



Kreispflegeplan 2025

Sozialplanung für ältere Menschen
im Landkreis Karlsruhe

Impressum

Kreispflegeplan 2025

Herausgeber:

Landratsamt Karlsruhe
Beiertheimer Allee 2
76137 Karlsruhe

Tel: 07 21/9 36-70 890
Fax: 07 21/9 36-70 891

E-Mail: robert.rosskopf@landratsamt-karlsruhe.de
Internet: <http://www.landratsamt-karlsruhe.de>

Inhaltliche Verantwortung und Redaktion:

Robert Roßkopf Landratsamt Karlsruhe, Dezernat Mensch und Gesellschaft,
Amt für Versorgung und Rehabilitation, Sozialplanung Altenhilfe

unter Beteiligung der Fachämter, Landratsamt Karlsruhe: **Dezernat Mensch und Gesellschaft:**
Amt für Grundsatz und Soziales
Amt für Integration
Jugendamt

© Landratsamt Karlsruhe, Mai 2019

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung vom Landratsamt Karlsruhe

Vorwort

Mit der Kreispflegeplanung verfolgen wir das Ziel, auch bei zunehmender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit die Lebensqualität älterer Menschen im Landkreis Karlsruhe sicherzustellen. Gemeinsam mit vielen Bürgerinnen und Bürgern und in enger Abstimmung mit den Städten und Gemeinden wollen wir ein quartiersbezogenes Hilfenetz aus Fachpflegekräften, semiprofessionellen Diensten und bürgerschaftlichem Engagement entwickeln, damit jeder individuelle Unterstützungsleistungen erhalten kann, die ein Altern in Würde gewährleisten. Oberste Priorität hat dabei, dass Senioren möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Die Kreispflegeplanung auf Landkreisebene gibt dabei einen Rahmen vor, in dem sich zukünftige Entwicklungen bewegen sollen. Erstmals werden dabei auch die Bedarfe der ambulanten und stationären Hospizarbeit formuliert.



Für den Kreispflegeplan 2025 haben wir Bestandserhebungen durchgeführt, Bedarfsanalysen erstellt und diese unter Berücksichtigung von Empfehlungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg und der Landkreisverwaltung mit den Städten und Gemeinden, Vertretern der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe sowie dem Kreissenienerrat in Form von sogenannten „Raumschaftsgesprächen“ ausführlich diskutiert. Die angestrebten Maßnahmen sollen möglichst wohnortnah umgesetzt werden. Dazu bedarf es der gemeinsamen Anstrengungen des Landkreises und seiner Städte und Gemeinden, um quartiersbezogene und generationsübergreifende Hilfenetze zu gestalten.

Wesentliche Orientierung bieten die Pflegestützpunkte, von denen der Landkreis Karlsruhe als erster in Baden-Württemberg fünf Stück eingerichtet hat. Die Standorte in Bretten, Bruchsal, Ettlingen, Stutensee und Waghäusel decken das gesamte Kreisgebiet ab und sind wichtige Anlauf- und Beratungsstellen, die umfassend über die vielfältigen Pflege- und Unterstützungsangebote, Präventionsmaßnahmen sowie Entlastungsangebote für Angehörige informieren. Ich ermuntere Sie, dieses Angebot zu nutzen!

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Christoph Schnaudigel". The signature is fluid and cursive.

Dr. Christoph Schnaudigel

Landrat

Inhaltsverzeichnis	Seite
0. Einleitung	5
1. Demografische Entwicklung im Bereich Senioren	6
2. Entwicklung des häuslichen Pflegepotentials	15
3. Wohnen im Alter	18
3.1 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit	21
3.2 Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung	22
3.3 Betreutes Wohnen für Senioren	23
3.4 Ambulant Betreute Wohngemeinschaften	25
4. Alltagsunterstützende Assistenzlösungen	25
5. Das Quartier	26
5.1 Eckpunkte für ein Quartierskonzept	26
5.1.1 Pflege und Unterstützung im Alter	26
5.1.2 Ganzheitliche Quartiersentwicklung	28
5.1.3 Rolle des Quartiersmanagers	28
5.1.4 Bürgerbeteiligung, Bürgerschaftliches Engagement und Partizipation	29
5.1.5 Umsetzung von Quartierskonzepten	30
5.2 Quartier inklusiv	32
5.3 Landesstrategie Quartier 2020. Gemeinsam. Gestalten	35
5.4 Bisher gelungene Quartierskonzepte	37
5.4.1 Quartiersprojekt Bad Schönborn	37
5.4.2 „Soziales Netz“ Walzbachtal	37
5.4.3 Senioren in Forst engagieren sich	38
5.4.4 Quartiershaus in Linkenheim-Hochstetten	39
6. Prognosen und Entwicklungen	39
6.1 Bundesweite Prognosen im Bereich der Pflege	39
6.2 Entwicklungen im Bereich der Pflege in Baden-Württemberg	40
6.3 Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen (SGB XI) im Landkreis Karlsruhe	43
6.4 Derzeitiger Stand im Landkreis Karlsruhe	44
6.4.1 Ambulante Pflege	44
6.4.2 Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen	45
6.4.3 Unterstützungsangebote-Verordnung (UstA-VO) Baden-Württemberg	46
6.4.4 Tagespflege	48
6.4.5 Kurzzeitpflege	52
6.4.6 Vollstationäre Pflege	54
7. Bedarfseckwerte 2025 für den Landkreis Karlsruhe	59
7.1 Bedarfseckwerte – Dauerpflege	63
7.2 Planungen nach der Umsetzung der Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)	68
7.3 Bedarfseckwerte – Kurzzeitpflege	70
7.4 Bedarfseckwerte – Tagespflege	71
7.5 Bedarfseckwerte – Betreutes Seniorenwohnen	74

8. Hospiz- und Palliativversorgung im Landkreis Karlsruhe	76
9. Demenz	81
9.1 Demenz – Was ist das?	81
9.2 Sensibilisierungen der Bürgerschaft	83
9.3 Pilotprojekt „Unterstützendes Beratungsangebot für Familien mit demenzerkrankten Angehörigen“	85
10. Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe	87
11. Entwicklung bei älteren Migrantinnen und Migranten	90
11.1 Demografische Entwicklung	90
11.2 Situation älterer Migrantinnen und Migranten	90
12. Bürgerschaftliches Engagement im alters- und generationengerechten Quartieren	92
12.1 Was versteht man unter Bürgerschaftlichem Engagement (BE)	92
12.2 Gute Kooperationen im Bürgerschaftlichen Engagement leben und pflegen!	93
12.3 Die Familienzentren im Landkreis Karlsruhe	94
13. Gewährung von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII	96
13.1 Auswirkungen auf Fallzahlen	96
13.2 Hilfeplanung/Hilfestellung/Bedarfsermittlung	96
13.3 Aktueller Stand	96
14. Konsequenzen, Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen für die Altenhilfe - Zukünftige Entwicklungen	98
14.1 Kleinräumige Versorgung in Sozialräumen	98
14.2 Wohnortnähe	98
14.3 Barrierefreiheit im öffentlichen und privaten Raum	99
14.4 Gesundheitsförderung	100
14.5 Präventive Hausbesuche	101
14.6 Hybridhaus	101
14.7 Modelkommune Pflege	102
15. Quellen und weiterführende Informationen	104

0. Einleitung

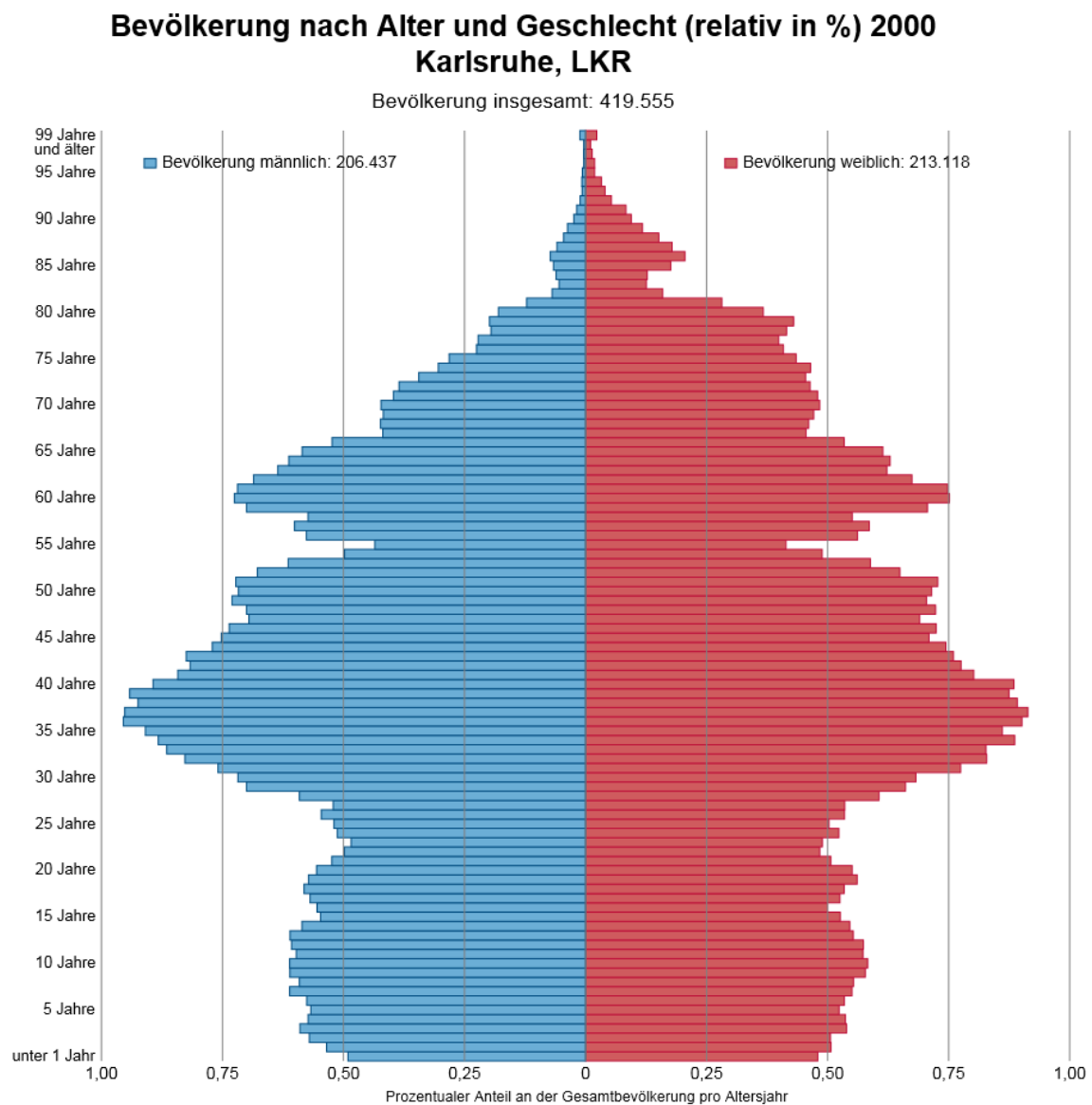
Ziel des Kreispflegeplanes 2025 für den Landkreis Karlsruhe ist es, eine möglichst optimale und zugleich wohnortnahe Versorgung älterer Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten. Deshalb wird im Rahmen dieses Berichtes nicht nur auf die vom Sozialministerium Baden-Württemberg und Landkreistag Baden-Württemberg festgelegten Bedarfsschätzungen der teilstationären und stationären Versorgungsangebote eingegangen, sondern auch zu den Themen - demografische Entwicklung, Wohnen im Alter, Quartiersmanagement, Menschen mit Behinderungen, ältere Migranten, bürgerschaftliches Engagement und Entwicklungen bei der Hilfe zur Pflege und Pflegestützpunkte - Stellung bezogen. Nur so ist es möglich, das gesamte Spektrum an Angeboten und ihre Wechselwirkungen ausreichend zu würdigen. Ausgehend von der Prognose, dass die Zahl der Demenzkranken in den nächsten Jahren drastisch ansteigen wird, kommt der gerontopsychiatrischen Versorgung eine besonders wichtige Bedeutung zu. Diese Versorgung stellt eine Querschnittsaufgabe dar, die alle Bereiche der Altenhilfe betrifft. Deshalb ist diesem Kreispflegeplan die demografische Entwicklung im Bereich „Senioren“ vorangestellt, bevor in den einzelnen Bereichen speziell auf die Versorgungssituation und den Bedarf der diversen Zielgruppen eingegangen wird.

Eine der zentralen Fragen in diesem Bericht ist somit die Diskussion um die künftige Versorgungsstruktur für ältere Menschen im Landkreis Karlsruhe. Hierbei spielen die Bedarfseckwerte für Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege sowie ambulante Angebote im Alter eine wichtige Rolle; wissend, dass Menschen mit geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen auf diese Angebote bereits zu einem früheren Lebensalter angewiesen sind. Um eine räumlich differenzierte Betrachtung des Landkreises zu ermöglichen, wurde das Landkreisgebiet für die Kreispflegeplanung 2025 in 16 Einzugsbereiche aufgeteilt. Diese 16 Einzugsbereiche umfassen folgende Städte und Gemeinden:

Einzugsbereich 1 :	Bad Schönborn, Kronau, Östringen, Ubstadt-Weiher
Einzugsbereich 2 :	Bretten, Gondelsheim
Einzugsbereich 3 :	Bruchsal, Forst, Karlsdorf-Neuthard
Einzugsbereich 4 :	Ettlingen
Einzugsbereich 5 :	Graben-Neudorf, Dettenheim
Einzugsbereich 6 :	Kraichtal
Einzugsbereich 7 :	Kürnbach, Oberderdingen, Sulzfeld, Zaisenhausen
Einzugsbereich 8 :	Linkenheim-Hochstetten, Eggenstein-Leopoldshafen
Einzugsbereich 9 :	Malsch
Einzugsbereich 10 :	Marxzell, Karlsbad, Waldbronn
Einzugsbereich 11 :	Pfintztal
Einzugsbereich 12 :	Philippsburg, Oberhausen-Rheinhausen
Einzugsbereich 13 :	Rheinstetten
Einzugsbereich 14 :	Stutensee
Einzugsbereich 15 :	Waghäusel, Hambrücken
Einzugsbereich 16 :	Weingarten, Walzbachtal

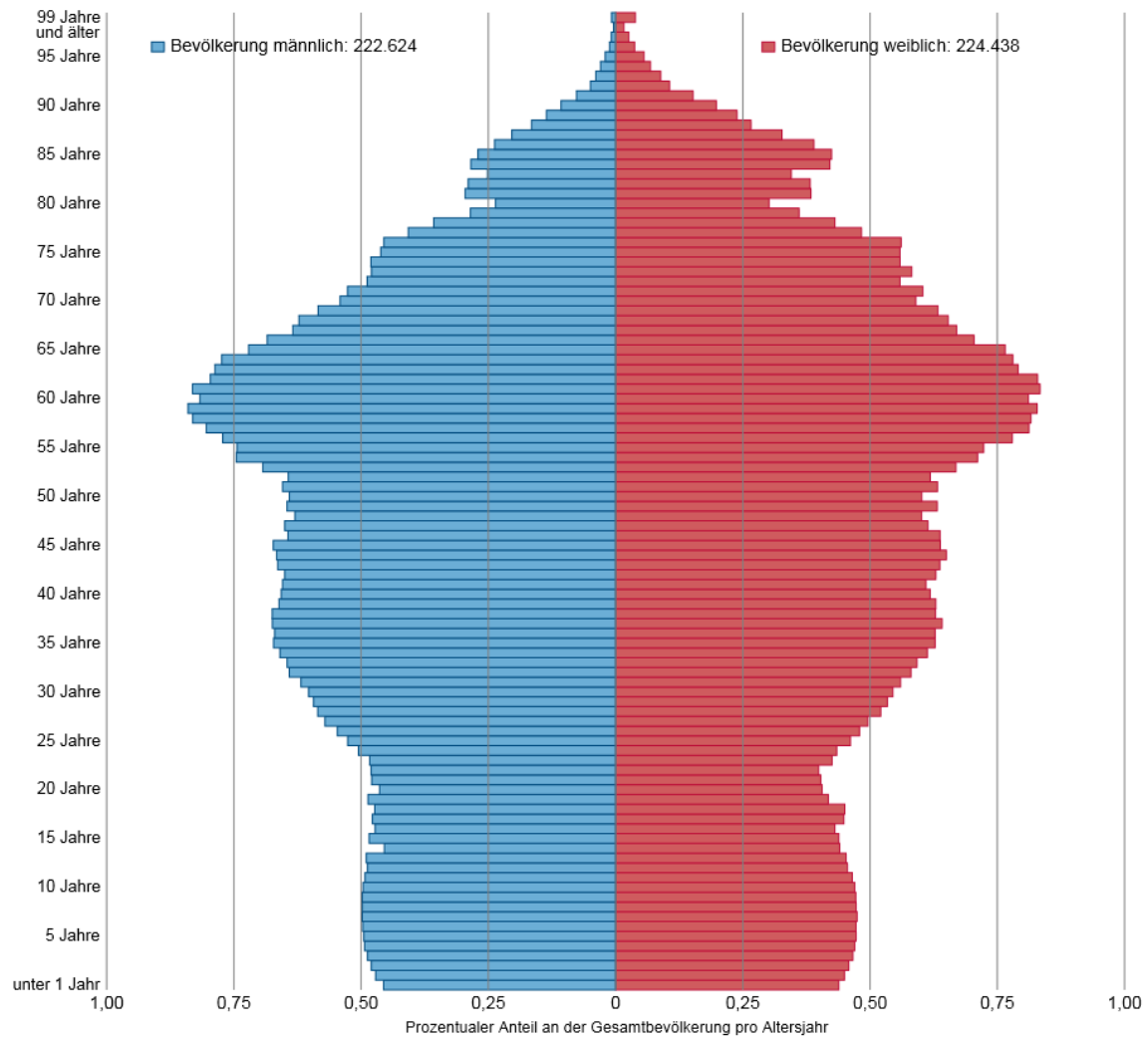
1. Demografische Entwicklung im Bereich Senioren

Der Altersaufbau wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten massiv verändern. Mit dem Jahr 2000 hat in Baden-Württemberg eine neue Zeit begonnen. Erstmals in der Geschichte des Landes lebten hier mehr ältere als jüngere Menschen. Die aktuelle Bevölkerungsstruktur weicht schon lange von der idealen Vorstellung einer Pyramide ab und nähert sich zunehmend einem „Bevölkerungspilz“.



Bevölkerung nach Alter und Geschlecht (relativ in %) 2025 Karlsruhe, LKR

Bevölkerung insgesamt: 447.062

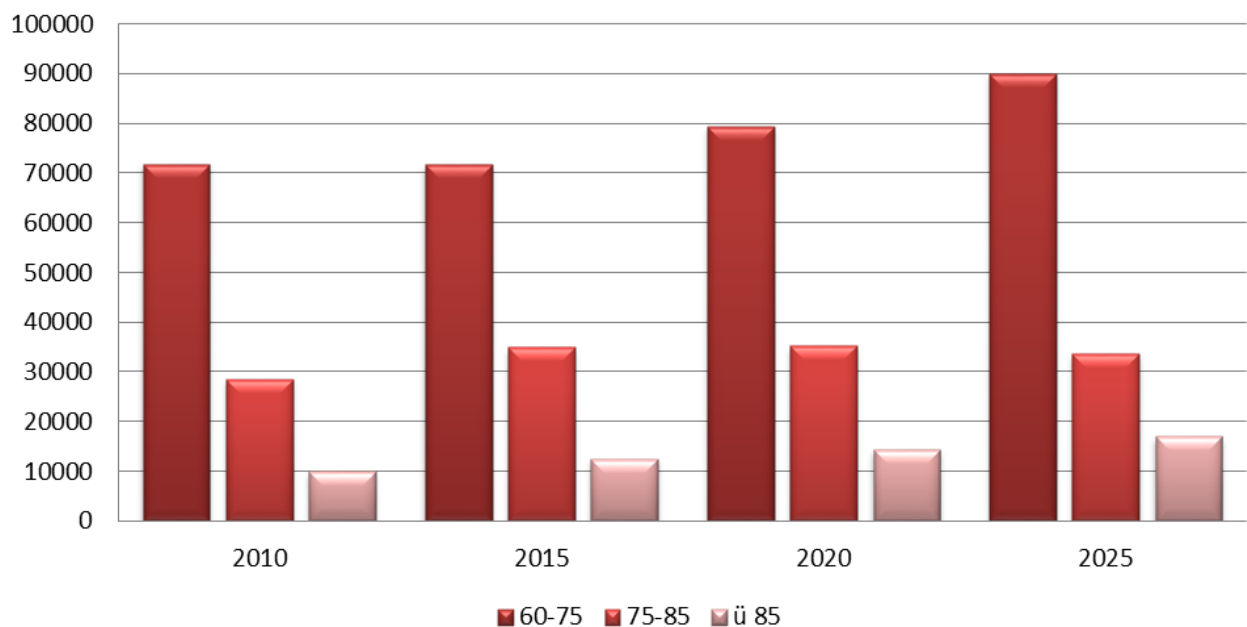


Die demografische Entwicklung hat zur Folge, dass der Anteil älterer und hochbetagter Menschen in der Bevölkerung steigt bei einem gleichzeitigen Rückgang des Anteils Jüngerer. Parallel dazu altert auch die Bevölkerung im erwerbstätigen Alter.

Bei der älteren Bevölkerung sind im Wesentlichen drei Gruppen mit unterschiedlichen Bedarfschwerpunkten zu unterscheiden:¹

- Die „jungen Alten“ (60 bis unter 75 Jahre), die überwiegend gesundheitlich und materiell gut gestellt sind, ein selbstständiges Leben führen und über Ressourcen verfügen, die sie weitergeben können; ihre Zahl verändert sich bis 2025 relativ milde.
- Die „Mittelalten“ (75 bis unter 85 Jahren), die häufig erste Hilfe- und Unterstützungsleistungen benötigen; ihre Zahl fällt sogar bis zum Jahr 2025 etwas ab.
- Die „Hochaltrigen“ (85 Jahre und älter), die verstärkt Hilfe- und Pflegeleistungen benötigen; ihre Zahl steigt bis 2025 an.

Entwicklung aller Altersgruppen im Landkreis Karlsruhe



Die Zahl der über 65-Jährigen im Landkreis Karlsruhe von 93.478 (im Jahr 2018) steigt auf 104.761 (im Jahr 2025) - das entspricht einer Steigerung von 12,1 %. Für die Altenhilfeplanung von größerer Bedeutung ist jedoch die Steigerungsquote bei den hochaltrigen Menschen (ab 80 Jahre) von 17,3 % (2017-2025). Man geht davon aus, dass im Jahr 2025 ca. 31.400 Menschen im Landkreis Karlsruhe 80 Jahre und älter sind.²

Bei der älteren Bevölkerung sind auch weitreichende Prognosen relativ treffsicher, da die Personen heute schon leben. Bei steigender Lebenserwartung könnten sich die skizzierten Entwicklungen sogar als Untergrenze erweisen. Insbesondere in Kreisteilen, die heute noch ein relativ niedriges Durchschnittsalter aufweisen, wird die Zahl Älterer künftig stark zunehmen.

Die mittel- und langfristige Bevölkerungsentwicklung wird auch von politischen Faktoren mitbeeinflusst, wie dem der Einwanderungspolitik.

Neben demografischen Entwicklungen gibt es weiterhin gesellschaftliche Veränderungen, die Auswirkungen auf die Versorgung älterer Menschen haben:

- Der Trend zur **Singularisierung** nimmt stark zu. In Single-Haushalten leben vor allem jüngere Menschen und Senioren. Die Ursache des Alleinlebens liegt bei den Jüngeren in den Gegebenheiten des Bildungswesens und des Arbeitsmarktes. Bei den älteren Alleinlebenden handelt es sich überwiegend um Personen, die nach dem Tod des Ehepartners allein im Haushalt leben. Alleinleben ist eher ein weibliches Phänomen. Dies ist vor allem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen. Zurzeit leben laut Statistischem Landesamt in der Altersgruppe der über 75-Jährigen 63 % der Frauen und 24 % der Männer in Einpersonenhaushalten. In diesen Altersklassen sind Frauen wesentlich häufiger auf fremde Hilfe angewiesen als ihre männlichen Altersgenossen. Die Pflegehäufigkeit der Männer liegt ab dem 75. Lebensjahr stets niedriger als die der Frauen, wobei die Schere mit zunehmendem Alter immer weiter aufgeht. Ein wesentlicher Grund für diesen geschlechts-spezifischen Unterschied ist auch, dass Frauen nach dem Tod des durchschnittlich älteren Partners häufig alleine leben und deshalb im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit stärker auf professionelle Pflege angewiesen sind als Männer, die im Falle ihrer Pflegebedürftigkeit in der Regel von ihren jüngeren Partnerinnen gepflegt werden. Künftig werden auch ältere Männer infolge zunehmender Paar-Trennungen verstärkt alleine leben. Man geht davon aus, dass anstelle von jetzt 85 % in 2030 nur noch 65 % der über 60-jährigen Männer verheiratet leben werden. Der Anteil alter Single-Männer steigt dann von jetzt

¹ Statistisches Landesamt B.-W. 2019.

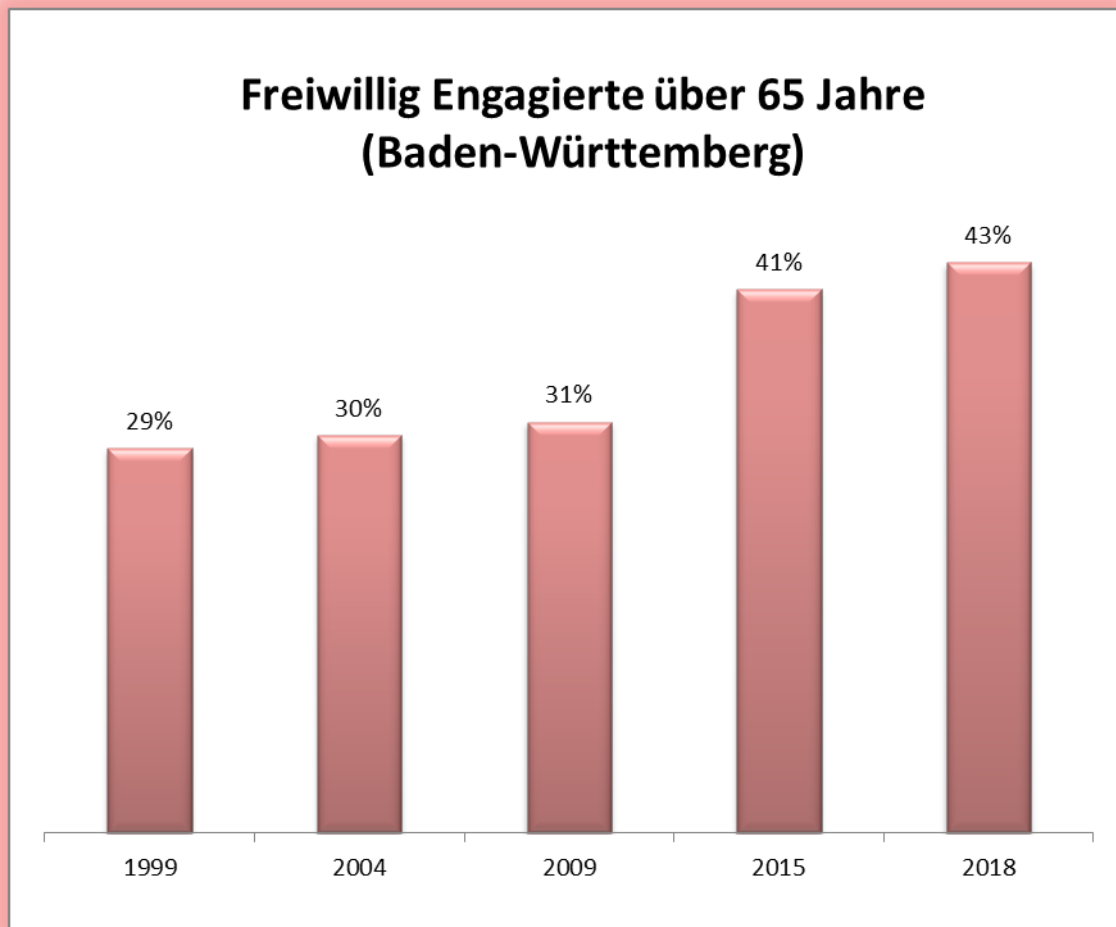
² Statistisches Landesamt B.-W. a.a.O.

15 % auf dann 35 % allein Lebender unter den kalendarisch alten Männern. Dabei ist der Anteil lediger beziehungsweise geschiedener Männer höher als jener der Witwer.³

- Die **höhere Lebenserwartung** der Frauen führt zu einer deutlichen „Feminisierung des Alters“. Aus diesem Grund sind Frauen in vielerlei Hinsicht von den Problemen des Alterns stärker betroffen. Dies dürfte auch zukünftig der Fall sein, selbst wenn demografische Prognosen von einer gewissen Angleichung der geschlechterspezifischen Mortalität ausgehen. Danach wird die Zahl der pflegebedürftigen Frauen bis 2030 um 47 % steigen, während die Zahl der männlichen Pflegebedürftigen um 70 % steigen könnte. Der hohe prozentuale Zuwachs bei den männlichen Pflegebedürftigen erklärt sich daraus, dass bei der männlichen Bevölkerung die Altersjahrgänge der über 90-Jährigen mit hohem Pflegerisiko aufgrund der Gefallenen des zweiten Weltkrieges nur schwach besetzt sind. Bis zum Jahr 2030 wächst eine Generation in dieser Altersgruppe hinein, die den Krieg nicht mehr erlebt hat. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Frauen im Alter nicht nur generell länger leben, sondern bei Pflegebedürftigkeit eine längere Lebenserwartung aufweisen, d. h. auch bei hoher Pflegebedürftigkeit leben betagte Frauen länger als gleichaltrige Männer.
- Die heutige **Arbeitswelt** fordert ein hohes Maß an **Mobilität**. Für viele Beschäftigte bedeutet Mobilität eine zweifache Herausforderung. Auf der einen Seite stehen attraktive Arbeitsplätze und auf der anderen Seite die Bedürfnisse und Wünsche der Familien. Die Leistungsfähigkeit in Bezug auf das häusliche Pflegesystem wird dadurch geschwächt (Vereinbarkeit Familie – Beruf – Pflege).
- Noch immer sind die meisten pflegenden Angehörigen Frauen. Parallel steigt aber auch die **Frauen-Erwerbstätigkeitsquote**. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass neben der Vereinbarkeit von Kindererziehung und Beruf daher auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf an volkswirtschaftlicher Relevanz zunehmen wird.
- Eine positive gesellschaftliche Veränderung ist, dass das **Bürgerschaftliche Engagement** Älterer leicht zunimmt. Insgesamt ist die Entwicklung der Engagementquote über die Jahre hinweg in Baden-Württemberg von großer Dynamik geprägt. Veränderungen zwischen 1999 und 2004 haben sich weitere fünf Jahre später wieder relativiert. Konstanz hingegen zeigt sich im Anstieg des Engagements der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Über die Jahre hinweg nimmt dies leicht zu. Dieser Trend wird auch von den Ergebnissen für die anderen Bundesländer gestützt.⁴

³ Witterstätter 2003, S. 61.

⁴ Freiwilligensurvey Baden-Württemberg, 2014.

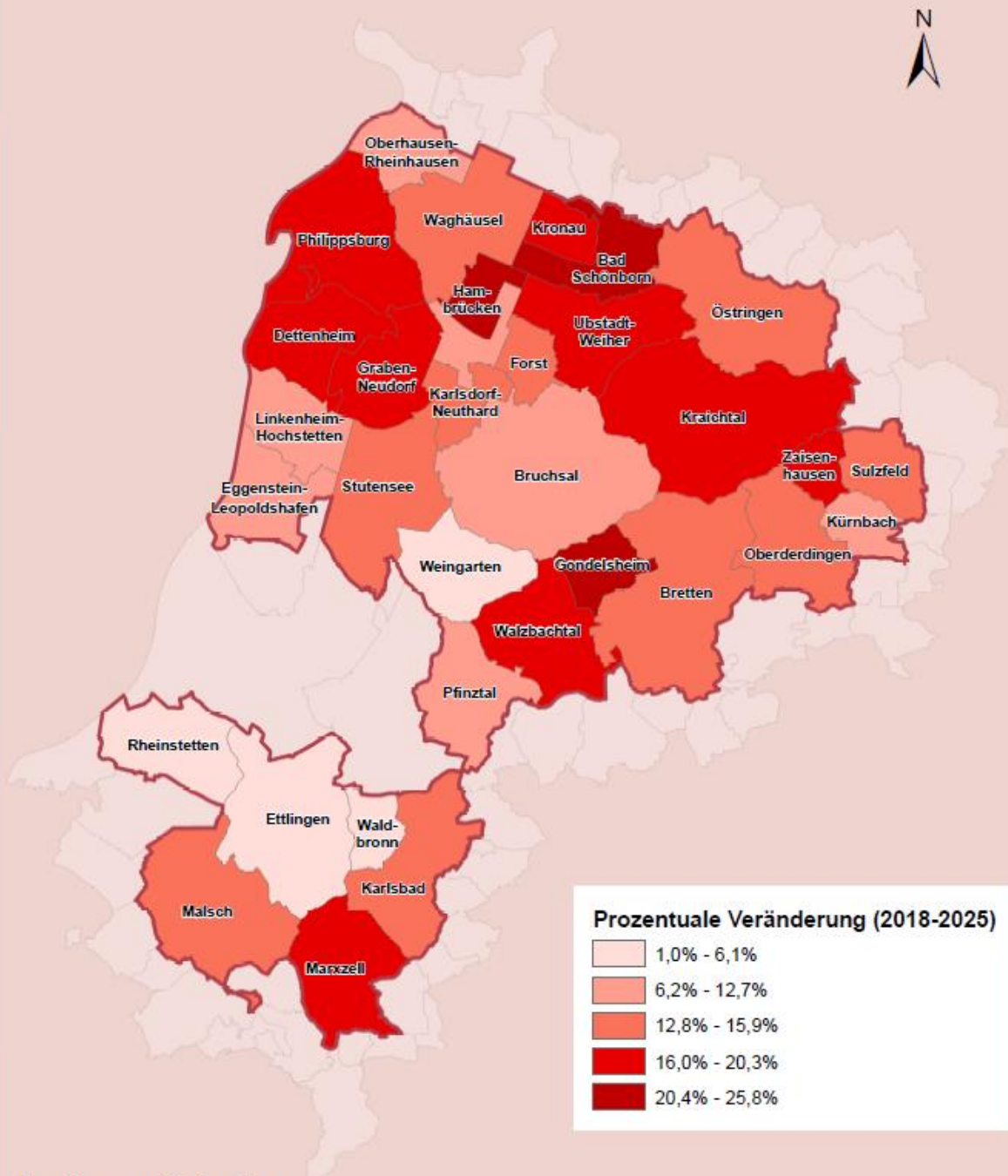


Zusammenfassend wird festgestellt, dass die ältere Bevölkerung in den nächsten Jahren stark anwachsen wird, wobei die Zahl der 75- bis 84-Jährigen sowie der Hochbetagten (85-jährigen und älteren) besonders zunehmen wird. Der Bevölkerungszuwachs bei älteren Menschen – und insbesondere bei den Hochbetagten – wird in den Umlandgemeinden überdurchschnittlich sein. Mit der steigenden Zahl insbesondere hochbetagter Menschen wächst auch der Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen. Kennzeichnend für die demografische Entwicklung insgesamt ist ein langfristiger Bevölkerungsrückgang bei einem zugleich fortschreitenden Alterungsprozess. Folge für die Altenpolitik ist eine wachsende Zahl Älterer und Hochbetagter mit erfahrungsgemäß hohem Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsrisiko sowie eine schwindende Zahl jüngerer Menschen, die Hilfe- und Versorgungsleistungen erbringen könnten.

