenzen)
- die psychische Gesundheit.

Die Daten des Alterssurveys zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität komplex ist, da „...eine hohe Anzahl an ...Erkrankungen nicht unbedingt mit funktionalen Einschränkungen im Alltag der Betroffenen einhergehen muss. Auch Personen mit mehr als zwei Erkrankungen fühlen sich häufig in ihrem Alltag nicht eingeschränkt...“¹⁹⁰. Andere Studien belegen, dass objektive Erkrankung und subjektives Krankheitsempfinden oft weit auseinanderklaffen. In der Geriatrie ist daher heute unumstritten, dass es nicht ausreicht, sich auf die Krankheitstherapie zu beschränken. Primäres Ziel medizinisch-therapeutischer Angebote sollte vielmehr sein, Senioren mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen eine größtmögliche Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sowie gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Der siebte Altenbericht der Bundesregierung verdeutlicht, dass das Ziel gesundheitlicher Versorgung die „Vorhaltung und Sicherung von Teilhabechancen durch die Ermöglichung einer selbstständigen, selbst- und mitverantwortlichen Lebensführung“¹⁹¹ ist.

Zur Förderung und Stärkung der Gesundheit trägt eine gute medizinische Versorgung ebenso bei wie eine gesundheitsbewusste Lebensweise der Bürger und ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld. Von den Fortschritten in diesen Bereichen haben ältere Menschen in den letzten Jahren überproportional profitiert: Bei den ab 65-Jährigen hat sich laut Alterssurvey der Anteil der Personen mit guter funktionaler Gesundheit zwischen 2008 und 2014 weiter stabilisiert, während er bei den 40- bis 65-Jährigen rückläufig war. Die gleiche Entwicklung zeigte sich bei der psychischen Gesundheit.¹⁹²

¹⁸⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 153.

¹⁹⁰ Deutsches Zentrum für Altersfragen: Deutscher Alterssurvey. Kurzbericht, 2014, S. 24.

¹⁹¹ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 148.

¹⁹² Deutscher Alterssurvey, S. 26.

Trotz dieser positiven Entwicklungen belegen die Daten, dass die Zahl der Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und Einschränkungen der Funktionalität mit dem Alter weiterhin deutlich zunimmt: über 80 Prozent der 40- bis 54-Jährigen weisen nach dem Alterssurvey im Jahr 2014 eine gute funktionale Gesundheit auf, von den 70- bis 85-Jährigen sind es nur knapp die Hälfte. Auch psychische Erkrankungen kommen bei älteren Menschen häufiger vor (rund 35 Prozent der 78- 83-Jährigen gaben an, zumindest leichte depressive Symptome zu haben).¹⁹³

Körperliche und psychische Erkrankungen gehören ebenso zum Leben (nicht nur älterer Menschen) wie Sterben und Tod. Sie sollten daher keine gesellschaftlichen Tabu-Themen sein. Verstärkt sollte auch thematisiert werden, dass der Gesundheitszustand derzeit stark vom Bildungsniveau abhängt. Auf dieser Grundlage gilt es gemeinsame Strategien zu entwickeln: Während fast 80 Prozent der 40- 85-Jährigen mit hoher Bildung eine gute funktionale Gesundheit aufweisen, sind es von den Menschen mit niedriger Bildung nur 46 Prozent.¹⁹⁴ Auch Migranten in der zweiten Lebenshälfte weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Menschen ohne Migrationserfahrung.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Gesundheitsleistungen sind primär im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. In den vergangenen Jahren gab es zahlreiche Änderungen im SGB V, die auch von Relevanz für die Seniorenplanung sind:

- das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), das der Deutsche Bundestag am 18.06.2015 verabschiedet hat. Mit dem Gesetz soll die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld gestärkt werden. Hierbei werden explizit auch Pflegeheime genannt.
- das Versorgungsstärkungsgesetz vom 13. Juli 2015, dessen Ziele unter anderem die Stärkung der hausärztlichen Versorgung (insbesondere in ländlichen Regionen) sowie Verbesserungen im Entlassmanagement aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung sind (§§ 39 und 40 SGB V). Unter anderem dürfen Krankenhausärzte ihren Patienten jetzt unmittelbar zur stationären Entlassung Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel verordnen.
- das Krankenhausstrukturgesetz, das zum 1.1.2016 in Kraft getreten ist. Es soll bestehende Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt für Patienten schließen, die noch nicht pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sind. Wenn diese Patienten nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können sie eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert.

¹⁹³ Deutscher Alterssurvey, S. 26.

¹⁹⁴ Deutscher Alterssurvey, S. 23.

Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) macht ebenfalls Aussagen zum Thema Gesundheit und Pflege. Vorhandene Potenziale des Gesundheitssystems – einschließlich der medizinischen Rehabilitation – sollen ausgeschöpft werden, um vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und den Gesundheitszustand bereits pflegebedürftiger Menschen zu stabilisieren.¹⁹⁵

Auch in Baden-Württemberg wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Konzepte entwickelt, die für die Gesundheitsversorgung (auch) älterer Menschen relevant sind, unter anderem:

- das Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens und zur Änderung des Landesgesundheitsgesetz, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist und
- das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, das im Januar 2016 in Kraft getreten ist
- das Geriatriekonzept Baden-Württemberg
- das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg und
- die Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption (HPV), alle aus dem Jahr 2014.
- Bereits 2009 hatte die damalige Landesregierung die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg verabschiedet. Ein wesentliches Ziel war die Verbesserung der Abstimmung und Vernetzung im Gesundheitsbereich – unter anderem durch die Einrichtung Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf der Ebene der Stadt- und Landkreise.¹⁹⁶

Aufbau des Kapitels

In den folgenden Kapiteln werden die verschiedenen Aspekte des Handlungsfelds Gesundheit beschrieben. Jedes Unterkapitel beginnt mit einer allgemeinen Beschreibung. Im Anschluss folgen die Darstellung der Situation und Angebote im Landkreis Göppingen, die Einschätzung der lokalen Experten sowie die Handlungsempfehlungen zum jeweiligen Kapitel.

Die Einschätzungen der lokalen Experten sind das Ergebnis eines Fachgesprächs zum Thema Gesundheit im November 2016. Eingeflossen sind auch die Ergebnisse weiterer Fachgespräche, die sich auf das Handlungsfeld Gesundheit bezogen.

Das Kapitel Vernetzung und Kooperation wurde vorangestellt, da es alle Bereiche des Gesundheitswesens betrifft.

¹⁹⁵ § 5 SGB XI

¹⁹⁶ Landesportal Baden-Württemberg, 31.10.2012, www.baden-wuerttemberg.de

9.1 Vernetzung und Kooperation

Das Handlungsfeld Gesundheit umfasst viele Aufgaben, Maßnahmen und Akteure. Es reicht von niedrigschwelligen präventiven Maßnahmen (zum Beispiel im Rahmen von Bewegungsangeboten oder Selbsthilfe) über die ärztliche Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser und Maßnahmen zur Rehabilitation bis zu den Angeboten der Palliativversorgung für schwer kranke und sterbende Menschen.

Sowohl innerhalb des Gesundheitssystems als auch an den Schnittstellen zu weiteren Angeboten und Handlungsfeldern (insbesondere Beratung, ambulante und stationäre Pflege, Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege, Wohnen) besteht ein hoher Abstimmungs- und Vernetzungsbedarf. Der Abstimmungsbedarf ist bei älteren Patienten besonders hoch: Sie haben häufiger mehrere Grunderkrankungen, sind häufiger in ihrer Mobilität und Alltagskompetenz eingeschränkt als Jüngere (zum Beispiel in Folge einer Demenzerkrankung) und brauchen neben medizinischer Versorgung oft noch weitere Unterstützung. Ältere Patienten sind daher – ebenso wie Angehörige oder Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege – in besonderer Weise auf reibungslose Abläufe innerhalb des Gesundheitssystems und an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen angewiesen.

Zur Verbesserung der Abstimmung auf örtlicher Ebene sollen nach der Gesundheitsstrategie des Landes insbesondere die Kommunalen Gesundheitskonferenzen beitragen.

Eine wichtige Schnittstelle ist der Übergang vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung. Hier ist wichtig, dass die Nachbehandlung organisiert ist und darauf geachtet wird, dass die Wohn- und Lebenssituation auf die jeweiligen Einschränkungen des Gesundheitszustands abgestimmt ist. Insbesondere sollte vermieden werden, dass allein lebende ältere Menschen ohne verlässliches Unterstützungsnetz automatisch vom Krankenhaus direkt in ein Pflegeheim übergeleitet werden oder dass sie aufgrund einer unzureichenden Nachbetreuung nach kurzem Aufenthalt in der Häuslichkeit erneut im Krankenhaus aufgenommen werden müssen.

Die Behandlungszeiten in Krankenhäusern haben sich in den letzten Jahren vor allem aus Kostengründen reduziert. Dadurch herrscht in Bezug auf Entlassungen meist ein hoher Zeitdruck. Die Zeit, in der ein funktionierendes Arrangement für die Zeit nach der Entlassung geschaffen werden kann, hat sich dadurch ebenfalls verringert. Da sich der gesundheitliche Zustand der Patienten täglich ändern kann, ist es häufig nicht leicht, eine adäquate Nachversorgung zu organisieren. Unabhängig davon haben die Krankenhäuser seit 2012 den gesetzlichen Auftrag, sich um die Nachversorgung der Patienten nach der Entlassung zu kümmern. Das Entlassmanagement ist verbindlicher Teil der Behandlung. Diese Verpflichtung wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 noch einmal ausgeweitet. Im Oktober 2016 wurde ein Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft im Schiedsverfahren festgelegt. Der Rahmenvertrag sah vor, dass es geregelte Verantwortlichkeiten und Standards bei der

Entlassung aus der Klinik für alle Patienten gibt.¹⁹⁷ Die Krankenhausgesellschaft klagt derzeit gegen diesen Vertrag, unter anderem weil sie ein Entlassmanagement nicht für alle Patienten für notwendig erachtet und weil sie eine gesonderte Vergütung für das Entlassmanagement für notwendig hält.

Aktuell unterscheiden sich die Maßnahmen der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements in Inhalt und Umfang. Eine effiziente Kombination von Aufnahme-, Entlass- und Überleitungsmanagement kann nur im Zusammenwirken mit weiteren Partnern gelingen. Es muss zum einen bedarfsgerechte nachgelagerte Versorgungsangebote geben (zum Beispiel Reha-Angebote, Kurzzeitpflege oder „Brückenpflege“, ambulante medizinische Versorgungsangebote, niedrigschwellige Unterstützung und Beratung). Zum anderen müssen die beteiligten Akteure aus dem medizinischen, pflegerischen, sozialen und sonstigen Bereich eng miteinander kooperieren.

Mit der Änderung des Krankenhausstrukturgesetzes wurden seit Januar 2016 die Leistungen für Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt im SGB V erweitert: Dazu zählen die Leistungen der Überleitungspflege, Leistungen auf eine Haushaltshilfe und Leistungen der Kurzzeitpflege. Diese Leistungen können dann beansprucht werden, wenn Patienten zwar nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, sich aber dennoch nicht selbst versorgen können und auch kein familiäres oder soziales Umfeld zur Versorgung haben.

Die Überleitungspflege gewährt einen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Sie ist auf einen Zeitraum von vier Wochen begrenzt.

Menschen, die sich im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder aufgrund schwerer Krankheit zu Hause nicht selbst versorgen können, haben seit Januar 2016 einen Anspruch nach SGB V auf eine Haushaltshilfe für die Zeit von vier Wochen.

Wenn andere Leistungen der häuslichen Krankenpflege, insbesondere die Überleitungs- und der Anspruch auf die Gewährung einer Haushaltshilfe nicht ausreichen, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, gewährt § 39c SGB V seit Januar 2016 einen Anspruch auf Kurzzeitpflege. Dieser lehnt sich in der Höhe an die Pflegeversicherung an und ist ebenfalls auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Neben der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Anschlussversorgung gibt es weitere Schnittstellen und Abstimmungsbedarfe: zum Beispiel zwischen Haus- und Fachärzten, aber auch zwischen den niedergelassenen Ärzten und den pflegenden Angehörigen, ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten oder niedrigschwelligen und präventiven Angeboten.

¹⁹⁷ Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement).

9.1.1 Situation im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen gibt es, wie andernorts auch, einen hohen Bedarf an Abstimmung und Vernetzung innerhalb der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens und an den Schnittstellen zur Pflege.

Kommunale Gesundheitskonferenz

Seit 2011 gibt es im Landkreis Göppingen eine Kommunale Gesundheitskonferenz. Ziel ist es, möglichst gute Rahmenbedingungen für die Bürger im Landkreis zu schaffen. Die Gesundheitskonferenz möchte eine Kooperations- und Kommunikationsplattform für gesundheitliche Themen im Landkreis sein. Die Federführung der Gesundheitskonferenz hat das Kreisgesundheitsamt, der Vorsitzende ist der Landrat. Beteiligt sind Akteure und Institutionen im Landkreis Göppingen, die mit Fragen der gesundheitlichen Situation und Versorgung befasst sind, aber auch Vertreter aus Wirtschaft, Politik und Bildung. Dadurch sollen Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Die Teilnehmer der Konferenz verabschiedeten eine Kooperationsvereinbarung, die den Landkreis Göppingen als Gesundheitsstandort voranbringen möchte. Die Gesundheitskonferenz hat auf der Grundlage einer Umfrage bei Ärzten und Bürgern Handlungsempfehlungen für die ärztliche Versorgung im Landkreis entwickelt. Darüber hinaus hat sie sich mit dem Thema „Gesund Altern“ befasst und hier ebenfalls Handlungsempfehlungen entwickelt. Gesundheitsförderung und Prävention waren in den letzten Jahren ebenfalls Schwerpunkte der Konferenz. Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz werden in den einzelnen Kapiteln vorgestellt.

Arbeitsgemeinschaft Gesundheit

Außer der Gesundheitskonferenz lädt das Gesundheitsamt regelmäßig zu Treffen der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit ein. Die Teilnehmer berichten dort regelmäßig über ihre Projekte und Vorhaben.

Entlassmanagement

Die Sozialdienste der Alb Fils Kliniken und der Sozialdienst im Klinikum Christophsbad beraten Patienten und Angehörige bezüglich der Weiterversorgung nach einem Klinikaufenthalt.

Die Klinik am Eichert der Alb Fils Kliniken hatte im Dezember 2016 in der Stahl-Akademie die Hausärzte zu einem Austausch – („Einweiserveranstaltung“) eingeladen, um die Zusammenarbeit zu verbessern und das Vorgehen bei Entlassungen zu besprechen.

Das Klinikum Christophsbad wird in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg ein Projekt zur Optimierung seines Entlassmanagements durchführen. Gegenstand des Projekts ist die Integration eines Sozialarbei-

ters in die Klinikleitung, der den Prozess von Anfang an begleiten und die getroffenen Vereinbarungen verschriftlichen soll. Die Entwicklung einer guten Dokumentationspraxis und geeigneter Softwareprogramme sind hierbei von zentraler Bedeutung. Ist das Projekt erfolgreich, soll es auf andere Kliniken übertragen werden.

Ebenfalls seit über 20 Jahren aktiv sind die Brückenschwestern der Klinik am Eichert. Sie stellen während der Zeit des Klinikaufenthaltes gemeinsam mit Patienten und ihren Angehörigen den Bedarf an Pflege und Hilfe fest, den ein schwerkranker Patient zu Hause haben wird. Sie organisieren die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten in der Häuslichkeit, indem sie beispielsweise zu Krankenkassen, Pflegediensten und Hausärzten Kontakt aufnehmen. Ihr Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern und den Patienten auch bei aufwändiger medizinischer, pflegerischer und palliativer Versorgung die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen.

Nachstationäre Beratung und Betreuung

Die Versorgung von Patienten in Kurzzeitpflege nach SGB V ist derzeit im Landkreis Göppingen nicht geklärt. Es stehen keine speziellen Kurzzeitpflegeplätze für diese Art der Versorgung zur Verfügung. Die vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze in Pflegeheimen reichen für die Überleitungspflege nach einer Krankenhausbehandlung nicht aus.

9.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Obwohl im Landkreis Göppingen bereits verschiedene Netzwerke bestehen, wurde in allen Expertengesprächen ein weiterer Optimierungsbedarf an den Schnittstellen formuliert. Dies betrifft insbesondere die Schnittstellen zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung, Apotheken oder Pflegeheim, aber auch die Schnittstelle zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie die Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung auf der einen und Reha-, Pflege- oder präventiven Angeboten auf der anderen Seite.

Bei der Überleitung und Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt älterer Menschen ist der Absprachebedarf besonders hoch. Das Thema Entlassmanagement spielte daher nicht nur im Fachgespräch Gesundheit, sondern auch in nahezu allen weiteren Fachgesprächen eine wichtige Rolle. Teilweise liegen nicht alle notwendigen Informationen zur Weiterversorgung vor. In den Fachgesprächen wurde bemängelt, dass es unterschiedliche Software für unterschiedliche Bereiche gibt, die nicht kompatibel ist. Es wurde der Wunsch nach einer Göppinger Gesundheitsakte geäußert, aus der für alle Behandelnden und sonstige Betroffene wie zum Beispiel Angehörige und die Apotheken schnell die Vorgeschichte einer Erkrankung, die bisherige Behandlung und die empfohlene Weiterbehandlung ersichtlich würde.

Außerdem wurde von unterschiedlichen Experten eingebracht, dass es eine kontinuierliche Begleitung einzelner älterer Menschen mit Erkrankungen, insbesondere von alleinle-

benden Menschen geben sollte. Dies könnte in Form eines Case-Managers erfolgen, der diese Menschen über Hilfe- und Unterstützungsleistungen berät und diese Hilfen koordiniert. Auch ein Quartiersmanager oder eine Beratungsstelle für Senioren in Stadtteilen und Gemeinden könnten Ansprechpartner für die Weiterbetreuung sein.

9.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen besteht – wie andernorts auch – ein hoher Bedarf an Abstimmung, Kooperation und Koordination im Gesundheitssystem und an den Schnittstellen zu anderen Versorgungssystemen. Besonders zu erwähnen ist der Übergang aus der Krankenhausbehandlung in die eigene Häuslichkeit. Immer mehr ältere Menschen müssen – ohne die Begleitung Angehöriger – einen Krankenhausaufenthalt und die Weiterversorgung organisieren und sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation auf externe Hilfen angewiesen.

Ziel:

Die Versorgungsstrukturen im gesundheitlichen Bereich des Landkreises werden optimiert. Alle Akteure in der Altenhilfe arbeiten konstruktiv und systematisch zusammen. In entsprechenden Netzwerken ist der Austausch möglich. Gegenseitige Unterstützungssysteme sind gegeben und nutzbar. Gemeinsames Ziel ist es, dass die älteren Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in ihre Häuslichkeit zurückkehren können.

Handlungsempfehlungen:

54. Das „Entlassmanagement in den Kliniken“ wird in Arbeitskreisen diskutiert und bleibt weiterhin ein zukunftsrelevantes Thema des Landkreises.
55. Angehörige sollen vermehrt in den „Entlassprozess“ miteingebunden und begleitet werden.
56. Ehrenamtliche Unterstützungsnetzwerke/ Seniorenetzwerke in den Kommunen werden für die individuelle Anschlussversorgung der Patienten weiter ausgebaut und vom Landkreis unterstützt.
57. Der weitere Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze wird angestrebt.
58. Das „Netzwerk Gesundheitsversorgung“, das aus dem Fachgespräch der Seniorenplanung im Jahr 2017 entstanden ist, soll weitergeführt und an die bereits bestehende AG Gesundheit angeknüpft werden.

9.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem Alter erhöht sich das Risiko von Erkrankungen. Menschen können durch eine gesunde Lebensweise und die Nutzung präventiver Angebote ihre Gesundheit fördern und bestimmten Erkrankungen vorbeugen. Dies beginnt bereits in der Kindheit und setzt sich bis ins Seniorenalter fort. Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ist es, eine hohe Lebensqualität zu erreichen, die Selbstständigkeit zu erhalten und die Teilhabe zu fördern.¹⁹⁸ Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit kann durch präventive Maßnahmen hinausgezögert werden. Der 7. Altenbericht der Bundesregierung weist darauf hin, dass „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ kommt.

Der Bericht der Enquetekommission Pflege unterscheidet drei verschiedenen Präventionsformen:

- Primärprävention mit dem Ziel Krankheiten zu vermeiden (besondere Form: Suchtprävention)
- Sekundärprävention mit dem Ziel Krankheiten frühzeitig zu erkennen
- Tertiärprävention mit dem Ziel der Verhinderung und Beseitigung von Folgeerkrankungen und Schädigungen durch eine Krankheit insbesondere durch Rehabilitation.¹⁹⁹

Ausgaben im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention rechnen sich auch für die Allgemeinheit: Neben der individuellen Steigerung der Lebensqualität werden durch eine konsequente Gesundheitsförderung und Prävention Kosten im Gesundheitswesen durch Vermeidung von Krankheitskosten eingespart.²⁰⁰ Außerdem erzeugen Präventionsleistungen Wertschöpfungseffekte über erhöhte Produktivität und weniger Krankheiten. In Baden-Württemberg werden jährlich rund 8 Millionen Euro für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Der kleinste Teil davon fällt auf Primärprävention und die Gesundheitsförderung. Die Ausgaben für Gesundheitsförderung steigen nur sehr verhalten.²⁰¹

Prävention und Gesundheitsförderung sind nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg Gemeinschaftsaufgabe: „Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben. Kommunale Akteure sind deshalb neben Hausärzten und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Städte und Gemeinden schaffen gesunde Umgebungen, integrieren Gesundheitsförderung in Lebenswelten und fördern Netzwerke. Vielfältige präventive Angebote von zahlreichen Initiativen der Selbsthilfe, (Sport-)Vereinen und Seniorengruppen existieren bereits.“²⁰²

¹⁹⁸ Vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 7.

¹⁹⁹ Landtag von Baden-Württemberg 2016, Drucksache 15/7980: Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“, S 254.

²⁰⁰ Basys (Hrsg.), 2015: Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die wirtschaftliche Entwicklung Baden-Württembergs, S. 33.

²⁰¹ Basys (Hrsg.), 2015: Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die wirtschaftliche Entwicklung Baden-Württembergs, S. 1.

²⁰² Vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 16.

Die Enquetekommission „Pflege“ in Baden-Württemberg stellt fest, dass es vielfältige Angebote gibt, dass die Angebote zielgruppenspezifisch ausgebaut werden sollen und dass ihre Bekanntheit verbessert werden sollte. Sie empfiehlt dazu den Aufbau eines Internetportals und eine intensivere Werbung für einzelne Maßnahmen.²⁰³

Die Nationale Präventionskonferenz hat im Jahr 2016 Bundesempfehlungen zur Gesundheitsförderung unter anderem im Themenfeld „Gesund im Alter“ verabschiedet. Diese Empfehlungen sollen in Ländern und Kommunen auf der Grundlage von Landesrahmenvereinbarungen, die die Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Stellen im Land schließen, umgesetzt werden.²⁰⁴

Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung

Zahlreiche Organisationen machen Sport- und Bewegungsangebote für ältere Menschen, häufig in Verbindung mit Angeboten zum Thema „gesunde Ernährung“. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) hat im Rahmen des Modellprojektes „Im Alter IN FORM: Gesund essen, mehr bewegen“ eine „INFORM MitMachBox“ für den Einsatz in Seniorengruppen entwickelt. Bewegungsprogramme für Seniorengruppen werden unter anderem vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) und vom Deutschen Turnerbund (DTB; Programm „Aktiv bis 100“) organisiert. Viele Beispiele und Angebote sind in der Broschüre „Angebote und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg“²⁰⁵ des Landesgesundheitsamtes beschrieben, die laufend aktualisiert wird.

Wissenschaftliche Studien haben in den vergangenen Jahren insbesondere Maßnahmen zur Sturzprophylaxe untersucht. Hintergrund ist, dass die Zahl der Stürze mit zunehmendem Alter stark zunimmt: jeder Dritte über 65-Jährige stürzt mindestens einmal im Jahr, bei den über 80-Jährigen ist es fast jeder Zweite. Solche Stürze führen nicht selten zu Knochenbrüchen mit langen Reha-Phasen und bleibenden Beeinträchtigungen. Durch wöchentliches Kraft- und Balancetraining reduziert sich nachweislich die Sturzhäufigkeit.

Die Enquetekommission Pflege in Baden-Württemberg weist darauf hin, dass auch für Menschen im Pflegeheim Präventionsangebote wichtig sind, um beispielsweise den Muskelapparat zu aktivieren und die Funktionsfähigkeit zu erhalten.²⁰⁶

Präventive Maßnahmen können auch dazu beitragen, dass die Gesundheit von pflegenden Angehörigen möglichst lange erhalten bleibt. Sie stehen unter einer besonderen Belastung und benötigen gesundheitsfördernde entlastende Unterstützung²⁰⁷.

²⁰³ Landtag von Baden-Württemberg, 2016, Drucksache 15/7980, S. 256.

²⁰⁴ <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz/rahmenempfehlungen-nationale-praeventionskonferenz.html>

²⁰⁵ https://www.gesundheitsamtbw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesund_aufwachsen_und_leben/AngeboteundHandlungshilfen_GF.pdf

²⁰⁶ Landtag von Baden-Württemberg, 2016, Drucksache 15/7980, S. 255.

