

Stadtseniorenplan

Baden-Baden



STADTSENIORENPLAN

Baden-Baden

Impressum

Herausgeber

Stadt Baden-Baden
Fachbereich Bildung und Soziales
Gewerbepark Cité 1
76532 Baden-Baden

Internet

Den Stadtseniorenplan finden Sie auch online unter:
www.stadtseniorenplan.baden-baden.de

Bearbeitung

Gabriele Hörmlle
Maxi Schmeißer
Bettina Ghiorghita
Renate Fischer

Kommunalverband für Jugend und
Soziales Baden-Württemberg

Koordination

Iska Dürr
Steffen Miller
Christoph Rukavina-Gruner
Tanja Fröhlich

Stadt Baden-Baden
Fachbereich Bildung und Soziales

September 2017



Hinweis

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

INHALTSVERZEICHNIS

A PLANUNGSGRUNDLAGEN

1	Auftrag, Rahmenbedingungen und Methoden	1
1.1	Planung für Senioren als kommunale Aufgabe	2
1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	2
1.3	Planungsprozess, Beteiligte, Methoden	2
1.4	Aufbau des Seniorenplans	3
2	Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen	5
2.1	Entwicklung der Gesamtbevölkerung zwischen 1990 und 2030	5
2.2	Die Bevölkerung in den Stadtteilen	7
2.3	Altersstruktur	8
	2.3.1 Stadt Baden-Baden insgesamt	8
	2.3.2 Altersstruktur in den Stadtteilen	11
2.4	Lebenslagen älterer Menschen	12
	2.4.1 Haushalts- und Familienformen	12
	2.4.2 Einkommenssituation	13
	2.4.3 Soziale Beziehungen	18

B HANDLUNGSFELDER

1	Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung	19
1.1	Kommunale Planungen zur Gestaltung des demografischen Wandels	19
	1.1.1 Situation in Baden-Baden	21
	1.1.2 Einschätzung durch lokale Experten	21
	1.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen	22
1.2	Generationengerechte öffentliche Räume und Gebäude	23
	1.2.1 Situation in Baden-Baden	24
	1.2.2 Einschätzung durch lokale Experten	25
	1.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen	25
1.3	Nahversorgung und Dienstleistungsangebote	25
	1.3.1 Situation in Baden-Baden	26
	1.3.2 Einschätzung durch lokale Experten	27
	1.3.3 Fazit und Handlungsempfehlungen	28
1.4	Mobilität - Öffentlicher Nahverkehr	28
	1.4.1 Situation in Baden-Baden	29
	1.4.2 Einschätzung durch lokale Experten	30
	1.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen	31

2	Privates Wohnen zu Hause	33
2.1	Wohnraum	33
	2.1.1 Barrierefreie Wohnungen.....	33
	2.1.2 Strukturelle Anpassung des Wohnungsbestandes	36
	2.1.3 Individuelle Anpassung des Wohnungsbestandes – Wohnberatung	37
2.2	Flankierende Unterstützung - Wohnkonzepte	39
	2.2.1 Betreutes Wohnen zu Hause	39
	2.2.2 Wohnungsbörsen und Umzugsmanagement	40
	2.2.3 Selbstorganisierte Hausgemeinschaften – Mehrgenerationenwohnen	40
	2.2.4 Betreutes Wohnen oder Service-Wohnen	42
2.3	Quartierskonzepte	43
2.4	Einschätzung durch lokale Experten	44
2.5	Fazit und Handlungsempfehlungen	46
3	Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung	49
3.1	Bereitschaft zu freiwilligem Engagement wächst	50
3.2	Engagementbereiche und Zielgruppen	50
3.3	Ältere Menschen als Akteure und Zielgruppe von freiwilligem Engagement	51
3.4	Förderung und Vernetzung des bürgerschaftlichen Engagements	52
3.5	Förderung von Bürgerbeteiligung	53
3.6	Seniorenvertretungen und Seniorenräte	53
3.7	Situation in der Stadt Baden-Baden	53
3.8	Einschätzung durch lokale Experten	55
3.9	Fazit und Handlungsempfehlungen	57
4	Bildung, Kultur und Begegnung	59
4.1	Angebote in Baden-Baden	60
	4.1.1 Allgemeine Kulturangebote und Angebote der Erwachsenenbildung	61
	4.1.2 Spezielle Angebote für Senioren	62
	4.1.3 Öffentlichkeitsarbeit	63
4.2	Einschätzung durch lokale Experten	63
4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	64
5	Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit	66
5.1	Beratungsansprüche und Pflichten - Rechtliche Grundlagen	66
5.2	Angebote in Baden-Baden	67
5.3	Einschätzung durch lokale Experten	70
5.4	Fazit und Handlungsempfehlungen	72
6	Gesundheit	74
6.1	Vernetzung und Kooperation	76

6.1.1	Situation in Baden-Baden	77
6.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	78
6.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	79
6.2	Gesundheitsförderung und Prävention	79
6.2.1	Angebote in Baden-Baden.....	81
6.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	81
6.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	82
6.3	Ambulante medizinische Versorgung.....	83
6.3.1	Angebote in Baden-Baden.....	84
6.3.2	Einschätzung durch lokale Experten	85
6.3.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	86
6.4	Krankenhausversorgung	86
6.4.1	Angebote in Baden-Baden.....	87
6.4.2	Einschätzung durch lokale Experten	88
6.4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	89
6.5	Geriatrische Rehabilitation	89
6.5.1	Angebote in der Stadt Baden-Baden	91
6.5.2	Einschätzung durch lokale Experten	91
6.5.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	92
6.6	Gerontopsychiatrische Versorgung.....	92
6.6.1	Angebote in der Stadt Baden-Baden	93
6.6.2	Einschätzung durch lokale Experten	93
6.6.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	94
6.7	Palliativ- und Hospizversorgung	94
6.7.1	Angebote in der Stadt Baden-Baden	95
6.7.2	Einschätzung durch lokale Experten	97
6.7.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	98
7	Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege - Alltagshilfen.....	100
7.1	Unterstützungsangebote im Alltag	100
7.1.1	Unterstützungsangebote im Alltag nach § 45 a - c SGB XI.....	100
7.1.2	Situation in Baden-Baden	102
7.1.3	Einschätzung durch lokale Experten	103
7.1.4	Fazit und Handlungsempfehlungen	105
7.2	Beschäftigung von Haushaltshilfen aus dem Ausland.....	106
7.2.1	Situation in Baden-Baden	108
7.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	108
7.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	108

8	Pflege und Pflegebedarfsplanung	110
8.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen	110
8.2	Anzahl pflegebedürftiger Menschen	112
8.2.1	Pflegebedürftige insgesamt (alle Altersgruppen – ohne „Pflegestufe 0“)	112
8.2.2	Pflegebedürftige ab 65 Jahren (einschließlich „Pflegestufe 0“)	116
8.3	Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen	119
8.3.1	Allgemeine Daten zur häuslichen Pflege	119
8.3.2	Daten und Fakten: Baden-Baden	121
8.3.3	Pflegende Angehörige als Experten in eigener Sache	122
8.4	Pflege durch Ambulante Dienste	125
8.4.1	Angebote und Nutzung in Baden-Baden	126
8.4.2	Einschätzung durch lokale Experten	129
8.5	Tagespflege	131
8.5.1	Angebote in Baden-Baden	133
8.5.2	Struktur der Klienten	135
8.5.3	Einschätzung durch lokale Experten	137
8.6	Kurzzeitpflege	138
8.6.1	Angebote in Baden-Baden	140
8.6.2	Struktur der Klienten	142
8.6.3	Einschätzung durch lokale Experten	144
8.7	Stationäre Dauerpflege	145
8.7.1	Angebote in Baden Baden	148
8.7.2	Strukturdaten der Pflegeheime	150
8.7.3	Bewohnerstruktur	154
8.7.4	Einschätzung durch lokale Experten	158
8.8	Ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften	161
8.8.1	Angebote in Baden-Baden	164
8.8.2	Einschätzung durch lokale Experten	165
8.9	Bedarfsvorausschätzung bis zum Jahr 2030	165
8.9.1	Methodik	165
8.9.2	Pflegebedürftige und benötigte Angebote im Überblick	168
8.9.3	Vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege	171
8.9.4	Kurzzeit- und Überleitungspflege	172
8.9.5	Tagespflege	174
8.10	Arbeitskräfte in der Pflege	176
8.10.1	Daten und Fakten: Baden-Württemberg	176
8.10.2	Entwicklungen und Maßnahmen in Land und Bund	178
8.10.3	Daten und Fakten: Baden-Baden	180
8.10.4	Einschätzung durch lokale Experten	183

8.11	Fazit und Handlungsempfehlungen	186
8.11.1	Allgemein	186
8.11.2	Häusliche Pflege - Pflegende Angehörige	187
8.11.3	Pflege durch ambulante Dienste	188
8.11.4	Tagespflege	189
8.11.5	Kurzzeitpflege	190
8.11.6	Stationäre Dauerpflege	190
8.11.7	Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften	192
8.11.8	Arbeitskräfte in der Pflege	192
9	Besondere Zielgruppen	195
9.1	Alt gewordene Menschen mit einer Behinderung	195
9.1.1	Situation in Baden-Baden	196
9.1.2	Einschätzung durch lokale Experten	197
9.1.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	197
9.2	Senioren mit Migrationshintergrund	198
9.2.1	Situation in Baden-Baden	199
9.2.2	Einschätzung durch lokale Experten	199
9.2.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	200
C	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN IM ÜBERBLICK	201

1 Auftrag, Rahmenbedingungen und Methoden

1.1 Planung für Senioren als kommunale Aufgabe

Eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik ist ein zentraler Baustein kommunaler Daseinsvorsorge. Dies gilt insbesondere in Phasen großer demografischer Veränderungen. Diese wirkten sich in der Stadt Baden-Baden aufgrund ihrer besonderen Bevölkerungsstruktur früher und stärker aus als in den meisten anderen Kommunen Deutschlands. Der vorliegende Seniorenplan greift dies auf und schafft die Grundlage für eine demografiesensible Kommunalpolitik, die zukünftige Herausforderungen berücksichtigt.

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

Die Stadt hat die Seniorenplanung gemeinsam mit lokalen Experten und Angehörigen erarbeitet. Die fachliche Begleitung erfolgte durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS).

Wichtig war den Beteiligten, dass alle Lebensbereiche von Senioren beleuchtet werden: neben Pflege und Unterstützung auch die Potenziale und Beteiligungsmöglichkeiten älterer Menschen, die örtliche Infrastruktur, das Wohnen zu Hause sowie die Bereiche Bildung und Gesundheit. Senioren mit besonderen Bedarfen (zum Beispiel demenziell erkrankte Menschen, alt gewordene Senioren mit Behinderung und Senioren mit Migrationshintergrund) werden ebenfalls in den Blick genommen.

Infrastruktur und Lebensbedingungen am Wohnort und im Stadtviertel haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität älterer Bürger. Städte und Gemeinden können als Gestalter und Moderatoren wirken, die die Bürger und weitere Akteure an einen „Runden Tisch“ bringen, örtliche Angebote und Bedarfe ermitteln, Kooperationen anstoßen und gemeinsame Lösungen für den Aufbau trägerübergreifender Hilfenetzwerke erörtern.

Als kreisfreie Stadt hat Baden-Baden einen besonderen Gestaltungsspielraum. Die Stadt ist originär zuständig für die Pflegeplanung sowie die Förderung der Information, Koordination und Vernetzung – auch im Vor- und Umfeld der Pflege. Das Pflegestärkungsgesetz III eröffnet weitere Handlungsspielräume in den Bereichen Pflege und Beratung. Als örtlicher Träger der Sozialhilfe gewährt die Stadt Baden-Baden darüber hinaus Leistungen der Altenhilfe beziehungsweise der Hilfe zur Pflege und Grundsicherung. Auch Heimaufsicht und Betreuungsbehörde sind beim Stadtkreis angesiedelt.

Wichtige, für Senioren relevante Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich auch aus der Zuständigkeit für die Nahverkehrs- und Gesundheitsplanung sowie im Bereich der Stadtplanung und als untere Baurechtsbehörde.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Den Rahmen für die Seniorenplanung bildet eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen. Zu nennen sind in erster Linie:

- das Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI) mit den aktuellen Ergänzungen (Pflegestärkungsgesetze I bis III),
- das Sozialhilfegesetz (SGB XII),
- landesgesetzliche Regelungen (z.B. Landespflegegesetz, Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) sowie die zugehörigen Rahmenvereinbarungen und Richtlinien, aber auch
- die Landesbauordnung und
- weitere Vorgaben und gesetzliche Regelungen (z.B. im Handlungsfeld Gesundheit).

Die konkreten Hinweise auf die jeweiligen Regelungen sowie die Quellenangaben erfolgen themenbezogen in den einzelnen Berichtskapiteln.

1.3 Planungsprozess, Beteiligte, Methoden

Wichtige Prinzipien der Planung waren:

die Beteiligung von Anbietern, Institutionen, Senioren sowie weiterer lokaler Experten für einzelne Themenbereiche

- die Nutzung unterschiedlicher Datenquellen und Methoden sowie
- die Erarbeitung möglichst praxisbezogener Handlungsempfehlungen.

Fachgespräche und Gespräch mit pflegenden Angehörigen

Nach einer öffentlichen Auftaktveranstaltung zur Vorstellung der Planung am 20. Oktober 2015 fanden zwischen Juli und Dezember 2016 insgesamt sechs Fachgespräche mit Experten aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Seniorenplanung statt. In einem weiteren Gespräch kamen pflegende Angehörige zu Wort. Auf diese Weise konnten umfangreiche Informationen und Anregungen aus erster Hand gewonnen werden. Da die Gesprächsrunden ein zentraler Bestandteil des Planungsprozesses waren, werden die Einschätzungen der Experten und pflegenden Angehörigen im Bericht bei den jeweiligen Handlungsfeldern in eigenen Abschnitten (Einschätzung durch lokale Experten) wiedergegeben.



Fachgespräch Infrastruktur am 11.12.2017



Fachgespräch: stationäre Pflege am 28.07.2017

Schriftliche Erhebungen

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

- den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen,
- den ambulanten Pflegediensten sowie
- den Ortsvorstehern und Planungsverantwortlichen in den Bereichen Wohnen und Infrastruktur.

Stichtag für die Erhebungen bei den Diensten und Einrichtungen der Pflege war der 15.12.2015.

Aufarbeitung demografischer Daten und Bedarfsvorausschätzung

Die Darstellung der demografischen Entwicklung (bis zum Jahr 2030) und die Beschreibung der Lebenslagen älterer Menschen in der Stadt Baden-Baden sind wichtige Voraussetzungen für eine zukunftsweisende Planung. Grundlage dafür sind Daten aus der amtlichen Statistik und der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg sowie Daten zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege der Stadt Baden-Baden. Auf der Basis der Daten aus der amtlichen Statistik errechnete der KVJS den voraussichtlichen Bedarf an stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeangeboten bis zum Jahr 2030.

Die aktuelle Bevölkerungsstruktur wird sowohl für die Gesamtstadt als auch für einzelne Stadtteile beschrieben. Bevölkerungsprognosen und Bedarfsvorausschätzung waren aufgrund der Verfügbarkeit der Daten nur auf der Ebene der Gesamtstadt möglich.

Erarbeitung von Handlungsempfehlungen

Der KVJS bereitete die Informationen aus den schriftlichen Erhebungen, der Bedarfsvorausschätzung und den Fachgesprächen auf und erarbeitete gemeinsam mit der Stadt Baden-Baden Handlungsempfehlungen.

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

Die Handlungsempfehlungen unterscheiden sich hinsichtlich des Grads an Verbindlichkeit. Dort, wo dies möglich ist, werden konkrete Maßnahmen und die federführenden Akteure benannt. Andere Handlungsempfehlungen zeigen Perspektiven und Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen auf, die im Rahmen der Umsetzung der Seniorenplanung noch konkretisiert und hinsichtlich der Verantwortlichkeiten geklärt werden müssen.

1.4 Aufbau des Seniorenplans

Der Bericht ist in drei Abschnitte untergliedert:

- Abschnitt A gibt einen Überblick über Planungsgrundlagen und –prozess (Auftrag, Rahmenbedingungen, Vorgehen und Beteiligte) und liefert Informationen zur demografischen Entwicklung und zu den Lebenslagen älterer Menschen in der Stadt Baden-Baden und in Baden-Württemberg.

- Abschnitt B beschreibt in verschiedenen Kapiteln die einzelnen Handlungsfelder der Seniorenplanung. Die Kapitel beginnen mit einer allgemeinen Beschreibung der Thematik und gehen dann auf die konkrete Situation in der Stadt Baden-Baden und die Ergebnisse der Fachgespräche ein. Am Ende stehen ein Fazit und die Handlungsempfehlungen. Die Aussagen im Text werden durch Grafiken, Tabellen und Landkarten illustriert.
- Im Abschnitt C werden die Handlungsempfehlungen zu allen Themenfeldern noch einmal zusammengefasst in einer Tabelle dargestellt.

2 Demografische Entwicklung und Lebenslagen älterer Menschen

Demografische Daten und Informationen über die Lebensumstände von Senioren sind eine wichtige Grundlage für jede Seniorenplanung. Charakteristisch für die letzten Jahre ist die deutliche Zunahme der Zahl älterer Menschen.

Wesentliche Ursachen dieser Entwicklung sind eine stetig steigende Lebenserwartung und das Hineinwachsen geburtenstarker Jahrgänge in höhere Altersgruppen.

Die Alterung der Bevölkerung betrifft alle Stadt- und Landkreise – allerdings in unterschiedlichem Ausmaß und teilweise zeitversetzt. In einem Teil der Stadt- und Landkreise ging die Verschiebung der Altersstruktur in den vergangenen Jahren einher mit einer abnehmenden Gesamtbevölkerung. Dieser Prozess wurde zwar durch die hohe Zuwanderung in jüngster Vergangenheit abgebremst. Die Gesamtbevölkerung entwickelt sich jedoch regional weiterhin sehr unterschiedlich.

Demografischer Wandel als Herausforderung für die kommunale Daseinsvorsorge

Aus dem demografischen Wandel ergeben sich umfassende gesamtgesellschaftliche Herausforderungen. Die konkreten Auswirkungen sind insbesondere auf kommunaler Ebene spürbar und führen dort zu einem erheblichen Handlungsbedarf. Entsprechende Konzepte gehen weit über den Seniorenbereich hinaus und umfassen beispielsweise auch die Unterstützung von Familien, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine breit angelegte Gesundheitsförderung sowie Bildungs- und Infrastrukturmaßnahmen.

Eine praxisorientierte Seniorenplanung muss die vielfältigen Erscheinungsformen und Folgen des demografischen Wandels berücksichtigen sowie Steuerungs- und Eingriffsmöglichkeiten identifizieren.

Im Folgenden werden die aktuellen Bevölkerungsdaten und die aus heutiger Sicht wahrscheinlichen künftigen demografischen Veränderungen bis zum Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden dargestellt. Basis sind die aktuellen und für kommunale Planung anerkannten Daten des Statistischen Landesamtes sowie eigene Daten der Stadt. Neben den Einwohnerzahlen steht die Entwicklung der Alters- und Sozialstruktur von Personen über 65 Jahren im Mittelpunkt.

Zu beachten ist, dass alle Vorausrechnungen in die Zukunft wahrscheinliche Entwicklungen beschreiben. Mit jedem zusätzlichen, vom Basisjahr entfernten Jahr, werden die Berechnungen unsicherer.

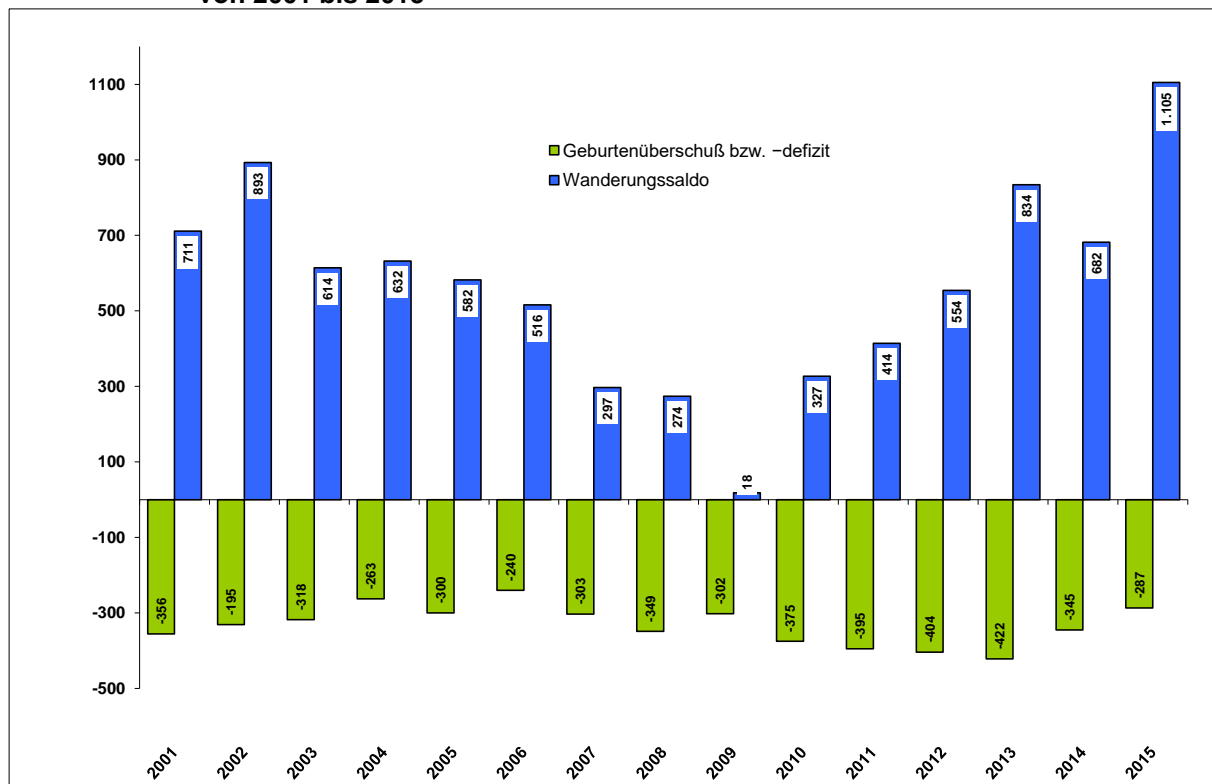
2.1 Entwicklung der Gesamtbevölkerung zwischen 1990 und 2030

Die Einwohnerzahl der Stadt Baden-Baden hat sich in den letzten 25 Jahren leicht erhöht: von 51.849 Personen im Jahr 1990 auf 54.160 Personen Ende 2015.¹ Dies entspricht einer Zunahme um 2.311 Einwohner. Phasen der Zunahme der Bevölkerung wechselten sich dabei mit Phasen der Abnahme ab.

¹ Grundlage sind die Daten des Statistischen Landesamtes aus der Amtlichen Bevölkerungsfortschreibung auf der Basis des Zensus 2010. Aktuelle Daten aus der Bevölkerungsfortschreibung für das Jahr 2016 liegen noch nicht vor

Seit dem Jahr 2001 gibt es in Baden-Baden ein Geburtendefizit: Das heißt, es sterben pro Jahr mehr Menschen als Kinder geboren werden. Üblicherweise nimmt die Bevölkerung dadurch ab. In der Stadt Baden-Baden wurde dies bisher durch Zuwanderung ausgeglichen. Der sogenannte Wanderungssaldo² war seit 2001 positiv (mehr Zu- als Wegzüge): Mit Ausnahme der Jahre 2007 bis 2010 war der Wanderungsgewinn höher als das Geburtendefizit. Dies lässt auf eine hohe Attraktivität der Stadt Baden-Baden als Wohnort schließen.

Abbildung 1: Natürliche Bevölkerungsentwicklung und Wanderungssaldo in Baden-Baden von 2001 bis 2015



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsfortschreibung jeweils zum 31.12. Eigene Berechnungen KVJS.

Im **Vergleich zum Land Baden-Württemberg** entwickelte sich die Gesamtbevölkerung in Baden-Baden in den letzten 25 Jahren eher moderat: Auf Landesebene war der prozentuale Zuwachs zwischen 1990 und 2015 mehr als doppelt so hoch als in der Stadt Baden-Baden. Auch auf Landesebene gibt es seit dem Jahr 2006 ein Geburtendefizit. Dieses wurde aber mit Ausnahme der Jahre 2008 und 2009 durch einen positiven Wanderungssaldo ausgeglichen. Der Wanderungssaldo Baden-Württembergs ist seit 2009 stetig gewachsen und betrug Ende des Jahres 2015 rund 170.500 Personen³.

² Der Wanderungssaldo beschreibt die Differenz zwischen der Zahl der Menschen, die zuziehen und denen, die wegziehen

³ Die hohe Zuwanderung im Jahr 2015 und die damit verbundene Bevölkerungszunahme lassen sich zu einem großen Teil auf die in diesem Jahr hohe Zuwanderungswelle nicht-europäischer Flüchtlinge aus Krisengebieten zurückführen

Einen Blick in die Zukunft ermöglicht die aktuelle **Bevölkerungsvorausrechnung** des Statistischen Landesamts. Sie wurde Ende 2015 erstellt und berücksichtigt bereits erste Auswirkungen der erhöhten Zuwanderung durch Flüchtlinge.⁴

Fallen die Wanderungsgewinne in Zukunft höher aus als prognostiziert – worauf aktuelle städtische Zahlen hinweisen – kann sich dieses Bild ändern und die Bevölkerung mittelfristig weiter steigen.

2.2 Die Bevölkerung in den Stadtteilen

Da das Statistische Landesamt nicht über Daten auf Stadtteil-Ebene verfügt, wird für die folgenden Ausführungen auf die Daten aus der Einwohnerstatistik der Stadt Baden-Baden zurückgegriffen.⁵

Die Einwohner der Stadt Baden-Baden verteilen sich auf 11 Stadtteile. Die Einwohnerzahlen der Stadtteile sind sehr unterschiedlich. Ein Fünftel der Gesamtbevölkerung (mehr als 11.000 Personen) lebt im bevölkerungsstärksten Stadtteil Innenstadt. Im zweitgrößten Stadtteil Weststadt leben 17 Prozent der Gesamtbevölkerung, gefolgt vom Stadtteil Oos und dem Stadtteil Lichtental.