Bevölkerungsvorausrechnung für die Städte und Gemeinden im Landkreis Karlsruhe bis 2025

Stadt/Gemeinde	Bevölkerung 2018	Bevölkerung 2025	+/- %	Über 80- Jährige 2017	Über 80- Jährige 2025	+/- %
Bad Schönborn	13.055	14.142	8,3	775	1.027	32,5
Bretten	29.450	30.516	3,6	1.618	1.926	19,0
Bruchsal	44.616	45.055	1,0	2.624	2.945	12,2
Dettenheim	6.568	6.636	1,0	322	409	27,0
Egg.-Leop.	16.640	17.147	3,0	979	1.271	29,8
Ettlingen	39.437	38.451	-2,5	3.165	3.428	8,3
Forst	8.069	8.355	3,5	422	536	27,0
Gondelsheim	3.899	4.331	11,1	164	231	40,9
Graben-Neudorf	12.242	11.366	-7,2	654	751	14,8
Hambrücken	5.526	5.475	-0,9	258	328	27,1
Karlsbad	15.776	15.762	-0,1	1.002	1.108	10,6
Karlsdorf-Neuth.	10.712	10.416	-2,8	525	698	33,0
Kraichtal	14.619	15.281	4,5	834	1.033	23,9
Kronau	5.854	5.289	-9,7	294	328	11,6
Kürnbach	2.315	2.585	11,7	185	181	-2,2
Linkenh.-Hoch.	11.775	11.963	1,6	719	815	13,4
Malsch	14.547	14.120	-2,9	819	973	18,8
Marxzell	5.001	5.313	6,2	315	435	38,1
Oberderdingen	10.912	10.315	-5,5	642	678	5,6
Oberh.-Rheinl.	9.588	9.407	-1,9	628	664	5,7
Östringen	13.096	12.425	-5,1	752	821	9,2
Pfintztal	18.250	16.941	-7,2	1.194	1.295	8,5
Philippsburg	13.587	13.623	0,3	660	842	27,6
Rheinstetten	20.460	21.321	4,2	1.434	1.714	19,5
Stutensee	24.405	25.716	5,4	1.277	1.642	28,6
Sulzfeld	4.831	4.908	1,6	140	200	42,9
Ubstadt-Weiher	13.000	13.186	1,4	765	1.148	50,1
Waghäusel	20.917	21.418	2,4	1.190	1.393	17,1
Waldbronn	13.087	13.368	2,1	968	1.094	13,0
Walzbachtal	9.800	10.224	4,3	525	648	23,4
Weingarten	10.506	10.200	-2,9	660	719	8,9
Zaisenhausen	1.757	1.722	-2,0	86	111	29,1
Landkreis Karlsruhe	444.297	446.977	0,6	26.768	31.392	17,3

Bevölkerungsvorausberechnung Ü65 Prozentuale Veränderung (2018-2025)



Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Mensch und Gesellschaft

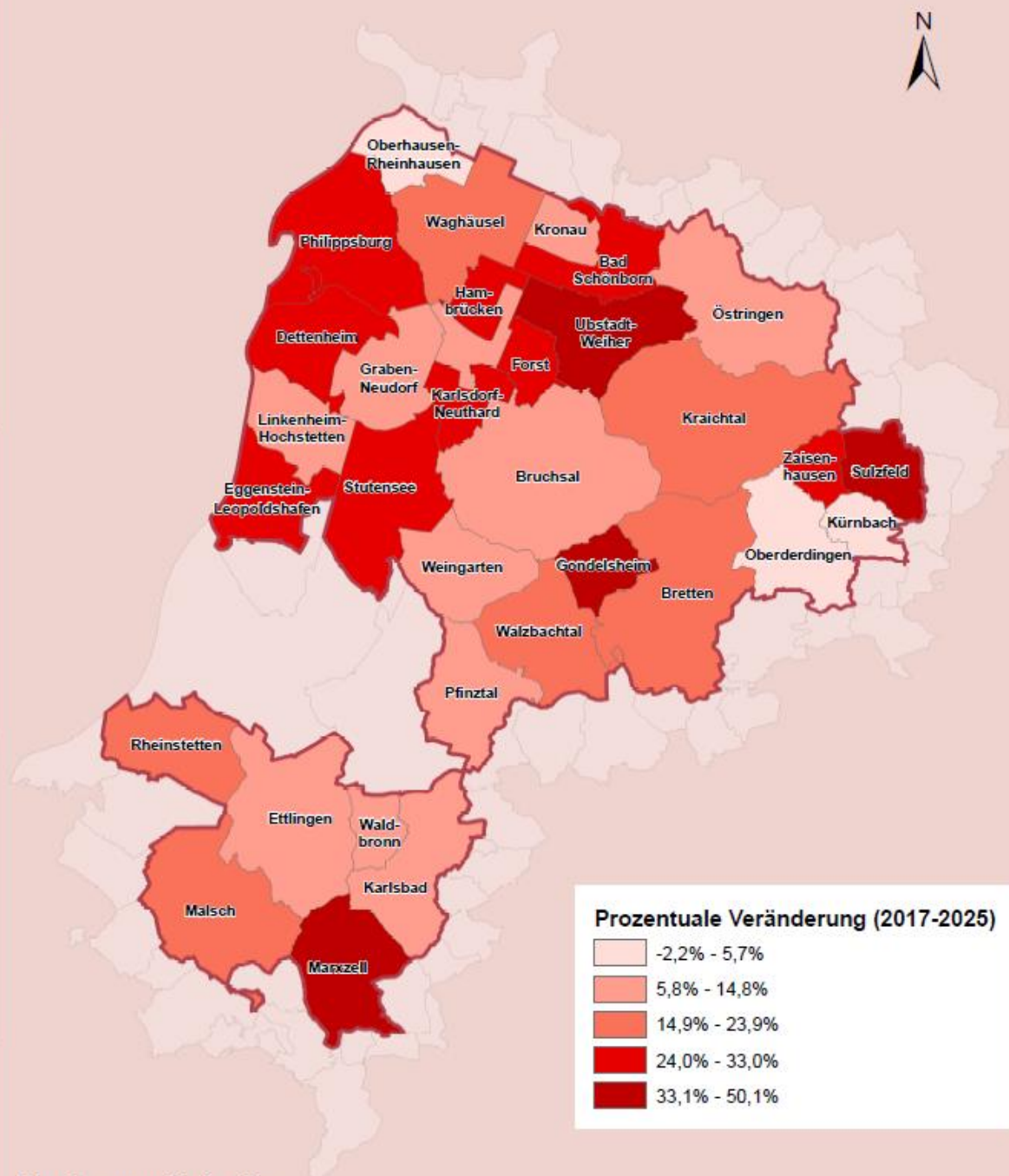
© Landratsamt Karlsruhe, GIS-Zentrum
Datenquelle: Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung (LGL BW)
Az.: 2851.9-1/45

Erstellung: März 2019 // ML

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10 Kilometer



Bevölkerungsvorausberechnung Ü80 Prozentuale Veränderung (2017-2025)



Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Mensch und Gesellschaft

© Landratsamt Karlsruhe. GIS-Zentrum
Datenquelle: Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung (LGL BW)
Az.: 2851.9-1/45

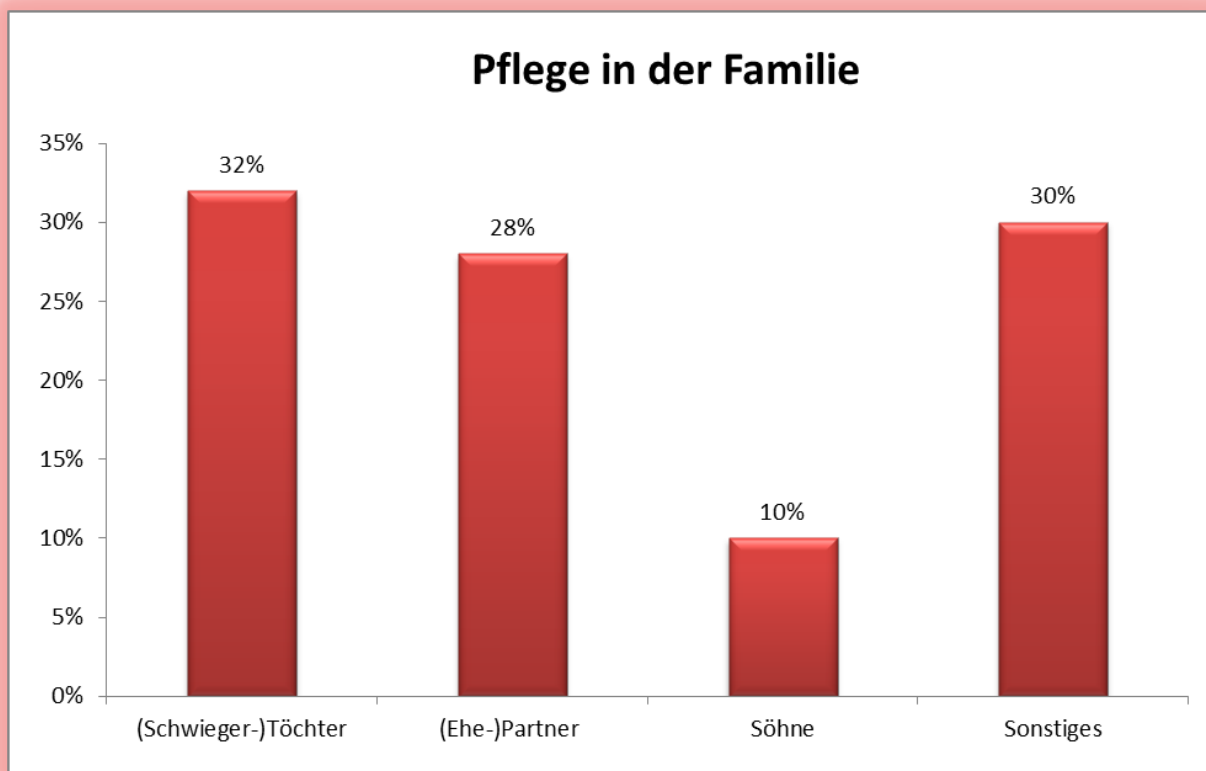
Erstellung: März 2019 // ML

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10 Kilometer



2. Entwicklung des häuslichen Pflegepotentials

Die Familie hat für die pflegerische Versorgung ihrer älteren Mitglieder eine hohe Bedeutung. Etwa zwei Drittel der Familien, die in Baden-Württemberg zu Hause pflegen, übernehmen die Pflege selbst (64 %), teilweise unterstützt durch selbst finanzierte hauswirtschaftliche Hilfen. In 28 % der Fälle wird privat und professionell erbrachte Pflege kombiniert, etwa 8 % der zu Hause Betreuten werden ausschließlich professionell versorgt. Etwa ein Drittel der privaten Hauptpflegepersonen sind Töchter oder Schwiegertöchter, etwas weniger als ein weiteres Drittel stellen (Ehe-)Partner. In 10 % der Fälle sind Söhne die Hauptpflegepersonen.⁵



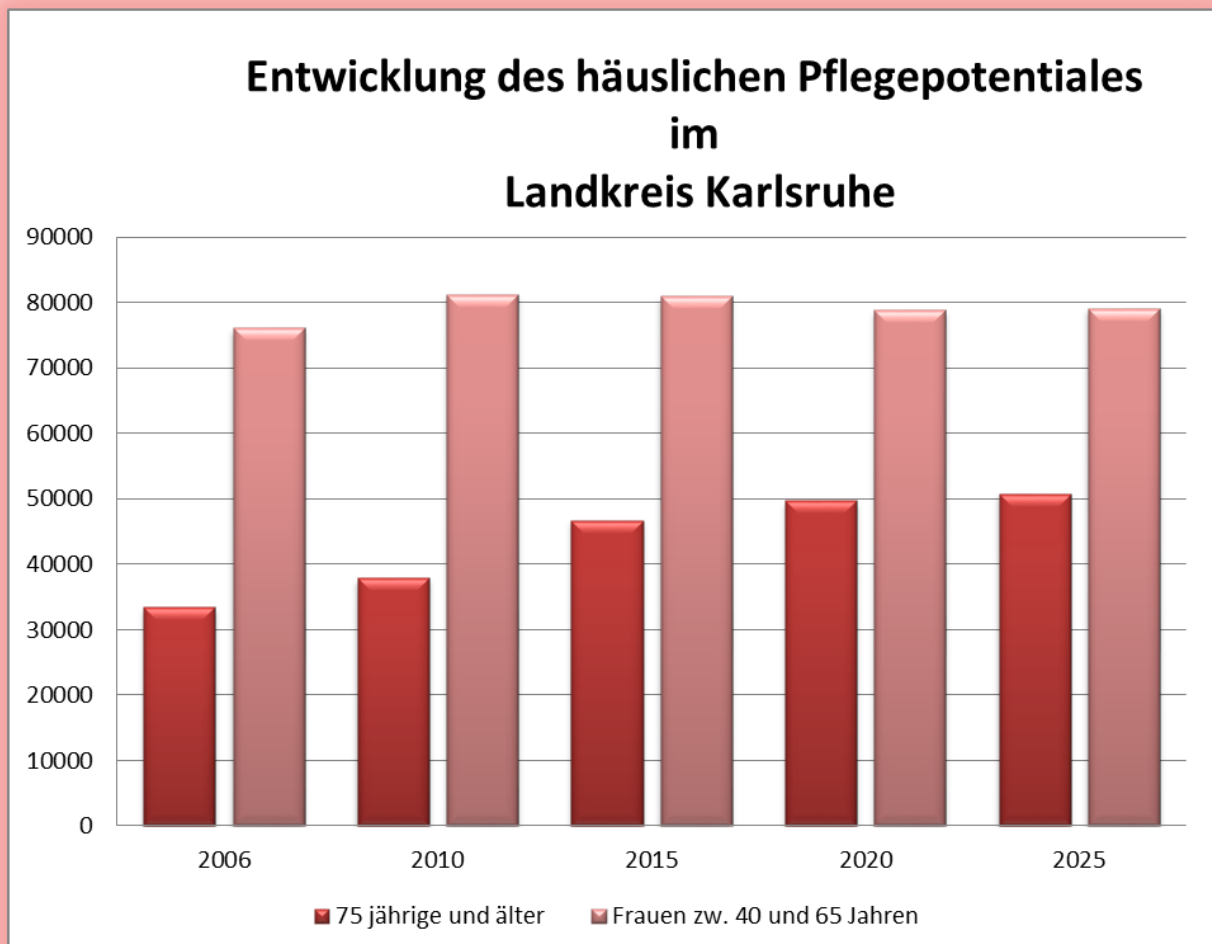
Neben privat erbrachten Pflegeleistungen und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe greifen Familien in den letzten Jahren verstärkt auf die Unterstützung durch zumeist osteuropäischen Migrantinnen zurück. Schätzungen gehen von ca. 70.000 bis 100.000 Personen in Deutschland aus, die ohne Arbeitserlaubnis in Privathaushalten Pflegeleistungen erbringen.

Frauen leisten nach wie vor den größten Teil der Pflege zu Hause – etwa 75 % der Hauptpflegepersonen sind weiblich. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass zunehmend auch Männer in der Betreuung engagiert sind. So ist mittlerweile der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen von 17 % auf 27 % gestiegen.

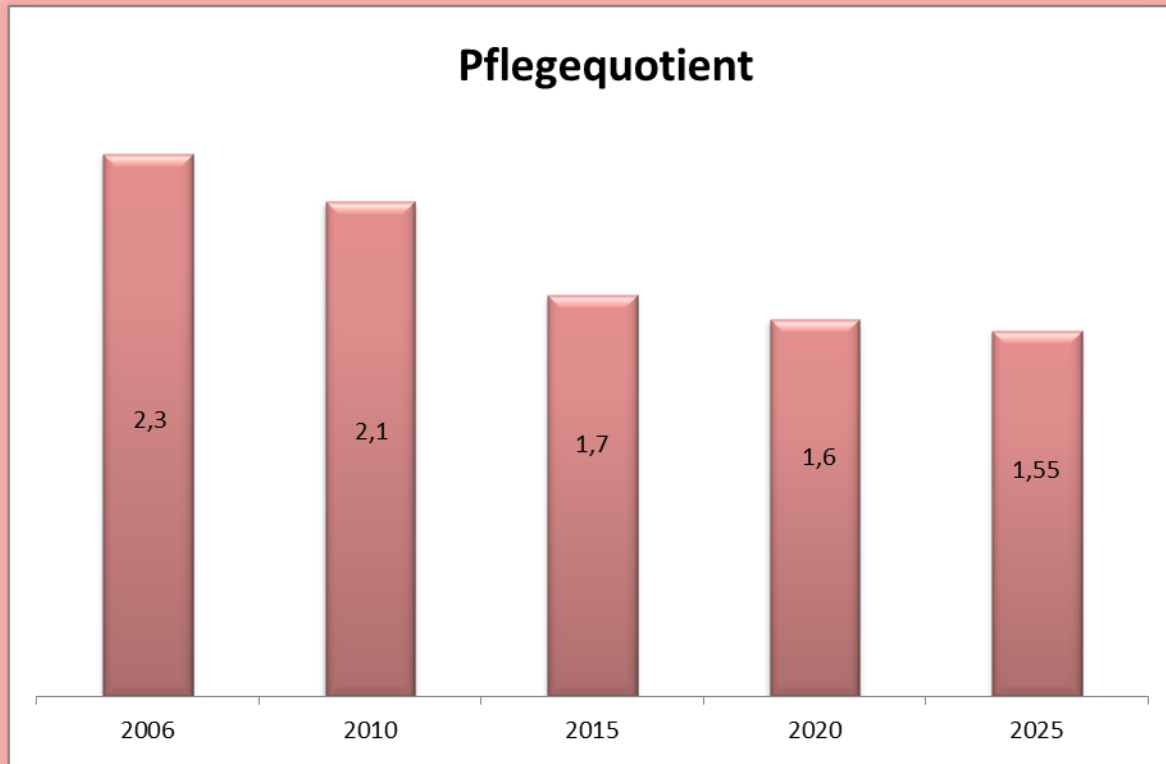
⁵ FaFo Baden-Württemberg, 2018

Die Gatten- und Partnerpflege wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da in vielen Paaren zunehmend beide Partner miteinander hochaltrig werden. Prinzipiell ist jedoch von einem Rückgang der potenziellen Familienpfleger im Zahlenverhältnis zu den zu Pflegenden auszugehen. Gründe für diesen Rückgang sind einmal demografischer Natur, liegen dann aber auch in veränderten familialen Lebensgewohnheiten sowie in der starken geographischen Mobilität der Bevölkerung. Zudem ist die Abnahme der Zahl der altersjüngeren Bevölkerung im Vergleich zur alten Bevölkerung zu nennen.

Wie bereits dargestellt, werden Pflegebedürftige überwiegend von weiblichen Angehörigen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren betreut und versorgt. Dass aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren mit einem kontinuierlichen Rückgang des häuslichen Pflegepotentials zu rechnen ist, belegen die folgenden Grafiken:



Während im Landkreis Karlsruhe im Jahr 2006 noch 2,3 Frauen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren auf einen Hochbetagten entfielen, nimmt diese Zahl kontinuierlich bis zum Jahr 2025 auf 1,55 ab (Pflegequotient⁶).



Nicht nur der demografische Wandel, sondern auch **gesellschaftliche Veränderungen** tragen zur Abnahme des familiären Pflegepotentials bei. 40 % der Akademikerinnen bleiben in Deutschland kinderlos, da u. a. geeignete Kinderbetreuungsmöglichkeiten fehlen. Es ist also unwahrscheinlich, dass diese Frauen einen „Pflegeurlaub“ nehmen, wenn sie aus Angst vor beruflicher Benachteiligung bereits auf Kinder verzichtet haben. Es ist wahrscheinlicher, dass diese Frauen dazu neigen werden, für die Pflege ihrer Eltern bzw. Partner professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen. Eine Konsequenz dieser Entwicklung ist, dass der Bedarf an professionell ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Hilfen sich weiter erhöhen wird.

Dieser Entwicklung ist durch die Planung geeigneter Dienste in den Versorgungsräumen des Kreises Rechnung zu tragen. Es wird sich aber auch der Bedarf an qualifizierter und trägerunabhängiger Beratung in den Städten und Gemeinden des Kreises erhöhen.

Gleichfalls wird es erforderlich sein, Potentiale im Bereich von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe weiter zu erschließen, um die große Herausforderung, die sich aus der zunehmenden Überalterung unserer Gesellschaft ergibt, bewältigen zu können.

⁶ Verhältnis von 40- bis 65-jährigen Frauen zu über 75-jährigen Menschen

3. Wohnen im Alter

Das Wohnen im Alter wird angesichts der demografischen und sozialen Entwicklungen in Zukunft mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden:

- Die wachsende Zahl älterer und vor allem hilfebedürftiger Menschen und der gleichzeitige Rückgang des familialen Hilfepotentials wird in der Branche für Pflegeimmobilien als große Marktchance gesehen, das stationäre Versorgungsangebot auszubauen.
- Wenn der zunehmende Pflegebedarf vor allem mit zusätzlichen traditionellen Pflegeheimen gedeckt würde, wäre dies jedoch mit einem Fachkräftezuwachs verbunden, der kaum realisierbar erscheint. In der Folge entstünden enormen Kosten, die angesichts der bereits heute stark geforderten sozialen Sicherungssysteme ökonomisch kaum zu bewältigen wären.
- Gleichzeitig ginge eine solche Entwicklung an den Wünschen der meisten älteren Menschen vorbei, denn das Wohnen im Heim hat in den vergangenen Jahren deutlich an Akzeptanz verloren.

Es bedarf gezielter **Handlungsempfehlungen**, um diesen Herausforderungen Rechnung tragen zu können:

- Alternative selbstständige Wohnformen für ältere Menschen, wie gemeinschaftliches Wohnen oder Betreutes Wohnen, werden zu verbreiten sein. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen entsprechend geändert werden, damit die Umsetzung solcher Wohnformen leichter wird und die Angebote noch stärker an den Bedarfen älterer Menschen orientiert sind. Darüber hinaus müssen diese Wohnformen weiterentwickelt werden, damit auch bei schwerer Pflege kein weiterer Umzug erforderlich ist.
- Besondere Wohnmöglichkeiten für Schwerpflegebedürftige gilt es in Richtung auf mehr Alltagsnormalität und Selbstbestimmung weiterzuentwickeln. Dies betrifft sowohl die Weiterentwicklung der stationären Pflege wie auch die Verbreitung alternativer Wohnmöglichkeiten für Pflegebedürftige.
- Angesichts der zukünftigen Herausforderungen gilt es eine neue Kultur des Helfens zu entwickeln. Daher wird quartiersbezogenen Wohnkonzepten in Zukunft eine besondere Rolle zufallen. Dort wo über Jahre Beziehungen gewachsen sind und wo Jung und Alt im vertrauten Wohnumfeld zusammenleben, wird der Wechsel von der Versorgungs- zur Mitwirkungsgesellschaft am ehesten vollzogen werden können.

Der Aus- und Umbau eines altersgerechten Wohn- und Betreuungsangebotes in diese Richtung hat in den vergangenen Jahren begonnen. Viele neue Wohn- und Betreuungskonzepte sind auf den Markt getreten:

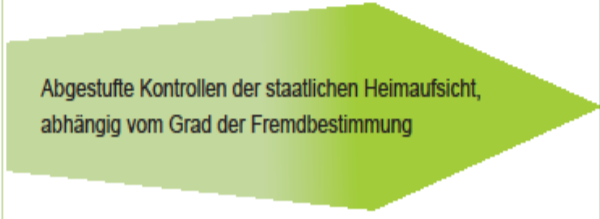
	Eigene Häuslichkeit (Wohnen)	Vollständig selbstorganisierte WG	Teilweise selbstbestimmte abW („Wohnen plus“)	Erprobungsregelung („Heim minus“)	Stationäre Einrichtung (Heim)
Typisierung	„Leben in den eigenen vier Wänden“ mit vollständiger Selbstbestimmung	- selbstorganisiert - von Leistungsanbietern strukturell unabhängig	- teilweise selbstbestimmt - unter der Verantwortung eines Anbieters	Abweichung von einzelnen Anforderungen des Gesetzes möglich auf Antrag mit Zustimmung der obersten Aufsichtsbehörde	Überlassung von Wohnraum und verpflichtende Pflege und Unterstützungsleistungen durch einen Träger
Struktur des Pflege- bzw. Betreuungsarrangements	freie Wahl der Pflege- und Unterstützungsleistungen; eigene Wohnung	freie Wahl der Pflege- und Unterstützungsleistungen; Lebens- und Haushaltsführung gemeinschaftlich selbstbestimmt gestaltet	Teilweise Wahlfreiheit bei Unterstützungsleistungen ➤ Pflege Übrige Bausteine der Leistungen (Wohnen) vom Anbieter	Wohnen, Pflege und Unterstützung/ Betreuung vom Träger verantwortet	Wohnen, Pflege und Unterstützung vom Träger verantwortet

Je selbständiger die Wohnform ist, umso größer ist die Bedeutung der Quartiersentwicklung (siehe Punkt 4).

Schaubild: Wohnformen außerhalb und innerhalb des neuen Heimrechts

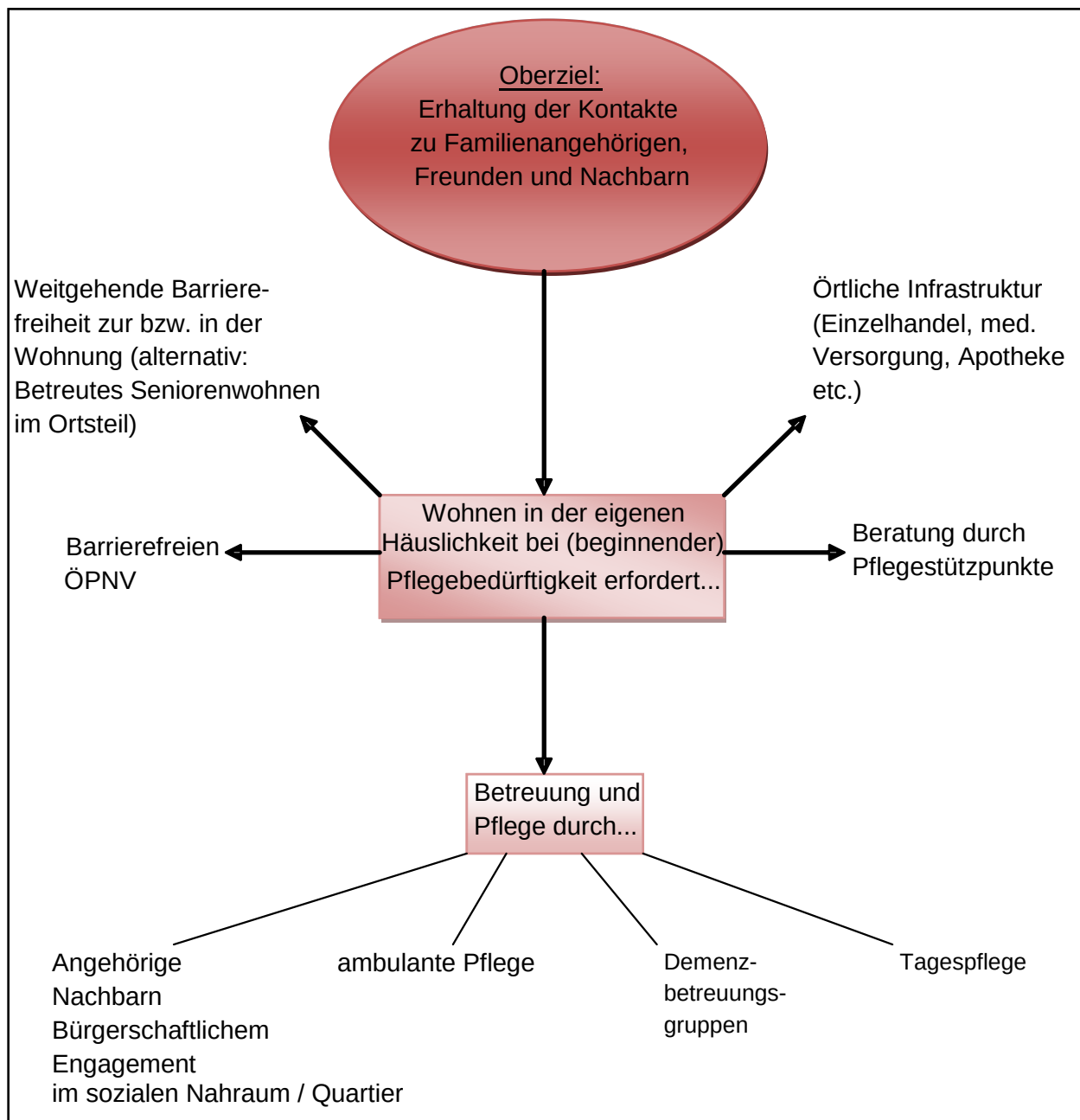
(Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege, WTPG)

SOZIALMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG, FEBRUAR 2014

Wohnen zu Hause	Betreutes Wohnen	Selbstverantwortetes gemeinschaftliches Wohnen	Ambulante betreute Wohngemeinschaft	Erprobungsregelung	Stationäre Einrichtung („Heim“)
Vollständige Selbstbestimmung	Neben der Überlassung von Wohnraum lediglich allgemeine Unterstützungsleistungen (z.B. Hausnotruf, Hausmeister)	Freie Wahl der Pflege- und Unterstützungsleistungen Mit dementen oder unter rechtlicher Betreuung stehenden Personen? Nein : Ja Kontinuierliche Einbindung der Angehörigen bzw. der Ehrenamtlichen in die Alltagsgestaltung Heimaufsicht überprüft Konzeption, auch bei Verdacht auf Nichteinhaltung Wohnform muss der Heimaufsicht angezeigt werden	Von einem Anbieter verantwortet, Bewohner der WG haben die freie Wahl, externe Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen	Abweichungen von einzelnen Anforderungen an stationäre Einrichtungen (Heim) sind möglich	Bewohner nehmen Wohnraum eines Trägers in Anspruch und verpflichten sich zur Abnahme von Pflege- und Unterstützungsleistungen des Trägers „aus einer Hand“
Diese Wohnformen fallen nicht unter das WTPG keine Kontrolle durch die Heimaufsicht		Abgestufte staatliche Aufsicht  Abgestufte Kontrollen der staatlichen Heimaufsicht, abhängig vom Grad der Fremdbestimmung			

3.1 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

Das Wohnen in der vertrauten Häuslichkeit wird so gestaltet werden, dass man dort auch im Alter und bei beginnender Pflegebedürftigkeit wohnen bleiben kann. Hier sind in der Vergangenheit eine Reihe von Initiativen ergriffen worden, jedoch bedarf es erheblicher zusätzlicher Anstrengungen, um das Wohnangebot und das Wohnumfeld entsprechend zu gestalten. Weiterhin erforderlich ist der Ausbau von Beratungs- und Koordinationsleistungen sowie niedrigschwelliger Hilfeangebote.



3.2 Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung

Wohnungsanpassungsmaßnahmen tragen wesentlich dazu bei, die Selbständigkeit sowie die sozialen Kontakte älterer Menschen in ihrer angestammten Wohnung und in ihrem bisherigen unmittelbaren Wohnumfeld zu erhalten. Ihr Ziel ist es, barrierefreien Wohnraum im Wohnungsbestand und Neubaubereich zu schaffen. Eine alten- und behindertengerechte Wohnungsausstattung bringt älteren oder behinderten Menschen nicht nur mehr Sicherheit und Selbständigkeit; sie erleichtert auch die häusliche Pflege und vermeidet stationäre Pflege bzw. zögert diese hinaus.⁷

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden in den nächsten Jahren immer mehr ältere Menschen darauf angewiesen sein, ihr Alter in ihrer bisherigen Wohnung zu verbringen. Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung verfolgen das Ziel, Wohnungen so zu verändern, dass diese den individuellen Fähigkeiten der Bewohner angepasst und Einschränkungen kompensiert werden können. Somit kann eine selbständige Lebensführung ermöglicht und bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Hilfe und Pflege zu Hause erleichtert werden. Wohnungsanpassungsberatung ist wichtig sowohl in Krisensituationen (z. B. bei bereits eingetretenem Funktionsverlust), aber auch präventiv. Sie beinhaltet die Beratung über die mögliche Anpassungsalternative sowie deren Finanzierung und wird durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit ergänzt.

Die verstärkte Nutzung von Wohnanpassungsmaßnahmen kann dazu beitragen, die Selbstständigkeit Älterer in ihrem gewohnten Wohnumfeld zu erhalten, die Unfallgefahr in der Wohnung zu senken, ambulante Pflegeleistungen überhaupt erst zu ermöglichen bzw. zu erleichtern und damit stationäre Aufnahmen hinauszuzögern und zu vermeiden.

Handlungsempfehlungen:

- Die zunehmenden Aufgaben der Wohnberatung werden in Zukunft nur bewältigt werden können, wenn sowohl die hauptamtlichen Ressourcen ausgebaut, als auch mehr bürgerschaftliches Engagement für diese Aufgaben gewonnen werden kann.
- Wohnberatung sollte dabei nicht nur in konkreten Bedarfslagen, sondern auch präventiv angeboten werden. Adressaten können Einzelpersonen, aber auch Gruppen sein (Seniorenkreise etc.).
- Die Kooperation mit Städten und Gemeinden, Architekten, Handwerksverbänden, der Wohnungswirtschaft sowie den Leistungsträgern (z.B. Pflegekassen) sollte angestrebt werden.
- Ambient Assisted Living (Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben durch innovative Technik) umfasst Methoden, Produkte sowie Dienstleistungen, welche das alltägliche Leben älterer und auch gehandicapter Menschen unterstützen. Diese Techniken sollen zukünftig verstärkt in den Beratungsprozess mit einfließen (siehe auch Punkt 4).

⁷ Landespflegeplan B.-W. Teil 4, S. 5.

3.3 Betreutes Wohnen für Senioren

Das Betreute Wohnen setzt sich immer mehr als Zwischenform zwischen dem unabhängigen, aber auch ungesicherten Leben in der eigenen Wohnung und der Heimübersiedlung durch. Bei Kompetenzeinschränkungen soll nicht der alte Mensch seine Behausung wechseln, sondern die Betreuungsorganisation soll auf seine Bedarfe flexibel reagieren; er selbst aber soll dabei in seinem angestammten Wohnbereich verbleiben können. Zwar sind in das eigenbestimmte Leben in der gewohnten Umgebung ambulante Dienste integrierbar, doch müssen die Dienste durch die hilfebedürftigen alten Menschen oder andere erst mobilisiert werden. Nicht in allen Fällen sind sie sofort erreichbar. Ihre Einsatzzentrale liegt im Allgemeinen sowohl räumlich als auch organisatorisch in einer gewissen Entfernung von der Wohnung der alten Menschen. Wartezeiten, bis ein solcher Dienst anläuft, müssen in Kauf genommen werden.

Hier setzt das Betreute Wohnen an. Es bietet dem alten Menschen in seiner Wohnung oder in deren Nähe einen pflegerischen Stützpunkt mit jederzeit erreichbaren und mobilisierbaren Hilfen an. In vielen Fällen liegen die derart „Betreuten“ Wohnungen in unmittelbarer Nähe eines Tages-, Kurzzeit- oder Vollzeitpflegeheimes oder sind räumlich mit einem solchen verbunden. Dessen Personal steht in Rufbereitschaft – teils angeschlossen über Notruf-/Funkfinger-Telefon – für die Bewohner der betreuten Wohnungen zur Verfügung. Das abrufbare Pflegepersonal kann aber auch anders – etwa über eine nahegelegene Sozialstation oder über eine sonstige Rufbereitschaft – zur Verfügung gehalten werden.

Neben dieser ständigen Präsenz pflegerischer Hilfen bietet das Betreute Wohnen weitere Dienste: einen Hausmeisterdienst für kleinere Reparaturen, Treppenhausreinigung, Gartenpflege und Schneeräumen. Die Bewohner der Betreuten Wohnungen können auch an den Gemeinschaftsveranstaltungen des Altenzentrums, dem ihre Wohnungen angeschlossen sind, teilnehmen.

Vier grundlegende Leistungen des Betreuten Wohnens

- **Barrierefreiheit,**
- **ständige Präsenz eines gesundheitspflegerischen Dienstes,**
- **hausmeisterlich-technischer Basisdienst und**
- **Veranstaltungsangebot**

werden gegen eine Pauschale bereitgehalten, die bei rund 100 bis 150 Euro monatlich liegt. Umfangreichere Leistungen wie permanente Kranken- und/oder pflegerische Betreuung, hauswirtschaftliche Einzeldienste, größere Reparaturen, Fußpflege, Mahlzeiten und Ähnliches werden gesondert in Rechnung gestellt und einzeln abgerechnet.

Eine innovative Variante des betreuten Wohnens für Senioren sind sogenannte **Seniorenwohnparks**, die zwischen 20 und 50 barrierefrei ausgestaltete Bungalows verfügen. Räumlich angegliederte Tagespflegeangebote/ambulante Pflege ermöglichen auch hier lange Phasen der Selbständigkeit auch bei zunehmender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. Ein erster Seniorenwohnpark soll im Landkreis Karlsruhe in Oberderdingen bis Ende 2020 mit 52 Bungalows für die Generation 60 Plus realisiert werden.