²⁰⁷ Basys (a.a.O.), S. 59.

Einbindung sozial benachteiligter Senioren in Präventionsangebote

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, alle gesellschaftlichen Gruppen in präventive Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Dies gelingt derzeit nur bedingt: Ältere Migranten, nicht mobile ältere Menschen sowie sozial benachteiligte ältere Menschen werden bisher kaum erreicht.²⁰⁸ Präventionsangebote werden besonders durch Angehörige der Mittelschicht angenommen.²⁰⁹ Ursache können kulturelle oder Sprachbarrieren sein, aber auch fehlende Informationen oder Probleme bei der Finanzierung.

Die Koordinierungsstelle "Gesundheitliche Chancengleichheit" in Baden-Württemberg unterstützt durch Wissensvermittlung und Fachtagungen insbesondere über die Einbeziehung sozial benachteiligter älterer Menschen in Präventionsangebote. Sie hat unter anderem eine Expertise und Handlungsempfehlungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter veröffentlicht.²¹⁰

Neben öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen sind zum Beispiel sogenannte aktivierende Hausbesuche denkbar, bei denen Bewegung und Gesundheitsberatung in die eigene Häuslichkeit gebracht wird. Der Zugang zu außerhäuslichen Angeboten kann eventuell durch die Einrichtung von Fahrdiensten gefördert werden.

In dem Modellprojekt „Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen“, das noch bis Herbst 2017 in Ulm, Rheinfeldern und Neuweiler durchgeführt wird, werden ältere Menschen zu Hause gezielt über professionelle und ehrenamtliche Pflege- und Unterstützungsangebote informiert. Jede teilnehmende Kommune hat ein eigenes Konzept entwickelt, das zu ihrer Infrastruktur passt. Das Ziel soll die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit sein. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.²¹¹

Prävention durch ein gesundheitsförderndes Umfeld

Neben Einzelangeboten sind gute Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise am Wohnort wichtig. Sie ermöglichen die Einbindung gesundheitsfördernder Aktivitäten in den Alltag – zum Beispiel durch attraktive, sichere Radwege von der Wohnung ins Ortszentrum. Gerade auf kommunaler Ebene gibt es vielfältige Ansatzpunkte, die es zu erkennen und nutzen gilt. Regionale und landesweite Netzwerke können die Kommunen unterstützen wie beispielsweise die Koordinationsstelle der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben“. Sie bietet Unterstützung durch prozessbegleitende Beratung, Qualifizierungsangebote für kommunale Verwaltungskräfte und Informationsmaterialien, wie

²⁰⁸ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (a.a.O.), S. 39.

²⁰⁹ Landtag von Baden-Württemberg, 2016 (a.a.O.), S. 257.

²¹⁰ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/aktivitaeten-in-den-laendern/expertise-wirkungsvolle-zugangsweg-foerdern/>

²¹¹ http://www.dip.de/projekte/projekt-details/?L=0%27A%3D0&tx_ttnews%5BbackPid%5D=57&tx_ttnews%5Btt_news%5D=203&cHash=2dd488b48c64f0239efc964d91664d06

zum Beispiel das Handbuch für kommunale Gesundheitsförderung, die auch auf der Internetseite abgerufen werden können.²¹²

9.2.1 Angebote im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen gibt es zahlreiche Angebote zur Selbsthilfe und gezielten Förderung der Gesundheit und Prävention, die sich gezielt an Senioren wenden oder für diese geeignet sind. Der Wegweiser für Seniorinnen und Senioren des Landkreises führt viele davon auf. Die Gesundheitskonferenz des Landkreises hat sich ebenfalls ausführlich mit der Gesundheitsförderung und Prävention auseinandergesetzt und Handlungsempfehlungen zu diesem Thema erarbeitet. Sie hat unter anderem eine Bachelorthesis in Auftrag gegeben, die die Angebote im Landkreis analysiert.²¹³ Die Bachelorthesis liefert unter anderem Angebote für Menschen im Alter über 50 Jahren separat aus. So wurden landkreisweit 138 Bewegungsangebote speziell für diese Zielgruppe erfasst.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Sport- und Bewegungsangebote, Aktivierungsgruppen, Angebote zu Gleichgewichtstraining/ Sturzprophylaxe, Gedächtnistraining, Sport nach Schlaganfall, Entspannungstechniken, Vorträge zur gesunden Ernährung etc. von unterschiedlichen Anbietern (zum Beispiel Sportvereinen, kirchlichen Trägern, Krankenkassen, offener Altenarbeit, Ambulanten Diensten oder Pflegeheimen, Krankenhäusern), Rad- und Wanderkarten des Landkreises sowie Rehabilitation und Behandlung in Kurbädern.
- Das spezielle Bewegungstraining die „Fünf Esslinger“, das von einem Arzt der früheren Geriatriischen Rehaklinik Esslingen-Kennenburg entwickelt wurde. Es wird zur Prävention, Bewegungsförderung und Sturzvermeidung sowie nach Schlaganfällen eingesetzt. Es wird von der Turngemeinde Geislingen e. V., im Wohnen für Senioren Göppingen-Faurndau und im Bürgertreff Ebersbach eingesetzt. Weitere Angebote sind in Planung.

Mit dem Thema Sturzprophylaxe setzte sich die Kommunale Gesundheitskonferenz im Jahr 2015 auseinander und kam zu dem Schluss, dass es im Wegweiser für Seniorinnen und Senioren des Landkreises und bei den Anbietern, die Senioren beraten und unterstützen bereits ein großes Angebot an Informationen über Sturzprophylaxe gibt. Wichtig wäre, über die Angebote zu informieren.

Neben Angeboten, die explizit mit der Zielsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention ausgewiesen sind, gibt es ein großes Angebot an Wander- und Radwegen und mehrere Heil- und Thermalbäder, die zur Bewegung und Gesunderhaltung einladen.²¹⁴

²¹² [https://www.gesundheitsamt-](https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/default.aspx)

[bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/default.aspx](https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/default.aspx)

²¹³ Häberlin, Julia, 2014: Gesundheitsangebote und Prävention im Landkreis Göppingen. Eine Angebotsanalyse. Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen.

²¹⁴ Die Internetseite www.aktivimstauerland.de bietet einen Überblick über die im Landkreis Göppingen vorhandenen Angebote im Gesundheitsbereich.

9.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Landkreis Göppingen gibt es ein großes Angebot an präventiven Angeboten für ältere Menschen. In fast jeder Gemeinde gibt es zumindest ein Bewegungsangebot speziell für ältere Menschen. Teilweise ist nicht bekannt, dass es die Angebote gibt. Es wurde geäußert, dass das Angebot im Bereich Gesundheitsvorsorge und Prävention im Landkreis sehr gut sei. Zusammen mit den Thermalbädern und Rehabilitationskliniken sei dies eine Stärke des Landkreises. Es sei wünschenswert, dass der Landkreis mehr für den Schwerpunkt Gesundheit wirbt und auf die Angebote hinweist. Mit der Vielzahl seiner Angebote könnte er als der „Gesundheitskreis“ in Baden-Württemberg wahrgenommen werden.

9.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen gibt es zahlreiche Angebote, Initiativen und Projekte unterschiedlicher Träger zur Förderung der Gesundheit und Prävention von Senioren.

Ziel:

Die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sind älteren Menschen bekannt. Sie haben die Möglichkeit, diese Angebote wahrzunehmen.

Handlungsempfehlungen:

59. Gemeinsame Aufgabe aller Akteure ist es, die Bekanntheit und Inanspruchnahme präventiver Angebote durch gezielte Maßnahmen zu erhöhen. Konkrete Maßnahmen dazu können sein:
- gezielte Information und Werbung in bestehenden Seniorengruppen und -netzwerken
 - mehr Information in den Gemeinden für ältere Personengruppen
 - attraktive Darstellung der Angebote
 - transparente und gut kommunizierte Regelungen für eine (anteilige) Kostenerstattung beziehungsweise -beteiligung durch die Krankenkassen sowie Kostenerstattungsmöglichkeiten und Ermäßigungen für einkommensschwache Senioren aufzeigen
 - der Landkreis unterstützt Angebote der Gesundheitsprävention
60. Um Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte und isoliert lebende ältere Menschen weiter abzubauen, bedarf es zusätzlicher und gezielter Maßnahmen (zum Beispiel präventive Angebote, Angebote in Verbindung mit Fahrdiensten, Kooperationen und Zusammenarbeit mit den Wohnungsbaugesellschaften, Ausbau barrierefreier Zugänge).

9.3 Ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung spielt für die Lebensqualität von Senioren eine herausragende Rolle.

Der Großteil der älteren Menschen hat regelmäßig Kontakt zu ihrem Hausarzt. Hausärzte sind als Vertrauenspersonen ein wichtiges Glied in der Versorgungskette: als Multiplikatoren und Vermittler in nicht-medizinische Unterstützungsangebote sowie „Frühwarnsystem“. Zum Beispiel, wenn sich bei alleinlebenden älteren Menschen eine Vereinsamung oder unzureichende Versorgung abzeichnet oder Pflegenden Angehörige überfordert sind. Hausärzte übernehmen vielfältige Aufgaben bei der Versorgung älterer Menschen. Sie reichen von der Beratung über präventive Verhaltensstrategien, über die ambulante akute Intervention, der Einweisung zur stationären Krankenbehandlung – bis zur Verordnung einer rehabilitativen Behandlung. Diese Aufgaben bestehen mit besonderer Herausforderung auch in der Betreuung hochbetagter Menschen in Pflegeeinrichtungen.“²¹⁵

Hausärzte können diese Funktion nur dann ausfüllen, wenn sie gut erreichbar sind, genügend Zeit für diese Aufgaben haben und mit weiteren Akteuren, zum Beispiel aus dem Bereich Pflege und niedrigrschwelliger Unterstützung, vernetzt sind. Darüber hinaus ist es notwendig, dass sie sich angesichts der demografischen Entwicklung verstärkt mit geriatrischen Kenntnissen auseinandersetzen. Nach Angaben der Landesregierung haben fast alle Hausärzte in Baden-Württemberg eine 60-stündige Fortbildung zur geriatrischen Grundversorgung absolviert. Die Fortbildung ist Voraussetzung dafür, dass das hausärztlich-geriatrische Basisassessment mit der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württembergs abgerechnet werden kann.²¹⁶

Die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist derzeit insgesamt gut. Es besteht aktuell weniger ein Mangel an Ärzten, sondern die Ärzte sind ungleich in den Gemeinden und Städten im Landkreis verteilt. Dies wird sich durch demografische Veränderungen zukünftig verstärken, wenn nicht gegengesteuert wird. Diese Entwicklung würde zunächst vor allem ältere und nicht mobile Menschen (vor allem in ländlichen Gemeinden) treffen: Für sie sind weitere Wege und lange Fahrtzeiten besonders problematisch. Ältere Menschen sind zudem häufig auf eine barrierefreie Erreichbarkeit der Arztpraxis angewiesen. Dies schränkt die Arztwahl weiter ein.

Neue Konzepte und Fördermöglichkeiten

Um auf den demografischen Wandel vorbereitet zu sein, sind neue Konzepte in der ambulanten Versorgung erforderlich. Diverse Modellprojekte haben gezeigt, dass beispielsweise neue Organisationsformen und der Einsatz von Telemedizin erfolgversprechende Wege sind. Beispiele sind die Eröffnung von Zweigpraxen in Gemeinden ohne eigene

²¹⁵ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 25.

²¹⁶ Landtag von Baden-Württemberg 2016: Drucksache 16/881 vom 27.10.2016, S. 21.

Hausarztpraxis oder die Gründung von integrierten Gesundheitsversorgungszentren. Auch die teilweise Übertragung von Aufgaben an Assistenzkräfte kann eine Möglichkeit sein die ärztliche Versorgung sicherzustellen, indem Hausärzte entlastet werden.

Ein Beispiel ist das Projekt Verah (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder NäPa (nichtärztliche Praxisassistentin). Speziell fortgebildete Fachkräfte übernehmen als Angestellte von Arztpraxen Hausbesuche und bestimmte Aufgaben des Hausarztes. Nach Angaben der Ärztekammer wurden in Baden-Württemberg über 2.000 Medizinische Fachangestellte (MFA) zu Verah fortgebildet.

Im speziellen Hausarztpraxis-basierten Case Management" für chronisch kranke Patienten übernehmen die VERAHs Aufgaben des Case Managements multimorbider Patienten und führen Assessment, Hilfeplanung und Monitoring unter ärztlicher Supervision durch. Das Ziel ist eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten durch eine engmaschige Betreuung und dadurch die Verringerung von (vermeidbaren) Krankenhausaufenthalten.

Das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, gezielte Anreize für eine Niederlassung von Hausärzten in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. Dies ermöglicht es Kommunen, durch die Gründung eines solchen Zentrums die Versorgung aktiv mitzugestalten. Auch die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte werden geändert: Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist.

Das Land Baden-Württemberg hat zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung das Förderprogramm Landärzte auf den Weg gebracht. Im Förderprogramm werden Gebiete ausgewiesen, in denen es heute schon Versorgungsengpässe gibt beziehungsweise perspektivisch geben kann. Nach dem Förderprogramm erhält ein Hausarzt bis zu 30.000 Euro Landesförderung, wenn er sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde ohne Arzt niederlässt.

Eine Umfrage der Universität Heidelberg unter allen Gemeinden Baden-Württembergs bestätigte den Weiterentwicklungsbedarf im Bereich der ambulanten Versorgung und zeigt gleichzeitig Lösungswege auf. Die große Mehrheit der befragten Bürgermeister sah die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung als kommunale Aufgabe und berichtete über zahlreiche praktische Maßnahmen, die dies in ihren Gemeinden unterstützen.²¹⁷ Eine im Landkreis gut abgestimmte und vernetzte regionale Gesundheitsversorgung kann die Kommunen bei der Organisation ihrer örtlichen Versorgungsstrukturen wirkungsvoll unterstützen.

²¹⁷ Vgl. Steinhäuser u. a., Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg, Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“, April 2012

Hausärztliche Versorgung im Pflegeheim

Gerade Bewohner in Pflegeheimen sind auf Hausarztbesuche angewiesen, da sie häufig nicht mehr mobil sind.

Im Jahr 2016 wurden neue Gebührenpositionen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen, der es Haus- und Fachärzten mit einem speziellen Kooperationsvertrag ermöglicht, erweiterte Leistungen abzurechnen, wenn sie Patienten in Pflegeheimen behandeln.

Eine Empfehlung der Enquetekommission Pflege in Baden-Württemberg ist, die geriatrischen Grundkenntnisse von Hausärzten zu stärken.

Die Facharztversorgung im Pflegeheim ist ebenfalls nicht sichergestellt. Insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung kommt es zu Engpässen (s. Studie Nägele).

9.3.1 Situation im Landkreis Göppingen

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schreibt mehrmals im Jahr den Versorgungsgrad für die haus- und fachärztliche Versorgung für die Planungsregionen in Baden-Württemberg fort.²¹⁸ Auf der Grundlage dieser Fortschreibung beurteilt der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg, wie die Planungsregionen versorgt sind. Im Beschluss vom Februar 2017 stellt der Landesausschuss für den Planungsbereich Göppingen fest, dass er nicht unterversorgt sei. Es gibt jedoch mehrere Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte in diesem Planungsbereich. Der angegebene Versorgungsbereich liegt bei rund 95 Prozent. Im Planungsbereich Geislingen liegt er bei 100 Prozent. Hier gibt es derzeit wenige Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte. Mit Ausnahme der Versorgung mit Hautärzten wurde für den Planungsbereich Göppingen eine Überversorgung mit allen Fachärzten festgestellt. Im Gegensatz zur objektiven Versorgungssituation bezeichneten in einer Umfrage der Kommunalen Gesundheitskonferenz fast 43 Prozent der befragten Bürger das Angebot im Landkreis als unzureichend. Der Versorgungsgrad beträgt 1.629 Einwohner pro Hausarzt und liegt damit über dem Verhältnis des baden-württembergischen Durchschnitts von 1.518 Einwohner pro Hausarzt.

Das Kreisgesundheitsamt hat im Jahr 2011 die Struktur der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Göppingen im Rahmen einer Umfrage detailliert untersucht. An der Umfrage beteiligten sich 344 Ärzte und über 1.400 Bürger. Fast die Hälfte der 2011 tätigen Hausärzte gab in der Umfrage an, in spätestens 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. Einzelne Kreisgemeinden hatten sich bereits bei der Suche nach der Nachfolge eines Hausarztes engagiert und attraktive Bedingungen geboten.²¹⁹ 18 Praxen gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, dass sie einen Nachfolger suchen. Bei der Einteilung der Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigung werden städtische und ländliche Regionen zu-

²¹⁸ <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/>

²¹⁹ Landkreis Göppingen, 2013: Ärztliche Versorgung im Landkreis Göppingen. Handreichung für Gemeinden.

sammengefasst. In Ballungszentren und Städten besteht häufig eine Überversorgung an Ärzten, während ländliche Gemeinden Mühe haben, Nachfolger für eine hausärztliche Praxis zu finden. In den Fachgesprächen wurde darauf hingewiesen, dass jüngere Hausärzte nicht mehr in dem zeitlichen Umfang für Patienten zur Verfügung stehen wie zum Beispiel ihre Vorgänger. Eine Praxis ist dann zwar besetzt und wird beim Versorgungsgrad der kassenärztlichen Vereinigung als solche gewertet. Es wird aber nicht erfasst für welchen Zeitraum die Ärzte für Patienten zur Verfügung stehen. Damit ist die Versorgung zwischen einzelnen Gemeinden oder Gebieten nicht vergleichbar. Der Versorgungsgrad in den Planungsregionen bildet die Situation vor Ort deshalb nur unzureichend ab.

Der Versorgungs- und Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung über die ambulante medizinische Versorgung aus dem Jahr 2016 gibt einen Überblick über die Altersstruktur der Ärzte. Im Landkreis Göppingen waren im Jahr 2016 rund 38 Prozent der Hausärzte über 60 Jahre alt. Der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte lag damit über dem landesweiten Anteil von 35 Prozent.²²⁰ Voraussichtlich wird deshalb ein großer Teil der Hausärzte in den nächsten Jahren auf der Suche nach einem Nachfolger sein.

Die Umfrage im Rahmen des Seniorenplans im Februar/ März 2017 ergab, dass von 24 Gemeinden, die sich beteiligten 19 die Situation der hausärztlichen Versorgung in ihrer Gemeinde als gut und sehr gut einschätzen. Drei Gemeinden gaben an, dass die hausärztliche Versorgung in ihrer Gemeinde weniger gut sei und in zwei Gemeinden gab es keinen eigenen Hausarzt. Der Versorgungs- und Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung über die ambulante medizinische Versorgung aus dem Jahr 2016 listet neun Gemeinden ohne eigenen Hausarzt im Landkreis Göppingen.²²¹

Die Gesundheitskonferenz befasste sich mit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Eine Arbeitsgruppe entwarf eine Handreichung für Gemeinden.²²² Die Kliniken des Landkreises und die kassenärztliche Vereinigung haben begonnen ein Modellprojekt für den Landkreis zu entwickeln, um Lösungen zu finden wie nichtbesetzte Arztpraxen weiterbetrieben werden können. Ein Vorschlag war, gut erreichbare Gesundheitsstützpunkte einzurichten. Außerdem soll das Weiterbildungsnetzwerk „Allgemeinmedizin“, bei dem die Kliniken des Landkreises mit niedergelassenen Ärzten und der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg kooperieren, weitergeführt werden und Ärzten die Möglichkeit der Niederlassung im Landkreis bieten.

²²⁰ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2016: Die ambulante medizinische Versorgung. Stuttgart.

²²¹ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2016: Die ambulante medizinische Versorgung. Stuttgart.

²²² Landkreis Göppingen, 2013: Ärztliche Versorgung im Landkreis Göppingen. Handreichung für Gemeinden. Die Arbeitsgruppe setzte sich aus jeweils einem Vertreter der Bürgermeister, der Kreisärzteschaft, der Kliniken des Landkreises, der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung.

Im Rahmen des Förderprogramms Landärzte des Landes Baden-Württemberg sind aktuell 6 Gemeinden im Landkreis Göppingen als Fördergebiete ausgewiesen (siehe auch die Ausführungen in Kapitel 9.3 Ambulante medizinische Versorgung).

Neben der Helfensteinklinik in Geislingen wurde in Trägerschaft des Landkreises das Gesundheitszentrum Geislingen eröffnet, um die ambulante Versorgung zu gewährleisten und die Versorgungsinfrastruktur mit Apotheke und Sanitätshaus zu erweitern.

Zahlreiche Hausarztpraxen im Landkreis Göppingen arbeiten mit VeraH oder NÄPa. Sie werden vor allem zur Entlastung des Hausarztes bei Hausbesuchen eingesetzt.

Bei einer Umfrage der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis gaben fast 36 Prozent der Befragten, die in Pflegeheimen leben an, dass sie nach dem Umzug ins Pflegeheim nicht mehr durch ihren früheren Hausarzt betreut würden. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung hing in dieser Umfrage von der Größe des Pflegeheims ab. Je größer das Heim, desto zufriedener war die Einrichtung mit der ärztlichen Versorgung.

9.3.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Ergebnisse der Fachgespräche ergaben Hinweise auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung und besseren Vernetzung der hausärztlichen Versorgung:

- Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen wünschen sich generell wieder mehr Hausbesuche durch Ärzte und einen besseren patientenbezogenen Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Pflegekräften.
- In den Fachgesprächen wurde auf die wichtige Funktion von Hausärzten als Multiplikatoren hingewiesen. Es wurde daher angeregt, die Information der Ärzte über vorhandene Angebote im Landkreis und in den jeweiligen Wohngemeinden zu verbessern.
- In den Fachgesprächen wurde die Befürchtung geäußert, dass die Nachbesetzung von altersbedingt freiwerdenden Praxen vor allem im ländlichen Raum eine noch größere Herausforderung werden könnte.

9.3.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen ist die ärztliche Versorgung derzeit sichergestellt. Es zeigt sich jedoch, dass vereinzelt Ärzte fehlen. Obwohl die kassenärztliche Vereinigung eine rechnerisch ausreichende Versorgungsquote (Hausarzt pro Einwohner) feststellt, übernehmen neue Ärzte nicht im gleichen zeitlichen Umfang wie ihre Vorgänger die Versorgung der Bevölkerung, da Teilzeitbeschäftigungen unter Ärzten zugenommen haben. Die Experten weisen darauf hin, dass in Gemeinden mit mehreren Ortsteilen, vor allem in größeren Flächenkommunen, in den kleineren Ortsteilen, aber auch in kleineren Gemeinden bereits Handlungsbedarf besteht. Davon sind ältere Menschen in besonderem Maße betroffen, da sie weniger mobil sind als Jüngere.

Ziel:

Ältere Menschen haben die Möglichkeit wohnortnah durch einen Hausarzt versorgt zu werden.

Handlungsempfehlungen:

61. Die Gesundheitskonferenz arbeitet weiter an Lösungsansätzen für den Landkreis Göppingen.
62. Der Landkreis führt eine Fachveranstaltung zum Thema hausärztliche Versorgung im Landkreis durch.

9.4 Krankenhausversorgung

Ein wachsender Anteil der Krankenhauspatienten sind ältere Menschen. Dies wirkt sich nicht nur auf das bereits angesprochene Entlassmanagement aus (siehe Kapitel 9.1 Vernetzung und Kooperation). Vielmehr müssen die gesamten Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern verstärkt an die Bedürfnisse hochbetagter und insbesondere demenzkranker Menschen angepasst werden.

Qualifizierung für die Bedürfnisse älterer Patienten als Aufgabe aller Krankenhäuser

Die Altersmedizin (Geriatric) erhebt den Anspruch patientenzentriert, ganzheitlich und nachhaltig zu arbeiten. Dies bedeutet, dass auch die soziale Situation der Patienten bereits bei der Krankenhausaufnahme erfasst und bei der weiteren Behandlung mit bedacht werden muss. Dies gilt auch für Einschränkungen in Bezug auf Alltagskompetenzen und Mobilität. Für die Umsetzung geriatrischer Konzepte werden entsprechend aus- und fortgebildete Fachkräfte benötigt, die vertrauensvoll und effizient zusammenarbeiten.

In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Krankenhäuser spezielle geriatrische Behandlungseinheiten für geriatrisch erkrankte Patienten eingerichtet. Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg von 2014 formuliert Qualitätskriterien für solche Einheiten.²²³

Das Land positioniert sich im Geriatriekonzept eindeutig im Hinblick auf die Strukturen der geriatrischen Akutversorgung, indem es eine geriatrische Qualifizierung für alle Krankenhäuser für erforderlich hält.²²⁴ Die Krankenhäuser setzen sich inzwischen mit den spezifischen Anforderungen demenzkranker Patienten auseinander.

Geriatrische Schwerpunkte und Zentren

Unterstützung erhalten die Akutkrankenhäuser vor allem durch Geriatrische Schwerpunkte und Geriatrische Zentren.