Abbildung 2: Bevölkerung in den Stadtteilen Baden-Badens zum 15.12.2015

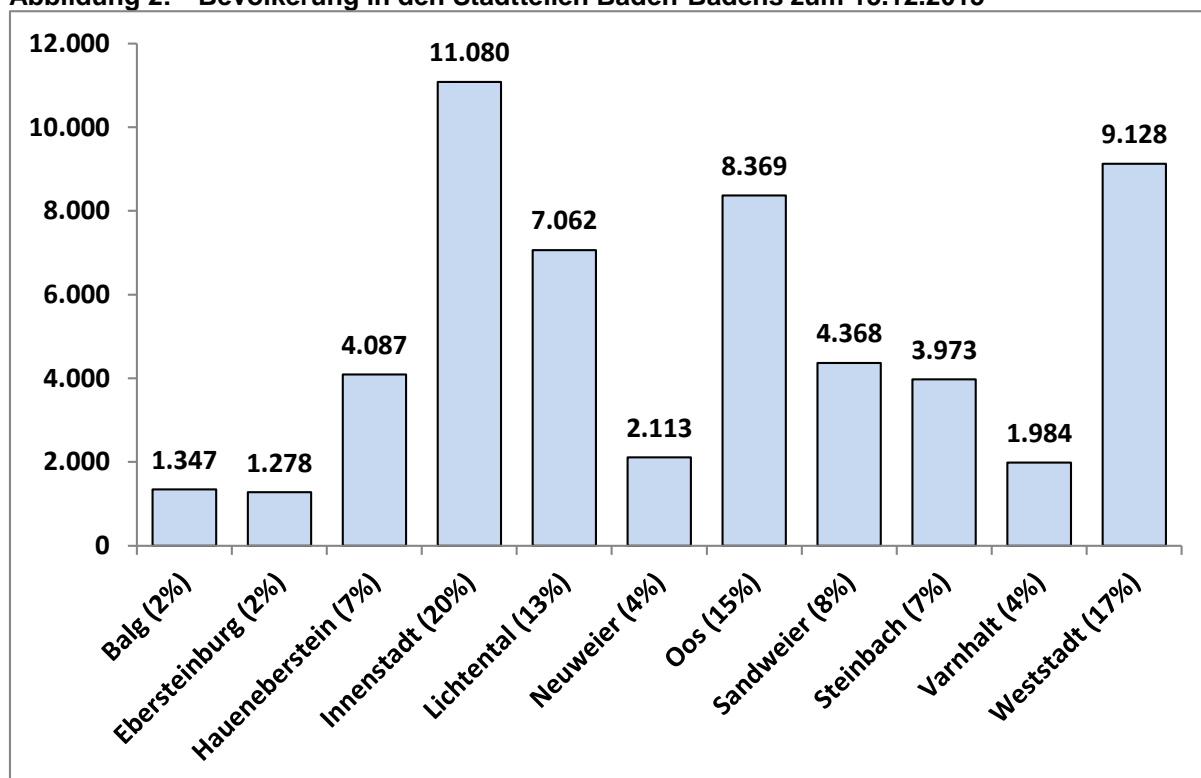


Tabelle: KVJS 2016. Datenbasis: Stadt Baden-Baden, Bevölkerung zum 15.12.2015

⁴ Basis für die Vorausrechnung ist die Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014

⁵ Die Einwohnerzahl aus der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes weicht aus methodischen Gründen geringfügig von den Daten der Stadt Baden-Baden ab.

2.3 Altersstruktur

2.3.1 Stadt Baden-Baden insgesamt

Die Altersstruktur der Bevölkerung Baden-Badens hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verändert:

- Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren erhöhte sich von 23 Prozent im Jahr 1995 auf 27 Prozent im Jahr 2015. Derzeit ist damit mehr als jeder 4. Einwohner Baden-Badens mindestens 65 Jahre alt, jeder 13. Bürger ist bereits 80 Jahre und älter.
- Im Jahr 1995 waren die Bürger der Stadt Baden-Baden im Durchschnitt 44,4 Jahre alt, im Jahr 2015 lag das Durchschnittsalter bereits bei 47,4 Jahren.

Damit vollzieht sich in Baden-Baden die allgemeine demografische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft. Wesentliche Gründe dafür wurden bereits genannt: eine gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung und die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge. In Baden-Baden kommt hinzu, dass die Stadt als Kur- und Bäderstadt traditionell in besonderer Weise Zuzugsort für ältere Menschen nach der Erwerbsphase ist. Während in Baden-Württemberg insgesamt und in der überwiegenden Mehrheit der Stadt- und Landkreise mehr Menschen ab 65 Jahren fort- als zuziehen, ist dies in der Stadt Baden-Baden genau umgekehrt. Der Stadtkreis Baden-Baden war lange Zeit auch einer der wenigen Kreise, in den mehr ausländische Senioren zuwanderten als fortzogen. Die Wanderungsgewinne bei den Senioren insgesamt haben sich jedoch in den vergangenen Jahren abgeschwächt: Bei den ausländischen Senioren war der Saldo in den Jahren 2014 und 2015 sogar negativ.⁶

Der demografische Wandel betrifft zwar grundsätzlich alle Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs. Er ist jedoch in der Stadt Baden-Baden aufgrund der anderen Ausgangssituation früher aufgetreten als anderswo.

Dies zeigt der Vergleich mit der Entwicklung in **Baden-Württemberg** insgesamt. Dort ergab sich zwischen 1995 und 2015 eine:

- Zunahme des Anteils der Einwohner ab 65 Jahren von 14,9 auf 19,8 Prozent
- Zunahme des Durchschnittalters von 39,3 auf 43,2 Jahre.

2030 wird fast jeder dritte Bürger der Stadt mindestens 65 Jahre alt sein

Für die Seniorenplanung ist die zukünftige Entwicklung der Altersstruktur bis zum Jahr 2030 von besonderem Interesse – insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung der Zahl der über 80-jährigen Menschen. In dieser Altersgruppe steigt der Unterstützungsbedarf überproportional an (vergleiche die folgenden Abbildungen 4 und 5).

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist zu erwarten, dass der Anteil der älteren Menschen an allen Einwohnern der Stadt Baden-Baden weiter wachsen wird:

- Menschen ab 80 Jahren werden voraussichtlich im Jahr 2030 zehn Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen. Die absolute Zahl der ab 80-jährigen Einwohner würde damit im Vergleich zu 2015 um fast 1.000 Personen von rund 4.200 auf 5.200 ansteigen.

⁶ Grundlage für die Berechnungen sind die Daten aus der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

- Die Zahl der „jungen Senioren“ im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nimmt im Vergleich zum Jahr 2015 ebenfalls deutlich zu: um rund 14 Prozent oder absolut 1.430 Personen.
- Für die Altersverteilung bedeuten die soeben beschriebenen Veränderungen, dass bis zum Jahr 2030 fast jeder dritte Einwohner der Stadt Baden-Baden mindestens 65 Jahre alt sein wird.

Diese Entwicklungen werden Auswirkungen auf den Unterstützungs- und Pflegebedarf der Bevölkerung haben. Neben Herausforderungen eröffnen sich aber auch neue Chancen: Gerade die wachsende Zahl der „jungen Senioren“ ist häufig hoch motiviert und bereit, sich bürgerschaftlich zu engagieren, wenn attraktive Angebote vorhanden sind.

Veränderungen zwischen 2015 und 2030 fallen geringer aus als auf Landesebene

Ein Vergleich mit den Entwicklungen auf Landesebene zeigt, dass die zukünftigen Veränderungen in der Altersstruktur im Stadtkreis Baden-Baden deutlich geringer ausfallen werden als in Baden-Württemberg insgesamt:

- In Baden-Württemberg wird die Zahl der ab 65-Jährigen zwischen 2015 und 2030 voraussichtlich um rund 27 Prozent zunehmen. Dies sind rund 10 Prozentpunkte mehr als in der Stadt Baden-Baden.
- Auch der Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen wird in Baden-Baden zwischen 2015 und 2030 mit rund 23 Prozent deutlich unter dem Anstieg in Baden-Württemberg mit knapp 31 Prozentpunkten liegen.

Dies liegt daran, dass in der Stadt Baden-Baden der demografische Wandel früher begonnen hat und in den kommenden Jahren in den übrigen Stadt- und Landkreisen „Nachholeffekte“ wirksam werden.

Mehr ältere Frauen als Männer

Beim Blick auf die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass es sowohl 2015 als auch 2030 in den höheren Altersjahrgängen deutlich mehr Frauen als Männer gibt. Dies gilt nicht nur für Baden-Baden, sondern für alle Stadt- und Landkreise, da die Lebenserwartung von Frauen immer noch deutlich höher als die der Männer ist.

Die Unterschiede in der Geschlechterverteilung werden sich in den kommenden Jahren verringern. Im Jahr 2030 wird es in Baden-Baden zwar in den höheren Altersjahrgängen weiterhin mehr Frauen als Männer geben, bei den unter 55-Jährigen dagegen werden die Männer in der Mehrzahl sein.

Abbildung 3: Bevölkerung im Jahr 2030 nach Geschlecht und Altersjahren



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

2.3.2 Altersstruktur in den Stadtteilen

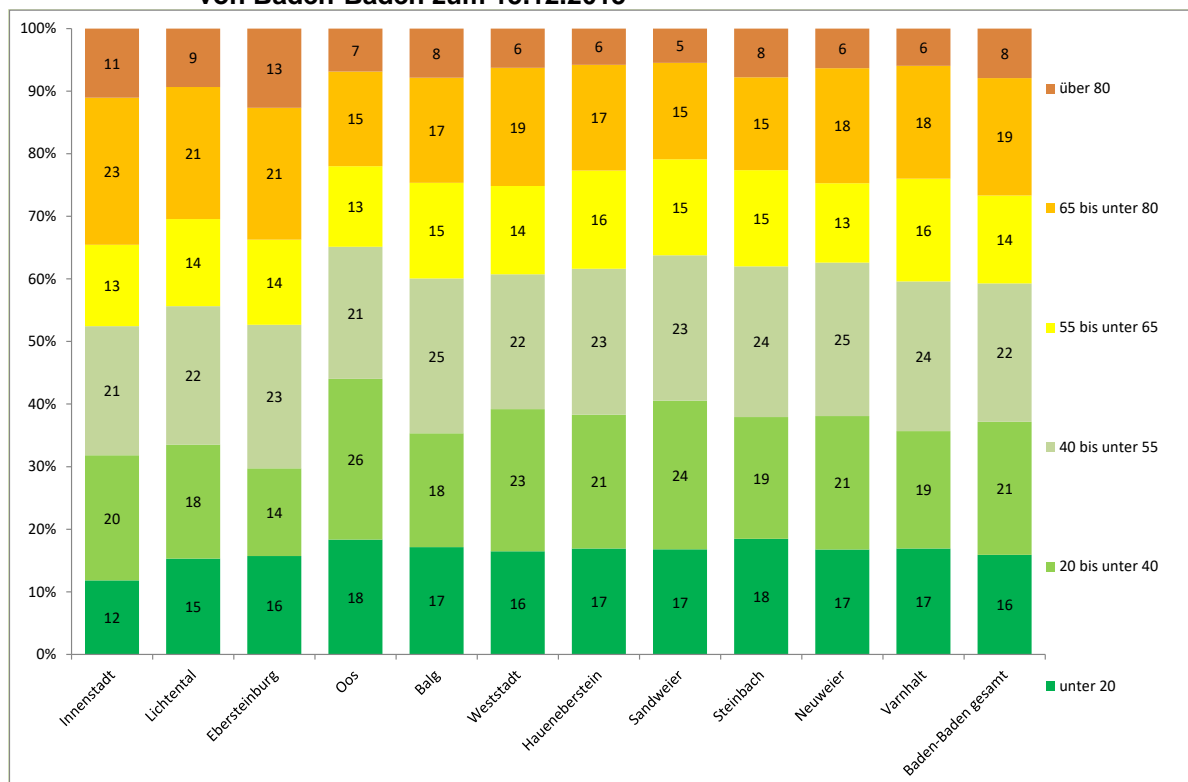
Die Verteilung der Altersgruppen in den einzelnen Stadtteilen weicht zum Teil deutlich von der Altersstruktur der Gesamtstadt ab.

Die Stadtteile Oos und Sandweier weisen im Vergleich zur Gesamtstadt einen besonders hohen Anteil an jüngeren Menschen auf. Oos ist der jüngste Stadtteil Baden-Badens. Dort ist derzeit fast jeder zweite Einwohner unter 40 Jahre alt. Ähnlich sieht es im Stadtteil Sandweier aus: auch dort beträgt der Anteil jüngerer Menschen unter 40 Jahren über 40 Prozent. Dementsprechend verzeichnen beide Stadtteile einen im Vergleich zur Gesamtstadt geringeren Anteil an älteren Menschen über 65 Jahren:

Im Gegensatz dazu weisen die Stadtteile Ebersteinburg und Innenstadt die höchsten Anteile an Senioren auf: Hier ist derzeit bereits mehr als jeder dritte Einwohner mindestens 65 Jahre alt. Dies ist aktuell bereits ein höherer Anteil älterer Menschen als er für die Gesamtstadt für das Jahr 2030 vorausberechnet wird.

Unterschiede in der Altersstruktur hängen zum einen mit der Ausweisung einer größeren Zahl von Neubaugebieten in bestimmten Stadtteilen zusammen. Zum anderen haben auch die vorhandene Infrastruktur (zum Beispiel bestehende größere Pflegeeinrichtungen) sowie Gebäudealter und -struktur einen Einfluss auf Altersverteilung in den Stadtteilen.

Abbildung 4: Anteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen in den Stadtteilen von Baden-Baden zum 15.12.2015



Grafik: KVJS 2016. Datenbasis: Stadt Baden-Baden, Bevölkerung zum 15.12.2015.

Bevölkerungsvorausrechnungen auf der Ebene der Stadtteile liegen nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Anteil der Einwohner mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in den drei Stadtteilen Innenstadt, Ebersteinburg und Lichtental auch zukünftig überproportional hoch sein wird.

Denn diese Stadtteile haben derzeit nicht nur die höchsten Anteile 80-jähriger und älterer Einwohner, sondern auch die höchsten Anteile an Bewohnern zwischen 65 und 80 Jahren. Diese jüngeren Senioren werden in den kommenden Jahren in die höheren Altersgruppen hineinwachsen und vermehrt Unterstützungsangebote nachfragen.

Andererseits ist zu beachten, dass bereits bestehende Angebote für ältere Menschen ihrerseits die Altersstruktur von Stadtteilen beeinflussen. Ablesbar ist dies am Beispiel von Ebersteinburg: In diesem relativ kleinen Stadtteil gibt es ein stationäres Pflegeheim mit mehr als 90 Pflegeplätzen. Dies führt zum Zuzug von älteren pflegebedürftigen Menschen aus anderen Stadtteilen. Da Pflegeheimbewohner überwiegend älter als 80 Jahre sind, erklärt dies, warum der Anteil dieser Altersgruppe an der Bevölkerung von Ebersteinburg mit 13 Prozent der höchste aller Stadtteile ist.

2.4 Lebenslagen älterer Menschen

Neben den Verschiebungen in der Altersstruktur und der Ausdehnung der Lebensphase „Alter“ durch die gestiegene Lebenserwartung, haben sich auch die Lebenslagen älterer Menschen verändert und ausdifferenziert. Als zentrale Dimensionen der Lebenslage gelten: Einkommen, Bildung, Wohnsituation, Gesundheit und soziale Einbindung. Im Folgenden werden ausgewählte Dimensionen der Lebenslage älterer Menschen beschrieben. In der Regel werden Daten aus Baden-Württemberg oder auf Bundesebene herangezogen, da auf der Ebene der Stadt- und Landkreise nur wenige Daten vorliegen.

2.4.1 Haushalts- und Familienformen

Mehrheit der Senioren in Baden-Württemberg ist verheiratet

Die dominante Lebensform älterer Menschen ist derzeit die Ehe. Die gegenwärtigen Veränderungen und Ausdifferenzierungen in den Lebensformen werden aber zunehmend auch Senioren betreffen. So wird es zum Beispiel künftig mehr Partnerschaften ohne Trauschein geben.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2013 waren über 60 Prozent der Menschen im Alter ab 65 Jahren in Baden-Württemberg verheiratet, 26 Prozent waren verwitwet, fünf Prozent geschieden und sechs Prozent ledig geblieben. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der meist immer noch vorhandenen Altersdifferenz von Ehepartnern unterscheiden sich die Lebensformen von Frauen und Männern im Alter. Von den Frauen ab 65 Jahren waren rund 38 Prozent verwitwet, bei den Männern waren es ungefähr 11 Prozent. Schaut man sich umgekehrt alle verwitweten Menschen über 65 Jahren an, dann sind dies zu 82 Prozent Frauen⁷.

Hochaltrige Senioren und Frauen leben häufig(er) allein

Ältere Menschen leben eher allein als jüngere: Insgesamt leben rund 32 Prozent der Menschen ab 65 Jahren allein. Die übrigen leben zu 90 Prozent mit ihrem Ehepartner zusammen und zu 10 Prozent in einer anderen Lebensgemeinschaft.

Auch hier zeigen sich große Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Während mehr als ein Drittel der älteren Frauen allein lebt, beträgt der Anteil unter den Männern 15 Prozent. Der Anteil der Einpersonenhaushalte nimmt mit steigendem Alter stark zu: Während der Anteil bei den 60 bis unter 65-Jährigen noch weniger als ein Drittel ausmacht, liegt er bei den 75- bis unter 80-Jährigen bereits bei fast 50 Prozent und bei den über 85-Jährigen bei über 77 Prozent.

⁷ Mikrozensus 2013, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

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

2.4.2 Einkommenssituation

Unterschiedliche Einkommenssituation von Frauen und Männern im Alter

Die materielle Lage im Alter ergibt sich aus den im Laufe des Lebens gesammelten Alterssicherungsansprüchen, dem privaten Vermögen und sonstigem Einkommen – zum Beispiel aus Unterhalt. Die wichtigsten Einkommensquellen der Bevölkerung über 65 Jahren sind die gesetzliche Rente, andere Alterssicherungssysteme (z. B. Beamtenversorgung, Betriebsrenten), private Vorsorge (z.B. private Renten- oder Lebensversicherung), Erwerbstätigkeit und Vermögenseinkünfte (z. B. aus Zinsen, Vermietungen) sowie staatliche Transferleistungen wie Wohngeld oder Grundsicherung im Alter⁸. Rund 88 Prozent der Menschen im Alter über 65 Jahren verfügen über Rente oder Pension als Haupteinkommensquelle im Alter. Davon erhalten 94 Prozent der älteren Männer und 82 Prozent der älteren Frauen eine Rente oder Pension. Bei den Männern, die eine Rente beziehen, handelt es sich dabei in aller Regel um eine Rente aus eigener Versicherung. Von den Frauen, die eine Rente erhalten, trifft dies auf knapp 60 Prozent zu. 12 Prozent der weiblichen Rentenbezieherinnen erhalten eine Hinterbliebenenrente, weitere 29 Prozent eine Kombination aus beiden Versicherungsarten. Die durchschnittlichen monatlichen Renten von Frauen sind halb so hoch wie die von Männern.⁹

Die Einkommenslage älterer Menschen hängt also wesentlich von der Gestaltung der staatlichen Alterssicherungssysteme und dem Niveau der Renten und Pensionen ab. Bei den Frauen stehen an zweiter Stelle der Einkommensarten Einkünfte von nahen Familienangehörigen oder Partnern. Rund 14 Prozent der Frauen geben dies als Haupteinnahmequelle an.¹⁰ Bei den Männern spielt diese Einkommensart keine Rolle.

Ein niedrigeres Einkommen im Rentenalter führt nicht zwangsläufig zu einem niedrigeren Lebensstandard

Die durchschnittlichen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von Senioren in Baden-Württemberg betragen in der Altersgruppe der 65-70-Jährigen 2.835 €, bei den 70-80-Jährigen 2.581 € und bei den über 80-Jährigen 2.259 €. Die Einkommen der Senioren sind somit niedriger als die Nettoeinkommen der baden-württembergischen Haushalte insgesamt, die durchschnittlich 3.329 € betragen.¹¹ Während sich die Einkommenssituation jüngerer Menschen im Zeitverlauf deutlich verändern kann, ändern sich die Einkommen von älteren Menschen in der Regel kaum.

⁸ Familienforschung Baden-Württemberg 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11

⁹ Familienforschung Baden-Württemberg, 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 14

¹⁰ Familienforschung Baden-Württemberg, 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11

¹¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011: Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte in Baden-Württemberg sowie Aufwendungen für den privaten Vererbrauch, in: Statistische Berichte Baden-Württemberg, Artikel-Nr. 4144 08001, S. 12

Das im Vergleich zu jüngeren Menschen niedrigere monatliche Nettoeinkommen resultiert vor allem aus dem Wegfall des Erwerbseinkommens und korreliert nicht unbedingt mit einem niedrigeren Lebensstandard. Ältere Menschen verfügen oft über zusätzliches, für den Ruhestand gespartes oder ererbtes Vermögen und besitzen häufiger als Jüngere schuldenfreies Wohneigentum. 67 Prozent der Menschen im Alter ab 65 Jahren leben in Baden-Württemberg in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus.¹² Außerdem fallen Kosten, die mit der Berufstätigkeit verbunden waren, mit dem Eintritt in den Ruhestand weg.

Bestimmte Gruppen von Senioren sind überdurchschnittlich von Einkommensarmut betroffen

Hinter den Durchschnittszahlen verbergen sich jedoch erhebliche Einkommensunterschiede. Je nach Bildungsstand, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit verfügen einzelne Bevölkerungsgruppen über deutlich unter dem Durchschnitt liegende Einkommen. Große Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Einkommensverhältnissen älterer Frauen und älterer Männer. So sind ältere Frauen in Baden-Württemberg deutlich häufiger armutsgefährdet als Männer. Die Armutsgefährdungsquote¹³ der Frauen im Alter über 65 Jahren lag im Jahr 2013 bei 20 Prozent, die der Männer bei 14,5 Prozent. Für die gesamte Bevölkerung des Landes betrug die Quote 14,8 Prozent.¹⁴ Das geringere Einkommen der Frauen im Alter hängt mit spezifischen Erwerbsbiographien (kürzere Erwerbszeiten infolge von Kindererziehung und/oder Pflegezeiten für Angehörige) sowie geringeren beruflichen Einkommen beispielsweise aufgrund von Teilzeittätigkeit zusammen.¹⁵ Des Weiteren zeigt sich bei alleinlebenden Älteren - zum überwiegenden Teil sind dies Frauen - ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko, während das Risiko für ältere Paarhaushalte gering ist.¹⁶

Das Armutsrisiko hängt auch vom Alter ab. Menschen im Alter ab 70 Jahren weisen ein höheres Risiko auf als Menschen zwischen 65 und 69 Jahren. Bei letzteren liegt das Risiko unter dem der Gesamtbevölkerung. Wenn wiederum nach Frauen und Männern unterschieden wird, dann zeigt sich, dass lediglich das Armutsrisiko von Frauen mit zunehmendem Alter steigt. Frauen im Alter über 80 Jahre haben eine Gefährdungsquote von 23 Prozent. Bei Männern zeigt sich diese Zunahme nicht.

Unabhängig vom Alter ist das Armutsrisiko eng an Bildungsstatus und Qualifikationsniveau gekoppelt. Ein hohes Bildungs- und Qualifikationsniveau schützt eher vor einer prekären Einkommenssituation, ein geringes Niveau hat eine hohe Armutsgefährdung zur Folge. Im Jahr 2013 galten 4,4 Prozent der Personen mit einem hohen Qualifikationsniveau, aber 22 Prozent der Personen mit geringem Qualifikationsniveau als armutsgefährdet. Eine deutlich höhere Armutsgefährdung ist auch bei Baden-Württembergern mit Migrationshintergrund erkennbar: Diese waren zu 18,4 Prozent von Armut bedroht, während es bei denjenigen ohne Migrationshintergrund nur 8,6 Prozent waren.¹⁷

¹² Michel, Nicole/Eckelt, Jan-Peter, 2014: Zensus 2011: Was uns der Zensus über die Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg verrät, in: Statistisches Monatsheft Nr. 11, S. 19

¹³ Anteil an Personen mit einem bedarfsgewichteten pro-Kopf Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen) von weniger als 60% des mittleren Einkommens der Bevölkerung in Baden-Württemberg

¹⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Amtliche Sozialberichterstattung. Tabelle A 1.201 Baden-Württemberg. www.amtliche-sozialberichterstattung.de

¹⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Lebenssituation von älteren Menschen in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft 10/2011, S. 17

¹⁶ Jan Goebel, J. / Grabka, M., 2011: Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland, in: DIW Wochenbericht Nr. 25.2011, S. 11

¹⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Amtliche Sozialberichterstattung. Tabelle A 1.2 Baden-Württemberg. www.amtliche-sozialberichterstattung.de

In der Stadt Baden-Baden erhalten überdurchschnittlich viele Senioren Leistungen der Grundsicherung

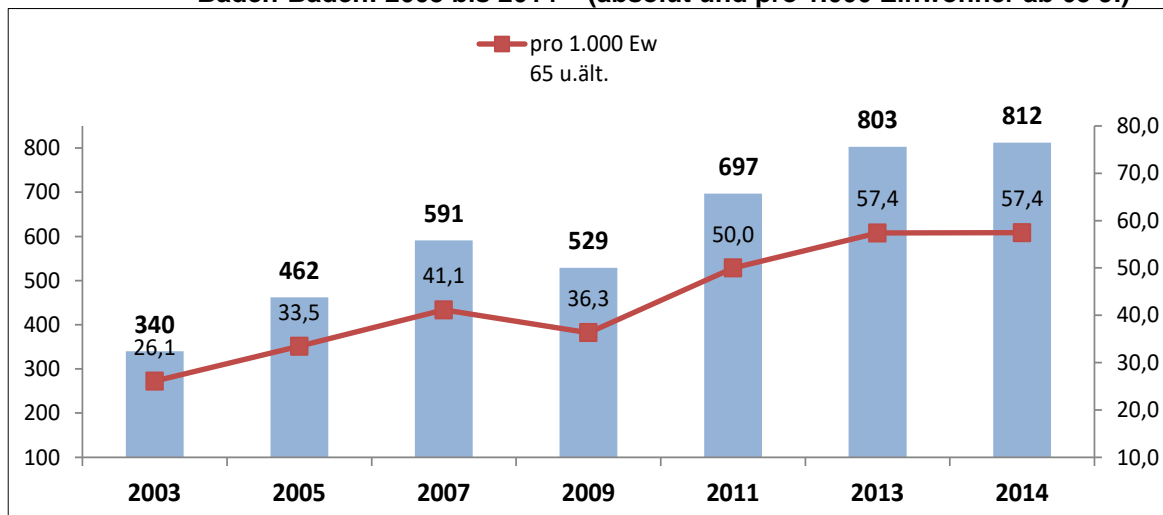
Wie viele Senioren tatsächlich von Armut betroffen sind, lässt sich aus den Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen nicht eindeutig erkennen, da vorhandenes Wohneigentum oder sonstiges Vermögen nicht berücksichtigt wird. Die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger von Grundsicherung ist daher ein besserer Indikator dafür, wie viele ältere Menschen an der Armutsgrenze leben. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel des SGB XII haben Menschen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben, sowie Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung dauerhaft erwerbsgemindert sind. Voraussetzung ist, dass das Einkommen so gering ist, dass damit der Lebensbedarf nicht gedeckt werden kann und dass kein über bestimmten Freigrenzen liegendes Vermögen vorhanden ist. Vorrangige Unterhaltsansprüche gegenüber Angehörigen bestehen nur, wenn diese ein sehr hohes Einkommen haben.

