

PROALTER.de

Selbstbestimmt älter werden



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Sonderausgabe | Oktober 2017

Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n)

Kommunale Handlungsfelder des Siebten Altenberichts



IMPRESSUM

PROALTER

Das Fachmagazin für Lebensqualität

ISSN 1430-1911 // 49. Jahrgang

Herausgeber u. Verlag

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)

Michaelkirchstr. 17–18, 10179 Berlin

Tel. +49 221 931847-0

Fax +49 221 931847-6

E-Mail info@kda.de

Internet www.kda.de



Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.

V. i. S. d. P. Frank Schulz-Nieswandt

Redaktion Simone Helck M. A. (CvD), Dagmar Paffenholz, Britta Wilken M. A.

E-Mail an die Redaktion proalter@kda.de

Internet www.proalter.de

Lektorat Karin Bergmann M. A., Köln

Covermotiv Christian Barthold – Illustrationen

Satz Sabine Brand, typeXpress, Köln

Druck TanMedia, Köln

INHALT

- 5 **Vorwort**
Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
- 6 **Grußwort**
Prof. Dr. Andreas Kruse
- 10 **Präventiv, wohnortnah und vernetzt: Gesundheitliche Versorgung**
- 12 **Prävention und Kooperation: Mehr Kompetenzen für Kommunen**
Elisabeth Scharfenberg
- 15 **Fachliche Beratung für kommunale Akteure im Land Brandenburg**
Dr. Anja Ludwig
- 18 **Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung**
- 20 **Ein „Weiter-so“ wird es nicht geben!
Nur im Quartier und nur in geteilter Verantwortung lässt sich Pflege sichern**
Alexander Künzel
- 21 **Selbsthilfeorganisationen brauchen kommunale Unterstützung**
Heike von Lützu-Hohlbein
- 24 **Von der Wohnungspolitik zu einer umfassenden Wohnpolitik**
- 26 **Perspektiven einer umfassenden Wohnpolitik**
Dr. Joachim Wilbers
- 29 **Wiesbaden: Kommunale Handlungsfelder für die Wohnpolitik**
Nicole Bruchhäuser, Johannes Weber

Thorsten Mehnert/Ursula Kremer-Preiß

Handreichung Quartiersentwicklung

Praktische Umsetzung sozialraumorientierter
Ansätze in der Altenhilfe



medhochzwei

2. Auflage
Jetzt auch
als eBook
erhältlich!

Thorsten Mehnert, Ursula Kremer-Preiß
Handreichung Quartiersentwicklung
Praktische Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze
in der Altenhilfe
2. Auflage, Heidelberg: medhochzwei 2017
136 Seiten
ISBN 978-86216-373-1
Preis: 19,99 Euro

Die Quartiersorientierung ist in den vergangenen Jahren immer mehr in den Fokus der fachlichen Diskussion zur Verbesserung der Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen gerückt. Bei diesem Ansatz geht es darum, das Lebensumfeld von Menschen so zu gestalten, dass ältere Menschen und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange selbstständig in ihrem vertrauten Wohnumfeld verbleiben können.

Die Handreichung beschreibt verschiedene Methoden zur Umsetzung von Quartiersprojekten, entwickelt sie weiter zu einem mehrschichtigen Ansatz und bietet Akteuren und Entscheidern damit eine wichtige Handlungsgrundlage. Praxisnah werden zahlreiche Instrumente und Methoden dargestellt, wie man ein Quartiersprojekt Schritt für Schritt nachhaltig planen und umsetzen, aber auch finanzieren kann. Praxisbeispiele zeigen, wie eine Vernetzung der Akteure vor Ort unter Beteiligung der Bürgerschaft gelingt. Das Buch richtet sich an alle, die ein Quartiersprojekt in ihrer Kommune oder in ihrer Organisation umsetzen wollen.

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser!

Der kommunale Raum – also die lokalen Lebenswelten im Kontext regionaler Infrastrukturen – bezeichnet jene Örtlichkeit, in der sich überwiegend der Alltag der Menschen (im Gelingen wie im Scheitern) abspielt. Und deshalb muss dieser Raum im Lichte des sozio-demografischen Wandels gesellschaftlich gestaltet werden. Auf diese Sicht fokussiert die Siebte Altenberichtscommission der Bundesregierung. Hier wird die Idee – besser: die verfassungsrechtliche Norm – der kommunalen Daseinsvorsorge existenziell ernst genommen. Diese Sicht wird verstärkt durch das europarechtlich verbürgte Grundrecht auf freien Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und durch das völkerrechtliche Inklusionsrecht der UN. In diesem Lichte ist § 1 SGB I zu lesen.

Wie können Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Modus teilhabender Partizipation der menschlichen Person im Gemeinwesen gewährleistet werden? Das ist die Herausforderung. Und dies vor dem Hintergrund komplexer Bedarfslagen im Spektrum der Lebenslagen im Alter(n). Eingebettet in regionale Versorgungslandschaften des Sozial- und Gesundheitswesens bedarf es einer zu der Vielfalt der Lebenslagen der Menschen passungsfähigen Differenzierung der Wohnformen im Alter(n). Darauf hat das KDA immer schon insistiert. Im Zusammenhang mit diesen Wohnformen im Wohnumfeld und mit Blick auf die Mobilitätschancen im Raum ist im Generationengefüge die Vernetzung der Ressourcen das zentrale Anliegen. Dies meint

Sozialraumorientierung, wobei der Quartiersbegriff urbane wie ländliche Räume in ihrer jeweiligen Formenvielfalt umfasst: Förderung und nachhaltige Pflege von Sozialkapital. Sozialkapital bezeichnet den Nutzen der sozialen Vernetzung: soziale Unterstützung, soziale Integration, personalisierende Rollenangebote im Lebenslauf. So ist die Fokussierung auf die Hilfe-Mix-Idee im Sinne lokaler sorgender Gemeinschaften in regionalen sozialen Infrastrukturen der Versorgung zu verstehen.

Mitglieder des Kuratoriums des KDA nehmen in diesem Sonderheft von ProAlter akzentuiert Stellung zu ausgewählten Dimensionen bzw. Aspekten des Siebten Altenberichts. In der Tiefe der Details mögen sich die Sichtweisen unterscheiden. Das KDA möchte aber in grundsätzlicher Haltung diese sozialraumorientierte Sichtweise des gelingenden Alterns im sozialen Miteinander ausdrücklich unterstützen. ■



Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
Vorstandsvorsitzender des KDA,
Universität Köln

GRUSSWORT

Liebe Leserinnen und Leser!

Der Siebte Altenbericht, der unter der Überschrift „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ steht, legt zunächst eine ausführliche konzeptionelle Analyse der *Daseinsvorsorge* nahe. Die Kommission leistet diese und zeigt zugleich die stark ausgeprägte Heterogenität der Kommunen im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Daseinsvorsorge auf. Dabei ist nicht übertrieben, angesichts der hohen Verschuldung vieler Kommunen (und zwar nicht nur in den östlichen, sondern auch in den westlichen Bundesländern) von wachsenden Problemen bei der Sicherung der Daseinsvorsorge zu sprechen. Hier sieht die Kommission großen Handlungsbedarf der verschiedenen politischen Ebenen: Die nachhaltige Sicherung der kommunalen Ressourcen versteht sie als eine *Gemeinschaftsaufgabe* von Bund, Ländern und Kommunen, das heißt, dass Bund und Länder einzelne Kommunen gezielt unterstützen sollten, damit diese jene Leistungen, die für die Daseinsvorsorge konstitutiv sind, tatsächlich (nachhaltig) vorhalten können. Den Kommunen obliegt dabei (vor allem) die Aufgabe des verantwortlichen Umgangs mit und der nachhaltigen Sicherung von Ressourcen.

Daseinsvorsorge und Subsidiarität

Die Daseinsvorsorge wird von der Kommission in enge Beziehung zur *Subsidiarität* gesetzt. Dabei lässt sich die Kommission von drei grundlegenden Überlegungen leiten. Erstens: Subsidiarität ist ohne Daseinsvorsorge gar nicht denkbar:

Das Individuum und seine natürlichen Netzwerke sind auf Vorleistungen der Kommune (und des Staates) angewiesen, um selbstständig, selbstverantwortlich und mitverantwortlich entscheiden und handeln zu können. Aus diesem Grunde stehen Daseinsvorsorge und Subsidiarität nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern vielmehr in einem komplementären Verhältnis. Zweitens: Zentrale Vorleistungen der Kommune dürfen nicht unter Hinweis auf Subsidiarität (und zwar im Sinne der Übertragung von Verantwortung auf die „natürlichen Netzwerke“) abgebaut werden: Damit würde das Konzept der Subsidiarität kompromittiert, wenn nicht sogar ausgehöhlt. Dies heißt zum Beispiel: Bürgerschaftliches Engagement darf nicht in der Weise verstanden werden, dass dieses kommunale und staatliche Pflichtaufgaben „ersetzen“ würde. In einem solchen Falle würde das Interesse am bürgerschaftlichen Engagement, würde die Bereitschaft zu diesem Engagement erkennbar zurückgehen, würden sich die Bürger doch ausgenutzt fühlen. Und schließlich drittens: Es muss ein moderner Subsidiaritätsbegriff entfaltet werden – und die Kommission sah in dem Bericht eine Möglichkeit, dies zu tun –, der auf dem Prinzip der *geteilten Verantwortung* gründet. Mit geteilter Verantwortung ist gemeint, dass sich das Individuum, dessen Familie, dessen nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftlich Engagierte, Wohlfahrtsverbände, private Dienstleister und Kommunen Aufgaben teilen, das heißt – aufeinander abgestimmt – Verantwortung übernehmen. Dies lässt sich am Beispiel der Pflege besonders gut veranschaulichen, und dieses Konzept der geteilten Verantwortung wurde entsprechend von der Kommission vor allem im thematischen Kontext von Pflege entfaltet. Dass ein derartiges Konzept nicht problemlos und konfliktfrei umzusetzen ist, darf nicht verschwiegen werden. In der Kommission wurde eine ausführliche Diskussion zur Differenzierung zwischen „cure“ und „care“ geführt, wobei Ersteres die hauptamtlich erbrachten pflegerisch-rehabilitativen Leistungen, Letzteres hingegen die sozioemotionalen Qualitäten umschreibt, die im Kontext der medizinisch-pfle-

Prof. Dr. Andreas Kruse

Vorsitzender der
Siebten Altenberichtscommission,
Direktor des Instituts für Gerontologie
an der Universität Heidelberg,
KDA-Kurator



gerischen Versorgung unerlässlich sind. Allerdings darf auch nicht übersehen werden: Cure schließt immer auch Care ein: Eine gute medizinisch-pflegerische Betreuung ist ohne die „Sorge“ des betreuenden (behandelnden, pflegenden) Menschen gar nicht denkbar.