Geriatrische Schwerpunkte sind nach dem Geriatriekonzept des Landes Kompetenzeinrichtungen auf Kreisebene, die an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt sind. Zu ihren besonderen Aufgaben zählen:

- Unterstützung der Krankenhäuser im Einzugsbereich bei der Verankerung von Prozessen und Strukturen zur Optimierung der geriatrischen Versorgung (zum Beispiel Screening, Etablierung eines geriatrischen Konsils)
- Organisation von Fallkonferenzen und geriatrischer Fortbildung für Ärzte und nicht-ärztliches Personal in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Kreisärzteschaft, Pflegediensten und -einrichtungen)
- Kooperation mit Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, nichtärztlichen Therapeuten, Pflegediensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeheimen, Geriatrischem Zentrum, Pflegestützpunkten zur Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes
- Ansprechpartner für geriatrische Fragestellungen im jeweiligen Stadt- oder Landkreis, Beratung bei der Etablierung neuer Strukturen.²²⁵

Die Aufgaben des Geriatrischen Schwerpunkts werden durch ein multiprofessionelles Team wahrgenommen: Es umfasst neben Ärzten mit geriatrischer Qualifikation auch nichtärztlich-therapeutisches Personal, Pflegekräfte sowie Mitarbeitende mit sozialpädagogischer Qualifikation.

Zusätzlich zu den Geriatrischen Schwerpunkten gibt es an den Standorten der Maximalversorgung Geriatrische Zentren. Diese nehmen überregionale koordinierende sowie qualifizierende Aufgaben wahr.

Die geriatrischen Schwerpunkte und Zentren sind in Baden-Württemberg in der Landesarbeitsgemeinschaft organisiert.

²²³ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 34.

²²⁴ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 22.

²²⁵ Vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 35.

9.4.1 Angebote im Landkreis Göppingen

Derzeit erfolgt die stationäre Akutversorgung älterer Menschen im Landkreis Göppingen überwiegend in den Alb Fils Kliniken mit den beiden Standorten: der Helfensteinklinik in Geislingen und der Klinik am Eichert in Göppingen. Träger der Kliniken ist der Landkreis. Je nach Art der vorliegenden Akuterkrankung werden ältere Menschen in unterschiedlichen Fachabteilungen der Kliniken versorgt. Die Fachabteilungen werden dabei vom Geriatrischen Schwerpunkt der Klinik am Eichert der Alb Fils Kliniken beraten. Darüber hinaus gibt es weitere Kliniken in privater Trägerschaft mit speziellen Schwerpunkten.

Der Geriatrische Schwerpunkt, der in der Klinik am Eichert in Göppingen angesiedelt ist, wird von den Alb Fils Kliniken und dem Klinikum Christophsbad in gemeinsamer Trägerschaft betrieben. Er kümmert sich um ältere geriatrische und hochbetagte Patienten an beiden Standorten. Der Schwerpunkt klärt Möglichkeiten der Weiterversorgung nach einem Klinikaufenthalt und berät Patienten und ihre Angehörigen zu ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. Er koordiniert gegebenenfalls Rehabilitationsmaßnahmen und weitere Hilfen im Anschluss an einen Klinikaufenthalt.

Der Geriatrische Schwerpunkt des Landkreises Göppingen befindet sich seit Januar 2017 durch die Umsetzung des neuen Geriatriekonzepts des Landes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2014 im Umbruch: Bis 2018 muss sich der geriatrische Schwerpunkt dem neuen Geriatriekonzept angepasst haben. Die Bemessung der Finanzierung richtet sich seit dem Jahr 2017 nach den neuen Aufgaben eines Zentrums und Schwerpunktes. Bis Ende 2016 galt eine Übergangsfrist. Im Landkreis Göppingen wurde das geriatrische Assessment bisher von einem multiprofessionellen Team im geriatrischen Schwerpunkt durchgeführt. Wer das Assessment zukünftig durchführen und wie dieses in Zukunft aufgestellt werden soll, ist noch unklar. Der Geriatrische Schwerpunkt als solcher wird jedoch bestehen bleiben.

Ein wichtiges Angebot in der Versorgung und Behandlung Älterer wird mit der Einrichtung einer Geriatrischen Institutsambulanz (GIA) erreicht, die am Klinikum Christophsbad angesiedelt werden soll. Der GIA kommt eine beratende Funktion zu: Sie gibt Empfehlungen für die weiteren Behandlungsschritte sowie Verordnungen ab und wird nur auf Anordnung des niedergelassenen Arztes tätig. Weitere Fachärzte können bei Bedarf durch die GIA in den Beratungsprozess eingebunden werden.

9.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Krankenhäuser sind nach Einschätzung von vielen Teilnehmern an den Fachgesprächen derzeit nicht angemessen auf die Behandlung von Menschen mit Demenz vorbereitet.

Die Rückmeldungen der Experten zum Thema „Entlassmanagement/ Überleitung“ sind im Kapitel 9.1.2 dargestellt.

9.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die im Geriatriekonzept Baden-Württemberg vorgesehenen Bausteine der Krankenhausversorgung für ältere Menschen sind im Landkreis Göppingen vorhanden. Bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung stößt das aktuelle Betreuungskonzept jedoch – wie andernorts auch – an Grenzen.

Ziel:

Bei der Entlassung nach einem Klinikaufenthalt ist die weitere Versorgung der älteren Menschen bereits organisiert und gewährleistet.

Handlungsempfehlungen:

63. Das Entlassmanagement der Kliniken wird weiter optimiert.
64. Das Geriatriische Assessment soll bei der Krankenhausaufnahme in die Anamnese aufgenommen werden.
65. Die Netzwerke des Landkreises Göppingen im Bereich der Gesundheitsversorgung werden weiter ausgebaut, zum Beispiel wird der Austausch der Kliniksozialdienste gefördert.

9.5 Geriatriische Rehabilitation

Für viele ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen ist im Anschluss an die Krankenhausbehandlung ein Aufenthalt in einer Geriatriischen Rehabilitationsklinik wichtig, um Selbstständigkeit und Teilhabe wiederzuerlangen. Das Ziel ist es, dass die Patienten in ihre Häuslichkeit zurückkehren können. Geriatriische Rehabilitation kann dazu beitragen, vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und nützt dadurch nicht nur den betroffenen

älteren Menschen selbst:²²⁶ Sie rechnet sich mittelfristig auch für die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kommunen.

Im Zuge der Umsetzung des ersten Geriatriekonzepts Baden-Württemberg im Jahr 1989 hat sich die stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg flächendeckend etabliert. Der Aufbau der Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Im Gegensatz zum Krankenhausbereich gibt es in der stationären Rehabilitation wenig staatliche Planung oder Steuerung.

Auch im aktuellen Geriatriekonzept aus dem Jahr 2014 haben Angebote der geriatrischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Neben stationären werden auch ambulante und mobile Reha-Angebote genannt, bei denen kein Klinikaufenthalt erforderlich ist. Mobil bedeutet, dass die Rehabilitation im eigenen Zuhause stattfindet. Dies hat den Vorteil, dass die Ressourcen des Wohnumfelds genutzt und Bezugspersonen in den Prozess eingebunden werden können. Grundsätzlich ist laut Geriatriekonzept „...anzustreben, möglichst viel an geriatrischer Rehabilitation ambulant zu leisten. Dies erhält den Patientinnen und Patienten die Einbettung in die vertraute Lebenswelt und kann zu einer sinnvollen Verknüpfung von medizinischen Rehabilitationsanstrengungen und lebenspraktischen Anforderungen genutzt werden.“²²⁷ Die Teilnahme an einer ambulanten Reha-Maßnahme setzt aber voraus, dass die Betroffenen ausreichend mobil und belastbar sind sowie die häusliche und sonstige medizinische Versorgung sichergestellt ist. Außerdem muss die Fahrtzeit zum Reha-Angebot zumutbar sein.

Zugang zur geriatrischen Rehabilitation

Versicherte haben nach § 40 SGB V einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Liegen diese Voraussetzungen vor und ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert, so hat die Krankenkasse die Leistung zu erbringen. Pflegebedürftigkeit oder die Versorgung in einem Pflegeheim begründen keinen Ausschluss von Geriatrischer Rehabilitation. Dies gilt auch für das Vorliegen einer leichten oder mittelschweren Demenz.

Trotz dieser Regelungen, weist der Siebte Altenbericht der Bundesregierung darauf hin, dass einige Patienten, die von einer geriatrischen Rehabilitation profitieren könnten, dies nicht angeboten wird. Teilweise steht die notwendige Beratung nicht zur Verfügung.²²⁸

²²⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 174.

²²⁷ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 42.

²²⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 174.

Aktuelle Entwicklungen in der geriatrischen Rehabilitation

Die Geriatrische Rehabilitation befindet sich seit einiger Zeit in einer Umstrukturierungsphase. Es werden neue Organisationsformen entwickelt, um den zunehmenden Rehabilitationsbedarf älterer Patienten abdecken zu können. So schaffen einige Krankenhausträger Zentren für Altersmedizin, in denen akutgeriatrische und gerontopsychiatrische Betten sowie die Geriatrische Rehabilitation zusammengefasst sind.

Der Bericht der Enquetekommission Pflege stellt für Baden-Württemberg fest, dass sich im Jahr 2012 mit rund 17.900 Patienten die Zahl der geriatrischen Reha-Patienten in zehn Jahren verdoppelt hat. Dies hängt zum einen mit einer Erhöhung der Kapazitäten, aber auch mit kürzeren Verweildauern zusammen. Er führt darüber hinaus aus, dass es in Baden-Württemberg deutlich weniger Plätze in der geriatrischen Reha bezogen auf die Zahl der Menschen im Alter über 65 Jahren gibt als im Bundesdurchschnitt.²²⁹

Der angestrebte flächendeckende Ausbau wohnortnaher ambulanter beziehungsweise mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote konnte erst in Ansätzen erreicht werden. Hier ist in Baden-Württemberg noch von einem Nachholbedarf auszugehen.

Auch nach einer stationären Rehabilitation kann eine Nachsorge erforderlich sein. Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2015 hat den Anspruch auf ein Entlassmanagement nach einer stationären Rehabilitation gestärkt. Damit soll eine lückenlose Anschlussbehandlung sichergestellt werden.

9.5.1 Angebote im Landkreis Göppingen

Die Klinik für geriatrische Rehabilitation und physikalische Medizin in Göppingen ist im Klinikum Christophsbad angesiedelt und wird in Kooperation mit der Alb-Fils-Klinik betrieben. Sie hat den Schwerpunkt, die stationäre Rehabilitation im Rahmen des Geriatriekonzepts für die gesamte Region sicherzustellen. Die geriatrische Rehaklinik umfasst rund 95 Plätze und versorgt neben Patienten aus dem Landkreis Göppingen auch eine recht hohe Anzahl an Patienten aus dem Nachbarlandkreis Esslingen. Der Erfolg der geriatrischen Rehabilitation wird grundsätzlich als gut eingestuft: über die Hälfte der Patienten kann im Anschluss an die Reha wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen werden, lediglich 10-15 Prozent kommen in ein Pflegeheim. Der Sozialdienst der Rehabilitationsklinik berät und unterstützt bei der Weiterversorgung der Patienten nach einer Rehabilitationsmaßnahme.

Die AWO Göppingen führte schon vor zehn Jahren ein Modellprojekt zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation durch. Nachdem nicht genügend Anmeldungen eingingen, endeten die Finanzierung und das Projekt.

²²⁹ Landtag von Baden-Württemberg, 2016, Drucksache 15/7980, S. 260.

Rehabilitationsmaßnahmen werden außerdem in der Rehaklinik in Bad Boll mit dem Schwerpunkt der orthopädischen Rehabilitation und in der Vinzenz Klinik Bad Ditzgenbach mit den Schwerpunkten Innere Medizin, Kardiologie und Orthopädie durchgeführt.

9.5.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Rehakliniken sind abhängig von Verträgen mit Kassen. Entscheidet eine Kasse, dass ihre Patienten nicht (mehr) in einer bestimmten Rehaklinik versorgt werden, verfügt der Sozialdienst nicht mehr über die Möglichkeit, diese Patienten dorthin weiter zu vermitteln.

Im Landkreis Göppingen besteht eine hohe Nachfrage nach geriatrischer Rehabilitation, die durch die vorhandene Platzzahl kaum bedient werden kann. Zum Teil müssen Patienten recht lange Wartezeiten bis zu 6 Monate in Kauf nehmen.

9.5.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen gibt es das im Landesgeriatriekonzept vorgesehene Angebot der stationären geriatrischen Rehabilitation.

Ziel:

Die Angebotsstruktur in der geriatrischen Versorgung wird dem demografischen Wandel angepasst.

Handlungsempfehlungen:

66. Alle Beteiligten (insbesondere Kassen, Träger der Akutkliniken und Reha-Angebote sowie niedergelassene Ärzte) sollen sich dafür einsetzen, dass der Zugang zu der Geriatrischen Rehabilitation in der aktuellen Umbruchphase möglichst einfach erfolgt und noch stärker als bisher gefördert wird.
67. Die Kooperation mit den Krankenkassen wird zunehmend wichtiger, um eine adäquate Einzelfallhilfe/ -entscheidung durchführen zu können. Die Zusammenarbeit des Landkreises mit den Krankenkassen wird intensiviert.
68. Ambulante Angebote zur häuslichen Rehabilitation sollen angeboten werden und zugänglich sein.
69. Viele Pflegende Angehörige sind gesundheitlich stark belastet und benötigen ebenfalls Angebote zur gesundheitlichen Rehabilitation. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist jedoch, dass während der Reha-Maßnahme die Pflege des Angehörigen sichergestellt ist. Dies setzt ein ausreichendes Angebot und den weiteren Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen voraus (siehe Kapitel 5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause).

9.6 Gerontopsychiatrische Versorgung

Durch die zunehmende Zahl älterer und hochaltriger Menschen nimmt auch die Zahl der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu. Neben der wachsenden Zahl von Menschen mit Demenzerkrankungen ist in den vergangenen Jahren die Zahl der Menschen mit Altersdepressionen gestiegen. Eine zunehmende Bedeutung haben auch Suchterkrankungen im Alter. Gerontopsychiatrische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität meist erheblich und können die Selbstständigkeit und die Teilhabe älterer Menschen erschweren.

Die wachsende Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen stellt nicht nur Betroffene und Angehörige, sondern auch das System der Gesundheitsversorgung vor zunehmende Herausforderungen

(siehe auch Kapitel 9.4 Krankenhausversorgung und Kapitel 10.1 Senioren mit demenziellen Erkrankungen).

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen finden sich in allen Bereichen des Altenhilfesystems und der Gesundheitsversorgung. In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten wurden viele Anstrengungen unternommen, um die gerontopsychiatrische Versorgung zu verbessern und teilweise neue Angebote etabliert. Trotzdem erhalten aus Sicht von Fachleuten, Praktikern und Angehörigen Betroffene derzeit häufig noch keine optimale medizinische Versorgung. Mängel werden in den Bereichen Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation konstatiert. Teilweise fehlt es an einheitlichen Qualitätsstandards und funktionierenden Vernetzungsstrukturen, aber auch an spezifischen therapeutischen Angeboten wie gerontopsychiatrischen Beratungsstellen oder Tageskliniken. Nicht selten werden Medikamente zu hoch dosiert (unter Umständen mit der Folge einer erhöhten Sturzneigung) oder die Medikation wird nicht an Veränderungen des Gesundheitszustands angepasst, weil keine regelmäßige fachärztliche Begleitung und Kontrolle stattfindet.

Oft wird fachärztliche Unterstützung und Beratung sehr spät in Anspruch genommen, weil psychiatrische Erkrankungen nach wie vor häufig tabuisiert und verschwiegen werden. Auch das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment, das insbesondere bei Patienten ab dem 70. Lebensjahr zur frühzeitigen Erkennung auch psychiatrischer Krankheitsbilder beitragen kann, wird derzeit noch selten genutzt.

Um dem entgegenzuwirken, sind auch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und neue Netzwerke auf kommunaler Ebene notwendig.

9.6.1 Angebote im Landkreis Göppingen

Zum Klinikum Christophsbad gehört die gerontopsychiatrische Klinik am Christophsbad, die ambulante und stationäre Versorgung anbietet.

Das Angebot umfasst:

- Medizinische Diagnostik und Behandlung (stationäre Klinik, Memory-Klinik als ambulante Anlaufstelle für Menschen mit Gedächtnisproblemen und Demenz, gerontopsychiatrische Institutsambulanz (PIA G),
- Konsiliardienste für Pflegeheime durch die Institutsambulanz,
- Gerontopsychiatrische Sprechstunde.

Die stationäre Akutversorgung erfolgt in drei Stationen:

- In zwei offenen Stationen für ältere Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen mit Schwerpunkt Depression
- In einer geschlossenen Station für Patienten, die auf ein besonderes beschützendes Umfeld angewiesen sind mit Schwerpunkt Demenz.

Das Klinikum kooperiert mit dem Netzwerk Demenz in Göppingen und Geislingen und mit dem Netzwerk Demenz des Landkreises Göppingen.

Neben den Angeboten des Klinikums Christophbad stehen für die ambulante gerontopsychiatrische Behandlung niedergelassene Fachärzte für Neurologie zur Verfügung. Auch die Hausärzte spielen eine wichtige Rolle bei der ambulanten medizinischen Versorgung.

Für die Patienten des Klinikums Christophsbad stehen zwei unabhängige Patientenförsprecher zur Verfügung, die Betroffene und Angehörige über geeignete Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten informieren, bei Problemen zwischen Patienten und Klinikpersonal vermitteln und Fragen beantworten.

9.6.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Fachgespräch wurde thematisiert, dass die Kapazität der Klinik für die Beratung von Pflegeheimen und anderen Kliniken sowie für die Behandlung der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen nicht ausreiche. Wichtig wäre zudem ein Arzt mit gerontopsychiatrischer Ausbildung, der Hausbesuche bei Menschen durchführt, die nicht mobilisierbar sind. Weiter könnten begleitete Fahrdienste eine Unterstützung sein, dass Menschen bestimmte Angebote und Leistungen in Anspruch nehmen können.

Nach Einschätzung des Klinikums Christophsbad wäre die Einrichtung einer Tagesklinik insbesondere für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sinnvoll. Hierfür müsste allerdings die Finanzierung des Fahrdienstes gesichert sein.

9.6.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Personen erfolgt im Landkreis Göppingen durch niedergelassene Hausärzte, durch Fachärzte für Neurologie und durch die gerontopsychiatrische Klinik am Christophsbad.

Ziel:

Im Landkreis Göppingen stehen spezialisierte Angebote der gerontopsychiatrischen Versorgung zur Verfügung und werden weiter ausgebaut.

Handlungsempfehlungen:

70. Verstärkte Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Kommunen über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und einen angemessenen Umgang damit.
71. Das Netzwerk Demenz des Landkreises informiert weiter über weitere gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und fungiert als kompetenter Ansprechpartner für die Bürger.
72. Das Angebot der Beratung für „Pfleger Angehörige“ soll ausgebaut werden.
73. Prüfung des Bedarfs an Nachtpflegeangeboten im Landkreis zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei Menschen mit umgekehrtem Tag-Nacht-Rhythmus.

9.7 Palliativ- und Hospizversorgung

Sterben und Tod stehen am Ende aller Alternsprozesse. Sie sind häufig noch gesellschaftliche Tabuthemen. Die vermehrte Aufklärung über Vorsorge- und Patientenverfügungen sowie die Diskussion zu einem selbstbestimmteren Umgang mit Krankheit und Sterben haben die letzte Lebensphase in den letzten Jahren stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Zu einer besseren Wahrnehmung haben neue Gesetze und Konzepte beigetragen: Sie manifestieren den Anspruch schwer kranker und sterbender Menschen auf eine angemessene Schmerztherapie und soziale Begleitung in ihrer letzten Lebensphase und haben zum Aufbau neuer Angebote geführt:

- Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wurde im November 2015 vom Bundestag beschlossen. Es stärkt die Palliativversorgung als ausdrücklichen Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Die Finanzierung stationärer Hospize wurde durch höhere Zuschüsse und Leistungen der Krankenkassen verbessert.
- Auf Landesebene wurde im Jahr 2014 die Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg beschlossen. Sie benennt Angebote, Ziele und Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die Hospiz- und Palliativversorgung in Baden-Württemberg.

Zielgruppe aller Angebote sind zunächst die sterbenden Menschen selbst. Gleichzeitig benötigen die betroffenen Angehörigen häufig Entlastung und psychosoziale Begleitung beim „Loslassen“. Eine gute Begleitung und Stärkung der Angehörigen kommt wiederum den Patienten selbst zugute.

Bausteine der Hospiz- und Palliativversorgung

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg stellen klar, dass eine angemessene Begleitung sterbender Menschen vor allem durch bestehende „Regelangebote“ erfolgen muss. Dies sind niedergelassene (Haus-)Ärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeheime.

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten sind spezialisierte Angebote entstanden, die die „Regelangebote“ unterstützen:

- Die Hospizbewegung und die daraus entstandenen Hospizvereine bieten sterbenden Menschen und deren Angehörigen bereits seit vielen Jahren psychosoziale Unterstützung und Begleitung an. Diese wird überwiegend durch ehrenamtliches Engagement getragen.
- Zusätzlich wurden in den vergangenen Jahren in vielen Stadt- und Landkreisen stationäre Hospize eingerichtet.
- Im Jahr 2007 – mit Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V- entstanden im ambulanten Bereich „Palliative Care Teams“ als neue Angebote. Zielgruppe sind schwer kranke Patienten in der letzten Lebensphase ohne Chance auf Heilung mit besonders aufwändigem Versorgungs- und hohem (medizinischen) Interventionsbedarf. Die SAPV soll diesen Patienten in den letzten Lebenswochen im häuslichen Bereich eine gute Schmerzversorgung durch spezialisiertes medizinisches Fachpersonal ermöglichen. Dabei haben sich regional unterschiedliche Strukturen gebildet, um die SAPV sicherzustellen. Die Zahl der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ hat in den letzten Jahren zugenommen. 2016 waren in Baden-Württemberg 1.533 Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin berufstätig. Das waren 6 Prozent mehr als im Jahr zuvor. 841 waren ambulant tätig, davon 742 niedergelassen und 626 im stationären Bereich.²³⁰

Eine Aufgabe für die Zukunft ist nach Einschätzung von Experten die weitere Vernetzung der Hospiz- und der Palliativversorgung. Eine weitere Herausforderung besteht darin, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen für eine gute Begleitung und Versorgung sterbender Menschen zu qualifizieren: Eine Umfrage aus dem Jahr 2012 ergab, dass zwei Drittel der Menschen zu Hause sterben wollen. Tatsächlich sterben in Deutschland immer noch die meisten Menschen im Krankenhaus (über 40 Prozent), einem Pflegeheim (30 Prozent) und nur etwa 25 Prozent zu Hause.²³¹ Der Anteil der Menschen im Alter über 65 Jahren, die in Baden-Württemberg in einem Krankenhaus versterben, liegt mit 41,1 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt von 45,1 Prozent. Im Landkreis Göppingen lag der Anteil der älteren Menschen, die im Krankenhaus sterben, mit 42,8 Prozent ge-

²³⁰ Ärztekammer Baden-Württemberg: <http://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/06.pdf>

²³¹ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg: Zusammenfassung. Stuttgart 2014, S. 6.

ringfügig über dem Durchschnitt von Baden-Württemberg. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung stellt fest, dass der Anteil der Menschen, die im Krankenhaus versterben davon abhängt, wie gut die ambulante palliative Versorgung ausgebaut ist. Außerdem sterben mehr Menschen in Krankenhäusern, in denen es Palliativstationen gibt. Diese erreichen häufig nicht das Ziel, die Menschen zu stabilisieren, um sie nach Hause zu entlassen.²³²

9.7.1 Angebote Im Landkreis Göppingen

Die professionelle Begleitung sterbender Menschen erfolgt überwiegend durch Hausärzte und Ambulante Pflegedienste sowie im Rahmen der Versorgung in Krankenhäusern oder stationären Pflegeheimen. Die Regelangebote werden durch spezialisierte Angebote unterstützt.

Die Finanzierung der Sterbebegleitung in stationären Hospizen wurde in den letzten Jahren gestärkt. Inzwischen werden 95 Prozent der Kosten der stationären Hospize von den Krankenkassen getragen. Dagegen ist die Sterbebegleitung in den Pflegeheimen in den Pflegesätzen der Pflegekassen enthalten. Für die Betroffenen und die Angehörigen bedeutet dies, dass sie den Eigenanteil im Pflegeheim tragen müssen. Insbesondere wenn ältere Menschen in der letzten Lebensphase in ein Pflegeheim aufgenommen werden und nach ihrer Aufnahme bis zu ihrem Tod nur wenige Tage oder Wochen vergehen, erbringen die Pflegeheime adäquate Leistungen wie ein stationäres Hospiz. Es erhält dafür jedoch nicht die vergleichbaren finanziellen Leistungen.

Ambulante und stationäre Hospizversorgung

Der ambulante Hospizdienst begleitet mit ehrenamtlichen Begleitern sterbende Menschen in ihrer Häuslichkeit, in Kliniken und Pflegeheimen. Träger ist der Förderverein Hospizbewegung Kreis Göppingen, der 1993 gegründet wurde und seitdem über 80 aktive Begleiter gewonnen hat. Die ehrenamtlichen Hospizbegleiter werden für ihren Einsatz vorbereitet und fachlich begleitet.