Im Jahr 2014 erhielten in **Baden-Württemberg** 49.792 Menschen Grundsicherung im Alter, davon 19.429 Männer und 30.363 Frauen. Der Anteil der Leistungsempfänger an der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren betrug insgesamt 2,3 Prozent. Frauen ab 65 Jahren waren mit einem Anteil von 2,7 Prozent häufiger auf Grundsicherung angewiesen als Männer mit einem Anteil von 2,1 Prozent.

Im **Stadtkreis Baden-Baden** war der Anteil der Senioren mit Grundsicherungsleistungen im Alter mit 5,7 Prozent deutlich höher als im Landesdurchschnitt. Ältere Männer waren hier ebenso häufig auf Grundsicherung angewiesen wie ältere Frauen. Da es in der Gesamtbevölkerung jedoch mehr ältere Frauen als Männer gibt, sind die Frauen auch in Baden-Baden unter den Beziehern überrepräsentiert: Im Jahr 2014 erhielten 479 Frauen und 333 Männer ab 65 Jahren Leistungen der Grundsicherung, insgesamt also 812 Personen.

Von 2003 bis 2014 hat die Zahl der Empfänger von Grundsicherungsleistungen im Alter in Baden-Baden deutlich um 472 Personen zugenommen. Dies entspricht einer Steigerung um rund 139 Prozent. Im Vergleich dazu betrug die Zunahme im gleichen Zeitraum in Baden-Württemberg rund 75 Prozent. Um die Entwicklung im Zeitverlauf besser bewerten zu können, ist es sinnvoll, die Zahl der Leistungsempfänger von Grundsicherung im Alter in das Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren zu setzen. Danach bezogen im Jahr 2014 in Baden-Baden rund 57 Personen je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren Grundsicherung im Alter, im Jahr 2003 waren es dagegen nur 26 gewesen (vergleiche die folgende Abbildung 8).

Abbildung 5: Empfänger von Leistungen der Grundsicherung ab 65 Jahren im Stadtkreis Baden-Baden: 2003 bis 2014¹⁸ (absolut und pro 1.000 Einwohner ab 65 J.)



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

Internen Daten der Stadt Baden-Baden zufolge haben im Jahr 2015 756 Menschen Grundsicherung im Alter bezogen, davon 324 Männer und 432 Frauen. Dies entspricht einem Anteil von 5,2 Prozent an der Bevölkerung ab 65 Jahren in Baden-Baden oder 52 Personen pro 1.000 Einwohner. Aufgrund der anderen Datenbasis ist ein direkter Vergleich mit den Vorjahresdaten nur bedingt möglich (vergleiche die vorangehende Fußnote 18). Es bleibt daher abzuwarten, wie die Entwicklung in den kommenden Jahren verlaufen wird. Auf Landes- und Bundesebene wird vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen mit einem weiteren (deutlichen) Anstieg der Leistungsempfänger-Zahlen gerechnet. Denkbar ist, dass die Entwicklung in der Stadt Baden-Baden – wie in den vergangenen Jahren - parallel zum Landestrend verläuft. Möglich ist aber auch eine gewisse Abkoppelung vom Landestrend, da der Anteil der Leistungsbezieher an der Seniorenbevölkerung bereits jetzt doppelt so hoch als im Land insgesamt ist.

Generell gilt: Der Umfang der Altersarmut kann mit den genannten Zahlen nur angedeutet werden, da nicht alle älteren Menschen, die einen Anspruch auf Leistungen hätten, tatsächlich einen Antrag auf Unterstützung stellen.

Leistungen der Hilfe zur Pflege nahmen in den vergangenen Jahren zu

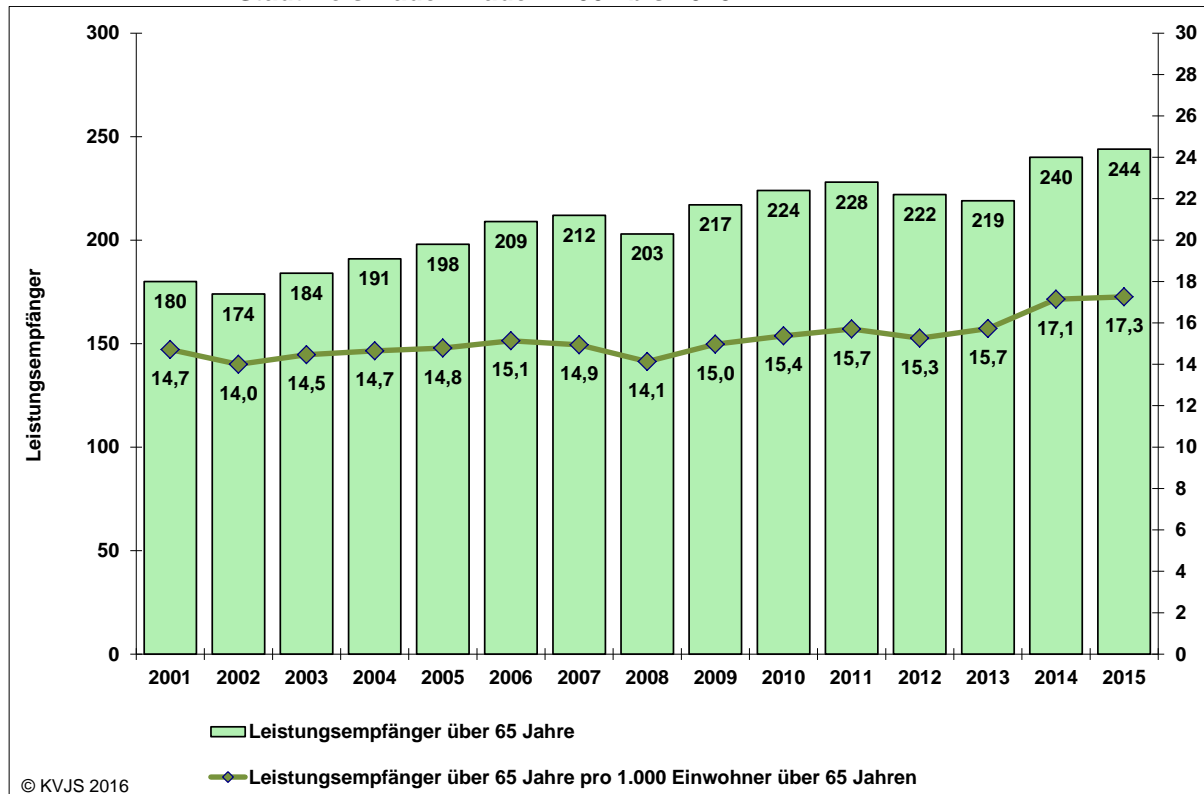
Ein weiteres Indiz für die Entwicklung der Einkommenssituation pflegebedürftiger Senioren ist die Ausgabeentwicklung bei der Hilfe zur Pflege. Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten Pflegebedürftige, die zur Bestreitung ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind.

Zum Stichtag 31.12.2015 erhielten in der Stadt Baden-Baden 244 Menschen ab 65 Jahren Hilfe zur Pflege in vollstationären Einrichtungen. Davon waren 171 Frauen und 73 Männer. Die Zahl der Pflegeheimbewohner, die auf Sozialhilfeleistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind, ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen: ausgehend von 180 Leistungsempfängern am Stichtag 31.12.2001 um rund 36 Prozent. Bezogen auf die – ebenfalls gewachsene - Zahl der Einwohner ab 65 Jahren fällt der Anstieg geringer aus: Erhielten im Jahr 2001 noch 14,7 von 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren Hilfe zur Pflege in vollstationären

¹⁸ Die Daten zu den Empfängern von Grundsicherung im Alter für das Jahr 2015 wurden vom Statistischen Landesamt noch nicht veröffentlicht. Für das Jahr 2015 liegen daher lediglich interne Daten der Stadt Baden-Baden vor. Ein direkter Vergleich mit den Vorjahreszahlen ist daher aufgrund der unterschiedlichen Datenbasis nicht möglich. Deshalb wurde der Zeitreihenvergleich lediglich bis zum Jahr 2014 durchgeführt.

Einrichtungen, waren es 2015 bereits 17,3. Der Wert für die Stadt Baden-Baden liegt damit über dem Durchschnittswert der Stadtkreise in Baden-Württemberg von 15,8.

Abbildung 6: Empfänger von Leistungen der vollstationären Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren im Stadtkreis Baden-Baden: 2001 bis 2015



Grafik: KVJS. Datenbasis: Hilfe zur Pflege 2001- 2015 - jährliche Erhebung des KVJS bei den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs.

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

Einkommensunterschiede zwischen Senioren werden zukünftig weiter wachsen

Die Einkommenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte ist insgesamt zwar derzeit nicht problematisch. Allerdings sind die Unterschiede im Einkommen und Vermögen in den vergangenen Jahren in allen Alterskohorten gewachsen und die gegenwärtig noch moderaten Armuts- und Reichtumsquoten steigen. Für die Zukunft ist daher mit einem weiteren Auseinanderklaffen der materiellen Lage von Senioren zu rechnen.¹⁹ Bestimmte Bevölkerungsgruppen haben ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko im Alter.²⁰ Dabei gilt: Je niedriger das Rentenniveau insgesamt künftig sein wird, desto größer wird dieses Risiko. Betroffen sein werden in erster Linie: heutige Langzeitarbeitslose, Beschäftigte in prekären, häufig nicht versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen sowie Beschäftigte in Niedriglohnbranchen, Menschen mit kurzen und unterbrochenen Versicherungsverläufen (vorrangig

¹⁹ Familienforschung Baden-Württemberg 2014: Einkommenslage älterer Menschen. Sozioökonomische Lebenslagen in Baden-Württemberg, S. 11.

²⁰ Faik, Jürgen/Köhler-Rama, Tim, 2013: Anstieg der Altersarmut? In: Wirtschaftsdienst, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Nr. 3, S. 161.

gig immer noch Frauen, mit steigender Tendenz aber auch Männer), Erwerbsminderungsrentner mit hohen Abschlägen sowie „kleine“ Selbstständige.²¹ Nicht zuletzt wird der Zuwachs der Alleinlebenden in den kommenden Jahren das Risiko der Altersarmut verschärfen.

2.4.3 Soziale Beziehungen

Soziale Kontakte sind wichtig, um Isolation und Einsamkeit im Alter zu vermeiden. Gute soziale Beziehungen fördern nachweislich die körperliche und psychische Gesundheit. Die wichtigsten Bezugspunkte in den sozialen Beziehungen älterer Menschen sind Familie, Verwandtschaft, Freunde und Nachbarschaft, wobei der (Ehe-)Partnerschaft und der Beziehung zu den eigenen Kindern heute die größte Bedeutung zukommt.²² Zwar lebt nur eine Minderheit der älteren Menschen mit den jüngeren Generationen zusammen, doch sind die Entfernungen meist gering und die Kontakthäufigkeit ist hoch. Allerdings gibt es aufgrund der beruflich geforderten Mobilität und Flexibilität seit einiger Zeit einen Trend zu wachsenden Entfernungen zwischen Eltern- und Kindergenerationen.

Vor diesem Hintergrund werden außerfamiliäre Sozialbeziehungen zu Freunden, Bekannten, Nachbarn oder beispielsweise in Vereinen wichtiger. Allerdings nehmen Intensität und Anzahl solcher Beziehungen nach den Ergebnissen vieler Studien mit dem Alter ab. Darüber hinaus erschwert der gesellschaftliche Individualisierungstrend zunehmend den Aufbau und die Pflege sozialer Netzwerke.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund leben sehr viel häufiger mit ihren erwachsenen Kindern unter einem Dach oder in unmittelbarer Nähe. Dies erleichtert den Familien eine gute Organisation des Alltagslebens - auch bei höherem Hilfe- und Unterstützungsbedarf.²³ Auch hier werden sich jedoch zukünftig Änderungen ergeben, da mit einer Angleichung an die Lebensweise der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu rechnen ist.

²¹ Bäcker, G., 2011: Altersarmut- ein Zukunftsproblem, in: Informationsdienst Altersfragen, 38. Jahrgang, Heft 02, März / April 2011, S. 9

²² Backes, G./ Clemens, W., 2008, Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, S. 204-205

²³ Menning, S. / Hoffmann, E., 2009: Ältere Migrantinnen und Migranten, in: Gerostat Report Altersdaten, 01/2009, S. 15

1 Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung

Ältere Menschen verbringen wesentlich mehr Zeit in ihrem Wohnquartier als Jüngere. Ausschlaggebend dafür ist in der Regel das Ende der Erwerbsphase. Daher wird es zunehmend wichtig, wie das persönliche Wohnumfeld gestaltet ist: welche Kontaktmöglichkeiten und Freizeitangebote es dort gibt, wie sicher man sich als Fußgänger oder Radfahrer fortbewegen kann und wie gut der öffentliche Nahverkehr auch außerhalb der Berufsverkehrszeiten ist, welche Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungsangebote es gibt und wie sich Bürger aller Altersgruppen am Leben im Quartier beteiligen können.

Nimmt die Mobilität ab und kommen gesundheitliche Einschränkungen hinzu, gewinnen weitere Themen an Bedeutung: die medizinische Versorgung, barrierearme Wege, die barrierefreie Nutzung öffentlicher Gebäude und Verkehrsmittel sowie wohnortnahe Unterstützungs- und Pflegeangebote. Alle genannten Themen finden sich auch als Handlungsfelder in der städtischen Seniorenplanung wieder. Den Handlungsfeldern Wohnen, Bürgerschaftliches Engagement und Beteiligung, Bildung, Kultur und Freizeit, Beratung, Gesundheit, alltagsbezogene Hilfen und Pflege sind im Bericht eigene Kapitel gewidmet. Das aktuelle Kapitel beschränkt sich daher im Wesentlichen auf Planungen zur demografie-gerechten Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur im engeren Sinn: insbesondere (barrierefreier) öffentlicher Raum und Gebäude, Nahversorgung und Mobilität. Thematisiert werden aber auch die notwendigen sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen für demografie-sensible Planungs- und Stadtentwicklungsprozesse und Vernetzung.

Grundlagen für die Beschreibung der Situation in der Stadt Baden-Baden und die Einschätzungen lokaler Experten sind:

- ein Fachgespräch zum Thema Infrastruktur und Stadtentwicklung im Dezember 2016. Eingeladen waren Vertreter aus den Fachbereichen Planen und Bauen / Stadtplanung, Ordnung und Sicherheit, Bürgerservice / Bürgerbüros, Forst und Natur, Park und Garten, Kultur, Kulturbüro, von Baden-Baden Kur und Tourismus, Stadtbibliothek, Verkehrsbetrieben, Gesundheitsamt / Gesundheitskonferenz, die Ortsvorsteher aus Ebersteinburg, Sandweier, Haueneberstein und Rebland sowie die persönliche Referentin der Oberbürgermeisterin;
- die Einschätzungen der Ortsvorsteher, des Stadtplanungsamts und weiterer Teilnehmer am Fachgespräch im Rahmen einer schriftlichen Befragung zum Thema Infrastruktur sowie
- vorliegende städtebauliche Entwicklungskonzepte der Stadt Baden-Baden.

1.1 Kommunale Planungen zur Gestaltung des demografischen Wandels

Die Infrastruktur im Wohnquartier wirkt sich direkt auf die Lebensqualität älterer Menschen aus. Städte und Gemeinden sind daher gut beraten, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Daseinsvorsorge gemeinsam mit ihren Bürgern ein Wohnumfeld zu schaffen, das allen Altersgruppen gerecht wird. Ziele, Bestand und notwendige Weiterentwicklungen sollten dabei möglichst kleinräumig beschrieben werden.

Bei ihren Planungen müssen die Städte und Gemeinden beachten, dass die Bevölkerung im Seniorenalter keine homogene Gruppe ist. Entsprechend vielfältig sind die Bedürfnisse und daraus resultierenden Anforderungen an eine seniorengerechte Infrastruktur und Ortsentwicklung. Gleichzeitig zeigen aktuelle Forschungen aber auch, dass es Grundbedürfnisse gibt, die allen Menschen bis ins hohe Alter gemeinsam sind: Dazu gehört insbesondere das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe.

Beteiligungsorientierte Planung

Eine nachhaltige Infrastrukturentwicklung gelingt am besten, wenn die Bürger und Akteure des Altenhilfenetzwerkes vor Ort gut in den Planungsprozess eingebunden sind. Bürger und Anbieter wissen in der Regel, „wo der Schuh“ drückt“. Sie sind in der Regel bereit, die materielle Infrastruktur mit Leben zu füllen und sich für neue Lösungen zu engagieren, wenn die Kommune dafür gute Bedingungen schafft. Geeignete Formen für Austausch Vernetzung und Beteiligung sind zum Beispiel Runde Tische, aber auch Bürgerbefragungen, Zukunftswerkshops und Ortsbegehungen als Auftakt oder zur Begleitung Runder Tische.

Beteiligungsorientierte Planungsprozesse erfordern von den Kommunen neue methodische Ansätze.²⁴ Bei Bedarf können sie dabei auf externe fachliche Unterstützung zurückgreifen. Gleichzeitig müssen die Kommunen innerhalb der eigenen Verwaltung die Voraussetzungen für eine integrierte Planung schaffen, die insbesondere die Bau-, Stadt-, Verkehrs-, Sozial- und Gesundheitsplanung eng vernetzt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Belange älterer Menschen von vornherein bei allen städtischen Planungen – auch außerhalb des sozialen Bereichs – mitbedacht werden.

Generationenübergreifende Planung

Wichtig ist auch der Brückenschlag zwischen den Generationen: Ältere und junge Bürger profitieren davon, wenn Städte und Gemeinden dem demografischen Wandel das Leitbild einer generationengerechten Stadt gegenüberstellen und ihre Infrastruktur an den Bedürfnissen **aller** Generationen orientieren. Barrierefrei erreichbare, attraktive Ortskerne mit Angeboten der Grundversorgung, ein gut funktionierender Nahverkehr, familienfreundliche Freizeit-, Nahverkehrs- und umfangreiche Bildungsangebote sowie gute soziale Netzwerke und Beteiligungsmöglichkeiten stärken die Bindung aller Altersgruppen an den Wohnort und locken neue Bürger an. Eine gute Altersmischung ist nicht zuletzt eine wesentliche Voraussetzung für gegenseitige Hilfeleistungen wie zum Beispiel Kinderbetreuung, Einkaufshilfen und Bildungspatenschaften und sie eröffnet Möglichkeiten der Begegnung zwischen den Generationen.

Sozialraumorientierte Planung - Quartierskonzepte

Ansatzpunkt für konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur ist der unmittelbare Sozialraum, in dem die Bürger leben: das heißt der Stadt- oder Ortsteil und, noch kleinteiliger, das jeweilige Wohnquartier. Werden alle Angebote unterschiedlicher Akteure in einem Sozialraum in einem moderierten Prozess unter breiter Beteiligung der Bevölkerung gezielt vernetzt und weiterentwickelt, spricht man auch von Quartierskonzepten. Quartierskonzepte werden aufgrund ihres umfassenden Ansatzes in verschiedenen Kapiteln des Seniorenplans aufgegriffen. Insbesondere besteht ein enger Zusammenhang zum Handlungsfeld „Wohnen“ im Kapitel B 2, „Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung“ im Kapitel B 3 sowie „Pflege“ im Kapitel B 8.

Fördermöglichkeiten

Allgemeine städtebauliche Förderprogramme des Landes²⁵ und Bund-Länder-Programme²⁶ unterstützen kommunale Planungen zur Anpassung vorhandener Strukturen an den demografischen Wandel, zum Beispiel durch Maßnahmen zur Beseitigung von Barrieren im öffentlichen Raum oder zur Sicherstellung der wohnortnahen Grundversorgung. Um die Nachhaltigkeit baulicher Investitionen sicherzustellen, gibt es auch gezielte Maßnahmen zur Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Bürgerbeteiligung, zum Beispiel

²⁴ Katholische Hochschule Freiburg (Hg.): „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“ Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Freiburg, 2014, S. 94 f.

²⁵ z.B.: Landessanierungsprogramm Baden-Württemberg, Landes-Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum in Baden-Württemberg

²⁶ z.B. Bund-Länder-Sanierungs- und Entwicklungsprogramm, Programme „Soziale Stadt“, „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren“ und „Programm für kleinere Städte und Gemeinden“

im Rahmen des Landesprogramms „Nichtinvestive Städtebauförderung“. Aktuell können sich Kommunen mit Quartierskonzepten zum Handlungsfeld „Pflege und Unterstützung im Alter“, die auch bürgerschaftliches Engagement einbeziehen, am Ideenwettbewerb „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten“²⁷ des Landes beteiligen. Die Gewinner erhalten ein Preisgeld für die Umsetzung ihrer Ideen (vergleiche auch Kapitel B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung).

1.1.1 Situation in Baden-Baden

Im Jahr 2011 hat die Stadt Baden-Baden den „**Strategischen Entwicklungsplan Baden-Baden 2020**“ verabschiedet. Er enthält Prinzipien, Strategien und Projekte, die auch die demografische Entwicklung und das Zusammenleben von Jung und Alt thematisieren. Die Planung wurde unter Beteiligung von Bürgern, Ortsvorstehern und Ortschaftsräten erstellt. Themen mit besonderer Relevanz auch für Senioren sind zum Beispiel: Soziales Leben, Gesundheit, Einzelhandel und Dienstleistungen, Verkehr, Bürgerengagement und -beteiligung sowie Stadtteilentwicklung. Explizites Ziel des Entwicklungsplans sind versorgungstechnisch autonome Stadtteile, die auch zukünftig als Lebensmittelpunkte und Orte der Begegnung mit ihren jeweiligen Besonderheiten bewahrt werden. Dies kommt in besonderer Weise auch Senioren zugute.

Aufbauend auf dem Entwicklungsplan 2020 für die Gesamtstadt entstand ein regionales Entwicklungskonzept für das Rebland. Dieses wurde inzwischen zum „**Entwicklungskonzept Rebland 2025**“ fortgeschrieben und um soziale und strukturelle Aspekte ergänzt. Das Entwicklungskonzept war Grundlage für die Aufnahme des Reblands in das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR) und den Erhalt entsprechender Fördermittel vom Land. Bei der Fortschreibung des Entwicklungskonzeptes waren Bürger, Ortsvorsteher und Ortschaftsräte der Rebland-Gemeinden über eine Bürger- beziehungsweise Klausurwerkstatt eng einbezogen. Ein wichtiges Anliegen der Bürger und Ortschaftsräte war unter anderem die Sicherstellung der Versorgungsstrukturen auch für ältere Bürger (altengerechte Wohnungen, Barrierefreiheit, Nahversorgung, soziale Infrastruktur, Mobilität).

In beiden Entwicklungskonzepten wird Bürgerbeteiligung bei Planungsvorhaben als wichtiges Strategieziel formuliert. Dies gilt für demografie-sensible Zukunftsplanungen in besonderer Weise. Die Bürger, die an der Konzeptentwicklung im Rebland beteiligt waren, meldeten ihr Interesse an weiteren, vertiefenden Werkstätten nach Abschluss der Konzepterstellung an. Derzeit gibt es im Rebland Arbeitsgruppen mit Bürgerbeteiligung zu den Schwerpunktthemen Weinbau und Tourismus. Arbeitsgruppen zu sozialen und demografie-bezogenen Themen wurden bisher nicht gebildet.

Die Bürger aller Stadtteile können derzeit ihre Anliegen regelmäßig in Bürgerfragestunden vorbringen. Zudem finden in den Stadtteilen Begehungen, Informationsveranstaltungen und Einzelsprechstunden statt. Insbesondere die Ortsvorsteher erhalten direkte Informationen über Anliegen der Bürger auch durch Besuche bei Altersjubilaren und im informellen Austausch mit der Kirchengemeinde. In einigen Ortsteilen gibt es auch Bürgergemeinschaften oder –vereinigungen als eingetragene Vereine, deren Vorsitzende in regelmäßigem Austausch mit der Verwaltung stehen. Solche Vereinigungen gibt es allerdings nicht im Bereich der Innenstadt und Weststadt.

1.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Sowohl die Experten aus dem Bereich Stadtplanung als auch die Experten aus dem Sozialbereich verwiesen auf die große Bedeutung eines Gemeinschaftsgefühls vor Ort, um

²⁷ [Quartiersentwicklung: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg](#)

nachhaltige Infrastrukturmaßnahmen für Senioren umzusetzen. Gebraucht werden daher ihrer Einschätzung nach „Kümmerer“ in allen Stadtteilen.

Regelhaft sollten aus Expertensicht integrierte Planungsprozesse angestrebt werden. Vorgeschlagen wurden zum Beispiel regelmäßige Runde Tische mit allen Beteiligten aus dem Bau- und Sozialdezernat unter Leitung der Dezernenten, aber auch projektbezogene Runde Tische auf Mitarbeiterebene. Eine wichtige Voraussetzung ist, dass den Mitarbeitenden entsprechende Zeitkontingente für die Kooperation zur Verfügung stehen.

Gewünscht wird auch eine weitere Stärkung der längerfristig angelegten vorausschauenden Stadt- und Sozialplanung, die es den Planern ermöglicht, aktiv zu gestalten statt unter hohem Handlungsdruck auf akute Bedarfe zu reagieren.

1.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Bestandsaufnahme, Bewertungen lokaler Experten sowie vorliegende städtebauliche Entwicklungskonzepte zeigen ein sehr vielfältiges Bild demografie-bezogener Planungen und Infrastruktur in der Stadt Baden-Baden: In einigen Bereichen gibt es gute Beispiele und Ansatzpunkte zur Verbesserung der örtlichen Infrastruktur für Senioren unter breiter Beteiligung der Bürger und unterschiedlicher Fachdezernate der Stadtverwaltung. Gleichzeitig besteht in vielen Bereichen noch Handlungsbedarf.

Zukünftige Planungen und Maßnahmen müssen an den besonderen Gegebenheiten der jeweiligen Stadtteile und Sozialräume ansetzen. Dabei können Erfahrungen und Ergebnisse aus bereits umgesetzten integrierten Planungsprozessen mit Bürgerbeteiligung (z.B. im Rebland) einbezogen und weiterentwickelt werden, um eine Basis für langfristige Kooperationen und Bürgerengagement in allen demografie-relevanten Handlungsfeldern zu schaffen. Dies kann innovative Lösungsansätze befördern.

Unverzichtbar für eine demografie-sensible Planung der Infrastruktur ist ein abgestimmtes Vorgehen innerhalb der Stadtverwaltung. Soziale Themen sollten von Anfang an in alle Planungsprozesse mit einbezogen und gleichberechtigt neben den anderen stehen. Hier besteht noch ein erhebliches Potential für Synergien und neue Formen der Vernetzung und Kooperation innerhalb der Stadtverwaltung.