In dem Bericht werden jene Rahmenbedingungen erörtert, die gegeben sein müssen, damit *zukunftsfähige Gemeinschaften* (wie es im Titel des Siebten Altenberichts heißt) entstehen können. Damit ist zunächst die Frage angesprochen, welche *Verantwortung die Politik auf den verschiedenen Ebenen* – der kommunalen, der Landes- und der Bundesebene – übernimmt, um zur Ausbildung zukunftsfähiger Sorgestrukturen beizutragen. Inwieweit werden zum Beispiel die sozialen Sicherungssysteme – Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung – so „zukunftsfest“ gemacht, dass sie zum einen allen Menschen ein (auch finanziell) selbstständiges Leben ermöglichen, zum anderen noch besser vor den Folgen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit schützen? Inwieweit werden die Ressourcen für Prävention und Rehabilitation so weit gestärkt, dass *Angehörige aller Sozialschichten und Milieus* von Gesundheitsförderung und Prävention profitieren und zudem der Rehabilitation ein deutlich stärkeres Gewicht im Hinblick auf die Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit beigemessen wird? Inwieweit werden Kommunen in die Lage versetzt, in Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Pflegekassen eine deutlich größere Verantwortung im Hinblick auf den Ausbau und die Erhaltung von medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen zu übernehmen? Die großen regionalen Unterschiede im Hinblick auf derartige Versorgungsstrukturen legen derartige Fragen nahe. Aber auch die Tatsache, dass Armut im Alter künftig noch stärker an Bedeutung gewinnen wird als heute, macht es erforderlich, der Frage nach der Ausgestaltung der sozialen Sicherungs-

„Mit geteilter Verantwortung ist gemeint, dass sich das Individuum, dessen Familie, dessen nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftlich Engagierte, Wohlfahrtsverbände, private Dienstleister und Kommunen Aufgaben teilen, das heißt – aufeinander abgestimmt – Verantwortung übernehmen.“

systeme vermehrt Beachtung zu schenken. Die ausführliche Analyse und empirische Darlegung der *sozialen Ungleichheit* – sowohl zwischen den Einzelhaushalten als auch zwischen den Kommunen oder Regionen – sowie der *Ungleichheit zwischen älteren Frauen und Männern* im Hinblick auf Einkommenssicherung wie auch im Hinblick auf Gesundheit und medizinisch-pflegerische Versorgung bildet ein zentrales Anliegen der Kommission – das sich auch der Überzeugung verdankt, politische Entscheidungsträger sehr deutlich auf diese sozialpolitische Herausforderung der Gegenwart und Zukunft hinzuweisen, eine Herausforderung, die wir mit dem Hinweis, dass es uns in unserem Land „gut geht“, auszublenzen drohen.

Das Individuum im öffentlichen Raum

Die im Bericht dominierende Analyseebene der Kommune regt dazu an, das *Handeln des Individuums im öffentlichen Raum* genauer zu betrachten und dabei zu erörtern, inwieweit die Mitgestaltung ebendieses öffentlichen Raums durch die (älteren) Bürger aus kommunaler Sicht als bedeutsame Zielsetzung verstanden wird, für deren Umsetzung die entsprechenden *Teilhabestrukturen* (auch im Sinne von Gelegenheitsstrukturen) zu schaffen sind. Mit dem öffentlichen Raum ist dabei jener Raum gemeint, in dem sich Menschen (in ihrer Vielfalt) sprechend und handelnd austauschen, in dem sie Initiative ergreifen und etwas Neues beginnen.¹ Dieser Austausch,

¹ Hannah Arendt (1960): *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. Stuttgart: Kohlhammer

„Denn ältere Menschen sind nach dem Verständnis der Kommission in diesen Gemeinschaften nicht nur als Hilfeempfangende, sondern ausdrücklich auch als Hilfegebende zu verstehen und anzusprechen.“

dieses Ergreifen von Initiative – vor allem für das Gemeinwohl – ist immer auch in seiner politischen Dimension zu begreifen: Hier zeigt sich das Politische in seiner ursprünglichen Form. Die Kommune als öffentlicher Raum, in dem sich Menschen austauschen, in dem sie gemeinsam handeln (und eben nicht nur als Gebietskörperschaft) steht damit einmal mehr für die politische Dimension menschlichen Handelns und Zusammenlebens, sollte diese immer wieder stark machen, um somit auch unsere Demokratie lebendig zu halten! Die Schaffung von Teilhabestrukturen, die allen Frauen und Männern den Zugang zum öffentlichen Raum und dessen Mitgestaltung eröffnen, ist als zentrale Aufgabe aller politischen Akteure zu verstehen.

Mit der Thematisierung der potenziellen Verletzlichkeit wie auch der potenziellen Ressourcen des Individuums knüpft der Siebte Altenbericht der Bundesregierung an Diskussionen an, die auch im Vierten (Verletzlichkeit), Fünften (Potenziale) und Sechsten Altenbericht (Altersbilder) geführt wurden. Zugleich schafft er damit einen spezifischen thematischen Kontext, in den die Erörterung von zukunftsfähigen Gemeinschaften auch einzubetten ist: Denn ältere Menschen sind nach dem Verständnis der Kommission in diesen Gemeinschaften nicht nur als *Hilfeempfangende*, sondern ausdrücklich auch als *Hilfegebende* zu verstehen und anzusprechen. Dabei ist die Erfahrung, nicht allein Sorge von anderen Menschen zu empfangen, sondern sich auch um andere Menschen sorgen und für diese sorgen zu können, für die innere Verarbeitung und äußere Bewältigung von Verletzlichkeit von größter Be-

2 Andreas Kruse (2017): Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Heidelberg: Springer

deutung.² Dieses Gleichgewicht von empfangener und gegebener Hilfe bzw. Unterstützung war der Kommission als Analyseperspektive wichtig, weil dieses Gleichgewicht ein wichtiges Element von Teilhabe und Zugehörigkeit bildet. Dabei sah die Kommission die vordringliche Aufgabe darin, leistungsfähige und nachhaltige *Sorgestrukturen* zu schaffen, in denen das familiäre, nachbarschaftliche und bürgerschaftliche Engagement in ausreichendem Maße durch hauptamtliche Leistungen (formelle Dienstleistungen) *flankiert* wird: Damit leistet man einen Beitrag zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die Entwicklung zukunftsfähiger Gemeinschaften.

Schließlich befasste sich die Kommission schon früh mit der Frage, inwieweit es notwendig ist, auf die Entwicklung von *Altenhilfestrukturen* in Kommunen zu drängen – wobei angesichts der Tatsache, dass sich ältere Frauen und Männer vermehrt in der Kommune engagieren und Mitverantwortung übernehmen, der Begriff der „Altenhilfestrukturen“ durch einen anderen, moderneren ersetzt werden sollte. Damit griff die Kommission eine Diskussion auf, wie sie bereits Ende der 1990er Jahre, Anfang der 2000er Jahre geführt wurde. Die Entwicklung von Altenhilfestrukturen wurde von der Kommission als Möglichkeit angesehen, auch unmittelbar vor Ort eine „*querschnittlich*“ *konzipierte Politik* für ältere Menschen und mit älteren Menschen umzusetzen, in der die verschiedenen sozialunterstützenden, sozialkulturellen, präventiven, medizinischen, rehabilitativ-pflegerischen und palliativen Angebote optimal aufeinander bezogen und abgestimmt sind. Letzten Endes hat die Kommission die *verfassungsrechtliche Prüfung eines Leitgesetzes* empfohlen, das dazu dienen soll, die einzelnen, gesetzlich verbrieften Leistungen auch vor Ort zu einer kohärenten Angebots- und Leistungsstruktur auszubauen.

Ich danke der Redaktion von ProAlter für die Kommentierung des Siebten Altenberichts; ich danke den Verfasserinnen und Verfassern der Kommentare für diese wertvolle Arbeit – die die Diskussionen zu einzelnen Empfehlungen des Siebten Altenberichts einmal mehr lebendig werden lässt. Eine wirkliche Bereicherung! ■

Der Siebte Altenbericht

Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften

Je älter ein Mensch wird, desto kleiner wird in der Regel sein Aktionsradius, desto mehr Zeit verbringt er im nahen Wohnumfeld und in der Wohnung. Die Lebensqualität im Alter hängt deshalb in besonderem Maße von den lokalen Umständen ab. Im Siebten Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wird untersucht, welche Voraussetzungen vor Ort gegeben sein müssen, damit ein gutes Leben im Alter möglich ist. Die Siebte Altenberichtscommission hat dabei drei zentrale Handlungsfelder für die Kommunen identifiziert:

- Gesundheitliche Versorgung,
- Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung und
- Von der Wohnungspolitik zu einer umfassenden Wohnpolitik.

Am 6. Oktober 2015 übergab der Vorsitzende der Siebten Altenberichtscommission, Prof. Dr. Andreas Kruse, den Kommissionsbericht an die damalige Bundesseniorenministerin Manuela Schwesig. Die Arbeit der Sachverständigenkommission war damit beendet. Der Bericht ist seit dem 11. November 2016 als Bundestagsdrucksache 18/10210 allen Interessierten zugänglich.

Linktipp

Der Altenbericht sowie eine Kurzzusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse stehen im Internet als kostenloser Download zur Verfügung. Hier gibt es auch alle weiteren Informationen – Expertisen, Konferenzbeiträge, Kommissionsmitglieder – rund um den Siebten Altenbericht.

www.siebter-altenbericht.de

**Präventiv,
wohnortnah
und vernetzt:
Gesundheitliche
Versorgung**





Gesundheitliche Versorgung umfasst mehr als die Behandlung von Krankheiten. Neben der medizinischen Versorgung spielen auch die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege eine große Rolle – immer unter Berücksichtigung einer stärkeren Patientenorientierung. Nach Auffassung der Altenberichtscommission geht es bei der gesundheitlichen Versorgung deshalb vor allem darum, Teilhabechancen zu eröffnen und eine selbst und mitverantwortliche Lebensführung bis ins hohe Alter hinein zu ermöglichen. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung, eine Vernetzung von Angeboten sowie eine verbesserte Zusammenarbeit der Ärzte mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen sind hierbei von besonderer Bedeutung.

Da jede Kommune ihre eigenen regionalen Besonderheiten berücksichtigen muss, empfiehlt die Siebte Altenberichtscommission eine Regionalisierung der Gesundheitsversorgung, einen Ausbau der kommunalen Verantwortung zur Sicherstellung der Versorgungsstrukturen sowie eine Stärkung der interkommunalen Zusammenarbeit. Mit dem Aufbau lokaler Gesundheitszentren ist auch eine neue regionale Verantwortung der Kommunen verbunden. Gerade strukturschwache Regionen sollen neue Anreize und Möglichkeiten zum Ausbau der gesundheitlichen Versorgung erhalten. Wenn Kommunen in die gesundheitliche Prävention investieren und dadurch Ausgaben für medizinische Behandlungen einsparen, profitieren davon auch die Kranken- und Pflegekassen und sollten deshalb entsprechend an den Kosten für Präventionsmaßnahmen beteiligt werden.

Prävention und Kooperation: Mehr Kompetenzen für Kommunen

Mehr Einfluss für die Kommune, eine bessere Vernetzung vor Ort und eine gerechtere Finanzierung sollen das von den Sozialversicherungen dominierte Gesundheits- und Pflegewesen menschen-, lebens- und wohnortnäher ausgestalten. Probleme der Gesundheitsversorgung aus kommunaler Sicht beschreibt Elisabeth Scharfenberg.

Im Siebten Altenbericht heißt es: „Den Kommunen ist größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Dies gilt auch in den Feldern, in denen insbesondere die Sozialversicherungen inzwischen eine starke und dominierende Rolle einnehmen: im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege.“ Leider ist in der bald endenden 18. Wahlperiode auf diesem Gebiet viel zu wenig passiert. So hatte das „Dritte Pflegestärkungsgesetz“ (PSG III) eigentlich die „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ zum Ziel. Das PSG III erfüllt diesen Anspruch jedoch nicht und gesteht den Kommunen kaum neue Kompetenzen in der Planung, Steuerung und Bereitstellung von Angeboten etwa zur Altenhilfe zu. Der Siebte Altenbericht erschien zu spät, um noch die notwendigen Änderungen im PSG III anstoßen zu können.