Der Hospizverein setzte sich dafür ein, dass ein stationäres Hospiz im Landkreis gegründet wurde. Dies wurde von zahlreichen Organisationen und Einrichtungen unterstützt. Das Hospiz bietet Platz für 8 Menschen und wurde im Jahr 2013 eröffnet.

Der Verein Pro palliativ e.V. ist ein Verein, der das Zentrum für Palliativmedizin der Alb-Fils-Kliniken am Standort Helfenstein Klinik Geislingen unterstützt. Er hat unter anderem zur Ausstattung des Stützpunktes der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung an der Klinik beigetragen und setzt sich für die Ausstattung der Räume der Palliativstation ein.

²³² Bertelsmann Stiftung/Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) 2015: Palliativversorgung, Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Er fördert das Geislinger Palliativsymposium, das 2017 zum dritten Mal stattfand. Das Symposium befasste sich damit, wie Menschen mit Demenzerkrankungen palliativ versorgt und beim Sterben begleitet werden können.

Im Jahr 2011 wurde der Verein „Palliativ Denken-palliativ Handeln“ gegründet. Er setzt sich dafür ein, die Lebensqualität von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit durch medizinische, pflegerische und andere Maßnahmen so weit wie möglich zu erhalten. Er hat zum Schwerpunkt die Einrichtung eines Palliativstützpunktes an der Klinik am Eichert zu unterstützen

Zentrum für Palliativmedizin an den Alb-Fils-Kliniken

Das Zentrum für Palliativmedizin an den Alb-Fils-Kliniken besteht aus der Palliativstation in der Helfensteinklinik und dem palliativmedizinischen Konsiliardienst an der Klinik am Eichert.

In der Helfensteinklinik steht seit 2007 eine spezielle Station mit acht Betten zur Verfügung, in der Menschen palliativmedizinisch versorgt und psychosozial betreut werden. Die Versorgung und Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, dessen ärztliche und pflegerische Mitglieder über eine Weiterbildung in Palliativmedizin oder eine Zusatzausbildung in PalliativCare verfügen. Darüber hinaus können sowohl die Patienten als auch den Familienmitglieder psychosoziale Begleitung in Anspruch nehmen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Eine weitere Säule der Palliativversorgung im Landkreis ist seit 2012 der Dienst SAPV Filstal (spezialisierte ambulante Palliativversorgung). Träger des Dienstes sind die Alb-Fils-Kliniken. Der Fachdienst arbeitet mit hoch qualifiziertem und speziell geschultem pflegerischem, psychologischem, sozial-pädagogischem und medizinisch-therapeutischem Fachpersonal. Das Team besteht aus den Ärzten der Klinik, niedergelassenen Ärzten mit der Zusatzausbildung Palliativmedizin und Pflegekräften der Alb-Fils-Klinik mit der Zusatzausbildung Palliativ Care. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ermöglicht den Patienten den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und ist ein zusätzliches Angebot zur bisherigen Betreuung zum Beispiel durch einen Hausarzt und einen Ambulanten Pflegedienst.

Leistungen der SAPV sind:

- Organisation der Entlassung aus der Klinik
- Koordination des landkreisweiten, multiprofessionellen palliativmedizinischen Netzwerks aus Haus- und Fachärzten, Ambulanten Pflegediensten und Hospizgruppen
- Linderung von Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Ängste
- Anleitung, Beratung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen
- Psychosoziale und spirituelle Begleitung.

Die Kosten für die Inanspruchnahme der Leistungen werden in der Regel von den Krankenkassen übernommen.

9.7.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die spezialisierten Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung im Landkreis Göppingen werden von den Experten sehr positiv bewertet. Insbesondere die gute Unterstützung durch die SAPV wurde in den Fachgesprächen hervorgehoben.

Als Herausforderungen für die Zukunft wurden benannt:

- Integration der Palliativpflege und Sterbebegleitung in die alltägliche Arbeit von Pflegeheimen, Krankenhäusern und Ambulanten Pflegediensten.
- Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch die Hausärzte.

Die Leistungen und die entsprechende Finanzierung im stationären Hospiz wurden gewürdigt. Es wurde kritisiert, dass Sterbebegleitung außerhalb eines Hospizes zum Beispiel in einem Pflegeheim nicht entsprechend honoriert und von der Pflegekasse und nicht der Krankenkasse finanziert wird. Hier wurden zwei parallele Strukturen geschaffen.

9.7.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Alle Angebotsbausteine der spezifischen Palliativ- und Hospizversorgung (ambulante Hospizgruppen, spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV, stationäres Hospiz) sind im Landkreis Göppingen flächendeckend und in hoher Qualität vorhanden. Auch die Vernetzung ist sehr gut.

Handlungsbedarf besteht bei der weiteren Stärkung der Zusammenarbeit mit den „Regelangeboten“ für ältere und sterbende Menschen (Hausärzte, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege).

Ziel:

Alle älteren Menschen, die einen Bedarf an palliativer Versorgung und Sterbebegleitung haben, erhalten das entsprechende Angebot.

Handlungsempfehlungen:

74. Fortführung und Intensivierung der Palliativpflege und Sterbebegleitung in die alltägliche Arbeit von Pflegeheimen, Krankenhäusern und Ambulanten Pflegediensten.
75. Sensibilisierung/ Aufklärung der Öffentlichkeit für die Palliativ- und Hospizversorgung. Förderung bürgerschaftlichen Engagements.
76. Der Landkreis beschäftigt sich mit dem weiteren Ausbau des Hospizes.

10 Ältere Menschen mit besonderen Bedarfen

Ältere Menschen unterscheiden sich ebenso wie die übrigen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse, Erwartungen und Vorstellungen. Sie lassen sich aufgrund sozialer Merkmale, ihrem Lebensverlauf und bestimmten Merkmalen, die mit dem Alter einhergehen, in unterschiedliche Gruppen einteilen. Nachfolgend werden drei Gruppen beschrieben, für deren Versorgung ein besonderer Handlungsbedarf besteht und für die entsprechende Angebote zur Verfügung stehen sollten: Senioren mit demenziellen Erkrankungen, Senioren mit Migrationshintergrund und Senioren mit Behinderungen. Ihre Zahl ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen und wird voraussichtlich weiter zunehmen.

10.1 Senioren mit demenziellen Erkrankungen

Der Begriff „Demenz“ beschreibt in der Medizin ein Krankheitsbild, bei dem nach und nach elementare Gehirnfunktionen verloren gehen. Während zu Beginn einer demenziellen Erkrankung insbesondere Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen auftreten, wird es für die Betroffenen bei fortschreitender Erkrankung immer schwieriger, ihren Alltag zu bewältigen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter an.²³³

Ein beachtlicher Teil der an Demenz erkrankten Personen wird in der Familie gepflegt. Zum Teil unterstützen ambulante Dienste die Pflegenden Angehörigen. Zur Entlastung der Angehörigen tragen auch Tages- und Kurzzeitpflege²³⁴ und die stundenweise Betreuung durch ehrenamtliche Helfer im Haushalt des Erkrankten oder in Betreuungsgruppen bei. Einige Familien greifen auch auf ausländische Haushaltshilfen zurück. Die Versorgung demenziell erkrankter Menschen im häuslichen Umfeld wird für die Angehörigen besonders anstrengend, wenn eine ständige Beaufsichtigung notwendig wird oder Verhaltensweisen auftreten, die stark belastend sind – wie zum Beispiel Unruhezustände oder verbale und tätliche Angriffe. Die erlebte Belastung für die Pflegenden Angehörigen kann zu eigenen gesundheitlichen Problemen oder zu Problemen in der Beziehung zum erkrankten Angehörigen führen.

In den Fällen, in denen eine häusliche Betreuung nicht mehr gewährleistet werden kann, ist die Unterbringung in einem Pflegeheim oder in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft möglich.

²³³ Sütterlin, Sabine/Hoßmann, Iris/Klingholz, Reiner, 2011: Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

²³⁴ Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, das zum 01.01.2017 in Kraft trat, wurde die Unterscheidung in Pflegebedürftige mit körperlichen Einschränkungen und kognitiv eingeschränkten Personen, wie beispielsweise Demenzkranken, aufgehoben. Nunmehr erhalten alle Pflegebedürftigen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Eine zentrale Rolle für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen spielt das unmittelbare Lebensumfeld in der Wohngemeinde oder Nachbarschaft. Menschen mit und ohne Demenz treffen an vielen Orten aufeinander: in der Familie, in speziellen Einrichtungen der Pflege und Betreuung, auf der Straße, beim Einkauf, in der Nachbarschaft, in öffentlichen Einrichtungen und Behörden. Für Landkreis, Städte und Gemeinden stellt sich deshalb die Aufgabe, ein wertschätzendes Miteinander von Menschen mit und ohne Demenz zu fördern, damit sich Menschen mit Demenz in ihrem angestammten Wohnumfeld wohlfühlen können. Um dies zu unterstützen, haben einzelne Städte oder Kreise in Baden-Württemberg lokale Demenzkampagnen mit zahlreichen Einzelvorhaben und unter breiter Beteiligung von Bürgern vor Ort gestartet.²³⁵ Neben solchen Projekten zur Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit werden auch besondere Beratungs-, Betreuungs- und medizinische Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen benötigt.

10.1.1 Situation im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen ist eine gut ausgebaute und differenzierte Angebotsstruktur für an Demenz erkrankte Menschen vorhanden.

Für Pflegebedürftige mit Demenz, die zu Hause versorgt und betreut werden, gibt es im Landkreis Göppingen unterschiedliche Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Diese dienen neben der Entlastung Pflegenden Angehöriger auch der sozialen Teilhabe der Erkrankten. So können Menschen mit Demenz im Landkreis Göppingen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, wie beispielsweise haushaltsnahe Dienstleistungen und/ oder Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz (siehe Kapitel 5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag). Ziel der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz ist neben der Entlastung Pflegenden Angehöriger die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz sowie ihrer Fähigkeiten durch Aktivitäten wie Spiel, Gesang und Bewegung. Menschen mit Demenz verbringen ein- oder zweimal wöchentlich einige Stunden in Gemeinschaft mit anderen Betroffenen und werden dabei von haupt- und/ oder ehrenamtlichen Mitarbeitern angeleitet.

Auch die Versorgung in Tagespflegeeinrichtungen oder durch Ambulante Dienste ist ein wichtiges Angebot, um häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und aufrechtzuerhalten (siehe Kapitel 5.4 Pflege durch Ambulante Dienste sowie Kapitel 5.5 Tagespflege).

Ein wichtiges Anliegen des im Jahr 2012 gegründeten Demenz-Netzwerkes des Landkreises Göppingen ist die Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Im Netzwerk arbeiten eine Vielzahl an Kooperationspartner, wie zum Beispiel ambulante und stationäre Dienstleister, Ärzte, Bildungseinrichtungen, Wohnungsbaugesellschaften, Kliniken, Vereine, Kommunen und Seniorenräte, zusammen.

²³⁵ <http://www.lokale-allianzen.de/startseite.html>

Das Demenz-Netzwerk des Landkreises Göppingen besteht aus sechs Städten und Gemeinden des Landkreises, die jeweils über eigene Kooperationspartner und lokale Netzwerke verfügen. Die Koordination des Demenz-Netzwerkes auf Landkreisebene liegt bei der Altenhilfefachberatung des Landkreises. Diese ist zugleich auch Mitglied in den lokalen Demenz-Netzwerken der Städte und Gemeinden. Seit der Auftaktveranstaltung im Jahr 2012 wurden – neben den damals bereits bestehenden Netzwerken der Städte Geislingen und Göppingen – weitere Netzwerke in Eislingen, Ebersbach und Salach gegründet. Ende des Jahres 2017 wird auch die Gemeinde Bad Ditzgen in das Demenz-Netzwerk aufgenommen. Weitere Kommunen im Landkreis haben ebenfalls Interesse an einer Mitarbeit bekundet.

Das übergeordnete Demenz-Netzwerk des Landkreises Göppingen umfasst den gesamten Landkreis und fungiert auch als Ansprechpartner für Kommunen, die nicht Mitglied im Netzwerk sind und die Aktionen und Veranstaltungen in ihrer Stadt oder Gemeinde durchführen wollen.

Ziel der Netzwerke ist unter anderem die Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung, die Begleitung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen, die Aufhebung von Ausgrenzung und Stigmatisierung sowie die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe der Erkrankten. Dazu finden zahlreiche öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, Projekte, Fachvorträge sowie Veranstaltungen für Senioren mit und ohne Demenz statt. Anlässlich des jährlich stattfindenden Welt-Alzheimer-Tages führen sie unterschiedliche Aktionen und Veranstaltungen zum Thema Demenz durch, werben für Verständnis und Solidarität in der Bevölkerung und informieren über die vielfältigen Hilfsangebote im Landkreis. Der Welt-Alzheimer-Tag behandelt dabei jedes Jahr verschiedene Schwerpunkte, die die Lebenswelt von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in den Blick nehmen.

Ergänzend zu den professionellen Angeboten gibt es im Landkreis Göppingen ein Patenschaftsmodell für Menschen mit Demenz, das auf Initiative der Demenz-Netzwerke der Stadt Göppingen und des Landkreises Göppingen entstanden ist und auf ehrenamtlichem Engagement beruht.²³⁶ Die ehrenamtlichen Paten besuchen, begleiten und unterstützen alleinlebende Menschen mit Demenz in ihrem Zuhause, stärken ihre Lebensqualität und vermitteln Orientierung und Sicherheit. Sie werden in einer Schulungsreihe umfassend auf ihren späteren Einsatz vorbereitet und durch eine kompetente Fachkraft begleitet. Seit 2017 gibt es auch die ehrenamtlichen Demenzpaten in Geislingen.

Ist aufgrund der Schwere der Erkrankung keine häusliche Betreuung und Versorgung mehr möglich, stehen unterschiedliche Versorgungsformen im Landkreis Göppingen für Pflegebedürftige mit Demenz zur Verfügung. In einigen Pflegeheimen gibt es beschützende Wohnbereiche für Menschen mit Demenz. Darüber hinaus eignen sich ambulant betreute Wohngemeinschaften aufgrund ihrer Überschaubarkeit besonders für Menschen

²³⁶ https://www.landkreis-goeppingen.de/site/LRA-GP-Internet/get/params_E318911652/4466940/faltblatt_schulung_2013_db.pdf

mit Demenzerkrankungen (siehe auch Kapitel 5.8 Ambulant betreute Wohngemeinschaften).

Ein innovatives und als Modellprojekt im Jahr 2010/2011 erprobtes Angebot für hochgradig an Demenz erkrankte Menschen ist die Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth in Eisligen.

Eine Pflegeoase ist ein spezielles Konzept, in dem Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenzerkrankung sowie körperlichen Einschränkungen in einer kleinen, zumeist offenen Wohngruppe leben. Die Bewohner sind vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen. Insgesamt gibt es in Baden-Württemberg vier Pflegeoasen; deutschlandweit sind es zirka 20²³⁷.

In der Pflegeoase im Landkreis Göppingen leben bis zu acht Bewohner mit einer erheblich eingeschränkten Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie mit starken körperlichen Bewegungseinschränkungen bis hin zur Immobilität. Die Bewohner sind mindestens in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft. Der offene Raum ermöglicht eine kontinuierliche Personalpräsenz – in der Regel 12 bis 14 Stunden täglich – sowie ein Reagieren auf nonverbale Signale. Zur Wahrung der Intimsphäre, beispielsweise bei der Grundpflege, sind in der Pflegeoase mobile Trennwände vorhanden. Zusätzlich gibt es noch zwei Rückzugsräume. Die Entscheidung darüber, wer in die Pflegeoase einzieht, treffen ein Mitarbeiterteam der Pflegeeinrichtung, die Angehörigen des Betroffenen sowie Haus- und Fachärzte gemeinsam. Die Bewohner müssen zuvor mindestens ein Jahr in der Einrichtung gelebt haben. Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Pflegeoase fand im Rahmen des Modellprojekts durch die Demenz Support Stuttgart gGmbH statt. Die Erkenntnisse aus den Evaluationsstudien, die die Demenz Support Stuttgart gGmbH in unterschiedlichen Pflegeoasen durchgeführt hat, bilden die Grundlage zur Formulierung von Qualitätskriterien für Pflegeoasen²³⁸.

Die Pflegeoase ist organisatorisch an den gerontopsychiatrischen Wohnbereich angebunden. Ein konstantes Kernteam aus 8-9 Teilzeitkräften – darunter zwei Pflegekräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung – arbeitet im Wechsel in der Pflegeoase. Bei Bedarf wird das Team durch weitere Mitarbeiter des angrenzenden gerontopsychiatrischen Bereichs unterstützt.

10.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit den Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz wurde die Situation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen thematisiert. Einschätzungen der Expertinnen zufolge stehen der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz unter anderem die fehlende Sensibilität und Kenntnis über das Krankheitsbild in der Öffentlichkeit entgegen. Die Expertinnen betonen, dass

²³⁷ <http://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/altpeter-informiert-sich-in-eisligen-ueber-pflegeoase/>, Stand 2013

²³⁸ http://www.demenz-support.de/Repository/Abschlussbericht%20Eisligen_Endfassung.pdf

die Erkrankung in der öffentlichen Wahrnehmung noch einer starken Tabuisierung unterliegt. Die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild beginnt häufig erst, nachdem ein Angehöriger erkrankt ist. Beim Welt-Alzheimer-Tag zeigte sich dieser Sachverhalt insofern, als dass überwiegend Betroffene am Informationsstand stehenblieben, um sich über das Krankheitsbild und die unterschiedlichen Hilfemöglichkeiten zu informieren. Besucher ohne betroffene Angehörige mieden die Informationsmöglichkeit weitestgehend.

Die Expertinnen berichteten auch von Schwierigkeiten bei der Integration von Menschen mit Demenz in bestehende Gruppen und Vereine. Sie wünschen sich vom Landkreis die Unterstützung bei der Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit durch Vertreter der Politik. Bürgermeister oder Gemeinderäte könnten die Akzeptanz der unterschiedlichen Angebote und Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Demenz vorantreiben, indem beispielsweise Initiativen gestartet werden und das Thema in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt wird.

Ein wichtiges Anliegen ist den Expertinnen die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Diese ist in ihren Augen in den Allgemeinkrankenhäusern im Landkreis bisher unzureichend. Allerdings gibt es bereits erste Ansätze für eine Verbesserung: In der Helfenstein Klinik in Geislingen wurde zum Beispiel auf Initiative des Pflegepersonals eine kleine Demenzstation eingerichtet, die sich in der Praxis wohl sehr bewährt (siehe auch Kapitel 9.6 Gerontopsychiatrische Versorgung). Darüber hinaus plant das Seniorennetzwerk Göppingen zusammen mit der Alb Fils Klinik Göppingen sowie in enger Kooperation mit dem Landkreis Göppingen ein Konzept zur Unterstützung und Begleitung älterer Menschen zu Hause nach einem Klinikaufenthalt. Ziel der ehrenamtlichen Klinikpaten ist die Wiederherstellung einer selbstständigen Lebensführung zu Hause. Damit soll zudem vermieden werden, dass ältere Menschen aufgrund fehlender Unterstützung zu Hause wieder in die Klinik aufgenommen werden müssen. Die ehrenamtlichen Klinikpaten übernehmen unterschiedliche Aufgaben wie beispielsweise Arzt- und Apothekenkontakte, kleinere Einkäufe oder das Kofferpacken für anschließende Rehabilitationsmaßnahmen. Die Projektidee soll im Laufe des Jahres 2018 umgesetzt werden.

Bei einem Einrichtungsbesuch in der gerontopsychiatrischen Klinik des Klinikums Christophsbad in Göppingen merkten die Experten an, dass die Angebotsstruktur für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen im Landkreis grundsätzlich gut aufgestellt und vielfältig sei. Allerdings gäbe es eine kleine Gruppe von Erkrankten, die mit den bisherigen Angeboten nicht erreicht werden. Insbesondere gerontopsychiatrisch Erkrankte, mit denen Gespräche kaum mehr möglich seien, benötigten nach Einschätzung der Experten in baulicher und personeller Hinsicht eine Versorgung in einer speziellen Einrichtung. Problematisch sei auch die Versorgung von Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen, die hoch ansteckende Keime in sich tragen. Durch ihren Bewegungsdrang und unzureichender Sicherheitsvorkehrungen ist die Ansteckungsgefahr für die anderen Bewohner besonders hoch.

10.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen gibt es bereits ein vielfältiges Angebot für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sowie gute Vernetzungsstrukturen im Rahmen der Demenz-Netzwerke. Menschen mit Demenz können in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung auf im Einzelfall zugeschnittene Angebote zurückgreifen. Zukünftige Anstrengungen sind jedoch weiterhin in der Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, im weiteren Ausbau von zeitlich flexiblen und kurzfristig verfügbaren Entlastungsangeboten und in einer Verbesserung der Krankenhausversorgung erforderlich.

Ziel:

Menschen mit Demenz haben die Möglichkeit, solange wie möglich in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Zentrale Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz finden sich bereits in Kapitel 9.6 Gerontopsychiatrische Versorgung und sollen hier nur ergänzt werden.

Handlungsempfehlungen:

77. Der Landkreis führt in Kooperation mit den Demenz-Netzwerken weiterhin öffentlichkeitswirksame Maßnahmen durch und trägt so dazu bei, dass die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild sowie spezifische Ausprägungen der Krankheit informiert wird.
78. Der Landkreis wirkt auf die Weiterentwicklung eines demenzfreundlichen Landkreises hin, zum Beispiel durch die Schulung von Mitarbeitern von Behörden zum angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz.
79. Der Landkreis wirkt auf den weiteren Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, insbesondere für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, hin (siehe auch Kapitel 5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag).
80. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegestrukturen sollte geprüft werden, ob alternative Pflegearrangements in Form von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz geschaffen werden können.

10.2 Senioren mit Migrationshintergrund

Senioren mit Migrationshintergrund²³⁹ treten zunehmend ins Bewusstsein der Altenhilfe. Auch wenn es insgesamt nur eine geringe Anzahl an älteren Menschen mit Migrationshin-

²³⁹ Laut Definition des Statistischen Bundesamtes sind Menschen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland gebo-

tergrund gibt, kann davon ausgegangen werden, dass ihre Zahl stetig zunehmen wird. Im Jahr 2011 lebten in Deutschland 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, davon waren 1,4 Millionen über 65 Jahre alt²⁴⁰. In Baden-Württemberg gab es im Jahr 2015 rund 336.000 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter über 65 Jahre. Dies entspricht einem Anteil von rund 16 Prozent an der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren in Baden-Württemberg. Die meisten Senioren mit Migrationshintergrund stammten mit 17 Prozent aus dem ehemaligen Jugoslawien, 16 Prozent kamen aus der ehemaligen Sowjetunion, rund 9 Prozent aus der Türkei und Rumänien und gut 8 Prozent aus Italien.²⁴¹

Senioren mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in kultureller, religiöser und ethnischer Hinsicht und sind zu unterschiedlichen Zeiten und aus verschiedenen Gründen nach Deutschland gekommen. Laut Forschungsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge aus dem Jahr 2012 sind ältere Migranten auf dem Arbeitsmarkt oftmals deutlich schlechter positioniert als gleichaltrige Einheimische. Dies führt dazu, dass sie häufig nur über begrenzte materielle Mittel verfügen, was sich bis ins hohe Lebensalter hinein auswirkt. Darüber hinaus verfügen viele der älteren Migranten meist nur über rudimentäre deutsche Sprachkenntnisse.

Familiäre Unterstützung spielt bei Migranten noch eine bedeutsame Rolle. Es ist allerdings davon auszugehen, dass das hohe Unterstützungspotenzial durch eine steigende Frauenerwerbsquote und zunehmender räumlicher Distanzen zwischen den Familienangehörigen auch bei Migrantenfamilien zukünftig abnehmen wird.²⁴²

Älteren Migranten fehlen häufig Informationen zu den Angeboten der Altenhilfe. Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Unterstützung und Beratung nicht in gleichem Ausmaß wahrnehmen wie Menschen ohne Migrationshintergrund.²⁴³ Aufgabe der Altenhilfeplanung ist es daher, auf die wachsende Gruppe der Senioren mit Migrationshintergrund aufmerksam zu machen, spezifische Lebenslagen und Bedürfnisse zu ermitteln und Vorschläge für geeignete Angebote und Unterstützungsleistungen zu entwickeln.

Praktische Beispiele für gezielte Aktivitäten gibt es vor allem aus größeren Städten. Um Senioren mit Migrationshintergrund an bestehende Angebote der Altenhilfe heranzuführen, hat zum Beispiel die AWO in Ulm einen bereits bestehenden Ambulanten Pflegedienst für die interkulturelle Pflege weiterqualifiziert. In der Vorbereitungsphase wurden

renen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2010: Fachserie 1, Reihe 2.2, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, S. 5)

²⁴⁰ Zensus 2011

²⁴¹ Krentz, Ariane, 2016: Lebenssituation älterer Menschen in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2016, S. 11.

²⁴² Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012: Ältere Migranten und Migrantinnen. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht Nürnberg, S. 7f.