Von den nach SGB XI Pflegebedürftigen im Landkreis Karlsruhe leben mehr als 70 % in der eigenen Häuslichkeit. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass innovative Dienste der Altenhilfe (z. B. engmaschiges Betreutes Seniorenwohnen und ambulant betreute Wohnformen in Kombination mit Tagespflege bei Pflegebedürftigkeit bis Pflegegrad 3) dem Bedarf eher gerecht werden. Der Ausbau des Betreuten Seniorenwohnens in allen Ortsteilen, in denen auch ein höherer Pflegebedarf aufgefangen werden kann, wird daher für zukunftsorientiert und zeitgemäß gehalten.

Handlungsempfehlungen:

- Schaffung bedarfsgerechter betreuter Seniorenwohnanlagen oder Seniorenwohnparks (unter Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements) auch in kleineren Gemeinden/Ortsteilen
- Bei der Definition von Standards sollte für das Betreute Wohnen darauf geachtet werden, dass die Wohnungen bezahlbar bleiben; gerade auch Wohnungen mit 40-50 qm Wohnfläche werden nachgefragt (zukünftig sinkende Renteneinkommen)
- Angesichts eines Durchschnittsalters von ca. 75 Jahren beim Einzug sollte verstärkt auf ein tragfähiges Betreuungskonzept geachtet werden (auch für dementiell Erkrankte)
- Einführung eines Belegungsmanagements, um Möglichkeiten und Grenzen der Angebote anzupassen
- Schaffung von entlastenden Angeboten für Betreuungskräfte (z. B. Fortbildungen zum Thema Demenz, ärztliches Coaching, Erfahrungsaustausch)
- Räumlich-technische Maßnahmen, um Selbständigkeit des Bewohners zu erhalten (z. B. Herdüberwachung, Rauchmeldersystem, Beleuchtung usw.)
- Kombination des Betreuten Wohnens oder Seniorenwohnparks mit neuen Wohnformen (z. B. ambulant betreute Wohngruppen)
- Da der Begriff der „Betreuung“ oft missverständlich interpretiert wird, sollten folgende Punkte eingehalten werden:
 1. Transparente Vertragsgestaltung
 2. Barrierefreiheit
 3. Grundservice
 4. Wahlservice
- Bedarfseckwerte siehe 6.3

3.4 Ambulant Betreute Wohngemeinschaften / Wohngruppen

Ein Herzstück des neuen Heimrechts (WTPG) waren die in dieser Form bundesweit einzigartigen ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Sie sollten eine Alternative zum stationären Pflegeheim darstellen. In Waghäusel, Linkenheim-Hochstetten, Philippsburg sowie Weingarten sind die ersten ambulant betreuten Wohngruppen mit je 10-12 Plätzen eingerichtet. Weiter Angebote - auch von anderen Trägern - sind in Planung. Ein flächendeckender Ausbau ist jedoch nicht zu erwarten, weil die landesrechtlich vorgegebenen personellen Anforderungen entsprechend hohe Kosten (auch im Vergleich zur Heimpflege) nach sich ziehen.

Als Sonderform gibt es im neuen Heimrecht wie schon erwähnt die „**Selbstverantworteten Wohngemeinschaften**“. Die Menschen wollen auch im Alter oder bei Unterstützungsbedarf ihre Unabhängigkeit nicht aufgeben. Dazu hat das Land Baden-Württemberg die selbstverantwortete und bürgerschaftlich getragene Wohngemeinschaft konzipiert. Hier können die Bewohner ihre Angelegenheiten vollständig eigenverantwortlich regeln. Das bedeutet, dass sie Dinge des täglichen Lebens selbstbestimmt gestalten und Pflege- oder Unterstützungsleistungen frei wählen. Selbstverantwortet ist das Wohnen aber nur, wenn es von Leistungsanbietern unabhängig ist.

4. Alltagsunterstützende Assistenzlösungen

Assistierende Technik in Kombination mit sozialen und personenbezogenen Dienstleistungen tragen dazu bei, es Menschen zu ermöglichen, lange sicher, komfortabel und selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld zu leben. Das Thema Technik zur Unterstützung der Pflege, der Kommunikation und für mehr Komfort und Sicherheit im Alter einzusetzen (AAL Ambient Assisted Living), ist nach wie vor in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Analog der Vielzahl von Betreuungsangeboten für ältere Menschen gibt es bereits eine Reihe von technischen Innovationen, die Senioren bei einer selbständigen Lebensführung wirksam helfen und unterstützen können. Nach den Erfahrungen auch der hiesigen Pflegestützpunkte ist das Wissen darüber bei den Zielgruppen nur gering ausgeprägt. Es fehlen oft ein zentraler und neutraler Überblick über das Angebot an Hilfs- und Assistenzsystemen sowie persönliche Beratungen, die die individuelle Situation berücksichtigen. Auf diese Weise bleiben die Potentiale technischer Unterstützung oftmals ungenutzt, und die Lebenssituation älterer Menschen wird nicht optimal verbessert. Zielsetzung ist, die Bedarfe der Senioren in allen 32 Städten und Gemeinden des Landkreises Karlsruhe decken zu können.

5. Das Quartier

5.1 Eckpunkte für ein Quartierskonzept

Der Begriff des Quartiers kann nicht allgemeingültig definiert werden. Das Quartier ist der Raum, in dem sich die Menschen zu Hause fühlen, in dem sie leben, arbeiten, zur Schule gehen und ihre Freizeit gestalten. Für die Abgrenzung eines Quartiers kann es daher hilfreich sein, die Menschen vor Ort zu fragen, wo sie sich bewegen und mit welchem Sozialraum sie sich identifizieren. Häufig formen auch große Straßenzüge, Grünflächen oder andere Grenzen oder Barrieren ein Quartier. Man kann jedoch zusammenfassen: Ein Quartier hat

- keine fest definierte Größe, ist aber überschaubar (ein „Dorf“ in der Stadt),
- basiert auf räumlichen und kulturell-sozialen Gegebenheiten (u.a. lokale Identität, hohe Interaktionsdichte, informelle Aktivitäten bspw. in Vereinen),
- zeichnet sich durch eine eigenständige städtebauliche, infrastrukturelle und soziale Vielfalt aus,
- kann ebenso heterogen sein wie die Bewohnerschaft und
- ist der Ort, den Menschen zum Leben und als „Zuhause“ wollen und brauchen

5.1.1 Pflege und Unterstützung im Alter

Um eigenständiges Wohnen im bisherigen Zuhause und einem Verbleib älterer Menschen (Senioren Ü60) im vertrauten Umfeld zu sichern, sind kleinteilige sowie personenorientierte Dienstleistungs-, Wohn- und Versorgungsformen zu schaffen. Quartierskonzepte sind ein gutes Instrument der Kommunen, im Rahmen der Daseinsvorsorge eine zukunftsfähige Infrastruktur für ältere Menschen zu sichern. Voraussetzungen sind:

- die aktive Beteiligung der Kommune
- das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure
- die Mitwirkung möglichst vieler Bürgerinnen und Bürger.

Die Vorgehensweise ist getragen von

- einem partnerschaftlichen Miteinander im Quartier/Ortsteil
- flexiblen, personenorientierten Dienstleistungsmodulen im Helfemix
- der Sicherung von kleinteiligen, dezentralen Wohn- und Versorgungsformen.

Quartierskonzepte sind nicht nur auf spezifische Lebens- und Problemlagen Einzelner fokussiert, sondern verknüpfen und ergänzen die bestehenden Strukturen mit dem Ziel der Versorgungssicherheit aller Senioren Ü60 im Quartier ohne zusätzliche Betreuungspauschale. Dabei kann das Quartier sehr unterschiedlich sein, urban oder dörflich strukturiert, weitläufig oder verdichtet. Quartier ist über die Wohnung hinaus das Wohnumfeld, in dem Menschen ihr tägliches Leben gestalten, sich versorgen und ihre sozialen Kontakte pflegen. Grundlage für ein Quartierskonzept sind

alle notwendigen Bausteine, die gerade ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarfen benötigen, um in ihrem bisherigen Wohnumfeld leben zu können. Dies sind im Wesentlichen:

1. Wohn- und Grundversorgung

- Wohnberatungsangebote/Anpassungsmaßnahmen für bestehende Wohnungen
- Verbesserung des Wohnumfeldes (barrierefreie Gehwege, Grünanlage, Bänke, öffentliche Toiletten)
- Sicherung der Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten, Gesundheitsversorgung, Mobilität)
- Bereitstellung von barrierearmen Wohnungen / bezahlbarem Wohnraum (ggf. mit Serviceleistungen und Treffmöglichkeit)
- Aufbau von alternativen Wohnformen, wie z. B. ambulanten betreuten Wohngemeinschaften oder generationenüberreifem Wohnen)

2. Ortsnahe Unterstützung und Pflege

- Koordination und Vermittlung von Alltagshilfen, wie z. B. Besuchs-, Einkaufs-, Fahr- und Begleitedienste, häusliche und technische Hilfen in Form einer von bürgerschaftlichem Engagement getragenen Nachbarschaftshilfe
- Sicherung und Koordinierung qualifizierter häuslicher Betreuung und Versorgung
- Stützpunkt eines ambulanten Pflegedienstes im Quartier
- Vermittlung bzw. Aufbau von Betreuungs- und Entlastungsangeboten (Betreuungsgruppen, Helferkreise)
- Integration und Aufbau von Unterstützungsangeboten für spezielle Zielgruppen (Demenz, Palliativversorgung, Menschen mit geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen)
- Einsatz von neuen Technologien (Ambient assisted living Systeme)

3. Beratung und soziale Netzwerke

- Anlaufstelle für alle Themen des Älterwerdens (Quartiersmanagement)
- Neutrale, ggf. auch aufsuchende Beratung
- Förderung und Begleitung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe im Quartier
- Aufbau eines wertschätzenden gesellschaftlichen Umfeldes (Teilhabemöglichkeiten, generationenübergreifende Angebote)
- Nachbarschafts- bzw. Quartierstreff (Nachbarschaftscafe) für alle Bürgerinnen und Bürger
- Aufbau und Entwicklung bedarfsorientierter Begegnungs- und Bildungsangebote, wie z. B. Mittagstisch, Veranstaltungen, Internetcafe, Technikbotschafter, kulturelle Angebote, Sport- und Gruppenangebote
- Vernetzung von Einrichtungen und Diensten im Quartier und Optimierung der Organisation von Hilfen

5.1.2 Ganzheitliche Quartiersentwicklung

Die zweite Stufe der Quartiersentwicklung ist die Unterstützung beim Aufbau von generationsübergreifenden Strukturen mit Blick auf weitere Zielgruppen und Themen, wie: Familie, Jugend, Integration, Inklusion. Die ganzheitliche Quartiersentwicklung ist eine Antwort auf die demografischen und sozialen Herausforderungen. Der Sozialraumbezug ist eines der Grundprinzipien der Quartiersentwicklung. Es geht um die bedarfsgerechte Gestaltung der sozialen Nahräume, mit denen sich Menschen identifizieren - ihr Dorf, ihr Wohnblock, ihre Gemeinde, ihr Kiez, ihr Quartier. In einem Quartier finden wir eine Vielfalt von Menschen mit unterschiedlichen Bedarfen und Interessen vor. Neben den älteren Menschen geht es um Familien, Kinder/Jugendliche, Singles, kranke Menschen, Menschen mit Behinderung, Obdachlose, Menschen mit Migrationshintergrund etc. Eine ganzheitliche Quartiersentwicklung mit Blick auf mehrere Zielgruppen (umfassendes Verständnis von Inklusion als gesellschaftliche Vielfalt) unterstützt und ergänzt die Beratungs- und Hilfsangebote der kommunalen Sozial-, Jugend- und Seniorenhilfe sowie beispielsweise der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Selbsthilfe. Außerdem verbessert sie den Dialog der Kulturen und Integrationshilfen für Bewohnerinnen und Bewohner, die in den benachteiligten Quartieren eine neue Heimat gefunden haben. Grundvoraussetzung ist die fach- und zuständigkeitsübergreifende Zusammenarbeit (Bündelung von Konzepten, Projekten und Zielen). Durch eine ganzheitliche Quartiersentwicklung kann es gelingen, die Ressourcen unterschiedlicher Akteure der Kommune, privater Dienste und Einrichtungen, freier Träger, der Privatwirtschaft, der Kirchengemeinden und der Zivilgesellschaft zu bündeln und systematisch zu verzahnen (Praxisbeispiel: Kommune Inklusiv - www.aktion-mensch.de/kommune-inklusiv).

Grundlage einer ganzheitlichen Quartiersentwicklung ist die gesellschaftliche Teilhabe für alle Menschen. Dabei spielen die städtebaulichen, sozialen, praktischen, konzeptionellen und planerischen Komponenten eine wesentliche Rolle.

Bausteine einer ganzheitlichen Quartiersentwicklung sind insbesondere:

- Verbesserung des Sozialraums und der Mobilität
- Barrierefreiheit: räumlich, in der Kommunikation und „in den Köpfen“ (Bewusstseinsbildung/Toleranz)
- Hilfen/Unterstützung im Alltag (Versorgungslandschaft)
- Ort und Plätze der Begegnung - Menschen zusammenbringen
- Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur
- Beteiligungsformen (einfache bzw. leichte Sprache)

Generationen miteinander/ füreinander/ Gemeinschaft erleben

5.1.3 Rolle des Quartiermanagers

Ein Quartiersprojekt vor Ort umzusetzen bedarf einer direkten Ansprechperson. Mit Blick auf die kommunale Daseinsvorsorge ist es naheliegend, dass Koordinierung und Steuerung eines solchen

Projekts von der Kommune koordiniert und vom Quartiersmanager vor Ort umgesetzt wird. Ganzheitliche Quartiersentwicklung benötigt personelle Ressourcen und geschieht nicht von alleine. Es bedarf einer intensiven Planung, regelmäßiger Kommunikation innerhalb der Verwaltung und klarer Absprachen (Fachliche Anforderungen des Quartiermanagers). Der Quartiersmanager spielt eine zentrale Rolle im Projekt und ist als Brückenbauer; als Organisator; als Kümmerer im Quartier unterwegs und fördert damit ein **Quartiersbewusstsein** in der Kommune sowie die Identifikation der Menschen mit ihrem Quartier. Zentrale Handlungsfelder des Quartiersmanagers sind:

Koordination und Vernetzung der beteiligten Akteure und Interessengruppen sowie die Einbindung in das Quartierskonzept.

Partizipation der Bürgerschaft durch Aktivierung der vorhandenen Potenziale und die Einbindung in alle Phasen der Quartiersentwicklung.

Projektbezogene Arbeit: Moderation und Steuerung unterschiedlicher Projekte

Nachhaltigkeit

Die 24 **Familienzentren** im Landkreis Karlsruhe könnten ein wichtiger Partner in der Quartiersentwicklung und für den Quartiersmanager sein. Sie vereinen bereits Jung und Alt oder können sich auf den Weg dahin machen. In der integrierten Quartiersentwicklung geht es darum Orte der Begegnung zu schaffen. Projektgruppen und neue Angebote könnten sich hier beheimaten („Die Menschen gestalten ihr Quartier miteinander“)

5.1.4 Bürgerbeteiligung, Bürgerschaftlichen Engagements und Partizipation

In ersten Planungsgesprächen können bereits lokale Akteure, die sehr aktiv sind in der Gemeinde eingeladen werden. Neben dem Seniorenbeauftragten kann z.B. ein Vertreter des Flüchtlingsvereins, der Integrationsbeauftragte, ein Vertreter des Jugendparlaments und der Sprecher des Jugendzentrums/ Familienzentrums, ein Vertreter aus dem Bereich der Behindertenhilfe - auch Behindertenbeauftragter - vertreten sein. Es ist wichtig, Bürgerbeteiligung in sämtlichen Projektschritten zu ermöglichen. Zu den Bürgerbeteiligungsprozessen sollten alle eingeladen werden: alle Generationen und Zielgruppen, so dass es zu einem generations- und zielgruppenübergreifenden Austausch kommt, um die Bedarfe, Interessen und Ressourcen im Quartier kennen zu lernen und zu erörtern. Der Fragestellung, wie erreiche ich meine Zielgruppe und nicht nur die Menschen, die bereits aktiv sind, sollte besonders berücksichtigt werden. Will man möglichst viele Menschen vor Ort am Prozess beteiligen, muss bereits im Vorfeld über das Vorhaben/Projekt informiert werden (realistische Einschätzung über Möglichkeiten und Grenzen → finanzielle, rechtliche, Zuständigkeit etc.). Wichtig ist, dass die Bürgerinnen und Bürger merken, dass sie etwas bewegen und verändern können und das Engagement und die Beteiligung gewollt und gebraucht sind. Ziele und Vor-

gehensweisen werden abgestimmt und transparent gemacht. Dies bedarf einer durchgängigen Dokumentation, so bleiben die Akteure, Bürgerinnen und Bürger informiert (Kommunikationsplattform für alle, d. h. Berücksichtigung von kognitiven, körperlichen oder Sinnesbehinderungen). Dadurch können nachhaltige Prozesse angestoßen werden.

5.1.5 Umsetzung von Quartierskonzepten

1. Ist-Analyse und Partizipation (Ressourcen und Versorgungslücken)

- Sozialraumanalyse
- Stakeholderanalyse
- Quartiersbegehungen
- Bürgerbefragungen
- moderierte Arbeitsgruppen
- Zukunftswerkstätten
- gezielte Interviews

2. Projektmanagement/ Projektkoordination

- Gesamtsteuerung des Projekts/ sozialräumlichen Arbeitens
- Diskussion der Ist-Situation und der Bedarfe
- Beteiligung der Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger bei der Konzepterstellung und der konkreten Umsetzung
- Bildung von Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen
- Aufbau eines übergreifenden Steuerungsgremiums für die Ausrichtung und Abstimmung des Gesamtprozesses im Quartier
- regelmäßige Reflektion des Erreichten („Stolpersteine“) und ggf. inhaltliche Weiterentwicklung gemeinsam von Kommune, Arbeitskreisen und allen Akteuren
- regelmäßige Berichterstattung an den Gemeinderat
- Umsetzungsplanung der Projektschritte/gruppen (Priorisierung)
- Weiterentwicklung der Organisations- und Personalstruktur
- Budgetverwaltung
- Langfristige Prozessgestaltung

3. Kooperation

Nur im Miteinander unterschiedlicher Akteure kann es gelingen, Angebote und Strukturen für alle Menschen ggf. aufzubauen, zu optimieren oder weiterentwickeln. Kooperation hat das Ziel, Doppelarbeit und Parallelstrukturen zu vermeiden sowie Angebote miteinander abzustimmen (Ressourcenschonend). Dazu sollten Vertretungen aus den unterschiedlichen Bereichen beteiligt sein, die in regelmäßigen Treffen konkrete Maßnahmen und Projekte abstimmen sowie Lösungen zur Umsetzung finden: Städte, Gemeinden und Landkreis, Seniorenvertretungen, Jugendvertretungen (§ 34a GemO), Vertretungen von Menschen mit Behinderung, Kirche, Woh-

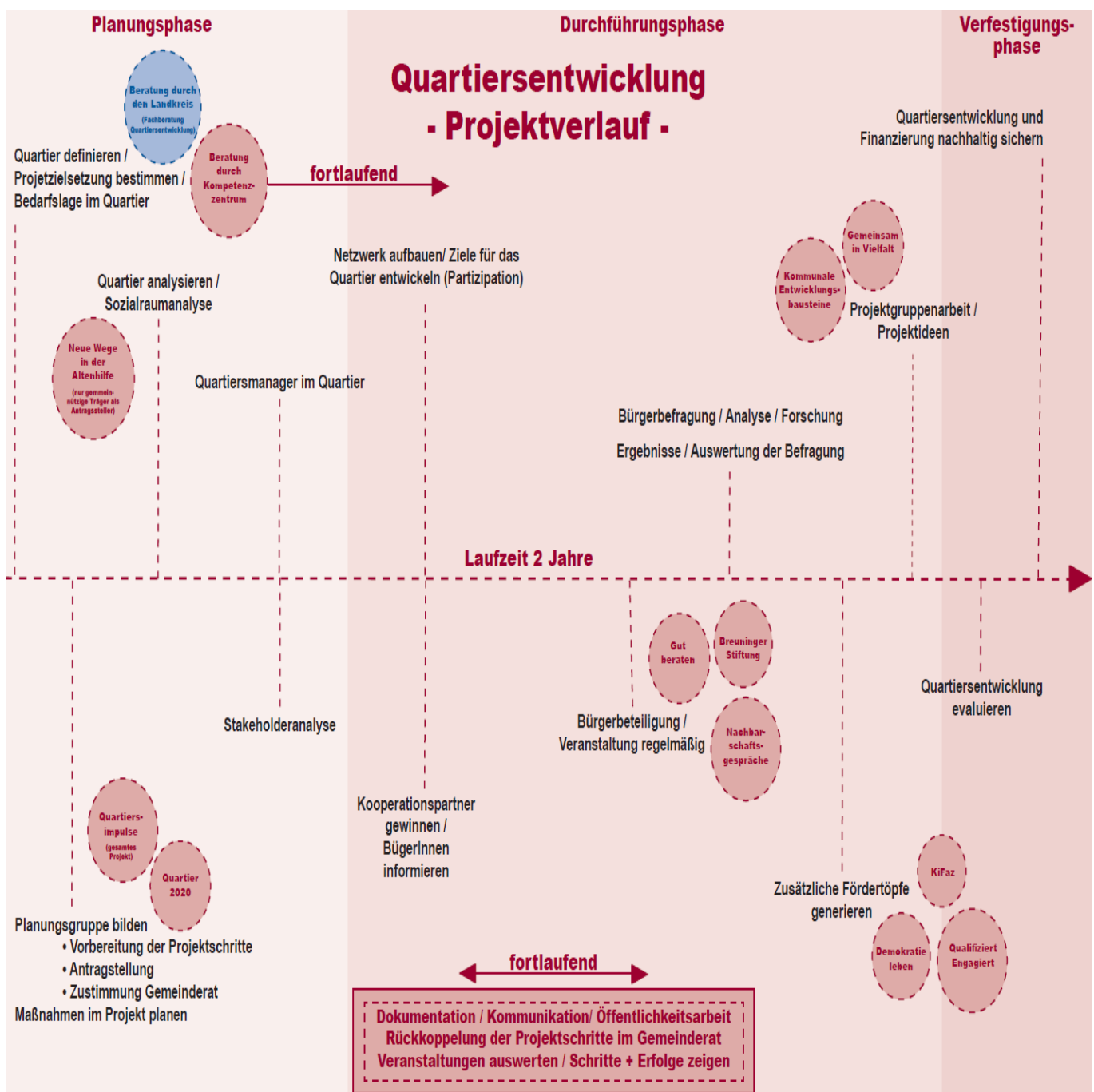
nungswirtschaft, Pflegedienste, Nachbarschaftshilfen, Ärzte, Vereine sowie interessierte Menschen.

4. Quartiersmanagement

Für die Umsetzung eines Quartiersprojektes bedarf es einer verantwortlichen Koordinierung („Case Manager“). In der Regel ist das Quartiersmanagement bei der Kommune angesiedelt, da hier am besten von einer neutralen und trägerübergreifenden Aufgabenwahrnehmung ausgegangen werden kann. Die Quartiersmanagerin/-manager hat eine Vielzahl von planerischen, steuernden sowie operativen Aufgaben zu bewältigen in kleineren Ortsteilen ist an den Einsatz neben amtlicher Helfer (450 €-Basis) zu denken.

5. Öffentlichkeitsarbeit/ Sicherung von Transparenz

- Pressearbeit (fester Bestandteil im Mitteilungsblatt, Internetauftritt, Social Media)



5.2 Quartier – inklusiv

In den Raumschaftsgesprächen 2019 wurde das Thema Quartiersentwicklung in Form eines Workshops mit dem Titel „Quartier inklusiv“ von den Teilnehmern bearbeitet. Inhaltlich führte der Titel zu einer Perspektive, die nicht zielgruppenspezifisch sondern möglichst alle Bürger mit oder ohne Einschränkungen in den Blick nehmen sollte. Das inklusive Quartier ermöglicht allen Menschen ein selbstbestimmtes Leben mit Teilhabe und Chancengleichheit im Sozialraum. Die Kommunen sind im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge aufgefordert, hier mitzuwirken.

Der Workshop sollte neben den inhaltlichen Aspekten die beteiligungsorientierte Arbeitsweise der Quartiersentwicklung widerspiegeln. Die Arbeitsaufgabe des Workshops bestand darin, die Leitziele zur strategischen Quartiersentwicklung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe⁸ mit Ideen zur praktischen Umsetzung zu füllen.

Teilhabe und Selbstbestimmung im Quartier



Es wurde eine Kartenabfrage mit den Teilnehmern durchgeführt:

Raumschaftsgespräch Bruchsal



⁸ Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis, Michell-Auli et. al., Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Raumschaftsgespräch Waghäusel/Ettlingen



Zusammenfassung der Ergebnisse:

Der Grundgedanke „Quartiersentwicklung“ ist in allen Städten und Gemeinden präsent. Die Methode des beteiligungsorientierten Arbeitens erzeugt kreative Resonanz. Es ist deutlich geworden, dass es neben Dienstleistungen und Angeboten, um den Zusammenhalt einer Gesellschaft geht. Das Zugehörigkeitsgefühl und der Gemeinschaftssinn können durch Begegnungsmöglichkeiten geschaffen werden. So wurden Karten mit den Stichworten „Mittagstisch“, „Straßenfest“ und „Bürgertreffs“ gefüllt. Weiterhin bildet die Stärkung des Ehrenamtes der Kartenabfrage nach für die Kommunen eine wichtige Rolle. Hierzu wurden Karten mit den Ideen „Kümmerer“, „Nachbarschaftshilfe“ und „Tauschbörsen“ beschriftet. Die generationsgerechte Infrastruktur beinhaltet laut der Abfrage die Nahversorgung mit Lebensmitteln bis hin zu Bringdiensten nach Hause, aber auch die Möglichkeit ein Café im Quartier zu besuchen. Den Bürgern sollte dabei auch klar sein, dass diese Dienstleistungen sich nur dann im Quartier ansiedeln können, wenn sie vor Ort rege genutzt werden. Menschen mit Handicap sind in allen Altersgruppen zu finden, deshalb profitierten sie nicht nur von der örtlichen barrierefreien Infrastruktur, sondern auch von Begegnungsangeboten, die generationsübergreifend offen sind für alle Bürger des Sozialraums bzw. der Nachbarschaft. Eine gute Beratungsinfrastruktur sehen die Kommunen in der Ansiedlung der Pflegestützpunkte in ihrer dezentralen Aufstellung. Die Vernetzung mit weiteren Beratungsangeboten sollte angestrebt werden, um möglichst die Anliegen aller Zielgruppen zu erfassen. Für die Teilnehmer ist die kooperative Vernetzung aller Dienste zentraler Bestandteil der Quartiersentwicklung.

Abschließend ist allen Mitwirkenden deutlich geworden, dass Quartiersentwicklung ein Prozess ist. Es braucht Schlüsselpersonen, die sich im „Quartier“ auskennen und bekannt sind. Es braucht Führungspersonen, die die Ziele fokussieren, Themen clustern und einen beteiligungsorientierten Steuerungsstil beherrschen.

5.3 Landesstrategie Quartier 2020. Gemeinsam. Gestalten.

Quartiere sind lebendige soziale Räume, in denen Menschen sich einbringen, Verantwortung übernehmen, sich gegenseitig unterstützen und ihren Lebensraum stärken. Quartiersentwicklung eröffnet die Chance, das Miteinander der Generationen und das Leben im Alter neu zu organisieren. Ziel der Quartiersentwicklung ist es, den sozialen Lebensraum vor Ort zu stärken und eine hohe Lebensqualität sowie Teilhabe zu ermöglichen. Es geht darum, Gemeinschaft jenseits familiärer Strukturen dort erlebbar zu machen, wo sie entsteht: in den Nachbarschaften, Stadtvierteln, Dörfern und Gemeinden. Das Quartiersmanagement bringt die Bürger der Kommune zusammen, ungeachtet des Alters und schafft Strukturen, in den Menschen, die verletzlich sind, wie z.B. bei Behinderung, Krankheit oder im Alter gut leben können. Dazu gehört es Nachbarschaften bzw.

Quartiere so zu organisieren, dass ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und gemeinsamer Verantwortung entsteht.

Die Landesstrategie des Ministeriums für Soziales und Integration „Quartier 2020 - Gemeinsam. Gestalten.“ unterstützt die Etablierung und Weiterentwicklung von Quartieren vor Ort. Auftakt war ein Ideenwettbewerb. Prämiert wurden insgesamt 53 Projektideen von Städten, Gemeinden und Land, darunter die Projektideen der großen Kreisstadt Ettlingen, der Gemeinde Linkenheim-Hochstetten und die gemeinsame Projektidee der Gemeinde Bad Schönborn und des Landkreises Karlsruhe. Zwei kommunale Handlungsfelder mussten alle eingereichten Konzepte berücksichtigen:

1. Pflege und Unterstützung im Alter
2. Bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Bürgerbeteiligung

Landesweit haben 150 Städte und Gemeinden ihre Projekte für ein zukünftiges Zusammenleben und das Leben im Alter im Rahmen des Quartiers 2020 eingereicht. Sieben kamen aus dem Landkreis Karlsruhe. Die Gemeinden, die am Ideenwettbewerb teilgenommen hatten, konnten an diesem Fachtag am 16.04.2018 ihre Projekte vorstellen. Berichtet wurde unter anderem aus Bad Schönborn, Walzbachtal, Linkenheim-Hochstetten, Sulzfeld und Zaisenhausen sowie Bruchsal, Ettlingen und Stutensee. Zielsetzung ist es, dass Zusammenleben von morgen zu gestalten und den Quartiersgedanken in die Fläche zu tragen. Eine kreisweite Quartiersstrategie ist eine Antwort auf die demografischen und sozialen Herausforderungen im Landkreis Karlsruhe, vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen in der Jugendhilfe, der Hilfen für Menschen mit Handicap (BTHG: Wunsch- und Wahlrecht, insbesondere im bisherigen Sozialraum zu leben), dem Integrationsbedarf von geflüchteten Menschen und der steigenden Zahl betreuungs- und pflegebedürftiger Senioren. Nachdem erfolgreichen Auftakt des Ideenwettbewerbs Quartier 2020 - Gemeinsam. Gestalten, ist das Sonderprogramm Quartier eine weitere Maßnahme der Strategie „Quartier 2020 - Gemeinsam. Gestalten.“ Folgende Voraussetzungen sollten dabei erfüllt werden:

1. Das Thema „Pflege und Unterstützung im Alter“ bzw. Maßnahmen zur generationen- und altersgerechten Gestaltung des Lebensumfelds sind Teil des Quartiersprojekts.
2. Ergreifen von Maßnahmen zur Bürgerbeteiligung und zur Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements um Partizipation und Mitbestimmung der im Quartier lebenden Menschen zu ermöglichen.
3. Das Quartiersprojekt ist in den örtlichen/kommunalen/kreisweiten Strukturen eingebettet und soll darin verankert werden.

5.4 Bisher gelungene Quartierskonzepte

5.4.1 „Gelingendes Altern in den Quartieren einer Generationengemeinde“ **Gemeinsames Quartiersprojekt der Gemeinde Bad Schönborn und des Landkreises Karlsruhe**

Die extrem gut ausgebaute Infrastruktur im Gesundheits- und Pflegebereich in Bad Schönborn zieht vor allem auch mehr oder weniger mobile ältere Menschen - oft ohne größere lokale familiäre und regionale Bindung - im Rentenalter an. Die Gemeinde steht vor der Frage, wie diese im Alter ohne tragfähige lokale Bezüge zugezogenen Menschen in das Gemeindesystem als helfende Unterstützer eingebunden werden können bzw. ob sie Probleme mit der sozialen Einbindung bekommen. Die Integration in das gemeindliche Leben in den Quartieren ist die besondere Herausforderung. Zentrales Anliegen in Bad Schönborn ist es, die Nachbarschaften und die Nachbarschaftlichkeit im Quartier so zu gestalten, dass alle, die dort wohnen, Strukturen und Menschen finden, die ihnen das Leben und Zusammenleben erleichtern. Für die Älteren bedeutet dies, dass Nachbarschaft Hilfe beim Verbleiben in der angestammten Umgebung ist. Für Familien bedeutet dies, dass Nachbarschaft eine Unterstützung beim familiären Zusammenleben und auch bei der Pflege bietet. Mit den Quartierskonferenzen wurde ein wichtiger Beteiligungsprozess der Einwohner im Quartier (Ortsteile: Mingolsheim und Langenbrücken) umgesetzt. Hier konnten und können Ideen entwickelt, diskutiert und in Projektgruppen umgesetzt werden. Ein weiteres Ziel der Projektidee, welches mittlerweile realisiert wurde, war die Schaffung einer Stelle als „Quartierslotse“ zur Koordinierung einzelner Projekte und als Ansprechpartner für die Bürgerinnen und Bürger. Der Gemeinde ist es gelungen sowohl in Mingolsheim als auch in Langenbrücken eine Quartierslotsin zu gewinnen. Die Zusammenarbeit des Landkreises Karlsruhe (Sozialplanung, Quartiersentwicklung, Pflegestützpunkte) und der Gemeinde Bad Schönborn ist ein gutes Beispiel, wie beide kommunalen Ebenen eine lokale Zukunft gestalten und die Quartiersidee in den Landkreis tragen. Das gemeinsame Interesse ist die Verbesserung der jeweiligen sozialen Landschaft, d. h. die Lebensraumstärkung.

5.4.2 „Soziales Netz“ **Walzbachtal**

In Walzbachtal wurde in den vergangenen Jahren ein breit gefächertes „Soziales Netz“ aufgebaut. Ältere Menschen möchten möglichst lange und weitgehend selbstständig in der vertrauten Umgebung leben. Mit der engen Kooperation einzelner Organisationen und Gruppen Versorgungslücken schließen, und für alle Bürgerinnen und Bürger die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und ein selbstbestimmtes Leben für alle Bürger und Bürgerinnen fördern. Hier sollen Fachkräfte und Ehrenamtliche zusammenwirken, um auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen und zu reagieren. Mit der Bildung des „Sozialen Netzes“ wurde bereits begonnen die Angebote im sozialen Bereich zu strukturieren (24-Stunden Betreuung im eigenen zu Hause). Dies ist eine gute Grundlage für die weitere Quartiersentwicklung in Walzbachtal. Mit Blick auf die älteren Menschen sind nun weitere Schritte zu gehen, um generationengerechte Strukturen

aufzubauen um jungen, alten, behinderten Menschen ob mit oder ohne Migrationshintergrund eine hohe Teilhabe und Lebensqualität zu ermöglichen.

5.4.3 Senioren in Forst engagieren sich

Die Gemeinde Forst führte zusammen mit dem Landkreis Karlsruhe und der SRH Hochschule Heidelberg (Beginn 2013) das Projekt „Senioren in Forst engagieren sich“ (Die lebendige, alltags unterstützende Nachbarschaft - lohnenswerte Ressource für das eigene, konstruktive Altern in der Gemeinde Forst) durch. Ziel des Projektes war, dass rüstige Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren Hilfestellung in der unmittelbaren Nachbarschaft geben. Dazu wurde die Gemeinde in Quartiere aufgeteilt. Jedes Quartier erhielt einen Ansprechpartner, sogenannte „Quartiersmotoren“. Dieser soll die Nachbarschaftshilfe im Quartier realisieren und koordinieren. Quartiersübergreifende Hilfe ist hier möglich und wird auch realisiert.

5.4.4 Quartiershaus in Linkenheim-Hochstetten

Das "Quartiershaus Nees 2.0" in Linkenheim-Hochstetten ist Teil des Neubaugebietes Biegen/Durlacher Weg. Seine Konzeption wurde 2017 im Rahmen des Ideenwettbewerbs Quartier 2020 vom Land Baden-Württemberg ausgezeichnet. Das Quartiershaus ist zusammen mit Altbau der Stiftung Geschwister Nees die einzige stationäre Einrichtung für Menschen mit Pflegebedarf in Linkenheim-Hochstetten. Zugleich ist vorgesehen, dass das Gebäude ab 2022 das örtliche Quartiersmanagement, ein Café und einen Inklusionskindergarten mit zwei Ganztagesgruppen sowie 12 Wohnungen für Betreutes Wohnen und drei Apartmentwohnungen für Studenten beherbergt.