Mängel im Gesundheitswesen

Im Pflege- wie Gesundheitssystem mangelt es nach wie vor daran, die Versorgung menschen-, lebens- und wohnortnäher auszugestalten und an dem wirkungsvollen Kooperieren der verschiedenen Akteure – Kassen, Leistungserbringer, Gesundheitsberufe, Selbsthilfe, Kommunen etc. – im Sinne der Patienten sowie Pflegebedürftigen zu arbeiten. Auf ohnehin vulnerable Personengruppen trifft das besonders zu: sozial Schwache, Kinder, Menschen mit Migrationshintergrund, alte Menschen. Parallel ist hinzuweisen auf gesellschaftliche Veränderungen, die auch gesundheitliche Auswirkungen zeigen: der demografische Wandel, soziale Ungleichheiten und mit beidem einhergehend regionale Unterschiede, die etwa zum relativen Anstieg der Altenbevölkerung in strukturschwachen, ländlichen Gebieten führen.

Als Ursachen muss man, bezogen auf das Gesundheitswesen, unter anderem nennen: Der Begrenzung der finanziellen Mittel stehen strukturelle Schranken gegenüber. Die Zuständigkeiten für die Organisation der Versorgung sind zersplittert, die ökonomischen Anreize falsch gesetzt. Belohnt wird weniger eine qualitativ hochwertige als vielmehr eine kosteneffiziente Versorgung. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen, Pflegekassen und Rehabilitationsträger haben kein gemeinsames Versorgungsziel im Blick, sondern vor allem den eigenen Ertrag. Dem müssen sich die Patienten zumeist beugen. So entscheidet etwa über den Behandlungsort nicht immer die Qualität, sondern sehr oft der wirtschaftliche Nutzen der Kostenträger und/oder Leistungserbringer. Diese Fehlsteuerungen führen zu Frustration und Druck bei den Patienten, aber auch bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen. Das Gesundheitssystem ist insgesamt zu zentralistisch gesteuert und zu unflexibel, um auf regionale Unterschiede reagieren zu können. Was in einer Stadt mit vielen jungen Familien sinnvoll erscheint, kann in strukturschwachen, ländlichen Regionen mit vielen älteren Menschen völlig am Bedarf vorbeigehen.

Deshalb müssen unter anderem die Kommunen mehr Einfluss in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge erhalten. Nirgendwo sonst ist man „näher dran“ an den Bürgern – insbesondere an denen, die Hilfe und Unterstützung brauchen. Ich bin überzeugt, viele Kommunen und Landkreise wollen aktiver als bislang möglich für die Gesundheit der Menschen vor Ort Verantwortung übernehmen. Die Stärkung der Kommunen ist kein Selbstzweck. Sie ist erforderlich, um die Versorgung der Menschen bedarfsgerechter zu gestalten, um den Anforderungen der verschiedenen Altersstufen und vor allem den verschiedenen

„Zentrale Lösungsansätze für ein zukunftsfestes und auch altersgerechtes Gesundheitssystem liegen unter anderem in einem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung, in der Kooperation aller Gesundheitsberufe auf Augenhöhe, in einer solidarischen und gerechten Finanzierung sowie in der Stärkung lokaler Strukturen durch den Aufbau von Gesundheitsregionen.“

sozialen Lagen gerecht zu werden – primär also denen zu helfen, die es am nötigsten brauchen.

Zentrale Lösungsansätze für ein zukunftsfestes und auch altersgerechtes Gesundheitssystem liegen unter anderem in einem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung, in der Kooperation aller Gesundheitsberufe auf Augenhöhe, in einer solidarischen und gerechten Finanzierung sowie in der Stärkung lokaler Strukturen durch den Aufbau von sogenannten Gesundheitsregionen.

Bei der Prävention und Gesundheitsförderung gilt es, nach dem Setting-Ansatz in den Verhältnissen anzusetzen, wo die Menschen leben und arbeiten. Kommunen sollten deshalb künftig eine stärkere Rolle dabei spielen, Gesundheitsrisiken zu identifizieren, passende Präventionsangebote zu planen, zu steuern und zu gestalten. Sie können am ehesten dafür sorgen, dass die verschiedenen Akteure (Leistungserbringer, Kostenträger, Kommunen und Landkreise, Kammern, Jobcenter, Patientenvertretungen, Bürger etc.) dauerhaft kooperieren und somit nachhaltige Strukturen schaffen.

Mehr Zusammenarbeit und weniger Neben- und Gegeneinander

Zusammenarbeit ist ohnehin einer der Schlüssel für ein gutes Gesundheitswesen. Je enger, desto besser die Versorgung. Das entspricht den Wünschen aller, aber besonders älterer, häufig chronisch erkrankter Patienten, in deren Versorgung viele Akteure einbezogen sind, die oft nicht wissen, was der andere tut. Dieses Neben- oder gar Gegeneinander der verschiedenen Interessen muss beendet werden. Dafür müssen die verschiedenen Akteure auf Augenhöhe miteinander agieren können und die Einflussmöglichkeit der Betroffenen selbst (z. B. Selbsthilfe- und Ver-

braucherorganisationen) weiter gestärkt werden. Zum anderen müssen die Gesundheits- und Pflegeberufe konsequent aufgewertet werden. Dies ist eines der wichtigsten gesundheits- und pflegepolitischen Themen der nächsten Jahre. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat schon im Gutachten von 2007 „Kooperation und Verantwortung“ angemahnt, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ist. Auch die Veränderung rechtlicher Rahmenbedingungen, der Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildungen und neue Aufgabenzuschnitte sind zu diskutieren. Besonders Pflegekräfte spielen eine Schlüsselrolle in einer sektorübergreifenden Versorgung. Sie sollten berufsrechtlich mehr Aufgaben zugesprochen bekommen, die sie ohnehin beherrschen, etwa im Bereich Heilkunde. Aber auch ihr institutioneller Einfluss in den Gremien der Kranken- und Pflegeversicherung muss gestärkt werden.

Von hoher Bedeutung ist auch eine solidarische und gerechtere Finanzierung. Eine hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung muss allen offenstehen und darf nicht vom Geldbeutel abhängen. Das Konzept einer Bürgerversicherung würde alle Bürger unter Einbezug aller Einkunftsarten an der Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen. Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung muss überwunden werden.



Das grüne Modell der Gesundheitsregionen

Wie könnte eine gesundheitliche Versorgung aussehen, die den Ansprüchen einer stärkeren kommunalen Anbindung und einer besseren Zusammenarbeit der Akteure genügt? Das grüne Modell der Gesundheitsregionen zielt ab auf die Stärkung der Gesundheit der Menschen durch passgenaue, örtlich gestaltete Versorgungsangebote aus einer Hand.

Viele Kommunen tragen bereits heute schon viel Verantwortung in der gesundheitlichen Versorgung und wären – über die bestehenden Möglichkeiten hinaus (beispielsweise dem Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren [MVZ]) – zu noch mehr Verantwortung bereit. Interessierte Landkreise oder Kommunen sollten durch ein Initiativrecht die Möglichkeit bekommen, sich mit den Krankenkassen vor Ort zu einer Gesundheitsregion zusammenzuschließen: Sie soll die Gesundheitsversorgung in den Städten und Dörfern sicherstellen. Um die konkrete Organisation der Versorgung würde sich ein integriertes Gesundheitsunternehmen (Gesundheitsverbund) kümmern, mit dem die Gesundheitsregion einen Vertrag abschließt. Der Gesundheitsverbund soll insbesondere von lokalen Netzen niedergelassener Ärzte, Apotheken, Therapeuten, Krankenhäusern oder Pflegediensten getragen werden.

Dabei sollten die heutigen MVZ zu Gesundheitszentren ausgebaut werden. Sie sollen die örtlichen gesundheitlichen Angebote unter einem Dach vereinen. Hier stehen die Patienten im Mittelpunkt. Um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen, soll in der Gesundheitsregion die begründete Flexibilisierung üblicher Regeln möglich sein, etwa für lokal besser passende sektorübergreifende Vergütungsformen oder auch Abweichungen von der ärztlichen Bedarfsplanung, um so einen speziellen kommunalen Bedarf besser decken zu können.

In einem späteren Schritt könnten Gesundheitsregionen auch um Pflege und Rehabilitation erweitert werden, um gesundheitliche und pflegerische Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen. Das könnte erheblich dazu beitragen, die Verschiebepunkte zwischen Kostenträgern zu beenden.

Zur Finanzierung der Gesundheitsregionen sind Mittel aus dem Gesundheitsfonds denkbar. Diese sollten sich am Gesundheitszustand, am Alter und der sozialen Situation der Menschen in der Region orientieren und müssten regelmäßig evaluiert werden. Erwägen sollte man dann außerdem einen Versorgungszuschlag für unterversorgte Regionen, um so den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen zu befördern. Der Gesundheitsverbund sollte das finanzielle Budget voll verantworten, um so auch ein systematisches Interesse an einer guten Versorgung in allen Stufen zu haben (Prävention, Kuration, Rehabilitation).

Fazit

Die Stärkung der Rolle der Kommunen ist eine zentrale gesundheits- und pflegepolitische Aufgabe der nächsten Jahre. Eine Versorgung, die individuell passgenau ist und soziale wie altersbedingte Unterschiede ausgleichen kann, ist nur unter bestimmten Bedingungen möglich. Vor allem die verhältnisbezogene Prävention und Gesundheitsförderung muss ausgebaut werden. Mit der Bürgerversicherung wird eine solidarische und gerechte Finanzierungsbasis geschaffen. Die verschiedenen Akteure müssen besser kooperieren. Diese notwendige Form der Vernetzung ist nur vor Ort zu organisieren, weshalb die Kommunen als zentraler Akteur stärkere Kompetenzen als bislang brauchen, um diese Aufgabe erfüllen zu können. Das Modell gemeinsamer Gesundheitsregionen ist dafür ein möglicher Ansatz. ■



Autorin

Elisabeth Scharfenberg

Die Diplom-Sozialpädagogin (FH) ist seit 2005 im Deutschen Bundestag. Sie ist Mitglied im Gesundheitsausschuss und Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Neben ihrer Mitgliedschaft im Kuratorium Deutsche Altershilfe wirkt sie darüber hinaus im Landeskuratorium Bayern des Internationalen Bundes mit.

Fachliche Beratung für kommunale Akteure im Land Brandenburg

Am Beispiel der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg zeigt Anja Ludwig, wie es gelingen kann, Strukturen vor Ort zu erhalten und entwickeln, die es älteren Menschen ermöglichen im vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben. Dieser Verbleib ist eine Voraussetzung für eine hohe Lebenszufriedenheit und -qualität und fördert somit auch die Gesundheit.