²⁴³ Huth, Susanne, 2005: Gesellschaftliche Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main: Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten und Altenclubs, Beteiligung in Migrantenorganisationen, ehrenamtliches Engagement.

die Mitarbeitenden im Rahmen von externen Fachveranstaltungen für kulturspezifische Themen und einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit der Zielgruppe sensibilisiert. Das neue Angebot wurde durch verschiedene Veranstaltungsreihen für Migranten mit Dolmetscherunterstützung und mehrsprachiges Informationsmaterial beworben. Ein übergeordneter Steuerungskreis hat das Projekt fachlich begleitet.²⁴⁴

10.2.1 Situation im Landkreis Göppingen

Aktuelle Daten zur Zahl der Senioren mit Migrationshintergrund im Landkreis Göppingen gibt es nicht. Die verfügbaren Daten stammen aus dem Zensus 2011. Damals hatten im Landkreis Göppingen knapp über 66.000 Personen einen Migrationshintergrund, darunter 7.320 ältere Menschen ab 65 Jahren.²⁴⁵ Dies entspricht einem Anteil von 14,2 Prozent an der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren im Landkreis Göppingen. Die Zahl der Senioren mit Migrationshintergrund wird im Landkreis Göppingen in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter steigen.

Der im Jahr 2011 erstellte Integrationsplan des Landkreises Göppingen widmet sich unter anderem der Lebenssituation älterer Migranten und umfasst Handlungsempfehlungen zur Verbesserung ihrer Integration und Teilhabechancen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass ältere Migranten häufiger von Grundsicherung im Alter leben als Deutsche: Im Landkreis Göppingen erhielten im Jahr 2009 rund sechs Prozent der ausländischen Mitbürger über 65 Jahre Grundsicherung im Alter. Sie sind rund fünfmal häufiger auf Grundsicherungsleistungen angewiesen als Deutsche. Dies zieht nicht nur einen begrenzten finanziellen Spielraum nach sich, sondern wirkt sich auch auf andere Bereiche des Lebens aus, zum Beispiel auf die Wohnsituation, die gesundheitliche Situation sowie die Möglichkeiten zur sozialen und kulturellen Teilhabe, womit auch die Gefahr der Vereinsamung einhergeht.²⁴⁶

Im Rahmen des Integrationsplanes des Landkreises Göppingen wurde im Jahr 2009 eine schriftliche Erhebung bei den Ambulanten Diensten und den stationären Pflegeeinrichtungen zur Betreuung von Senioren mit Migrationshintergrund, zu Angeboten der kultursensiblen Altenhilfe sowie zur interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter durchgeführt. Im Jahr 2009 teilten sowohl die Ambulanten Dienste als auch die stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen mit, dass sie ausländische Mitbürger betreuen und pflegen, wenngleich noch in geringer Anzahl. Eine von den insgesamt 31 befragten stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen gab an, kultursensible Angebote vorzuhalten und interkulturelle Schulungen für die Beschäftigten durchzuführen. Bei den Ambu-

²⁴⁴ https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege-2013_Abschlussbericht_AWO_InterkulturellerPflege_dienst-Ulm.pdf

²⁴⁵ Vgl. Zensuserhebung 2011

²⁴⁶ Integrationsplan des Landkreises Göppingen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, 2011. Im Internet abrufbar unter: <https://www.landkreis-goepingen.de/site/LRA-GP-Internet/node/2952621/Lde?QUERYSTRING=Integrationsplan>, S. II-21.

lanten Diensten boten fünf der 32 befragten Dienste kultursensible Angebote an und sieben Dienste schulten ihre Mitarbeiter in interkultureller Kompetenz.²⁴⁷

Nach Einschätzung von Experten gab es im Landkreis Göppingen seit der Erhebung im Rahmen des Integrationsplanes eine quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Angebote für Senioren mit Migrationshintergrund. Die genaue Anzahl der Dienste und Einrichtungen im Landkreis, die kultursensible Pflege anbieten, ist jedoch nicht bekannt. Die Experten berichten in diesem Zusammenhang von einer mangelnden Inanspruchnahme der Angebote von Seiten pflegebedürftiger Senioren mit Migrationshintergrund. Die Angebote wären zwar vorhanden, würden die Zielgruppe jedoch nicht erreichen (für weitere Einschätzungen siehe Kapitel 10.2.2 Einschätzung durch lokale Experten). Im Jahr 2015 hat das BELA-Netzwerk des Landkreises Göppingen zudem eine Fortbildungsveranstaltung für ihre Mitglieder zur kultursensiblen Pflege durchgeführt. Im Rahmen einer Filmvorführung wurden die Herausforderungen in der kultursensiblen Pflege aufgezeigt, diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht.

Senioren mit Migrationshintergrund werden darüber hinaus im Rahmen der aktuellen Quartiersentwicklung im Landkreis verstärkt in den Blick genommen und die dafür zuständigen Ansprechpartner in lokale Arbeitskreise integriert. Ziel ist die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund.

10.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Fachgespräch mit den Leiterinnen der Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz wurde auch die Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und einer Demenzerkrankung thematisiert.

Als besonders problematisch benannten die Expertinnen den Verlust der deutschen Sprache, die mit fortschreitender Erkrankung einhergeht. Dies erschwert die Kommunikation und die soziale Teilhabe dieser Personen. Als möglichen Lösungsansatz schlugen sie die Einrichtung eines Netzwerks von Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund vor. Diese könnten in die Tagesbetreuung der Gäste als Dolmetscher eingebunden werden. Darüber hinaus könnten über dieses Netzwerk auch mehr Senioren mit Migrationshintergrund erreicht werden, denn diese sind in den Betreuungsgruppen noch stark unterrepräsentiert. Häufig sind eher die gut integrierten Migranten in den Betreuungsgruppen vertreten. Türkischstämmige Senioren oder Senioren mit Migrationshintergrund ohne familiäre Einbindung werden mit dem Angebot kaum erreicht. Einschätzungen aus anderen Fachgesprächen bestätigen die Aussage, dass Senioren mit Migrationshintergrund im Landkreis Göppingen auch andere Angebote der Altenhilfe weniger häufig in Anspruch nehmen als die gleichaltrige Gruppe ohne Migrationshintergrund.

²⁴⁷ Integrationsplan des Landkreises Göppingen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, 2011. Im Internet abrufbar unter: <https://www.landkreis-goepingen.de/site/LRA-GP-Internet/node/2952621/Lde?QUERYSTRING=Integrationsplan>

10.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Wie in anderen Landkreisen gibt es auch im Landkreis Göppingen nur wenig Informationen zur Lebenssituation und den Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Angebote der kultursensiblen Pflege sind im Landkreis Göppingen vorhanden. In unterschiedlichen Fachgesprächen wurde die Einschätzung geteilt, dass Senioren mit Migrationshintergrund die vorhandenen Angebote seltener nutzen als Senioren ohne Migrationshintergrund.

Ziel:

Älteren Menschen mit Migrationshintergrund steht das komplette Spektrum der Altenhilfe offen. Damit passgenaue Angebote für Senioren mit Migrationshintergrund entwickelt werden können, ist es zunächst wichtig, die Bedarfe zu ermitteln und die Zielgruppe über bereits bestehende Angebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten zu informieren. Aufgrund von Sprach- und teilweise kulturellen Schranken sind dafür spezifische Informations- und Zugangswege nötig.

Handlungsempfehlungen:

81. Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Information und Beratung über bestehende Unterstützungsangebote verbessert wird und zum Beispiel in mehreren Sprachen zur Verfügung steht.
82. Der Landkreis wirkt mit den Anbietern vor Ort darauf hin, dass die spezifischen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Die Angebote werden interkulturell zugänglich gemacht.
83. Das ehrenamtliche Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund sollte gezielt angeregt und unterstützt werden.

10.3 Senioren mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung

Es gibt keine allgemeingültige Definition von „Behinderung“. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung. Sie sind in der Regel auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen, die dazu beitragen sollen, eine drohende Behinderung zu verhüten beziehungsweise deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Dazu zählen auch Menschen, die zusätzlich zur geistigen Behinderung eine Sinnesbehinderung haben. Menschen mit mehrfacher Behinderung haben meist einen komplexen Unterstützungsbedarf mit medizinischem und pflegerischem Bedarf. Tritt

bei Menschen mit Behinderung stark herausforderndes Verhalten auf, sind spezielle pädagogische Konzepte notwendig.²⁴⁸

Derzeit gibt es noch relativ wenige Menschen mit Behinderung im Seniorenalter. Grund sind die Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes, bei denen eine Vielzahl der lebenden Menschen mit Behinderungen getötet wurde. Seit einigen Jahren beginnt sich die Situation zu verändern: Immer mehr Menschen mit Behinderung der Nachkriegsgeneration erreichen das Seniorenalter. Nach aktuellen Forschungsergebnissen haben Menschen mit Behinderung heute eine deutlich höhere Lebenserwartung als früher. Die Forschung zeigt auch, dass die zukünftigen Senioren mit Behinderung keine homogene Gruppe bilden, sondern unterschiedliche Bedürfnisse haben. Diese hängen von individuellen Vorlieben, der Familiensituation, von der Form der Behinderung und dem aktuellen Gesundheitszustand ab.²⁴⁹

Wohnformen und Erwerbsbiografien von Menschen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich deutlich. Menschen mit einer geistigen Behinderung leben häufig relativ lange im Elternhaus. Insbesondere im Alter ab 40 Jahren nimmt jedoch der Anteil derjenigen zu, die stationär in einem Wohnheim oder in einer Pflegeabteilung/ -einrichtung für Menschen mit Behinderung leben. Menschen mit Behinderungen sind somit früher als andere auf professionelle Unterstützung beim Wohnen und teilweise auch auf Pflege angewiesen. Spezielle Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gibt es jedoch nur in einigen Gemeinden und Städten.

Früher haben Menschen mit Behinderung überwiegend in speziellen Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelebt. In den vergangenen Jahren ist jedoch der Anteil der Menschen mit Behinderung gestiegen, die in einer Privatwohnung oder Wohngemeinschaft ambulant betreut werden. Daher leben heute in fast allen Kommunen Menschen mit Behinderung, die von Angehörigen oder einem Ambulanten Dienst der Eingliederungshilfe – manchmal auch zusätzlich von einem Ambulanten Pflegedienst – Unterstützung erhalten. Diese Menschen wollen in der Regel auch im Alter und bei zunehmendem Pflegebedarf in ihrem vertrauten Umfeld wohnen bleiben.

Die meisten Menschen mit einer Behinderung arbeiten in Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder besuchen einen Förder- und Betreuungsbereich. Mit Eintritt in den Ruhestand entfällt die Tagesstruktur. Ein besonderes Tagesbetreuungs-Angebot für Senioren mit Behinderung ist im Wohnumfeld häufig nicht vorhanden, weil die Zielgruppe sehr klein ist. Außerdem wollen viele Betroffene nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt nicht nahtlos in ein spezielles Angebot für Senioren mit Behinderung wechseln. Eine wohnortnahe Alternative zur Tages- und Freizeitgestaltung können Regelangebote der Altenhilfe am Wohnort sein – zum Beispiel Begegnungsstätten oder Tagespflegeeinrichtungen.

²⁴⁸ Landkreis Göppingen, 2017: Teilhabeplan für Menschen mit Behinderung. Teil A, S. 6.

²⁴⁹ Kommunalverband für Jugend- und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter: Abschlussbericht. Stuttgart, 2013.

Die Schnittstellen zwischen der Alten- und der Behindertenhilfe haben in der Fachdiskussion und Praxis an Bedeutung gewonnen: nicht nur wegen des steigenden Bedarfs von Senioren mit Behinderung an niedrigschwelliger Unterstützung, Tagesstrukturierung und Pflege, sondern auch im Zuge der von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Umsetzung der Inklusion.

Entscheidend ist, dass die Unterstützungsleistungen – sowohl aus dem Bereich der Alten- als auch der Behindertenhilfe – individuell an die Bedürfnisse von Senioren mit Behinderung anpassbar und kombinierbar sind. Es gibt deshalb mehr Bestrebungen Angebote der offenen Altenhilfe oder Altenpflegeheime für Senioren mit Behinderung in ihrem Umfeld zu öffnen und zu qualifizieren und Kooperationen zwischen Alten- und Behindertenhilfe anzuregen.²⁵⁰

Eine zunehmende Vernetzung der Alten- und Behindertenhilfe ist sowohl auf Kreis- als auch auf kommunaler Ebene anzustreben.

10.3.1 Situation im Landkreis Göppingen

Im Landkreis Göppingen erhielten am Jahresende 2015 mehr als 1.400 Menschen mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe:²⁵¹

- 151 Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten, waren zwischen 50 und 60 Jahre alt, weitere 38 Beschäftigte 60 Jahre und älter. Rund zwei Drittel davon hatten eine geistige, körperliche oder mehrfache Behinderung, die übrigen eine seelische Behinderung. Diese Menschen werden im Verlauf der nächsten 15 Jahre in Rente gehen und neue Angebote zur Tagesgestaltung benötigen.
- Dazu kommen 45 Personen ab 50 Jahren mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf, die derzeit eine Förder- und Betreuungsgruppe besuchen.
- Insgesamt sind somit mehr als 230 Personen in Tagesstruktur-Angeboten der Behindertenhilfe mindestens 50 Jahre alt.
- Der Anteil der älteren Werkstatt-Beschäftigten ab 50 Jahren ist mit knapp 29 Prozent im Landkreis Göppingen deutlich geringer als im Durchschnitt Baden-Württembergs (rund 35 Prozent).
- Von den 50-Jährigen und Älteren in Werkstätten und Fördergruppen erhalten 85 Personen bisher keine fachliche Wohnunterstützung und wohnen „privat“ (mit Angehörigen oder alleine), 26 Personen erhalten fachliche Unterstützung im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens der Behindertenhilfe.

In den Jahren 2007 und 2008 hat der Landkreis Göppingen gemeinsam mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg Teilhabepläne für Menschen mit

²⁵⁰ Entsprechende Projekte wurden unter anderem im Rahmen der „Neuen Bausteine in der Eingliederungshilfe“ des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) wissenschaftlich begleitet.

²⁵¹ Datengrundlage sind die Meldungen des Landkreises Göppingen im Rahmen der landesweiten Berichterstattung des KVJS zur Eingliederungshilfe zum Stichtag 31.12.2015.

einer geistigen und körperlichen beziehungsweise seelischen Behinderung erarbeitet. Im Jahr 2017 wurde der Teilhabeplan für Menschen mit einer geistigen und körperlichen Behinderung fortgeschrieben²⁵². Dieser enthält unter anderem die Empfehlung, eine Zusammenarbeit der Eingliederungshilfe mit Regelangeboten der Altenhilfe anzustreben und sie für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung zu öffnen. Die Lebenshilfe Göppingen e.V. hat im Jahr 2015 in Kooperation mit der Volkshochschule Göppingen, dem Kreisjugendring Göppingen und dem Kreissenorenrat Göppingen das von der Aktion Mensch geförderte Inklusionsprojekt „UNS BEHINDERT NICHTS – Gelebte Inklusion vernetzen“ auf den Weg gebracht. Im Rahmen des Projekts werden Bildungs-, Kultur- und Freizeitangebote auf Teilhabemöglichkeiten überprüft. Damit sollen inklusive Strukturen – zunächst in den Tätigkeitsfeldern der Kooperationspartner – gefördert und weiterentwickelt und somit Regelangebote für Menschen mit Behinderung geöffnet werden.²⁵³ Der Teilhabeplan für Menschen mit einer seelischen Behinderung wird derzeit fortgeschrieben.

10.3.2 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Zahl der älteren Menschen mit einer Behinderung wird – wie in ganz Baden-Württemberg – auch im Landkreis Göppingen zukünftig weiter steigen. Eine Vernetzung und Öffnung der Regelangebote der Altenhilfe für Senioren mit Behinderungen sowie Kooperationen zwischen Altenhilfe und Eingliederungshilfe finden im Landkreis Göppingen derzeit nur vereinzelt statt. Erste Ansätze zeigen sich im Inklusionsprojekt „UNS BEHINDERT NICHTS – Gelebte Inklusion vernetzen“ – allerdings bislang nur im Bildungs-, Kultur- und Freizeitbereich. Kooperationen und Vernetzungen zwischen der Alten- und der Eingliederungshilfe erscheinen jedoch sinnvoll, da sie wohnortnahe individuelle Lösungen zur Gestaltung des Tages, bei der Alltagsunterstützung und Pflege für Menschen mit Behinderung ermöglichen kann. Außerdem ergeben sich Synergien sowohl für die Zielgruppe der Senioren als auch die Gruppe der Menschen mit Behinderung.

²⁵² Landkreis Göppingen, 2017: Teilhabeplan für Menschen mit Behinderung. Teil A, S. 100.

²⁵³ <http://www.lh-goepingen.de/angebot/inklusionsprojekt>

Ziel:

Eine systematische Abstimmung und Kooperation mit den Angeboten der Behindertenhilfe und Altenhilfe sollte aufgebaut werden, damit auch für Senioren mit Behinderung individuell abgestimmte, wohnortnahe Angebote der Alltagsunterstützung und Pflege zur Verfügung stehen.

Handlungsempfehlungen:

84. Der Landkreis ergreift konkrete Maßnahmen, um die Vernetzung der Handlungsfelder und Akteure voranzutreiben. Entsprechende Vernetzungsstrukturen auf Kreisebene sollen geschaffen werden. Ziel sind grundsätzliche Absprachen zu den jeweiligen Aufgaben und möglichen Kooperationen.
85. Innerhalb der Landkreisverwaltung sollen die entsprechenden Arbeitsbereiche gut vernetzt werden. Dies erleichtert es, im Rahmen der individuellen Hilfeplanung für ältere Menschen mit Behinderung auch wohnortnahe Angebote der Altenhilfe einzubeziehen.
86. Der Landkreis wirkt auf die Öffnung von Regelangeboten – insbesondere in der Altenhilfe – für Menschen mit Behinderungen hin.
87. Der Landkreis wirkt auf eine gute Abstimmung zwischen dem Teilhabeplan für Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung, dem Teilhabeplan für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung sowie dem Seniorenplan des Landkreises Göppingen in der Umsetzung hin.

11 Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung

Der vorliegende Seniorenplan zeigt, dass von den Aufgabenstellungen in der Altenhilfe viele Handlungsfelder, Akteure, Aufgaben und Maßnahmen betroffen sind. Es gibt vielfältige Verantwortlichkeiten, gesetzliche Grundlagen und Regelungen. Dies macht Abstimmungen und Absprachen notwendig. Es gibt deshalb einen großen Bedarf an Koordination und Vernetzung innerhalb der Aufgabenfelder der Altenhilfe als auch an den Schnittstellen zu anderen Bereichen.

Die Themen Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung wurden deshalb bereits an mehreren Stellen im Seniorenplan behandelt, zum Beispiel beim Thema Gesundheit, Wohnen, Infrastruktur und Mobilität sowie Pflege oder Behinderung und Alter. Es wurde jeweils darauf hingewiesen, wie wichtig die Abstimmung mit anderen Akteuren ist.

Durch Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung können die Übergänge an den unterschiedlichen Schnittstellen der Segmente besser gestaltet werden, um sie für ältere Menschen leichter passierbar zu machen. Wichtig ist hierbei, dass Einrichtungen und Dienste zusammenarbeiten und die Hilfsangebote aufeinander abgestimmt werden.

Der Prozess der Vernetzung setzt Kooperation und Koordination voraus. Unter Kooperation wird die tatsächliche Zusammenarbeit verstanden, beispielsweise, wenn es darum geht, dass unterschiedliche Anbieter von sozialen Diensten gemeinsam Leistungen erbringen. Koordination soll die übergeordnete Steuerung der Zusammenarbeit sein. Dies kann durch eine übergeordnete Institution oder Person geschehen.

Dass diese Prozesse nicht selbstverständlich sind, liegt in der Unterteilung der unterschiedlichen Systeme und an der Zuordnung von Aufgaben zu den unterschiedlichen Bereichen. Dies wird durch die unterschiedliche Finanzierung und die leistungsrechtlichen Ansprüche der unterschiedlichen Leistungen und Aufgaben befördert. Außerdem gibt es verschiedene Kostenträger, wie die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegekassen, die Sozialhilfeträger, die Kommunen und die Träger der freien Wohlfahrtspflege.

Die Aufgaben und Leistungen der Altenhilfe lassen sich einem ambulanten, einem teilstationären und einem stationären Bereich zuordnen. Diese Unterteilung fördert das Denken innerhalb des jeweils eigenen Bereichs. Der Bericht der Enquetekommission Pflege sieht die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege als ein Problem für die optimale Versorgung von Pflegebedürftigen an.²⁵⁴

Obwohl das Konzept der Vernetzung von der Fachwelt begrüßt und gewollt ist, steckt es häufig noch in den Anfängen. Eine vernetzte Versorgung setzt ein Umdenken der Akteure voraus, damit Abstimmung und Zusammenarbeit möglich sind.²⁵⁵

²⁵⁴ Landtag von Baden-Württemberg 2016: Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Drucksache 15/7980, S. 407.

²⁵⁵ Deutscher Bundestag, 2015: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (Drucksache 18./102010) Berlin, S. 52.

11.1 Koordination und Vernetzung im Landkreis

Die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, Dienste und Angebote im Landkreis soll dazu beitragen, dass alle in der Seniorenarbeit Mitwirkenden über die Aktivitäten informiert und die Angebote aufeinander abgestimmt sind, so dass im Einzelfall „auf kurzem Weg“ schnell agiert werden kann. Dazu sollen Absprachen getroffen und Arbeitsabläufe aufeinander abgestimmt werden. Erstrebenswert sind dauerhafte verbindliche Vereinbarungen der Zusammenarbeit. Die Vermittlung und Beratung von Senioren und ihren Angehörigen, die Unterstützung benötigen, kann dadurch effizienter erfolgen und die Qualität der Versorgung kann sichergestellt und optimiert werden. Dies führt zu einer Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen.

Vernetzung kann es auch mit anderen Themen geben, bei denen ältere Menschen zwar nicht im Mittelpunkt stehen, ihre Belange aber betroffen sind. Vertreter der Altenhilfe sind mit ihrem Fachverstand in andere Fachbereiche einbezogen, zum Beispiel bei den Themen Gesundheit, Verkehrsplanung, öffentlicher Nahverkehr, Wohnen und Eingliederungshilfe.

Um Vernetzung zu sichern, bedarf es eines Ansprechpartners, der von allen Akteuren akzeptiert wird. Er sorgt dafür, dass Informationen und Erfahrungen zwischen den Netzwerkpartnern ausgetauscht werden und wirkt darauf hin, dass Konkurrenzdenken abgebaut wird. Er fördert zudem die gegenseitige Unterstützung der Netzwerkpartner.²⁵⁶

Der Landkreis ist originär zuständig für die Kreispflegeplanung, Information sowie Förderung der Koordinierung und Vernetzung. Dies erfolgt maßgeblich durch die Altenhilfefachberatung. Außerdem obliegt dem Landkreis die Nahverkehrs- und Gesundheitsplanung. Als örtlicher Träger der Sozialhilfe gewährt er darüber hinaus Leistungen der Altenhilfe beziehungsweise der Hilfe zur Pflege und Grundsicherung. Weiter sind Heimaufsicht, Betreuungsbehörde und Gesundheitsamt beim Landkreis angesiedelt. Durch die Vernetzung der unterschiedlichen Themen soll eine gut funktionierende Infrastruktur für den Landkreis in der Altenhilfe geschaffen und damit ein wichtiger Beitrag zur Gestaltung der demografischen Entwicklung geleistet werden.

Der Landkreistag sieht Vernetzung und Koordination als eine Hauptaufgabe der Altenhilfefachberatung.²⁵⁷ Dazu zählen die Verbindungen zwischen Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe qualifiziert zu unterstützen, aber darüber hinaus auch zum Gesundheitswesen, zur Behindertenhilfe und der Sucht- und Psychiatrieberatung zu initiieren und zu begleiten. Die Vernetzung der Angebotsstrukturen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich soll durch die Altenhilfefachberatung verbessert werden. Wenn neue Angebote entstehen, sollen diese in die bestehenden Altenhilfestrukturen integriert werden.

²⁵⁶ Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2007: Informationsdienst Altersfragen. Thema: Vernetzung. Heft 6, S. 4.

²⁵⁷ Beschreibung des baden-württembergischen Landkreistages vom Februar 2011: Aufgabenstellung der Altenhilfefachberatung/Altenhilfeplanung in den Landkreisen.

Vernetzung individueller Hilfeleistungen

Vor allem Menschen, die unterschiedliche Hilfen gleichzeitig oder zeitlich nacheinander benötigen, können diese aufgrund der Segmentierung der Hilfesysteme häufig nicht koordinieren. Hier ist eine Beratung geboten und gegebenenfalls eine Abstimmung der Hilfeleistungen. Die Koordination von unterschiedlichen Unterstützungsleistungen im Einzelfall kann dazu beitragen, dass die Maßnahmen gemeinsam zum Erfolg führen und die Lebensqualität des Betroffenen erhöht wird. Diese Koordination können Pflegestützpunkte leisten. Sie koordinieren Hilfen im Einzelfall.