Empfehlungen:

- Die Bürger Baden-Badens haben sich im Rahmen verschiedener Planungsprozesse (z.B. Entwicklungskonzept Rebland) engagiert in Planungsprozesse eingebracht und ein hohes Interesse an demografie-sensiblen Themen gezeigt (zum Beispiel Versorgung und Wohnen im Alter). Die Stadt sollte gemeinsam mit den Ortsvorstehern Strukturen schaffen, um die Bürger nachhaltig auch bei der Konkretisierung und Umsetzung der Planungen zu demografie-relevanten Themen zu beteiligen. Eine Möglichkeit ist die Einrichtung themenbezogener Runder Tische „Alter und Pflege / Demografie“ (vergleiche auch die Empfehlungen zum Handlungsfeld Pflege im Kapitel B 8 und zu weiteren Handlungsfeldern). Für die Moderation braucht es einen, von der Stadt benannten, verbindlichen „Kümmerer“ vor Ort (B 1.1)
- Innerhalb der Stadtverwaltung sollten integrierte Planungs- und Abstimmungsstrukturen gestärkt und verbindlich geregelt werden. Dies betrifft insbesondere einen kontinuierlichen Austausch zwischen den Fachdezernaten für Bau und Stadtplanung, Grünplanung, Verkehr und Soziales sowie gegebenenfalls den Ortsvorstehern – zum Beispiel durch Etablierung Runder Tische, aber auch durch verbindliche Verfahrensregeln. Grundlage für die Intensivierung der Zusammenarbeit könnte eine gemeinsame Leitbildentwicklung sein (B 1.2)

- Städtebauliche und soziale Entwicklungskonzepte sollten sukzessive für alle Stadtteile erstellt und zu umfassenden Quartiersentwicklungs-Prozessen unter breiter Beteiligung aller Akteure im Quartier weiterentwickelt werden. Handlungsempfehlungen zum Auf- und Ausbau von Quartierskonzepten sind auch Gegenstand von Kapitel B 2, Privates Wohnen zu Hause (B 1.3)
- Zur Bündelung planerischer Tätigkeiten rund um das Themenfeld „Alter und Pflege / Demografie“ und für den notwendigen Ausbau koordinierend-vernetzender Aufgaben im Rahmen der Umsetzung der Seniorenplanung wird die Einrichtung einer Altenhilfefachberatungs-Stelle als Sozialplanungsstelle innerhalb der Stadtverwaltung Baden-Baden empfohlen (B 1.4)

1.2 Generationengerechte öffentliche Räume und Gebäude

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

Öffentlich zugängliche Gebäude sollen nach § 39 der aktuellen Landesbauordnung Baden-Württemberg barrierefrei gestaltet werden. Planungsgrundlage ist Teil 1 der DIN-Norm 18040 zum barrierefreien Bauen. Der Begriff „öffentlich zugängliche Gebäude“ ist weit gefasst: Dazu zählen zum Beispiel Einrichtungen der Kultur und des Bildungswesens, Sport- und Freizeitstätten, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Büro-, Verwaltungs- und Gerichtsgebäude, Verkaufs-, Gaststätten und Dienstleistungen wie Post oder Banken, Stellplätze, Garagen und Toilettenanlagen. Die genannten Einrichtungen sollen nicht nur barrierefrei zugänglich sein (also ebenerdig oder über einen Aufzug oder eine Rampe erreichbar), sondern auch im Innern barrierefrei gestaltet sein – also zum Beispiel ausreichende Bewegungsflächen in den Sanitärräumen aufweisen. Barrierefreiheit kann aber auch bedeuten, hörakustische Gesichtspunkte bei der Raumgestaltung zu berücksichtigen, um damit Menschen mit Hörbeeinträchtigungen Teilhabe zu ermöglichen.

Grundlage für die Barrierefreiheit im **Außenbereich** ist insbesondere Teil 3 der DIN-Norm 18040 - Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum. Dort sind Grundanforderungen für Fußgängerbereiche, Überquerungsstellen, Rampen, Aufzüge, Treppen und Parkplätze, Anlagen des öffentlichen Personenverkehrs wie Bushaltestellen und Bahnhöfe sowie sonstige öffentliche Freiräume wie Parkanlagen oder Friedhöfe formuliert. Barrierefreiheit bedeutet nicht nur, dass es keine räumlichen Barrieren – wie zum Beispiel Treppen – gibt. Zur Umsetzung von Barrierefreiheit im öffentlichen Raum gehören vielmehr auch Leitsysteme und Orientierungshilfen für blinde und sehbehinderte Menschen, geeignete Bodenbeläge, genügend Bewegungsflächen für Rollstuhlfahrer und allgemeine Maßnahmen zur Erleichterung der Orientierung. Weitere wichtige Aspekte sind: die Möblierung im Verkehrs- und Freiraum, zum Beispiel durch bequeme Bänke zum Ausruhen, aber auch für alle Bürger nutzbare Fahrkarten- oder Geldautomaten und Fahrpläne (z.B. durch eine ausreichend große Schrift oder entsprechende Anordnung).

Aussagen zur Barrierefreiheit im **öffentlichen Nahverkehr** enthält auch das baden-württembergische Nahverkehrsgesetz.²⁸ Dort wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für mobilitätseingeschränkte Menschen der barrierefreie Zugang und in geeigneten Fällen die Beförderung in behindertengerecht ausgerüsteten Fahrzeugen vorgesehen werden soll. Zeitliche Vorgaben und Maßnahmen zur Herstellung der Barrierefreiheit sollen im Rahmen des Nahverkehrsplanes, den alle Stadt- und Landkreise für ihr Gebiet erstellen müssen, festgelegt werden.

²⁸ Vergleiche § 4 Absatz 8 des Gesetzes über die Planung, Organisation und Gestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs Baden-Württemberg (ÖPNV-Gesetz)

Der Abbau von Barrieren ist ein erster wichtiger Schritt zur Schaffung generationengerechter öffentlicher Räume. Der Abbau von Barrieren alleine reicht jedoch nicht aus. Wichtig ist vielmehr, dass die öffentlichen Bereiche so gestaltet sind, dass sie generationen-übergreifende Begegnungen, Kommunikation und gemeinsamen Aktivitäten fördern und anregen. Hier gibt es bereits viele gute Beispiele aus der Praxis: zum Beispiel für die Gestaltung attraktiver Mehrgenerationen-Parks, die sowohl Spielflächen für Kinder als auch Bewegungsangebote für die ältere Generation und geeignete Flächen und Mobiliar zum Ausruhen für alle Generationen vorhalten.

1.2.1 Situation in Baden-Baden

Die Stadt Baden-Baden hat in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen zur Verbesserung des Wohnumfelds unternommen und plant weitere Maßnahmen. Ein wichtiges Ziel ist die Herstellung von Barrierefreiheit bei öffentlichen Gebäuden und Plätzen. Die Umsetzung gelingt – wie andernorts auch - nur sukzessive. Bei Neuplanungen oder städtebaulichen Entwicklungsprojekten werden Maßnahmen zur Herstellung der Barrierefreiheit von vornherein mit eingeplant. Im Fachgespräch wurde darauf hingewiesen, dass die Rathhäuser, das Kurhaus sowie viele andere öffentliche Hallen derzeit noch nicht barrierefrei zugänglich sind: Es fehlen unter anderem Türen, die sich automatisch öffnen. Im Rahmen der schriftlichen Erhebung wurde die Barrierefreiheit öffentlicher Gebäude ebenfalls in der Mehrzahl der Stadtteile als „weniger gut“ und nur vereinzelt als „gut“ bewertet.

Die Stadtbücherei und einige Einrichtungen der Kirche – zum Beispiel das Gemeindehaus der katholischen Kirche in Sandweier – sind bereits barrierefrei.

Im öffentlichen Raum wurde ebenfalls über viele Barrieren für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen berichtet. Schwierig sind unebene Oberflächen - auch Pflastersteine – insbesondere für Personen mit Rollstuhl oder Rollator. Teilweise sind Baumwurzeln die Ursache für Unebenheiten auf öffentlichen Wegen. Ebenfalls berichtet wurde, dass an vielen zentralen Orten – zum Beispiel auf dem Weg zum Friedhof oder zu Sportstätten – abgesenkte Bürgersteine fehlen. Die Bushaltestellen werden zwar sukzessive umgestaltet, sind bisher aber in vielen Fällen noch nicht barrierefrei. Die schriftliche Erhebung spiegelt ein ähnliches Bild wider: Für die Mehrheit der Stadtteile wurde die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum als „weniger gut“ bewertet und nur vereinzelt als gut oder teilweise gut. Neben der Barrierefreiheit sind für die sichere Fortbewegung auch eine gute Beleuchtung und gut einsehbare Fußwege wichtig. In diesem Bereich waren die Bewertungen deutlich besser (in nahezu allen Stadtteilen gut oder teilweise gut). In einem Erhebungsbogen wurde auf das vorhandene Beleuchtungskonzept verwiesen, das seit zwei Jahren umgesetzt wird. In einem anderen Stadtteil wurde auf einzelne „Problemstellen“ hingewiesen (z.B. schlechte Beleuchtung im Bereich der Behindertenparkplätze oder am Treppenaufgang zur Kirche).

Um gezielt Schwachstellen erkennen und beheben zu können, hat sich beim „Runden Tisch Menschen mit Behinderung“ ein Arbeitskreis „Barrierefreies Baden-Baden“ gebildet. Dieser hat im Rahmen von mehreren Stadtteilrundgängen im Innenstadtbereich die Barrierefreiheit geprüft. Der Arbeitskreis hat im November 2016 eine Liste mit den Ergebnissen und Verbesserungsvorschlägen an die Stadt übergeben. Auch das städtische Personal soll grundsätzlich ein Augenmerk auf mögliche Verbesserungen haben. So sind zum Beispiel die Straßenkontrolleure des Tiefbauamts angewiesen, die Gehwege auf Schäden hin zu kontrollieren. Mitarbeiter der Stadtwerke kontrollieren die Beleuchtung und stellen diese auf langlebige LED's um.

Attraktive öffentliche Begegnungsräume sind ein weiterer wichtiger Bestandteil eines generationengerechten Wohnumfelds. Als „grüne Stadt“ hat Baden-Baden bereits ein großes Angebot an Parks und Grünflächen. Nach dem Entwicklungsplan 2020 sollen weitere attraktive Grünzüge und Parkanlagen, die gezielt Raum für generationsübergreifende Aktivitäten bieten (z.B. Wörthböschelpark), entstehen. Bereits umgesetzt wurde im Rebland ein

barrierefreier Zugang zu einem Denkmal. Ein weiteres Strategieziel der vorliegenden Entwicklungskonzepte ist die Verbesserung der Aufenthaltsqualität von Innenstadtplätzen. Im Entwicklungskonzept Rebland wird zum Beispiel die Schaffung von "Bürgergärten" als grüner Mitte thematisiert. Bereits umgesetzt wurde ein Projekt im Stadtteil Neuweier, wo ein zentraler Platz in der Ortsmitte als Treffpunkt für Bürger aller Generationen neu gestaltet wurde.

1.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

- Die Experten wünschen sich einen regelmäßigen Austausch von Informationen und Ideen aus den unterschiedlichen Fachbereichen (Stadtplanung, Soziales, Weitere). Konkret wurde auch eine Stärkung der Zusammenarbeit mit dem Fachgebiet Forst und Natur angeregt, um landschaftlich attraktive Wege und Naherholungsgebiete noch besser für (ältere) Bürger mit Mobilitätseinschränkungen zu erschließen
- Aus dem Rebland kam der Wunsch nach einem Mehrgenerationenpark
- Für die Innenstadt wurde angemerkt, dass es zu wenig öffentliche Treffpunkte und Räume für Senioren gibt.

1.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Trotz erster Erfolge, besteht bei der Herstellung von Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und in öffentlichen Gebäuden und der generationen-gerechten Gestaltung öffentlicher Räume in den kommenden Jahren noch ein erheblicher Handlungsbedarf.

Empfehlungen:

- Die Ortsbegehungen im Innenstadtbereich, die der Arbeitskreis Mobilität des Runden Tisches Menschen mit Behinderung durchgeführt hat, und die Beteiligungsprozesse im Rebland liefern wichtige Hinweise zu bestehenden Barrieren im öffentlichen Raum. Die Barrieren sind sowohl für Menschen mit Behinderung als auch für Senioren relevant. Maßnahmen zur Beseitigung von Barrieren sollten von der Stadt geprüft und gemeinsam mit Betroffenen (Menschen mit Behinderung und Senioren) diskutiert und priorisiert werden (B 1.5).
- Gezielte Ortsbegehungen unter Beteiligung von Bürgern mit Mobilitätseinschränkungen sollten in allen Stadtteilen durchgeführt werden. Zur Unterstützung kann gegebenenfalls die Checkliste „Fußverkehrs-Check“ des Landes herangezogen werden. Eine alternative Möglichkeit ist die Bewerbung der Stadt oder eines Stadtteils für eine Teilnahme am Projekt „Fußverkehrs-Check“ des Landes, wenn dieses 2018 fortgesetzt wird (B 1.6).
- Auch zentral gelegene Parks und Grünflächen sollten im Hinblick auf Barrieren und ihre Eignung für alle Generationen überprüft werden (B 1.7).
- Gemeinsam mit den Bürgern sollten Ideen für Mehrgenerationenparks und –plätze entwickelt und planerisch umgesetzt werden (B 1.8).

1.3 Nahversorgung und Dienstleistungsangebote

Ein wesentliches Kriterium für Lebensqualität ist es, sich selbständig mit Produkten des täglichen Bedarfs versorgen und Dienstleistungen nutzen zu können. Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, sind dazu auf wohnungsnaher Geschäfte und Dienstleistungen mit einem breiten Waren- und Serviceangebot angewiesen. Gegenwärtig werden diese Angebote nicht nur im ländlichen Umfeld, sondern auch in vielen städtischen Wohnvierteln immer

mehr ausgedünnt, weil sie wirtschaftlich nicht rentabel sind. Manchmal gibt es bei Familienbetrieben auch keine Nachfolger, wenn sich die jetzigen Inhaber zur Ruhe setzen. Ähnlich ist die Situation bei Dienstleistungen wie Friseursalons, Bank- und Postfilialen, aber auch bei Gaststätten und Cafés. Häufig verschwinden kleine, inhabergeführte Geschäfte aus Stadt- und Ortsteilen zugunsten großer zentraler Einkaufszentren am Ortsrand. In der Regel ist dies mit einer Reduzierung der örtlichen Angebotsvielfalt und des persönlichen Services verbunden. Nicht zu unterschätzen ist auch der Wegfall des kommunikativen Aspekts, der mit dem Einkaufen „ums Eck“²⁹ oder der Gaststätte im Ort verbunden ist.

Gefragt sind in dieser Situation neue, auch von kommunaler Seite unterstützte Lösungen, zum Beispiel im Rahmen der kommunalen Wirtschaftsförderung oder mit Mitteln aus Landesförderprogrammen. Dort, wo sich kommerzielle Angebote nicht rechnen, können bürgerschaftlich oder genossenschaftlich organisierte Dorfläden oder Kooperationsprojekte mit sozialen Einrichtungen oder Diensten eine Alternative sein: zum Beispiel in Form eines Kiosks oder Cafés beim örtlichen Pflegeheim / der Seniorenwohnanlage oder eines Integrationsprojekts gemeinsam mit einem Träger aus dem Bereich der Behindertenhilfe (z.B. CAP-Märkte). Die Wirtschaftlichkeit ortsnaher Angebote lässt sich auch durch eine Bündelung verschiedener privater und öffentlicher Dienstleistungen an einem Standort erhöhen. Für den Erfolg solcher alternativen Projekte ist es unerlässlich, die Bürger „mitzunehmen“: nicht nur als ehrenamtliche Helfer zur Aufrechterhaltung des Angebots, sondern auch, um ihnen die Bedeutung des eigenen Einkaufsverhaltens für den Erhalt der wohnortnahen Nahversorgung deutlich zu machen. Ohne Bürgerakzeptanz sind alternative Ansätze zum Scheitern verurteilt.

Zusätzlich können mobile Angebote (zum Beispiel Verkaufswagen, Lieferservices von Supermärkten), aber auch eine gute ÖPNV-Anbindung von Einkaufszentren in Randlagen helfen, die Nahversorgung von Senioren ohne eigenes Auto sicherzustellen.

1.3.1 Situation in Baden-Baden

Die Sicherstellung der Nahversorgung in allen Stadtteilen ist ein zentrales Strategieziel des Entwicklungsplans Baden-Baden 2020. Dieses Ziel soll „...gegebenenfalls auch durch alternative Einzelhandelsangebote (zum Beispiel Verkaufswagen, Genossenschaften...“ erreicht werden.³⁰ Das Entwicklungskonzept Rebland betont ebenfalls die Bedeutung der Nahversorgung in den Ortsteilen und macht Vorschläge zum Erhalt der Grundversorgung: zum Beispiel durch den Ausbau der Direktvermarktung regionaler Produkte im Rahmen von Wochenmärkten oder einer „Rebland-Marktscheune“. Alternativ wurde auch über den Aufbau von Fahrdiensten oder Bürgerbussen für Einkaufsfahrten oder die Erweiterung des Lieferservices nachgedacht. Neue Versorgungsangebote sollen insbesondere in den Ortskernen entstehen. In einigen Stadtteilen sind inzwischen bereits neue Angebote zum Ausgleich örtlicher Versorgungslücken entstanden. Beispiele sind:

- Ansiedlung eines zentral gelegenen CAP-Marktes in Sandweier mit breiten Gängen und niedrigen Regalen, samt Bäckerei und Metzgerei; außerdem sind Arztpraxen und eine Apotheke angegliedert
- Einkaufsmöglichkeiten im Rahmen der Direktvermarktung regionaler Produkte in der Geroldsauer Mühle
- Kombination von Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungen (zum Beispiel Übernahme bestimmter Postdienstleistungen im Dorfladen).

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden die derzeitigen Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf in der Mehrheit der Stadtteile als gut oder sehr gut bezeichnet und

²⁹ Name einer Kette von Kleinläden zur Alltagsversorgung kleinerer Orte

³⁰ Stadt Baden-Baden: Strategischer Entwicklungsplan Baden-Baden 2020. Prinzipien, Strategieziele und Projekte, S. 66

lediglich in zwei Rebland-Gemeinden als „weniger gut“. Explizit hervorgehoben wurde zum Beispiel der ebenerdige Zugang zu Bäckerei und Dorfläden sowie das Angebot eines Lieferservices in einem Stadtteil oder die zentrale Lage vieler Geschäfte beziehungsweise die gute Erreichbarkeit eines Einkaufszentrums am Stadtrand mit dem Bus in einem anderen Stadtteil.

Unterschiedlicher wurde das wohnortnahe Angebot an Dienstleistungen, wie zum Beispiel Post, Bank oder Frisör, bewertet. Hier wurde die derzeitige Versorgung in immerhin vier Stadtteilen außerhalb der Innenstadt als „weniger gut“ oder „in Teilen weniger gut“ bezeichnet, in vier Stadtteilen dagegen als „sehr gut“. Ein Ortsvorsteher bedauerte insbesondere die Schließung der örtlichen Bankfiliale. Auch der Versuch, durch Gespräche mit der Bank wenigstens den Erhalt eines Geldautomaten vor Ort zu erreichen, blieb aus Kostengründen erfolglos.

Genossenschaftlich organisierte Läden gibt es derzeit in der Stadt Baden-Baden noch nicht. Auch die Ansiedlung von niederschweligen Direktvermarktungsstrukturen in zentraler Lage gestaltet sich laut Auskunft der Stadtplanung schwierig. So scheiterte zum Beispiel die entsprechende Suche nach Investoren für stadtplanerisch sinnvolle Projekte im Rahmen des Landes-Entwicklungsprogramms Ländlicher Raum im Rebland.

1.3.2 Einschätzung durch lokale Experten

- Die lokalen Experten sprachen sich grundsätzlich für mehr Kooperationen aus, um die wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Kooperationspartner könnten zum Beispiel vermehrt Wohnungsbaugenossenschaften oder soziale Dienstleister sein (z.B. zur Umsetzung weiterer CAP-Märkte). Außerdem lenkten die Teilnehmer den Blick darauf, dass es bei der Nahversorgung auch um dezentrale Dienstleistungsangebote der öffentlichen Verwaltung geht. Diese ist somit ebenfalls ein möglicher Kooperationspartner.
- Die Gesprächsteilnehmer waren sich einig, dass die Sicherstellung wohnortnaher Versorgungsangebote nicht ohne die Beteiligung sowohl jüngerer als auch älterer Bürger zu erreichen ist. Die Bürger für ein nachhaltiges Engagement zu begeistern, sei jedoch aufgrund der zunehmenden Individualisierung eine anspruchsvolle Aufgabe.
- Konzepte, die in einem Quartier funktionieren, können nach den Erfahrungen der Stadtplanung nicht einfach auf andere Stadtteile übertragen werden; örtliche Besonderheiten müssen stets berücksichtigt werden.
- Ideen aus anderen Landkreisen, deren Übertragbarkeit auf die Stadt Baden-Baden aus Sicht örtlicher Experten geprüft werden sollte, waren:
 - DORV-Zentrum in Bühl-Eisental: Zentraler Bestandteil des DORV-Zentrums ist ein aus Bürgerengagement hervorgegangener Dorfladen in Verbindung mit öffentlichen und privaten Dienstleistungen (Bankautomat; Paket- und Postdienstleistungen, Reinigungsannahme, Hol- und Bringdienste,...) sowie bürgernahen sozialen Angeboten (Stehcafé / Bürgertreff; Einkaufsservice / Fahrdienst mit Ehrenamtlichen...) sowie einer engen Kooperation mit Partnern aus dem sozialen Bereich (ambulante Pflegedienst). Das Angebot wird insbesondere auch von älteren Bürgern als Anlaufstelle und Treff genutzt.
 - „Bürgerkoffer“ der Stadt Bonndorf als Beispiel für einen mobilen Bürgerservice.

1.3.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Der Erhalt wohnortnaher Dienstleistungen und Nahversorgung in möglichst zentraler Lage hat erhebliche Auswirkungen auf die Lebenssituation älterer Bürger und ist bereits jetzt ein wichtiges Strategieziel der Stadt Baden-Baden. In bestimmten Stadtteilen sind weitere Anstrengungen unter Beteiligung der Bürger und noch mehr Kooperationsprojekte zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung erforderlich.

Empfehlungen

- In Stadtteilen oder Sozialräumen mit Versorgungslücken, in denen herkömmliche kommerzielle Angebote nicht wirtschaftlich sind, sollten verstärkt genossenschaftliche Lösungen oder Kooperationsprojekte unter Einbeziehung sozialer Einrichtungen und öffentlicher Dienstleistungen initiiert werden. Bei anstehenden Neu- oder Umbaumaßnahmen sollte regelmäßig geprüft werden, ob stadtteilbezogene Versorgungs- oder Dienstleistungsangebote sinnvoll integriert werden können.

Empfohlen wird im Vorfeld eine sorgfältige Bestandserhebung und Bedarfsabfrage (z.B. im Rahmen einer Bürgerbefragung) im jeweiligen Sozialraum. Die Ergebnisse könnten im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung bekanntgegeben und gemeinsam mit den Bürgern und vorhandenen Anbietern nach Lösungen gesucht werden. Diese könnten durch die Vorstellung bereits realisierter Projekte aus Nachbarkreisen (z.B. DORV in Bühl) inspiriert werden (B 1.9).

1.4 Mobilität - Öffentlicher Nahverkehr

Mobilität ist Grundvoraussetzung für Selbständigkeit und soziale Teilhabe und hat viele Facetten:

- **Mobilität zu Fuß**

Die meisten Senioren sind (auch) als Fußgänger unterwegs. Wichtig sind daher zum Beispiel: barrierefreie, sichere und bei Dunkelheit gut beleuchtete Fußwege, Bänke, Querungshilfen an viel befahrenen Straßen und ausreichend lange Grün-Phasen an Fußgängerampeln. Die Feststellung und Beseitigung von Mängeln in diesem Bereich erhöht die Sicherheit aller Verkehrsteilnehmer: insbesondere auch von Kindern, die als Fußgänger häufig besonders gefährdet sind.

Das Ministerium für Verkehr Baden-Württemberg unterstützt Kommunen modellhaft bei der Durchführung von „Fußverkehrs-Checks“. Dabei bewerten Bürger, Politik und Verwaltung gemeinsam nach einem standardisierten Verfahren die Situation für Fußgänger vor Ort und erarbeiten Vorschläge für Verbesserungen. Aus den Ergebnissen bisheriger Projekte wurde 2016 ein Leitfaden mit Tipps für die eigenständige Durchführung von Fußgänger-Checks durch die Kommunen erstellt.

- **Mobilität mit dem Fahrrad**

Auch eine gute Infrastruktur und Serviceangebote für Radfahrer können die Mobilität (nicht nur) von Senioren erhöhen. Insbesondere E-Bikes vergrößern den Bewegungsradius von Radfahrern deutlich und sind bei Senioren bereits heute sehr beliebt.

- **Mobilität mit dem Auto**

Für Senioren, die mit dem Auto unterwegs sind, spielen ausreichend große Parkplätze (z.B. vor Arztpraxen oder Geschäften) ebenso eine Rolle wie Maßnahmen zum Erhalt und zur Einschätzung der eigenen Fahrsicherheit. In einigen Stadt- und Landkreisen werden mit großem Erfolg gezielte Fahrsicherheits-Trainings für Senioren angeboten.

- **Mobilität mit dem öffentlichem Personennahverkehr**

Für größere Distanzen und Senioren, die nicht (mehr) Auto fahren, spielt ein gut ausgebauter, komfortabler und barrierearmer öffentlicher Nahverkehr eine Schlüsselrolle für Mobilität und Lebensqualität. Neben einer ausreichenden Frequenz der Verbindun-

gen - auch an Wochenenden, abends sowie in Ferienzeiten - sind günstige Fahrpreisangebote (Seniorenticket, verbilligte Innenstadtfahrten), ein hoher Vernetzungsgrad und flexible Lösungen für Randzeiten (z.B. Rufbus und Sammeltaxi) gefragt.

- **Mobilität durch Bürgerbusse und organisierte Fahrdienste**

Bürgerbusse oder bürgerschaftlich organisierte Fahrdienste können die Mobilitätsangebote für Senioren bedarfsgerecht und kostengünstig ergänzen. Personenbeförderungs-, Haftungs- und versicherungsrechtliche Fragen sollten in jedem Fall von der Kommune geklärt und abgedeckt werden. Je nach Modell können für die Fahrdienste Privatautos oder ein speziell zu diesem Zweck angeschafftes Fahrzeug eingesetzt werden. Das Land Baden-Württemberg gewährt Zuschüsse für Bürgerbusse. Zusätzlich bietet die Nahverkehrsgesellschaft Baden-Württemberg mbH (NBVW) interessierten Bürgern und Kommunen eine Informationsplattform und Beratung an. Bestehende Bürgerbusvereine haben sich auf Landesebene zum ProBürgerBus Baden-Württemberg e.V. zusammengeschlossen. Auch dieser Dachverband bietet Beratung, regelmäßige Informationen und eine Online-Infobörse an. Er hat zudem das Ziel, die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen für den Betrieb von Bürgerbussen zu optimieren.

1.4.1 Situation in Baden-Baden

Der strategische Entwicklungsplan Baden-Baden 2020 macht auch Aussagen zur Mobilität der Bürger – unabhängig vom Alter. Vorschläge für Maßnahmen, um **Fußwegeverbindungen** sicherer und attraktiver zu gestalten, sind zum Beispiel: Verbesserung der Beleuchtung an Überwegen, Einrichtung von Lichtsignalanlagen, Überarbeitung und Erneuerung des Fußwegeleitsystems. In den vergangenen Jahren setzte die Stadt Baden-Baden insbesondere im Rahmen von Stadtentwicklungsprojekten verschiedene Maßnahmen um. Im Vordergrund standen Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit und zum Abbau räumlicher Barrieren. Dennoch besteht in diesem Bereich weiterer Handlungsbedarf (siehe auch das vorangehende Kapitel „Generationengerechte öffentliche Räume und Gebäude“).