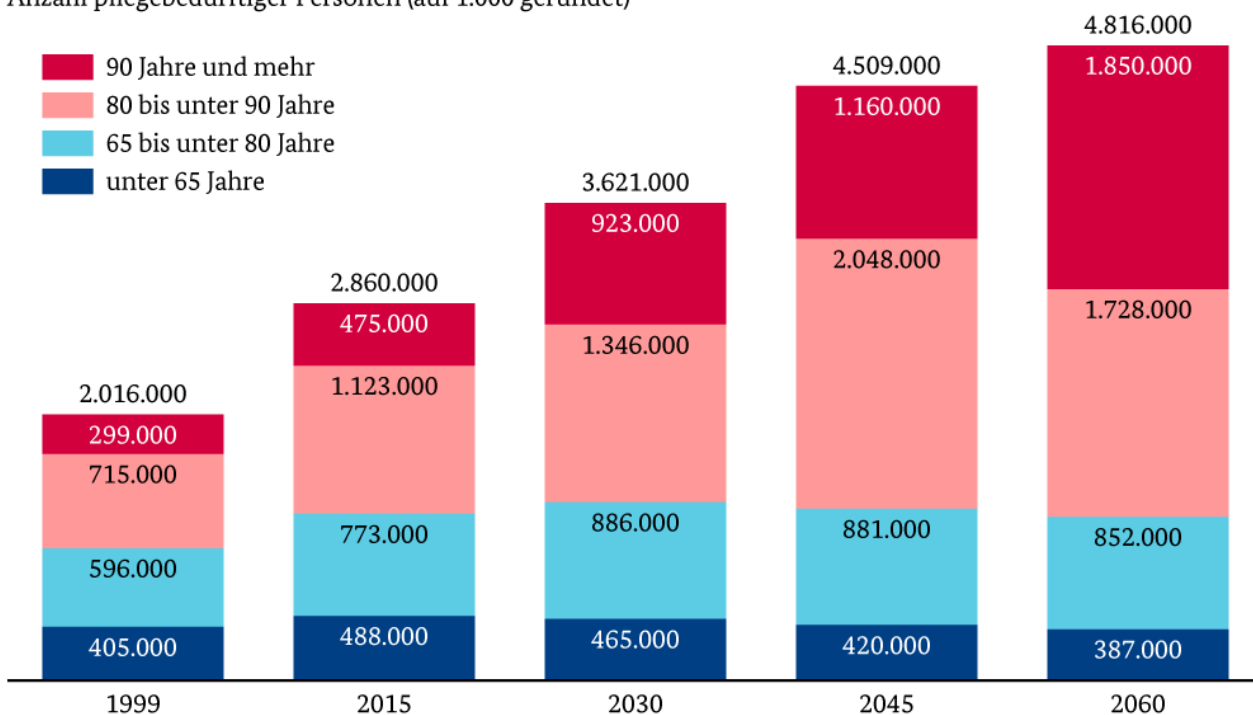
6. Prognosen und Entwicklungen

6.1 Bundesweite Prognosen im Bereich der Pflege

Die langfristige bundesweite Entwicklung, wonach die Zahl älterer Menschen steigt und ihr Bevölkerungsanteil zunimmt, setzt sich fort. Da Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig sind, wächst auch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen. Zwischen 1999 und 2015 ist sie von 2,0 auf 2,9 Millionen gestiegen. Unter der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten unverändert bleiben und sich die Bevölkerung entsprechend der Bevölkerungsvorausberechnung entwickelt, könnte die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 auf 4,8 Millionen steigen. Damit wären rund sieben Prozent der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig, ein doppelt so hoher Anteil wie heute. Ein wesentlicher Treiber dieser Entwicklung sind die Babyboomer-Jahrgänge, die Ende der 1950er Jahre und in den 1960er Jahren geboren wurden und ab 2030 zunehmend die Altersgruppen mit einem höheren Pflegebedarf erreichen. Dies zeigt sich darin, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ab diesem Zeitpunkt vor allem bei den über 80-Jährigen stark wächst. Sobald diese geburtenstarken Jahrgänge aus einer Altersgruppe herauswachsen, sinkt aufgrund schwächerer nachrückender Jahrgänge in der Regel auch wieder die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe. Zur Mitte des 21. Jahrhunderts könnten drei von vier Pflegebedürftigen das 80. Lebensjahr überschritten haben.⁹

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060*

Anzahl pflegebedürftiger Personen (auf 1.000 gerundet)



* Annahmen ab 2030: konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten des Jahres 2015; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

© BiB 2017 / demografie-portal.de

⁹ Demografie Portal des Bundes und der Länder 2017.

Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch auch, dass inzwischen auch zunehmend Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen immer älter werden, altersspezifische Symptomatiken bereits zu einem früheren Lebensalter entwickeln und auch die Lebenserwartung der Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen aufgrund des medizinischen Fortschritts kontinuierlich steigt.

6.2 Entwicklungen im Bereich der Pflege in Baden-Württemberg

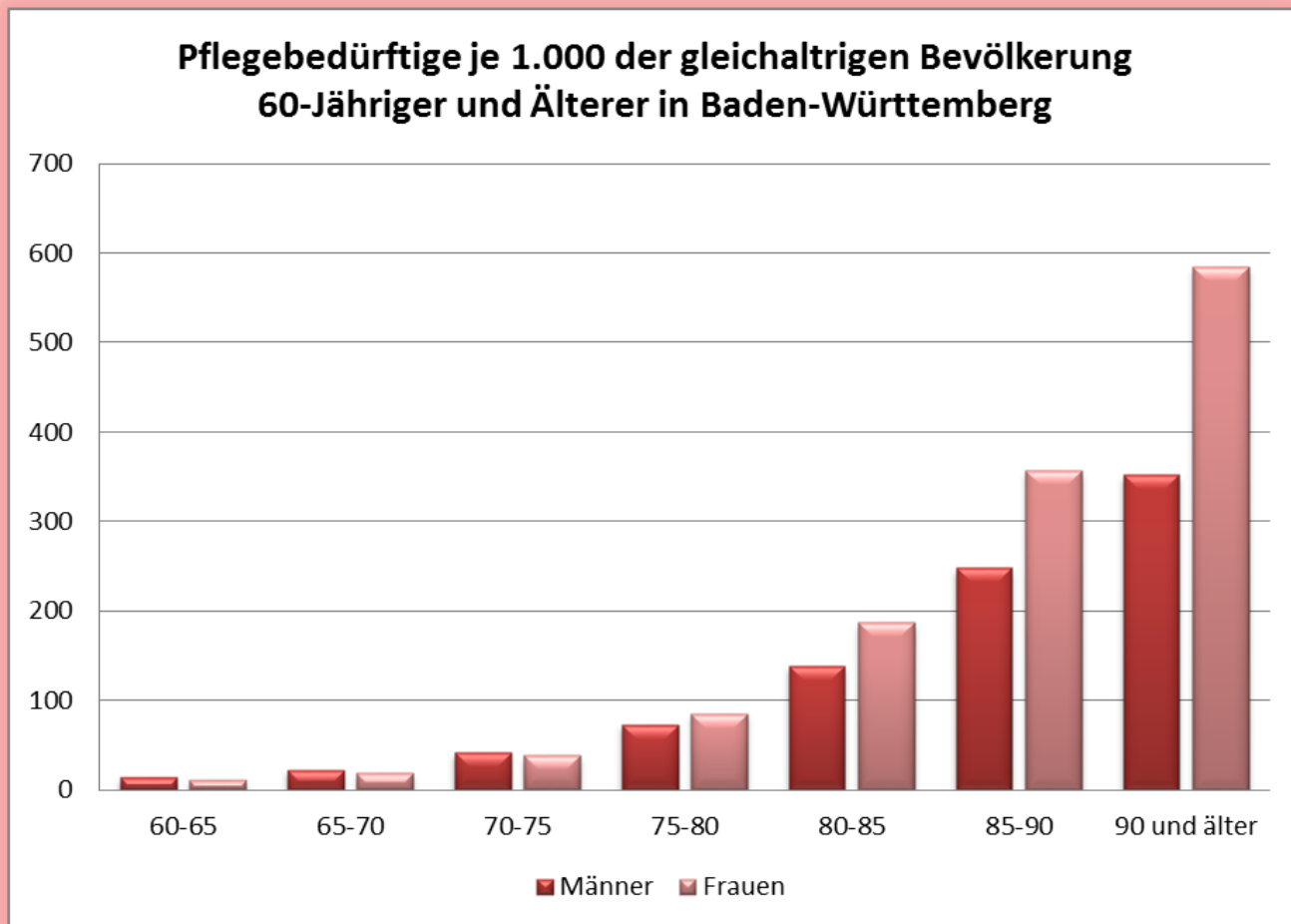
Die Veränderung der Altersstruktur wird gekennzeichnet durch einen Rückgang der Geburtenrate, eine Zunahme der Singularisierung, aber vor allem durch eine steigende Lebenserwartung. Sie ist eine positive Auswirkung des Gesundheitswesens und der verbesserten Lebensbedingungen sowie einer bewussteren Lebensführung. Die durchschnittliche Lebenserwartung im Landkreis Karlsruhe wird zunehmen.

Als zukünftiger Anstieg wird vom Statistischen Landesamt bis 2030 ein Plus von 5 bis 6 % prognostiziert. Ein wesentlicher Aspekt, der die Zahl der Pflegebedürftigen beeinflusst, ist der Anstieg der Lebenserwartung. Sollte die Lebenserwartung weiter steigen, wovon man ausgehen kann, könnte dies zwei unterschiedliche Folgen für das Pflegerisiko haben:

- **Das Pflegerisiko erhöht sich, weil die Menschen zwar Lebensjahre gewinnen, aber sich dadurch nur die Krankheits- und Pflegezeiten verlängern.**
- **Die Krankheits- und Pflegejahre werden hinausgeschoben und die Menschen gewinnen mit der Erhöhung der Lebenserwartung an gesunden Jahren.**

Man geht in Baden-Württemberg eher von der zweiten These aus. Wie groß der Anteil der gesunden Jahre an den hinzugewonnenen Jahren aber insgesamt sein wird, kann derzeit kaum abgeschätzt werden. Gegen ein spürbares Absinken der Pflegewahrscheinlichkeit spricht allerdings, dass Baden-Württemberg die bundesweit niedrigste Pflegequote hat.

Ein Vergleich der Pflegestatistiken von 1999-2017 zeigt, dass die Zahl der ambulant Gepflegten nicht so stark ansteigt, wie zuletzt angenommen. Da sich die Familienstrukturen ändern, dürfte man davon ausgehen, dass die Pflege durch Familienangehörige immer weniger gewährleistet werden kann. Die Zahl der für die häusliche Pflege in Frage kommenden Töchter und Schwiegertöchter nimmt schon aus demographischen Gründen weniger stark zu als die der Pflegebedürftigen. Hinzu kommt, dass die Frauenerwerbstätigkeit zunimmt und die Anforderungen an die Erwerbstätigen, beruflich mobil zu sein, steigen. Die steigende berufliche Mobilität führt dazu, dass der Wohnort der pflegebedürftigen Eltern und der Lebensmittelpunkt der Kinder räumlich auseinanderfallen, wodurch das private Pflegepotential abnimmt.



Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg ist zwischen 1999 und 2015 von knapp 211.000 auf mehr als 328.500 gestiegen. Mehr als 80 % der Pflegebedürftigen haben das 65. Lebensjahr bereits überschritten. Trotz des Anstieges der Zahl pflegebedürftiger Menschen hat Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern den niedrigsten Anteil an (eingestuft-) Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung. Die stationäre Pflege gewann in den letzten Jahren in Baden-Württemberg an Bedeutung: Waren es 2001 noch rund 64.300 Pflegebedürftige, erhöhte sich die Zahl der vollstationären Versorgung bis zum Jahr 2015 auf 92.000. Ein Drittel (36 %) lebten somit in einem Pflegeheim. Damit liegt der Anteil der in stationären Pflegeheimen untergebrachten Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg etwas über dem Bundesdurchschnitt.¹⁰

Unter der Voraussetzung, dass sich das Pflegerisiko der einzelnen Altersgruppen auch künftig nicht wesentlich ändert, könnte in Baden-Württemberg die Zahl der Pflegebedürftigen allein aus demografischen Gründen von ca. 328.500 im Jahr 2015 um ca. 93.000 zunehmen und im Jahr 2030 auf rund 421.000 steigen. Dies wäre ein Anstieg um 28 %. Die Zahl der pflegebedürftigen

¹⁰ KVJS 2018.

Frauen würde bis 2030 um 27 % steigen, die der männlichen Pflegebedürftigen sogar um 31 %. Die Zahl der – von Angehörigen gepflegten (Pflegegeldempfänger) - könnte bis zum Jahr 2030 auf rund 209.000 steigen, das heißt um 23 %, die Zahl der ambulant Gepflegten auf ca. 87.000 und damit um 32 % und die der vollstationär Gepflegten auf 125.000 und damit um 36 %. Für die Jahre 2025-2030 würde sich für Baden-Württemberg dann eine Pflegequote von 3,78 % errechnen.

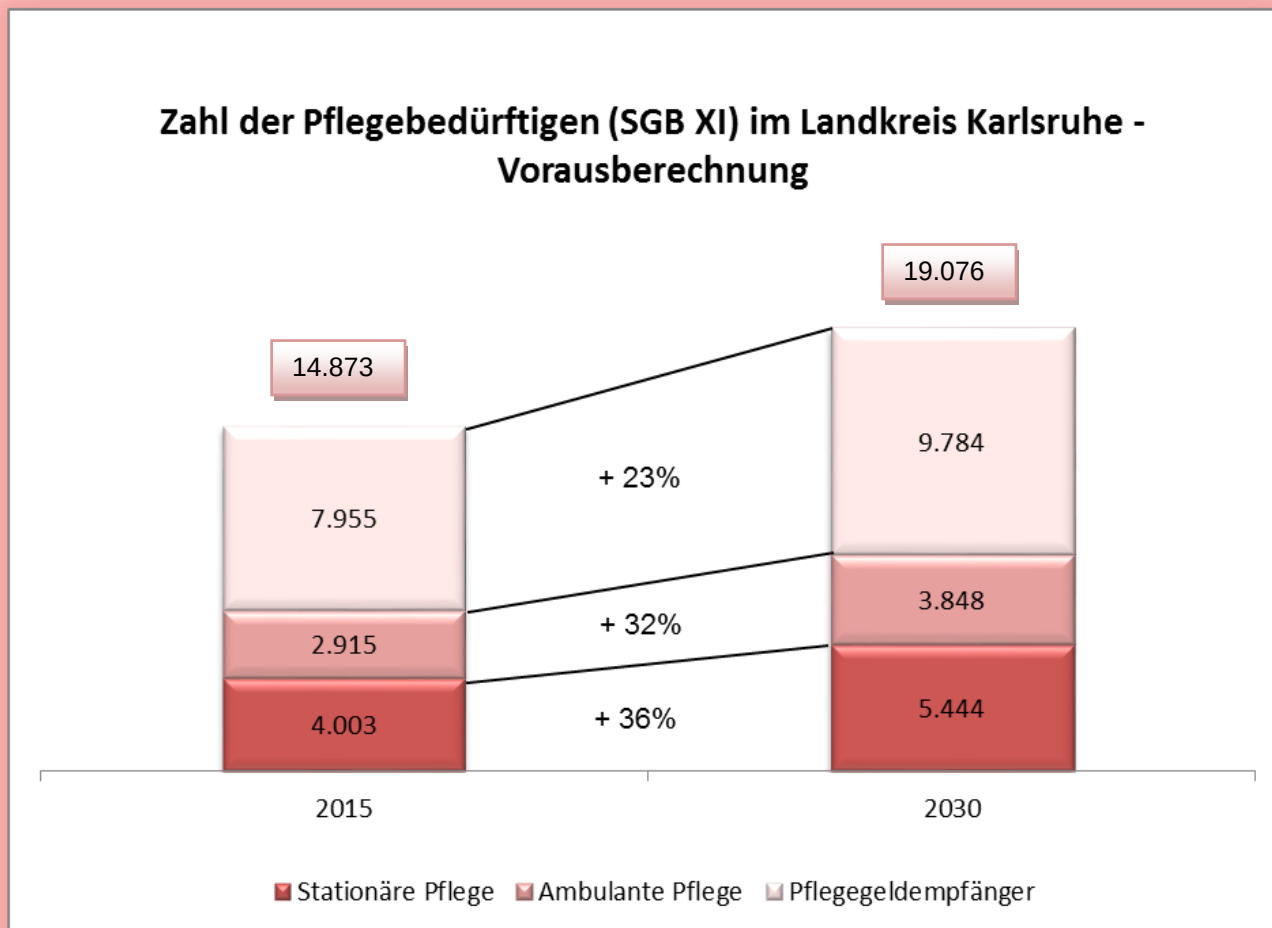
Ausgehend von der Zahl der hochgerechneten Pflegebedürftigen, die von ambulanten und stationären Einrichtungen versorgt werden, kann auch auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Die Modellrechnung geht dabei davon aus, dass sich das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonen bis 2030 nicht wesentlich ändert. Dann würde sich bis 2030 der Bedarf an Pflegekräften und sonstigem Pflegepersonal um 44.500 Personen bzw. 35 % erhöhen und läge somit bei fast 173.000 Personen. Die Entwicklung der professionellen Pflege und der hierfür notwendige Personalbedarf hängt jedoch auch stark davon ab, wie sich die Zahl der Pflegegeldempfänger, also der Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, in Zukunft entwickeln wird.¹¹

Ende 2015 wurden im Rahmen der Pflegestatistik 158.000 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gezählt, das heißt mit Einschränkungen durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Dies entspricht einem Anteil von 48 % an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Damit ist fast jeder zweite Pflegebedürftige im Land mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz belastet. Die meisten dieser Menschen (44,1 %) wurden dabei vollstationär in Pflegeheimen versorgt, 40,8 % ausschließlich von Angehörigen zu Hause und 15,1 % von ambulanten Diensten. Darüber hinaus gab es noch 24.000 Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

¹¹ Statistisches Landesamt Ba-Wü-statistik aktuell 2018.

6.3 Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Karlsruhe

Die Zahl der Pflegebedürftigen wurde im Landkreis Karlsruhe im Jahr 1999 auf ca. 8.900 beziffert. Im Jahr 2015 waren im Landkreis Karlsruhe bereits 14.830 Personen pflegebedürftig. Laut Statistischem Landesamt Baden-Württemberg ist mit einer Zuwachsrate im Landkreis Karlsruhe von ca. 30 % zu rechnen, d. h. bis 2025 wird es 30 % mehr Pflegebedürftige geben (Zum Vergleich: Baden-Württemberg: 28 %, Rhein-Neckar-Kreis: 35 %).¹² Die gravierende Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen macht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kommunen, dem Landkreis und den freigemeinnützigen und privaten Trägern der Altenhilfe und Behindertenhilfe erforderlich, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zukünftig mehr Geltung zu verschaffen.



¹² Statistisches Landesamt Ba-Wü-statistik aktuell 2018.

6.4 Derzeitiger Stand im Landkreis Karlsruhe

6.4.1 Ambulante Pflege

Die überwiegende Mehrheit der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen lebt in privaten Haushalten. Aufgabe der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es vorrangig, die häusliche Pflege und Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Zu den Verrichtungen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören u.a. Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im Landkreis Karlsruhe gibt es ca. 80 nach § 72 SGB XI anerkannte ambulante Pflegedienste in kirchlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft. Nach einer Erhebung des Statistischen Landesamtes wurden 2015 im Landkreis ca. 10.800 Menschen ambulant versorgt. Davon waren 2.915 Personen ambulant pflegebedürftig, d. h. sie wurden ausschließlich von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. 7.955 Personen wurden von Angehörigen und teilweise ambulanten Diensten mitversorgt.¹³

Nach einer Modellrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg auf der Basis 2015, wird die Zahl der insgesamt ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen im Landkreis Karlsruhe bis 2030 um insgesamt 28 % anwachsen. So könnte die Zahl der – von Angehörigen gepflegten - Pflegegeldempfänger bis zum Jahr 2030 um 23 % steigen, die Zahl der ambulant Gepflegten sogar um 32 %. Eine Bedarfssteuerung im Bereich der ambulanten Pflege gibt es nach dem Willen des Gesetzgebers noch nicht. Die Sicherstellung der ausreichenden Versorgung obliegt den Pflegekassen.

Vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl dementiell Erkrankter, sollte die gerontopsychiatrischen Kompetenz der Mitarbeiter des Pflegedienstes verbessert werden. Eine zunehmend größer werdende Zielgruppe werden in den kommenden Jahren auch pflegebedürftige ältere Migranten sein. Dies bedeutet, dass sich die Pflegedienste auch auf die spezifischen Bedürfnisse ausländischer Mitbürger werden ausrichten müssen. Gleiches gilt für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die Leistungen der Pflegeversicherung zum Teil auch schon von Kindheit an in Anspruch nehmen müssen.

¹³ Statistisches Landesamt Ba-Wü 2018.

6.4.2 Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

Die überwiegende Zahl der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in Deutschland leben derzeit in privaten Haushalten. Die Chance, im häuslichen Bereich versorgt werden zu können, ist für „jüngere“ Kranke höher als für „Ältere“, für Männer größer als für Frauen, für Kranke, deren Familienangehörige in der Nähe leben, höher als für Alleinstehende. Für Kranke in den früheren bis mittleren Krankheitsstadien ist die Chance, in der Häuslichkeit gepflegt zu werden größer, als für schwer Demenzkranke mit hohem Pflegebedarf.

Angehörige und Nachbarn spielen bei der häuslichen Pflege eine herausragende Rolle. Aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung stoßen die Angehörigen jedoch häufig an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Pflegende benötigen ganzheitliche Unterstützung, d.h. nicht nur bei der Pflege, sondern auch zeitliche und psychosoziale Entlastungen und mehr Informationen über die Krankheit. Bestehende Entlastungsangebote werden nach wie vor nur zögerlich in Anspruch genommen. Gründe dafür sind unzureichende Informationen über das Krankheitsbild „Demenz“, bestehende Entlastungsangebote, psychosoziale Hemmschwellen bei den Angehörigen sowie finanziell-organisatorische Rahmenbedingungen. In den von der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg kreierten Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte werden Pflegebedürftige in der Regel ein- bis zweimal in der Woche halbtags von Ehrenamtlichen mit einem Pflegegeschlüssel von bis zu 1:1 in der Gruppe betreut, unterstützt von einer fachlich qualifizierten Kraft. In dieser Gruppe können auch alleinstehende gerontopsychiatrisch Erkrankte mitbetreut werden.

Im Landkreis Karlsruhe haben sich in den vergangenen Jahren unterschiedliche Beratungs- und Hilfeangebote entwickelt. Hierzu zählen insbesondere die Tagespflege und die Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung. Derzeit gibt es im Landkreis ca. 50 niedrigschwellige Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte (2009 waren es noch 23), davon 9 Betreuungsangebote in der Häuslichkeit und 5 ehrenamtliche Seniorennetzwerke. Wichtig für Betroffene und deren Angehörige ist das Angebot der Beratung und Begleitung in der Pflegesituation und das Aufzeigen von Hilfestrukturen zur Erleichterung der Pflege.

6.4.3 Unterstützungsangebote-Verordnung (UstA-VO) Baden-Württemberg

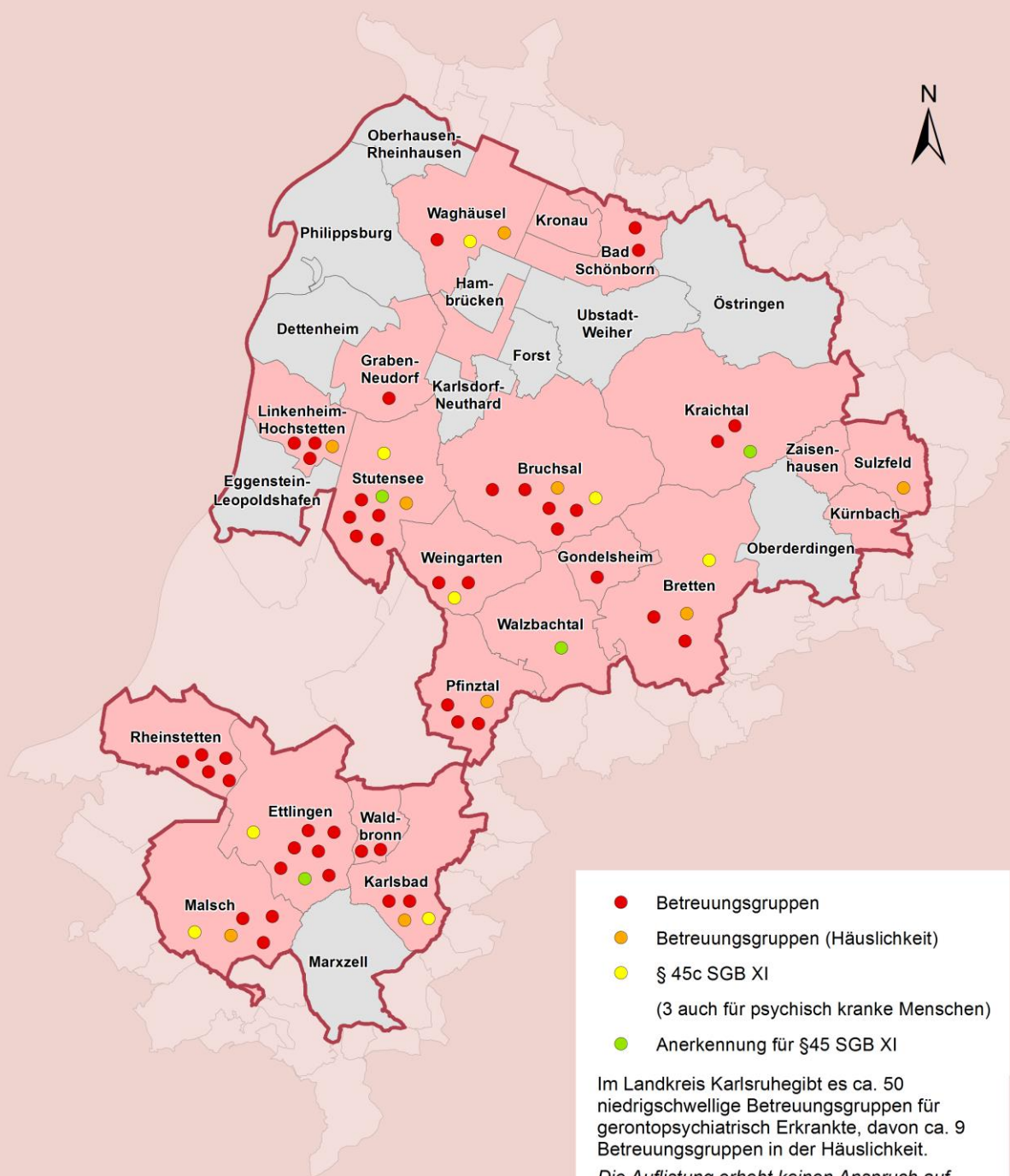
Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG) I und II hat der Gesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, das selbstbestimmte Leben in der eigenen Wohnung zu stärken. So wurde mit dem PSG I die häusliche Pflege durch Leistungsverbesserungen gestärkt. Mit dem PSG II und dem damit einhergehenden neu geschaffenen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der Pflegebedürftigkeit nicht mehr „verrichtungs- und defizitbezogen“, sondern „ressourcenbezogen und auf Alltagskompetenzen ausgerichtet“ definiert, wird unter anderem der Personenkreis der Menschen, die Unterstützungsleistungen erhalten können, erweitert. In diesem Zuge wurde die Regelung der §§ 45 a bis 45 d SGB XI zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, deren Förderung und den Möglichkeiten einer Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung neu gefasst. Waren diese bisher Menschen mit dementiellen Erkrankungen vorbehalten, können nun alle Leistungsberechtigten nach § 14 SGB XI, die zu Hause leben – ob somatisch oder in der Alltagskompetenz eingeschränkt – unter bestimmten Voraussetzungen von diesen Leistungen profitieren.

In Baden-Württemberg besteht im Umfeld der Pflege schon immer ein großes ehrenamtliches Engagement. Dies greift die neue UstA-VO (verkündet 09.02.2017) auf, indem sie sich in ihren Inhalten am praktizierten Ehrenamt orientiert. Mit Blick in die Zukunft werden auch den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen im Sinne der sorgenden Gemeinschaft im Quartier Rechnung getragen. Die Verordnung hat das Ziel, häusliche Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegesituationen zu stabilisieren und für Qualität und Transparenz des Angebots zu sorgen. Dabei sind zwei Formen von Angeboten möglich:

1. Angebote, in denen ehrenamtlich Engagierte sowie aus der Bürgerschaft Tätige unter fachlicher Anleitung die allgemeine Beaufsichtigung, Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen übernehmen.
2. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen mit beschäftigtem Personal zur ergänzenden Unterstützung hauswirtschaftlicher Versorgung und Bewältigung von sonstigen Alltagsanforderungen im Haushalt.

Die UstA-VO ist somit ein weiterer Baustein, der dazu beiträgt, dass pflegebedürftige Menschen bei der Realisierung des Wunsches nach einem möglichst selbstbestimmten Leben in der eigenen Häuslichkeit unterstützt werden können und ist somit für pflegende Angehörige ein wichtiges Entlastungs- und Unterstützungsangebot.

Betreuungsgruppen - Demenz



Im Landkreis Karlsruhe gibt es ca. 50 niedrigschwellige Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte, davon ca. 9 Betreuungsgruppen in der Häuslichkeit.

Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Planungen: pro 10.000 Einwohner eine BG

Stand: April 2019

Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Mensch und Gesellschaft

© Landratsamt Karlsruhe, GIS-Zentrum
Datenquelle: Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung (LGL BW)
Az.: 2851.9-1/45

Erstellung: April 2019 // ML

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10 Kilometer



6.4.4 Tagespflege

In Tagespflegeeinrichtungen werden (nicht dauernd bettlägerige, jedoch gruppenfähige) pflegebedürftige ältere Menschen an bis zu sieben Tagen in der Woche tagsüber versorgt und betreut. Für die Beförderung steht ein Fahrdienst zur Verfügung. Tagespflege zielt darauf ab, die Selbständigkeit zu erhalten bzw. sie zurückzugewinnen. Tagespflege will zum einen die Lücke zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der stationären Versorgung im Heim schließen, zum anderen aber auch eine Entlastung für pflegende Angehörige bringen. Sie stellt damit eine Ergänzung des ambulanten und stationären Hilfeangebots für ältere und kranke Menschen dar.

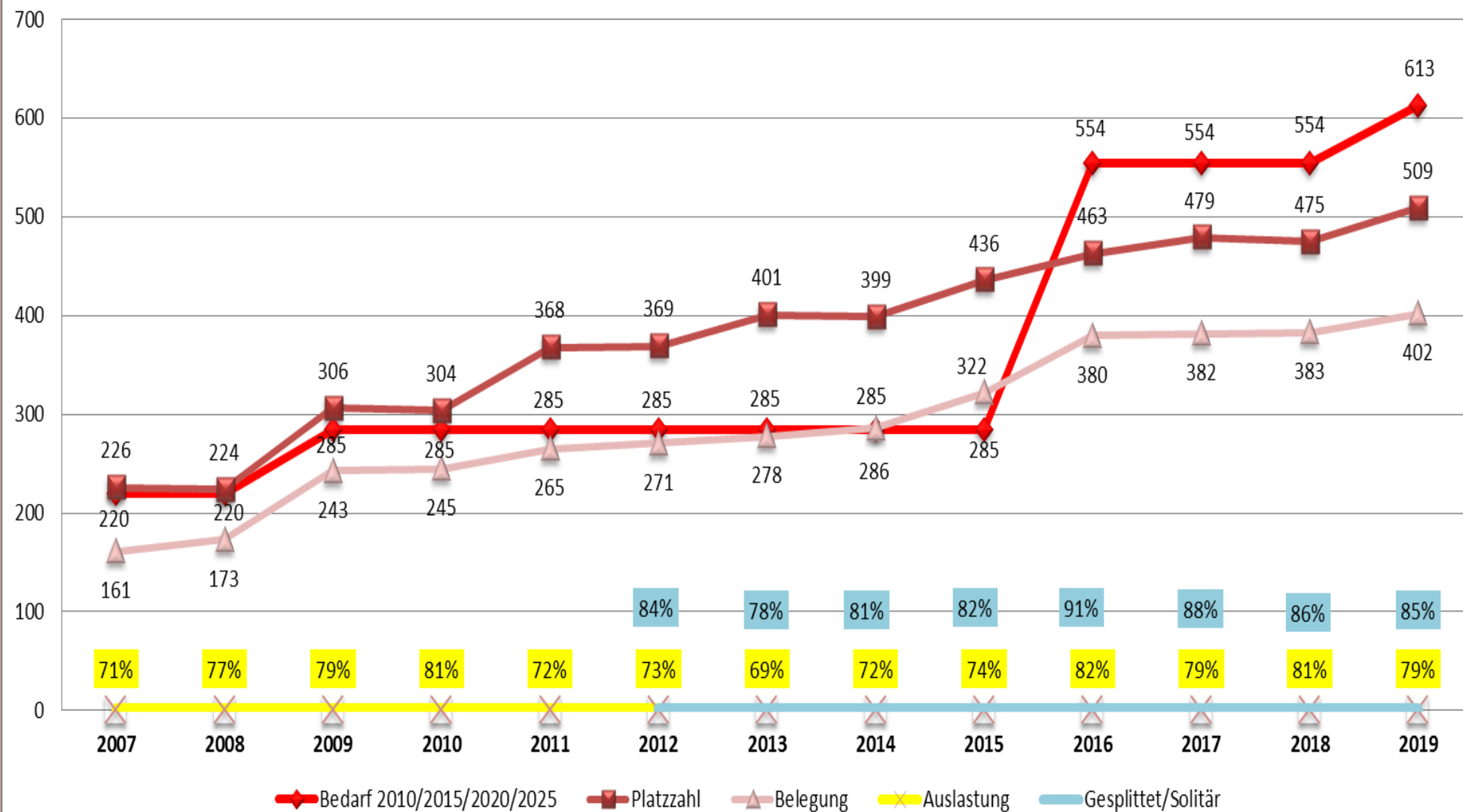
Durch die Aufwertung im Pflegestärkungsgesetz I wird die Tagespflege sowohl als eigenes Angebot als auch als Kooperationspartner ein wertvoller Baustein in der häuslichen Versorgung. Für die Akzeptanz der Tagespflege ist es wichtig, dass sie sich möglichst „heimfremd“ darstellt, selbst wenn sie beispielsweise im Pflegeheim angesiedelt ist: Die Tagespflege verzögert oder/und vermeidet einen Heimaufenthalt. Wenn die Person aber nicht mehr weiß, ob er schon im Heim oder noch in der Tagespflege ist, dann wird diese Einrichtung weniger frequentiert als eine Tagespflege, die vom Pflegedienst betrieben wird.

Neben den ambulanten Pflegediensten lassen sich auch neue Versorgungsketten vorstellen:

- Betreutes Wohnen und eine Tagespflege, die sieben Tage geöffnet hat
- Tagestreff mit Betreuungsgruppe und Tagespflege
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften und Tagespflege (die WG-Bewohner gehen tagsüber in die Tagespflege, sparen dadurch „zu Hause“ die Organisation/Kosten für die Betreuung und Versorgung tagsüber, da nun das Budget der Tagespflege dazukommt)

Im Landkreis Karlsruhe stehen zurzeit 509 Tagespflegeplätze (davon 40 eingestreute Plätze) in 33 Einrichtungen zur Verfügung (Stand: 04/2019). Nach einer Umfrage bei den Tagespflegeeinrichtungen vom April 2019 lag die Auslastung der Plätze bei 85 %. Die Tagespflege wird zur umfassenden pflegerischen Versorgung und Betreuung ebenso genutzt wie zur tageweisen Entlastung pflegender Angehöriger. Nach eigenen Schätzungen wohnen 1/3 der Tagespflegegäste allein zu Hause, 2/3 lebten bei Angehörigen. Die insgesamt 509 Plätze (Stand: 04/2019) wurden zum Zeitpunkt der Umfrage von 402 Personen regelmäßig in Anspruch genommen. In 8 Einrichtungen war eine Vollbelegung zu verzeichnen. Die Finanzierung erfolgt zu 98 % aus Leistungen der Pflegeversicherung, ergänzt durch eigene Mittel. In 2 % wird auch Sozialhilfe in Anspruch genommen.

Vergleich Tagespflege 2007-2019



In welchen Umfang der Bedarf an Tagespflegeplätzen künftig steigt, hängt allerdings nicht nur von der demografischen Entwicklung (der Zahl der Pflegebedürftigen und der Entwicklung der informellen Pflege), sondern auch von politischen Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung, Arbeitslosigkeit, berufliche Mobilität etc.) ab.

Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze I und II dürfte sich die Nachfrage nach Tagespflege erhöhen. Wurde bisher die Tagespflege auf den Anspruch der ambulanten Leistungen angerechnet, bleibt nun ein voller Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten. Zudem wird die Tagespflege durch die Anrechnung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen finanziell wesentlich attraktiver für die Pflegebedürftigen. Wenn man alle verfügbaren ambulanten Budgets summiert, ergeben sich sehr deutliche Finanzierungsvorteile gegenüber der vollstationären Versorgung. In jeder Pflegestufe stehen in der Kombination mehr bzw. deutlich mehr Leistungen zur Verfügung als stationär. Teilweise ist ambulant in der Kombination sogar doppelt so viel Leistung abrufbar wie im Pflegeheim. Tatsächlich stellt sich nun die Kombination aus ambulanter Pflege und Tagespflege zunehmend als Alternative zu einer Heimversorgung dar.

Das Angebot der Tagespflege sollte im Landkreis Karlsruhe daher weiter ausgebaut werden. Öffnung der Tagespflege für ältere Menschen mit Behinderungen nach Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen bzw. aus Förder- und Betreuungsgruppe, Tagesförderstätte wird empfohlen.

Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Karlsruhe



Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Mensch und Gesellschaft

© Landratsamt Karlsruhe, GIS-Zentrum
Datenquelle: Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung (LGL BW)
Az.: 2851.9-1/45

Erstellung: April 2019 // ML

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10
Kilometer



6.4.5 Kurzzeitpflege (KZP)

Die Kurzzeitpflege ist ein ganz wesentliches Element zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Vordringlicher Wunsch älterer Menschen ist es, auch bei steigendem Unterstützungs- und Pflegebedarf in ihrer Häuslichkeit verbleiben zu können. Primäres Ziel muss es deshalb sein, sie dort zu unterstützen, zu pflegen und zu betreuen. Falls es vorübergehend nicht möglich ist, die häusliche Pflege selbst zu organisieren, müssen ausreichende Angebote vorgehalten werden, die den Menschen während dieser Zeit geeignete Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten bieten, damit die Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit verbleiben oder dahin zurückkehren können. Landesweit macht sich zunehmend ein Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen bemerkbar: Probleme gibt es insbesondere bei unvorhergesehenem Ausfall der Betreuungsperson und dem Fehlen weiterer Angehöriger vor Ort, weil eine ad-hoc-Vermittlung auf einen Kurzzeitpflegeplatz, wenn überhaupt, nur unter großen Schwierigkeiten möglich ist. Insbesondere in den Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden sind kurzfristige Betreuungsmöglichkeiten kaum realisierbar. Verschärft hat sich die Situation dadurch, dass die sogenannten „blutigen Entlassungen“ aus dem Krankenhaus zunehmen und mit der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V ein neues Leistungselement der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen wurde, welches den Druck auf die Kurzzeitpflegeangebote weiter verstärkt. Hinzu kommt, dass die notwendige Entlastung pflegender Angehöriger künftig ohne eine ausreichende Vorhaltung von Kurzzeitpflegeplätzen nicht möglich sein wird. Schließlich fehlt es häufig auch an der unmittelbaren Überleitung älterer Menschen in geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Auch hier sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert.

Das Problem fehlender Kurzzeitpflegeplätze ist auch beim Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg angekommen. Inzwischen hat sich unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Integration ein „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“ konstituiert mit dem Auftrag, die Themenfelder, die direkt oder indirekt mit der Kurzzeitpflege zu tun haben - also insbesondere Vergütung, investive Förderung, Finanzierung durch die Sozialhilfe, die Beurteilung von kommunalen Zuschüssen, die strukturelle Rolle der Kommunen sowie das Ordnungsrecht - einer ganzheitlichen Betrachtung zu unterziehen.

Situation im Landkreis Karlsruhe

Auch im Landkreis Karlsruhe steigt die Nachfrage nach Kurzzeitpflege. Obwohl aktuell 219 Kurzzeitpflegeplätze in 52 Altenpflegeheimen landkreisweit vereinbart und eingerichtet sind, haben Angehörige von ambulant Pflegebedürftigen Probleme, kurzfristig einen Kurzzeitpflegeplatz zugesagt zu bekommen. Die Mehrzahl der Einrichtungen verfügt über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, die je nach Bedarf belegt werden. Zum Teil gibt es in den Einrichtungen auch Kurzzeitpflegeplätze, die

fest für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege freigehalten werden. Diese Plätze sind häufig im Voraus ausgebucht, da pflegende Angehörige diese als Entlastung und als „Urlaubsvertretung“ nutzen. Die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze werden nicht generell freigehalten, teilweise werden sie auch für die Dauerpflege genutzt. Da die wenigen festen Kurzzeitpflegeplätze in der Regel ausgebucht sind, können Anfragen mit akutem Bedarf häufig nicht berücksichtigt werden. Dies betrifft Bedarfe wie die Nachsorge bei Entlassung aus dem Krankenhaus, dringende Entlastung pflegender Angehöriger beziehungsweise mangelnde Versorgung in der Häuslichkeit. Für die Pflegeeinrichtungen verursacht die Kurzzeitpflege, vor allem im Akutfall, einen hohen organisatorischen und personellen Aufwand, weil die routinierten Abläufe im Pflegeheim unterbrochen bzw. gestört werden. Schwierig ist auch die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Hinzu kommt, dass bei der Überleitung aus den Krankenhäusern der tatsächliche Pflegeaufwand nur schwer abzuschätzen ist.

Um kurzfristig mehr verfügbare Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Karlsruhe zu schaffen, ist eine differenzierte Trennung von Dauerpflege, solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege notwendig. Zu unterscheiden ist zwischen

- (lediglich) eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen
- (echt) solitärer Kurzzeitpflege ohne jede Anbindung an ein Pflegeheim oder ein Krankenhaus
- solitärer Kurzzeitpflege mit einem Krankenhaushintergrund
- ganzjährig vorgehaltene Kurzzeitpflegeplätze in einem Pflegeheim.

Angestrebt wird ein Ausbau fester (für Kurzzeitpflege freigehaltene) Plätze innerhalb der Einrichtungen. Die vom Land beabsichtigten Verbesserungen bei der investiven Förderung wird den Mangel an dauerhaft zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätzen allerdings nur unwesentlich beheben, vielmehr bedarf es einer besseren Finanzierung des laufenden Betriebs, um Anreize für die Schaffung zusätzlicher Plätze zu geben. Ein weiterer Mosaikstein zur Problemlösung könnte ein Ausbau des „Betreuten Service Wohnen“ sein, wie es die ökumenische Diakoniestation Pfinztal bereits seit längerem anbietet (vier Plätze) und künftig um weitere acht Plätze ausbauen möchte. Dort wird durch die Erbringung häuslicher Pflege- und Betreuungsleistungen in Form einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit anerkannter ambulanter Pflegedienste die Versorgungssicherheit gewährleistet.

Bis Jahresende 2019 sollen in 52 Landkreisheimen ca. 50 feste und 200 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze geschaffen werden. Langfristig sind ca. 170 solitäre Kurzzeitpflegeplätze in Planung.

6.4.6 Vollstationäre Pflege

Stationäre Dauerpflege wird in Pflegeheimen angeboten. Stationäre Dauerpflegeplätze stehen für die zeitlich unbefristete Aufnahme von Pflegebedürftigen zur Verfügung. Sie können auch zeitlich befristet in Anspruch genommen werden (eingestreute Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege). Vollstationäre Pflege zielt darauf ab, pflegebedürftige Menschen dauerhaft zu pflegen und zu betreuen. Sie stellt damit eine Ergänzung des ambulanten und teilstationären Hilfeangebots für ältere und kranke Menschen dar. Die Vorgabe des Landespflegeplanes, den Ausbau stationärer Pflegeleistungen zunehmend in Richtung auf kleinräumige, ortsnahe Versorgungsstrukturen auszurichten, wurde im Landkreis Karlsruhe umgesetzt. Entsprechend der Zielsetzung des Landes gingen auch Städte und Gemeinden davon aus, dass Pflegebedürftige, unabhängig vom jeweiligen Wohnort, im Bedarfsfall die erforderlichen Hilfen zeitnah und lebensnah in Anspruch nehmen können.

Im Hinblick auf die Planungen bis 2025 werden seit Jahren Stichtagserhebungen (01.07. jeden Jahres) über Pflegeheimplätze und Belegung im Landkreis Karlsruhe durchgeführt. An der Umfrage beteiligten sich alle Pflegeheime im Landkreis. Im Jahr 2019 wurde festgestellt, dass **4.095** Dauerpflegeplätze in Pflegeheimen eingerichtet sind.

Aufgrund der Bedarfseckwerte für das Jahr 2025 (4.737 Plätze) besteht im Landkreis Karlsruhe bis ins Jahr 2025 ein Fehlbedarf von **642** Plätzen. Im Vergleich zum Vorjahr (01.07.2018) ist die Zahl der Dauerpflegeplätze leicht gesunken (**4.239** Plätze, -144). Dies stellt gemessen am Bedarf (4.737 Plätze-obere Variante, hochgerechnet auf das Jahr 2025), ein Fehlbedarf von **642** Pflegeplätze dar (2018: -362). Die Zahl der freien Plätze ist von 334 (01.07.2018) auf **259** Plätze gesunken. Die Belegungsquote liegt bei **93,7%** (2018: 92%). In 49 Heimen gibt es nur **25** feste Kurzzeitpflegeplätze. **211** eingestreute KZP wurden angegeben. Davon waren **188** Plätze belegt. Von den 3.836 belegten Plätzen stammen **1.644** (42,9%) der Bewohner aus den Standortgemeinden der Pflegeheime. **1.310** Menschen (34,2%) kommen aus und 866 (22,6%) außerhalb des Landkreises. **282** Bewohner kamen aus der Stadt Karlsruhe. Die Zahl der Sozialhilfeempfänger in den Heimen ist von 858 auf **745** gesunken. Aus dem Landkreis Karlsruhe benötigen z.Zt. **840** Personen Sozialhilfe (2018: 830). Davon sind **579** Sozialhilfeempfänger in den Heimen des Landkreises wohnhaft. Dies entspricht einer Quote von **69%** (2018: 68,8%). Die durchschnittliche Verweildauer ist von 30,2 Monate (2018) auf **30,3** Monate gestiegen. Analog dazu hat sich das durchschnittliche Alter der Heimbewohner von 83,8 auf **83,9** Jahre leicht erhöht. Das Durchschnittsalter steigt bisher bei relativ gleichbleibender Verweildauer. Der Fehlbedarf an Heimplätzen ist u.a. der Landesheimbauverordnung geschuldet. Dieses Thema wird unter Punkt 7.2 erläutert.

Aufgrund eines Konkurrenzdrucks zwischen den Pflegeheimen, versuchen die Heime sich zu spezialisieren. Der Trend, Wohngruppenlösungen - vor allem für Demenzkranke - anzubieten hat sich in den letzten Jahren stark ausgeprägt. Um den Bedürfnissen dieser Zielgruppe in der stationären Pflege besser und adäquater gerecht werden zu können, wurden in den letzten Jahren zunehmend innovative Wohn- und Betreuungsgruppen für Demenzkranke eingerichtet. Ziel dieser Konzeptionen ist es, dem demenzkranken Menschen in der letzten Lebensphase über die bisherige Pflegekonzeption der psycho-sozialen Pflege und Begleitung hinaus, eine bedürfnisgerechte Lebensbegleitung anzubieten. Die Lebensqualität der demenzkranken Menschen wird dadurch in optimaler Weise gefördert.

Die Zahl der „beschützenden“ Wohnbereiche für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen steigt ebenfalls. Neue Konzeptionen für Langzeitbeatmungen, Wachkomapatienten, psychiatrische- und junge Pflege im Pflegeheim werden vorgestellt.

Im Zuge der umfassenden Neuausrichtung des Martinshauses Berghausen, Pfinztal - bisher eine Einrichtung der Behindertenhilfe - in Trägerschaft des Badischen Landesvereins für Innere Mission werden u.a. 16 Plätze „Junge Pflege“ realisiert werden. Nach wie vor können pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe die ihnen gegenüber ihrer Pflegeversicherung bestehenden Leistungen weder qualitativ noch quantitativ in vollem Umfang in Anspruch nehmen. Ihre seit Jahren immer wieder geforderte Gleichstellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung wurde weder durch die Pflegestärkungsgesetze I bis III noch im Bundesteilhabegesetz (BTHG) realisiert. Um ihnen bei zunehmender Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI dennoch den Zugang zu ihren Versicherungsleistungen umfassend zu ermöglichen, sind Wohn-Pflege-Heime bei einer stationär notwendigen Wohnform im Einzelfall ein alternatives Wohnangebot. Wohn-Pflege-Heime sind stationäre Wohnangebote mit Versorgungsvertrag nach SGB XI; notwendige Leistungen zur Teilhabe der Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft werden im Rahmen einer *Sonstigen Pauschale* (Vereinbarung nach SGB XII) gewährt. Im Landkreis Karlsruhe gibt es bisher zwei Wohn-Pflege-Heime in Bruchsal:

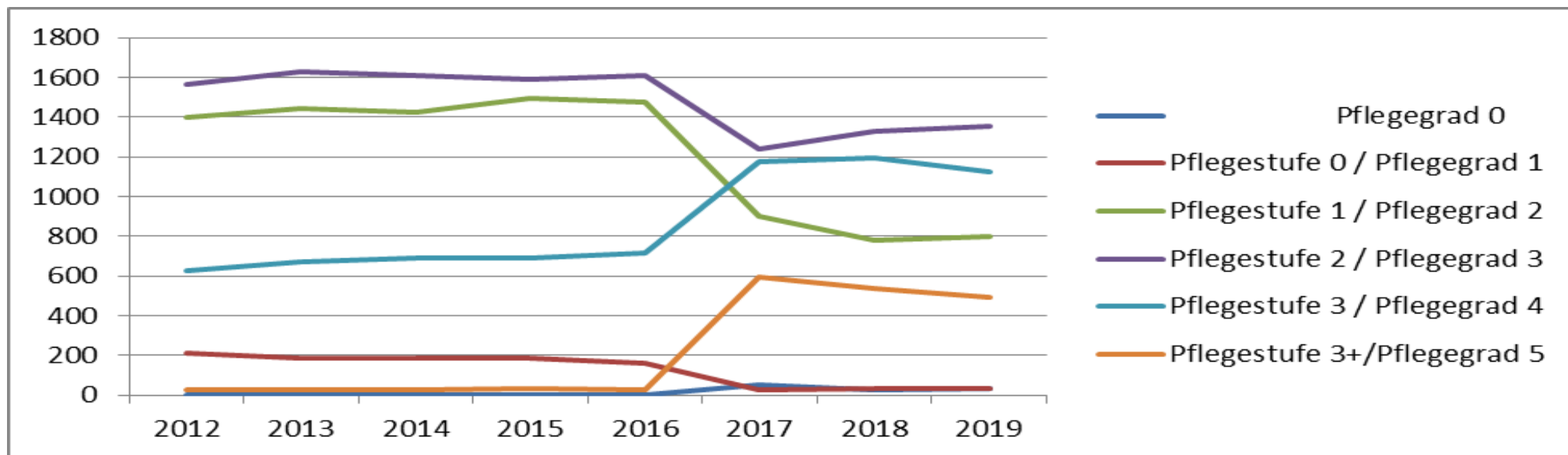
- seit vielen Jahren für schwer mehrfachbehinderte Erwachsene in Trägerschaft von Reha Südwest (28 Plätze) und
- seit Juli 2015 für pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung in Trägerschaft der Lebenshilfe Bruchsal-Bretten im Zuge der umfassenden Sanierungs- und Modernisierungsnotwendigkeit des bisherigen Wohnheimes I (30 Plätze).

Ein weiteres Heim entsteht derzeit in Linkenheim-Hochstetten mit insgesamt 24 Plätzen in Trägerschaft der Johannes-Diakonie.

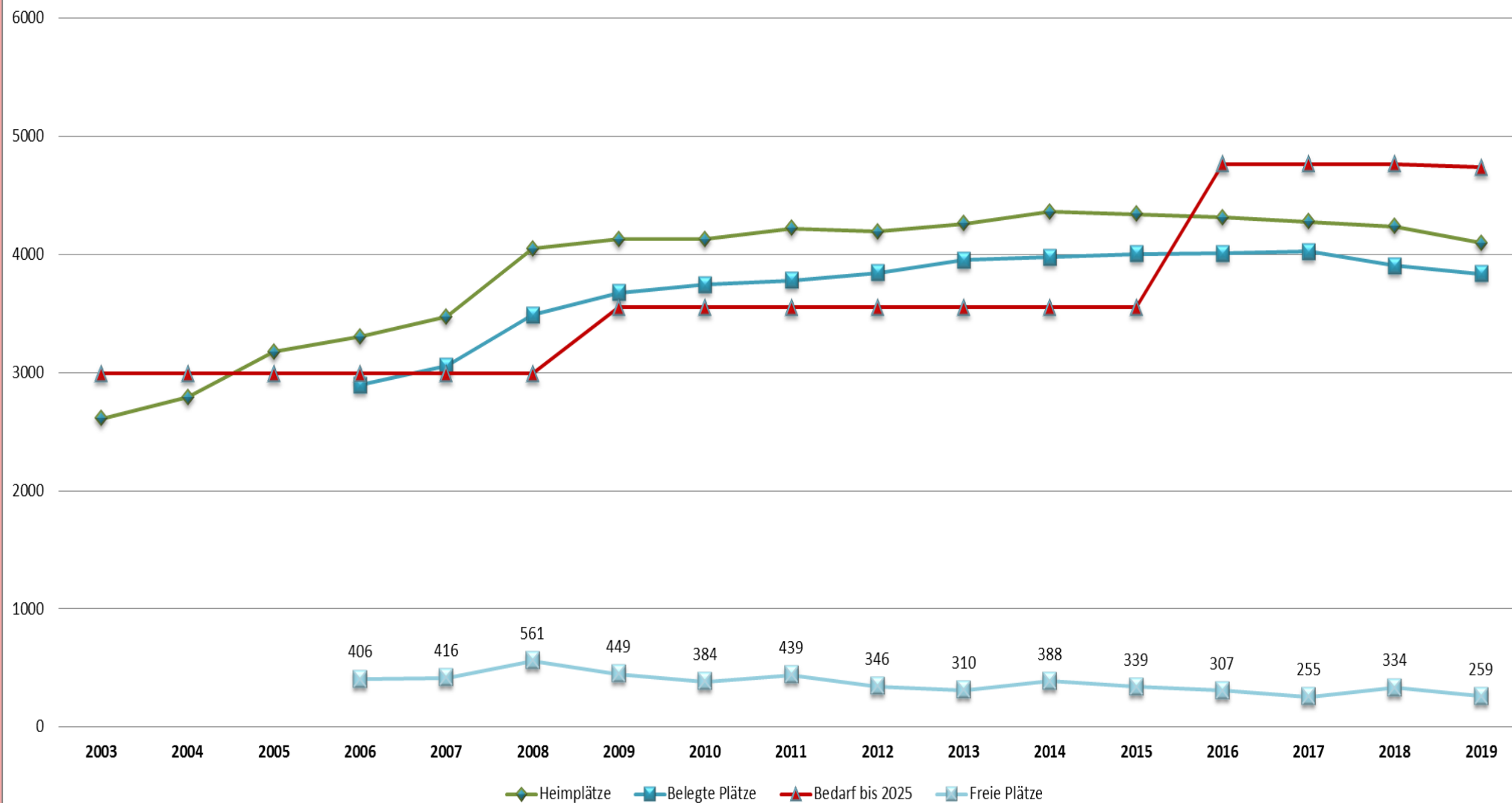
Gesamtauswertung											Stichtagsumfrage 01.04.2019													
Einzugsbereiche	Platzzahl	Belegte Plätze	Freie Plätze	KZP (fest)	KZP (eingestreut)	KZP belegt	aus Standortgemeinde	aus Landkreis KA	außerhalb Landkreis	davon aus Stadt KA	Pflegegrade						Durchschnittliches Alter	Durchschnittliche Verweildauer (Monate)	Zahl der Selbstzahler	Zahl der Sozialhilfe-empfänger	Bedarf nach Kreispflege-planung 2025 (obere Variante) +5%	Fehlbedarf		
											0	1	2	3	4	5								
Einzugsbereiche 1 - 16 aktuell:	4.095	3.836	259	25	211	188	1.644	1.310	866	282	34	32	797	1.357	1.125	495	83,9	30,3	3.091	745	4.737	-642		
Prozent:		93,7%	6,8%				42,9%	34,2%	22,6%	7,4%	0,9%	0,8%	20,8%	35,4%	29,3%	12,9%			80,6%	19,4%				
Zahl der SH-Empfänger (Hilfe zur Pflege) Landkreis Karlsruhe:																				840				
davon in Landkreisheimen:																				579				

Verteilung der Pflegestufen, ab 2018 Pflegegrade:

	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
Pflegegrad 0																
Pflegestufe 0 / Pflegegrad 1	209	5,4	184	4,7	189	4,8	188	4,7	159	4,0	27	0,7	35	0,9	34	0,9
Pflegestufe 1 / Pflegegrad 2	1.401	36,4	1.443	36,5	1.426	35,9	1.497	37,4	1.478	36,9	900	22,4	782	20,0	797	20,8
Pflegestufe 2 / Pflegegrad 3	1.564	40,6	1.630	41,2	1.612	40,6	1.590	39,7	1.611	40,2	1.238	30,8	1.326	34,0	1.357	35,4
Pflegestufe 3 / Pflegegrad 4	624	16,2	669	16,9	688	17,3	692	17,3	715	17,8	1.177	29,2	1.197	30,7	1.125	29,3
Pflegestufe 3+/Pflegegrad 5	25	0,7	28	0,7	29	0,7	32	0,8	28	0,7	596	14,8	537	13,8	495	12,9



Entwicklung der vollstationären Pflegeplätze im Landkreis Karlsruhe



7. Bedarfseckwerte 2025 für den Landkreis Karlsruhe

Die aktuelle Ermittlung der Bedarfseckwerte für das Jahr 2025 knüpft methodisch an die bisherige Systematik des Landespflegeplans bzw. die letzte, auf Initiative vom Städte- und Landkreistag erfolgte Fortschreibung an, so dass die ermittelten Werte insofern vergleichbar sind bzw. eine Kontinuität in der Bedarfsermittlung besteht.

Wesentliche Grundlagen der Bedarfsermittlung sind damit statistisch erhobene Angaben zur tatsächlichen Inanspruchnahme stationärer Pflegeangebote sowie die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis zum Zieljahr der Planung. Die empirische Basis der Berechnung von Bedarfseckwerten stützt sich damit vor allem auf zwei Datenquellen:

- Dies ist zum einen die Hauptvariante der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes bis zum Jahr 2035, die vom kommunalen Gebietsstand am 01.10.2009 und dem hochgerechneten Bevölkerungstand in den Kommunen am 31.12.2014 ausgeht,
- und zum anderen eine vom Statistischen Landesamt durchgeführte Sonderauswertung der Landesergebnisse der Bundespflegestatistik mit dem Erhebungsstand 15.12.2015.

Die Berechnung der stationären Bedarfseckwerte für die Jahre 2015 und 2020 erfolgte anhand der Bevölkerungsvorausrechnung 2008. Jetzt wird von der Vorausrechnung mit dem Basisjahr 2014 bei der Bedarfseckwertberechnung für das Jahr 2025 ausgegangen. Die Ausgangsbevölkerung der Vorausrechnung 2008 basiert auf den Fortschreibungsergebnissen der Volkszählung 1987, diejenige der Vorausrechnung 2014 auf den Fortschreibungsergebnissen des Zensus 2011.

Durch den Zensus 2011 wurden vor allem auch die Bevölkerungszahlen im höheren Alter nach unten korrigiert, so zum Beispiel die landesweite Zahl der 90-jährigen am 31.12.2011 von 90.377 auf 75.640 Personen. Die aktuelle Bevölkerungsvorausrechnung weist damit in den oberen Altersgruppen zum Teil deutlich geringere Häufigkeiten aus als dies bei früheren Berechnungsvarianten für das gleiche Zieljahr der Fall war. Dies hat nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Berechnung des künftigen Bedarfs an stationären Pflegeangeboten. Würden jetzt die Bedarfseckwerte für das Jahr 2020 anhand der aktuellen Bevölkerungszahlen neu ermittelt, lägen diese deutlich unter denen früherer Schätzungen. Dieser Sachverhalt erklärt auch den relativ geringen Anstieg der Bedarfseckwerte für das Jahr 2025 gegenüber den zuletzt ermittelten Werten für 2020.¹⁴

¹⁴ Messmer, Peter 2018.

Wie bei der bisherigen Kreispflegeplanung beziehen sich auch die neuen Werte für das Jahr 2025 auf die Grundversorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeangeboten, dabei vorrangig auf den Pflegebedarf i. S. des SGB XI und ausschließlich auf Pflegeangebote in Einrichtungen der Altenhilfe. Die Angaben zur Tagespflege beziehen sich auf das regelmäßig ganzjährig für diesen Verwendungszweck verfügbare Angebot.

Nicht berücksichtigt ist der Bedarf an zusätzlichen Plätzen, der durch die Umsetzung der Vorgaben der Landesheimbauverordnung, also durch den Abbau von Plätzen in Doppelzimmern entstehen kann. Dieser Effekt lässt sich nicht hinreichend zuverlässig abschätzen und kann allenfalls mit Kenntnis der jeweiligen örtlichen Situation auf Gemeindeebene erfasst werden. Allerdings ist der Abbau von Plätzen in Mehrbettzimmern kein neuer Prozess, sondern eine bereits seit längerem beobachtbare Entwicklung.

Grundsätzlich zu berücksichtigen ist, dass auf der Grundlage der verfügbaren Datenbasis keine Prognosen i. S. von Vorhersagen, sondern nur Einschätzungen zu wahrscheinlichen Entwicklungen möglich sind, die ggf. an sich verändernde Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Zudem ist zu bedenken, dass die Bedarfsvorausschätzungen mit abnehmender Gebietsgröße, auf die sie sich beziehen, unsicherer werden (können). Trotz aller Unsicherheiten hat sich das geschilderte Verfahren in den vergangenen Jahren jedoch durchaus bewährt, zumal auch keine bessere Alternative verfügbar ist - zumindest keine, die mit einem vergleichbaren Aufwand leistbar und regelmäßig mit überschaubarem Aufwand aktualisierbar wäre.

Vor dem geschilderten Hintergrund erfolgt die Berechnung der Bedarfseckwerte in unterschiedlichen Szenarien:¹⁵

- **Szenario I:** Hier wird unterstellt, dass das Pflegerisiko gleichbleibt, sich die den Pflegebedarf beeinflussenden Faktoren nicht wesentlich ändern oder die Veränderungen sich in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben. Die Zunahme des Pflegebedarfs wird damit ausschließlich als ein Effekt des demografischen Wandels dargestellt.
- **Szenario II:** Hier wird vermutet, dass mit abnehmender Siedlungsdichte der Anteil der in Privathaushalten gepflegten Personen steigt und der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen etwa in gleicher Relation sinkt (Siedlungsstrukturindex).
- **Szenario III (Untere Variante):** Hier wird von einer leicht rückläufigen Nachfragequote ausgegangen, wobei sich ein solcher Rückgang vor allem aus kürzeren Verweilzeiten und Än-

¹⁵ Messmer, Peter, 2018.

derungen des Leistungsrechts ergeben könnte. Bislang war ein Rückgang der Verweilzeiten in Pflegeheimen des Landes empirisch allerdings nicht belegbar. Ob sich aus den diskutierten Änderungen des SGB XI längerfristig tatsächlich eine rückläufige Inanspruchnahme stationärer Pflege ergeben würde, erscheint ebenfalls fraglich. Teilweise wird der leichte Rückgang der Pflegequote in einzelnen Altersgruppen als Trend interpretiert, wonach dann die Zunahme des Pflegebedarfs in den kommenden Jahren geringer ausfallen würde, als dies aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten wäre.

- **Szenario IV (Obere Variante):** Hier wird vor allem in Folge rückläufiger familiärer Pflegepotentiale eine moderate (über den demografisch bedingten Anstieg hinausgehende) Zunahme der Nachfrage nach stationären Pflegeangeboten angenommen. In der bisherigen landesweiten Pflegeinfrastrukturplanung wurde diese Variante als das wahrscheinlichste Szenario bewertet. Angesichts der Planungsunsicherheiten, die sich derzeit u.a. aus den leistungsrechtlichen Veränderungen (insbesondere in Folge der Pflegestärkungsgesetze) ergeben, erscheint es wichtig, zunächst auf regionaler bzw. lokaler Ebene die weitere Entwicklung zu beobachten und auszuwerten.
- Um eine Stärkung und Weiterentwicklung der ambulanten und teilstationären Angebote zu erreichen, bietet es sich an, für die Kreispflegeplanung 2025 das Szenario IV als obere Berechnungsvariante heranzuziehen.
- Die Voraussrechnung für das Jahr 2025 erfolgt jedoch mit kreisspezifischen Bevölkerungszahlen, so dass künftige regionale Unterschiede durchaus abgebildet werden. Weitere regionale Unterschiede werden durch eine Gewichtung der Hochrechnungsergebnisse aufgrund siedlungsspezifischer Rahmenbedingungen für die Versorgung Pflegebedürftiger berücksichtigt.
- Die „überraschend“ geringfügigen Veränderungen der jetzt neu ermittelten Bedarfseckwerte für das Jahr 2025 gegenüber den zuletzt für das Jahr 2020 berechneten Werten lassen sich weiterhin dadurch erklären, dass die aktuelle Hauptvariante der Bevölkerungsvoraussrechnung für den Zeitraum 2020 bis 2025 nur von einem relativ geringen Anstieg hochalt-riger Menschen in Baden-Württemberg ausgeht, also der Bevölkerungsgruppe, die den stationären Pflegebedarf besonders stark beeinflusst. Während jetzt für den Zeitraum 2015 - 2020 eine Zunahme der 80-jährigen und Älteren um 23,8 % angenommen wird, beträgt für die gleiche Altersgruppe der erwartete Anstieg in der Zeit 2020 bis 2025 nur noch lediglich 2,7 %.

Bedarfseckwerte 2025- Landkreis Karlsruhe

Ergebnisse Raumschaftsgespräche



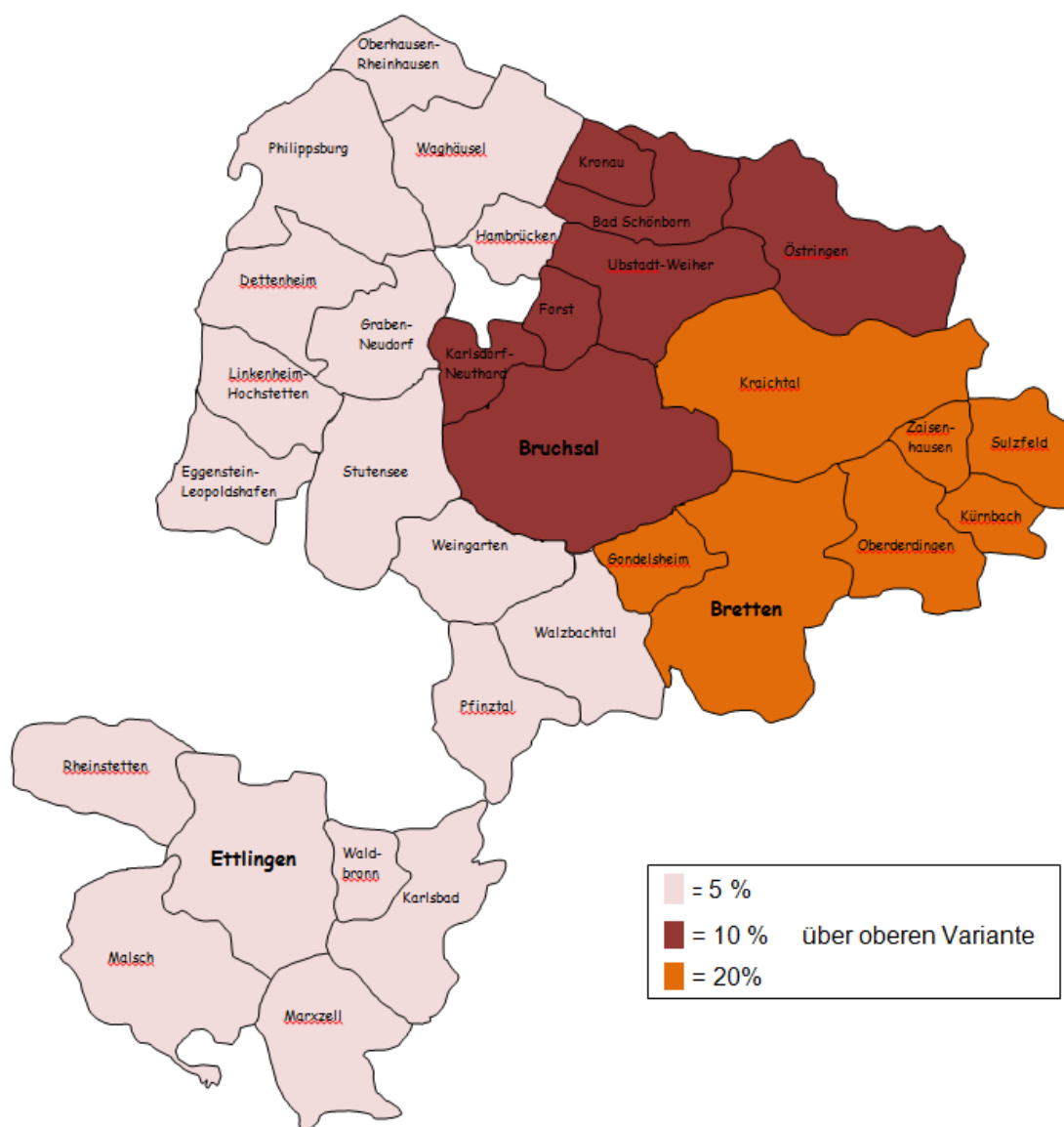
Bedarfseckwerte 2025 – Heime:	5 %-10 %- 20 % über oberer Variante
Bedarfseckwerte 2025 – KZP:	10 % über oberer Variante
Bedarfseckwerte 2025 – Tagespflege:	50 % über oberer Variante
Bedarfseckwerte 2025 – BSW:	5 % - 6 % der Ü-75 Jährigen

Obere Variante: Hier wird vor allem in Folge rückläufiger familiärer Pflegepotenziale eine moderate (über den demografisch bedingten Anstieg hinausgehende) Zunahme der Nachfrage nach stationären Pflegeangeboten angenommen. Wenn es nicht zu massiven Verschlechterungen der Leistungen für stationär versorgte Pflegebedürftige kommt, erscheint diese Variante als das wahrscheinlichste Szenario.

7.1 Bedarfseckwerte – Dauerpflege

Ausgehend von der aktuellen Versorgungs- und Nachfragesituation im Landkreis Karlsruhe, wurde als Ergebnis der 5 Raumschaftsgespräche vom Runden Tisch der **Soziale Infrastruktur und Quartiersentwicklung** beschlossen, für die vollstationäre Pflege die obere Variante der Rahmen- daten des Landes zu wählen. Erstmals in diesen Planungen wurde einen zusätzlichen Bedarf un- unterschiedlich für die Raumschaften von 5 % - 20 % zu Grunde zu legen, da die Bedarfseckwerte mit Blick auf die einseitige Bewertung hinsichtlich der Bevölkerungsdichte überprüft wurden.¹⁶

Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Landkreis Karlsruhe liegt dann für das Jahr 2025 bei **4.737** (obere Variante) Plätzen:



¹⁶ Die Erarbeitungen des Kreispflegeplanes 2025 wurden von den Städten, den Gemeinden und den Anbietern des Landkreises in 5 „Raumschaftsgesprächen“ begleitet. Die Ergebnisse der Bestandserhebungen, der Bedarfsanalysen und die Empfehlungen der Landkreisverwaltung wurden in diesen Gesprächen ausführlich diskutiert (Frühjahr 2019).

Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +10%	Überbedarf + Fehlbedarf -
1	Einzugsbereich: Bad Schönborn, Kronau, Östringen, Ubstadt-Weiher			
	Bad Schönborn:	376	135	
	Kronau:	28	46	
	Östringen:	107	117	
	Ubstadt-Weiher:	66	113	
	Aktuell gesamt	577	411	166
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +20%	Überbedarf + Fehlbedarf -
2	Einzugsbereich: Bretten, Gondelsheim			
	Bretten:	290	335	
	Gondelsheim:	30	34	
	Aktuell gesamt	320	369	-49
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +10%	Überbedarf + Fehlbedarf -
3	Einzugsbereich: Bruchsal, Forst, Karlsdorf-Neuthard			
	Bruchsal:	413	463	
	Forst:	38	77	
	Karlsdorf-Neuthard:	54	97	
	Aktuell gesamt	505	637	-132
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
4	Einzugsbereich: Ettlingen			
	Ettlingen:	438	529	
	Aktuell gesamt	438	529	-91
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
5	Einzugsbereich: Graben-Neudorf, Dettenheim			
	Dettenheim:	70	59	
	Graben-Neudorf:	108	99	
	Aktuell gesamt	178	158	20

Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +20%	Überbedarf + Fehlbedarf -
6 Einzugsbereich: Kraichtal				
	Kraichtal:	188	154	
	Aktuell gesamt	188	154	34
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +20%	Überbedarf + Fehlbedarf -
7 Einzugsbereich: Kürnbach, Oberderdingen, Sulzfeld, Zaisenhausen				
	Kürnbach:	63	25	
	Oberderdingen:	109	100	
	Sulzfeld:	49	47	
	Zaisenhausen:	0	14	
	Aktuell gesamt	221	186	35
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
8 Einzugsbereich: Linkenheim-Hochstetten, Eggenstein-Leopoldshafen				
	Eggenstein-Leopoldshafen:	102	202	
	Linkenheim-Hochstetten:	110	135	
	Aktuell gesamt	212	337	-125
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
9 Einzugsbereich: Malsch				
	Malsch:	88	160	
	Aktuell gesamt	88	160	-72
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
10 Einzugsbereich: Marxzell, Karlsbad, Waldbronn				
	Karlsbad:	97	182	
	Marxzell:	196	52	
	Waldbronn:	48	168	
	Aktuell gesamt	341	402	-61

Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
11 Einzugsbereich: Pfinztal				
	Pfinztal:	142	209	
	Aktuell gesamt	142	209	-67
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
12 Einzugsbereich: Philippsburg, Oberhausen-Rheinhausen				
	Oberhausen-Rheinhausen:	72	90	
	Phillipsburg:	85	112	
	Aktuell gesamt	157	202	-45
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
13 Einzugsbereich: Rheinstetten				
	Rheinstetten:	182	269	
	Aktuell gesamt	182	269	-87
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
14 Einzugsbereich: Stutensee				
	Stutensee:	198	271	
	Aktuell gesamt	198	271	-73
Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	Überbedarf + Fehlbedarf -
15 Einzugsbereich: Waghäusel, Hambrücken				
	Waghäusel:	258	183	
	Hambrücken:	0	42	
	Aktuell gesamt	258	225	33

Einzugsbereich	Ort und Pflegeheim - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf	Überbedarf + Fehlbedarf -
			Kreispflegeplanung 2025 (obere Variante) +5%	
16	Einzugsbereich: Weingarten, Walzbachtal			
	Weingarten:	86	113	
	Walzbachtal:	74	105	
	Aktuell gesamt	160	218	-58
	Landkreis Karlsruhe	4.165	4.737	-572

7.2 Planungen nach der Umsetzung der Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)

Die Verordnung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen (LHeimBauVO) trat am 01.09.2009 in Kraft. Ziel ist die Erhaltung von Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität in Einrichtungen durch Gestaltung in Bau- und Raumkonzepten. Besonderer Wert wird dabei auf den Schutz der Privat- und Intimsphäre der Bewohner gelegt. Die Landesheimbauverordnung fordert deshalb unter anderem die Einrichtung von Einzelzimmern in Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfe. Diese Anforderungen gelten ab dem Inkrafttreten der Verordnung für Einrichtungen die den Betrieb neu aufnehmen und für Gebäude, bei denen eine Generalsanierung durchgeführt wurde. Bestehenden Heimen wurde eine zehnjährige Übergangsfrist bis zum 01.09.2019 eingeräumt. Diese Auswirkungen auf das Pflegeplatzangebot im Landkreis Karlsruhe können zahlenmäßig nicht genau festgestellt werden. Die aktuellen Veränderungen zeigen, dass sich die meisten Träger an die Vorgaben angepasst, beziehungsweise konkrete Planungskonzepte entwickelt haben. Bei manchen Trägern ist die Entwicklung noch offen oder es liegen keine näheren Planungen vor.

Wesentliches „Indiz“ für eine Platzreduzierung ist die Doppelzimmerquote. Durch deren Abbau lassen sich folgende Trend- und Planungsaussagen treffen:

Zunächst kommt es nach Ablauf der Übergangsfrist zur LHeimBauVO zum 31.08.2019 zu einer Absenkung der nominellen Platzzahl von 4.200 um rd. 230 auf 4.000 vollstationäre Pflegeplätze. Diese nominelle Absenkung fällt jedoch aufgrund der in einigen Einrichtungen wesentlich niedrigeren tatsächlichen Belegung erheblich geringer aus. Die Stichtagserhebung zum 01.04.2019 weist eine Belegung v. rd. 3.900 pflegebedürftigen Bewohnern kreisweit aus. Nach Ablauf der Übergangsfrist am 01.09.2019 stehen dem dann zunächst ca. 4.000 rechtlich verordnungskonforme Plätze gegenüber. Die folgende Tabelle zeigt die zum jetzigen Zeitpunkt bekannten Neubauprojekte und Entscheidungen bezüglich der Verlängerung von Übergangsfristen und Befreiungen nach der LHeimBauVO. Die Fachplanung Altenhilfe und die Heimaufsichtsbehörde stehen dabei in ständiger Abstimmung. Fazit: Es kommt nicht zu dem befürchteten Abbau von Plätzen infolge des Ablaufs der Übergangsfrist zum 31.08.2019.

Stadt/Gemeinde	Bestand 01.04.2019 Dauerpflege	Bestand 01.09.2019 Dauerpflege	Bedarf 2025 (oberer Variante*) Dauerpflege (+5%-10%-20%)	Über-/Fehlbedarf am 1.9.19	Planungen+ Wegfall -	Zukünftiger Über-/Fehlbedarf
Bad Schönborn	376	285	135	150	-91	
Kronau	28	30	46	-16	0	
Östringen	107	107	117	-10	0	
Ubstadt-Weiher	66	62	113	-51	30	
gesamt	577	484	411	73	-61	12
Bretten	290	297	335	-38	-35	
Gondelsheim	30	30	34	-4	0	
gesamt	320	327	369	-42	-35	-77
Bruchsal	413	358	463	-105	86	
Karlsdorf-Neuthard	38	54	97	-43	60	
Forst	54	34	77	-43	-4	
gesamt	505	446	637	-191	142	-49
Ettlingen	438	421	529	-108	34	
gesamt	438	421	529	-108	34	-74
Dettenheim	0	70	59	11	0	
Graben-Neudorf	108	99	99	0	0	
gesamt	108	169	158	11	0	11
Kraichtal	188	102	154	-52	0	
gesamt	188	102	154	-52	0	-52
Kümbach	63	62	25	37	0	
Oberderdingen	109	105	100	5	45	
Sulzfeld	49	49	47	2	0	
Zaisenhausen	0	0	14	-14	0	
gesamt	221	216	186	30	45	75
Eggenstein-Leopoldshafen	102	136	202	-66	100	
Linkenheim-Hochstetten	110	110	135	-25	16	
gesamt	212	246	337	-91	116	25
Malsch	88	167	160	7	0	
gesamt	88	167	160	7	0	7
Karlsbad	97	96	182	-86	24	
Marzell	196	185	52	133	-69	
Waldbronn	48	78	168	-90	0	
gesamt	341	359	402	-43	-45	-88
Pfinztal	142	142	209	-67	178	
gesamt	142	142	209	-67	178	111
Oberhausen-Rheinhausen	72	73	90	-17	45	
Philippsburg	85	81	112	-31	0	
gesamt	157	154	202	-48	45	-3
Rheinstetten	182	169	269	-100	90	
gesamt	182	169	269	-100	90	-10
Stutensee	198	195	271	-76	75	
gesamt	198	195	271	-76	75	-1
Waghäusel	258	196	183	13	-55	
Hambrücken	0	0	42	-42	45	
gesamt	258	196	225	-29	-10	-39
Weingarten	86	86	113	-27	45	
Walzbachtal	74	74	105	-31	75	
gesamt	160	160	218	-58	120	62
Landkreis Karlsruhe	4.095	3.953	4.737	-784	694	-90

7.3 Bedarfseckwerte – Kurzzeitpflege

Während die Vorausschätzung für den Langzeitpflegebereich eher eine „konservative“ Schätzung darstellt, wird für den Bereich der Kurzzeitpflege eine deutlich höhere Entwicklungsdynamik unterstellt. Hierbei wird angenommen, dass die künftigen Quoten der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeangeboten mindestens so hoch sind wie die heutigen und bei einer günstigen Entwicklung diese Quoten nochmals um ein Drittel ansteigen könnten. Dabei wird auch unterstellt, dass die Entwicklung der Verfügbarkeit und der Nutzung der Angebote wahrscheinlich leichter beeinflusst werden kann als die Situation im vollstationären Bereich.

Ausgehend von der aktuellen Versorgungs- und Nachfragesituation im Landkreis Karlsruhe, wurde als Ergebnis der Raumschaftsgespräche¹⁵ vom Runden Tisch der **Soziale Infrastruktur und Quartiersentwicklung** beschlossen, für die Kurzzeitpflege die obere Variante der Rahmendaten des Landes zu wählen und 10 % hinzuzufügen.

Der Bedarf an solitären, festen Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Karlsruhe liegt dann für das Jahr 2025 bei **263** (obere Variante) Plätzen:

Stadt/Gemeinde	Bedarfseckwerte 2025 Kurzzeitpflege Obere Variante +10 %
Bad Schönborn	9
Kronau	3
Östringen	8
Ubstadt-Weiher	8
gesamt	28
Bretten	16
Gondelsheim	2
gesamt	18
Bruchsal	24
Karlsdorf-Neuthard	7
Forst	5
gesamt	36
Ettlingen	26
gesamt	26
Dettenheim	4
Graben-Neudorf	7
gesamt	11
Kraichtal	10
gesamt	10
Kürnbach	2
Oberderdingen	6
Sulzfeld	3
Zaisenhausen	1
gesamt	12

Stadt/Gemeinde	Bedarfseckwerte 2025 Kurzzeitpflege Obere Variante +10 %
Eggenstein-Leopoldshafen	10
Linkenheim-Hochstetten	7
gesamt	17
Malsch	8
gesamt	8
Karlsbad	9
Marxzell	4
Waldbronn	8
gesamt	21
Pfinztal	10
gesamt	10
Oberhausen-Rheinhausen	6
Philippsburg	8
gesamt	14
Rheinstetten	13
gesamt	13
Stutensee	13
gesamt	13
Waghäusel	13
Hambrücken	3
gesamt	16
Weingarten	5
Walzbachtal	5
gesamt	10
Landkreis Karlsruhe	263

Diese Bedarfseckwerte müssen möglicherweise nach oben korrigiert werden, da nach wie vor Menschen im Alter von 40 plus noch im Haushalt ihrer alten und zum Teil hochaltrigen Eltern / Elternteil leben und es gerade bei ungeplantem Ausfall (Krankenhausaufenthalt etc.) kurzfristig einer stationären Betreuung bedarf. In den Einrichtungen der Behindertenhilfe werden zwar gerade im Zusammenhang mit notwendigen Neu- und Umbaumaßnahmen sukzessive 1 bis 2 Plätze für Kurzzeitunterbringung / Standort realisiert, die jedoch nicht allen Bedarfen wohnortnah und zeitnah gerecht werden können.

7.4 Bedarfseckwerte – Tagespflege

Während die Vorausschätzung für den Langzeitpflegebereich eher eine „konservative“ Schätzung darstellt, wird für den Bereich der Tagespflege eine deutlich höhere Entwicklungsdynamik unterstellt. Hierbei wird angenommen, dass die künftigen Quoten der Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten mindestens so hoch sind wie die heutigen und bei einer günstigen Entwicklung diese Quoten nochmals um ein Drittel ansteigen könnten. Dabei wird auch unterstellt, dass die Entwicklung der Verfügbarkeit und der Nutzung teilstationärer Angebote leichter beeinflusst werden kann als die Situation im vollstationären Bereich. Ausgehend von der aktuellen Versorgungs- und Nachfragesituation im Landkreis Karlsruhe, wurde als Ergebnis der Raumschaftsgespräche¹⁵ vom Runden Tisch der **Soziale Infrastruktur und Quartiersentwicklung** beschlossen, für die Tagespflege die obere Variante der Rahmendaten des Landes zu wählen und 50 % hinzuzufügen. **Bei bereits voll ausgelasteter Belegung kann die Bedarfsannahme von 50 % angemessen erhöht werden. Sofern aktuell eine unzureichende Auslastung der Tagespflege besteht, kann die Erhöhung entsprechend niedriger bemessen werden. Der Bedarf an Tagespflegeplätzen im Landkreis Karlsruhe läge dann für das Jahr 2025 bei 613 Plätzen (obere Variante):**

Es ist davon auszugehen, dass pflegebedürftige Menschen mit geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen, die noch Zuhause oder in ambulant betreuten Wohnformen leben, nach ihrem altersbedingten Ausscheiden aus ihrer bisherigen Tagesstruktur in der - überwiegend wohnortferneren - Werkstatt für behinderte Menschen bzw. aus der Förder- und Betreuungsgruppe / Tagesförderstätte die wohnortnähere Tagespflege zu einem früheren Lebensalter in Anspruch nehmen. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Bedarfseckwerte nach oben korrigiert werden müssen. Um älteren Menschen mit Behinderungen den (begleiteten) Zugang zu den Angeboten und Diensten vor Ort – ganz im Sinne der Zielsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Artikel 19) zu ermöglichen, bedarf es verbindlicher Kooperationen der Träger der Behindertenhilfe und der Träger von Tagespflegeeinrichtungen.

Einzugsbereich	Ort und Tagespflege - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplan 2025 (obere Variante) +50 %	Überbedarf + Fehlbedarf -	Planungen	Überbedarf + Fehlbedarf -
1	Einzugsbereich: Bad Schönborn, Kronau, Östringen, Ubstadt-Weiher					
	Bad Schönborn:	10	21			
	Kronau:	0	8		12	
	Östringen:	47	18			
	Ubstadt-Weiher:	15	18		25	
	Aktuell gesamt	72	65	7	37	44
2	Einzugsbereich: Bretten, Gondelsheim					
	Bretten:	28	38		15	
	Gondelsheim:	0	5			
	Aktuell gesamt	28	43	-15	15	0
3	Einzugsbereich: Bruchsal, Forst, Karlsdorf-Neuthard					
	Bruchsal:	20	57		60	
	Forst:	4	15			
	Karlsdorf-Neuthard:	20	12			
	Aktuell gesamt	44	84	-40	60	20
4	Einzugsbereich: Ettlingen					
	Ettlingen:	64	60			
	Aktuell gesamt	64	60	4	15	19
5	Einzugsbereich: Graben-Neudorf, Dettenheim					
	Dettenheim:	0	10			
	Graben-Neudorf:	10	16		10	
	Aktuell gesamt	10	26	-16	10	-6
6	Einzugsbereich: Kraichtal					
	Kraichtal:	10	22			
	Aktuell gesamt	10	22	-12	0	-12
7	Einzugsbereich: Kürnbach, Oberderdingen, Sulzfeld, Zaisenhausen					
	Kürnbach:	0	4			
	Oberderdingen:	0	14		12	
	Sulzfeld:	15	7			
	Zaisenhausen:	0	2			
	Aktuell gesamt	15	27	-12	12	0
8	Einzugsbereich: Linkenheim-Hochstetten, Eggenstein-Leopoldshafen					
	Eggenstein-Leopoldshafen:	15	23			
	Linkenheim-Hochstetten:	15	15			
	Aktuell gesamt	30	38	-8	0	-8
9	Einzugsbereich: Malsch					
	Malsch:	8	18			
	Aktuell gesamt	8	18	-10	0	-10

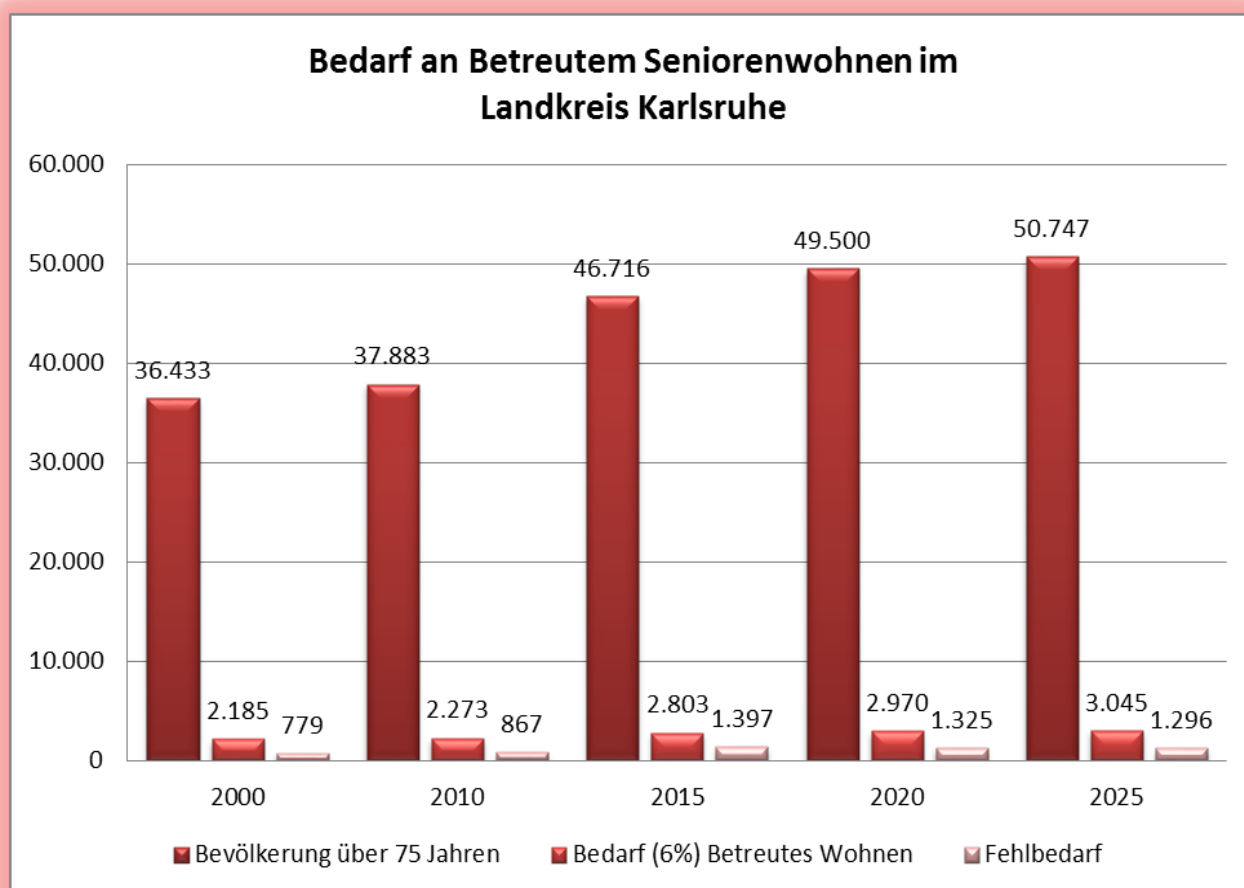
Einzugsbereich	Ort und Tagespflege - Stichtag 01.04.2019	Platzzahl	Bedarf Kreispflegeplan 2025 (obere Variante) +50 %	Überbedarf + Fehlbedarf -	Planungen	Überbedarf + Fehlbedarf -
10	Einzugsbereich: Marxzell, Karlsbad, Waldbronn					
	Karlsbad:	25	21			
	Marxzell:	0	9			
	Waldbronn:	25	19			
	Aktuell gesamt	50	49	1	0	1
11	Einzugsbereich: Pfinztal					
	Pfinztal:	17	24			
	Aktuell gesamt	17	24	-7	14	7
12	Einzugsbereich: Philippsburg, Oberhausen-Rheinhausen					
	Oberhausen-Rheinhausen:	0	15		27	
	Phillipsburg:	35	18			
	Aktuell gesamt	35	33	2	27	29
13	Einzugsbereich: Rheinstetten					
	Rheinstetten:	9	31			
	Aktuell gesamt	9	31	-22	0	-22
14	Einzugsbereich: Stutensee					
	Stutensee:	10	31			
	Aktuell gesamt	10	31	-21	0	-21
15	Einzugsbereich: Waghäusel, Hambrücken					
	Waghäusel:	52	30			
	Hambrücken:	0	7		15	
	Aktuell gesamt	52	37	15	15	30
16	Einzugsbereich: Weingarten, Walzbachtal					
	Weingarten:	0	13			
	Walzbachtal:	15	12			
	Aktuell gesamt	15	25	-10	0	-10
	Landkreis Karlsruhe	469	613	-144	205	61

Tagespflege (eingestreut)	
Pfinztal	
Haus Edelberg (eingestreut)	10
Stutensee	
Haus Edelberg (eingestreut)	10
Oberderdingen	
Haus Edelberg (eingestreut)	10
Weingarten	
Haus Edelberg (eingestreut)	10
Gesamt (eingestreut)	40

7.5 Bedarfseckwerte – Betreutes Seniorenwohnen

Mit Blick auf die demografische Entwicklung wurde bis zum Jahr 2025 für den Landkreis Karlsruhe ein Bedarf an Betreuten Seniorenwohnungen von 5 bis 6 % der über 75-jährigen Bevölkerung (2.537 bis 3.045 Wohneinheiten) festgeschrieben.

Im Jahr 2025 beläuft sich die Zahl der Bevölkerung der über 75-Jährigen im Landkreis Karlsruhe auf 50.800. Legt man einen Bedarf von 6 % (hochgerechnet auf das Jahr 2025) zugrunde, würden im Landkreis **3.045** Betreute Seniorenwohnungen benötigt werden. Zurzeit gibt es rund 1.800 Betreute Seniorenwohnungen, in insgesamt 65 Anlagen. Dies würde im Jahr 2025 einen Fehlbedarf von ca. 1.300 Plätzen bedeuten.



Wie bereits in der vom Kreistag seinerzeit verabschiedeten *Kreispflegeplanung 2020* und *Sozialplanung 2020* festgestellt, ist davon auszugehen, dass für ältere Menschen mit Behinderungen das Betreute Seniorenwohnen zu einem früheren Lebensalter die bedarfsgerechte Wohnform darstellt. Dies sollte bei den Planungen in den Kommunen berücksichtigt werden.

Gemeinde	Bevölkerung der über 75 Jährigen 2025	Bedarf		Bestand Januar 2019	Überbedarf / Fehlbedarf (-)		In Planung bzw. im Bau - soweit bekannt -	Künftiger Überbedarf/ Fehlbedarf (-)	
		5%	6%		5%	6%		5%	6%
Bad Schönborn	1.608	80	96	69	-11	-27	22	11	-5
Bretten	3.162	158	190	96	-62	-94	26	-36	-68
Bruchsal	4.762	238	286	260	22	-26	20	42	-6
Dettenheim	739	37	44	0	-37	-44	26	-11	-18
Eggenstein-Leopoldshafen	2.033	102	122	103	1	-19	0	1	-19
Ettlingen	5.332	267	320	175	-92	-145	58	-34	-87
Forst	926	46	56	24	-22	-32	0	-22	-32
Gondelsheim	397	20	24	25	5	1	0	5	1
Graben-Neudorf	1.239	62	74	33	-29	-41	40	11	-1
Hambrücken	550	28	33	25	-3	-8	20	18	12
Karlsbad	1.829	91	110	46	-45	-64	20	-25	-44
Karlsdorf-Neuthard	1.155	58	69	39	-19	-30	20	1	-10
Kraichtal	1.687	84	101	39	-45	-62	0	-45	-62
Kronau	576	29	35	28	-1	-7	0	-1	-7
Kürnbach	290	15	17	0	-15	-17	0	-15	-17
Linkenheim-Hochstetten	1.355	68	81	40	-28	-41	50	22	9
Malsch	1.609	80	97	20	-60	-77	22	-38	-55
Marxzell	692	35	42	0	-35	-42	0	-35	-42
Oberderdingen	1.091	55	65	33	-22	-32	50	28	18
Oberhausen-Rheinhausen	1.124	56	67	29	-27	-38	19	-8	-19
Östringen	1.404	70	84	13	-57	-71	0	-57	-71
Pfinztal	2.101	105	126	81	-24	-45	63	39	18
Philippsburg	1.397	70	84	76	6	-8	20	26	12
Rheinstetten	2.705	135	162	128	-7	-34	12	5	-22
Stutensee	2.732	137	164	67	-70	-97	60	-10	-37
Sulzfeld	547	27	33	22	-5	-11	0	-5	-11
Ubstadt-Weiher	1.354	68	81	91	23	10	0	23	10
Waghäusel	2.290	115	137	79	-36	-58	45	10	-13
Waldbronn	1.694	85	102	0	-85	-102	0	-85	-102
Walzbachtal	1.056	53	63	53	0	-10	0	0	-10
Weingarten	1.133	57	68	55	-2	-13	0	-2	-13
Zaisenhausen	178	9	11	0	-9	-11	0	-9	-11
Gesamt	50.747	2.537	3.045	1.749	-788	-1.296	593	-195	-703

8. Hospiz- und Palliativangebote im Landkreis Karlsruhe

Zahlreiche Dienste tragen dazu bei, die Versorgung von schwer erkrankten und sterbenden Menschen im Landkreis Karlsruhe zu unterstützen. Diese sind: AAPV, SAPV, Brückenschwestern und Hospizdienste. Ziele dieser Dienste sind vor allem:

- Optimierung der Behandlung (z.B. bei Schmerzen und Atemnot)
- Betreuung und Versorgung zu Hause und im Heim
- Vermeiden von Klinikeinweisung
- Begleitung von Patienten und Angehörigen
- persönliche Lebensqualität fördern und Sicherheit vermitteln
- Wünsche und Autonomie ermöglichen und respektieren
- Unterstützung in Pflege durch fachkompetente und psychosoziale Begleitung
- Stabilisierung des sozialen Umfelds durch multiprofessionelle Teams

- **AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung**

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung kümmert sich um Patienten und ihr soziales Umfeld, bei denen eine nicht mehr heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen und psychosozialen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert. Dabei müssen das bestehende Bezugssystem des Patienten und die Leistungen der Regelversorgung vor Ort (Pflegedienste, Hausärzte, Fachärzte) ausreichend und belastbar genug sein, um die Betreuung und Behandlung des Patienten entsprechend seinen Bedürfnissen zu gewährleisten.

- **SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Wenn durch die allgemeine Palliativversorgung (AAPV) keine befriedigende Symptomkontrolle erreicht werden kann oder eine besonders aufwendige Versorgungssituation vorliegt, ist der Einsatz der SAPV notwendig. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eröffnet schwerkranken Menschen, als Ergänzung zum bestehenden Versorgungsangebot, die Möglichkeit, ihre letzte Lebenszeit selbstbestimmt und in bestmöglicher Lebensqualität in ihrer vertrauten Umgebung - zu Hause oder im Pflegeheim - zu verbringen. Hierzu zählen beispielsweise auch Einrichtungen der Behindertenhilfe. Palliative Care Teams (beim PCT Arista sind das 12 qualifizierte Palliativmediziner und 12 Palliative-Care-Pflegefachkräfte) erbringen im Stadt und Landkreis Karlsruhe Leistungen der SAPV. Zusätzlich kommen Musik und Kunsttherapeuten und aktuell im Rahmen eines Projektes Seelsorger zum Einsatz. „Komplexes Symptomgeschehen“, wie z.B. ausgeprägte Schmerzen oder Atemnot, machen eine aufwändigere Versorgung und die besonderen medizinischen und pflegerischen Kenntnisse von Palliative Care notwendig. Weitere Angebote wie Psychoonkologen und Hospizdienste werden bedarfsweise vermittelt. Im gesamten LK Karlsruhe

bietet das PCT Arista ergänzend zur hausärztlichen und pflegerischen Versorgung eine abgestimmte fachkompetente Unterstützung und Entlastung für schwer kranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen an. In Abstimmung mit dem Hausarzt, evtl. vorhandenem Pflegedienst bzw. Pflegeheim sowie Hospizdienst wird eine Kontinuität der Versorgung gesichert und ein Versterben im häuslichen Umfeld ermöglicht. Ziel ist die Linderung der krankheitsbedingten Symptome sowie die Stabilisierung der Lebenssituation, um eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und unnötige, notfallmäßige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Leistungen im Überblick sind:

- Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse in einem persönlichen Beratungsgespräch
- Organisation, Planung und Koordination aller Versorgungsmaßnahmen
- Individuelle Hausbesuche und regelmäßige Telefonkontakte
- Spezielle palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung
- Beratung, Anleitung und Unterstützung für den Patienten und seine Angehörige
- Psychosoziale und spirituelle Betreuung, Vermittlung kirchlicher Seelsorge und Begleitung durch den Hospizdienst
- 24/7 Ruf- und Einsatzbereitschaft für alle betreuten Patienten

Problematisch sind oft die Übergänge zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung. Zusätzlich zu den Patienten, die die Voraussetzung für SAPV erfüllen wird das PCT auch immer wieder für Patienten angefragt, die zu diesem Zeitpunkt noch eindeutig im Rahmen der AAPV betreut werden könnten. Hier gilt es die Strukturen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu stärken und auszubauen. In Anbetracht der engen personellen Ressourcen der Regelversorger z.B. durch ergänzende ambulante Konsiliardienste. Außerdem besteht dringend Verbesserungspotenzial im Überleitungsmanagement von stationären und ambulanten Strukturen im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung.

• **Brückenschwestern**

Die Brückenschwestern sind ein spezielles Angebot des Onkologischen Schwerpunkt Karlsruhe (OSP). Die Aufgabe der Brückenschwestern besteht darin, für an Krebs erkrankte Patienten eine Brücke zwischen Krankenhausbehandlung und häuslicher Betreuung herzustellen. Das Aufgabenfeld richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Patienten:

- Im Krankenhaus: Kontaktaufnahme mit dem Patienten und den Angehörigen und Klärung der Entlassungsmöglichkeiten und des Betreuungsbedarfs (z.B. Auswahl von Hilfsmitteln, Einsatz von Pflegediensten)
- Vor der Entlassung: Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, ambulanten Diensten, Beschaffen von Hilfsmitteln, Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten

- Zu Hause: Beratung und Begleitung bei medizinisch- pflegerischen und psychosozialen Problemen von Patienten und Angehörigen, Ausarbeiten, planen, organisieren der Schmerztherapie in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/ Facharzt, 24/7 Rufbereitschaft

- **Hospizbegleitung - Lebensbegleitung ...bis zum Tod**

Qualifizierte, d.h. gut vorbereitete Ehrenamtliche der ambulanten Hospizgruppen bzw. Hospizdienste im Landkreis Karlsruhe tragen dazu bei, den Wunsch der meisten Menschen zu erfüllen, die letzte Lebenszeit zuhause oder "wie zuhause" verbringen zu können. Die individuelle persönliche Begleitung kann sowohl in der vertrauten häuslichen Umgebung, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus erfolgen. Wie lange diese letzte Wegstrecke dauern wird, weiß zuvor niemand. Manchmal sind es nur wenige Stunden, ein paar Tage, manchmal auch Wochen oder Monate. Dieses „Begleiten“ ist in erster Linie ein Da-Sein für und mit dem Menschen, seine Bedürfnisse und Wünsche stehen im Mittelpunkt. Schwerkranke, gar sterbende Menschen wollen in dieser schweren Zeit genauso individuell wahrgenommen und behandelt werden, wie sie es in guten Zeiten gewohnt waren. Die Hospizbegleiter-und Begleiterinnen üben diesen Dienst ehrenamtlich aus, d.h. es entstehen keine Kosten. Sie unterliegen der Schweigepflicht, sind über den jeweiligen Träger versichert und bekommen von diesem auch ihre Auslagen erstattet. Die ambulanten Hospizgruppen sind professionell organisiert, ihre hauptberuflichen Koordinator/innen sind vernetzt mit Pflegediensten, spezialisierten Palliative Care Teams, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen usw. Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen haben immer auch die Angehörigen eines Menschen im Blick und versuchen auch auf deren Nöte und Bedürfnisse einzugehen. Manch ein Kontakt endet daher nicht mit dem Tod, sondern mündet in ein mehr oder weniger breites Spektrum verschiedener Trauerbegleitungsangebote.

- **Stationäres Hospiz Arista, Ettlingen**

Das Hospiz Arista hat 12 Plätze und eine Auslastung von 90% (für ein Hospiz ein sehr hoher Wert, da aufgrund der sehr kurzen Verweildauer keine 100% Auslastung möglich ist). Es gibt immer mehr Anfragen als Plätze, da sich viele auch vorsorglich auf die Warteliste setzen lassen. Die Entscheidung über eine Aufnahme erfolgt nach Dringlichkeit, nicht nach Warteliste (z.B. wenn eine ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist). In der Regel beträgt die Wartezeit 7-10 Tage (aber nie länger als 3 Wochen). Der Bedarf im Stadt- und Landkreis Karlsruhe wurde in der Zeit vom 01.10.2018 bis 31.03.2019 durch das Hospiz Arista erhoben:

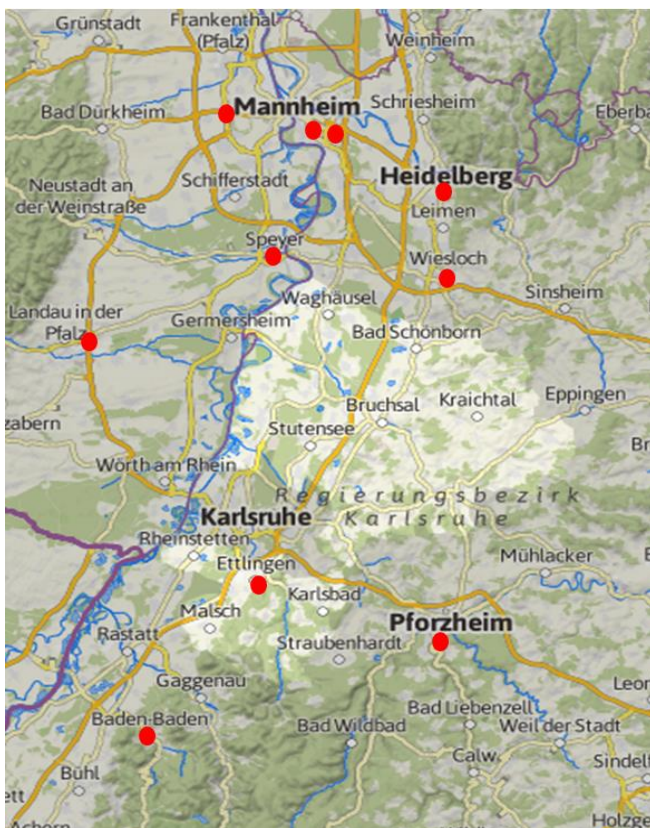
Bei insgesamt 266 Anmeldungen, davon aus der Stadt Karlsruhe 103, Landkreis Nord 64, Landkreis Süd 46, Andere Kreise 53 besteht Bedarf für ein zweites Hospiz.

Das Durchschnittsalter liegt bei rund 65 Jahren. Die Dringlichkeit der Aufnahme (hoch/zeitnah) lag bei 229 Anmeldungen. Aufgenommen werden konnten im Hospiz Arista 79 schwerkranke Men-

schen, in anderen Hospizen 43, in Palliativstationen 6. Damit ergibt sich eindeutig ein Bedarf für ein zweites Hospiz, die Auslastung läge für den o.a. Zeitraum bei rd. 80 % und damit im finanziell darstellbaren Bereich. Wichtig ist auch der Hinweis in der Bedarfserhebung, dass die Belegung von Hospizen im Kausalzusammenhang mit der Belegungssituation in Palliativstationen zusammenhängt. Hier wäre notwendig, weitere Palliativbetten einzurichten, um der nicht geringen Zahl von Menschen, die nicht mehr verlegungsfähig sind, in der finalen Lebensphase einen Umzug zu ersparen.