Die Koordinierung aller, für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung benötigten Hilfs- und Unterstützungsangebote und die Vernetzung der sozialen und pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsangebote, war eine der Aufgaben, die das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 für die Pflegestützpunkte formulierte. Bei der Evaluation der baden-württembergischen Pflegestützpunkte gaben über drei Viertel der Pflegestützpunkte an, mit Pflegeeinrichtungen und Kliniken zu kooperieren. Weniger als ein Drittel der Pflegestützpunkte arbeitete mit niedergelassenen Ärzten zusammen. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen trafen die Pflegestützpunkte nur ausnahmsweise.²⁵⁸ Die Pflegestützpunkte haben sehr differenzierte Vorstellungen von ihrer Netzwerkarbeit und beziehen dabei auch Akteure des Gesundheitswesens und der Palliativpflege mit ein. Fast ein Viertel der Beratungen der Pflegestützpunkte kommt auf Vorschlag eines Netzwerkpartners zustande.

Ein langfristiges Fallmanagement, das heißt die Begleitung einzelner Menschen über einen längeren Zeitraum und die Koordination und regelmäßige Überprüfung der für sie angebotenen Unterstützungsleistungen, können Pflegestützpunkte aufgrund ihrer personellen Ausstattung häufig nicht leisten. Ein Fallmanagement könnte dazu beitragen, professionelle Hilfeleistungen zu reduzieren und Ressourcen im Umfeld zu mobilisieren. Eine solche Aufgabe könnte zum Beispiel von einem Pflegelotsen oder -begleiter, einem Betreuer oder einem Quartiersmanager übernommen werden, der ältere Menschen berät und die benötigten Hilfen aus verschiedenen Systemen aufeinander abstimmt.

11.1.1 Situation im Landkreis Göppingen

Altenhilfefachberatung

Im Landkreis Göppingen übernimmt die Altenhilfefachberatung maßgeblich koordinierende Funktionen in der Seniorenarbeit.

Neben der Beratung zählt die Altenhilfeplanung zu ihren Aufgaben. Sie ist ein Instrument zur Gestaltung kommunaler Altenpolitik. Das Ziel ist es, eine an den Bedürfnissen älterer Menschen ausgerichtete Infrastruktur zu entwickeln und an der altengerechten Ausgestaltung unterschiedlicher Lebensbereiche mitzuwirken.

²⁵⁸ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), 2013: Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, S. 36.

Im Jahr 2005 hatte der Kreis Göppingen einen ausführlichen Kreisaltenplan erstellt und den darin enthaltenen Kreispflegeplan in den Jahren 2007 und 2009 fortgeschrieben. Aufgrund der demografischen Entwicklung und Änderungen in der Infrastruktur ergab sich die Notwendigkeit, den Kreisaltenplan als Seniorenplan fortzuschreiben. Der Planungshorizont bis zum Jahr 2030 ist eine gute Grundlage, um die Seniorenarbeit im Landkreis weiterzuentwickeln und den demografischen Wandel zu gestalten.

Die Altenhilfefachberatung organisierte den Planungsprozess im Landkreis Göppingen mit einer Vielzahl von beteiligten Akteuren und Einrichtungen. Sie wird die Handlungsempfehlungen des Seniorenplans in den nächsten Jahren gemeinsam mit Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe umsetzen.

Die Altenhilfefachberatung hat bereits in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Runde Tische, Arbeitskreise und Netzwerke ins Leben gerufen, die an unterschiedlichen Stellen im Seniorenplan bereits vorgestellt wurden. Dazu zählt beispielsweise das Netzwerk Demenz auf Landkreisebene. Die Altenhilfefachberatung leitet das Netzwerk und moderiert die Netzwerksitzungen mit aktuell sechs Gemeinden und Städten (Bad Ditzgenbach, Ebersbach, Eislingen, Geislingen, Göppingen, Salach). Sie stellt das Netzwerk in unterschiedlichen Gremien und Einrichtungen vor und wirkt auf einen Ausbau des Netzwerkes mit weiteren Kommunen hin. Sie organisiert außerdem, zusammen mit einer Organisationgruppe, die jährlich stattfindende Weltalzheimerwoche.

Im Rahmen der Seniorenplanung für den Landkreis hat die Altenhilfefachberatung im Jahr 2017 ein neues Netzwerk zur gesundheitlichen Versorgung im Landkreis initiiert. Ein weiteres, neu gegründetes Organisationsteam bereitet eine Veranstaltung zum Thema Demografie und Quartiersarbeit im Landkreis vor. Der Austausch dient als Impulsveranstaltung und trägt zur Sensibilisierung der Kommunen zu genannten Themen bei.

Im Laufe der Seniorenplanung entwickelte sich die Idee, ein Netzwerk zur Quartiersarbeit im Landkreis Göppingen ins Leben zu rufen. Es bildete sich ein Organisationsteam, das eine Veranstaltung zum Thema „Quartiersarbeit im Landkreis“ für die Kommunen plant.

Die Altenhilfefachberatung ist in viele Arbeitskreise und Gremien anderer Einrichtungen und Aufgabenfelder im Landkreis einbezogen. Sie bringt dort die Perspektive der Senioren in andere Themen ein. Dazu zählen die Gesundheitskonferenz, die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit, der Kreissenioresenrat, der Austausch mit der Betreuungsbehörde und der Heimaufsicht, die Seniorennetzwerke in den Gemeinden und Städte, die Netzwerke Demenz in den Gemeinden und Städten, das BELA-Netzwerk, das Straßenverkehrsamt und die Arbeitsgemeinschaft der Betreuungsgruppen im Landkreis.

Der Austausch mit Gemeinden und Städten ist für die Altenhilfefachberatung von besonderem Wert, da vor Ort die Lebenswelt der Senioren gestaltet wird. Sie arbeitet eng mit den Gemeinden zusammen und tauscht sich mit ihnen über die Angebote aus. Sie leitet Informationen, beispielsweise über Förderprogramme, an die Ansprechpartner für Senioren in den Gemeinden und Städten weiter. Gemeinsam mit der Gemeinde Bad Ditzgen-

bach hat sich der Landkreis für den Ideenwettbewerb „Quartier2020-Gemeinsam.Gestalten.“ beworben.

Die Altenhilfefachberatung gibt den „Wegweiser für Seniorinnen und Senioren“ für den Landkreis Göppingen heraus, der die Angebote des Landkreises für ältere Menschen bündelt. Er wird regelmäßig überarbeitet.

Das zentrale Abstimmungs- und Beratungsgremium in der Seniorenarbeit im Kreis Göppingen ist die Altenhilfe-Fachkonferenz. Sie trifft sich ein- bis zweimal im Jahr unter der Moderation des Landkreises. Sie setzt sich aus den Vertretern der Beratungsstellen im Umfeld der Pflege der Kommunen, dem Kreisseniorerrat, der Stiftung Altendank und Mitarbeitenden der Landkreisverwaltung zusammen. Inhaltlich setzt sich die Altenhilfe-Fachkonferenz mit vorgeschlagenen Themen aus dem Fachgremium auseinander, die die Altenhilfe im Kreis Göppingen betrifft. Die Altenhilfe-Fachkonferenz wird von der Altenhilfefachberatung gemeinsam mit einem Organisationsteam aus Fachkräften in der Altenhilfe organisiert.

Die Altenhilfefachberatung ist außerdem über die Landkreisgrenzen hinaus vernetzt. Sie trifft sich auf Einladung des Landkreistages zu Austauschtreffen und Klausurtagungen der Altenhilfefachberater der Landkreise im Land Baden-Württemberg. Auf den meist mehrtägigen Treffen informieren der Landkreistag und das Sozialministerium über aktuelle Entwicklungen im Land und die Auswirkungen auf die Altenhilfe. Der Landkreistag informiert zusätzlich in Infobriefen über Entwicklungen in anderen Landkreisen und auf Landesebene.

Mit dem angrenzenden Landkreis Esslingen besteht ein Austausch, zum Beispiel zum Fachkräftemangel in der Altenpflege mit dem Runden Tisch Pflege, der von der Agentur für Arbeit im Jahr 2013 initiiert wurde. An den Treffen beteiligen sich Mitarbeiter von Heimleitungen, dem Personalbereich und der Pflegedienstleitung von Kliniken, Altenpflegeheimen, Pflegediensten, Pflegeschulen und Institutionen wie Arbeitsagentur, Jobcenter und dem Beratungsteam Altenpflegeausbildung aus beiden Landkreisen. Themen sind beispielsweise die Gewinnung von geeignetem Personal, Ausbildung und Qualifizierung und die Beschäftigung geflüchteter Menschen.

Es gibt außerdem einen Austausch mit dem Beratungsteam Altenpflegeausbildung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Der Landkreis steht außerdem für das Projekt "Demenz und Kommune" im Austausch mit der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg.

Pflegestützpunkt

Der Pflegestützpunkt wird durch den „Fachbeirat Pflegestützpunkt“ begleitet, der einmal jährlich tagt und an dem unter anderem Vertreter von Ambulanten Diensten, Pflege- und Hospizeinrichtungen sowie Kassen beteiligt sind. Außerdem ist er in die „Fachkonferenz

Altenhilfe“ eingebunden und tauscht sich regelmäßig, beispielsweise bei der Versorgung im Einzelfall, mit der Altenhilfefachberatung des Landkreises aus.

Die Vernetzung mit Diensten und Einrichtungen ist die Grundlage dafür, dass der Pflegestützpunkt bei Bedarf die Unterstützungs- und Hilfeleistungen koordinieren kann.

Eine Beschreibung der Vernetzungsaktivitäten des Pflegestützpunktes findet sich im Kapitel 4 Pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und unter 5.1.1 Situation im Landkreis Göppingen bei den Beratungs- und Informationsangeboten.

Kreissenioerenrat

Der Kreissenioerenrat Göppingen ist eine Arbeitsgemeinschaft, in der sich die Organisationen und Einrichtungen im Landkreis, die in der Seniorenarbeit aktiv sind, zusammengeschlossen haben. Er wurde 1991 gegründet. Neben Orts- und Stadtseuiorenräten sind über 150 Seniorengruppen von Vereinen und Kirchen, außerdem ambulante und stationäre Einrichtungen, die Altenhilfefachberatung sowie Träger der freien Wohlfahrtspflege Mitglied im Kreissenioerenrat. Eine wichtige Funktion des Kreissenioerenrats ist der Austausch der Mitglieder untereinander.

Auf Initiative und unter Mitwirkung des Kreissenioerenrates wurden zahlreiche Projekte entwickelt. Der Kreissenioerenrat entfaltet auch Initiativen in seniorenpolitischen Fragen und trägt diese an Politik und Öffentlichkeit heran.

Außerdem ist er Mitglied in zahlreichen Gremien, wie zum Beispiel dem Landesseuiorenrat. Ein Mitglied des Vorstandes ist beratendes Mitglied im Sozialausschuss des Kreistages.

Der Kreissenioerenrat tauscht sich einmal im Jahr mit den Orts- und Stadtseuiorenräten im Landkreis aus. Im Mittelpunkt stehen abgeschlossene Projekte und Vorhaben und neue Planungen.

BELA-Netzwerk

Das Bela-Netzwerk „Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter“ ist ein Verbund von 15 Altenpflegeheimen im Landkreis Göppingen. Es hat zum Ziel, das bürgerschaftliche Engagement in diesen Pflegeeinrichtungen zu stärken und dadurch die Lebensqualität der Menschen im Pflegeheim zu verbessern. Das BELA-Netzwerk bietet ein umfangreiches Fortbildungsangebot, um die Ehrenamtlichen zu unterstützen und deren Kompetenzen zu fördern. Jährlich finden gemeinsame Dankeschön-Veranstaltungen statt, um das ehrenamtliche Engagement zu würdigen.

Das Projekt „Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter“ (BELA III) war von 2008 – 2010 eine landesweite Initiative für mehr Lebensqualität in Pflegeheimen durch Bürgerengagement. Projektträger waren das Sozialministerium Baden-Württemberg, die kommunalen Landesverbände und der Landesseuiorenrat. Im geförderten Projektzeitraum entstand 2008 das BELA-Netzwerk im Landkreis Göppingen, zu Beginn mit drei Pflegeheimen als Mitglieder aus dem Landkreis Göppingen. Die Aufbaupha-

se wurde durch die Otto und Edith Mühschlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung finanziell gefördert.

Nach der Förderphase besteht das BELA-Netzwerk seit 2011 als eigenständiger Verbund von Pflegeheimen im Landkreis Göppingen weiter. Die Finanzierung erfolgt über die Mitgliedsbeiträge der Pflegeheime. Die Geschäftsführung des Netzwerks liegt bei der Beauftragten für Bürgerschaftliches Engagement des Landkreises Göppingen.

Seit dem Jahr 2017 gibt es über das Bürgerschaftliche Engagement das Bildungsprogramm Ehrenamt "freiwillig.engagiert.qualifiziert."²⁵⁹ des Bildungsnetzwerks Ehrenamt. Das Programm informiert über Bildungs- und Qualifizierungsangebote, die auch den Anforderungen der Unterstützungsangebote-Verordnung entsprechen.

11.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Experten in den Fachgesprächen lobten die Vernetzung der Seniorenarbeit im Landkreis. Es bestand teilweise der Wunsch, den Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Gruppen unter Moderation des Landkreises zu optimieren. Es gäbe viele Schnittstellen bei der Versorgung älterer Menschen, die verbessert werden könnten, vor allem zwischen der Gesundheits- und der Pflegeversorgung, so zum Beispiel zwischen Kliniken und Ambulanten Diensten oder zwischen Hausärzten und dem Pflegebereich.

Es bestand der Wunsch, dass ein Case-Management für die Menschen zur Verfügung steht, die unterschiedliche Hilfen in Anspruch nehmen müssen und die nicht durch Angehörige oder Freunde unterstützt werden können. Durch den koordinierten Einsatz würden die Angebote aufeinander abgestimmt und die Menschen besser versorgt werden können. Dafür bräuchte es jedoch einen Ansprechpartner vor Ort in den Gemeinden.

²⁵⁹ <https://www.bildung-fuer-engagierte.de/>

11.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Landkreis Göppingen gibt es bereits mehrere Netzwerke und abgestimmte Prozesse in der Altenhilfe. In allen Gesprächen wurde betont wie wichtig es sei, dass die Übergänge an den Schnittstellen der Altenhilfe zu anderen Bereichen, zum Beispiel der medizinischen Versorgung, aber auch die Vernetzungen innerhalb der Altenhilfe besser gelingen.

Ziel:

Die Angebote in der Altenhilfe sind durch Kooperationen mit den Einrichtungen und Trägern aufeinander abgestimmt, um eine bestmögliche Versorgung älterer Menschen zu erreichen. Die Ressourcenoptimierung der Strukturen in der Trägerlandschaft ist erreicht und wird umgesetzt. Die Kooperation und Vernetzung im Landkreis wird erfolgreich fortgesetzt.

Handlungsempfehlungen:

88. Der Landkreis moderiert durch die Altenhilfefachberatung die bestehenden Arbeitskreise regelmäßig weiter.
89. Der Landkreis sorgt für eine Weiterentwicklung der bestehenden Netzwerkstrukturen.

11.2 Seniorenplanung in Gemeinden und Städten

Viele Gemeinden und Städte beschäftigen sich intensiv mit der Gestaltung eines seniorengerechten Umfelds. Hilfreich hierfür ist eine kommunale Seniorenplanung, in der Ziele, Bestand und notwendige Weiterentwicklungen kleinräumig beschrieben werden. Die zu bearbeitenden Handlungsfelder und grundsätzlichen Anforderungen können sich an der Kreisplanung orientieren. Die Gemeinden sollen sich in ihren Sozialräumen mit den Themen Gesundheit, Mobilität, Wohnen im Alter, Unterstützung für das Wohnen zu Hause und der Pflegeinfrastruktur auseinandersetzen. Die Planung des Kreises enthält auch Handlungsempfehlungen, die sich an Gemeinden und Städte richtet. In der kommunalen Planung sollen die allgemeinen Aussagen an örtliche Besonderheiten angepasst, konkretisiert und entsprechende Schwerpunkte gesetzt werden.

Eine kommunale Seniorenplanung gelingt am besten, wenn die Bürger sowie die Akteure der Altenhilfe vor Ort in den Planungsprozess eingebunden werden. Die Identifizierung mit der eigenen Gemeinde, mit der Stadt oder dem Stadtteil sind meist groß. Bürger und Anbieter engagieren sich für neue Projekte und Lösungen, wenn die Gemeinden und Städte dafür gute Bedingungen schaffen. Formen für Austausch, Vernetzung und Beteiligung

können Runde Tische zur Seniorenarbeit, aber auch Bürgerbefragungen, Zukunftswerkshops und Ortsbegehungen als Auftakt oder zur Begleitung der Runden Tische sein. Bürger und Anbieter sind auch diejenigen, die tragfähige Hilfenetze in einer Kommune, sogenannte „sorgende Gemeinschaften“²⁶⁰ schaffen können. Der Begriff „sorgende Gemeinschaft“ meint nicht, dass die Kommune für alles selbst sorgt. Vielmehr sollen Selbstverantwortung und Selbsthilfepotenziale der Bürger gestärkt werden und Angebote weiterer Partner (zum Beispiel frei-gemeinnütziger und privater Träger, Kirchengemeinden, örtlichen Vereinen, Wohnungswirtschaft) einbezogen werden. In kleinen Gemeinden mit gewachsenen Strukturen funktioniert dies häufig. Gleichzeitig ist es wünschenswert, wenn die Gemeinde oder Stadt in der eigenen Verwaltung die verschiedenen Arbeitsbereiche, die für die Seniorenplanung relevant sind, miteinander vernetzt. Teilweise wird noch zu wenig daran gedacht auch technische Ämter, wie Hoch- und Tiefbau in die Seniorenplanung einzubeziehen.

Eine enge Abstimmung der Aufgaben zwischen Landkreis und den Städten und Gemeinden ist erforderlich.

Der Landkreis ist originär zuständig für die Kreispflegeplanung, Information sowie Förderung der Koordinierung und Vernetzung. Dem Landkreis obliegt die Nahverkehrs- und Gesundheitsplanung. Als örtlicher Träger der Sozialhilfe gewährt er darüber hinaus Leistungen der Altenhilfe beziehungsweise der Hilfe zur Pflege und Grundsicherung im Alter. Weiter sind Heimaufsicht, Betreuungsbehörde und Gesundheitsamt beim Landkreis angesiedelt.

Infrastruktur und Lebensbedingungen in den Städten und Gemeinden haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität älterer Bürger. Deshalb nehmen die Kommunen eine Schlüsselstellung bei der Seniorenplanung ein. Städte und Gemeinden können vor allem als Gestalter und Moderatoren wirken, die die Bürger und weitere Akteure in ihrer Gemeinde an einen „Runden Tisch“ bringen, örtliche Angebote und Bedarfe ermitteln, Kooperationen anstoßen und gemeinsame Lösungen für den Aufbau sozialräumlicher Hilfenetzwerke erörtern. Der Kreisseniorienplan bietet den Städten und Gemeinden einen Orientierungsrahmen und Anregungen für eigene seniorenpolitische Konzepte. Er kann gemeindebezogene Planungen und die Entwicklung in Richtung „sorgende Gemeinde“ nicht ersetzen.

Strukturen zur Abstimmung der Planungen im Bereich Alter und Pflege sind nicht nur auf der Gemeindeebene, sondern auch zwischen den Gemeinden erforderlich. Dies ist die Voraussetzung für die Schaffung von gemeindeübergreifenden Infrastrukturangeboten.

Bei der Planung und der damit verbundenen Bürgerbeteiligung sollen die Städte und Gemeinden beachten, dass Senioren keine homogene Gruppe sind. Ebenso wie Jüngere unterscheiden sie sich im Hinblick auf Bildung, Einkommen, Lebensstil, Gesundheitszustand sowie Wohn- und Familiensituation. Durch die gestiegene Lebenserwartung um-

²⁶⁰ Klein, Ludger/Weigel, Hans-Georg, 2014: Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. ISS-Aktuell 03/2014.

fasst die Lebensphase nach dem Renteneintritt nicht selten eine Spanne von rund 30 Jahren. Entsprechend vielfältig sind die Bedürfnisse und daraus resultierenden Anforderungen an eine seniorenrechtliche Infrastruktur und Ortsentwicklung. Gleichzeitig zeigen aktuelle Forschungen aber auch, dass es Grundbedürfnisse gibt, die allen Menschen bis ins hohe Alter gemeinsam sind: Dazu gehören das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe und – damit zusammenhängend – das Bedürfnis nach einem sinnstiftenden Handeln.²⁶¹

11.2.1 Situation im Landkreis Göppingen

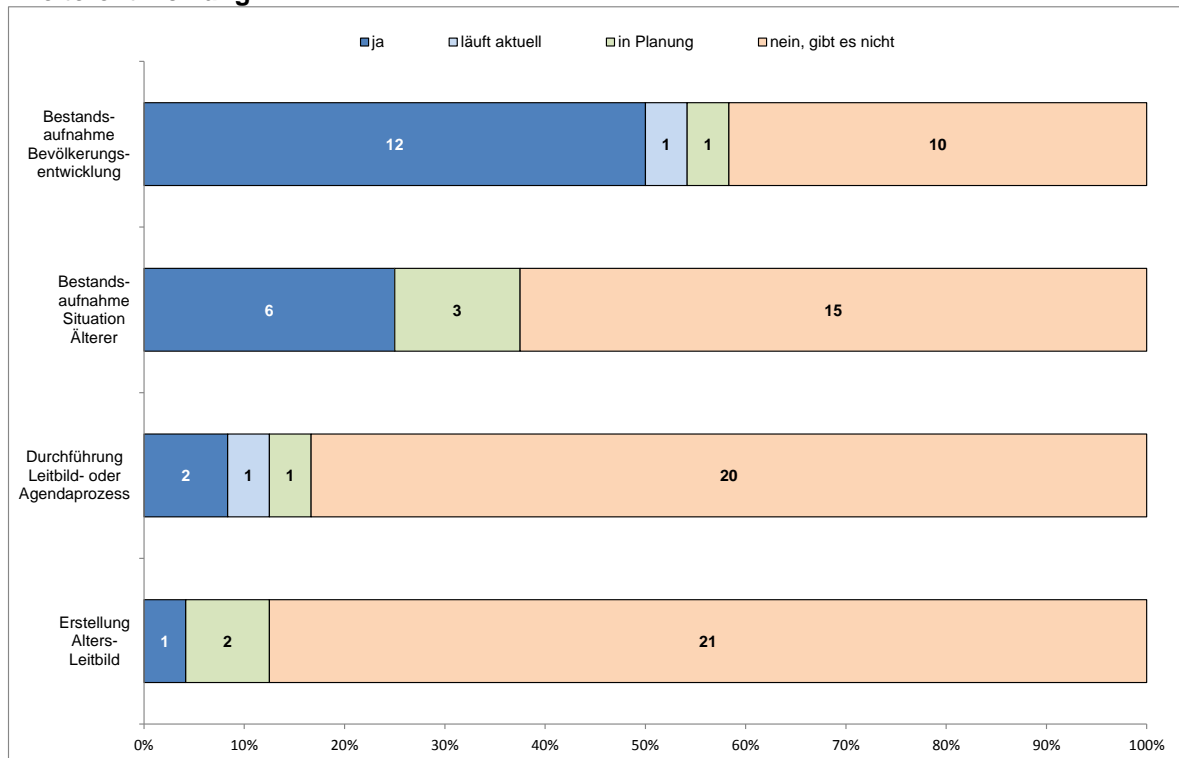
Die Städte und Gemeinden im Landkreis Göppingen sehen die grundsätzliche Notwendigkeit, sich mit dem demografischen Wandel auseinanderzusetzen und ihre Gemeinden altersgerecht weiterzuentwickeln. Der aktuelle Stand der Planungen und die vorhandenen Strukturen zur Beteiligung der Bürger am Planungsprozess sind jedoch unterschiedlich. Einen differenzierten Blick auf die aktuelle Situation ermöglicht die schriftliche Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen.

Nach den Ergebnissen der Erhebung haben:

- die Hälfte der Städte und Gemeinden bereits eine allgemeine Bestandsaufnahme der Bevölkerungsentwicklung gemacht oder sind gerade dabei,
- ein Viertel eine spezielle Bestandsaufnahme zur Situation älterer Bürger gemacht oder führen diese derzeit durch und
- eine Gemeinde hat ein Alters-Leitbild erstellt.

²⁶¹ Vgl. Generali Zukunftsfond, 2014: Monitor 5, Generali Hochaltrigenstudie, Köln.

Abbildung 34: Gibt es in Ihrer Kommune bereits Planungen für eine altersgerechte Weiterentwicklung?