Zur Förderung des **Radfahrens** wurde in der Stadt Baden-Baden im Jahr 2014 ein Radverkehrskonzept mit Empfehlungen für jeden Stadtteil verabschiedet. Die Planer machten Verbesserungsvorschläge für die Gestaltung und Erweiterung des Radwegenetzes, aber auch für den Ausbau ergänzender Serviceleistungen. Dazu gehören zum Beispiel: geeignete sichere Abstellplätze, eventuell in Verbindung mit einem Serviceangebot für die Wartung, eine gute Verknüpfung mit dem öffentlichen Nahverkehr (z.B. Mitnahmemöglichkeit von Fahrrädern in Bussen in Stadtteilen mit großen Höhenunterschieden) oder die Einrichtung von Ladestationen für E-Bikes / Pedelecs. Generell sprechen sich die Planer für eine gezielte Förderung der Mobilität mit E-Bikes und Pedelecs aus: Diese sind aufgrund der Topographie einzelner Stadtteile in Baden-Baden gerade für Senioren eine attraktive Alternative zu herkömmlichen Fahrrädern.

Der **öffentliche Personennahverkehr** (ÖPNV) in der Stadt Baden-Baden wurde im Rahmen der schriftlichen Erhebung in allen Stadtteilen mindestens mit „gut“ bewertet, im Bereich der Innenstadt sogar mit „sehr gut“.

Grundlage für den ÖPNV ist der gemeinsame Nahverkehrsplan der Stadt Baden-Baden, des Landkreises Rastatt sowie der Stadt und des Landkreises Karlsruhe im Rahmen des Karlsruher Verkehrsverbunds (KVV). Der aktuelle Plan wurde im Jahr 2014 verabschiedet. Durch die Einbindung in den KVV sind eine gute Vernetzung und eine einheitliche Tarifgestaltung über die Kreisgrenzen hinweg gewährleistet. Für Senioren gibt es ein vergünstigtes Seniorenticket für das gesamte Verbundgebiet.

Innerhalb der Stadt Baden-Baden wird der ÖPNV überwiegend durch Busse sichergestellt. Die Stadtteile verfügen darüber hinaus über eine Anbindung an die Stadtbahn Richtung Rastatt – Karlsruhe und Bühl - Achern. Der gesamte Innenstadtverkehr wird durch die Ba-

den-Baden-Linie abgedeckt. Diese setzt bereits jetzt nahezu ausschließlich Niederflrbusse ein, viele davon mit einer zusätzlichen Rollstuhllampe. Fahrzeuge der „Überland-Busse“ oder der Subunternehmer der Baden-Baden-Linie sind dagegen oft noch hochflurig.

Außerhalb der Kernstadt wird der Busverkehr in den Abendstunden durch einen Rufverkehr ersetzt. Das Anruf-Linientaxi (ALT) verkehrt zwischen 20:00 Uhr und 0:00 Uhr. Es muss 30 Minuten vor der gewünschten Fahrtzeit telefonisch bestellt werden und ermöglicht dann eine Beförderung bis vor die Haustür zum üblichen Ticketpreis – zuzüglich eines Komfortzuschlags von derzeit 1,50 Euro. Das Anruf-Linientaxi wird laut den Verkehrsbetrieben gut genutzt und durch einen Flyer beworben. Gerade für Senioren ist die Möglichkeit, direkt nach Hause gebracht zu werden, ein zusätzliches Plus.

Die Bushaltestellen in Baden-Baden sind derzeit (noch) nicht alle barrierefrei, werden aber sukzessive umgebaut. Außerdem sind 2017 Maßnahmen zur Verbesserung der Orientierung und Optimierung der Fahrgastinformation geplant. Diese Maßnahmen sind auch Bestandteil des Nahverkehrsplans.

Um den Service speziell für Senioren zu verbessern, werden die Busfahrer der Baden-Baden-Linie regelmäßig im Hinblick auf „demografie-sensibles Verhalten“ geschult. Die Busfahrer lernen dabei unter anderem, gezielt Hilfestellung beim Einstieg mit Rollator oder Rollstuhl zu geben. Auch für die Nutzer bieten die Verkehrsbetriebe und die Verkehrswacht zweimal jährlich ein kostenloses Training zur Rollatornutzung im ÖPNV an. Sie kooperieren dabei mit einem Sanitätshaus, das die technische Kontrolle der Rollatoren übernimmt. Für das Training wird in der Presse und in Flyern geworben.

Alternative Mobilitätsangebote zur Ergänzung des ÖPNV – etwa einen Bürgerbus oder bürgerschaftlich organisierte Seniorenfahrdienste (zum Beispiel zum Einkaufen) - gibt es derzeit in der Stadt Baden-Baden nicht. Im Rahmen der Bürgerbeteiligung zum Entwicklungskonzept Rebland wurde aber der Wunsch geäußert, entsprechende Angebote zu schaffen.

Nach Einschätzung der Experten fahren auch in der Stadt Baden-Baden die Senioren so lange wie möglich mit dem **Auto**. Früher gab es ein Programm, bei dem Senioren, die ihren Führerschein abgaben, Vergünstigungen beim Umstieg auf den ÖPNV gewährt wurden. Da das Programm wenig genutzt wurde, wurde es wieder eingestellt.

1.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Experten gaben zahlreiche Hinweise insbesondere zu konkreten Maßnahmen im Bereich ÖPNV und Radfahren:

- Angeregt wurde eine noch seniorenfreundlichere, attraktivere und gerechtere Preisgestaltung im ÖPNV. Die derzeit angebotene Senioren-Jahreskarte für den gesamten KVV-Verbund für 700 Euro sei zwar angesichts der großen Reichweite im ganzen Verbundnetz sehr attraktiv; Senioren mit geringem Einkommen könnten sich das Angebot jedoch vermutlich nicht leisten.
- Gefordert wurde auch die Beseitigung der tariflichen Benachteiligung des Reblandes (ist bisher eine eigene Tarifzone)
- Einige Teilnehmer berichteten, dass die ÖPNV-Verbindungen für Pflegekräfte, die an Kliniken und Pflegeheimen in der Stadt Baden-Baden im Schichtdienst arbeiten, nicht zufriedenstellend seien
- Außerdem wurde thematisiert, dass es gerade bei Älteren Informationsdefizite und Hemmschwellen für die Nutzung des Rufverkehrs nach 20 Uhr gebe.
- Auch an anderer Stelle zeigten sich Informationsdefizite. So wurde zum Beispiel im Gespräch mit den Angehörigen kritisiert, dass es kein ausgedrucktes Kursbuch mehr gebe. Im Fachgespräch Infrastruktur stellte sich jedoch heraus, dass es das Kursbuch weiterhin gibt. Dieses wird allerdings nicht mehr wie früher im Bürgerbüro verkauft, da die Baden Baden-Linie hier nicht mehr ansässig ist.

- Zur weiteren Verbesserung des Services für Senioren entstand die Idee, bei der Schulung von Busfahrern zukünftig auch Alterssimulationsanzüge zu nutzen, damit sich die Fahrer noch besser in die Situation älterer Fahrgäste hineinversetzen können. Außerdem wurde angeregt, dass die Stadtwerke-Mitarbeiter (Busfahrer) an den Schulungen im Rahmen der Demenzkampagne des Pflegestützpunktes teilnehmen.
- Angeregt wurde auch, dass bürgerschaftlich Engagierte Unterstützung und Begleitung bei der Nutzung des ÖPNV anbieten könnten
- Ein weiterer Vorschlag war, E-Bike-Kurse für Senioren anzubieten. Diese könnten zum Beispiel in Kooperation durch den ADFC, die städtische Fahrradbeauftragte und örtliche Fahrradhändler auf dem vorhandenen Parcours der Jugendverkehrsschule durchgeführt werden.

1.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Stadt Baden-Baden setzt derzeit bereits verschiedene Maßnahmen um, die die Mobilität (auch) von Senioren sicherstellen sollen. Der ÖPNV ist im Vergleich zu Flächenkreisen relativ gut ausgebaut und seniorenfreundlich. Dennoch zeigten die Bestandsanalyse und die Hinweise aus dem Fachgespräch und der schriftlichen Erhebung, dass es auch im Handlungsfeld Mobilität noch Möglichkeiten zur Verbesserung gibt.

Empfehlungen

- Der Ausbau des Fahrradwegenetzes und der Serviceangebote entsprechend des Radverkehrsplans der Stadt Baden-Baden aus dem Jahr 2014 (z.B. sichere Abstellplätze und eventuell Ladestationen für E-Bikes; Mitnahmemöglichkeiten für Fahrräder in bestimmten Bussen) sind wichtige Maßnahmen auch zur Sicherstellung der Mobilität von Senioren. Eine zeitnahe Prüfung und Umsetzung des Radwegeplans unter Berücksichtigung der Belange von Senioren wird empfohlen (B 1.10)
- Die Stadt Baden-Baden (Fahrradbeauftragte) sollte die Anregung aus dem Fachgespräch Infrastruktur aufgreifen und gemeinsam mit Kooperationspartnern (ADFC, örtliche Fahrradhändler, eventuell Verkehrswacht) weitere Einsteiger-Kurse zum E-Bike-Fahren initiieren und anbieten (B 1.11).
- Die Schulungen für Busfahrer zur Verbesserung des Fahrgast-Services für Senioren sollten fortgeführt und um Informationen zum Umgang mit Fahrgästen mit Demenz ergänzt werden (Kooperation mit Pflegestützpunkt). Auch der Einsatz von Alterssimulationsanzügen im Rahmen der Schulungen sollte geprüft werden (B 1.12).
- Die Kurse für Senioren zur Rollator-Nutzung in Bussen sollten ebenfalls fortgesetzt und intensiv beworben werden (B 1.13).
- Die Baden-Badener Senioren sollten noch einmal gezielt über die Angebote und Nutzungsmöglichkeiten des Rufverkehrs informiert werden (zum Beispiel Infolyer in Begegnungsstätten oder Seniorengruppen, örtliche Mitteilungsblätter; Hinweis in Veranstaltungsflyern) (B 1.14).
- Insbesondere für die Stadtteile mit schwieriger Topografie sollte die Einrichtung bürgerschaftlich organisierter Fahrdienste oder Bürgerbusse geprüft werden. Da nur solche Angebote genutzt werden, die gut auf die Bedürfnisse der (älteren) Bürger zugeschnitten sind, sollte vor der Einführung eine Bedarfsabfrage unter den Bürgern erfolgen. Personenbeförderungs-, Haftungs- und versicherungsrechtliche Fragen müssen in jedem Fall von der Stadt vorab geklärt und abgedeckt werden (B 1.15).

- Es sollte geprüft werden, ob ein gezieltes Fahrsicherheitstraining für Autofahrer im Seniorenalter auch in der Stadt Baden-Baden umgesetzt werden kann. Mögliche Kooperationspartner wären: Verkehrswacht, ADAC, örtliche Fahrschulen (B 1.16).

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 1.1	Verstetigung der Bürgerbeteiligung zur demografie-sensiblen Weiterentwicklung der Infrastruktur (z.B. Runde Tische) und Benennung von „Kümmerern“ vor Ort (Empfehlungen zum Ausbau der Bürgerbeteiligung finden sich auch in weiteren Handlungsfeldern)
B 1.2	Verbindliche Kooperation zwischen den unterschiedlichen Fachämtern der Stadtverwaltung bei allen Planungen; eventuell gemeinsame Leitbildentwicklung der Fachdezernate zur demografie-sensiblen Planung
B 1.3	Erstellung demografie-sensibler Entwicklungskonzepte in allen Stadtteilen und sukzessive Weiterentwicklung zu umfassenden Quartierskonzepten (Empfehlungen zum Aufbau von Quartierskonzepten finden sich auch in weiteren Berichtskapiteln)
B 1.4	Einrichtung der Stelle einer Altenhilfefachberatung / Sozialplanung für die Umsetzung der Seniorenplanung beim Fachbereich Bildung und Soziales
B 1.5	Prüfung und Priorisierung der Hinweise des Arbeitskreises Mobilität unter Beteiligung von Menschen mit Behinderung und Senioren
B 1.6	Durchführung von Ortsbegehungen zum Thema „Mobilität und Barrieren“ unter Beteiligung von Bürgern mit Mobilitätseinschränkungen in allen Stadtteilen
B 1.7	Reduzierung von Barrieren in öffentlichen Parks und Grünflächen
B 1.8	Einrichtung von Mehrgenerationenparks- und -plätzen unter Beteiligung der Bürger
B 1.9	Neue Konzepte zur Sicherstellung der wohnortnahen Nahversorgung und Dienstleistung durch Kooperation und Bürgerbeteiligung
B 1.10	Zeitnaher Ausbau des Fahrradwegenetzes und der Serviceangebote für Radfahrer entsprechend des Radverkehrsplans der Stadt Baden-Baden unter besonderer Berücksichtigung der Belange von Senioren
B 1.11	Initiierung von E-Bike Einsteigerkursen
B 1.12	Schulungsprogramme für Busfahrer unter Einbeziehung des Themas Demenz / Einsatz von Alterssimulationsanzügen
B 1.13	Fortsetzung der Kurse zur Rollator-Nutzung in Bussen
B 1.14	Gezielte Informationskampagne zum Rufverkehr für Senioren
B 1.15	Bedarfsabklärung und Initiierung bürgerschaftlich organisierter Fahrdienste oder Bürgerbusse in ausgewählten Stadtteilen
B 1.16	Prüfung des Bedarfs und der Umsetzbarkeit eines Fahrsicherheitstrainings für Senioren; eventuell im Rahmen einer Veranstaltungsreihe „Sicher mobil im Alter“

2 Privates Wohnen zu Hause

Die eigene Wohnung hat für die Lebensqualität von Senioren eine besondere Bedeutung. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass ältere Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung leben wollen. Selbständiges privates Wohnen wird auch dann bevorzugt, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zu einer umfassenden Pflegebedürftigkeit vorliegen. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen geht davon aus, dass rund zwei Drittel aller Menschen bis zum Lebensende in einem Privathaushalt wohnen.³¹

Mit beginnenden gesundheitlichen Einschränkungen und zunehmendem Unterstützungsbedarf verändern sich jedoch die Anforderungen an Wohnung und Wohnumfeld. Sicherheit, Komfort und Barrierefreiheit gewinnen an Bedeutung. Barrierefreie Wohnungen erleichtern nicht nur Menschen mit bereits vorhandenen Einschränkungen das Leben: Wenn in Seniorenhaushalten Barrieren und Unfallgefahren im Rahmen einer Wohnungsanpassung beseitigt und Handhabungen vereinfacht werden, hat dies auch präventive Effekte.

Nicht immer ist der Wunsch nach einem Verbleib in der vertrauten Wohnung umsetzbar. Manchmal sind Anpassungsmaßnahmen nur in geringem Umfang oder mit sehr hohem Aufwand möglich. Oder das Wohnumfeld bietet wenige Entwicklungsmöglichkeiten für das Alter. Wenn dies dazu führt, dass ältere Menschen nur noch selten aus der Wohnung kommen oder das eigene Haus zu einer Belastung wird, drohen Vereinsamung und Überforderung. In diesem Spannungsfeld kann ein Umzug in eine andere Wohnform eine gute Lösung sein. Eine wachsende Zahl von Menschen entscheidet sich bewusst und ohne dass gesundheitliche Einschränkungen vorliegen dafür, nach der Familienphase umzuziehen: zum Beispiel in eine kleinere barrierefreie Wohnung mit mehr Komfort und zusätzlichem Service oder ein gemeinschaftliches Wohnprojekt mit Gleichgesinnten.

Dieses Kapitel beschreibt wichtige Rahmenbedingungen für ein möglichst selbständiges Wohnen im Alter in unterschiedlichen Bereichen:

- baulich (Wohnraum)
- flankierende Unterstützung und Wohnkonzepte
- Wohnen im Quartier als umfassendes Konzept, das die ersten beiden Punkte integriert.

2.1 Wohnraum

2.1.1 Barrierefreie Wohnungen

Eine weitgehend barrierefreie Wohnung mit einer seniorenrechtlichen Ausstattung unterstützt das selbständige Wohnen im Alter.

Um langfristig mehr barrierefreien Wohnraum für alle Generationen zu schaffen, erhöhte die aktuelle Landesbauordnung die Anforderungen für Wohngebäude: In Neubauten mit mehr als zwei Wohnungen muss eine Geschossebene barrierefrei gestaltet werden. Für bestehende Wohnungen gaben Landkreis-, Städte- und Gemeindetag zusammen mit dem KVJS bereits im Jahr 2014 unter dem Titel „Barrierearm Wohnen“ Empfehlungen heraus.³²

³¹ DZA-Report: Altersdaten 3/2013: Lebensformen und Paarbeziehungen älterer Menschen

³² Barrierearm Wohnen. Empfehlungen für die „Anpassung des Wohnungsbestands“; Hg.: Gemeindetag / Städtetag / Landkreistag / KVJS, Stuttgart 2014.

Daten zu Gebäuden und Wohnungen in Baden-Württemberg und in Baden-Baden, die für die Wohnsituation von Senioren relevant sind, liefert die **Wohnungszählung auf der Basis des Zensus von 2011** und deren Fortschreibung zum 31.12.2015. Danach gibt es:³³

- in Baden-Württemberg 5.049.037 Wohnungen in 2.425.709 Gebäuden mit Wohnraum
- in der Stadt Baden-Baden 28.979 Wohnungen in 11.267 Gebäuden mit Wohnraum

Die Zahl der Wohnungen in einem Gebäude hat Einfluss auf die Möglichkeit zur altersgerechten Wohnungsanpassung. In Mehrfamilienhäusern sind bei größeren Anpassungsmaßnahmen häufig andere Nutzer oder Eigentümer in Entscheidungen einzubeziehen. In Baden-Baden befindet sich weniger als 50% des Wohnraums in Einfamilienhäusern. Dies ist ein deutlich geringerer Anteil als in Baden-Württemberg und kann die Akzeptanz für Anpassungsmaßnahmen erschweren.

Tabelle 1: Gebäude mit Wohnraum in Baden-Württemberg und in der Stadt Baden-Baden nach Zahl der Wohnungen im Gebäude

Gebäude nach Zahl der Wohnungen	Baden-Württemberg	Baden-Baden
Einfamilienhäuser	60%	48%
Zweifamilienhäuser	22%	21%
Mehr als 2 Wohnungen	18%	31%
Summe	100%	100%

Auf der Ebene der einzelnen Wohnungen lassen sich aus dem Baujahr Rückschlüsse auf Barrieren im Zugang oder innerhalb der Wohnung ziehen. Bei Wohnungen, die vor 1989 gebaut wurden, kann davon ausgegangen werden, dass Barrierefreiheit keine oder eine untergeordnete Rolle spielte und die Wohnungen nicht barrierefrei sind. Viele der Häuser bis Baujahr 1949 stehen unter Denkmalschutz, was eine barrierefreie Umgestaltung teuer macht. In Baden-Baden ist der Anteil dieser älteren Gebäude deutlich höher als in Baden-Württemberg, der Anteil der Wohnungen, die ab 1990 gebaut wurden dagegen deutlich geringer.

Tabelle 2: Wohnungen in Baden-Württemberg und in der Stadt Baden-Baden nach Baujahr

Baujahr	Baden-Württemberg	Baden-Baden
bis einschließlich 1949	19%	29%
1950 bis einschließlich 1989	58%	54%
1990 und jünger	23%	17%
Summe	100%	100%

Auch die Eigentumsverhältnisse und Nutzungsform von Wohnungen wirken sich auf die Akzeptanz von Wohnungsanpassungsmaßnahmen und die Umzugsbereitschaft der Bewohner aus. Private Eigentümer können selber Entscheidungen über die Durchführung treffen, Eigentümergemeinschaften brauchen unter Umständen für größere Maßnahmen die Zustimmung der Gemeinschaft. Wenn private Eigentümer selbst in ihrer Wohnung wohnen, dürfte die Bereitschaft zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen noch einmal größer sein als wenn sie diese vermieten. In Baden-Baden sind Privatpersonen seltener Wohnungseigentümer als in Baden-Württemberg und es werden weniger Wohnungen von dem Eigentümern selbst bewohnt als im Land.

³³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Monatsheft 1/2014: Zensus 2011: Aussagen zu Gebäuden und Wohnungen in Baden-Württemberg und fortgeschriebene Daten zum Stand 31.12.2015, in: Statistische Berichte Baden-Württemberg / F I 1 – j/15 vom 15.07.2016.

Tabelle 3: Wohnungen in Baden-Württemberg und in der Stadt Baden-Baden nach Eigentumsverhältnissen

Eigentumsform des Gebäudes	Baden-Württemberg	Baden-Baden
Privatperson	57%	50%
Eigentümergeinschaft	33%	39%
Wohnungsgenossenschaften und Sonstige	10%	11%
Summe	100%	100%

Tabelle 4: Wohnungen in Baden-Württemberg und in der Stadt Baden-Baden nach Art der Nutzung

Art der Nutzung	Baden-Württemberg	Baden-Baden
vom Eigentümer bewohnt	50%	41%
zu Wohnzwecken vermietet	46%	54%
als Ferienwohnung vermietet oder Leerstand	4%	5%
Summe	100%	100%

Wichtig ist auch die Zahl der Personen, die in einer Wohnung zusammenleben. Sie kann ein erster Indikator für das Unterstützungspotenzial im Fall eines Hilfe- oder Pflegebedarfs sein. In der Stadt Baden-Baden leben – analog zu anderen Stadtkreisen - mehr Personen alleine in einer Wohnung als in Baden-Württemberg insgesamt.³⁴ Wie viele der Alleinlebenden Senioren sind, lässt sich aus den veröffentlichten Zensusdaten nicht berechnen. Bekannt ist allerdings die Gesamtzahl der Haushalte, in denen ausschließlich Senioren (in der Regel alleine oder als Paar) leben: Dies waren in Baden-Baden rund 7.500 oder knapp 29 Prozent aller Haushalte. Dazu kommen noch 2.300 Haushalte (knapp 9 Prozent), in denen Senioren zusammen mit Jüngeren leben. In Baden-Württemberg war der Anteil der Haushalte, in denen ausschließlich Senioren lebten, mit 21 Prozent deutlich geringer.

In Baden-Baden haben – ebenso wie in Baden-Württemberg - rund 37 Prozent der Haushalte, in denen ausschließlich Senioren leben, eine Wohnfläche von 100 Quadratmetern und mehr. Nur ein kleiner Teil der Senioren zieht nach dem Auszug der erwachsenen Kinder in eine kleinere Wohnung um. Im Alter kann eine höhere Wohnfläche aber hinsichtlich der Kosten und des Unterhalts auch als Belastung erlebt werden.³⁵

Situation in Baden-Baden

Wie viele der Wohnungen in der Stadt Baden-Baden barrierefrei oder barrierearm sind, ist nicht bekannt. Die Feststellung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) für Baden-Württemberg, dass der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum deutlich über dem Bestand liegt, trifft in Baden-Baden allerdings in besonderer Weise zu.

Ursache ist der überproportional hohe Anteil an Seniorenhaushalten in Baden-Baden. Er geht einher mit einem überdurchschnittlichen Anteil alter, in der Regel nicht barrierefreier Wohngebäude. Der hohe Anteil älterer Wohnungen trug dazu bei, dass der Stadtkreis Baden Baden nach der Regionalen Wohnungsbedarfsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes aus dem Jahr 2009 zu den Kreisen mit den höchsten zukünftigen Wohnungsbaubedarfen bis zum Jahr 2030 gehört (in Prozent zum derzeitigen Wohnungsbestand).³⁶

Der Zusatzbedarf kann entweder im Rahmen von Neubauten oder durch Anpassungsmaßnahmen im Bestand gedeckt werden. Da die meisten Senioren im Alter in der bisherigen Wohnung bleiben wollen, ist von einem hohen Anpassungsbedarf bestehender Wohnungen auszugehen. Ob eine Anpassung an die Bedürfnisse im Alter tatsächlich erfolgt, hängt von vielerlei Faktoren ab – insbesondere von der Akzeptanz, den Kosten und den vorhandenen

³⁴ 43 % Baden-Baden; 35 % Baden-Württemberg

³⁵ Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2016

³⁶ Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Regionale Wohnungsbedarfsvorausrechnung für Baden-Württemberg bis zum Jahr 2030. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 3/2011, S. 3-11

Informationen, aber auch vom Gebäudetyp und der Eigentumsform (selbstgenutzte Wohnung oder Mietwohnung, Ein- oder Mehrfamilienhaus). Für mehr als die Hälfte aller Wohnungen in Baden-Baden sind größere Anpassungsmaßnahmen an die Genehmigung des Vermieters oder der Eigentümergemeinschaft gebunden. Zusätzliche Auflagen des Denkmalschutzes wirken sich kostensteigernd aus und können Umbaumaßnahmen unmöglich machen.

Der **Strategische Entwicklungsplan Baden-Baden 2020**, benennt Ziele, die auch für das Handlungsfeld Wohnen relevant sind:

- Der Wohnbauflächenbedarf der Stadt Baden-Baden bis 2020 soll vorrangig im Innenbereich abgedeckt werden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Konversionsfläche Cité, weitere Flächenpotenziale werden durch aktive Flächenpolitik mobilisiert, in den historischen Lagen der Kernstadt und Rebland soll zum Schutz des Stadtbildes nur behutsam nachverdichtet werden.
- Eigenentwicklung der Stadtteile: die Stadtteile sollen als Lebensmittelpunkte bewahrt, ihre Entwicklungspotenziale aktiviert, die Infrastruktur gesichert und die städtebaulichen Charakter der Stadtteile erhalten und weiterentwickelt werden.
- Neue Siedlungsflächen im Außenbereich sollen bedarfsgerecht, umweltschonend und landschaftsverträglich entwickelt werden.

Weitere Planungsgrundlagen der Stadt Baden-Baden mit Auswirkungen auf das Handlungsfeld Wohnen sind: der 2014 erstellte Flächennutzungsplan sowie Entwicklungspläne für bestimmte Teilräume (z.B. Entwicklungsplan Oos und Entwicklungskonzept Rebland 2025).

2.1.2 Strukturelle Anpassung des Wohnungsbestandes

Der Neubau von barrierefreien Wohnungen und individuelle Wohnungsanpassungen können den wachsenden Bedarf an geeigneten Wohnungen für Senioren und Menschen mit Behinderung nicht alleine decken. Ein ausreichendes Angebot kann nur dann geschaffen werden, wenn auch größere Wohnungsbestände im Besitz von Wohnungsbaugenossenschaften und -unternehmen barrierearm umgebaut werden.