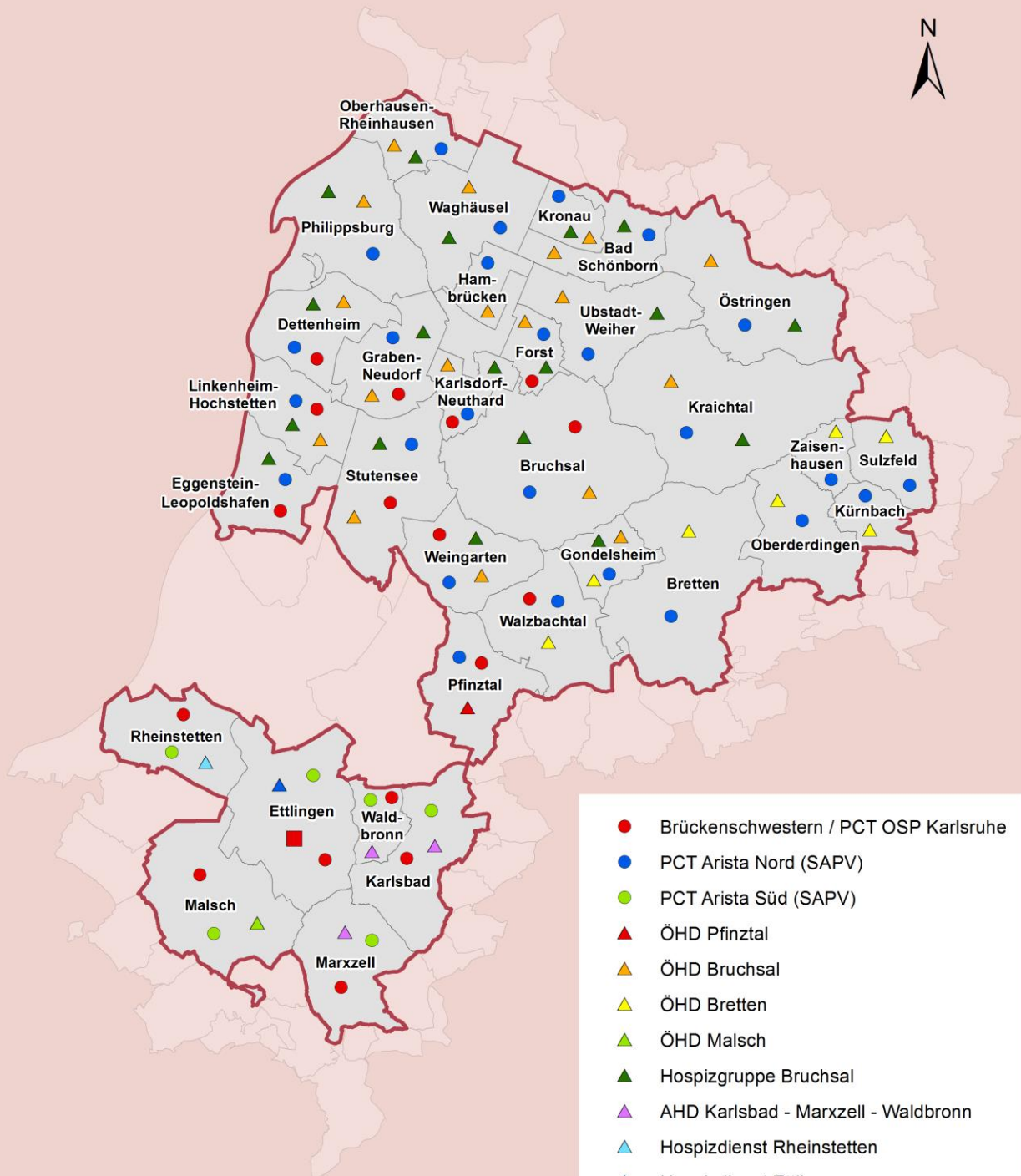
- **Bedarfslage:**

1. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" gilt auch und insbesondere im Bereich der Palliativversorgung - die Kreisverwaltung wird ergänzend erheben, wie
 - die Zusammenarbeit zwischen den Hospizdiensten und SAPV so verbessert werden kann, dass mehr schwerstpflegebedürftige Senioren in Pflegeheime in der finalen Lebensphase adäquat betreut werden können,
 - inwieweit für diese zusätzlichen Aufgaben bürgerschaftlich Engagierte gewonnen werden können,
 - inwieweit dafür Mittel der GKV (§ 20 SGB V) bzw. alternativ kommunale Mittel einzusetzen sind.
2. Es besteht ein Bedarf für ein Hospiz mit 8 Plätzen (inkl. Ausbaumöglichkeit auf 10 Plätze).
3. Aus Sicht der Kreisverwaltung liegt der Standort im nördlichen Landkreis (bevorzugt Bruchsal).
4. Sowohl das Hospiz Arista wie auch das neue Hospiz in Bruchsal sollen von *einem* Träger verantwortet werden, der zugleich auch den Ausbau der ambulanten palliativen Versorgung begleitet und steuert.



Stationäre Hospize in der Region Nordbaden/Vorderpfalz im Umkreis von rd. 50 km

Hospiz- und Palliativangebote im Landkreis Karlsruhe



Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Mensch und Gesellschaft

© Landratsamt Karlsruhe, GIS-Zentrum
Datenquelle: Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung (LGL BW)
Az.: 2851.9-1/45

Erstellung: April 2019 // ML

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10
Kilometer



9. Demenz

9.1 Demenz – Was ist das?

Im Jahr 2018 veröffentlichte die Deutsche Alzheimer Gesellschaft in Zusammenarbeit mit Dr. Horst Bickel ein Informationsblatt mit dem Titel „Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Demnach sind in Deutschland zum Zeitpunkt der Veröffentlichung **1,7 Millionen Menschen an Demenz erkrankt** – die Mehrzahl hiervon an der Alzheimer-Krankheit. Zudem gibt es pro Jahr circa 300.000 Neuerkrankungen.¹⁷ Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft schätzte zum 31. Dezember 2016 die Zahl der Demenzerkrankten über 65 Jahren in **Baden-Württemberg auf insgesamt 204.258 Personen**. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist Baden-Württemberg das Bundesland, in dem es am drittmeisten Demenzerkrankungen gibt. Lediglich Bayern mit 239.407 und Nordrhein-Westfalen mit 350.212 demenzerkrankten Personen übersteigt die Anzahl der in Baden-Württemberg lebenden Betroffenen. Grundsätzlich wird zwischen primärer und sekundärer Demenz unterschieden, worunter wiederum weitere einzelne Demenzformen fallen, wie zum Beispiel Alzheimer-Demenz (primär) oder Demenzen, die durch Medikamente ausgelöst werden (sekundär).

Primäre Demenzformen werden durch eine Hirnschädigung hervorgerufen. Die Unterscheidung erfolgt hierbei in degenerative und nichtdegenerative (primäre) Demenzen. Zu den degenerativen Demenzen gehören die Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz, die frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die Demenz bei Morbus Parkinson. Nichtdegenerative Demenzen können beispielsweise durch Hirntumore, ein Schädel-Hirn-Trauma, ein Hydrozephalus oder durch Gefäßentzündungen hervorgerufen werden.¹⁸ Die Alzheimer-Krankheit ist die am meisten verbreitete Demenzform. Laut statista online macht diese Erkrankung weltweit circa 65% aller Demenzerkrankungen aus. Bezogen auf die westlichen Länder wird der Anteil dieser Demenzform in Bezug auf Demenzerkrankungen allgemein auf mindestens zwei Drittel geschätzt. Die Krankheit verläuft langsam und schleichend. Der Beginn ist oftmals gekennzeichnet durch Merkfähigkeits- und Wortfähigkeitsstörungen, zu denen Verhaltensstörungen, psychische Veränderungen und körperliche Symptome (z. B. Schluckbeschwerden) hinzukommen können. Als Risikofaktor für diese Demenzform gilt in erster Linie das Alter. Es wird zwischen einem Alzheimer-Typ mit frühem (unter 65 Jahren) und einem Typ mit spätem Beginn (über 65 Jahren) unterschieden. Die Alzheimer-Krankheit ist durch einen unverwechselbaren Symptomverlauf gekennzeichnet. Zunächst ist eine Störung der Emotionen zu bemerken. Darauf folgt eine Reduzierung des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit sowie der motorischen Fähigkeiten. Im späteren Krankheitsverlauf treten zu diesen Symptomen weitere, wie zum Beispiel Inkontinenz, Bewegungsstörungen oder Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme, hinzu. Die Alzheimer-Demenz verläuft progredient, endet also

¹⁷ Bickel. 2018, S.1

¹⁸ Kastner & Löbach, 2014, S. 35-36

tödlich. Gründe für das Versterben sind jedoch vorwiegend sekundäre Krankheiten, wie zum Beispiel Infektionen sowie eine verringerte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme.

Sekundäre Demenzen sind sogenannte Folgedemenzen. Das bedeutet, dass sie durch andere Erkrankungen – zum Beispiel Vergiftung oder Alkoholmissbrauch hervorgerufen werden. Zu den sekundären Demenzen lassen sich medikamentös bedingte Demenzen, Alkoholdemenzen und stoffwechselbedingte Demenzen zuordnen. Bei den meisten dieser Demenzen besteht die Möglichkeit der Heilung, allerdings nur, wenn sie frühzeitig erkannt und behandelt werden. Im Folgenden wird die sogenannte Alkoholdemenz näher beschrieben.¹⁹

Das Wernicke-Korsakow-Syndrom wird in die Wernicke-Enzephalopathie und das Korsakow-Syndrom unterteilt, die jeweils einzeln oder in Kombination auftreten können. Beide Syndrome entstehen aufgrund eines Vitamin-B1-Mangels, welches unter anderem durch chronischen Alkoholkonsum auftritt. Das Korsakow-Syndrom ist eine schwere chronische Hirnschädigung, die Bereiche des Gehirns betrifft, „[...] die für die Gedächtnisbildung und die Regulierung der Emotionen zuständig sind“²⁰. Während bei dem Korsakow-Syndrom Symptome wie beispielsweise Desorientiertheit und anterograde oder retrograde Amnesie auftreten, lassen sich der Wernicke-Enzephalopathie neben Desorientiertheit auch Symptome wie Augenmuskellähmung, Bewusstseinsstörung oder Sprech- und Schluckstörung zuordnen. Beide Syndrome lassen sich durch eine Vitamin-B1-Therapie behandeln, sodass die Ursache (Vitamin-B1-Mangel) behoben werden kann. Erfolgt jedoch keine Behandlung, so kann es entweder zu einer chronischen Entwicklung kommen, oder sogar zum Tod führen.

Bei den vielen verschiedenen Varianten einer Demenzerkrankung ist es deshalb enorm wichtig, dass möglichst früh und genau diagnostiziert wird, um eine mögliche Behandlung (wie beispielsweise bei einer durch Alkohol verursachten Demenz) einzuleiten. Hierzu ist es sinnvoll, die Bevölkerung weiter und intensiv über diese Erkrankung aufzuklären, damit diese die Symptome richtig deuten und entsprechende Fachärzte aufsuchen können. Umso wichtiger ist es, dass den Betroffenen aber auch den Angehörigen mit viel Verständnis und Offenheit entgegengetreten wird, um ihnen möglichst viel Hilfe und Unterstützung garantieren zu können. Denn nicht nur die Diagnose an sich, sondern auch die veränderte Persönlichkeit und das teilweise aggressive Verhalten der Betroffenen stellen eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten dar, der es zu begegnen gilt.

Ein wichtiger Punkt ist die frühzeitige Diagnosestellung durch einen Facharzt bzw. Neurologen.

¹⁹ Kastner & Löbach, 2014, S. 43-44

²⁰ Falk, 2015, S. 71

9.2 Sensibilisierungen der Bürgerschaft

Den „Umgang“ mit Menschen mit Demenz zu meistern bedeutet auch es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und erarbeiten. Auf individueller Ebene hängen Lebensqualität und Beibehalten gewohnter Routinen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen maßgeblich mit der Offenheit und Hilfsbereitschaft ihres Umfelds zusammen. Erkrankte können sich weiterhin frei in der Öffentlichkeit bewegen, wenn es Menschen gibt, die aufmerksam sind und Hilfestellung leisten, wenn es zu einer „schwierigen“ Situation kommt. Angehörige können Unterstützung und Entlastung erfahren, wenn das Umfeld über die belastenden Faktoren weiß. Für eine gute Aufklärung benötigt es Informationen über „das“ Krankheitsbild sowie Impulse zum Umgang mit Erkrankten, um Situationen einschätzen zu können und Hemmnisse abzubauen. Nicht nur für die Betroffenen und deren nahe Angehörige sondern auch für alle Menschen, die potentiell mit Demenzerkrankten in Berührung kommen. Durch eine gute und breite Aufklärung kann es ermöglicht werden, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können; auch solche, die keine festen Hilfestrukturen durch nahe Angehörige haben. Angehörige haben die Möglichkeit, offener mit der Erkrankung umzugehen und Hilfe anzunehmen, sich Auszeiten für sich selbst zu nehmen, um sich für die herausfordernde Aufgabe der Pflege zu stärken. Erkrankten und Angehörigen fällt es häufig schwer, offen über die Erkrankung zu sprechen. Auffällige Verhaltensweisen werden nach Außen verharmlost. Die Angst vor Bloßstellung treibt Betroffene und Angehörige nicht selten zu einem vermehrten Rückzug in die eigenen vier Wände bis hin zur sozialen Isolation. Neben den von Tom Kitwood herausgearbeiteten psychologischen Grundbedürfnissen (Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität) nennen Menschen mit Demenz vor allem auch Bedürfnisse wie Selbstbestimmtheit, Bewegungs- und Handlungsfreiheit sowie Unabhängigkeit.²¹ Menschen mit Demenz wünschen sich trotz Erkrankung selbständig und selbstbestimmt leben zu können, am sozialen Leben teilhaben zu können und einen Beitrag für die Gemeinschaft zu leisten.

Kommunen können einen Beitrag leisten, dass Vorurteile und Berührungängste abgebaut werden, sich ein offener, wertschätzender Umgang mit Menschen mit Demenz entwickelt und dadurch lebenswerte Strukturen entstehen, die den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen gerecht werden. Im Rahmen des Projekts *Demenz und Kommune* (<https://www.demenzundkommune-bw.de/>) wurde ein Impulspapier erstellt, das insgesamt 16 zentrale Bausteine benennt, deren Umsetzung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beiträgt. Als erster Baustein wird die „Sensibilisierung der Bürgerschaft genannt“.

²¹ Kaufmann und Engel, 2016

„Je größer ihr Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit den Betroffenen ist, umso offener stehen Bürger dem Thema Demenz gegenüber und umso eher sind sie auch bereit, sich zu engagieren“²²

Als Zielgruppen werden alle Bürger der Kommune, aber auch Aktive in Vereinen und Verbänden sowie verschiedene Berufsgruppen (Verwaltung, Gewerbetreibende, Einzelhandel, Öffentlicher Nahverkehr, Banken, Polizei und kommunale Verwaltung), Mitglieder der Kirchengemeinden, Mitarbeitende in Bildungseinrichtungen, etc. werden explizit genannt. Für die unterschiedlichen Zielgruppen stehen unterschiedliche Veranstaltungs- und Aktionsformate zur Verfügung. Neben klassischen Vorträgen und Vortragsreihen können Aktionstage (rund um den Welt-Alzheimerstag am 21. September) und ganze Kampagnen organisiert werden, die sich vor allem dadurch auszeichnen, dass über einen längeren Zeitraum, an unterschiedlichen Orten, (von unterschiedlichen Akteuren) Angebote für unterschiedliche Zielgruppen stattfinden. Als besonders attraktiv gelten Formate, die es ermöglichen „Kultur erlebbar zu machen“. Zum Beispiel Foto- oder Kunstausstellungen, Theaterstücke, Lesungen oder Filmvorführungen mit Bezug zum Thema Demenz erreichen eine Vielzahl von Interessierten, mit und ohne Demenz gleichermaßen, und ermöglichen so gleichzeitig Begegnung und Teilhabe. Für spezielle Berufs- und Bevölkerungsgruppen bieten sich insbesondere (mehr oder weniger) intensive Schulungsprogramme an, in denen gruppenspezifische Handlungsimpulse für den Umgang mit Betroffenen und deren Angehörigen vermittelt werden können. Die Deutsche Alzheimergesellschaft hat das Schulungsprogramm „Demenz Partner“ (<https://www.demenz-partner.de/startseite.html>) entwickelt, das an Aktivitäten der weltweiten Aktion *Dementia Friends* anknüpft. In einem ca. 90-minütigen Kurs werden wichtige Informationen zum Krankheitsbild sowie Tipps zum Umgang mit Menschen mit Demenz vermittelt. *Demenz Partner* kann jeder werden. Auch durch die Erstellung eines Demenzwegweisers, also einer (schriftlichen) Übersicht über die Angebote und Ansprechpartner vor Ort, können Menschen erreicht und sensibilisiert werden.

Für eine erfolgreiche kommunale Aufklärungsarbeit ist es notwendig, dass einzelne Aktivitäten gebündelt werden und Netzwerke entstehen, die sich gemeinsam des Themas annehmen. Im Landkreis Karlsruhe sind insbesondere die Gemeinden Walzbachtal mit ihrem „Sozialen Netz Walzbachtal“ und Weingarten mit der „lokalen Allianz für Menschen mit Demenz“ zu nennen. In der Stadt Bretten entwickelt sich aktuell mit Unterstützung des DeKo-Projekts (oder Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg) das Netzwerk „demenzaktives Bretten“, das sich in seinen Aktivitäten v.a. auch an den Bausteinen des Impulspapiers orientieren wird. Organisatorisch bleibt darauf hinzuweisen, dass Veranstaltungen räumlich wie zeitlich gut erreichbar sein sollten. Möchten Sie Berufstätige erreichen? Gibt es eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr?

²² Impulspapier DeKo, S. 18

9.3 Pilotprojekt „Unterstützendes Beratungsangebot für Familien mit demenzerkrankten Angehörigen“ - Lituf

Im Rahmen eines Austauschprogramms zum Thema „Altenhilfe“ mit der Partnerregion Shar`Hanegav in Israel wurde ein psycho-soziales Interventionsprogramm für Familien mit Demenzerkrankten vorgestellt. Der Bedarf für ein derartiges Beratungsangebot für den Landkreis Karlsruhe deckt sich mit den Erfahrungen der Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe. Die israelische Alzheimergesellschaft (EMDA) gilt als Urheber der Projektidee. Es wird ein kontinuierlicher Austausch angestrebt. Die EMDA bietet Informationsmaterial und internationale, wissenschaftliche Literatur zum Thema.

Der Landkreis Karlsruhe ist für eine Förderung des Projektes „Unterstützendes Beratungsangebot für Familien mit demenzerkrankten Angehörigen“ im Innovationsprogramm Pflege 2019 vorgesehen. Das Ziel des Projektes ist, Familien mit demenzerkrankten Angehörigen durch eine Intervention im Rahmen einer psychosozialen, prozessorientierten Einzel- und Familienberatung zu unterstützen. Das Projekt wird als Pilotprojekt angedockt an die Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe durchgeführt. Die Beratung im Pflegestützpunkt ist in weiten Teilen eine Form der Expertenberatung bzw. Fachberatung. Das Projekt jedoch zielt darauf ab, eine Form der Prozessberatung für pflegende Angehörige zu etablieren.

Bei einer Demenzerkrankung ist in den meisten Fällen die gesamte Familie betroffen. Das bedeutet, dass die Einschränkungen bei dieser Erkrankung nicht nur den Betroffenen selbst beeinträchtigen, sondern die Versorgung im familiären Umfeld in besonderer Weise erschwert. Der Umgang mit den Betroffenen braucht das Verständnis für das Erleben des Erkrankten und das Wissen, um mögliche Entlastungen und Erleichterungen des Alltags zu erreichen.

In den Pflegestützpunkten im Landkreis Karlsruhe nutzen pflegende Angehörige das Beratungsangebot zum einen, um sich über entlastende Dienste und deren Finanzierung zu informieren; zum anderen wird in den Gesprächen oft deutlich, dass das Sprechen über die familiäre Situation Entlastung bringt. Die innovative Idee ergibt sich aus der Kombination des Projektes mit dem Pflegestützpunkt: hier ist ein niedrighschwelliger Einstieg in die Intervention möglich. Den Bedarf für eine therapeutische Maßnahme sehen viele pflegende Angehörige trotz ihrer großen psychischen Belastung nicht. Das psychosoziale Beratungsangebot hat eine präventive Wirkung. Bei gravierenden psychischen Belastungen besteht zwar theoretisch die Möglichkeit eine psychotherapeutische Maßnahme in Anspruch zu nehmen, die Erfahrung zeigt aber, dass viele den organisatorischen Aufwand scheuen. Die Prozessberatung gibt der Reflexion der eigenen Situation und der Entwicklung eigener individueller Lösungsstrategien Raum. Das Ziel ist die Kompetenzsteigerung der pflegenden Angehörigen und deren Familien. Wichtig ist, dass die Angehörigen bei aller Belastung,

die Haltung entwickeln, selbst etwas steuern und verändern zu können. D.h. zum Beispiel, Hilfe von außen zulassen zu können, mit Rollendivergenz in einer Pflegesituation umgehen können oder den Abschied von Familienangehörigen sinnhaft zu gestalten.

Das Projekt richtet sich somit an informell Pflegende, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen in der Häuslichkeit betreuen. Familien mit demenzerkrankten Angehörigen sind in diesen Pflegesettings im besonderen Maße belastet. Häufig sind bereits ambulante Dienste, Betreuungsangebote und teilstationäre Einrichtungen involviert, dennoch stehen die Angehörigen unter hohem Druck. Die Gesamtsituation ist objektiv wenig veränderbar, das Projekt zielt darauf ab, die Haltung und innere Einstellung der pflegenden Angehörigen und ihres unterstützenden Umfeldes zu verändern und zu stärken. Ziel ist die Entlastung durch die Reflexion der eigenen Bedürfnisse und Ressourcen. Daraus entwickelt sich eine Kompetenzsteigerung mit dem Gefühl der Selbstwirksamkeit, das maßgeblich zur (vor allem psychischen) Gesundheit beiträgt.

Die Belastung durch eine häusliche Pflegesituation kann gesundheitliche Beeinträchtigungen sowohl körperlich als auch psychisch hervorrufen. Das Projekt dient der Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen, zu der im Wesentlichen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Belastungssituation und die Entwicklung eines Gefühls der Selbstwirksamkeit gehören. Gewalt in der Pflege entsteht nicht selten aus extremen Überforderungssituationen. Das Projekt setzt sich präventiv mit diesem Aspekt auseinander und bietet damit einen Ansatz zur Gewaltprävention.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe führen dieses Projekt im Rahmen der Aufgabenerledigung gemäß des Rahmenvertrages zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7 c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg durch. Demnach fallen unter § 4 Abs. 2 b des Rahmenvertrages Beratungen, die eine intensive Auseinandersetzung mit den Angehörigen fordern. Im Rahmen eines Casemanagements kann eine Gruppensitzung mit Familienmitgliedern bzw. Akteuren des Versorgungssystems notwendig sein, sodass das Projekt hier eine hilfreiche Ergänzung darstellt. Einige Anteile der angestrebten Intervention werden ohnehin bereits im Pflegestützpunkt durchgeführt, das Projekt profiliert die Beratungsqualität des Pflegestützpunktes und gibt dem Gesamtberatungsportfolio eine weitere Differenzierung.

10. Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe

Seit den ersten Planungen zur Eröffnung von Pflegestützpunkten sieht die bedarfsgerechte Ideal-
lösung von Seiten der Altenhilfefachberatung im Landkreis Karlsruhe fünf Pflegestützpunkte mit
Standorten in den großen Kreisstädten Bruchsal, Ettlingen, Bretten, Stutensee und Waghäusel vor.
Dieses Konzept bietet eine Beratungsinfrastruktur, die der Fläche des Landkreises Karlsruhe ge-
recht wird und allen Bürgern durch zahlreiche „Außensprechstunden“ eine wohnortnahe Beratung
ermöglicht.

In Pflegestützpunkten werden die pflegerischen, sozialen und umfeldbezogenen Anfragen im Vor-
und Umfeld der Pflege aufgenommen und nach Möglichkeit beantwortet bzw. bedarfsgerecht ver-
mittelt. Pflegestützpunkte leisten eine Vernetzung aller pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftli-
chen und niederschweligen Angebote vor Ort. Dabei bietet der Pflegestützpunkt ein Träger- und
Leistungserbringerinteressen unabhängiges, neutrales wohnortnahes Beratungsangebot. Alle Mit-
arbeiter/-innen im Pflegestützpunkt sind zur Neutralität verpflichtet, ihre fachliche Beratung und
Begleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen unterliegt den aktuell anerkannten fach-
lichen Standards. Die für den Betrieb erforderliche Finanzierung ergibt sich aus den Bestimmun-
gen des § 7 c Abs. 4 Sozialgesetzbuch XI. In Baden-Württemberg leisten die Pflege- und Kranken-
kassen sowie der Landkreis einen Finanzierungsanteil von je einem Drittel.

Die dezentrale Aufstellung der Pflegestützpunkte Landkreis Karlsruhe ist ein maßgeblicher Grund
für die bisher sehr erfolgreiche Etablierung der Pflegestützpunkte. Die Hauptstandorte bieten
Sprechzeiten in den umliegenden Gemeinden an, damit Bürger mit begrenzter Mobilität das Ange-
bot der Beratung nutzen können. Diese Sprechzeiten werden mit einer entsprechenden Kontinuität
und Verbindlichkeit in den Rathäusern gehalten. Für die Zielgruppe der älter werdenden Bürger-
schaft, aber auch für pflegende Angehörige ist es wichtig, dass der Pflegestützpunkt mit seinem
Beratungsangebot eine Verlässlichkeit bietet, die dem ohnehin beschwerlichen Alltag entgegen-
kommt.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III, das 2017 in Kraft trat, erhalten Kommunen für die Dauer von
fünf Jahren das Initiativrecht, weitere Pflegestützpunkte einzurichten. Das Interesse an dessen
Umsetzung hat der Landkreis Karlsruhe bereits Anfang 2017 bekundet. Landesrechtliche Verord-
nungen zum Initiativrecht wurden 2018 in Form eines Rahmenvertrages ausgearbeitet. Dieser
lässt eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu, die sich aus den Planungsgrößen je nach
Kommune ergibt und differenziert deutlich die Aufgaben der Pflegestützpunkte: Neben den im SGB
XI beschriebenen, wird die Auskunft und Beratung in unterschiedlichen Qualitäten beschrieben.
Dies wird der Realität im Pflegestützpunkt gerecht und verdeutlicht, dass Beratungsprozesse

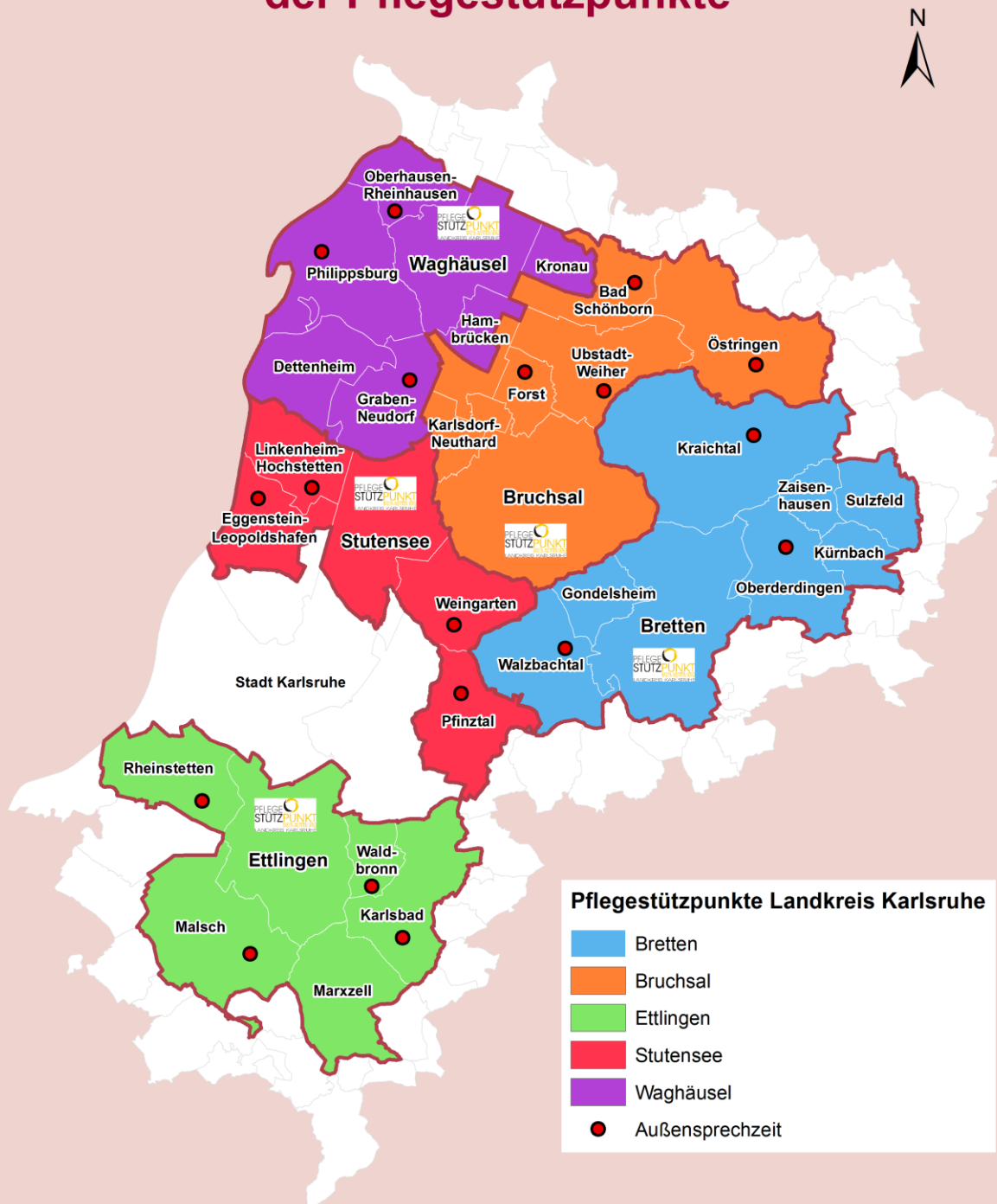
durchaus mehrere Kontakte bis hin zu einem möglichen Case Management erfordern. Zudem hat die Gesetzesreform die Aufgaben der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI erweitert – jetzt beinhalten sie die Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a, die bisher vornehmlich bei den Pflegekassen angesiedelt war. Diese Änderung bedeutet, dass die Mitarbeiter/innen in den Pflegestützpunkten entsprechend geschult sein müssen, d.h. pro Pflegestützpunkt bedarf es eines/r Berater/in qualifiziert nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGBXI.

Die fünf Pflegestützpunkte im Landkreis Karlsruhe sind aktuell mit je 1,5 Vollzeitstellen ausgestattet. Im Jahr 2019 wurden die Pflegestützpunkte in Stutensee und Waghäusel eröffnet und damit die personellen Ressourcen im Landkreis gestärkt. Das gibt den Pflegestützpunkten die Möglichkeit, strukturell kleinräumig, wohnort- und quartiersnah zu agieren. Die seit 2010, 2011 und 2016 bestehenden Beratungsstellen in Bruchsal, Ettlingen und Bretten haben sich in ihren Geltungsbereichen durch die engagierte Aufbauarbeit Anerkennung und Vertrauen verschafft, das sie nutzen können, um neue Projekte und Initiativen in den Kommunen fachlich zu begleiten. Die Pflegestützpunkte können ihre in der Beratung aufgedeckten Bedarfe und Kenntnisse einsetzen, um Sozialräume entsprechend mitzugestalten. Die Zahl der Kontakte ist von rund 3.400 im Jahr 2012 auf über 9.400 im Jahr 2018 angestiegen. Die Vernetzungs- und Beratungsarbeit ist Beziehungsarbeit, die dezentral und wohnortnah stattfinden muss. Kooperationen entstehen vor allem durch persönliche Kontakte und Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen und Fachgremien. Die Mitarbeiter/innen können in den Gemeinden ihren Kontakt zu Ehrenamtlichen und Engagierten in der Seniorenarbeit und zunehmend zu in der Behindertenhilfe und gemeindepsychiatrischen Versorgung Tätigen kontinuierlich pflegen, deren Motivation zum Einsatz stärken und somit die Nachhaltigkeit von Quartiersprojekten unterstützen.

Inzwischen wird von den Pflegestützpunkten Landkreis Karlsruhe regelmäßig die Veranstaltungsreihe „Perspektiven des Älterwerdens“ in Kooperation mit örtlichen Trägern oder Vereinen angeboten. Diese Veranstaltungen richten sich an Bürger, Betroffene, Ehrenamtliche und Fachkräfte. Schulungen für pflegende Angehörige und Selbsthilfeangebote werden durchgeführt, um familiäre Pflegearrangements nachhaltig zu stärken.

Der Landkreis Karlsruhe hatte sich von Anfang an für ein Konzept mit fünf Pflegestützpunkten eingesetzt. Inzwischen sind die bestehenden Pflegestützpunkte zur wertgeschätzten Institution in der Versorgungslandschaft geworden, so dass der Ausbau im gesamten Netzwerk der Altenhilfe und darüber hinaus sehr begrüßt wird. Erfreulicherweise nehmen inzwischen auch Menschen mit Behinderungen bzw. ihre Angehörigen oder Betreuer bei Fragen „Rund um die Pflege“ die Beratung der Pflegestützpunkte in Anspruch.

Einzugsbereiche und Standorte der Pflegestützpunkte



Landratsamt Karlsruhe

Dezernat III - Amt für Versorgung und Rehabilitation

© Landratsamt Karlsruhe, GIS-Zentrum (2019)

Maßstab: 1:300.000
0 2,5 5 7,5 10
Kilometer

LANDKREIS
KARLSRUHE

11. Entwicklungen bei älteren Migrantinnen und Migranten

Aufgrund der spezifischen Alterszusammensetzung der Menschen mit Migrationshintergrund gelangt die besondere Situation alternder Migrantinnen und Migranten erst in den letzten Jahren zunehmend in den Blickwinkel des Altenhilfesystems.

Wesentliche Merkmale der Lage von älteren Menschen mit Migrationshintergrund gelten jedoch auch für Deutsche ohne Migrationshintergrund.

Zugrunde gelegt wird die Definition des Statistischen Bundesamtes:

Ausländer und Ausländerinnen:

- Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Deutsche mit Migrationshintergrund:

- Personen, die seit 1950 zugewandert sind
- Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil oder Elternteil mit ausländischer Staatsangehörigkeit

11.1 Demografische Entwicklung

Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund liegt im Landkreis Karlsruhe bei 25 %. Die größten Herkunftsregionen von Migrantinnen und Migranten sind die Länder Türkei, Rumänien, Polen, Italien, Kroatien und Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. Viele Spätaussiedler/-innen, sowie Migrant/-innen aus der Zeit der Anwerbung von sogenannten „Gastarbeitern“, gelangen nun ins Rentenalter. Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits über 60 Jahre alt sind, liegt im Landkreis Karlsruhe bei 16 %.

11.2 Situation älterer Migrantinnen und Migranten

Immer mehr Migrantinnen und Migranten bleiben – entgegen ihrer eigenen und der allgemeinen Erwartung – auch im Rentenalter dauerhaft in der Bundesrepublik Deutschland. Viele Migrantinnen und Migranten haben zwischenzeitlich die deutsche Staatsbürgerschaft und gehören damit neben den Gruppen der Aussiedler und Spätaussiedler zur Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund. Viele, insbesondere die ehemaligen Arbeitsmigranten, leben (noch) im realen Spannungsfeld zwischen Rückkehrabsicht und Verbleib. Auch wenn häufig der Rückkehrwunsch aufrecht-

erhalten bleibt, so bietet die gegenwärtige und zu erwartende Lebenssituation oft keine Möglichkeit, diesen Wunsch zu realisieren.

Ein wesentlicher Grund ist in vielen Fällen, dass Kinder und Enkel hier leben. Weitere Gründe sind die Angewiesenheit auf medizinische Versorgung und ökonomische Verpflichtungen. Trotz der insgesamt unbefriedigenden Datenlage wird der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden Arbeitsmigranten bzw. der älteren ausländischen Bevölkerung allgemein als schlechter eingestuft.

Die erste Generation der Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland steht, nachdem sie vor einigen Jahrzehnten als junge Menschen in die BRD gekommen sind, in absehbarer Zeit vor dem Ende ihres Arbeitslebens. Gerade diese Gruppe der Arbeitsmigranten arbeitet häufig im produzierenden Bereich und gewärtigt eine frühzeitige Beendigung ihres Erwerbslebens. Ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen haben dazu geführt, dass sie im Durchschnitt erheblich eher altern, mit allen damit verbundenen gesundheitlichen Problemen. Erschwerend kamen migrationsspezifische Belastungen wie Trennung von Familie und Freundeskreis im Heimatland, soziale Ausgrenzung und der aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren schlechtere Zugang zu Gesundheitsleistungen hinzu.