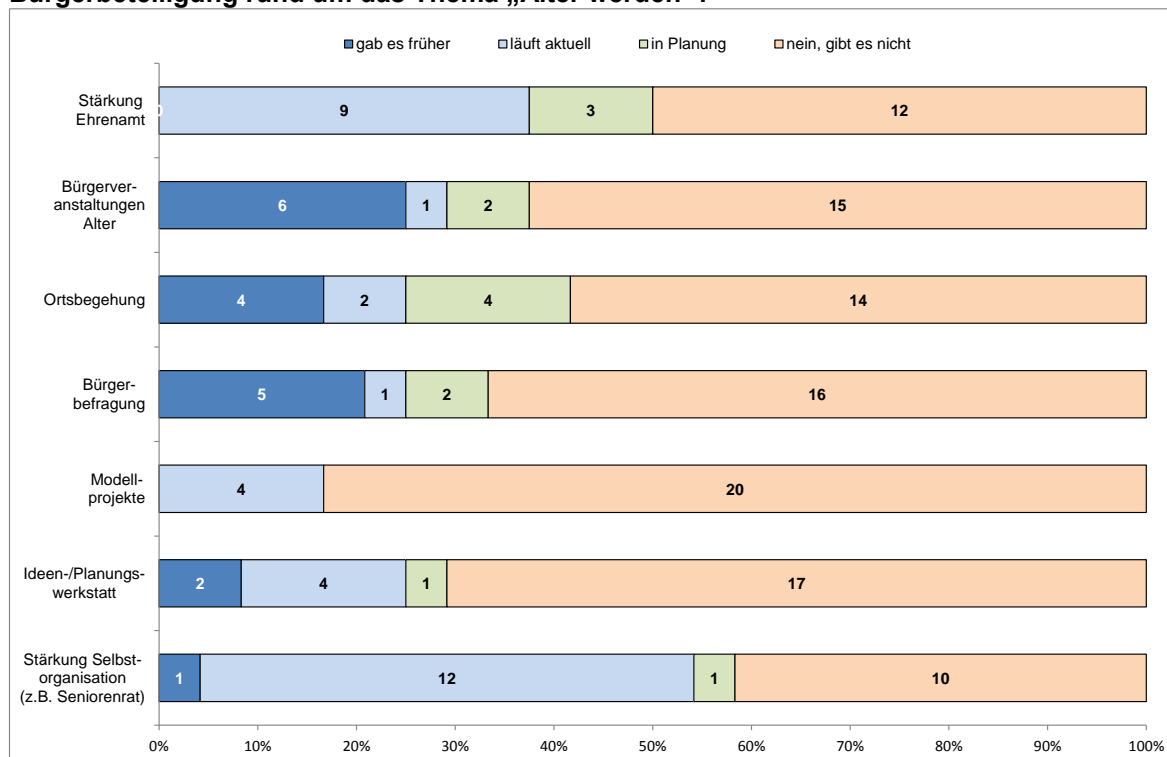


Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

In der Erhebung wurde auch danach gefragt, ob es in den Kommunen bereits Initiativen zur Stärkung der Bürgerbeteiligung rund um das Thema „Älter werden“ gibt:

- Über ein Drittel der Städte und Gemeinden hat nach eigenen Angaben bereits Beteiligungsprozesse zur Stärkung des Ehrenamts oder Bürgerveranstaltungen zum Thema „Leben im Alter“ durchgeführt, weitere Kommunen planen solche Prozesse.
- Ortsbegehungen und Bürgerbefragungen nannten rund ein Viertel,
- die Durchführung von Ideen- und Planungswerkstätten oder Modellprojekten rund 15 Prozent und
- besonders aktiv bringen sich ältere Bürger im Landkreis Göppingen in den Seniorenräten ein: In der Hälfte der Gemeinden und Städte wirken Seniorenräte mit.

Abbildung 35: Gibt es in Ihrer Kommune bereits Initiativen zur Stärkung der Bürgerbeteiligung rund um das Thema „Älter werden“?

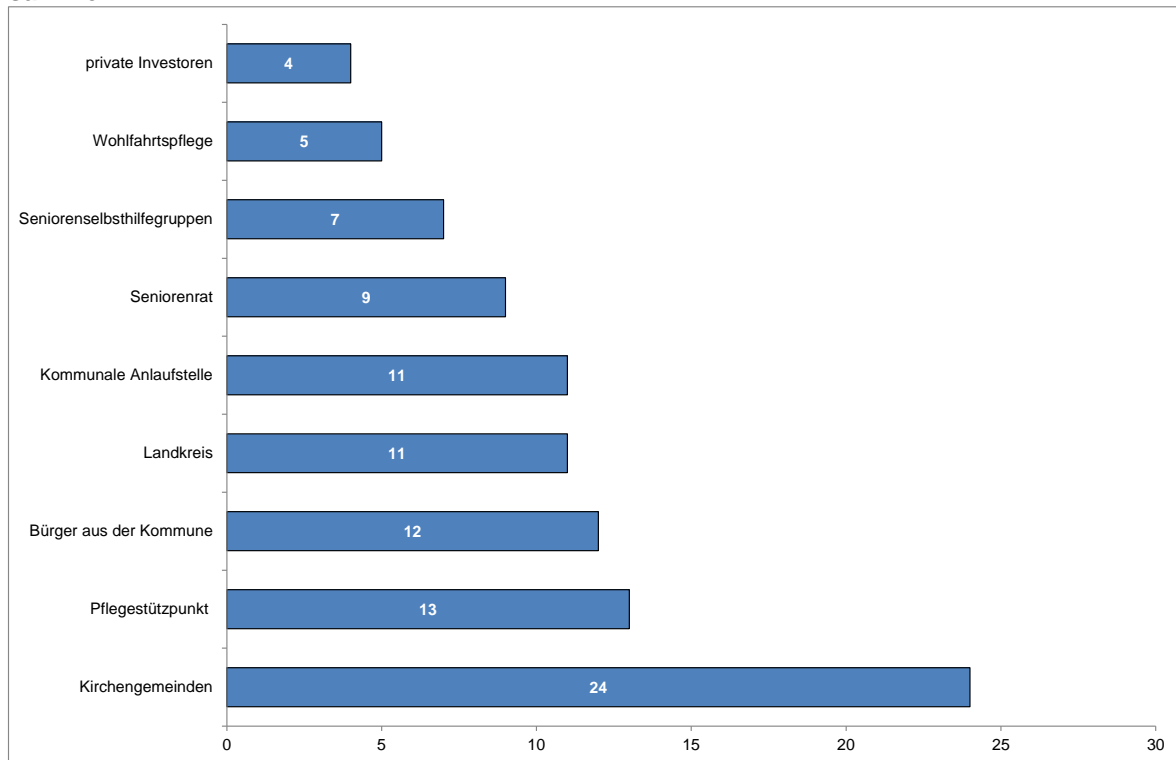


Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

Eine weitere Frage war, mit wem die Kommunen bei der altersgerechten Gestaltung ihrer Gemeinde zusammenarbeiten und in welcher Form die Zusammenarbeit stattfindet. Alle Gemeinden arbeiten mit den Kirchen zusammen, ungefähr die Hälfte mit dem Pflegestützpunkt oder kommunalen Anlaufstellen und mit Bürgern.

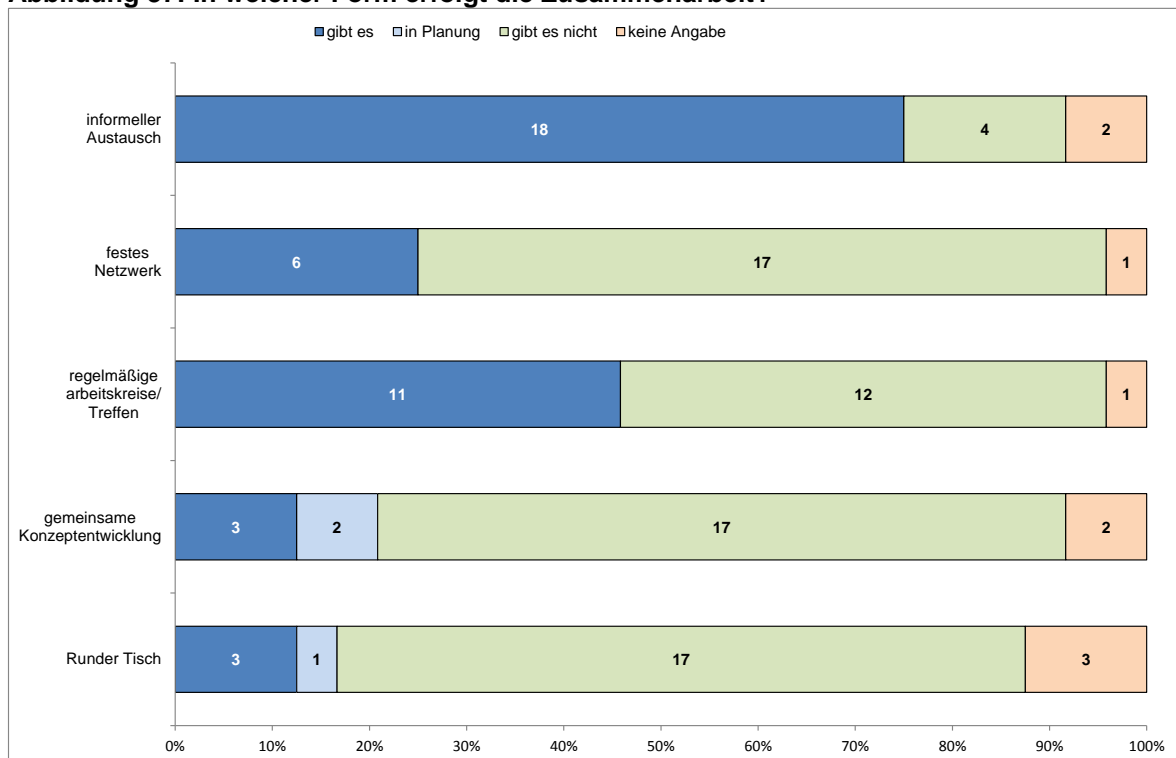
- Überwiegend findet die Zusammenarbeit in Form eines informellen Austausches statt.
- Ein Viertel der Gemeinden hat ein festes Netzwerk.
- In fast der Hälfte der Gemeinden finden regelmäßige Arbeitskreise statt.
- Gemeinsame Konzeptentwicklungen und Runde Tische haben nur einzelne Gemeinden.

Abbildung 36: Mit wem arbeiten Sie bei der altersgerechten Gestaltung der Kommune zusammen?



Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

Abbildung 37: In welcher Form erfolgt die Zusammenarbeit?



Grafik: KVJS 2017. Datenquelle: Erhebung bei den Städten und Gemeinden im Landkreis Göppingen im Rahmen der Seniorenplanung im Jahr 2017.

Einige Gemeinden und Städte geben Wegweiser heraus, die über Angebote, Veranstaltungen und Einrichtungen für ältere Menschen informieren.

11.2.2 Fazit und Handlungsempfehlungen

Viele Gemeinden und Städten im Landkreis Göppingen planen für eine altersgerechte Zukunft und arbeiten dafür mit anderen Gemeinden oder in der Gemeinde mit den Einwohnern, Kirchen und Vereinen zusammen.

Ziel:

Die Gemeinden und Städte verfügen über eine geeignete altersgerechte Infrastruktur, so dass die älteren Einwohner auch mit zunehmenden Einschränkungen und bei Pflegebedürftigkeit dort wohnen bleiben können.

Handlungsempfehlungen:

90. Die Kommunen entwickeln sich sozialräumlich weiter. Die zukunftsorientierte Quartiersarbeit eröffnet neue Konzepte in den Versorgungsstrukturen.
91. Den Städten und Gemeinden wird empfohlen, verlässliche Beteiligungsstrukturen für alle Bürger aufzubauen. Demografiebezogene Themen eignen sich gut für Beteiligungsprozesse, da letztlich alle Altersgruppen betroffen sind und solche Prozesse meist in generationenübergreifende Aktivitäten münden. Der Landkreis wird im Rahmen vorhandener Strukturen (zum Beispiel Bürgermeisterversammlung; Gespräche zur Umsetzung der Seniorenplanung) über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Städte und Gemeinden informieren.
92. Der Landkreis unterstützt durch die Stabstelle Bürgerschaftliches Engagement die Förderung des Ehrenamts in den Kommunen.
93. Der Landkreis übernimmt Beraterfunktion für die Kommunen bei der Konzeptentwicklung "Quartiersarbeit".

12 Handlungsempfehlungen

2 Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen	
1	Der Landkreis erhebt und dokumentiert die wesentlichen demografischen Daten für die Gemeinden des Landkreises Göppingen (S. 27).
2	Die Städte und Gemeinden planen gemeinsam mit dem Landkreis demografiebezogene Aktivitäten auf der Basis von Leitzielen, die im Rahmen einer Demografiekonzeption entwickelt wurden (S. 27).
3 Leben und Wohnen im Alter, Infrastruktur und Mobilität	
3.1. Wohnsituation älterer Menschen	
3	Der Landkreis Göppingen informiert die Bürger umfangreicher über barrierefreies Bauen (S. 45).
4	Die Energieagentur weist zusätzlich auf die Vorteile einer barrierefreien Umgestaltung in ihrer Beratung hin (S. 45).
5	Das Entstehen neuer gemeinschaftlicher Wohnformen in Gemeinden und Städten soll im Interesse der Kommunen liegen. Von ihnen sollen Impulse zur Stärkung sozialer Netzwerke und Selbsthilfepotenziale in der Gemeinde ausgehen. Hilfreich kann eine ideelle und organisatorische Unterstützung bürgerschaftlicher Initiativen durch die Gemeinden sein: Unterstützung bei der Wohnungs- und Grundstücksbeschaffung, Vermittlung von Kontakten zu kooperationswilligen Bauträgern und eine aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (S. 45).
6	Beim Bau betreuter Seniorenwohnungen sollen Wohnungsbauunternehmen Lösungen für den zunehmenden Unterstützungs- und gegebenenfalls Pflegebedarf hochaltriger Bewohner anbieten können. Technische Unterstützungsmöglichkeiten werden aufgezeigt (S. 46).
7	Der Landkreis informiert über Quartiersarbeit und unterschiedliche Wohnformen und beteiligt sich an Projekten mit kommunalen Partnern (S. 46).
8	Der Landkreis soll auf Angebote der Wohnberatung verstärkt hinweisen (S. 46).
3.2 Kommunale Wohnpolitik	
9	Kommunale Wohnbauunternehmen und kommunale Wohnbaugesellschaften tragen Mitverantwortung für eine angemessene und finanzierbare Wohnversorgung von älteren Menschen. Sie reduzieren die Barrieren in bestehenden Gebäuden und koordinieren Dienstleistungen für ihre älteren Mieter (S. 51).
10	Der Kreis wirkt auf die Wohnbaugesellschaften ein, damit mehr barrierefreie/ barrierearme Sozialwohnungen, auch für ältere Mieter entstehen (S. 51).
11	Die Wohnbaugesellschaften bieten ihren älteren Mietern mit zunehmenden Einschränkungen barrierefreie Wohnungen an (S. 52).
3.3 Wohnumfeld	
12	Den Städten und Gemeinden wird empfohlen, unter Beteiligung von Bürgern mit physischen und psychischen Einschränkungen Ortsbegehungen durchzuführen. Ziel

	<p>ist es, Barrieren im öffentlichen Raum und beim Zugang zu öffentlichen Gebäuden zu identifizieren und zu beheben, aber auch Hinweise auf zusätzlich sinnvolle Maßnahmen und deren Umsetzung im öffentlichen Raum zu erhalten (zum Beispiel Sitzbänke oder Toiletten an strategisch wichtigen Stellen) und Barrieren zu entfernen. Es wird den Einkaufsmöglichkeiten empfohlen, barrierefreie Zugänge zu schaffen (S. 60).</p>
13	<p>Die Städte und Gemeinden sollen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für den Erhalt von gut erreichbaren örtlichen Nahversorgungsangeboten einsetzen. Solche Angebote stellen nicht nur die wohnortnahe Versorgung sicher, sondern bieten auch wichtige Kommunikationsmöglichkeiten. Dort, wo sich aufgrund der Einwohnerzahl kein Angebot eines kommerziellen Anbieters rechnet, können eventuell mobile Verkaufswagen, bürgerschaftlich organisierte Dorfläden, Bauernmärkte oder Ladenprojekte in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden eine Alternative sein (S. 61).</p>
14	<p>Der Landkreis entwickelt mit den Kommunen alternative Möglichkeiten nachbarschaftlicher Versorgungssysteme wie zum Beispiel Aufbau von Seniorenfahrdiensten/ -gemeinschaften, Besuchsdiensten und ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe in den kleinräumigen ländlichen Gebieten (S. 61).</p>
15	<p>Die vorhandenen Fördermöglichkeiten zur Sicherstellung der Nahversorgung und zur Schaffung von barrierefreien öffentlichen Räumen sollen ausgeschöpft werden (S. 61).</p>
<p>3.4 Mobilität</p>	
<p>Mobilität zu Fuß</p>	
16	<p>Städte und Gemeinde des Landkreises führen unter Beteiligung von Bürgern mit Mobilitätseinschränkungen Ortsbegehungen durch, um Barrieren hinsichtlich der Fußgänger-Mobilität zu identifizieren. Die Ergebnisse der Begehung sollten gemeinsam mit den Betroffenen oder ihren Vertretern ausgewertet und Maßnahmen zur Beseitigung erarbeitet werden (S. 70).</p>
<p>Mobilität mit dem Fahrrad</p>	
17	<p>Der Landkreis weist zusammen mit den Städten und Gemeinden attraktive und sichere Fahrradwege aus (S. 71).</p>
18	<p>Die Gemeinden fördern die Fahrradmobilität durch die Schaffung geeigneter und sicherer Abstellmöglichkeiten und von Ladestationen für E-Bikes. Darüber hinaus können sie in Zusammenarbeit mit anderen Anbietern, wie beispielsweise Kreis- oder Stadt seniorenrat, Verkehrswacht, Vereinen oder zusammen mit dem Landkreis spezielle Einstiegs-Kurse zum E-Bike-Fahren initiieren oder anbieten (S. 71).</p>
<p>Mobilität mit dem Auto</p>	
19	<p>Senioren mit außergewöhnlicher Gehbehinderung und blinde Menschen mit einem entsprechenden Schwerbehindertenausweis haben einen rechtlichen Anspruch auf Sonderparkausweise. Für sie sollte eine ausreichende Zahl speziell ausgewiesener Behindertenparkplätze zur Verfügung stehen. Die Gemeinden sollen genügend größere Parkplätze zur Verfügung stellen (S. 71).</p>

20	Fahrsicherheits-Trainings für Senioren werden weiter angeboten und bei Bedarf ausgebaut (S. 71).
Mobilität mit dem öffentlichen Personennahverkehr	
21	Der Landkreis prüft im Rahmen der Fortschreibung seiner Nahverkehrsplanung Bedarfe und Handlungsmöglichkeiten im öffentlichen Personennahverkehr, die sich aus demografischen Veränderungen ergeben. Die Busunternehmen sind für die besondere Situation mobilitätseingeschränkter Personen zu sensibilisieren (S. 71).
5 Unterstützung für das Wohnen zu Hause	
5.1 Informations- und Beratungsangebote	
22	Der Landkreis gewährleistet ein gut erreichbares, finanziell gesichertes und bedarfsgerechtes Beratungsangebot (S. 88).
23	Der Landkreis prüft den bedarfsgerechten Ausbau des Pflegestützpunktes (S. 88).
24	Der Landkreis unterstützt den Pflegestützpunkt dabei, eine höhere Bekanntheit zu erlangen, zum Beispiel durch verstärkte Werbung und Information über das Angebot in den Städten und Gemeinden (S. 88).
25	Der Landkreis aktualisiert regelmäßig den Wegweiser für Seniorinnen und Senioren auf der Internetseite des Landkreises (S. 88).
26	Der Landkreis trägt zu einer Etablierung effektiver Vernetzungsstrukturen der bestehenden Beratungsangebote und des Pflegestützpunktes bei (S. 88).
5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag	
27	Der Landkreis unterstützt die Anbieter bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote zur Unterstützung im Alltag und sichert die Qualität der Angebote (S. 95).
28	Der Landkreis gewährleistet eine qualifizierte Einsatzleitung und -begleitung für bürgerschaftlich Engagierte (S. 95).
29	Der Landkreis stärkt die bürgerschaftlichen Unterstützungspotentiale in den Städten und Gemeinden durch angemessene Rahmenbedingungen sowie durch Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Helfer (S. 95).
5.3 Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen	
30	Der Landkreis gewährleistet einen niedrighschwelligen Zugang zu den Angeboten und wirbt durch öffentlichkeitswirksame Aktionen für die Inanspruchnahme der Angebote und eine „Kultur des Sich-Helfen-Lassens“ (S. 99).
31	Der Landkreis steht den Pflegenden Angehörigen als Ansprechpartner zur Verfügung (S. 99).
32	Der Landkreis beschäftigt sich mit individuellen Beratungskonzepten/ -angeboten für Pflegenden Angehörige (S. 99).

5.4 Pflege durch Ambulante Dienste	
33	Der Landkreis Göppingen bietet den Ambulanten Diensten analog der Fachkonferenz Altenhilfe ein Forum zum Informations- und Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung an (S. 106).
5.5 Tagespflege	
34	Die Erhebung und die Bedarfsvorausschätzung im Rahmen der Seniorenplanung liefern im Bereich der Tagespflege deutliche Anhaltspunkte und Hinweise, dass eine flächendeckende Weiterentwicklung und ausgewogene Verteilung der Tagespflegeangebote in den Städten und Gemeinden des Landkreises Göppingen notwendig ist. Durch verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze ist ein weiterer Bedarfszuwachs zu erwarten. Empfohlen wird daher, dass der Landkreis in enger Abstimmung mit den Trägern und Kommunen eine vertiefende Bestandsbewertung und Bedarfseinschätzung zur Tagespflege im Rahmen einer einrichtungs- und sozialraumbezogenen Analyse vornimmt (S. 114).
35	Der Landkreis Göppingen etabliert ein Forum für Tagespflegeeinrichtungen zum regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch und fördert deren Vernetzung (S. 114).
5.6 Kurzzeitpflege	
36	Der Landkreis Göppingen unterstützt beziehungsweise forciert im Rahmen der Sozialplanung den bedarfsgerechten Ausbau von Kurzzeitpflegeangeboten (S. 120).
37	Im Landkreis Göppingen besteht vor allem ein Bedarf für ein spezielles Kurzzeitpflegeangebot für Menschen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, die auf eine umfassende medizinische Behandlungspflege angewiesen sind. Aufgabe eines solchen Angebots wäre, den Übergang in den häuslichen Bereich zu erleichtern und einen dauerhaften Umzug in ein Pflegeheim zu vermeiden. Denkbar wäre die Angliederung eines solchen Angebots an den Krankenhausbereich oder an ein Pflegeheim mit einem speziellen Konzept und einer guten Vernetzung zum medizinischen Bereich. Außerdem sollten im Bereich Kurzzeitpflege auch die Kooperationsmöglichkeiten für eine landkreisübergreifende Lösung untersucht werden (S. 120).
38	Der Landkreis Göppingen bringt das Thema Kurzzeitpflege in der Gesundheitskonferenz ein (S. 121).
5.7 Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen	
39	Der Landkreis Göppingen informiert und berät über die Möglichkeiten legaler Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen (S. 124).
5.8 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	
40	Geplante Projekte zur Einrichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind mit dem Landkreis Göppingen (Heimaufsicht, Sozialplanung und Sozialhilfeträger) und auch den Pflegekassen frühzeitig (zum Beispiel wegen eventuell zukünftiger Kostenübernahmen, gesetzlicher Standards) abzustimmen (S. 128).

41	Der Landkreis Göppingen initiiert eine Informationsveranstaltung über ambulant betreute Wohngemeinschaften (S. 128).
42	Landkreis, Träger und Kommunen prüfen im Rahmen der vorgesehenen planungsraumbezogenen Gespräche zur Umsetzung des Seniorenplans, ob ein zusätzlicher Bedarf an stationären Pflegeplätzen (zum Beispiel durch Abbau von Doppelzimmern) teilweise durch Plätze in gut integrierten und vernetzten Wohngemeinschaften gedeckt werden kann (S. 128).
6 Vollstationäre Pflege	
43	Der Landkreis Göppingen unterstützt bzw. forciert sozialplanerisch den bedarfsgerechten und qualitätsvollen Ausbau der vollstationären Pflege und Versorgung und stimmt Planungen untereinander ab. Es gilt, regionale Versorgungsdefizite durch kleine, wohnortnahe Pflegeangebote auszugleichen. Außerdem sind differenzierte Wohn- und Betreuungskonzepte für bestimmte Zielgruppen (z.B. Menschen mit Demenz) wichtig (S 145).
44	Die wertvolle Mitwirkung von ehrenamtlich Engagierten und auch Angehörigen in den stationären Pflegeeinrichtungen wird von Seiten des Landkreises weiter gefördert (z.B. im Rahmen des BELA-Netzwerkes) (S. 145).
45	Der Landkreis Göppingen aktualisiert das Verzeichnis der Pflegeheime im Wegweiser für Seniorinnen und Senioren regelmäßig (die elektronische Version jährlich) (S. 145).
46	Die Heimaufsicht begleitet und unterstützt die Träger bei der Umsetzung der Landesheimbauverordnung und neuer Wohn- und Betreuungskonzepte sowie bei der Realisierung neuer Pflegeheimprojekte (S. 145).
47	Der Landkreis Göppingen setzt sich dafür ein, dass die stationären Pflegeeinrichtungen in der Gesundheitskonferenz vertreten sind (S. 145).
7 Vorausrechnung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen im Jahr 2030	
48	Der Landkreis Göppingen diskutiert mit den Trägern der Altenhilfe und den Kommunen die Ergebnisse der Vorausrechnung der Pflegeleistungen und stimmt mit ihnen die Möglichkeiten und weiteren Schritte zu deren Umsetzung ab. Thema soll dabei auch die Umsetzung der Landesheimbauverordnung und der damit verbundene Abbau von Doppelzimmern sein. Ein weiteres Thema kann die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen zu gemeinde- beziehungsweise stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren in den Wohnquartieren der Kommunen sein (S 161).
49	Die Ergebnisse der Vorausrechnung der Pflegeleistungen werden anhand eines Soll-Ist-Vergleichs spätestens im dreijährigen Turnus evaluiert, aktualisiert und den Akteuren in der Altenhilfe vorgestellt (S. 161).
8 Arbeitskräfte in der Pflege	
50	Der Landkreis Göppingen richtet einen „Runden Tisch“ zum Thema „Pflegekräfte“ ein (S. 173).