Zukunftsorientierte Wohnbauunternehmen und Wohngenossenschaften passen ihren Wohnungsbestand im Rahmen von Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen zunehmend an die Anforderungen ihrer älter werdenden Mieter an. Häufig reichen bauliche Anpassungsmaßnahmen aber nicht aus, sondern es besteht die Notwendigkeit, das Wohnangebot mit alltagsbezogenen Dienstleistungen zu verzahnen. Einzelne Wohnungsunternehmen haben in der Folge zum Beispiel Wohntreffs mit persönlichen Ansprechpartnern für die Mieter eingerichtet. Strukturelle Anpassungen gelingen besonders dann, wenn sie auf einer verlässlich vereinbarten Kooperation zwischen Kommunen, Wohnungswirtschaft und Dienstleistungsanbietern beruhen. Wenn mehrere Gebäudekomplexe an einem Standort gleichzeitig zur Modernisierung anstehen, eröffnen sich Chancen für eine alten- und damit generationen-gerechte Gestaltung ganzer Stadtquartiere. Als Beispiel sei hier das Wohnprojekt „WirRauner“ in Kirchheim/Teck genannt. Dort entstand parallel zu Sanierungen des alten Wohnungsbestandes und Neubauten der Treffpunkt WirRauner für alle Mieter. Dieser entwickelte sich mit Hilfe einer Quartiersmanagerin zu einem Begegnungszentrum mit vielfältiger Nutzung (Cafe, Begegnungsmöglichkeit, kulturelle Angebote, Bewegungsangebote u.a.).³⁷

³⁷ <http://wir-rauner.de/#>; <http://www.kreisbau-kirchheim-plochingen.de/bauen/im-bau/>

Situation in Baden-Baden

Die Möglichkeiten der strukturellen Wohnungsanpassung im Bestand sind auf die 11 Prozent der Wohnungen in Mehrfamilienhäusern in Baden-Baden begrenzt, die nicht im Privatbesitz sind. Über geplante Sanierungen lagen zur Berichterstellung keine Informationen vor.

2.1.3 Individuelle Anpassung des Wohnungsbestandes – Wohnberatung

Obleich nicht jede Wohnung altersgerecht angepasst werden kann, steckt im Wohnungsbestand ein enormes Potential. Dieses muss genutzt werden, wenn man erreichen will, dass auch Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen möglichst lange in ihrer privaten Wohnung wohnen können. Die erforderlichen Anpassungen können in größerem Umfang nur durch den verstärkten Einsatz von Wohnberatung gelingen.

Wohnberatung

Wohnberatung richtet sich an Senioren, Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, aber auch an Pflegefachkräfte, Handwerker, Architekten und die Wohnungswirtschaft.

Sie informiert und berät neutral und unabhängig zu den Themen Barrierefreiheit und Wohnungsanpassung. Ihr Aufgabenspektrum ist breit und umfasst bei Bedarf auch Hausbesuche. Dabei werden zunächst konkrete Mängel einer Wohnung analysiert und über Möglichkeiten zu deren Behebung informiert. Bei Bedarf unterstützt und begleitet die Wohnberatung ihre Klienten auch bei der praktischen Umsetzung notwendiger Umbaumaßnahmen und hilft bei der Beantragung von Fördermitteln.

Bei der Wohnanpassung geht es nicht in erster Linie um die zentimetergenaue Erfüllung der DIN-Normen zum barrierefreien Bauen³⁸. Vielmehr sollen auf den Einzelfall abgestimmte, möglichst einfache Lösungen mit möglichst großem Nutzen umgesetzt werden.³⁹ In vielen Fällen können aber erst durch einen Badumbau oder einem barrierefreien Zugang zur Wohnung spürbare Verbesserungen erzielt werden. Dies umzusetzen erfordert eine kompetente und gleichzeitig einfühlsame Beratung. Bevor die eigentliche Wohnberatung beginnen kann, sind häufig zunächst Widerstände und Bedenken zu beseitigen.

In den vergangenen Jahren wurden in zahlreichen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs Wohnberatungsstellen eingerichtet. Teilweise sind auch barrierefreie Musterwohnungen entstanden, in denen ein breites Spektrum an praktischen Lösungsmöglichkeiten besichtigt und ausprobiert werden kann. Eine solche Musterwohnung wurde auch vom Kommunalverband für Jugend und Soziales in Stuttgart eingerichtet.⁴⁰ Die dortige Beratung und Informationsvermittlung zu Fragen der Wohnungsanpassung wird sowohl von Verbrauchern als auch von der Architekten- und Handwerkerschaft sowie von Pflegefachleuten intensiv genutzt.

Die Aufgaben der Wohnberatung werden in Baden-Württemberg sowohl von hauptamtlichen Fachleuten als auch von freiwillig engagierten Bürgern geleistet. Die Qualifikation der Beratenden wird durch Schulungen, Informationen zu aktuellen Entwicklungen und die Integration in örtliche Netzwerke unterstützt. Viele ehrenamtlich Tätige verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung (zum Beispiel als Architekten) über zusätzliche Qualifikationen für die Aufgabe.⁴¹

Auch ambulante Dienste können, da sie regelmäßig in die Wohnungen älterer Menschen kommen, oft wertvolle Hinweise zur Wohnungsanpassung geben.

³⁸ DIN 18040 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen, Berlin September 2011

³⁹ siehe dazu: Barrierearm Wohnen – Empfehlungen für die Anpassung des Wohnungsbestandes, Stuttgart 2014

⁴⁰ <http://www.kvjs.de/soziales/werkstatt-wohnen.html>

⁴¹ Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnraumanpassung veröffentlichte Qualitätsstandards für Wohnberatung, siehe www.wohnanpassung-bag.de

Finanzielle Förderung von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung

Die Pflegekassen gewähren im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen (festgestellte Pflegebedürftigkeit, „angemessene“ Eigenbeteiligung) Zuschüsse zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen sowie zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in Höhe von derzeit maximal 4.000,- Euro pro Maßnahme.⁴²

Im Rahmen des Landeswohnungsbauprogramms Baden-Württemberg sind ebenfalls Zuschüsse für Umbaumaßnahmen möglich. Auch diese Zuschüsse sind an spezifische Voraussetzungen gebunden.⁴³

Technikunterstützung

Der Einsatz intelligenter Technik im Wohnbereich kann die Selbstständigkeit und Sicherheit im Alter deutlich unterstützen. Sowohl beim Neubau als auch bei Sanierungs- und Wohnungsanpassungsmaßnahmen sollte daher der Einsatz sinnvoller technischer Hilfsmittel mit bedacht werden.

Unter dem Fachbegriff Ambient Assisted Living (AAL) werden technische Unterstützungsmöglichkeiten für das Leben zusammengefasst. Diese werden in Wohnung und Wohnumfeld künftig vor allem in folgenden Bereichen zum Einsatz kommen:

- Sicherheit für den Wohnungsnutzer und seine Angehörigen (zum Beispiel durch Lebenszeichen- und Aktivitätskontrollen oder Bett-, Sitz- und Bodensensoren zur Sturzerkennung)
- Sicherheit in Bezug auf den Wohnungszugang (zum Beispiel durch Video-Türsprechanlagen oder Fingerabdruck-Türschloss-Öffner)
- Schutz vor Wasserschäden, Brandgefahren, Schimmel in der Wohnung (zum Beispiel durch selbstabschaltbare Haushaltsgeräte oder Überwachung des Raumklimas in Nassbereichen)
- Bedienungskomfort (zum Beispiel funkgesteuerte Heizungsregulierung oder elektrische Rollladenheber)
- haushaltsnahe Unterstützung und Versorgung im Alltag (zum Beispiel durch Systeme wie „PAUL-Persönlicher Assistent für unterstütztes Leben“. Durch einen Touchscreen-PC, lassen sich für die Nutzer verschiedene Dienstleistungen einfach anwählen)
- Soziale Kontakte und Kommunikation mit dem Umfeld (zum Beispiel durch Systeme wie dem „Smart Living Manager“. Bei diesem können am Fernseher auch lokale Informationen bezogen werden oder es kann mit anderen Bewohnern der Hausgemeinschaft kommuniziert werden)
- Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (zum Beispiel durch internetgestützte, intuitiv geführte Tele-Rehabilitationsanwendungen oder Vitalmonitoring mit Inaktivitätsüberwachung).

Die Entwicklung des technikunterstützten Wohnens birgt für die Zukunft große Chancen. Bevor das erhebliche Zukunftspotential in der Breite wirksam werden kann, ist noch eine Vielzahl offener Fragen zu klären. Dies betrifft zum einen die Technik selbst, zum anderen die Organisation und Finanzierung der damit verknüpften Dienstleistungen, aber auch den Datenschutz. In jedem Fall sollten beim Neubau die mit den künftigen technischen Möglichkeiten verbundenen Anforderungen bereits berücksichtigt werden.

Für die Wohnanpassung im Bestand sind meist kleine technische Hilfsmittel das Mittel der Wahl. Diese werden von den Nutzern eher akzeptiert und sind leichter umsetzbar als große technische Lösungen.

Situation in Baden-Baden

⁴² s. SGB XI, § 40 Abs 4

⁴³ S. dazu die Bestimmungen des jeweils gültigen jährlichen Landeswohnungsbauprogramms

In Baden-Baden gibt es seit 2013 eine Wohnberatungsstelle, die beim Pflegestützpunkt angesiedelt ist. Die Leiterin des Pflegestützpunktes arbeitet mit einem ehrenamtlich tätigen, geschulten, multiprofessionellen Team zusammen. Die Mitglieder des Teams, das im Jahr 2016 bis zu zehn Personen umfasste, kommen aus beruflichen, pflegerischen und anderen Berufsgruppen und haben alle eine Grundschulung zur Wohnberatung absolviert. Monatliche Teambesprechungen und regelmäßige Fortbildungen sorgen dafür, dass das Team über stets aktuelles Wissen verfügt und auch über technische Lösungen beraten kann.

Der Pflegestützpunkt als Erstanlaufstelle sorgt für einen Hausbesuch durch zwei, für die jeweilige Thematik geeignete, Teammitglieder. Im Anschluss erhält der Besuchte einen ausführlichen Bericht mit Lösungsvorschlägen für die jeweiligen Problemstellungen. Die kostenfreie Beratung umfasst Maßnahmen im Rahmen der Umgestaltung der Wohnung, einfache und technische Hilfsmittel, bauliche Anpassungsmaßnahmen und Finanzierungshilfen.

Neben der persönlichen Beratung informiert die Wohnberatungsstelle potenzielle Nutzer und Multiplikatoren zum Beispiel in Seniorenkreisen oder Altenpflegeschulen zum Thema Wohnungsanpassung.

Die Wohnberatungsstelle ist gut in Baden-Baden eingeführt. Der Zugang zur Wohnberatung erfolgt auf unterschiedlichen Wegen: über Pflegedienste, Arztpraxen, in denen Flyer ausliegen, die Betreuungsbehörde oder direkt über den Pflegestützpunkt. Im Jahr 2016 gingen insgesamt 35 Anfragen bei der Wohnberatungsstelle ein.

Ein wichtiges Ziel für 2017 war die Gewinnung und Schulung weiterer ehrenamtlich tätiger Wohnberater. Außerdem wurde ein Minijob zur Unterstützung der Wohnberater bei der Stadt geschaffen. Hintergrund war die Erfahrung, dass die Erstellung der Berichte im Anschluss an die Hausbesuche sehr zeitaufwändig ist. Vorgesehen war die Beschäftigung einer erfahrenen Kraft die die Hausbesuche zusammen mit einem ehrenamtlichen Wohnberater machen und die Berichterstellung übernehmen soll.

2.2 Flankierende Unterstützung - Wohnkonzepte

Neben der möglichst barrierefreien Wohnung und Technikunterstützung gibt es Wohnkonzepte, die alten und behinderten Menschen darüber hinaus Unterstützung bieten: entweder in der vertrauten eigenen Wohnung oder in Verbindung mit einem Umzug in eine neue (private) Wohnform.

2.2.1 Betreutes Wohnen zu Hause

Zielgruppe sind zu Hause lebende ältere Menschen, die Unterstützung bei der Organisation im Alltag benötigen oder sich einsam und unsicher fühlen. Allen Angeboten ist gemeinsam, dass die Teilnehmer in ihrer eigenen Wohnung leben und einen Betreuungsvertrag abschließen. Dafür erhalten sie bestimmte Grundleistungen wie regelmäßige Hausbesuche oder Telefonkontakte, Einladungen und Fahrdienste zu Veranstaltungen, und eine individuelle Beratung und Vermittlung von Serviceleistungen.

Betreutes Wohnen zu Hause erfreut sich, vor allem im ländlichen Bereich, zunehmender Beliebtheit. Allerdings bedarf es oft einer längeren Anlaufphase. Die Erfahrungen laufender Projekte zeigen, dass sehr flexible, an den Bedürfnissen der Senioren ausgerichtete, Angebote in Modulform am ehesten auf Akzeptanz stoßen. Ein zusätzlicher Schub könnte durch das 2015 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz entstehen. Dieses sieht unter bestimmten Voraussetzungen einen Leistungsanspruch auf niedrigschwellige Entlastungsleistungen vor, zu denen auch die Unterstützung bei der Organisation und Koordination von Hilfeleistungen gehört.

Häufig werden die Konzepte von einem Verbund mehrerer Kooperationspartner getragen. Die Umsetzung erfolgt über eine zentrale Koordinierungsstelle. Neben hauptamtlich angestellten Mitarbeitern sind oft auch ehrenamtliche Helfer beteiligt. In baulicher Hinsicht sind wegen der meist nicht barrierefreien Privatwohnung zwar Abstriche zu machen. Erfolgreiche Konzepte enthalten aber stets das Angebot von Wohnberatung, damit eine möglichst gute Anpassung der Wohnung an die Bedürfnisse des Bewohners erreicht werden kann. Durch die Anbindung des Angebots an eine bestehende Altenhilfeeinrichtung, eine Wohnanlage oder einen ambulanten Dienst können Synergien genutzt und wirtschaftliche Risiken für den Anbieter reduziert werden.

Situation in Baden-Baden

In Baden-Baden gibt es das Betreute Wohnen zu Hause in der oben beschriebenen Form nicht.

2.2.2 Wohnungsbörsen und Umzugsmanagement

Für ältere Menschen kann der Umzug in eine kleinere, altengerechte Wohnung große Vorteile mit sich bringen. Angesichts des Mangels an großen Wohnungen und Häusern für Familien kann ein Wohnungswechsel im beiderseitigen Interesse von Jung und Alt liegen. Viele Senioren scheuen aber eine solche Veränderung wegen des großen organisatorischen und finanziellen Aufwands, bisweilen auch aus emotionalen Gründen. Eine Wohnungsbörse in Kombination mit dem Angebot einer Umzugsberatung bis hin zu einem umfangreichen Umzugsmanagement könnte hier hilfreich sein. Einzelne Wohnungsunternehmen und -genossenschaften haben ein Maßnahmenpaket zur Unterstützung solcher Umzüge entwickelt, das in der Regel folgende Elemente umfasst:

- Wohnungsbörse zur Vermittlung von Angebot und Nachfrage
- Unterstützung bei Planung und Organisation des Umzugs
- Persönliche Beratung und Begleitung und
- Unterstützung bei der Integration im neuen Wohnumfeld.

Wohnungstausch und Umzüge können besonders erfolgreich unterstützt werden, wenn Kommunen und Wohnungsunternehmen partnerschaftlich kooperieren. Von Vorteil ist, wenn die Kommune selbst an einem Wohnungsunternehmen beteiligt ist.

Situation in Baden-Baden

Eine Wohnungsbörse mit Umzugsmanagement existiert in Baden-Baden derzeit nicht.

2.2.3 Selbstorganisierte Hausgemeinschaften – Mehrgenerationenwohnen

Bei dieser Wohnform handelt es sich häufig auch um generationen-übergreifende Projekte. Gruppen von Gleichgesinnten kaufen, mieten oder bauen Wohnungen oder Häuser, um darin selbstbestimmt und gemeinschaftsorientiert zu leben. Im Hinblick auf das Alter soll gemeinschaftliches Wohnen gegenseitige Hilfen ermöglichen und vor Vereinsamung schützen.

Für selbst organisierte Wohn- und Hausgemeinschaftsprojekte liegt eine weitere Chance darin, sich als Teil des Gemeinwesens zu verstehen und sich für andere soziale Gruppen im Umfeld zu öffnen. Sowohl für die Hausgemeinschaften als auch für das Umfeld ist es deshalb von Vorteil, wenn die Standorte möglichst zentral innerhalb der Gemeinde oder des Stadtteils liegen. Hausgemeinschaften können sich dann leicht in die vorhandene Infrastruktur integrieren und einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung von Nachbarschaften im Wohnquartier leisten.

Hausgemeinschaften bestehen typischerweise aus unterschiedlich großen, abgeschlossene Wohnungen mit angeschlossenen Gemeinschaftsflächen auf Miet-, Genossenschafts- oder konventioneller Eigentumsbasis. Es gibt solche Gemeinschaften in bestehenden Gebäuden oder auch in eigens dafür errichteten Neubauten. Die Bewohner organisieren ihr Gemeinschaftsleben in Eigenregie. Bei Bedarf werden externe Dienstleister in Anspruch genommen. Erfahrungen aus bestehenden Projekten zeigen, dass Voraussetzung für ein Gelingen neben geeigneten Mitbewohnern eine Kombination von externer fachlicher Unterstützung, Hilfe aus dem Umfeld sowie Selbsthilfe ist.⁴⁴

Auf Bundesebene bietet das Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V. das bundesweite Netzwerk für selbst organisierte Wohnprojekte, Beratung und Unterstützung. Sowohl das Forum als auch eine zunehmende Zahl anderer Initiativen - auch in Baden-Württemberg - unterhalten im Internet bundesweite Informationsseiten oder Projektbörsen.⁴⁵

Auch Kommunen befassen sich angesichts der demografischen Veränderungen zusehends mit der Frage nach alternativen Wohnformen im Alter. Manche betreiben regionale Wohnprojektbörsen, die dem Austausch und der Information von Interessenten dienen.

Darüber hinaus entstanden zahlreiche Projekte für kommunale beziehungsweise kommunal unterstützte Wohninitiativen.

Eine Sonderform der neuen Wohnformen sind Pflege-Wohngemeinschaften. Als ambulante Versorgungsform für Pflegebedürftige gewinnen diese aufgrund neuer bundes- und landesgesetzlicher Regelungen erheblich an Bedeutung. Auf Pflege-Wohngemeinschaften wird in Kapitel B 8, Pflege eingegangen.

Situation in Baden-Baden

In Baden-Baden gibt es bereits ein gemeinschaftliches Wohnprojekt, in dem mehrere Generationen zusammenleben.

Im August 2009 bezogen die Mitglieder des VIA-Wohnprojekts ihre Wohnungen in der Cité. Grundprinzipien des Wohnprojekts sind: Generationen zusammenzubringen, Selbsthilfe innerhalb der Gemeinschaft für die täglichen Lebensaufgaben, Verantwortung für die Gemeinschaft und gegenseitige Achtung der individuellen Verschiedenheit. Die insgesamt 26 Wohnungen unterschiedlicher Größe wurden nach mehrjährigen Planungen im Rahmen einer privaten Baugemeinschaft (GbR) erstellt. Derzeit leben dort 39 Personen zusammen und nutzen gemeinsam einen Gemeinschaftsraum mit Küche, einen Fitnessraum und eine Werkstatt. Ein Drittel des Wohnungsbestandes ist vermietet.

Die Wohnanlage wurde nach ökologischen Gesichtspunkten in Niedrigenergieweise mit Pelletheizung, Solarthermie und barrierefrei gebaut. Die Wohnungen sind behindertenfreundlich konzipiert. Das Projekt verwaltet sich über einen Bewohnerrat und monatliche Bewohnerversammlungen. Es entstanden Interessen- und Arbeitsgruppen (Gartengestaltung, Überwachung der Heizungsanlage, Winterdienst, Film- und Kunstarbeitsgruppe) und gesellige Unternehmungen (gemeinsame Ausflüge, Spieleabende, Feiern, Gymnastik). Die Lage hat eine gute Infrastruktur und die Gemeinschaft will sich auch in das Gemeinwesen öffnen. VIA hat eine eigene Homepage, auf der sich Personen, die sich für gemeinschaftliche Wohnformen interessieren, informieren können. Im Jahr 2015 organisierte VIA den ersten öffentlichen Wohnprojekttag Baden-Baden.

Die Entwicklungsgesellschaft Cité, ein Beteiligungsunternehmen der Stadt Baden-Baden und des städtischen Tochterunternehmens GSE, plant derzeit mit VIA weitere gemein-

⁴⁴ Zum Beispiel das Projekt Heller Wohnen: <http://www.heller-wohnen.de/>

⁴⁵ Beispiele: www.neue-wohnformen.de, <http://www.pro-wohngenossenschaft.de>, <http://www.wohnprojekte-portal.de/startseite.html>

schaftliche Bauprojekte. Weitere gemeinschaftliche Bauprojekte sind angedacht. Ein Projekt im neuen Baugebiet Bretagne ist konkret in der Umsetzung, ein drittes noch in der Planung.

2.2.4 Betreutes Wohnen oder Service-Wohnen

Betreute Wohnanlagen für Senioren bieten in der Regel abgeschlossene barrierefreie Wohnungen mit Serviceangeboten in Form von Grund- und Wahlleistungen. Sie unterscheiden sich in Größe, Qualität und Konzeption erheblich voneinander und umfassen zwischen unter 10 und mehr als 200 Wohneinheiten. Die Wohnungen können in baulicher und organisatorischer Verbindung mit einer Pflegeeinrichtung oder separat stehen. Auch die Serviceleistungen unterscheiden sich deutlich im Umfang und Zuschnitt. Neben der Miete und den Nebenkosten zahlt der Mieter für Grundleistungen - wie zum Beispiel eine Ansprechperson in der Anlage, gesellige Angebote oder Vermittlung von Hilfen - eine Pauschale. Fast alle Anlagen bieten zusätzlich kostenpflichtige Wahlleistungen an. Als Hilfestellung bei der Auswahl für die Nutzer wurde in Baden-Württemberg das Qualitätssiegel für Betreute Seniorenwohnanlagen entwickelt.⁴⁶ Die darin enthaltenen Kriterien über Bauwerk, Umfeld, Grund- und Wahlservice und Vertragsgestaltung erleichtern die Vergleichbarkeit von Angeboten.

Betreute Seniorenwohnanlagen stehen, wie andere Altenhilfeangebote auch, vor der Notwendigkeit, sich an geänderte Nutzerbedürfnisse anzupassen. Der steigende Altersdurchschnitt der Bewohnerschaft und die Ausdifferenzierung der Bedürfnisse und Erwartungen an das Betreute Wohnen erfordern neue Konzepte. Gefragt sind sowohl Lösungen für einen zunehmenden Unterstützungs- und Pflegebedarf und vermehrt auftretende demenzielle Erkrankungen von Bewohnern als auch neuartige quartiersbezogene Dienstleistungsangebote. Allerdings sind die Personalkapazitäten im Betreuten Wohnen derzeit in der Regel knapp bemessen. Die Anforderungen des Qualitätssiegels rechnen mit einer Vollzeitstelle für jeweils 100 Wohneinheiten im Rahmen des über die Monatspauschale finanzierten Grundservices.

Erweiterungen des Angebotsspektrums einer Betreuten Wohnanlage sind vielfältig möglich, z.B. durch

- Einen angegliederten Tages- oder Kurzzeitpflegebereich
- Zusätzliche Betreuungs- und Begleitangeboten für demenziell Erkrankte in der Wohnanlage
- Eine integrierte Pflege-Wohngemeinschaft
- Die Kooperation mit benachbarten stationären Pflegeeinrichtungen und Nutzungsmöglichkeiten von z.B. Mittagstischen, Cafeteria, kulturellen Angeboten
- Die Öffnung der Angebote des Betreuten Wohnens für das umliegende Wohnquartier
- Beratungsangebote z.B. des Pflegestützpunktes in der Betreuten Wohnanlage
- Die Niederlassung eines ambulanten Pflegedienstes in der Wohnanlage

Das Ziel solcher Weiterentwicklungen ist stets der möglichst lange Verbleib der Bewohner in der Wohnanlage. Gleichzeitig wird dadurch die Betreute Wohnanlage möglichst gut in das Umfeld zu integrieren.

Situation in Baden-Baden

Das aktuelle Verzeichnis „Betreute Wohnformen in Baden-Baden“ weist 11 Wohnanlagen aus, die unterschiedliche Konzeptionen bieten. Es unterscheiden sich Betreute Wohnanlagen, die die klassischen Bestandteile des Betreuten Wohnens, eine barrierefreie Wohnung, Gemeinschaftsraum, dem 24-Stunden-Notruf und das Angebot eines Betreuungsdienstes

⁴⁶ <http://www.kvjs.de/soziales/senioren/qualitaetssiegel-betreutes-wohnen-fuer-senioren.html>

bieten von Betreuten Wohnanlagen mit zusätzlichen angegliederten Angeboten z.B. einer Begegnungsstätte, einem ambulanten Pflegedienst vor Ort, einer ambulant betreuten Wohngruppe für demenziell erkrankte Menschen oder benachbarter stationärer Pflege. Die bestehenden betreuten Wohnanlagen umfassen zwischen neun und 119 Wohneinheiten. Die Wohnanlagen sind, mit Ausnahme der Stadtteile Sandweier und Haueneberstein, räumlich über das gesamte Stadtgebiet verteilt.

Alle Wohnanlagen haben einen Notrufdienst eingerichtet, in einigen ist in der Anlage einer 24-stündige Erreichbarkeit gegeben. Alle bieten wöchentliche Veranstaltungen an, einige haben Fitness- und Körperpflegeangebote im Haus und bieten Transferdienste in die Stadt, Ausflüge und ähnliches an. Je nach Konzeption sind Mahlzeiten oder die Reinigung der Wohnung möglich. In den meisten Anlagen sind Haustiere gestattet.

Aktuell planen einige Pflegeheime in Baden-Baden eine Umstrukturierung ihrer stationären Pflegeeinrichtungen in eine ambulante Form, die ähnlich einem betreuten Wohnen mit individuell vereinbarter ambulanter und teilstationärer Pflege gestaltet sein soll (vergleiche auch Kapitel B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung).

2.3 Quartierskonzepte

Quartierskonzepte sind ein umfassender Ansatz, um das Thema Wohnen und Wohnumfeld generationen-übergreifend unter Berücksichtigung baulicher, sozialer und sonstiger Infrastruktur zu betrachten und weiterzuentwickeln (vergleiche auch die Hinweise im Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung sowie Kapitel B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung).

Unter Quartier werden dabei sozialräumliche Einheiten verstanden, die überschaubar sind und mit denen sich die Bewohner identifizieren können. Das können Stadtviertel, Wohngebiete, Ortsteile oder auch kleinere Gemeinden sein.