Ältere Migranten sind zunehmend auf außerfamiliäre und institutionelle Hilfen angewiesen. Die erhoffte familiäre Versorgung und Pflege scheitert an den Lebensbedingungen und Vorstellungen der Kinder und Enkel, die eine solche aufgrund eigener Erwerbstätigkeit nicht leisten können und/oder wollen. Tatsächlich gleichen sich familiäre Konstellationen mit längerem Aufenthalt immer mehr denen der hiesigen Bevölkerung an. Die Kinderzahl sinkt, familiäre Großstrukturen lösen sich auf. Immer mehr ältere Migranten und Migrantinnen leben in Ein-Personen-Haushalten. Verständigungsschwierigkeiten, kulturell unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Alter erschweren den Zugang zum Gesundheits- und Altenhilfesystem. Untersuchungen und Studien belegen, dass Migrantinnen und Migranten bei persönlichen Problemlagen vorrangig Beratung bei Familienmitgliedern und Freunden/Freundinnen im eigenen Kulturkreis suchen. In nur sehr geringem Umfang werden Ansprechstellen bei Behörden und Beratungsdiensten aufgesucht. Geringe Kenntnisse des Gesundheits- und Hilfesystems behindern den Zugang zu adäquaten Hilfen.

Die Pflegestützpunkte des Landkreises werden im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Beratung für ältere Migrantinnen und Migranten ausbauen.

12. Bürgerschaftliches Engagement im alters- und generationengerechten Quartieren

Kommunale Akteure sind seit einigen Jahren zunehmend auf der Suche nach Menschen, die sich im Quartier und der Lebenswelt, der dort lebenden Menschen engagieren. Durch die gezielte Ansprache der „Generation 50plus“ können kompetente Personen für die Übernahme von Ehrenämtern und gemeinnützige Tätigkeiten gewonnen werden. Ältere Menschen stellen eine wichtige Gruppe von Engagierten, wie zum Beispiel Daten des Freiwilligensurvey belegen. Das ehrenamtliche Engagement von Menschen, die sich neu orientierten, kann eine Win-Win-Situation sein, von der alle Beteiligten profitieren: Es dient neben der individuellen Sinnstiftung der engagierten Person auch dem Quartier, es werden neue Angebote geschaffen, die Lebensqualität und die soziale Infrastruktur in der Kommune insgesamt werden erhöht. Dieses Engagement benötigt gute Rahmenbedingungen, Beteiligungsmöglichkeiten und die Wertschätzung seitens der Kommune. Daher kann es in vielen Fällen sinnvoll sein, das Engagement in die Koordination und Begleitung hauptamtlicher Hände zu geben, die den engagierten Menschen bei Fragen zur Seite stehen und sie in der Umsetzung ihres Engagements fachlich qualifizieren und psychosozial unterstützen.

12.1 Was versteht man unter Bürgerschaftlichem Engagement (BE)

Bürgerschaftliches Engagement ist vielfältig, jeder zweite engagiert sich ehrenamtlich in Baden-Württemberg. Die Bereitschaft, sich ohne Gegenleistung für andere im Quartier zu engagieren, bildet eine wichtige Säule einer demokratischen Gesellschaft.

Bürgerschaftliches Engagement ist ein unscharfer und mehrdeutiger Begriff. Seine engere Definition umfasst Begriffe wie Ehrenamt, Selbsthilfe oder freiwilliges Engagement. Die Enquetekommission »Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements« des Deutschen Bundestages hat 2002 für den Begriff inhaltliche Kriterien entwickelt: Bürgerschaftliches Engagement ist freiwillig, nicht auf materiellen Gewinn gerichtet, gemeinwohlorientiert, öffentlich bzw. findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich bzw. kooperativ ausgeübt. Bürgerschaftliches Engagement kann sowohl dauerhaft und kontinuierlich als auch kurzfristig und spontan angelegt sein. Engagierte Bürger und Bürgerinnen wollen durch ihr Engagement Lebensqualität verbessern und die Zukunft nachhaltig mitgestalten.

Unter Bürgerschaftliches Engagement versteht man:

- Die Bereitschaft zur aktiven Unterstützung von Menschen, Gruppen und Anliegen im Bereich des Sozialen, der Kultur und der Umwelt; (Engagement in den unterschiedlichsten Vereinen wie Sport-, Gesang-, Musik-, und sonstigen Vereinen, u. a.)

- Die Bereitschaft zur aktiven „Selbsthilfe in Gegenseitigkeit“, eine Selbsthilfe also, die gemeinsam auch nach außen tritt; (Engagement in Selbsthilfegruppen z. B. AA, Krebserkrankungen, Behinderungen, u. a.)
- Die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an Planungs- und Entscheidungsprozessen; (Bürgerbeteiligungsprozesse Stuttgart 21, große Bauprojekte, u. a.)
- Die Bereitschaft zur Übernahme von (politischen) Ehrenämtern in (politischen) Gremien (Kreis-, Gemeinde- und Ortschaftsräte, einzelnes Engagement im Ehrenamt z. B. Sterbegleitung, u. a.)

Der Altersaufbau der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland steht in den kommenden Jahrzehnten vor tiefgreifenden Umbrüchen und Veränderungen, die alle gesellschaftlichen Teilbereiche betreffen und vor vielfältige Herausforderungen stellen werden. Die Bevölkerungsentwicklung eines Landes wird maßgeblich von der Geburten- und Sterberate sowie der Migration bestimmt. Als Folge des demografischen Wandels in Deutschland wird die Zahl der Älteren in der Gesellschaft (u.a. durch die steigende Lebenserwartung) zunehmen, die Zahl der Jüngeren hingegen sinken. Kaum ein anderes Thema stellt die Kommunen vor so viele neue Aufgaben. Alle Bereiche der Daseinsvorsorge sind betroffen. Zugleich nimmt der Standortwettbewerb zwischen den Kommunen weiter zu. Umso wichtiger ist es, sich mit den Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort auseinanderzusetzen. Der demographische Wandel ist nicht nur als Herausforderung, sondern auch als Chance zu sehen.

12.2 Gute Kooperationen im Bürgerschaftlichen Engagement leben und pflegen!

Das Bürgerschaftliche Engagement lebt von Kooperationen und Netzwerken und von den Menschen, die über Zeit verfügen und ihre Zeit dem Gemeinwohl im Quartier zur Verfügung stellen. Häufig sind das Menschen, die ihre berufliche Tätigkeit bereits beendet haben. Im Bereich der Seniorenarbeit gibt es umfangreiche und viele tragende Netzwerke, in denen sich Menschen engagieren. Meistens leben diese Netzwerke vom Bürgerschaftlichen Engagement und der Mehrwert dieser Netzwerke kommt allen zu Gute. Zwischenzeitlich haben sich in vielen Gemeinden Seniorenbeiräte gefunden, die sich aktiv für die Interessen und Bedürfnisse der Generation Ü60 einsetzen und sich mit alters- und generationengerechter Quartiersentwicklung beschäftigen.

Im Mai 2017 wurde das interne Netzwerk zum Bürgerschaftlichen Engagement im Sozialdezernat ins Leben gerufen. Die Bildung eines Informations- und Planungsnetzwerks soll dazu beitragen, die Akteure und die Angebote im Bereich Bürgerschaftliche Engagement im Landkreis Karlsruhe transparenter zu machen, zu bewerben, die Potenziale im Ehrenamt ämterübergreifend auszuschöpfen und Synergien innerhalb der Verwaltung zu nutzen. Durch Netzwerkarbeit kann das Bür-

gerschaftliche Engagement zum Gelingen einer inklusiven Gesellschaft beitragen. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Hautfarbe, Religion, kultureller und sozialer Herkunft, Sprache, Behinderung, Krankheit, Weltanschauung sowie sexueller Orientierung sollen sich Menschen mit dem Sozialraum identifizieren und dies auch in einem Bürgerschaftlichen Engagement ausdrücken können.

Der Landkreis Karlsruhe bietet selbst vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten im Bereich Bürgerschaftliches Engagement an. Die Angebote erreichen neben Kindern, Jugendlichen und Familien auch ältere Menschen mit und ohne besondere Bedarfe (z.B. durch die ehrenamtlichen Familienpaten, Pflegelotsen, individuelle Lernbegleiter, Integrationslotsen).

Um Menschen, die sich ehrenamtlich für die Gesellschaft einsetzen, zu unterstützen und zu qualifizieren, wirkt der Landkreis Karlsruhe in Kooperation mit dem Landkreistag beim Aufbau einer landesweiten Plattform „qualifiziert-engagiert-bw.de“ mit. Das Vorhaben wird finanziert und gefördert durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Ziel ist es, ein Qualifizierungsnetzwerk und eine Online-Qualifizierungsplattform im Landkreis Karlsruhe zu installieren, um den gesellschaftlichen Stellenwert der ehrenamtlichen Arbeit zu stärken, die ehrenamtlich engagierten Menschen in den Städten und Gemeinden zu qualifizieren, sowie die verschiedenen Engagementfelder noch besser zu vernetzen. Der Landkreis Karlsruhe ist einer der ersten im Land, der dieses Programm umsetzt. Das Projekt wird im Jahr 2019 gemeinsam mit verschiedenen KooperationspartnerInnen (Bildungsträger, Verbände, Vereine, Kommunen) aus dem Landkreis umgesetzt.

12.3 Die Familienzentren im Landkreis Karlsruhe

Familienzentren sind offene Begegnungs- und Beratungsstätten für junge Familien, Kinder, Erwachsene und Senioren. Sie fördern das soziale Miteinander in der Stadt/Gemeinde, arbeiten selbst organisiert und werden weitgehend von ehrenamtlich engagierten Menschen getragen. In speziellen Kursangeboten, wie z.B. Kochkursen, Generationen-Café, Sturzprophylaxe, Repair-Café, Miniclub, Familienbildungsangeboten, Oma-Opa-Service, Qualifizierungskursen des Bürgerschaftlichen Engagement entsteht generationsübergreifende Kommunikation und Begegnung untereinander und füreinander.

Familienzentren bieten Bürgerinnen und Bürgern Gelegenheit, ihre Ideen, Kenntnisse und Fähigkeiten einzubringen. Bei den Aktivitäten werden die Bedürfnisse von Familien und der Dialog zwischen den Generationen und aller Nationalitäten gestärkt.

In Familienzentren werden Begegnungs-, Gestaltungs- und Beteiligungsmöglichkeiten für das Bürgerliche Engagement geschaffen und gelebt.

Es braucht ein ganzes Dorf, um Kinder zu erziehen, es braucht Jung und Alt um gemeinsames Leben zu gestalten

Aktuell gibt es im Landkreis Karlsruhe 25 Familienzentren (s. Landkarte).



13. Gewährung von Hilfe zur Pflege und Hilfe in anderen Lebenslagen nach dem SGB XII

13.1 Auswirkungen auf Fallzahlen

Infolge der aus demografischen Gründen zu erwartenden Fallzahlensteigerung, aber auch aufgrund der gedeckelten Pflegeversicherungsleistungen, faktisch sinkender Renteneinkünfte und Kostensteigerung in der Versorgung Pflegebedürftiger wird der Sozialhilfeaufwand, insbesondere für stationär versorgte Pflegebedürftige, künftig stetig ansteigen.

Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass alte Menschen zunehmend auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII angewiesen sind. Dieser Personenkreis wird bei einer notwendig werdenden stationären Versorgung im Pflegeheim nicht in der Lage sein, die Pflegeheimkosten ohne Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII aufzubringen. Ebenfalls kann dieser Personenkreis die neuen ambulant betreuten Wohngemeinschaften ohne Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII nicht finanzieren.

Der überproportional hohe Anstieg dementiell erkrankter und schwerstpflegebedürftiger Menschen, die abnehmende Zahl potenziell pflegender Partner/Angewandter im häuslichen Bereich und die eher schlechter werdende Einkommens- und Vermögenssituation alter Menschen werden die Nachfrage nach stationären Pflegeangeboten erhöhen und damit auch die Fallzahlen in der stationären Pflege nach dem SGB XII steigen lassen. Für die nächsten fünf bis zehn Jahre wird, trotz der Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung, eine Fallzahlensteigerung von 30-50 Fällen im Jahresdurchschnitt prognostiziert.

13.2 Hilfeplanung/Hilfesteuerung/Bedarfsermittlung

Die unter Ziffer 13.1 dargestellte Entwicklung zeigt, wie wichtig es ist, durch zielgerichtete Hilfeplanung/Hilfesteuerung das Pflegepotential im sozialen Umfeld der Betroffenen und die Möglichkeiten in der ambulanten Pflege und niedrigschwelliger Angebote optimal einzusetzen, um eine stationäre Versorgung entbehrlich zu machen bzw. erst später notwendig werden zu lassen.

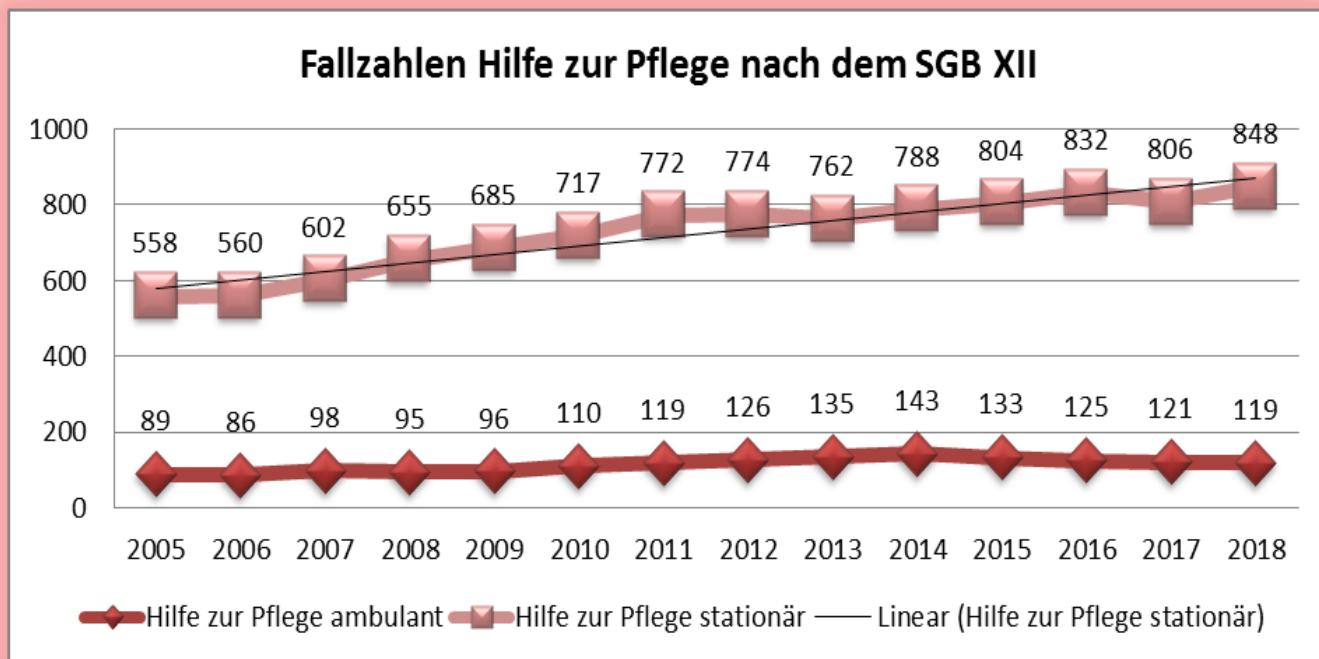
Eine bessere Vernetzung der am Hilfeprozess beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger (Sozialhilfe, Pflegekassen) z. B. in den Pflegestützpunkten, kann diese Zielsetzung unterstützen.

13.3 Aktueller Stand

Seit 01.01.2017 begrenzt § 63 SGB XII die Leistungen der Hilfe zur Pflege dadurch, dass für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 nur bestimmte Leistungen vorgesehen sind und für die wesentlichen Leistungen (insbesondere Pflegesachleistungen, teilstationäre und stationäre Pflege)

mindestens Pflegegrad 2 vorausgesetzt wird. Dies grenzt den anspruchsberechtigten Personenkreis ein, so dass seit 2017 niederschwellige sozialhilferechtliche Bedarfe durch Hilfen in anderen Lebenslagen (insbesondere § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 73 SGB XII Hilfe in besonderen Lebenslagen) gedeckt werden.

Seit 2005 haben sich die Fallzahlen in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII im Jahresdurchschnitt wie folgt entwickelt:



Die Fallzahlensteigerung fiel moderater aus als in der Kreispflegeplanung 2020 prognostiziert. Geringfügige Verbesserungen der Leistungen der Pflegeversicherung, intensivere Fallsteuerung und bessere Beratung der Pflegestützpunkte haben sich hier sicherlich ausgewirkt. Der kurzzeitigen Fallzahlenreduzierung der stationären Hilfe zur Pflege in 2017 liegt die Überleitungsregelung des Pflegestärkungsgesetzes III zugrunde. Die in der Folge stetig steigenden Kosten im Pflegebereich haben sowohl die Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung als auch die großzügige Überleitungsregelung ausgeglichen. Die Fallzahlen der Hilfen in anderen Lebenslagen sind ab 2017 in der grafischen Darstellung der Fallzahlen Hilfe zur Pflege inkludiert.

14. Konsequenzen, Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen für die Altenhilfe - Zukünftige Entwicklungen

14.1 Kleinräumige Versorgung in Sozialräumen

Ein wesentlicher Bezugspunkt sozialräumlicher Überlegungen ist der Wunsch der allermeisten Menschen, auch bei einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf so lange wie möglich und selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben zu können. Dies gilt auch bei physischen bzw. psychischen Einschränkungen und bei Verlust von Lebensbezügen. Die Orientierung an den Ressourcen der Betroffenen, der Erhalt der sozialen Bindungen und das Schaffen sozialer Teilhabemöglichkeiten im direkten sozialen Wohnumfeld sind dabei essenzielle Grundlage beim Organisieren der notwendigen Hilfen. Der gesetzlich verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat nach wie vor hohe Priorität und sollte, wann immer möglich, in alle Überlegungen einfließen.

Es gilt, passgenaue und möglichst kleinräumige Lösungen vorzuhalten, anzustreben und zu initiieren, d. h., dass Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst nahe an ihrem angestammten Wohnumfeld geeignete Hilfen, Einrichtungen, Dienste und Treffpunkte vorfinden und dass das Knüpfen nachbarschaftlicher Bezüge und sozialer Kontakte - auch zugehender Art - möglich sein muss. Ein Welfare-Mix aus professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Hilfe ist anzustreben und darauf zu achten, dass dieser auch längerfristig trägt.

Einer der wichtigsten Parameter in Bezug auf eine kleinräumige Versorgung in einem inklusiven Sozialraum ist das Vorhandensein einer guten Infrastruktur, die sich vom Einzelhandel, über die medizinische Versorgung, über Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und in der Wohnung bis zu entsprechenden Dienstleistungen und einer funktionierenden, in allen Lebensbereichen kultursensiblen Nachbarschaft bzw. einer stabilisierenden möglichst generationsübergreifenden und wertschätzenden psychosozialen Betreuung durch Angehörige, Besuchsdienste, Freunde und Andere auszeichnet. Zu erwähnen ist in diesem Kontext auch barrierearmen, bezahlbaren Wohnraum zu schaffen und Impulse auf dem Weg zu einer sorgenden Gemeinschaft, in der die einzelnen Bürgerinnen und Bürger gesamtgesellschaftliche Verantwortung übernehmen, zu setzen.

14.2 Wohnortnähe

„Wohnortnähe“ ist eng mit Aspekten der Vertrautheit, Zugehörigkeit und Überschaubarkeit verbunden. Wohnortnähe bedeutet dann vor allem auch, dass gewachsene soziale Kontakte lebbar und nutzbar sind und diese auch im Falle eines Hilfebedarfs erhalten bleiben. Ein wohnortnaher Sozialraum in diesem Sinne wird mit dem Gefühl verbunden, hier - in diesem Quartier, in diesem Stadtteil, in dieser Gemeinde - bin ich zuhause. Das soll erhalten bleiben.

Zur Pflegeinfrastrukturplanung gehört auch die Verfügbarkeit der notwendigen Hilfe- und Unterstützungsangebote am Wohnort naher Angehöriger von Pflegebedürftigen zum Ziel der Sicherung möglichst „wohnnaher“ Versorgungsstrukturen. Der Umzug an den Wohnort von Kindern kann für die Pflegebedürftigen eine gleich hohe Priorität haben, wie der Wunsch, im bisherigen Lebensfeld verbleiben zu können. Mit dem Kriterium „Wohnortnähe“ kann weiterhin eine niedrighschwellige Erreichbarkeit von Angeboten (z. B. von Pflegestützpunkten, Seniorentreffs, Mittagstisch) verbunden werden. Diese ist dann gegeben, wenn ein Angebot fußläufig erreichbar ist. Für bewegungseingeschränkte Menschen bedeutet dies einen Radius von bis zu 500 m. Gute Erreichbarkeit kann aber auch durch ein gutes ÖPNV-Netz oder - bei mangelnder Mobilität - durch das Angebot von Fahrdiensten gezielt hergestellt werden. Ein wohnortnahes Angebot kann darüber hinaus auch durch zugehende Hilfen und Dienstleistungen in der Häuslichkeit erreicht oder erleichtert werden.

Wohnortnahe pflegerische Versorgungsstrukturen umfassen neben dem Vorhalten von ambulanten und teilstationären Angeboten auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Mit einer kleinräumigen Planung auf Stadtteil- und Gemeindeebene und entsprechend dezentralen Versorgungsstrukturen soll erreicht werden, dass

- Menschen in ihrem Lebensumfeld bleiben können, selbst wenn eine stationäre Versorgung erforderlich ist.
- soziale Beziehungen aufrechterhalten und weiter gepflegt werden können.
- gewachsene soziale Bezüge als Ressourcen genutzt werden, z. B. durch die Einbeziehung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten oder die Nutzung von Kontakten aus der Nachbarschaft, zu Vereinen, Kirchengemeinden etc.
- mit kleineren Pflegeeinrichtungen zudem deren Öffnung zum Gemeinwesen sowie ihre Einbindung in das Gemeindeleben erleichtert werden.

Für sehr kleine Sozialräume, in denen umfassend betreuungs-/pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern wohnortnah eine Wohn- und Versorgungsform angeboten werden soll, kann künftig eher eine ambulant betreute Pflege-Wohngruppe in Betracht kommen. Dabei muss dann aber berücksichtigt werden, dass ambulant betreute Pflege-Wohngruppen nach SGB XI als ambulantes Angebot gelten und ein höherer finanzieller Eigenanteil die Folge sein kann. Als zusammenfassende Schlussfolgerung dieser Betrachtung kann festgehalten werden: Die notwendige Grundversorgung der Bevölkerung sollte durch Angebote, die so wohnortnah wie es unter den Gesichtspunkten von Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit möglich ist, umgesetzt werden.

14.3 Barrierefreiheit im öffentlichen und privaten Raum

Wenn Senioren länger selbstbestimmt und weitgehend unabhängig leben wollen, müssen die Wohnsituation und die Infrastruktur im Quartier stimmen. Es bedarf eines inklusiven Umfeldes,

einer Nachbarschaft, in der sich jeder mit seinen Ideen einbringen kann, in der jeder mit seinen Stärken willkommen ist und in der sich jeder mit seinen Schwächen aufgehoben weiß. Barrierefreiheit ist somit außerordentlich wichtig und zugleich Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe. Nur in einem barrierefreien Raum mit barrierefreien Gebäuden, barrierefreier Kommunikation und barrierefreien Dienstleistungen können ältere Menschen länger ihre Selbständigkeit bewahren und einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung hinausschieben. In einer pluralistischen Gesellschaft, in der Menschen mit und ohne Behinderung, alte und junge Menschen, mit und ohne Migrationshintergrund leben, bedeutet "Barrierefreiheit" das Eingehen auf die menschliche Vielfalt. Das Wohnumfeld, der Verkehrsraum und öffentlich zugängliche Gebäude müssen barrierefrei gestaltet werden. Neben einer guten Nahversorgung muss es ausreichend Angebote in den Bereichen Kultur, Sport, Bildung und Begegnung geben. Seniorengerecht heißt menschengerecht, gebraucht wird ein Wohnumfeld für alle Lebensalter. Mit einer barrierefreien Infrastruktur sind oftmals hohe Investitionen verbunden, dies ist sowohl kommunalpolitisch als auch in Privathaushalten oft nicht in Gänze umsetzbar. Das heißt, dass es neben der Verwirklichung der DIN-Normen als oberstes Ziel wünschenswert ist, den öffentlichen Raum und Privatwohnungen weitmöglichst barrierearm zu gestalten.

14.4 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention haben einen hohen Stellenwert für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft. Es gilt, Krankheiten zu vermeiden, die kognitiven Fähigkeiten zu erhalten und physisch wie psychisch vital zu sein und sich aktiv im Leben zu engagieren. Es muss ureigenes Interesse eines jeden Bürgers sein, sich im Sinne einer Verhaltensprävention selbst um die eigene Gesundheit zu kümmern. Insofern geht es um die Förderung der eigenen Aktivitäten als gesundheitliche Altersvorsorge, z. B. durch Freizeit-, Gesundheits-, und Bildungsangebote. Über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch über die Sozialhilfe werden vielfältig Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention erbracht. Entscheidend dafür, ob ein gesundheitsförderlicher Lebensstil im Wohnumfeld möglich ist und Menschen so lange wie möglich ohne oder mit nur geringfügiger fremder Hilfe in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, ist eine altersgerechte Infrastruktur, die insbesondere Bewegung und eine gesunde Ernährung ermöglicht. Hier setzt die Fachplanung Gesundheit und das Quartiersmanagement an, die zukünftig in jeder Kommune erforderlich werden. Eine Stärkung der Prävention gegenüber den Bereichen Behandlung, Rehabilitation und Pflege wird befürwortet. In intensiver Zusammenarbeit mit Kreis-Krankenhäusern und Reha-Kliniken wird eine sinnvolle Überleitung für kranke oder pflegebedürftige Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Reha-Maßnahme sichergestellt. ACHTUNG: Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein Entlassmanagement (§ 39 SGB V; mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV aufgenommen).

14.5 Präventive Hausbesuche

Seit Anfang 2019 bereitet der Caritasverband für den Landkreis Karlsruhe-Bezirksverband Ettlingen e.V. aktiv das Projekt - Präventive Hausbesuche - vor. Die präventiven Hausbesuche sind ein aufsuchender Beratungsdienst, der durch professionelle Fachkräfte und Ehrenamtliche Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu Themen der selbständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung beraten und begleiten wird.

Ziele: Den älteren Menschen ein Leben in häuslicher Umgebung in größtmöglicher Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten durch: Verbesserung des funktionalen Status (Mobilität), Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes (Salutogenese), Verbesserung der Widerstandskräfte (Resilienz), Steigerung der Eigenaktivität (Empowerment), Verbesserung der Teilhabechance (Partizipation), Verringerung der durch Singularisierung, fehlende Gesundheitsvorsorge und Unfälle im häuslichen Umfeld verursachten Mortalitätsrate, Verbesserung der Lebensqualität (adding life to years) sowie Stärkung des Vertrauens älterer Menschen in staatliche und kommunale Strukturen

Inhalt des Angebotes: Durch die präventiven Hausbesuche kommt es zum frühzeitigen Kontakt mit noch nicht pflegebedürftigen, sozial benachteiligten älteren Menschen. Die Zugänge zur Zielgruppe eröffnen wir uns durch die Nutzung der Kontakte der ansässigen kath. Kirchengemeinden, der Caritas-Beratungsstellen (insbesondere der seit 2018 implementierten Lebensberatung), Selbsthilfegruppen und anderer vor Ort relevanter Institutionen (z.B. Pflegestützpunkt) und Initiativen. Hierzu gehört selbstverständlich auch die Zusammenarbeit mit den im südlichen Landkreis aktiven ehrenamtlich Gruppen und Vereinen (z.B. Bürgerzentrum West). Als Nebeneffekt kann auch die Stärkung des Gemeinwesens und der nachbarschaftlichen Hilfe in einer Zeit der immer stärker werdenden Singularisierung erreicht werden. Dieses Projekt wird finanziert über die dem Caritasverband Ettlingen zur freien Verwendung zugewiesenen Bistumsmittel und ist für die SeniorInnen kostenfrei. Im Laufe der Projektlaufzeit sollen in regelmäßigen Gesprächen mit den Kostenträgern der unterschiedlichen Systeme und Wege einer nachhaltigen und dauerhaften Regelfinanzierung entwickelt werden. Die Möglichkeit einer Übernahme der PHB in die Regelfinanzierung z.B. im Kombimodell durch Kommune/Landkreis/Kranken- und Pflegekassen wurde durch Modellprojekte bereits erfolgreich umgesetzt.²³

14.6 Hybridhaus

Unter Hybridhaus versteht man eine Zentralisierung der ambulanten Pflege im Betreuten Wohnen mit Tagespflege und Service. Das Hybridhaus kombiniert Tagespflege, Betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften. Der im Haus ansässige Pflegedienst kann im Betreuten Wohnen neben Grundpflege auch Behandlungspflege, Betreuung, hauswirtschaftliche und sonstige Dienstleistun-

²³ Ute Heidt-Lang, Caritasverband für den Landkreis Karlsruhe-Bezirksverband Ettlingen e.V. 2019.

gen anbieten. Es zielt auf die grundlegenden Bedürfnisse von Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.

14.7 Modellkommune Pflege

Das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) ermöglicht bundesweit 60 Modellvorhaben, die kommunale Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu stärken, indem die örtlichen Sozialhilfeträger und Träger der Altenhilfe Beratungsaufgaben der Pflegekassen nach dem SGB XI übernehmen. Ziel ist ein ganzheitlicher und sozialraumorientierter Beratungsansatz unter der Berücksichtigung der vorhandenen Beratungsinfrastruktur.

Ziele des Modellvorhabens:

- Neue Beratungskonzepte zur Verbesserung der Koordination und Kooperation kommunaler Beratungsstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige werden erprobt.
- Die Modellkommunen setzen den Fokus auf umfassende, wohnortnahe, neutrale und kostenfreie Beratung.
- Der Beratungsprozess wird effektiver und effizienter gestaltet, da die Vertragspartner, insbesondere die Pflegekassen und Träger der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe und Altenhilfe strukturiert zusammenarbeiten.
- Die Modellkommune leistet ein Care-Management, das die Versorgung verbessert und Pflegesituationen stabilisiert.
- Die Modellkommune verfolgt einen klientenzentrierten Beratungsansatz, der die individuellen Ressourcen der Klienten insbesondere in Bezug auf ihre Gesundheitskompetenz stärkt und die Versorgungsangebote passgenau vermittelt.
- Es wird erprobt, ob das Modellvorhaben die Qualitätsvorgaben nach dem SGB XI erfüllt und wirtschaftlich erbringt; des Weiteren, ob die gegebenen Ressourcen effektiver eingesetzt werden können.

Möglicher Gewinn für den Landkreis Karlsruhe:

Der Landkreis Karlsruhe entwickelt insbesondere nach der Eröffnung der Pflegestützpunkte und deren stetigem Ausbau eine Beratungsinfrastruktur mit dem Ziel einer umfassenden, neutralen, kostenfreien, wohnortnahen und individuellen Beratung. Das Modellvorhaben ermöglicht, einen umfassenden Beratungsansatz unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Regelungen zum Anspruch auf Beratung. Eine stärkere bzw. strukturierte Kooperation mit den Pflegekassen ermöglicht eine effektivere und effizientere Beratung und damit Stabilisierung der Versorgungssituation. Mögliche Bedarfe auch im Bereich SGB XII werden frühzeitig erfasst und eine Steuerung kann bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit begonnen werden. Aufgeklärte, geförderte Klienten und deren

Angehörige nutzen ihre Ressourcen und erleben eine Pflegesituation als weniger belastend. Die ambulante Versorgung wird stabilisiert. Die Paradigmen „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“ werden in den Beratungsaufgaben des SGB XI durch eine kommunale Pflegeberatung konsequent umgesetzt. Damit gewinnt der Landkreis an Präsenz in der Fläche in Bezug auf Pflegeberatung.

Der Landkreis hat grundsätzlich Interesse, an einer Bewerbung für die „Modellkommune Pflege“. Derzeit besteht jedoch noch Unsicherheit bei der tatsächlichen Ausgestaltung des Modellbudgets. Erst wenn die finanziellen Rahmenbedingungen geklärt sind, kann über eine Bewerbung abschließend entschieden werden.

15. Quellen und weiterführende Informationen

Bell, V. & Troxel, D. (2004). Personenzentrierte Pflege bei Demenz. Das Best-Friends-Modell für Aus- und Weiterbildung. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Bickel, H. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Hrsg.). (2018). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Zugriff am 08.04.2019.

Braeske, G.Mayer-Rötz, S.H. Pflug C (2017), in IGES. Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Demografie Portal des Bundes und der Länder. Wiesbaden: 2019.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht. Stellungnahme der Bundesregierung, Bericht der Sachverständigenkommission. 14. Wahlperiode Drucksache 14/5130. Berlin: 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen-Belastungen-Herausforderungen. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode. Drucksache 14/4357. Berlin: 2000.

Falk, J. (2015). Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Weinheim und München: Beltz Juventa.

Kaufmann, E.G., Engel, S.A. (2016). Dementia and well-being: A conceptual framework based on Tom Kitwood's model of needs. Dementia, 15(4), 774-788.

Kastner, U. & Löbach, R. (2014). Handbuch Demenz (3. Auflage). München: Elsevier GmbH.

Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA): Ambulant betreute Wohngruppen. Arbeitshilfen für Initiatoren. Köln: 2006.

Kremer-Preiß, Ursula: Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis. Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.). Köln: 2013.

Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.): Pro Alter. Selbstbestimmt älter werden. Ausgabe 05, 43. Jahrgang. Köln: 2011.

Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.): Pro Alter. Selbstbestimmt älter werden. Ausgabe 06, 45. Jahrgang. Köln: 2013.

KVJS: Hilfe zur Pflege 2017. Kennzahlen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg. Stuttgart: 2018.

Landratsamt Karlsruhe: Sozialbericht 2018. Karlsruhe: 2019.

Landratsamt Karlsruhe: Kreispflegeplanung 2020. Karlsruhe 2014.

Landratsamt Karlsruhe: Sozialplanung 2020 - Teilhabe der Menschen mit geistigen, körperlichen und Mehrfachbehinderungen,. Karlsruhe 2016

Messmer, Peter: Bedarfseckwerte 2025 für die stationäre Pflege in den Stadt-, Landkreisen und kreisangehörigen Gemeinden Baden-Württembergs. Stuttgart: 2018.

Messmer, Peter: Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an stationären Pflegeangeboten in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bis zum Jahr 2025. Stuttgart: 2018.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg: Landespflegeplan Teil 4. Stuttgart 2007.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg: Freiwilligensurveys 2009. Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg. Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung. Stuttgart: 2011

Presse und Informationsamt der Bundesregierung: Sozialpolitische Umschau 122. Berlin: 2016.

Saup, Winfried: Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen. Augsburg: Verlag für Gerontologie 2003.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: 2010.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Der demografische Wandel in Baden-Württemberg. Stuttgart: 2018.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: FamilienForschung Baden-Württemberg. Stuttgart: 2017.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Presseheft. Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und der Pflegearten für Baden-Württemberg bis 2030. Stuttgart: 2018.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Presseheft. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Baden-Württemberg 2030. Stuttgart: 2018.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistik aktuell. Stuttgart: 2018

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. Stuttgart: 2018.

Taylor, R. (2010). Alzheimer und ich. «Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf» (2., durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in Kraft getreten März 2009.

Witterstätter, Kurt: Soziologie für die Altenarbeit-Soziale Gerontologie. 13. Auflage Freiburg: Lambertus Verlag 2003.

Wieprecht- Klotzsch.(2016).Praxisratgeber Pflegeversicherung. Ansprüche und Leistungen für pflegebedürftige Säuglinge, Kinder und Erwachsene nach dem neuen Recht 2017.

Internetquellen:

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2019
PDF ICD-10-GM Version 2019 Systematisches Verzeichnis zu finden unter:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f00-f09.htm>
- Langenscheidt, <https://de.langenscheidt.com/latein-deutsch/demens> [03.07.2019, 8:14 Uhr]
- Statista Online: Statistik zur Epidemiologie Demenz
<https://de.statista.com/themen/2032/demenzerkrankungen-weltweit/> [08.04.19, 13:14 Uhr]
- https://www.gkvspitzenverband.de/media/grafiken/pflege_kennzahlen/spv_kennzahlen_03_2018/SPV_Kennzahlen_Booklet_03-2018_300dpi_2018-03-15.pdf [Stand: 08.04.2019]
- URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/2019-01-30
- Aktion Mensch: Kommune inklusiv <https://www.aktion-mensch.de/kommune-inklusiv>