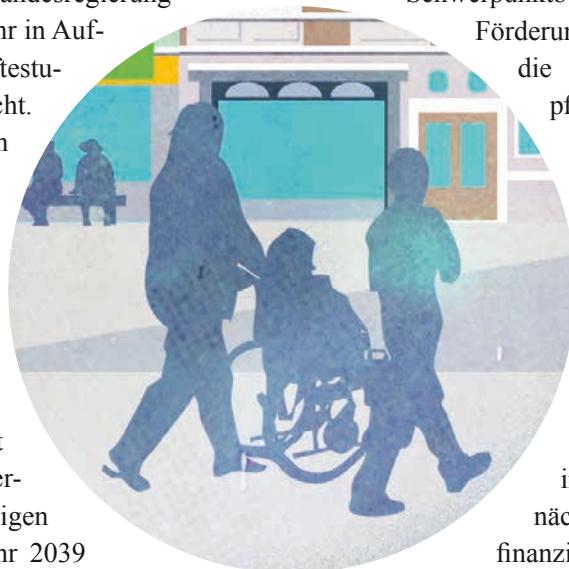
Der Erhalt des vertrauten Wohn- und Lebensumfeldes ist für eine Vielzahl von Menschen gerade im Alter ein Garant von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In der vertrauten Umgebung können im Alter körperliche und seelische Einschränkungen oft lange durch über Jahre eingespielte Gewohnheiten und Routinen kompensiert werden. Die Vertrautheit mit den Orten und Menschen des täglichen Lebens bietet Sicherheit sowie Stabilität und ist vielfach Teil der eigenen Identität. Sie ist der Rahmen, in dem Sorge und Mitverantwortung stattfindet, und damit auch der Rahmen, den der Siebte Altenbericht seinen Überlegungen und Empfehlungen zugrunde legt. Die folgenden Ausführungen stellen den Erhalt und die Förderung von Vertrautheit und Teilhabe in den Mittelpunkt und beleuchten somit die lebensweltlichen Aspekte von Gesundheit im Alter. Welche Bedeutung dabei dem Auf- und Ausbau altersgerechter und teilhabeorientierter Strukturen zukommt, zeigt das Modellprojekt Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg.

Im Jahr 2014 hat die Landesregierung Brandenburgs die von ihr in Auftrag gegebene Fachkräftestudie Pflege veröffentlicht. Hiernach liegt schon heute die Pflegeprävalenz in Brandenburg mit 4,2 Prozent Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung über dem Bundesdurchschnitt (3,1 %). Diese Tendenz steigt weiter. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird bis zum Jahr 2039

im Durchschnitt um 28 Prozent schrumpfen, in manchen Regionen Brandenburgs bis zu über 40 Prozent. Die Folgen dieser Entwicklung lassen sich – ohne ihre Brisanz schmälern zu wollen – kurz und prägnant zusammenfassen: Es werden künftig nicht mehr genügend Pflegekräfte und pflegende Angehörige vorhanden sein, um dem steigenden Versorgungsbedarf alter Menschen in Brandenburg entsprechen zu können. Die Autoren der Fachkräftestudie legen in ihren Empfehlungen nahe, der Begleitungs- und Versorgungssituation der älteren Bevölkerung in Brandenburg mit einem komplexen Maßnahmenpaket und einer auf Breite und Nachhaltigkeit ausgerichteten Strategie zu begegnen. Dabei solle und müsse die Beeinflussung der Pflegeprävalenz eine zentrale Rolle spielen.

Die Brandenburger Pflegeoffensive

Die Brandenburger Landesregierung hat auf diese Empfehlungen im Oktober 2015 mit einer Pflegeoffensive reagiert. Die Maßnahmen der Offensive fokussieren dabei auf drei zentrale Schwerpunktbereiche: die Stärkung und Förderung der beruflichen Pflege, die Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger und die Entwicklung altersgerechter Strukturen. Die Strukturentwicklung ist Aufgabe der neu etablierten Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ), die vom Land wie auch von den Pflegekassen im Land Brandenburg zunächst bis Dezember 2019 finanziert und von drei Projekt-



trägern realisiert wird (Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V., Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Institut für gerontologische Forschung e. V.).

Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ)

Die FAPIQ will dazu beitragen, dass alte Menschen so lange und so gut wie möglich im vertrauten Umfeld leben können. Hierzu bietet sie kostenlos und unabhängig fachliche sowie organisatorische Beratung für alle Akteure an, die sich am Auf- und Ausbau altersgerechter Strukturen im Land beteiligen wollen. Die FAPIQ möchte in erster Linie die Handlungskompetenz und die Handlungsspielräume der Akteure erweitern, so dass sie ihre Geschicke im Sinne der Nachhaltigkeit vor Ort selbst lenken können. Das, was sich vor Ort bewährt hat, soll gemeinsam mit den Akteuren stabilisiert und weiter entwickelt und der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden werden. Die FAPIQ konzentriert sich in ihrer fachlichen Arbeit auf fünf zentrale Handlungsfelder:

- Wohnen im Alter
- Technische Alltagshilfen
- Alltagsunterstützende Angebote
- Quartiersentwicklung
- Kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung

Diesen Handlungsfeldern, denen auch im Siebten Altenbericht besondere Beachtung geschenkt wird, attestierten die Autoren der eingangs erwähnten Fachkräftestudie noch ungenutzte Potenziale bei der Bewältigung des demografischen Wandels in Brandenburg.

An fünf Standorten der Fachstelle arbeiten insgesamt 18 Mitarbeitende. Die Fachstelle unterstützt bspw. durch die Bereitstellung von Informationsmaterial zu den genannten Handlungsfeldern. Die Referenten beraten und begleiten die Akteure umfassend bei der Umsetzung ihrer Projekte. Außerdem setzen sie auf Vernetzung und Qualifizierung unterschiedlicher Zielgruppen vor Ort, damit

diese selbstständig und qualitätsgesichert Angebote initiieren, realisieren und steuern können. Um weitere Akteure zur Nachahmung bereits bewährter Ideen und Projekte anzuregen, werden gute Praxisansätze zu altersgerechten und teilhabeorientierten Angeboten über eine entsprechende Datenbank publiziert.

Konkrete Teilhabe- und Gesundheitsförderung im Alter

Während der ersten anderthalb Projektjahre zeigte sich, dass es unzählige engagierte Menschen in Brandenburg gibt, die sich am Auf- und Ausbau altersgerechter und teilhabeorientierter Strukturen beteiligen (wollen). Denen es wichtig ist, dass das Leben vor Ort nicht stirbt, Gemeinden und Dörfer als Heimat, mit der man eng verbunden ist, erhalten und die Alten am Ort bleiben können. Sie sind voller Tatendrang, gleichwohl fehlt ihnen oft für die Realisierung ihrer Ideen fachliche und manchmal auch finanzielle Unterstützung. Zum Beispiel dem Bürgerverein, der eine alte Gaststätte im Dorfkern in eine Wohn-Pflege-Gemeinschaft für ihre eigenen pflegebedürftigen Angehörigen umbauen will, aber nicht weiß, was man dabei alles beachten muss. Ein Reitverein möchte gern ein Angebot für pflegebedürftige Menschen aufbauen, die Mitglieder kennen jedoch nicht die rechtlichen Grundlagen und landesspezifischen Richtlinien für die Anerkennung solcher Angebote usw. Zu solchen und vielen weiteren Sachverhalten hat die FAPIQ vor Ort beraten und dabei gelernt: Strukturentwicklung braucht einen langen Atem. Es sind zarte Pflänzchen, die Zeit und Raum zum Wachsen und Wurzelschlagen brauchen. Solche kleinen Pflänzchen werden deshalb auch konkret

mit finanziellen Mitteln von der Fachstelle gefördert. Für die Förderung von Klein- und Kleinstprojekten stehen der FAPIQ jährlich 50.000 Euro zur Verfügung. Im Jahr 2016 bewarben sich auf den Förderaufruf „Gut alt werden im vertrau-



„Die Vertrautheit mit den Orten und Menschen des täglichen Lebens bietet Sicherheit sowie Stabilität und ist vielfach Teil der eigenen Identität. Sie ist der Rahmen, in dem Sorge und Mitverantwortung stattfindet, und damit auch der Rahmen, den der Siebte Altenbericht seinen Überlegungen und Empfehlungen zugrunde legt.“

ten Wohnumfeld“ 18 Projekte, zwölf erhielten auf der Grundlage von Qualitätskriterien eine Förderung. Die zwei folgenden Beispiele haben in ganz besonderer Weise zur Integration und Teilhabe alter Menschen im Quartier beigetragen:

**Die „Männer-Werkelecke“
des DRK Luckau, Lieberose**
(Landkreis Dahme-Spreewald)

Die „Männer-Werkelecke“ Lieberose ist ein regelmäßiges Angebot für handwerklich interessierte Männer mit und ohne Pflegebedarf. Hier können Menschen aller Generationen aus der Umgebung zusammenkommen, plaudern und aktiv sein. Angesiedelt in den Räumen des Mehrgenerationenhauses „Familie im Zentrum“ in Lieberose, ist es ein besonderes Angebot, das der Vielfalt des Alters entgegenkommt, individuelle Fähigkeiten aufgreift und fördert und Menschen zusammenbringt. Das Quartier nimmt die Werkelecke an, indem die Menschen aus dem Dorf zum Beispiel ihre defekten Fahrräder zur Reparatur bringen. Ein Mehrwert für alle!

**Der „Wochenmarkt für alle“ in der
Gemeinde Podelzig/Amt Lebus**
(Landkreis Märkisch-Oderland)

Der Wochenmarkt der Gemeinde Podelzig hat sich als eine Möglichkeit nicht nur der Nahver-

sorgung in der ländlich geprägten Region, sondern auch als ein sozialer Treffpunkt entwickelt. Um diese Möglichkeit auch älteren Menschen leichter zugänglich zu machen, wurden Sitzgelegenheiten und eine öffentliche Toilette angeschafft. Der zentrale Treffpunkt Wochenmarkt ist eine Identifikation stiftende Einrichtung, an dem sich das Engagement der Menschen vor Ort für ein altersgerechtes Dorf bündelt. Der Markt wird gemeinsam mit den Bürgern gestaltet und auch die Erhaltung der Bänke wird durch Patenschaften gewährleistet.

Fazit

Mit der Etablierung der FAPIQ hat die Brandenburger Landesregierung viele Empfehlungen des Siebten Altenberichts noch vor dessen Veröffentlichung realisiert. Sie bietet den kommunalen Akteuren fachliche Unterstützung zur Entwicklung altersgerechter Lebensräume an. Das allein jedoch wird nicht auf Dauer und auch nicht überall ausreichen. Um Lebensqualität im Alter an allen Lebensorten annähernd gleich gestalten zu können, bedarf es einer konsequenten Erweiterung der kommunalen Steuerungsmöglichkeiten und eine ausreichende Finanzausstattung. ■

Linktipp:

www.fapiq-brandenburg.de

Autorin

Dr. Anja Ludwig

Die Altenpflegerin und promovierte Gesundheitswissenschaftlerin leitet das Kooperationsprojekt „Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg“ für den Kooperationspartner Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Zuvor leitete sie u. a. die Abteilung Gesundheit/Alter und Behinderung des Bundesverbands der Arbeiterwohlfahrt und war wissenschaftliche Referentin für Pflegepolitik der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen. Seit 2013 ist sie Kuratorin im KDA e. V.



Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung





Mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden in privaten Haushalten versorgt. Um Angehörige zu entlasten und um unter den bestehenden Bedingungen des sozialen und demografischen Wandels auch in Zukunft eine gute Pflege und Sorge sicherstellen zu können, muss aus Sicht der Siebten Altenberichtscommission die häusliche Pflege in gemischten Pflegearrangements zur flächendeckenden gesellschaftlichen Praxis werden. Bei einem gemischten Pflegearrangement greifen familiäre, nachbarschaftliche, freiwillige und professionelle Hilfen ineinander. Als Maßnahmen zum Ausbau gemischter Pflegearrangements empfiehlt die Kommission, teilstationäre Strukturen der Pflege auszubauen, mehr Beratungsmöglichkeiten zu schaffen, ein Case-Management zu etablieren und persönliche Budgets einzuführen. Um Angehörigen die Übernahme von Pflegeaufgaben zu erleichtern, müssen außerdem die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege verbessert, die Beteiligung von Männern an der familialen Pflege gefördert und die negativen Folgen der Übernahme von Pflegeaufgaben für die soziale Absicherung verringert werden. Den professionellen Pflegekräften könnte die Aufgabe zukommen, entsprechende Pflegearrangements aufzubauen, zu unterstützen, zu koordinieren und zu stabilisieren – dies setzt einen Wandel im Berufsbild voraus. Gemischte Sorgestrukturen müssen wohnortnah und unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen gestaltet sein. Auch hier drängt die Altenberichtscommission darauf, die Rolle der Kommunen zu stärken.

Ein „Weiter-so“ wird es nicht geben!

Nur im Quartier und nur in geteilter Verantwortung lässt sich Pflege sichern

Die Autoren des Siebten Altenberichts sind mit Blick auf die Sicherstellung von „Sorge und Pflege“ in der Zukunft auf der richtigen Spur! Die Schrumpfung des familiären Pflegepotenzials und noch viel mehr der absehbare dramatische Mangel an hauptberuflichen Pflegekräften zwingt zu radikal neuen Ansätzen in der Organisation von Sorge und Pflege vor Ort.

Viel zu lange wurde gerade von privatwirtschaftlicher Seite fantasiert vom Immobilien-Wachstumsmarkt Pflege und dem Beschäftigungsmotor Pflege. Dahinter steht immer noch das sehr durchsichtige Interesse an renditeträchtigen Investitionen in gleichsam industrialisierte Pflegeheime. Entsprechende Immobilien-Magazine berichten von jährlich milliardenschweren Pflegeheim-Paketen, die von einem Fonds zum anderen Fonds gewechselt werden.

Vor diesem Hintergrund – den die Autoren sich ruhig mutiger auszumalen hätten trauen dürfen – ist es richtig, eine Neuausrichtung von Sorge und Pflege an gesellschaftlicher Teilhabe zu formulieren. Gerade das klassische stationäre Versorgungsangebot mit seinem immensen Bedarf an hauptamtlichem Personal wird in seiner jetzigen Größe – vom Ausbau ganz zu schweigen – in einem knappen Arbeitsmarkt nicht zu halten sein. Wenn also der Siebte Altenbericht die Gestaltung gemischter Pflegearrangements präferiert, gibt er in Kombination mit einem qualifizierten Case- & Care-Management die allein zukunftsfähige Richtung vor. Zu wünschen wäre allerdings auch hier noch mehr Mut zur Konkretisierung. – Angesichts der von der Bertelsmann Stiftung für 2030 prog-

nostizierten Versorgungslücke von etwa 500.000 Beschäftigten muss die Frage beantwortet werden, nicht mit wie viel, sondern mit wie wenig stationären Pflegeplätzen unsere Gesellschaft in Zukunft im demografischen Wandel organisiert werden kann.

Und das ist sonnenklar: Je qualifizierter und tragfähiger unser Ausbau von Sorgestrukturen im ambulanten und teilstationären Bereich ist, je tragfähiger sorgende Gemeinschaften im Netzwerk vieler Akteure organisiert werden, umso überschaubarer wird der Bedarf an stationärer Pflege. Dann ist die Rolle der stationären Pflege die des qualifizierten Kompetenzzentrums als Ergänzung und nicht als Antipode zur ambulanten Struktur.

Das Netzwerk SONG – als Zusammenschluss von reformorientierten, traditionsreichen Praxisträgern im Verbund mit dem KDA, der Bertelsmann Stiftung und der Bank für Sozialwirtschaft – hat in den letzten Jahren überzeugende Beispiele dafür geliefert, wie eine konsequente Quartiersorientierung Sorge- und Pflegestrukturen in geteilter Verantwortung möglich macht.

Im Kern dieser Prozesse steht die Erkenntnis, dass das Zusammenwirken von professionellen Kräften mit der Zivilgesellschaft nicht von selbst entsteht, sondern vielmehr beidseitig einer umfassenden Qualifizierung und einer kompetenten Steuerung bedarf. Man könnte sogar auch mit Blick auf den Siebten Altenbericht postulieren, dass der Entwicklung und Anwendung geeigneter Bildungsformate die zentrale Bedeutung in der Neuausrichtung der Pflegesysteme zukommt. Die SONG-Partner haben dabei, unter Federführung des Evangelischen Johanneswerks in Bielefeld, die Formate „Qualifiziert fürs Quartier“ und „Bürger im Quartier“ entwickelt. Und auch hier wuchs die gar nicht originelle Erkenntnis, dass eine aktive Zivilgesellschaft nicht zum Nulltarif zu haben ist. Wünschenswert wäre es deswegen, dass die doch vergleichsweise überschaubaren Aufwendungen für Bildung, aber auch für kompetentes Case- & Care-Management im Verbund mit Kommune und Pflegekassen rechtlich abgesichert werden. ■

Autor

Alexander Künzel

Der gelernte Bankkaufmann ist Vorsitzender des Vorstands bei der Bremer Heimstiftung. Zuvor arbeitete er viele Jahre als Tageszeitungsredakteur sowie als Pressesprecher

und persönlicher Referent für den damaligen Sozialsenator und Bürgermeister Dr. Henning Scherf. Er studierte evangelische Theologie und engagiert sich in vielen lokalen, regionalen, aber auch überregionalen Gremien, etwa der Bertelsmann Stiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe. Zusätzlich ist er als Sprecher des bundesweiten Reformbündnisses Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) e. V. tätig.

Linktipp: www.netzwerk-song.de

Selbsthilfeorganisationen brauchen kommunale Unterstützung

Jeder Dritte der heute über 65-Jährigen in Deutschland wird im Laufe seines verbleibenden Lebens eine Krankheit entwickeln, die zu demenziellen Symptomen führt. Um die Ressourcen der Selbsthilfe im Bereich Demenz nutzbar machen zu können, braucht es unterstützende Strukturen von Seiten der Kommune. Auswirkungen der Aussagen und Überlegungen des Siebten Altenberichts auf die Arbeit und das Selbstverständnis von Selbsthilfeorganisationen im Bereich von Demenz und speziell Alzheimer auf kommunaler Ebene erläutert Heike von Lützu-Hohlbein.

Die Ausgangslage, wie sie der Altenbericht in Zahlen ausführlich darstellt, zeigt die Relevanz des Problems: Pflege ist ein Frauenproblem. Frauen pflegen häufiger als Männer, Frauen haben weniger finanzielle Ressourcen, Frauen sind im Laufe ihres Lebens stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen, Frauen sind zahlenmäßig häufiger von einer Demenz betroffen, Frauen leben häufiger im hohen Alter in stationären Einrichtungen als Männer. Es sind vorwiegend Frauen, die sich (hier) ehrenamtlich engagieren. Erst in den letzten Jahren sind der Männeranteil und auch der Anteil der Professionellen, die sich zusätzlich ehrenamtlich engagieren, gestiegen.

Alzheimer-Selbsthilfevereine gibt es seit mehr als 30 Jahren. 1989 wurde der bundesdeutsche Dachverband „Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz“ gegründet, der heute 135 lokale oder regionale Vereine als Mitglieder hat. Auf örtlicher Ebene werden von allen Alzheimer-Gesellschaften folgende Aufgaben angestrebt: Information und Beratung für demenzkranke Personen und ihre Angehörigen, Austauschmöglichkeiten in Angehörigengruppen (Selbsthilfegruppen) sowie Öffentlichkeitsarbeit auf örtlicher Ebene. Auch Angebote in Form von Betreuungsnachmittagen, Laienhelferinnen in der

Häuslichkeit, Urlaubsangeboten und andere sind verfügbar, immer aus Sicht der Selbsthilfe. Menschen werden heute mit der Krankheit Demenz in viel früherem Stadium als noch vor Jahren konfrontiert. Jüngere Menschen, die an einer Demenz erkranken, haben speziellen Unterstützungsbedarf und andere Bedürfnisse, auch wenn die Wahrscheinlichkeit unter 65 Jahren bei unter zwei Prozent liegt. Selbsthilfegruppen für Menschen mit beginnender Demenz differieren in ihren Inhalten von den Selbsthilfegruppen für Angehörige. Außerdem gewinnen Teilhabeangebote wie Tanz-, Sport- und Wandergruppen für Menschen mit und ohne Demenz an Bedeutung.

Kommunale Einbindung der Demenz-Selbsthilfegruppen

Die Ausprägung der örtlichen Alzheimer-Selbsthilfegruppen ist sehr unterschiedlich wie auch die Unterstützung durch die Kommune. Um die Arbeit wirksam gestalten zu können, ist ein funktionierendes Netzwerk in der Kommune unabdingbar. Die notwendige Vernetzung vor Ort betrifft alle Akteure, die kommunalen Beratungsstellen, die Pflegestützpunkte wie auch die Zusammenarbeit mit den Hospiz-Verbänden, denn die schwierige Situation am Lebensende kann



nur gemeinsam bewältigt werden. Dabei sind Konkurrenzsituationen mit professionellen Anbietern, die durch die Neuerungen der Pflegegestärkungsgesetze entstanden sind, zu bewältigen. Die

„Ein Ausbau der Selbsthilferessourcen in strukturschwachen Regionen wird nur durch unterstützende Strukturen in der Kommune möglich sein.“

Situation der pflegenden Angehörigen darf man in keinem Fall aus dem Blick verlieren, die Belastung wird häufig von ihnen selbst unterschätzt und kann zu einer erhöhten Krankheitsrate führen, wie auch im Altenbericht dargestellt. Die Demenz-Selbsthilfegruppen sind die Vertretung der Demenzkranken und Angehörigen in der Kommune und sollten bei Entscheidungen auf kommunaler Ebene gehört und eingebunden sein, sei es über die Seniorenvertretungen oder die Heimbeiräte. In der ambulanten Betreuung spielt der „graue“ Markt des Einsatzes von osteuropäischen Pflegekräften eine Rolle. Nicht immer ist die politisch gewollte Situation „ambulant vor stationär“ die beste Lösung für eine gute Versorgung, finanzielle Gründe der Betroffenen wie auch der Angehörigen sind nicht zu vernachlässigen.

Folgerungen aus dem Altenbericht

Die Überlegungen im Altenbericht weisen den Selbsthilfeorganisationen Aufgaben zu, die zum Teil bisher noch gar nicht oder nicht im ausreichenden Maße wahrgenommen wurden. Aus sich heraus und mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln wird eine Ausweitung jedoch kaum machbar sein.

Ein Aspekt ist die Forderung nach einer verstärkten Vertretung der Demenzkranken und Angehörigen in der Kommune, die besonders durch die Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung in ländlichen Räumen hervorgerufen wird. Ein Ausbau der Selbsthilferessourcen in strukturschwachen Regionen wird nur durch unterstützende Strukturen in der Kommune möglich sein. Wenn man die Ressourcen der Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer Menschen nutzen möchte und in Prozesse der Sozialplanung einbeziehen will, müssen dafür Anreize und unterstützende Strukturen geschaffen werden.

Ein effektives Case-Management, auch unter Nutzung der Selbsthilfe und im Bereich der De-

menz, ist sicher keine Aufgabe, die allein bürgerschaftlich organisiert geleistet werden kann. Für die Entwicklung und Unterstützung in innovativen Pflege-Settings braucht es ausreichend Qualifizierung, aber auch diesbezügliche finanzielle Beratung.