Ziel von Quartierskonzepten ist es, lebendige Wohnquartiere mit einer intakten Nachbarschaft und kleinteiliger Infrastruktur in Verbindung mit Wohnraum für alle Generationen zu schaffen. Dies legt den Grundstock dafür, dass alle Menschen, auch wenn sie einen Unterstützungsbedarf haben, im Quartier alt werden können und dort notwendige Hilfen erhalten. Altersgerechte Wohnangebote und ein seniorengerechtes Wohnumfeld werden kombiniert mit sozialen Kontakt- und Beratungsangeboten sowie unterschiedlichen Pflege- und Serviceleistungen im Wohnviertel. Der Quartiersansatz versucht, auch gegenseitige Unterstützungspotentiale zwischen jungen und älteren Menschen zu entdecken und zu aktivieren. So können „Leihomas“ oder „Leihopas“ Kinder betreuen, während deren Eltern den Einkauf für die Senioren erledigen. Pensionäre unterstützen Jugendliche bei der Bewerbung um Ausbildungsplätze und bekommen im Gegenzug die Nutzung des Internets oder Smartphones erklärt. Örtliche Geschäfte und Dienstleister werden ebenfalls in das Konzept integriert. Natürlich entstehen solche Netze nicht von allein, sondern benötigen eine sorgfältige Planung und den Einsatz von Fachkräften als „Quartiersmanager“ oder „Kümmerer“.

Federführend bei diesen Prozessen sind die Kommunen. Vor allem zu Beginn bedarf es einer kommunalen oder von der Kommune beauftragten Moderation, die die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure initiiert und begleitet. Wirkungsvoll vorangetrieben werden Vorhaben insbesondere dann, wenn Mitarbeiter der Kommunalverwaltung, Vorsitzende örtlicher Vereine oder Verantwortliche von Kirchengemeinden eine aktive Rolle übernehmen und damit als Vorbilder fungieren. Quartiersprojekte wirken häufig auch selbst durch ihr Vorbild und durch Veranstaltungen wie Feste und Flohmärkte in das weitere Umfeld hinein und verstärken so ihre positive, gemeinschaftsstiftende Ausstrahlung. Für Kommunen bedeutet die Umsetzung von Quartierskonzepten, dass bereits in der Planungsphase verwaltungsintern ein hohes Maß an ressortübergreifender Zusammenarbeit erforderlich ist. Unverzichtbar für eine erfolgreiche Umsetzung ist auch eine intensive Bürgerbeteiligung von Beginn an.

Damit Quartierskonzepte langfristig funktionieren, muss geklärt werden, wer die notwendige Gemeinwesenarbeit und die Koordinierung der Aktivitäten sowie die dadurch anfallenden Kosten übernimmt. Problematisch ist, dass für diesen neuen Ansatz in der Seniorenarbeit keine gesicherte Finanzierung existiert. Ersatzweise wird vereinzelt versucht, über Bundes- oder Landesmodelle zumindest eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung zu erhalten. In der Fachdiskussion ist unbestritten, dass der Quartiersansatz so erfolgversprechend ist, dass die Erschließung zusätzlicher und nachhaltiger Finanzierungsmöglichkeiten unumgänglich ist.⁴⁷

Es gibt bereits zahlreiche, zum Teil langjährig erprobte Projekte, die darauf abzielen, Alternativen, Wohnen und Pflege im Wohnquartier für alle Bewohner zu ermöglichen.

Situation in Baden-Baden

Baden-Baden zeichnet sich dadurch aus, dass die einzelnen Stadtteile mit Ausnahme der Innenstadt ehemalige eigenständige Orte waren und gewachsene Quartiere darstellen. Die dort tätigen Ortsvorsteher fungieren gewissermaßen als „Kümmerer“, wissen um die Belange der Bürgerinnen und Bürger Bescheid und sind von diesen akzeptierte Ansprechpartner. Eine zusätzliche Verbindung zwischen Verwaltung und Bürgern wird über die Ortschaftsräte hergestellt. In den ehemals selbständigen Gemeinden des Reblandes wurden bei der Erstellung des Entwicklungskonzeptes Rebland 2025 Elemente eines integrierten Planungsansatzes unter Bürgerbeteiligung umgesetzt. Dies könnte der Anstoß für eine umfassende Quartiersentwicklung in den betroffenen Sozialräumen sein.

Einen Ausgangspunkt für eine Quartiersentwicklung sahen die Teilnehmer am Fachgespräch Wohnen auch im Wettbewerb der Baugenossenschaft Ooswinkel. Der Gewinner des Wettbewerbs plant auf der Fläche des ehemaligen Bauhofs 45 Wohnungen. Zwischen der Neubebauung und der Ooswinkelsiedlung ist dabei ein Quartiersplatz zum Treffen und für Aktivitäten aller Bewohner vorgesehen.

Im Stadtteil Cité befindet sich ein Mehrgenerationenhaus, das Scherer Kinder- und Familienzentrum, in dem es vielfältige Angebote für Familien gibt. Neben Freizeit- und Begegnungsmöglichkeiten, Kursen, Tauschbörsen werden verschiedenen Beratungen angeboten. Im Innenstadtbereich könnte ein Mehrgenerationenhaus als Startpunkt einer Quartiersentwicklung genutzt werden.

2.4 Einschätzung durch lokale Experten

Die folgenden Einschätzungen lokaler Experten beruhen auf einer schriftlichen Befragung der Ortsvorsteher, einem Fachgespräch zum Thema Wohnen im November 2016 sowie einem weiteren Fachgespräch zum Thema „Infrastruktur und Stadtentwicklung“ im Dezember 2017 (siehe hierzu auch Kapitel B 1, Infrastruktur und Stadtentwicklung). Eingeladen zum Fachgespräch Wohnen waren Vertreter verschiedener Betreuer Wohnanlagen für Senioren im Stadtgebiet, des selbstorganisierten Wohnprojekts VIA, der Gesellschaft für Stadterneuerung und Stadtentwicklung Baden-Baden mbH, der Lebenshilfe Baden-Baden sowie die Behindertenbeauftragte der Stadt.

Die Ortsvorsteher schätzten in der schriftlichen Befragung das Angebot an barrierefreien Wohnungen und Seniorenwohnungen in ihrem Stadtteil unterschiedlich ein: Im Stadtteil Steinbach wurde das Angebot als „gut“ bewertet, in den übrigen ehemals selbständigen Ortsteilen dominierten die Bewertungen „weniger gut“, „nicht vorhanden“ oder es konnten keine Angaben gemacht werden.

⁴⁷ vgl. auch die prägnante Zusammenstellung „Quartiersentwicklung – Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf“, Michel-Auli, Peter, Kuratorium Deutsch Altershilfe, Köln 2011

Im **Fachgespräch Wohnen** wurde die Wohnsituation von Senioren in Baden-Baden ebenfalls unterschiedlich – und teilweise auch widersprüchlich - wahrgenommen. Folgende Meinungen wurden vertreten:

- es gibt in Baden Baden nicht in ausreichendem Maß bezahlbare, barrierefreie Wohnungen für Senioren; insbesondere gibt es einen starken Nachfrageüberhang bei kleinen Wohnungen
- Im Hochpreissektor und bei den Eigentumswohnungen sei das barrierefreie Wohnraumangebot für Senioren ausreichend; im niedrigen Preissegment würden Angebote, vor allem im Bereich der Mietwohnungen, fehlen
- die Vorschriften der Landesbauordnung bedingen einen zusätzlichen Preisanstieg auf dem Wohnungsmarkt; nur durch das derzeit niedrige Zinsniveaus hält sich der Preisanstieg noch im Rahmen
- in Baden-Baden sind einem barrierefreien Umbau bestehender Gebäude durch den Denkmalschutz häufig Grenzen gesetzt
- von Seiten der Wohnberatung wurde berichtet, dass auch in den finanzstarken Haushalten, bei denen die finanziellen Möglichkeiten für eine Wohnungsanpassung gegeben wären, die Bereitschaft zum barrierefreien Umbau der eigenen Wohnung oft gering ist
- ältere Menschen und Rollstuhlfahrer werden nach Einschätzung einiger Gesprächsteilnehmer am (Miet-)Wohnungsmarkt diskriminiert. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass im Einzelfall zentral gelegene, rollstuhlgerechte Wohnungen keine Abnehmer fanden
- ein ambulanter Pflegedienst bei einer Betreuten Wohnanlage berichtete, dass nach seinen Erfahrungen die mangelnde Barrierefreiheit der eigenen Wohnung in den wenigsten Fällen der Grund für einen Wechsel in eine Betreute Wohnanlage ist; häufiger seien ein hoher Unterstützungsbedarf und eine soziale Vereinsamung Ursachen für einen Umzug.

Beim **Fachgespräch Infrastruktur** im Dezember 2016 wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass Senioren eine sehr heterogene Zielgruppe am Wohnungsmarkt sind. Es wurden drei Gruppierungen unterschieden:

- „Selbstversorger“: sie arrangieren sich auch mit Barrieren in der Wohnung, organisieren selber ein Hilfesystem, brauchen keine Unterstützung von außen und bleiben auch unter widrigen Bedingungen in ihrer Wohnung
- „Umbauwillige“: sie wollen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und schaffen sich durch Um- oder Anbauten selbst geeignete Rahmenbedingungen
- Senioren mit Bedarf an „Wohnraumversorgung durch die Stadt“: sie sind auf ein passendes Wohnraumangebot durch Genossenschaften oder die Stadt Baden-Baden angewiesen.

Nach Einschätzung der Ortsvorsteher bleiben Senioren in funktionierenden Ortsteilen so lange wie möglich zu Hause. Wenn Hilfe notwendig wird, die nicht durch die Familie geleistet werden kann, werde stundenweise Hilfe und Betreuung in Anspruch genommen oder eine osteuropäische Haushaltshilfe beschäftigt. Erst wenn der Pflegebedarf sehr groß sei und zu Hause nicht mehr abgedeckt werden könne, werde ein Umzug erwogen, dann aber in der Regel direkt in ein Pflegeheim.

In den Fachgesprächen wurde über aktuelle Aktivitäten zur Schaffung von mehr Wohnraum berichtet: So baut die städtische Wohnungsbaugesellschaft GSE zum Beispiel derzeit in Sandweier 12 Wohnungen für Anschlussunterbringung, die später als sozialer Wohnungsbau auch für Senioren zur Verfügung stehen sollen. Es wurde auch auf einen Gemeinde-

ratsbeschluss verwiesen, der das soziale Wohnen stärkt: 25% der Neubauvorhaben in Baden-Baden sollen zukünftig als sozialer Wohnungsbau realisiert werden. Erfreulich sei, dass die Aktivitäten der Stadt auf großes Interesse bei Investoren stießen.

Herausforderungen und Chancen für die Zukunft

Die Teilnehmer der Fachgespräche sahen Bedarfe und Notwendigkeiten auf verschiedenen Ebenen:

- damit Senioren ihre für sie zu groß gewordenen Wohnungen verlassen und diese für Mehrpersonenhaushalte erschlossen werden können, braucht es den entsprechenden kleineren, barrierefreien Wohnraum und ein zielgruppengerechtes Umzugsmanagement
- die vorhandene Interessenskollision von Investoren und Stadtplanern muss bearbeitet werden. Es braucht klare Vorgaben, um eine gute Qualität in der Wohnbebauung zu erhalten
- wenn gewachsene Strukturen nicht berücksichtigt werden, entstehen „seelenlose Wohnsilos“, in denen keine nachbarschaftlichen Beziehungen entstehen können
- die Betroffenen müssen beteiligt, ein Dialog gefördert werden
- das Gemeinwohl ist bei allen Planungen mitzudenken
- Netzwerkpartner, wie z.B. ambulante Dienste, Beratungsstellen usw. könnten stärker mit der Wohnberatungsstelle zusammenarbeiten und über Wohnanpassungsmaßnahmen beziehungsweise Beratungsmöglichkeiten informieren,

2.5 Fazit und Handlungsempfehlungen

Das Handlungsfeld „Wohnen im Alter“ umfasst viele Einzelmaßnahmen und Beteiligte. Die Stadt Baden-Baden hat Gestaltungsspielräume in unterschiedlichen Bereichen: über die Aufstellung von Bebauungsplänen sowie Stadtentwicklungskonzepten und Sanierungsmaßnahmen, die Förderung des sozialen Wohnungsbaus, in ihrer Funktion als untere Baurechtsbehörde oder durch Einflussnahme auf die Aktivitäten der städtischen Wohnungsbau-gesellschaft. Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld sind übergeordnete koordinierende Aufgaben: zum Beispiel im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Beratung zum barrierefreien Bauen und Umbauen, der Förderung des Austausches zwischen den Akteuren, der Sammlung und Weitergabe fachlicher Informationen und sonstiger Dienstleistungs- und Beratungsangebote.

Handlungsbedarfe und Empfehlungen im Handlungsfeld Wohnen überschneiden sich teilweise mit den Empfehlungen in Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung.

Der strategische Entwicklungsplan Baden-Baden 2020 beinhaltet mehrere Ziele, die die Wohnsituation von Senioren tangieren. Sie betreffen die Entwicklung der Stadtteile, aber auch generell die Stärkung der häuslichen Selbstständigkeit von Senioren. Zusätzlich gibt es Entwicklungskonzepte für einzelne Stadtteile als erste Ansatzpunkte für quartiersbezogene Planungen. Im Rahmen dieser punktuellen Projekte wurden integrierte Planungsansätze verfolgt. Institutionalisierte Strukturen zur Förderung des Austauschs aller Akteure rund um das Thema Wohnen im Alter gibt es derzeit aber noch nicht.

Die Wohnberatung in Baden-Baden ist gut organisiert und eingebunden, erreicht derzeit aber vorwiegend bereits interessierte Bürger. Die präventive barrierefreie Umgestaltung von Haus oder Wohnung wird von den Bürgern bisher noch zu selten genutzt.

Für die Zukunft ist insbesondere von einem weiteren Bedarf an kleinen, preisgünstigen barrierefreien oder –armen Mietwohnungen im Stadtgebiet auszugehen.

Betreute Wohnanlagen für Senioren zur flankierenden Unterstützung des privaten Wohnens sind in der „klassischen“ Form (Grund- und Wahlservice) in größerer Zahl vorhanden. Neue gemeinschaftliche Wohnprojekte sind bisher in Baden-Baden erst vereinzelt entstanden. Die Erfahrungen mit bestehenden Projekten sind aber positiv und es sind weitere Projekte geplant. Ebenfalls geplant sind Projekte zur Umwandlung stationärer Pflegeplätze in ambulantes Wohnen mit Pflege.

Empfehlungen:

- Bürger, Bauunternehmen, Architekten, Handwerker sowie die Bauverantwortlichen sollten zukünftig verstärkt für das barrierefreie Bauen (und Umbauen) sensibilisiert und über bestehende Fördermöglichkeiten informiert werden. Das städtische Bauamt sollte Bauwilligen bereits im Vorfeld ein Informationsblatt der Wohnberatungsstelle zum Barrierefreien Bauen mitschicken. Auch wenn Bürger Beratung zu energetischen Sanierungsmaßnahmen in Anspruch nehmen, sollte ein entsprechender Hinweis auf die Vorteile einer barrierefreien Umgestaltung erfolgen (B 2.1)
- Bürger sollten verstärkt über die Angebote der Wohnberatung informiert werden. Dies umfasst auch Informationen über Möglichkeiten der Technikunterstützung beim Bauen und Wohnen. Sinnvoll ist eine enge Zusammenarbeit und ein Ausbau der Kooperation mit Multiplikatoren. Dies können zum Beispiel ambulante Pflegedienste, Sanitätshäuser oder Ärzte sein. (B 2.2)
- Wohnungsbauunternehmen tragen Mitverantwortung für eine angemessene Wohnversorgung von Senioren. Sie können die Versorgung verbessern, indem sie in geeigneten Bestandsgebäuden Maßnahmen zur Reduzierung von Barrieren umsetzen und das Wohnen bei Bedarf mit Dienstleistungsangeboten kombinieren. Ein wichtiger Aspekt sind die Kosten für die langjährigen und älteren Mieter. Diese dürfen nicht dazu führen, dass Menschen durch eine höhere Miete nicht mehr in ihrer Wohnung bleiben können (B 2.3)
- Die Schaffung von Sozialwohnungen ist in Baden-Württemberg seit Jahren rückläufig. Der Stadt Baden-Baden wird empfohlen, ihren Bestand an Sozialwohnungen durch geeignete Maßnahmen zu sichern beziehungsweise bei Bedarf auch zu erhöhen. Vorhandene Barrieren in den Wohnungen sollten bei Renovierungsbedarf beseitigt werden. Folgende Maßnahmen können den rückläufigen Bestand an Sozialwohnungen wieder erhöhen:⁴⁸
 - Bestandswohnungen mit Mietpreisbindungen und Belegungsrechten versehen. Die Stadt kann hierfür Belegungsrechte im frei finanzierten Bestand kaufen.
 - Die Stadt fördert den Wohnungsneubau von Investoren, die dafür Wohnungen in ihrem Bestand mit Belegungsrechten und Mietpreisbindungen versehen. Die Kommune kann so die räumliche Verteilung der Wohnungen besser steuern.
 - Mittel aus sozialer Wohnraumförderung können auch für die Modernisierung von Wohnungen sowie den altersgerechten Umbau eingesetzt werden (B 2.4).
- Um ein differenziertes Bild der Bedarfe in den einzelnen Stadtteilen zu erhalten, werden stadtteilbezogene Bestandsaufnahmen empfohlen. Im Rahmen von Bürgerbeteiligungsprozessen sollen dabei die zukünftigen Wohnbedarfe (älterer) Bürger erhoben und mögliche Lösungen erarbeitet werden. Die Planungen einzelner Maßnahmen sollten quartiersbezogen erfolgen, vorhandene Ansatzpunkte / Entwicklungskonzepte sollten genutzt werden (B 2.5)
- Informationsveranstaltungen für Bürger zum Thema Wohnen und Wohnkonzepte können die unterschiedlichen Wohnmöglichkeiten bekannt machen und Interessenten für Wohnprojekte zusammenbringen. Sie bieten sich auch als Auftaktveranstaltung für die Entwicklung von Quartierskonzepten an (B 2.6).

⁴⁸ Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

- Neue Wohnkonzepte, wie das gemeinschaftliche Wohnen von altersgemischten Projekten, sollten gefördert werden (Hilfe bei Suche nach geeigneten Grundstücken und Gebäuden; Planungsunterstützung) (B 2.7)
- Vorhandene und neu zu planende Betreute Wohnanlagen sollten grundlegende Qualitätsanforderungen einhalten. Solche sind zum Beispiel in den Standards zum Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg oder der DIN 77800 (Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“) beschrieben. Betreute Wohnanlagen sollten darüber hinaus auf eine geeignete Lage im Stadtteil und eine gute Einbindung in den Stadtteil Wert legen und ihr Dienstleistungskonzept weiterentwickeln und auch für den Stadtteil öffnen (B 2.8)
- Eine wichtige Aufgabe der Stadt ist die Vernetzung der Anbieter von Wohnformen sowie der Akteure aus dem baulichen und sozialen Bereich. Eine Institutionalisierung des Austauschs, der im Rahmen der Seniorenplanung stattgefunden hat, würde die regelmäßige gegenseitige Information fördern, könnte Lücken im Angebotsportfolio zeigen und neue Angebote befördern (B 2.9)
- Ebenso wichtig ist die verwaltungsinterne institutionalisierte Vernetzung zur Erstellung von integrierten Planungen, damit bauliche und soziale Belange verbunden werden (B 2.10)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B.2.1	Informationen und Sensibilisierung für das Thema barrierefreies Bauen und Umbauen, unter anderem durch ein Informationsblatt im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens
B.2.2	Fortsetzung und Intensivierung der Werbung für die Wohnberatung einschließlich Technikunterstützung beim Wohnen; Ausbau der Kooperation mit Multiplikatoren (z.B. ambulante Pflegedienste, Sanitätshäuser, Ärzte)
B.2.3	Schaffung kostengünstiger barrierearmer Wohnungen durch strukturelle Wohnungsanpassungsmaßnahmen in älteren Bestandsgebäuden
B.2.4	Förderung / Bau von seniorenrechtlichen Sozialwohnungen
B.2.5	Stadtteilbezogene Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung zu den Wohnbedürfnissen älterer Bürger; Entwicklung von Quartierskonzepten (siehe auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung)
B 2.6	Informationsveranstaltungen zum Thema „Wohnen für alle Generationen“
B 2.7	Unterstützung und Förderung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten
B 2.8	Qualitätserhalt und Weiterentwicklung der Angebote im Betreuten Wohnen
B 2.9	Aufbau eines Netzwerkes Wohnen für Senioren mit allen Anbietern der unterschiedlichen Wohn- und Unterstützungsformen
B 2.10	Vernetzung der verwaltungsinternen Akteure zum Thema Wohnen für Senioren, Ermöglichen von integrierten Planungen (siehe auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung)

3 Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung

Bürgerschaftliches oder ehrenamtliches Engagement ist wesentlich für den Zusammenhalt einer Gesellschaft. Angesichts des demografischen Wandels wird es geradezu zu einer Voraussetzung für ein funktionierendes Gemeinwesen. Die Formen des Engagements sind sehr vielfältig: Sie umfassen „klassische“ ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, sozialen Einrichtungen und im öffentlichen Bereich, aber auch Tätigkeiten in Selbsthilfegruppen und bürgerschaftlichen Initiativen oder Bürgergenossenschaften.

Bürgerschaftliches Engagement und Bürgerbeteiligung stehen in einem engen Zusammenhang, weil sich die Motivation für bürgerschaftliches Engagement verändert. Bürger engagieren sich zunehmend für Themen und Aufgaben, die ihnen neue persönliche Erfahrungen und Kontakte ermöglichen und dazu beitragen, für sie wichtige Projekte umzusetzen. Sie erwarten dabei eine gute Begleitung durch hauptamtlich Tätige und eine Kommunikation auf Augenhöhe sowie Möglichkeiten zur Mitgestaltung. Beteiligung ist somit häufig der Motor für ein daraus erwachsendes bürgerschaftliches Engagement.

Aufgrund der besonderen Bedeutung von Bürgerschaftlichem Engagement und Bürgerbeteiligung ist ihnen in der Seniorenplanung ein eigenes Kapitel gewidmet. Beide Themen ziehen sich aber wie ein roter Faden durch nahezu alle Handlungsfelder des Seniorenplans.

Im Rahmen der Seniorenplanung sind unterschiedliche Aspekte von Engagement und Beteiligung bedeutsam:

- Ein wichtiger Aspekt ist die **Selbstorganisation und das Engagement von Senioren für Senioren**. Dieses Engagement stärkt die Selbstwirksamkeit und ergänzt professionelle Angebote durch Bürgerengagement zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe aller älteren Menschen. Auf gesellschaftlicher Ebene trägt dieses Engagement zu einer Differenzierung von Altersbildern bei und unterstützt das Leitbild des aktiven Alters.
- Ebenso bedeutend ist das **generationenübergreifende Engagement**. Jüngere Menschen – insbesondere Kinder und Familien – profitieren in einer solidarischen Bürgergesellschaft vom Engagement der älteren Generation, Senioren werden in vielfältiger Form von Jüngeren unterstützt. Dadurch werden auch der Dialog und das Verständnis zwischen den Generationen gefördert.
- Nicht zuletzt gilt es die **positiven Aspekte des Engagements für die Engagierten selbst** in den Blick zu nehmen. Allen Menschen gemeinsam ist das Bedürfnis nach einem sinnstiftenden Handeln und der Bedeutsamkeit des eigenen Tuns für andere. Dies gilt auch für Menschen im höheren Lebensalter.⁴⁹ Bürgerschaftliches Engagement ermöglicht soziale Teilhabe sowie neue Erfahrungen und sichert dadurch auch die gesellschaftliche Integration der (älteren) Engagierten. Im Deutschen Freiwilligensurvey gab eine Mehrheit der Engagierten an, im Engagement dazu zu lernen und erworbene Fähigkeiten auch für andere Lebensbereiche nutzen zu können. Außerdem gibt es Hinweise auf direkte positive Effekte des bürgerschaftlichen Engagements für die Gesundheit der Engagierten.⁵⁰

⁴⁹ vgl. hierzu insbesondere die Ergebnisse der Studie: Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter, die vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds durchgeführt wurde

⁵⁰ vgl.: Deutsches Zentrum für Altersfragen: Deutscher Freiwilligensurvey 2014. Berlin 2016, S. 349 und 455; auch im Folgenden werden Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2014 und des Länderberichts zum Deutschen Freiwilligensurvey 2014 übernommen.

Ehrenamtliches oder bürgerschaftliches Engagement wird in der Regel unentgeltlich erbracht – bei Bedarf werden aber die durch das Engagement entstehenden Auslagen erstattet. Daneben hat in Baden-Württemberg das Engagement im Rahmen von organisierten Nachbarschaftshilfen eine lange Tradition. Nachbarschaftshilfen, die im Rahmen einer stundenbezogenen Vergütung erbracht werden, sind eher dem Bereich der geringfügigen Beschäftigung zuzuordnen. Grundsätzlich gilt es in allen Engagementbereichen das Spannungsfeld zwischen beruflich-hauptamtlichem und freiwilligem Engagement im Blick zu behalten und möglichst klare Grenzen zu ziehen.

3.1 Bereitschaft zu freiwilligem Engagement wächst

Die Bereitschaft zu bürgerschaftlichem Engagement ist in Deutschland stark ausgeprägt und nahm zwischen 2009 und 2014 noch einmal deutlich zu: Fast 44 Prozent der über 14-jährigen Bevölkerung waren freiwillig engagiert. Dies entspricht rund 31 Millionen Menschen.⁵¹ Hinzu kommt ein großes Engagement-Potenzial für die Zukunft: Mehr als die Hälfte derjenigen, die sich derzeit nicht engagieren, können sich ein solches Engagement zukünftig vorstellen.⁵²

Bundesweit nimmt Baden-Württemberg mit 48,2 Prozent freiwillig Engagierten nach Rheinland-Pfalz, eine Spitzenposition ein und liegt um 4,6 Prozentpunkte über dem bundesweiten Durchschnitt.⁵³

Jüngere Menschen und Menschen mittleren Alters engagieren sich bisher häufiger freiwillig als Ältere, Männer etwas häufiger als Frauen (gilt nicht für das Engagement im sozialen Bereich). Menschen mit niedrigerem formalen Bildungsabschluss, Menschen mit Migrationshintergrund und / oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen sind unter den bürgerschaftlich Engagierten unterrepräsentiert.⁵⁴

56 Prozent der Engagierten in Baden-Württemberg wenden für ihr Engagement bis zu zwei Stunden Zeit pro Woche auf, 17 Prozent sechs Stunden und mehr. Der Anteil der Engagierten mit einem Zeitbudget von bis zu 2 Stunden nahm im Zeitverlauf zu.

Nach wie vor findet freiwilliges Engagement am häufigsten in Vereinen und Verbänden statt (mehr als 50 Prozent aller Engagierten). Insbesondere das Engagement in selbstorganisierten Initiativen hat aber in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen und liegt in Baden-Württemberg mit einem Anteil von 15 Prozent an zweiter Stelle.⁵⁵ Bei dieser Form werden unter anderem die Mitwirkungsmöglichkeiten am höchsten eingeschätzt. An dritter Stelle steht das Engagement in einer Kirche oder religiösen Vereinigung mit 14 Prozent.