51	Der Landkreis Göppingen koordiniert mit den Altenpflegeschulen sowie den ambulanten und stationären Leistungsanbietern eine Imagekampagne (zum Beispiel eine Ausbildungsmesse, einen Tag der Pflege oder eine „Lange Nacht der Pflege“) (S. 173).
52	Der Landkreis Göppingen unterstützt die Entwicklung von weiteren Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (S. 173).
53	Der Landkreis Göppingen bietet weitere Inhouse-Seminare für Mitarbeiter zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf an (S. 173).
9 Gesundheitsversorgung	
9.1 Vernetzung und Kooperation	
54	Das „Entlassmanagement in den Kliniken“ wird in Arbeitskreisen diskutiert und bleibt weiterhin ein zukunftsrelevantes Thema des Landkreises (S. 181).
55	Angehörige sollen vermehrt in den „Entlassprozess“ miteingebunden und begleitet werden (S. 181).
56	Ehrenamtliche Unterstützungsnetzwerke/ Seniorenetzwerke in den Kommunen werden für die individuelle Anschlussversorgung der Patienten weiter ausgebaut und vom Landkreis unterstützt (S. 181).
57	Der weitere Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze wird angestrebt (S. 181).
58	Das „Netzwerk Gesundheitsversorgung“, das aus dem Fachgespräch der Seniorenplanung im Jahr 2017 entstanden ist, soll weitergeführt und an die bereits bestehende AG Gesundheit angeknüpft werden (S. 181).
9.2 Gesundheitsförderung und Prävention	
59	Gemeinsame Aufgabe aller Akteure ist es, die Bekanntheit und Inanspruchnahme präventiver Angebote durch gezielte Maßnahmen zu erhöhen. Konkrete Maßnahmen dazu können sein: <ul style="list-style-type: none"> • gezielte Information und Werbung in bestehenden Seniorengruppen und -netzwerken • mehr Information in den Gemeinden für ältere Personengruppen • attraktive Darstellung der Angebote • transparente und gut kommunizierte Regelungen für eine (anteilige) Kostenerstattung beziehungsweise -beteiligung durch die Krankenkassen sowie Kostenerstattungsmöglichkeiten und Ermäßigungen für einkommensschwache Senioren aufzeigen • der Landkreis unterstützt Angebote der Gesundheitsprävention (S. 186)
60	Um Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte und isoliert lebende ältere Menschen weiter abzubauen, bedarf es zusätzlicher und gezielter Maßnahmen (zum Beispiel präventive Angebote, Angebote in Verbindung mit Fahrdiensten, Kooperationen und Zusammenarbeit mit den Wohnungsbaugesellschaften, Ausbau barrierefreier Zugänge) (S. 186).

9.3 Ambulante medizinische Versorgung	
61	Die Gesundheitskonferenz arbeitet weiter an Lösungsansätzen für den Landkreis Göppingen (S. 192).
62	Der Landkreis führt eine Fachveranstaltung zum Thema hausärztliche Versorgung im Landkreis durch (S. 192).
9.4 Krankenhausversorgung	
63	Das Entlassmanagement der Kliniken wird weiter optimiert (S. 195).
64	Das Geriatrische Assessment soll bei der Krankenhausaufnahme in die Anamnese aufgenommen werden (S. 195).
65	Die Netzwerke des Landkreises Göppingen im Bereich der Gesundheitsversorgung werden weiter ausgebaut, zum Beispiel wird der Austausch der Kliniksozialdienste gefördert (S. 195).
9.5 Geriatrische Rehabilitation	
66	Alle Beteiligten (insbesondere Kassen, Träger der Akutkliniken und Reha-Angebote sowie niedergelassene Ärzte) sollen sich dafür einsetzen, dass der Zugang zu der Geriatrischen Rehabilitation auch in der aktuellen Umbruchphase möglichst einfach erfolgt und noch stärker als bisher gefördert wird (S. 198).
67	Die Kooperation mit den Krankenkassen wird zunehmend wichtiger, um eine adäquate Einzelfallhilfe/ -entscheidung durchführen zu können. Die Zusammenarbeit des Landkreises mit den Krankenkassen wird intensiviert (S. 198).
68	Ambulante Angebote zur häuslichen Rehabilitation sollen angeboten werden und zugänglich sein (S. 198).
69	Viele pflegende Angehörige sind gesundheitlich stark belastet und benötigen ebenfalls Angebote zur gesundheitlichen Rehabilitation. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist jedoch, dass während der Reha-Maßnahme die Pflege des Angehörigen sichergestellt ist. Dies setzt ein ausreichendes Angebot und den weiteren Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen voraus (siehe Kapitel 5.3 Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen) (S. 198).
9.6 Gerontopsychiatrische Versorgung	
70	Verstärkte Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Kommunen über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und einen angemessenen Umgang damit (S. 201).
71	Das Netzwerk Demenz des Landkreises informiert weiter über weitere gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und fungiert als kompetenter Ansprechpartner für die Bürger (S. 201).
72	Das Angebot der Beratung für „Pfleger Angehörige“ soll ausgebaut werden (S. 201).
73	Prüfung des Bedarfs an Nachtpflegeangeboten im Landkreis zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei Menschen mit umgekehrtem Tag-Nacht-Rhythmus (S. 201).

9.7 Palliativ- und Hospizversorgung	
74	Fortführung und Intensivierung der Palliativpflege und Sterbebegleitung in die alltägliche Arbeit von Pflegeheimen, Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten (S. 206).
75	Sensibilisierung/ Aufklärung der Öffentlichkeit für die Palliativ- und Hospizversorgung. Förderung bürgerschaftlichen Engagements (S. 206).
76	Der Landkreis beschäftigt sich mit dem weiteren Ausbau des Hospizes (S. 206).
10 Besondere Bedarfe	
10.1 Senioren mit demenziellen Erkrankungen	
77	Der Landkreis führt in Kooperation mit den Demenz-Netzwerken weiterhin öffentlichkeitswirksame Maßnahmen durch und trägt so dazu bei, dass die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild sowie spezifische Ausprägungen der Krankheit informiert wird (S. 212).
78	Der Landkreis wirkt auf die Weiterentwicklung eines demenzfreundlichen Landkreises hin, zum Beispiel durch die Schulung von Mitarbeitern von Behörden zum angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz (S. 212).
79	Der Landkreis wirkt auf den weiteren Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, insbesondere für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, hin (siehe auch Kapitel 5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag) (S. 212).
80	Im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegestrukturen sollte geprüft werden, ob alternative Pflegearrangements in Form von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz geschaffen werden können (S. 212).
10.2 Senioren mit Migrationshintergrund	
81	Der Landkreis wirkt darauf hin, dass die Information und Beratung über bestehende Unterstützungsangebote verbessert wird und zum Beispiel in mehreren Sprachen zur Verfügung steht (S. 216).
82	Der Landkreis wirkt mit den Anbietern vor Ort darauf hin, dass die spezifischen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Die Angebote werden interkulturell zugänglich gemacht (S. 216).
83	Das ehrenamtliche Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund sollte gezielt angeregt und unterstützt werden (S. 216).
10.3 Senioren mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung	
84	Der Landkreis ergreift konkrete Maßnahmen, um die Vernetzung der Handlungsfelder und Akteure voranzutreiben. Entsprechende Vernetzungsstrukturen auf Kreisenebene sollen geschaffen werden. Ziel sind grundsätzliche Absprachen zu den jeweiligen Aufgaben und möglichen Kooperationen (S. 220).
85	Innerhalb der Landkreisverwaltung sollen die entsprechenden Arbeitsbereiche gut vernetzt werden. Dies erleichtert es, im Rahmen der individuellen Hilfeplanung für ältere Menschen mit Behinderung auch wohnortnahe Angebote der Altenhilfe einzubeziehen (S. 220).

86	Der Landkreis wirkt auf die Öffnung von Regelangeboten – insbesondere in der Altenhilfe – für Menschen mit Behinderungen hin (S. 220).
87	Der Landkreis wirkt auf eine gute Abstimmung zwischen dem Teilhabeplan für Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung, dem Teilhabeplan für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung sowie dem Seniorenplan des Landkreises Göppingen in der Umsetzung hin (S. 220).
11 Steuerung, Kooperation, Koordination und Vernetzung	
11.1 Koordination und Vernetzung	
88	Der Landkreis moderiert durch die Altenhilfefachberatung die bestehenden Arbeitskreise regelmäßig weiter (S. 228).
89	Der Landkreis sorgt für eine Weiterentwicklung der bestehenden Netzwerkstrukturen (S. 228).
11.2 Seniorenplanung in Gemeinden und Städten	
90	Die Kommunen entwickeln sich sozialräumlich weiter. Die zukunftsorientierte Quartiersarbeit eröffnet neue Konzepte in den Versorgungsstrukturen (S. 234).
91	Den Städten und Gemeinden wird empfohlen, verlässliche Beteiligungsstrukturen für alle Bürger aufzubauen. Demografiebezogene Themen eignen sich gut für Beteiligungsprozesse, da letztlich alle Altersgruppen betroffen sind und solche Prozesse meist in generationenübergreifende Aktivitäten münden. Der Landkreis wird im Rahmen vorhandener Strukturen (zum Beispiel Bürgermeisterversammlung; Gespräche zur Umsetzung der Seniorenplanung) über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Städte und Gemeinden informieren (S. 234).
92	Der Landkreis unterstützt durch die Stabstelle Bürgerschaftliches Engagement die Förderung des Ehrenamts in den Kommunen (S. 234).
93	Der Landkreis übernimmt Beraterfunktion für die Kommunen bei der Konzeptentwicklung "Quartiersarbeit" (S. 234).

13 Anhang

Tabelle 13: Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen (Stand: 30. Juni 2016)

	Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen	Dauerpflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	
			eingestreut	solitär
1	Ev. Heimstiftung Michael-Hörauf-Stift 73087 Bad Boll, Michael-Hörauf-Wef 4	104		2
2	Privates Alten- und Pflegeheim Maisch 73342 Bad Ditzenbach, Helfensteinstr. 29	39	2	
3	avendi Senioren Service Pflegeheim "Am Mühlbach" 73337 Bad Überkingen, Hausener Str. 11/2	93	6	
4	Haus der Senioren Ostalb 89558 Böhmenkirch, Stufenstr. 8	15	6	
5	Keppler Stiftung Seniorenzentrum St. Martin 73326 Deggingen, Am Park 11	51	3	
6	Dussmann group Kursana Domizil Donzdorf 73072 Donzdorf, Theodor-Heuss-Str. 15	115	7	
7	Dienste für Menschen Pflegestift Ebersbach 73061 Ebersbach, Büchenbronner Str. 55-57	71	5	
8	ASB Seniorenzentrum "Am Markt" 73061 Ebersbach, Bahnhofstr. 1	51	3	
9	Haus am Kronenplatz GmbH 73054 Eisligen, Sixtstr. 1	48	2	
10	Altenzentrum St. Elisabeth 73054 Eisligen, Königsstr. 60	164	10	
11	Samariterstiftung Samariterstift Altenstadt 73312 Geislingen an der Steige, Bronnenwiesen 22	54	3	
12	Samariterstiftung Samariterstift Geislingen 73312 Geislingen an der Steige, Schillerstr. 4	132	6	6
13	Pflegeheim Sonnenblick e.V. 73312 Geislingen-Aufhausen, Degginger Weg 3a	17	1	
14	ASB Seniorenzentrum Hihenstauen 73033 Göppingen, Rembrandtstr. 1	78	8	
15	Seniorenzentrum St. Martinus 73033 Göppingen, Marktstr. 40	84	4	4
16	Wilhelmshilfe e.V. Pflegeheim Göppingen 73033 Göppingen, Hohenstauenstr. 4	126	2	
17	Wilhelmshilfe e.V. Pflegeheim Karlshof 73033 Göppingen, Gartenstr. 13	50	2	
18	Wilhelmshilfe e.V. Pflegeheim Bartenbach 73035 Göppingen-Bartenbach, Wichernweg 1	90	2	
19	Wilhelmshilfe GmbH Pflegeheim Faurndau 73035 Göppingen-Faurndau, Beckhstr. 21	35	2	
20	73037 Göppingen-Ursenwang, Buchenrain 4	35	2	
21	Klinikum Christophsbad Christophsheim Göppingen GmbH	120*	5	
22	DRK Seniorenzentrum Hattenhofen 73110 Hattenhofen, Hauptstr. 24/1	39	5	
23	Wilhelmshilfe e.V. Heiningen 73092 Heiningen, Schubartstr. 20	35	2	
24	Seniorenresidenz am SBI-Park GmbH 73329 Kuchen, Auf der Fabrik 1	60	6	4

25	Alexander-Stift Gemeindepflegehaus Rechberghausen 73098 Rechberghausen, Am Aalbach	38	6	
26	Stiftung Haus Lindenhof Altenpflegeheim St. Josef 73084 Salach, Schulstr. 2	72	3	
27	Pflegeheim Drei Birken 73084 Salach, Mörikestr. 21	40	2	
28	Alexander-Stift Gemeindepflegehaus Schlierbach 73278 Schlierbach, Vor der Sommerweide 55	30	6	
29	Wilhelmshilfe e.V. Pflegeheim Süßen 73079 Süßen, Lange Str. 23-25	112	8	
30	Ev. Heimstiftung Blumhardt-Haus Uhingen 73066 Uhingen, Jahnstr. 61	127	2	2
31	Stiftung Haus Lindenhof Kardinal Kasper Haus 73116 Wäschenbeuren, Kronengasse 4	34	2	
32	CJD Altenpflegeheim Spital zum Hl. Geist 73349 Wiesensteig, Hauptstr. 22	39**	4	
33	Alexander-Stift Gemeindepflegehaus Zell 73119 Zell unter Aichelberg, Im Kreben 10	26	6	
	Summe	2.065	133	18
	* nur Pflegeplätze nach dem SGB IX, Schätzung der Altenhilfe-Fachberatung des Landratsamtes Göppingen			
	** Das Pflegeheim wird im Rahmen der LHeimBauVO durch einen Neubau mit 48 Plätzen ersetzt (siehe Auflistung)			
	Geplante Pflegeheime			
	Evangelische Heimstiftung 73095 Albershausen	50		
	Samariterstiftung Nürtingen 73349 Wiesensteig	48		
	DRK-Kreisverband Göppingen 73312 Geislingen an der Steige	64		
	Samariterstiftung Nürtingen 73333 Gingen	40		
	Vinzenz von Paul gGmbH Seniorenzentrum 73177 Wangen	30		
	Summe	232		

Tabelle 14: Tagespflegeangebote im Landkreis Göppingen

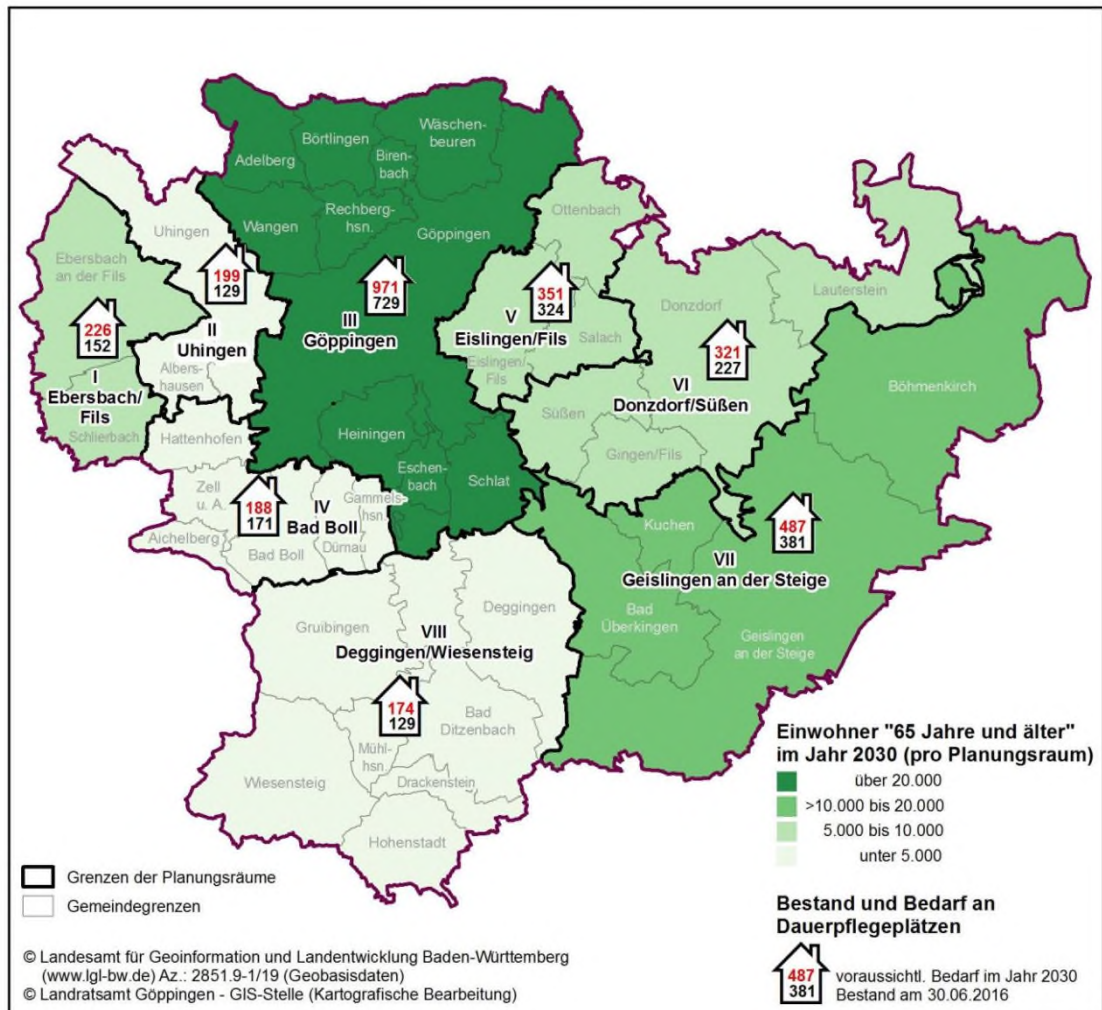
	Tagespflegeangebote im Landkreis Göppingen	Tagespflegeplätze
1	Michael-Hörauf-Stift 73087 Bad Boll, Michael-Hörauf-Weg 4	15
2	Sozialstation Oberes Filstal 73326 Deggingen, Am Park 9	8
3	Sozialstation St. Martinus 73072 Donzdorf, Hauptstr. 60	8
4	Pflegestift Ebersbach 73061 Ebersbach, Büchenbronner Str. 55-57	10
5	Altenzentrum St. Elisabeth 73054 Eislingen, Königstr. 60	12
6	Phoenix Tagespflege 73054 Eislingen, Keplerstr. 20	16
7	F.A.N. Tagespflege Seniorentreff 73312 Geislingen an der Steige, Marienstr. 8	12
8	73312 Geislingen an der Steige, Bronnenwiesen 22	4*
9	Samariterstift Geislingen 73312 Geislingen an der Steige, Schillerstr. 4	12
9	Tagespflege St. Franziskus 73033 Göppingen, Marktstr. 33/1	12
10	Tagespflege Bartenbach, Wilhelmshilfe e.V. 73035 Göppingen, Wichernweg 1	12
11	Tagespflege Voralb 73092 Heiningen, Reuschstr. 54	10
12	Mobile Hilfen Kuchen GmbH 73329 Kuchen, Freiheitstr. 10	15
13	Tagespflege am Schlossmarkt 73098 Rechberghausen, Schlossmarkt 4	15
14	Blumhardt-Haus Uhingen 73066 Uhingen, Jahnstr. 59	6*
15	CJD Altenpflegeheim "Spital zum Hl. Geist" 73349 Wiesensteig, Hauptstr. 22	2*
16	Alexander-Stift Gemeindepflegehaus Zell 73119 Zell unter Aichelberg, Im Kребen 10	3*
	Summe	172**
	* Pflegeheime, die integrierte Tagespflegeplätze anbieten	
	** einschließlich der integrierten Plätze	
	Geplante Tagespflegeeinrichtungen	
	Altenzentrum St. Elisabeth 73054 Eislingen	10
	Vinzenz von Paul gGmbH 73116 Wäschenbeuren	16
	Summe	26

Abbildung 38: Übersicht über die Städte und Gemeinden im Landkreis Göppingen



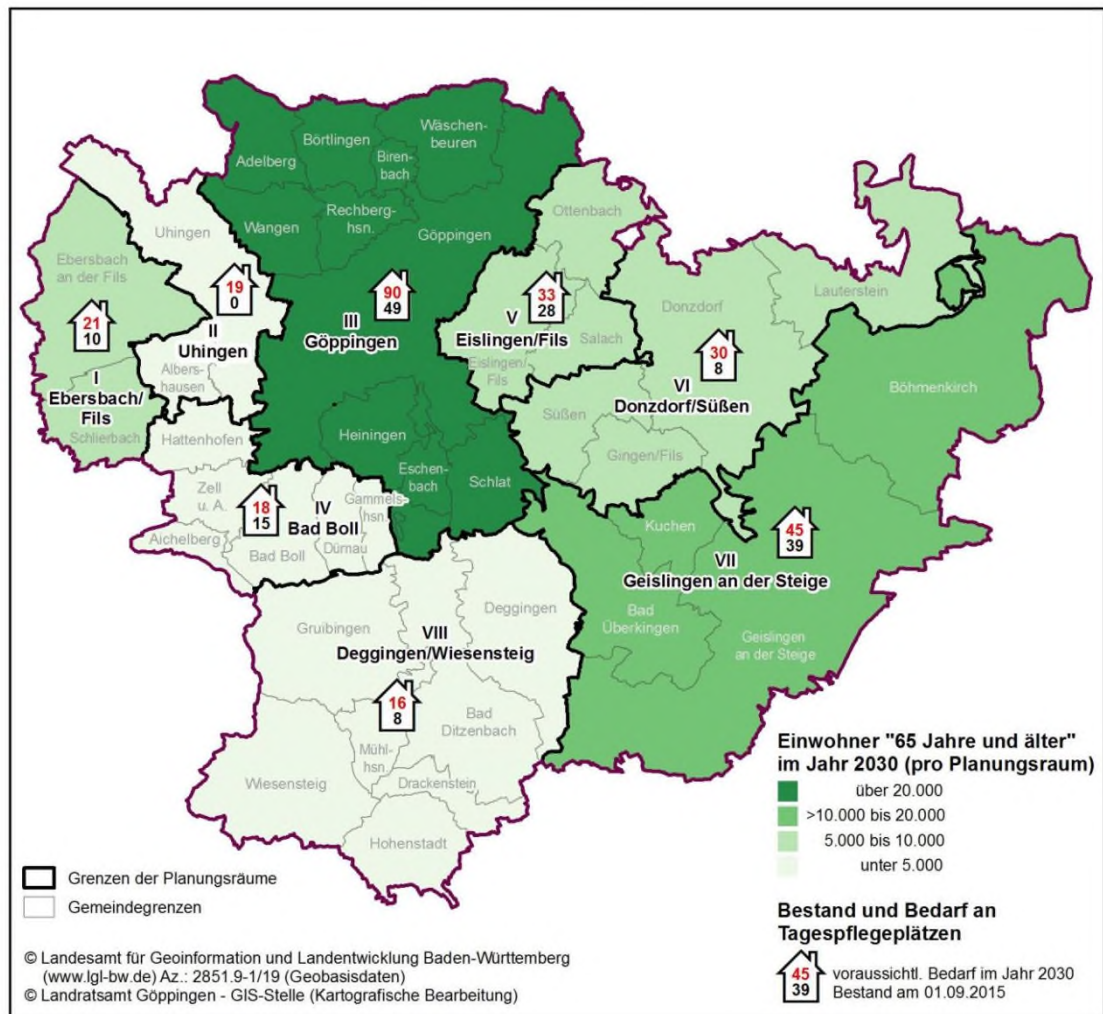
Grafik: Landratsamt Göppingen, Januar 2018.

Abbildung 39: Bestand an Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter und ganzjähriger Kurzzeitpflegeplätzen) im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für das Jahr 2030 im Landkreis Göppingen nach Planungsräumen



*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Landkreis Göppingen, Heimaufsicht und Altenhilfe-Fachberatung, Stand 2016, Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2013 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Abbildung 40: Bestand an solitären Tagespflegeplätzen im Jahr 2016 sowie Orientierungswerte für das Jahr 2030 im Landkreis Göppingen nach Planungsräumen



*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Grafik: Landratsamt Göppingen. Datenbasis: Landkreis Göppingen, Heimaufsicht und Altenhilfefachberatung, Stand 2015, Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Göppingen zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2013 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.