Ohne erhebliche pflegepolitische Anstrengungen ist in Zukunft die Stabilität der Versorgung nicht zu erwarten. Die starken Unterschiede in Deutschland in den einzelnen Regionen sind zu berücksichtigen. In jedem Fall ist damit die Notwendigkeit ausreichender Qualifizierung bürgerschaftlich engagierter Frauen und Männer auf dem Gebiet der Demenz und der Begleitung demenzkranker Menschen sowie ihrer Angehörigen verbunden.

Ein weiterer Aspekt ist der „Im- und Export von Pflegebedürftigkeit“ (pflegebedürftige Eltern ziehen an den Lebensort der Kinder, es werden Pflegeheime außerhalb der eigenen Kommune genutzt). Dazu ist erheblicher Beratungsbedarf erforderlich, beispielsweise in Bezug auf länderspezifische Regelungen. Hier können die Selbsthilfeorganisationen in den meisten Fällen nur weitervermittelnde Anlaufstellen sein oder Empfehlungen nur in Einzelfällen, aber nicht strukturiert weitergeben. Allerdings gibt es mancherorts auch Beratungsstellen, die in Trägerschaft der Selbsthilfe hoch professionell die Angebote der gesetzlichen Pflegeberatung ergänzen und Bedarfe abdecken, die diese nicht leisten kann, leider oft unter prekären finanziellen Rahmenbedingungen. Hilfsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Demenz sind weiter zu entwickeln, deren existierende Selbsthilfepotenziale zu erkennen und sie selbst in die Selbsthilfe einzubeziehen, denn ihre speziellen Bedürfnisse sind sicher passgerechter von ihnen selbst zu formulieren und deren Erfüllung umzusetzen. Auch dafür braucht es Qualifizierung und Strukturen. Wenn man den Blick weitet und die Folgerungen auf bundesweiter Ebene betrachtet, so ergeben sich weitere Aufgaben, an denen sich die Demenz-Selbsthilfevereine/Alzheimer-Gesellschaften beteiligen sollten:

- Die Schulung zur Beratung der Angehörigen beim Einsatz von osteuropäischen Haushaltskräften ist zu verbessern.
- Es wird eine Differenzierung zwischen Fachpflege und Sorge gefordert.
- Auch eine Beteiligung an zukünftigen Sorge- und Pflegearrangements ist wichtig.

- In der Öffentlichkeit sollte eine Diskussion über das Thema „Sorge und Pflege“ angeregt werden.
- Es wird eine aktive Beteiligung und Kundenrolle an Prozessen im Bereich Wohn- und Versorgungsformen eingefordert.

Die Selbsthilfe soll als Wächter der Daseinsvorsorge für gute Pflege und Sorge dienen, „Maßstäbe profilieren“ und auf deren Einhaltung achten (z. B. Pflegenoten, Fehlmedikation, freiheitsentziehende Maßnahmen). Hierzu sind allerdings auch Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Selbsthilfe dies leisten kann. Die Erfahrungen in der Selbstverwaltung – der Mitberatung nach § 118 SGB XI – zeigen, dass es schwer ist, nur mit Engagement und Erfahrungswissen in Verhandlungen mit Vertretern der Kranken- und Pflegekassen und den Leistungserbringern gestaltend und womöglich kontrollierend tätig zu werden. Auch wird eine soziale Aufmerksamkeit an übergreifender Bedarfsfeststellung, an der sektoren- und professionsübergreifenden Koordination und Abstimmung von Leistungen eingefordert. Besonderer Berücksichtigung bedürfen die Bereiche der Demenz bei Behinderung und bei Homosexualität. Immer wieder ist auf eine möglichst gleiche örtliche Verfügbarkeit der Angebote zu achten. Die Begleitung am Lebensende fordert eine Zusammenarbeit mit den Hospiz-Verbänden. Wenn die Gesellschaftspolitik die vorgenannten Aufgaben der Selbsthilfe im Bereich Demenz zuordnen will, dann müssen das bürgerschaftliche Engagement in diesem Sinne gefördert und die Arbeit der Selbsthilfe dementsprechend anerkannt und ermöglicht werden. Nur in einer Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Betroffenen – Erkrankten und Angehörigen – ist das möglich. Dabei muss eine Balance zwischen professioneller und bürgerschaftlich erbrachter

Arbeit gefunden werden. Leider bleibt der Bericht in seinen Aussagen über die notwendige Weiterentwicklung der Selbsthilfe vage.

Schlussbetrachtung

Auch außerhalb des Kapitels 7 des Siebten Altenberichts, das überschrieben ist mit „Sorge und Pflege“, gibt es im Bericht etliche Hinweise und Anregungen, die für die Demenz-Selbsthilfeorganisationen von Belang sind. Dazu ist besonders die Forderung nach einer „Nationalen Demenzstrategie“ als Weiterentwicklung der „Allianz für Menschen mit Demenz“ hervorzuheben. Unter dem Dach einer Nationalen Demenzstrategie könnten weiterführende Maßnahmen zur Verbesserung des Lebens mit Demenz verpflichtend und flächendeckend umgesetzt werden, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse in den Kommunen.

Eine hervorsteckende Aussage ist, dass Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen als Akteure in der Kommune nicht ohne ausreichende Finanzierung erfüllt werden können. Befristete Projektförderung, wie heute vor Ort weitgehend üblich, ist bei weitem nicht ausreichend, um nachhaltig arbeiten zu können.

Im Hinblick auf die Relevanz der Selbsthilfe Demenz und die von ihr vertretenen Betroffenen sind die Empfehlungen in Kapitel 10 des Siebten Altenberichts detailliert zu analysieren, besonders die Abschnitte über „Engagement“ und „Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung“. Die Empfehlungen zum Einsatz von technischen Assistenzsystemen wie auch die Forderung zur Verbesserung und Sicherung der Mobilität alter Menschen sollte der Selbsthilfe Demenz ein wichtiges Anliegen sein. ■

Linktipp: www.deutsche-alzheimer.de

Autorin

Heike von Lützu-Hohlbein

Diplom-Informatikerin, Bezug zur Demenz durch die Krankheit von Mutter und Schwiegermutter, seit mehr als 25 Jahren ehrenamtlich tätig, 2001–2015 Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 2010–2016 Präsidentin von Alzheimer Europe, Luxemburg, ausgezeichnet mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande und Bayerischen Staatsmedaillen. 2000 gründete sie die Deutsche Alzheimer Stiftung, eine Förderstiftung der DALzG. Sie ist Mitglied des Aufsichtsrats des KDA.



Von der Wohnungspolitik zu einer umfassenden Wohnpolitik





Die Siebte Altenberichtscommission versteht Wohnpolitik als kommunales Gestaltungsfeld, in dem unterschiedliche Akteure – Verwaltung, Kommunalpolitik, Anbieter sozialer Dienstleistungen, Wohnungswirtschaft, Wohlfahrtsverbände und Bürger – kooperieren und zusammenwirken. Neben der eigenen Leistungserbringung erwächst den Kommunen dabei zunehmend die Aufgabe, Akteure zu mobilisieren, Netzwerke zu initiieren, neue Kooperationsformen ins Leben zu rufen und zu moderieren, Projekte mit verschiedenen Kooperationspartnern zu managen und die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern einer umfassend verstandenen Wohnpolitik zu gestalten. Dazu müssen die Kommunen mit den notwendigen Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet werden. Sie müssen differenzierte Strategien entwickeln, um in ausreichendem Umfang angemessenen, also auch barrierefreien beziehungsweise -armen Wohnraum auch für einkommensschwache Haushalte älterer Menschen zur Verfügung stellen zu können. Auch sollten alle älteren Menschen Zugang zu technischen Assistenzsystemen haben können. Die Altenberichtscommission empfiehlt den Kommunen außerdem, gemeinsam mit anderen Akteuren ein kommunales Mobilitätsmanagement für ältere Menschen zu entwickeln. Die Kommunen haben die Aufgabe, den öffentlichen Raum in den Quartieren, Stadtteilen, Dörfern oder Siedlungen so zu gestalten, dass Begegnungen, Austausch und Kontakt zwischen den dort lebenden Menschen erleichtert und wahrscheinlicher werden.

Perspektiven einer umfassenden Wohnpolitik

Alternsgerechte Wohnangebote schaffen und eine generationengerechte räumliche Infrastruktur sicherstellen: All das und mehr gehört zu einer umfassenden Wohnpolitik und somit auch zu kommunalen Handlungsfeldern. Dr. Joachim Wilbers beschreibt die Problemlagen und mögliche Lösungsansätze.

Wenn vom Wohnen alter Menschen die Rede ist, wird es oft paternalistisch. Man weiß, wie der alte Mensch wohnen will – und vor allem, was er nicht will. Da geht die Vielfalt schon einmal verloren. So heißt es oft: Einen alten Baum verpflanzt man nicht. Oder: Ältere Menschen wollen nicht ins Heim. Letzteres ist sehr verständlich, denn der Heimeinzug setzt Pflegebedürftigkeit voraus – und das wünscht sich niemand. Manchmal hilft ein Blick in allgemein zugängliche Quellen: So zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass jedes Jahr mehrere 100.000 Menschen über 65 Jahren aus ihrer Gemeinde fortziehen. Diejenigen, die innerhalb der Gemeinde umziehen, werden von der Bundesstatistik nicht erfasst. Studien – wie beispielsweise von der Arbeitsgruppe um Frank Oswald an der Universität Frankfurt – haben gezeigt, dass es sehr viele Menschen gibt, die in ihrer Wohnung,

und das nicht nur, weil die Wohnung nicht barrierefrei ist, sondern auch, weil ihnen beispielsweise das Quartier, in dem sie wohnen, nicht (mehr) gefällt. Das sind längst keine Einzelfälle.

Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung weist zu Recht darauf hin, dass die Wohnung nicht nur Wohnort ist, sondern auch Fixpunkt des eigenen sozialen Netzwerks im Quartier. Nun wandeln sich Quartiere: Auf der einen Seite werden in angesagten Städten Stadtteile „gentrifiziert“, zum anderen gibt es Regionen, aus denen Menschen fortziehen oder deren soziale Struktur sich deutlich wandelt.

Mehr und mehr fallen auch Zentren des sozialen und kommunikativen Zusammenhalts weg. Zu denken sei nur an die Konzentrationsprozesse der Kirchen, durch die Kirchengemeinden zusammengelegt und Kirchengebäude geschlossen werden. Die damit verbundenen Aktivitäten, nicht nur der Gottesdienstbesuch, sondern auch beispielsweise Chöre, Frauengruppen, kirchliche Vereine fallen weg. Sie waren und sind gerade für ältere Menschen des Stadtteils oft identitätsstiftend und freizeitgestaltend.

Wenn Menschen 40 Jahre in derselben Wohnung leben, hat sich das Wohnumfeld, das Quartier, der Stadtteil in der Regel massiv verändert, der einzelne Mensch und seine Lebenssituation aber auch. Eine Wohnform, in der man problemlos Jahrzehnte bis ins hohe Alter leben kann und bei der sich das Umfeld immer so entwickelt, wie man es gerne hätte, wird es auch in Zukunft nicht geben.

Insofern ist der Erwerb von Eigenheimen und Eigentumswohnungen, die lediglich den eigenen Wohnbedürfnissen dienen, aber als Kapitalanlage ungeeignet sind, mit hohen Risiken verbunden (siehe „Problemfall Eigenheim“, FAZ vom 17.05.2017). Menschen bleiben dort aus finanziellen Gründen wohnen, obwohl sie andere Woh-

„Der Fokus sollte nicht nur darauf gelegt werden, wie es Menschen ermöglicht werden kann, in ihrem Quartier zu verbleiben, sondern auch, wie diejenigen, die umziehen möchten, auch umziehen können.“

ihrem Stadtteil, ihrer Stadt, so lange es geht, bleiben möchten. Mittlerweile gelten auch weiche Faktoren, wie Quartiersverbundenheit, in ihrer Wirkung auf das Wohlbefinden gerade im sehr hohen Alter und bei gesundheitlichen Einbußen als belegt (vgl. z. B. Oswald, F.; Kaspar, R.; Konopik, N.; & Frenzel-Erkert, U. [2013]: Hier will ich wohnen bleiben! Zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. ProAlter, 45(5), 54–59). Aber es sind auch immer mehr Menschen anzutreffen, die umziehen möchten,

„Die Herausforderung besteht darin, auf der einen Seite ein vielfältiges Wohnangebot mit echten Wahlmöglichkeiten zu schaffen und zum anderen ein Anreizsystem zu konstruieren, das so neutral ist, dass die Menschen sich nach ihren Wünschen und Bedürfnissen entscheiden können und nicht nach dem, was besser finanziell unterstützt wird.“

nungen für sich selbst als geeigneter ansehen und es ihnen auch von außen betrachtet dort besser gehen würde.

Daher sollte der Fokus nicht nur darauf gelegt werden, wie es Menschen ermöglicht werden kann, in ihrem Quartier zu verbleiben, sondern auch, wie diejenigen, die umziehen möchten, auch umziehen können. Klingt banal, kommt aber in Programmatik und Rhetorik häufig nicht vor. Deshalb ist es richtig, dass der Altenbericht sich kritisch mit dem einseitigen Betonen des Verbleibens in der eigenen Wohnung als wichtigstes Ziel der Wohnungspolitik für ältere Menschen auseinandersetzt. Spezifische Zukunftsvorstellungen Älterer mit Blick auf das Wohnen im Quartier werden zudem eher selten abgefragt. Diese sind, was geäußerte konkrete Bedürfnisse und Befürchtungen im Hinblick auf Veränderung und Verbleib betrifft, durchaus differenziert, man muss nur auch differenziert danach fragen, zum Beispiel auf einen konkreten Zeitraum und die konkrete Lebenssituation hin bezogen (ebd.).

Bei einem Umzug im Alter kommt es nicht nur auf Entfernung, Lage, Größe und Ausstattung der neuen Wohnung an, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten im Bedarfsfall. Die Pflegeversicherung hat sich bei ihrer Einführung Mitte der 1990er Jahre sehr an den Leistungsarten der Krankenversicherung orientiert: hier ambulant, dort stationär. So wurde auf der einen Seite ein Leistungspaket geschnürt für Menschen, die in ihrer Häuslichkeit, also einer „normalen“ Wohnung verblieben, und auf der anderen Seite wurden stationäre Einrichtungen finanziert, die ein umfassendes Angebot sowohl in pflegerischer als auch in hauswirtschaftlicher Hinsicht zu bieten hatten. Das Ergebnis war neben einer sich ständig verbessernden pflegerischen Infrastruktur, dass manche älteren Menschen zuhause unterversorgt

und andere wiederum in Heimen überversorgt wurden, indem ihnen beispielsweise hauswirtschaftliche Tätigkeiten abgenommen wurden, die sie noch selbst hätten ausüben können.

Im Laufe der Jahre sind weitere Formen des Wohnens mit Unterstützung in den Leistungskatalog integriert worden, zuletzt die ambulant betreuten Wohngruppen, die sich großer Nachfrage erfreuen.

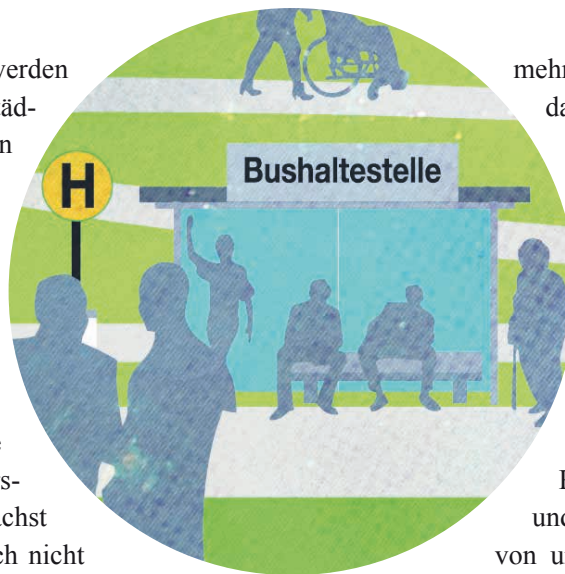
Die Herausforderung besteht darin, auf der einen Seite ein vielfältiges Wohnangebot mit echten Wahlmöglichkeiten zu schaffen und zum anderen ein Anreizsystem zu konstruieren, das so neutral ist, dass die Menschen sich nach ihren Wünschen und Bedürfnissen entscheiden können und nicht nach dem, was besser finanziell unterstützt wird. Dabei ändern sich die Bedürfnisse: Wurden vor einigen Jahren noch viele Wohnanlagen des „Betreuten Wohnens“ mit Ein-Zimmer-Appartements gebaut, so berichten Anbieter, dass die Nachfrage jetzt deutlich stärker in Richtung Zwei- oder gar Drei-Zimmer-Wohnungen selbst für Einzelpersonen geht. Hohe Mietpreise sowie Kosten für Betreuung und Pflege werden in Kauf genommen und bezahlt. Es scheint so zu sein, dass die nachwachsende ältere Generation eher geneigt und in der Lage ist, für Service und Komfort Geld auszugeben, als die Generationen zuvor.

Auf der anderen Seite zeigt dies auch das Dilemma für Planer, Entwickler, Investoren und Betreiber: Was heute auf gute Nachfrage trifft, kann morgen schon durch neue Trends, Wünsche und auch technische Entwicklungen überholt sein. Ob eine Kommune den Bedarf richtig einschätzen und langfristig planen kann, ist insofern kritisch zu hinterfragen. Die Ergebnisse anderer Bereiche kommunaler Planung, zum Beispiel bei den Schulen, stimmen eher nicht optimistisch.

Neue Entwicklungen werden das Leben in den Städten und Dörfern in den nächsten Jahrzehnten wohl drastisch verändern: Der Gegensatz zwischen Individual- und öffentlichem Verkehr wird vermutlich verschwimmen. So setzt die Duisburger Verkehrsgesellschaft demnächst Kleinbusse ein, die sich nicht an Fahrpläne und Routen halten, sondern dynamisch auf die Echtzeit-Nachfrage der Duisburger Bürger reagieren, indem kontinuierlich immer neue optimierte Fahrgemeinschaften gebildet werden, die die Menschen zu ihren Zielen bringen.

Die Bundeskanzlerin geht von einer großen Zukunft der selbstfahrenden Autos aus, indem sie mutmaßt, dass in 20 Jahren eine spezielle Lizenz notwendig ist, um noch individuell fahren zu dürfen. Selbstfahrende Autos bedeuten jedoch auch, dass weniger der Besitz als die Verfügbarkeit eines Fahrzeugs entscheidend ist, was vermutlich mit einer deutlich geringeren Anzahl von Autos und Parkplätzen einhergehen wird.

Wenn man ohne Probleme an jedem Ort mobil ist, ist die Nähe zu Haltestellen des öffentlichen Nahverkehrs kein besonderes Kriterium der Lage



mehr. Möglicherweise werden dann (preiswertere) Wohnorte auf dem Land wieder attraktiver, da die Nachteile der fehlenden Infrastruktur zumindest teilweise kompensiert werden können. Andere Beispiele für neue Entwicklungen sind beispielsweise Telemedizin, Robotik, Liefersysteme- und -dienste, ein Trend weg von unmittelbarer zu asynchroner Kommunikation. All dies wird das Zusammenleben in einem Maße verändern, das heute noch nicht absehbar ist.

Was bedeutet das alles nun für eine umfassende Wohnpolitik? Wohnpolitik muss offen sein für neue Entwicklungen und Vielseitigkeit. Sie soll nicht der Illusion erliegen, im Detail bedarfsgerecht planen zu können, sondern eher Möglichkeiten schaffen, in denen eine Vielzahl von Trägern, jeweils auf eigenes Risiko, sehr unterschiedliche Angebote schaffen. Wichtig ist, dass Wohnen für ältere Menschen immer die Möglichkeit beinhalten muss, Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können, möglichst mit einer großen Auswahl sowohl der Leistungen als auch der Träger. Wettbewerb der Ideen und der Träger bringt Innovation und Qualität, nur den Status quo hochrechnende Planung ist dafür ein Hindernis. ■



Autor

Dr. Joachim Wilbers

... ist geschäftsführender Gesellschafter der ProjectCare GmbH. Seit 2004 ist er KDA-Kurator und seit 2013 Mitglied im Aufsichtsrat des KDA. Der Diplom-Psychologe leitete mehrere Jahre das Ministerbüro im Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie später im Bundesministerium für Gesundheit. Er war Mitglied verschiedener Expertenkommissionen, unter anderem der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags, und veröffentlichte zahlreiche Buchbeiträge und Zeitschriftenartikel zur Gerontologie, Altenpolitik und Demografie.

Wiesbaden: Kommunale Handlungsfelder für die Wohnpolitik

Insbesondere im großstädtischen Raum wird dringend bezahlbarer und barrierefreier Wohnraum benötigt, der vor allem für alte Menschen und ihre selbstständige Lebensführung notwendig ist. Die Landeshauptstadt Wiesbaden hat sich diesem wohnungspolitischen Thema gestellt und setzt barrierefreies Planen, Bauen und Wohnen auf kommunaler Ebene in die Praxis um.

Seit den 1980er Jahren ist barrierefreies Bauen als wohnungspolitisches Thema in der Landeshauptstadt Wiesbaden aufgenommen. 1987, also noch vor den ersten DIN-Normen für Barrierefreiheit, wurde die Beratungsstelle für barrierefreies Planen, Bauen und Wohnen im Amt für Soziale Arbeit eingerichtet. Sie ist als Fachbereich bis heute der Abteilung Altenarbeit zugeordnet. Insbesondere ältere Menschen profitieren von barrierefreien Wohnungen, aber auch von einer barrierefreien Umwelt. Dabei war und ist es von hoher Bedeutung, barrierefreie Wohnungen auch bezahlbar zu halten.

Zur Sicherung der Barrierefreiheit ist es wichtig, Kompetenzen und Bewusstsein zu entwickeln durch:

Interdisziplinarität und Vernetzung

Barrierefreiheit ist kein Thema, das sich im Organisationsaufbau an nur einer Stelle verorten lässt, sondern überspannt verschiedene Zuständigkeiten, Ämter und Dezernate innerhalb der öffentlichen Verwaltung. Der in Wiesbaden geschaffenen dezernats- und ämterübergreifenden Arbeitsgruppe kommt deshalb ein besonderer Stellenwert zu. Hier werden – gemeinsam mit Vertretern des Arbeitskreises der Behindertenorganisationen – aktuelle Projekte bezüglich ihrer Barrierefreiheit besprochen, über Modellvorhaben wie „Barrierefreie Verwaltung“ wird informiert und der fachliche Austausch unter den Teilnehmenden ermöglicht. Durch diese Kooperation gelingt es, den städtischen Raum und die öffentlich zugänglichen Gebäude, wie zum Beispiel Schulen, Kindertagesstätten, von Anfang an barrierefrei zu planen beziehungsweise zu sanieren.

Fortbildungen

Im Kontext Barrierefreiheit kommen Architektur und Handwerk Schlüsselrollen zu: Beide Berufsgruppen sind frühzeitig in die Planung einzubinden und zu informieren. Als geeignetes Mittel zur Sensibilisierung erweisen sich gemeinsame Fortbildungen mit den technischen Ämtern und den Bauherren-Ämtern. So wurden in Inhouse-Schulungen unter anderem die Themen „Barrierefreiheit und Denkmalschutz“, „Hörbehinderungen“, „Energetisch Sanieren – Barrieren abbauen“ behandelt. Weiterbildungen für Handwerksbetriebe finden in Kooperation mit der Beratungsstelle statt.

Modellprojekte und Fachtagungen

Die Landeshauptstadt Wiesbaden hat sich von 2014 bis 2016 an dem Modellvorhaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Besser leben im Alter durch Technik“ beteiligt. In dem Wiesbadener Projekt „Belle Wi“ zeigte sich, wie wichtig es ist, Barrierefreiheit und technische Assistenzsysteme in der Fachöffentlichkeit, aber auch in der Stadtgesellschaft zur Diskussion zu stellen. Bürger können sich in der begleitenden dauerhaften Mustersammlung individuell informieren und beraten lassen. Durch verschiedene Aktivitäten wie Informationstage und Fachveranstaltungen wurden Multiplikatoren und Akteure eingebunden. Darüber hinaus sind in der 2015 gegründeten „Strategiegruppe Lebensqualität und Technik“ neben Wohnungsgesellschaften, Handwerk, Forschung und Lehre, sozialen Dienstleistern, Energieunternehmen und der Seniorenberatung auch bürgerschaftlich Engagierte vertreten.

Anpassungen im Bestand

Spätestens seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Teilfinanzierung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen sowie über staatliche Zuschüsse (KfW) ist das öffentliche Bewusstsein um die Möglichkeiten, innerhalb des Wohnungsbestandes Barrieren abzubauen, deutlich gestiegen. Im Amt für Soziale Arbeit haben die damit einhergehenden Beratungen und Unterstützungen einen hohen Stellenwert. Der hohen Nachfrage kann aber durch die Beratungsstelle für barrierefreies Planen, Bauen und Wohnen nicht vollumfänglich entsprochen werden. Daher hat sich die Kooperation mit externen qualifizierten Leistungserbringern als hilfreich erwiesen. Ziel muss es

aber sein und bleiben, im Kontext Wohnungsbau ausreichend barrierefreie Wohnungen in unterschiedlichen Größen zu schaffen. Dabei ist auch an Familien zu denken, in denen Angehörige mit körperlichen Beeinträchtigungen leben.

Altenwohnanlagen

Als wohnungspolitische Maßnahme wurden in den 1960er und 1970er Jahren in großstädtischen Regionen und Ballungszentren Wohnanlagen speziell für alte Menschen geschaffen. Wer damals im Alter hilfs- und pflegebedürftig wurde, konnte entweder auf die Familie zurückgreifen oder musste ins Heim. Vielen Menschen, die keine Familie vor Ort hatten, boten diese Altenwohnanlagen eine wichtige Unterstützung bei beginnender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – auch vor dem Hintergrund von Wohnraum mit Substandard, wie Außentoilette oder Einzelöfen, der insbesondere von Älteren bewohnt wurde. Überwiegend im geförderten Wohnungsbau errichtet, sind diese Altenwohnanlagen heute vielen Menschen von Nutzen, die aufgrund ihrer Einkommenssituationen nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, geeigneten Wohnraum am freien Markt zu finden. Mit insgesamt drei Wohnungsgesellschaften und zwei Wohlfahrtsverbänden in Wiesbaden (GeWeGe, GWH, Nassauische Heimstädte, Arbeiterwohlfahrt, Johanniter) und einem Bestand von 1.100 Wohnungen in Altenwohnanlagen, verteilt auf das gesamte Stadtgebiet, wurde deshalb eine

konzeptionelle und arbeitsteilige Vorgehensweise entwickelt. Diese besteht im Kern aus zwei Elementen. Die Wohnungsgesellschaften modernisieren ihren Wohnungsbestand in den Altenwohnanlagen, machen sie möglichst barrierefrei zugänglich und realisieren Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Die Fachabteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden und relevanten Akteuren in den Stadtteilen sorgt dafür, dass in den Gemeinschaftsräumen der Wohnanlagen sozialkulturelle Veranstaltungen stattfinden und bietet einen Mittagstisch an. Allein der regelmäßige Mittagstisch, täglich frisch in Wiesbaden zubereitet, ist für viele Interessierte und ihre Angehörigen ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für den Einzug in eine Altenwohnanlage. Wichtigster Beitrag des Amtes für Soziale Arbeit ist aber die Vermittlung zwischen interessierten älteren Mietern und den Wohnungsgesellschaften als Vermieter unter Einbezug der kommunalen Wohnungsvermittlung für geförderte Wohnungen. Die mit diesem Aufwand verbundenen Personalkosten werden dem Amt für Soziale Arbeit durch die Wohnungsgesellschaften erstattet. Insgesamt kommt dieses Programm besonders Menschen zugute, die über eingeschränkte finanzielle Ressourcen verfügen und zur Sicherung ihrer sozialen und kulturellen Teilhabe auf unterstützende Hilfen und auch im sozialen Sinne auf erleichternde Zugänge angewiesen sind. Den Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter, einem sozialen Dienst des Amtes für Soziale Arbeit speziell für alte Menschen kommt hier eine Schlüsselrolle zu.

Leben und Wohnen in der Gemeinschaft

Neben baulichen Strukturen der Wohnung, der Zugänge und der weiteren möglichst barrierefreien Infrastruktur sind es insbesondere soziale Aspekte, die Lebensqualität im Alter nachhaltig prägen. Quartiersbezug und Stadtteilorientierung sind die Überschriften, unter denen die damit verbundenen Diskurse geführt werden. Den Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter als aufsuchenden Diensten kommt hier die Aufgabe zu, gemeinsam mit den Diensten und Einrichtungen im Stadtteil, aber auch mit den informellen Netzwerken bedarfsgerechte Unterstützungen zu sichern.

Orientiert an den Dimensionen, die Lebensqualität ausmachen, bieten sich unterschiedliche Plattformen, um Stadtteilbezug auch aus der



Perspektive der Altenarbeit zu gewährleisten. Dabei sind bestehende Kooperationsnetzwerke, wie Stadtteilkonferenzen, in den Fokus zu nehmen. Als weiteren Anknüpfungspunkt bewähren sich in Wiesbaden auch die Projekte „Soziale Stadt“. Das Beispiel „Soziale Stadtplus“ – Wiesbaden-Schelmengraben zeigt, wie insbesondere soziale Themen im Kontext des städtebaulichen Programms „Soziale Stadt“ aufgegriffen und strukturiert werden können. Die dort realisierten Maßnahmen umfassen nicht nur Aspekte der baulichen Infrastruktur, sondern auch soziale Dienstleistungen. Die wesentlichen sozialen Zielsetzungen dieses Programms sind die Steigerung der Erwerbs- und Bildungsbeteiligung der Menschen im Stadtteil, die Stärkung des Zusam-

menhalts innerhalb des Quartiers und die Aktivierung und Einbeziehung der Bewohner aller Altersgruppen und kulturellen Hintergründe. Es werden zahlreiche Maßnahmen mit und für alte Menschen umgesetzt. Diese reichen von sozialen Angeboten, haushaltsnahen Dienstleistungen bis zur Gestaltung der Hauseingangsbereiche und der Grün- und Freiflächen. Bei allen diesen Maßnahmen fließen in der Realisierung auch die spezifischen Bedürfnisse älterer und alter Menschen ein. ■

Linktipp:

www.sozialestadtplus-schelmengraben.de

Autorin/Autor

Nicole Bruchhäuser

Die Diplom-Ingenieurin Innenarchitektur (FH) leitet seit 2001 die Beratungsstelle für barrierefreies Wohnen der Landeshauptstadt Wiesbaden. Neben der Beratung zu Wohnungsanpassungen und (halb-)öffentlichen Gebäuden liegen weitere Schwerpunkte auf Projekten zum Thema hilfreicher Technik und auf der Musterausstellung „Belle Wi – besser barrierefrei leben und wohnen“. Nicole Bruchhäuser ist darüber hinaus im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V. engagiert.

Johannes Weber

Der Leiter der Abteilung Altenarbeit des Wiesbadener Amts für Soziale Arbeit ist seit 2012 Kurator im KDA. Er verantwortet unter anderem den Aus- und Aufbau der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter sowie das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation und das Forum Demenz. Darüber hinaus ist er Mitglied im hessischen Landespflegeausschuss für den Hessischen Städtetag. Als Mitbegründer engagiert er sich ehrenamtlich im Förderverein AGape e. V., der Projekte zur Prävention älterer Menschen fördert, sowie im Verein Silberstreifen e. V., der Altersarmut entgegenwirken will.





Bezugsbedingungen und Preise ab 1.1.2018:

Einzelheft (zzgl. Versand): 19,95 €

Einzel-pdf: 17,95 €

Probe-Abo (2 Hefte) (inkl. Versand): 25,-- €

Jahresabo-Inland (inkl. Versand): 49,-- €

Jahresabo-Ausland (inkl. Versand): 64,-- €

Kombi-Abo (Print und pdf): 59,-- €

Kombi-Abo Ausland (Print und pdf): 74,-- €

Bestellung Sie bequem über

unseren Shop: www.medhochzwei-verlag.de/shop/

Unseren Kundenservice erreichen Sie telefonisch

unter der Nummer: +49 7953-7189076,

per Fax unter der Nummer: +49 7953-7189082

und per E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Das Fachmagazin für ein selbstbestimmtes Älterwerden

Die Fachzeitschrift informiert vier Mal im Jahr mit Hintergrundberichten, Porträts und Interviews über neue Entscheidungen und Trends rund ums Alter und Älterwerden. ProAlter bietet aktuelle und praxisnahe Themen – allgemeinverständlich und dennoch auf fachlichem Niveau. Allen, die sich beruflich, ehrenamtlich oder privat mit Fragen des Älterwerdens beschäftigen, gibt ProAlter Anregungen und Impulse für ihr Engagement. Das Spektrum umfasst dabei alle Bereiche der Altenhilfe und Seniorenarbeit, von der Pflege über die kommunale Altenhilfeplanung bis hin zum bürgerschaftlichen Engagement.

Das bietet Pro Alter:

- Aktuelle Entwicklungen und Nachrichten kurz und kompakt
- Impulse, das Alter und Älterwerden selbstbestimmt zu gestalten
- Visionen und Meinungen zu einem gelingenden Älterwerden
- Anregungen zur Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen
- Methoden, um Wandel im Alltag, in Organisationen und im Gemeinwesen zu gestalten
- Neue Trends in der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen und ihre Bedeutung für die Praxis
- Tipps aus der und für die Praxis, Buch- und Film-besprechungen sowie Veranstaltungshinweise



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

www.kda.de

www.proalter.de

www.facebook.de/proalter