Als wichtigstes persönliches Motiv für ihr Engagement nannte die überwiegende Mehrheit Freude an ihrer Tätigkeit. Gleich dahinter rangieren soziale Motive für das Engagement: der Wunsch mit anderen Menschen und anderen Generationen zusammenkommen und die Gesellschaft mitzugestalten.⁵⁶

3.2 Engagementbereiche und Zielgruppen

Die beliebtesten Engagementbereiche der Bürger in Baden-Württemberg sind Sport und Bewegung (19 Prozent), Kultur und Musik (12 Prozent), der soziale Bereich und Kirchen /

⁵¹ entsprechend der Definition des Freiwilligensurveys sind Personen, die sich ausschließlich privat um Freunde oder Nachbarn kümmern, nicht berücksichtigt

⁵² Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 149

⁵³ Deutsches Zentrum für Altersfragen, Länderbericht zum Deutschen Freiwilligensurvey 2014. Berlin 2016

⁵⁴ Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 85.

⁵⁵ Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 20 f.

⁵⁶ Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 407

religiöse Vereinigungen (jeweils 10 Prozent) sowie Schulen und Kindergärten (9 Prozent).⁵⁷ Der Anteil der Engagierten mit einem Engagement im sozialen und kirchlichen Bereich ist in Baden-Württemberg höher als im Bund.

Die häufigste Zielgruppe für das freiwillige Engagement sind in Baden-Württemberg Kinder und Jugendliche mit einem Anteil von 48 Prozent, gefolgt von Familien mit 33 Prozent und älteren Menschen (31 Prozent). Die Haupt-Zielgruppen des Engagements sind in Baden-Württemberg und im Bund nahezu identisch.

3.3 Ältere Menschen als Akteure und Zielgruppe von freiwilligem Engagement

Daten zum freiwilligen Engagement von und für Senioren sind für die Seniorenplanung von besonderer Relevanz.

Freiwilliges Engagement von älteren Menschen

- Nach den Ergebnissen des Freiwilligensurveys 2014 lag die Engagementquote der 65-Jährigen und Älteren bundesweit bei 34 Prozent und damit unter der jüngerer Menschen. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen haben sich jedoch durch einen überdurchschnittlichen Anstieg des Engagements Älterer im Zeitverlauf reduziert. Betrachtet man die Gruppe der Senioren differenziert, zeigt sich bis zum Alter von 70 Jahren eine relativ stabile Engagementquote, während die Quote bei den 75-Jährigen und Älteren deutlich abnimmt.⁵⁸

In Baden-Württemberg sind Bürger ab 65 Jahren zwar ebenfalls seltener freiwillig engagiert als jüngere. Der Anteil engagierter Senioren ist im Land aber mit 43 Prozent deutlich höher als im Bund.

- Ältere engagieren sich zwar seltener freiwillig als Jüngere, investieren dafür aber mehr Zeit in ihr Engagement: 25 Prozent der ab 65-jährigen engagierten Männer und Frauen wenden für ihr Engagement mehr als 6 Stunden pro Woche auf, bei den jüngeren Altersgruppen waren es zwischen 14 und 19 Prozent (S. 338).
- Freiwillig Engagierte Baden-Württemberger ab 65 Jahren nannten als Zielgruppe ihres Engagements wiederum am häufigsten – zu 55 Prozent – ältere Menschen.
- Auf weitere Unterschiede des Engagements zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern weist eine Sonderauswertung des Deutschen Alterssurveys aus dem Jahr 2009 hin.⁵⁹ Die häufigsten Engagementbereiche der ab 70-jährigen Frauen sind demnach der kirchlich-religiöse und der soziale Bereich mit einem Anteil von jeweils über 30 Prozent. Die ab 70-jährigen Männer dagegen engagieren sich schwerpunktmäßig im Bereich Sport und Bewegung (30 Prozent) und nur zu knapp 18 beziehungsweise 17 Prozent im kirchlich-religiösen beziehungsweise sozialen Bereich. Geschlechtsspezifische Unterschiede und Zuordnungen der Frauen zu sozialen und sorgenden Tätigkeiten bestehen also auch im Alter und im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements fort oder verstärken sich hier sogar noch einmal.

Freiwilliges Engagement für ältere Menschen und Pflege und Betreuung von Nachbarn

- Ältere Menschen sind nach Kindern und Jugendlichen sowie Familien die drittgrößte Zielgruppe des freiwilligen Engagements in Baden-Württemberg: 31 Prozent der freiwillig Engagierten gaben an, sich (auch) für ältere Menschen zu engagieren, 14 Prozent engagieren sich für Hilfe- und Pflegebedürftige. Informelle Hilfen für Freunde und Nachbarn sind hierbei nicht berücksichtigt.

⁵⁷ Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 110

⁵⁸ Deutscher Freiwilligensurvey 2016, S. 99

⁵⁹ Deutsches Zentrum für Altersfragen: Aktives Altern: Erwerbsarbeit und freiwilliges Engagement. In: report altersdaten, Heft 2/2013; S. 20ff.

- Das Engagement für ältere Menschen ist je nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand unterschiedlich stark ausgeprägt:
 - Freiwillig Engagierte ab 65 Jahren engagieren sich fast dreimal so häufig für ältere Menschen als Engagierte unter 30 Jahren
 - Freiwillig engagierte Frauen engagieren sich mit einem Anteil von 34 Prozent häufiger für ältere Menschen als freiwillig engagierte Männer (knapp 28 Prozent).
 - Freiwillig Engagierte mit einem formal niedrigeren Bildungsabschluss engagieren sich sehr viel häufiger für ältere Menschen als Engagierte mit einem hohen Bildungsabschluss
- Drei Prozent der im Rahmen des Freiwilligensurveys Befragten gaben an, Pflege oder Betreuungsleistungen für Freunde oder Nachbarn zu erbringen.⁶⁰ Solche Hilfen werden wiederum häufiger von über 65-Jährigen als von Jüngeren erbracht und häufiger von Frauen als von Männern.

3.4 Förderung und Vernetzung des bürgerschaftlichen Engagements

Ehrenamtliches Engagement braucht Anlaufpunkte, Unterstützung und Koordination. Die Wohlfahrtsverbände und Kirchengemeinden vor Ort engagieren sich bereits seit langem in der Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen und haben vielerorts entsprechende Strukturen geschaffen. Auch viele Kommunen haben in den vergangenen Jahren Anlauf- oder Kontaktbörsen etabliert, eigene Projekte im Bereich des Ehrenamts ins Leben gerufen und Leitlinien in Verbindung mit einer Anerkennungskultur für das Engagement entwickelt. Speziell im Hinblick auf demografische Veränderungen orientieren sich Städte und Gemeinden zunehmend am Konzept der „sorgenden Gemeinschaft“ mit dem Ziel, alle Bürger einer Kommune in die Sorge für Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, einzubeziehen. Zu den Menschen, die der Sorge Anderer bedürfen, gehören nicht nur Senioren mit Unterstützungsbedarf sondern zum Beispiel auch Kleinkinder oder jüngere Menschen mit Behinderung oder Erkrankungen.

Kommunen können bei der Engagementförderung auf fachliche Unterstützung im Rahmen von Netzwerken und Förderprogramme auf Bundes- und Landesebene zurückgreifen. Auf Landesebene wurde das Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg geschaffen. Es umfasst auch verschiedene kommunale Netzwerke: das Landkreisnetzwerk, das Städtenetzwerk und das Gemeindefeldnetzwerk bürgerschaftliches Engagement. Die Netzwerke verfügen über eigene Fachberatungsstellen und organisieren regelmäßige Treffen zum Austausch.

Experten, Engagierte und Betroffene haben im Rahmen der Engagementstrategie Baden-Württemberg gemeinsame Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement entwickelt.⁶¹ Diese umfassen auch die Handlungsfelder Alter und Pflege und geben Anregungen an Kommunen, Verbände und Vereine. Modellprojekte zur Umsetzung der Empfehlungen – zum Beispiel zum Generationendialog oder Engagement in der Pflege – können unter anderem im Rahmen des Landesprogramms „Gemeinsam sind wir bunt“ gefördert werden.

Eine Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehöriger zum Ziel gesetzt haben, kann auch über § 45 c und d SGB XI erfolgen.

⁶⁰ Individuelles Engagement aufgrund einer persönlichen (nachbarschaftlichen) Beziehung zählt im Freiwilligensurvey nicht zum ehrenamtlichen Engagement.

⁶¹ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg.): Engagementstrategie Baden-Württemberg – Lebensräume zu „Engagement-Räumen“ entwickeln. Ergebnisse des Beteiligungsprozesses und Bewertung. Stuttgart, 2014

3.5 Förderung von Bürgerbeteiligung

Die Engagementstrategie des Landes betont die herausragende Rolle partizipativer Planungsprozesse im Bereich Alter und Pflege, um bürgerschaftliche Selbstorganisation und Engagement in diesem Bereich anzustoßen. Die Verbindung von Engagementförderung mit Partizipation und Bürgerbeteiligung ist daher ein zentrales Element für das Gelingen. Dem entsprechend gibt es in Baden-Württemberg inzwischen auch ein breites Angebot an Beratung, Veranstaltungen und Bildungsangeboten zur Bürgerbeteiligung, zum Beispiel im Rahmen der Allianz für Beteiligung und seiner unterschiedlichen Förderprogramme oder des Landesprogramms „Leuchttürme Bürgerbeteiligung“ (vergleiche auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung sowie B 8, Pflege).

3.6 Seniorenvertretungen und Seniorenräte

Eine Möglichkeit zur Stärkung der Selbstorganisation, Beteiligung und des Engagements von Senioren sind Seniorenvertretungen oder -räte. Sie sollen zum einen sicherstellen, dass bei Entscheidungen von Politik und Verwaltung Senioreninteressen angemessen berücksichtigt werden. Zum anderen übernehmen sie wichtige Aufgaben im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe und der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, indem sie Senioren beraten und informieren und selbst unterschiedliche Projekte initiieren.

Seniorenvertretungen gibt es auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Organisationsformen: als eingetragene Vereine, Arbeitsgemeinschaften, Beiräte oder Seniorenbeauftragte. In manchen Kommunen werden die Seniorenräte auch durch eine Direktwahl bestimmt, an der sich alle Bürger ab einem bestimmten Alter beteiligen können. Die Kommunalen Landesverbände und der Landesseniorenrat haben „Gemeinsame Empfehlungen zur Arbeit von Kreis-, Stadt-, und Ortsseniorenräten in Baden-Württemberg“ erarbeitet.

Häufig geht die Initiierung von Seniorenvertretungen auf eine kommunalpolitische Initiative zurück. Die Förderung der Arbeit von Seniorenvertretungen ist in Baden-Württemberg eine Freiwilligkeitsleistung der Kommunen.

3.7 Situation in der Stadt Baden-Baden

Die Stadt Baden-Baden sieht in der weiteren Stärkung des sozialen Zusammenhalts und des Bürgerschaftlichen Engagements im sozialen, kulturellen und sportlichen Bereich sowie der Beteiligung der Bürger aller Altersgruppen wichtige strategische Entwicklungsziele (vergleiche dazu auch die Ausführungen in Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung). Im strategischen Entwicklungsplan Baden-Baden 2020 wird auf den engen Zusammenhang zwischen Bürgerinformation, Bürgerbeteiligung und Bürgerengagement bei der Entwicklung zur Bürgergesellschaft hingewiesen: Wenn Bürger gut informiert sind und sich mit gesellschaftlichen und sozialen Anliegen identifizieren, steigt auch ihre Bereitschaft, diese Anliegen durch eigenes Engagement umzusetzen.⁶² Zum Stand der Berichtslegung im Jahr 2011 wird festgestellt, dass Stadt und Bürger in den Bereichen Information, Beteiligung und Bürgerschaftliches Engagement bereits überaus aktiv sind, aber noch Potenziale für Verbesserungen bestehen.⁶³ Zur Weiterentwicklung der Bürgerbeteiligung über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinaus wird im Entwicklungsplan ange-regt, je nach Aufgabe und Zielgruppe adäquate Beteiligungsformen zu entwickeln. Das Ehrenamtliche Engagement soll gestärkt werden, indem Zugangsbarrieren zum Engagement abgebaut werden (insbesondere durch eine verbesserte Information und Transparenz über

⁶² vgl.: Strategischer Entwicklungsplan Baden-Baden, 2020

⁶³ vgl. Strategischer Entwicklungsplan Baden-Baden 2020, S. 106

Möglichkeiten und Voraussetzungen des Engagements), das Engagement angemessen öffentlich gewürdigt wird und Angebote und Initiativen stärker vernetzt werden. Entsprechende Planungen wurden teilweise bereits umgesetzt.

Vielfalt bürgerschaftlicher Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen

Das ehrenamtliche oder bürgerschaftliche Engagement in der Stadt Baden-Baden umfasst derzeit viele Formen und Bereiche.

Wie viele Senioren ab 65 Jahren sich in Baden-Baden ehrenamtlich engagieren, ist nicht bekannt. Überträgt man die Engagementquote von Baden-Württemberg (42 Prozent der zwischen 65- und 85-Jährigen) auf Baden-Baden, ergibt sich eine Zahl von 5.000 Engagierten im Alter ab 65 Jahren. Da das Engagement in Stadtkreisen generell etwas niedriger ist als in Flächenkreisen, dürfte die tatsächliche Zahl etwas geringer sein.

Eine große Rolle spielt in Baden-Baden das Engagement in Vereinen und Verbänden: Derzeit gibt es in Baden-Baden rund 700 Vereine und Verbände in den Bereichen Kultur, Sport und Soziales. In diesen engagieren sich auch viele Senioren freiwillig: zum Teil im Rahmen eines Engagements für andere Senioren (siehe den folgenden Abschnitt), häufig aber auch generationenübergreifend, zum Beispiel als „Zukunftsscout“ für die individuelle Unterstützung und Förderung Jugendlicher, im Rahmen der Hausaufgabenbetreuung oder der Freizeitgestaltung für Kinder und Jugendliche, als Familienpaten, im Tafelladen, in Sportvereinen...

Ebenfalls bedeutsam ist in Baden-Baden das ehrenamtliche Engagement im Rahmen von Kirchengemeinden und religiösen Vereinigungen sowie bei der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben - z.B. als rechtlicher Betreuer, im Rahmen der Unterstützung von Flüchtlingen und Migranten, als ehrenamtlicher Wohnberater beim Pflegestützpunkt...

Daneben gibt es Projekte aus den unterschiedlichsten Bereichen und für unterschiedliche Zielgruppen, die punktuell freiwilliges Engagement für alle Altersgruppen ermöglichen: z.B. bei Bau- und Umweltaktionen, Festen...

Bürgerengagement umfasst auch das finanzielle Engagement von Bürgern im Rahmen von Stiftungen und weiteren Einrichtungen. Im sozialen Bereich ist hier insbesondere die Bürgerstiftung Baden-Baden zu nennen, die selbst Projekte im Bereich Jugend, Senioren, Kultur, Soziales und Umwelt initiiert und fördert, und ihre Unterstiftung, die Clara-Todd-Stiftung, deren Stiftungszweck die gezielte Unterstützung für alleinstehende Senioren ist.

Freiwilliges Engagement für Senioren

Das freiwillige Engagement macht in der Stadt Baden-Baden zahlreiche Angebote für ältere Menschen und Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege erst möglich. Beispiele dafür sind:

- Freizeit-, Kultur - und Begegnungsangebote wie Seniorenclubs oder –treffs, Begegnungsstätten, Seniorenkaffeenachmittage, Ausflugsangebote von Kirchengemeinden, religiösen Vereinigungen oder frei gemeinnützigen Trägern, Sport- und Bewegungsangebote für Senioren...
- Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege und Selbsthilfeangebote wie Demenzcafés, Besuchsdienste im häuslichen Bereich, im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen, Begleitedienste, Ferien ohne Koffer, ehrenamtliche gesetzliche Betreuung oder Tätigkeit als Heimbeirat, Stammtische für pflegende Angehörige, Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche im Rahmen der Hospizvereine,...
- Daneben profitieren Senioren selbstverständlich von weiteren, nicht auf bestimmte Altersgruppen ausgerichteten Angeboten, wie zum Beispiel der Kulturloge (vergleiche dazu das folgende Kapitel B 4, Bildung, Kultur, Begegnung).

Aktivitäten zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Eine Plattform für das Bürgerschaftliche Engagement in Baden-Baden bietet derzeit die **Bürgerstiftung Baden-Baden** mit Ihrem Portal „Baden hilft“. Im Rahmen des Internetportals können alle sozialen und gemeinwohlorientierten Einrichtungen und Vereine in der Stadt, die Geld-, Zeit- und Sachspenden benötigen, ihre Projekte und Bedarfe vorstellen. Bürger, die sich engagieren wollen, können einen der vorgestellten Engagementbereiche auswählen und direkt mit den Suchenden Kontakt aufnehmen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung des Seniorenplans suchten auf der Plattform nur wenige Anbieter aus dem Bereich Pflege und Senioren freiwillige Mitarbeiter.

Neben der Plattform berät die Bürgerstiftung zum freiwilligen Engagement und unterstützt weitere Aktivitäten. Beispiele sind:

- **Fortbildungsangebote:** zum Beispiel die kostenlose Fortbildungsreihe „Fit für die Vereinsarbeit“, die bereits mehrmals in Kooperation mit der Volkshochschule durchgeführt wurde. Themen sind: Pressearbeit, Finanzierung, Haftungs- und Steuerrecht
- **Öffentlichkeitsarbeit:** zum Beispiel die „Lange Straße des Ehrenamts“, bei der Vertreter verschiedener Einrichtungen und Projekte die Gelegenheit haben, selbst mit Bürgern ins Gespräch zu kommen und für ihr Engagement zu werben.

Auch die **Stadt Baden-Baden** hat auf ihrer Homepage eine Rubrik „Engagement“ eingerichtet. Dort werden verschiedene Möglichkeiten des Engagements im Zusammenhang mit öffentlichen sozialen Aufgaben aufgezeigt (z.B. rechtliche Betreuung, Asyl-Flüchtlingshilfe, Angebote für Migranten, Sport und Sozialinitiativen) und Ansprechpartner bei der Stadt benannt. Außerdem wird auf die Plattform der Bürgerstiftung verwiesen.

Auch eine Liste mit Kontaktdaten aller Vereine ist auf der städtischen Homepage abrufbar. Vereine werden von der Stadt unter anderem durch die Bereitstellung von Infrastruktur (insbesondere Räume, Nutzung von Info-Säulen für Werbezwecke, Aufnahme von Veranstaltungen in städtischen Veranstaltungskalender) unterstützt. Im Seniorenwegweiser der Stadt gibt es ebenfalls eine Rubrik „Bürgerschaftliches Engagement“ in der zahlreiche Engagementmöglichkeiten (auch) für Senioren beschrieben sind.

Zudem werben die **Kirchengemeinden und Wohlfahrtsverbände** auf ihren eigenen Homepages um Ehrenamtliche für ihre Dienste und Einrichtungen und bieten Beratung, fachliche Begleitung und Fortbildungsangebote an.

Stadtseniorenrat Baden-Baden

Bis zum Jahr 2012 gab es in der Stadt Baden-Baden einen Stadtseniorenrat. Dieser hatte die Aufgabe, die Interessen älterer Menschen in der Stadt zu vertreten, zur Weiterentwicklung der Seniorenarbeit beizutragen sowie Eigeninitiative und Selbsthilfe älterer Menschen zu stärken. Der Stadtseniorenrat musste seine Arbeit einstellen, da es nicht gelungen war, die Stelle des ausscheidenden Vorsitzenden neu zu besetzen.

3.8 Einschätzung durch lokale Experten

Im Oktober 2016 fand ein gemeinsames Fachgespräch zu den Themen Bürgerschaftliches Engagement, niedrigschwellige Betreuung und Entlastung, Freizeit / Begegnung / Bildung sowie Information und Beratung statt.

Eingeladen waren Vertreter aus folgenden Bereichen: Alzheimergesellschaft Baden-Baden, Besuchsdienst katholischer Kirchen, Mehrgenerationenhaus / Café Vergiss-Dich-Nicht, Mahlzeiten auf Rädern Diakonie, Nachbarschaftshilfe, Mobiler Sozialer Dienst AWO, Seniorengruppen und –gemeinschaften, Kirchengemeinden und kirchlicher Vereinigungen, Begegnungsstätten, Beratungseinrichtungen, Behindertenbeauftragte, VDK, Seniorenverbände, Senioren-Union, Vertreter ehrenamtlicher Betreuer, ausländischer Kulturvereine,

Wohlfahrtsverbände. Die Diskussion zum Thema „Bürgerschaftliches Engagement“ wird im Folgenden wiedergegeben.

Wie verändern sich Personenkreis und Bedürfnisse ehrenamtlich Tätiger oder Interessierter?

- Die Experten wiesen darauf hin, dass auch innerhalb der Gruppe der bürgerschaftlich Engagierten der demografische Wandel spürbar ist : ältere Engagierte scheiden aus und jüngere rücken nicht in gleichem Umfang nach
- Die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und die längere Berufstätigkeit älterer Menschen erschweren aus Teilnehmersicht die Gewinnung neuer bürgerschaftlich Engagierter
- Engagierte seien überdurchschnittlich häufig hoch gebildet, finanziell gut aufgestellt und hätten eine hohe Anspruchshaltung
- Menschen, die materiell nicht so gut gestellt seien, könnten sich unentgeltliches bürgerschaftliches Engagement manchmal nicht leisten; die Aufwandsentschädigung, die mit einigen Tätigkeiten verbunden ist, werde von ihnen teilweise als Zuverdienstmöglichkeit benötigt
- Altenhilfe – so die Meinung der Experten - sei bisher kein bevorzugtes Feld für bürgerschaftliches Engagement

Welche Maßnahmen (Gewinnung, Qualifizierung, Honorierung) haben sich bewährt oder wären für die Zukunft sinnvoll?

Hier nannten die Gesprächsteilnehmer die folgenden Maßnahmen:

- Schulungen, Fortbildungen und Begleitung durch Fachkräfte
- Stärkung des Teamgefühls
- Vermittlung der Sinnhaftigkeit des Engagements und Wertschätzung für die ehrenamtliche Tätigkeit - auch durch die Stadt / Behörden: zum Beispiel durch Ausflüge oder Einladungen als Dank für das Engagement
- Ausstellung eines Zertifikats für die ehrenamtliche Tätigkeit, das auch für Bewerbungszwecke geeignet ist
- Gegebenenfalls Aufwandsentschädigungen für Bürgerschaftliches Engagement
- Generell wurde darauf verwiesen, dass Bürgerschaftliches Engagement auch engagierte Hauptamtliche benötige, die die Unterstützung zu schätzen wissen

Was fehlt/sollte optimiert werden (auch bezüglich Kooperation und Unterstützungsbedarf durch die Stadt)?

Zu dieser Frage gab es folgende Vorschläge:

- Bildung eines Pools ehrenamtlicher Helfer
- Mehr Werbung für die Ehrenamtsplattform der Bürgerstiftung
- Es sollte versucht werden, charismatische/bekannte „Zugpferde“ für ein bürgerschaftliches Engagement in der Altenhilfe zu gewinnen
- Vorgeschlagen wurde auch ein trägerübergreifender Fortbildungskalender für Ehrenamtliche sowie die Öffnung geeigneter Fortbildungsprogramme, die sich an Hauptamtliche wenden, auch für Ehrenamtliche sowie eine Koordination von Fortbildungsangeboten und Maßnahmen zur Gewinnung von Ehrenamtlichen durch die Stadt
- In jedem Fall sollten die Träger einen Ansprechpartner für das bürgerschaftliche Engagement benennen und die Kontaktdaten angeben

- Der Stadt Baden-Baden kommt nach Einschätzung der Experten die Aufgabe zu, die Anerkennungskultur für Bürgerschaftliches Engagement weiter zu verbessern.

3.9 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Stadt Baden-Baden hat eine aktive Bürgerschaft, deren freiwilliges Engagement bereits durch unterschiedliche Akteure (Bürgerstiftung, Stadt, Kirchengemeinden, Träger von Angeboten,...) gefördert wird. Senioren sind selbst Engagierte und Zielgruppe des Engagements. Die Fachgespräche zeigen jedoch, dass sich auch in Baden-Baden die Rahmenbedingungen für das bürgerschaftliche Engagement verändern. Das „klassische“ ehrenamtliche Engagement in Vereinen und Kirchengemeinden spielt weiterhin eine wichtige Rolle. Es muss angesichts des demografischen Wandels gestärkt und für alle Bevölkerungsgruppen attraktiv gemacht und gehalten werden. Dazu gibt es bereits gute Ansätze (z.B. kostenlose Fortbildungsreihe von Bürgerstiftung und Volkshochschule zu wichtigen Themen der Vereinsarbeit, Unterstützung von Vereinen durch die Stadt).

Genauso wichtig sind der Ausbau und die Unterstützung neuer Engagementformen, die aus bürgerschaftlichen Initiativen heraus entstehen, und die Unterstützung der Selbstorganisation von Senioren (z.B. in Seniorennetzwerken oder –räten). Auch die Engagement-Potenziale von Menschen mit Migrationshintergrund und von Menschen mit einem niedrigeren formalen Bildungsniveau müssen zukünftig noch stärker ausgeschöpft werden. Dies gilt insbesondere für den Bereich „Alter und Pflege / Demografie“, in dem zukünftig deutlich mehr freiwilliges Engagement – auch von Männern - gebraucht wird. Da die „neuen“ Engagierten mitgestalten wollen, ist Grundvoraussetzung für mehr Engagement, dass parallel die Bürgerbeteiligung zu diesen Themen weiter ausgebaut wird. Nachhaltige Beteiligung resultiert nahezu immer in bürgerschaftlichen Initiativen (vergleiche auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung).

Zur Information über Möglichkeiten des Engagements hat die Bürgerstiftung Baden-Baden bereits eine Internet-Plattform aufgebaut. Viele Aktivitäten im Bereich Information und Beratung zum Engagement sowie Fortbildung und Qualifizierung laufen derzeit jedoch noch nebeneinander her und sollten zukünftig stärker vernetzt werden.

Empfehlungen:

- Der Stadt Baden-Baden wird empfohlen, ihre Senioren- und Pflegeplanung in einem partizipativen Verfahren umzusetzen. Eine konkrete Maßnahme dazu kann der Aufbau Runder Tische „Alter und Pflege / Demografie“ auf der Ebene der einzelnen Planungsräume / Stadtteile sein (vergleiche auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung). Dieses Vorgehen trägt dazu bei, die Bürger in die Sorge für Menschen mit Unterstützungsbedarf einzubinden und Bürgerschaftliches Engagement und Selbstorganisation in diesem Bereich zu fördern (B 3.1)
- Zur Stärkung der Selbstorganisation und Interessenvertretung von Senioren sollte die Stadt Baden-Baden gemeinsam mit den Akteuren der Altenhilfe und bereits engagierten Senioren geeignete Strukturen und Maßnahmen für den Aufbau einer Seniorenvertretung / eines Seniorennetzwerks prüfen und den Aufbau organisatorisch unterstützen. Hilfreich kann hierbei eine Kooperation mit dem Landesseniorenrat sein (B 3.2)
- Dienste und Einrichtungen für Senioren, die um bürgerschaftliches Engagement werben, müssen ihre Konzepte für eine (gleichberechtigte) Zusammenarbeit mit freiwillig Engagierten regelmäßig weiterentwickeln und an neue Bedarfe anpassen. Die Vorabklärung versicherungs- und haftungsrechtlicher Fragen sollte ebenso selbstverständlich sein wie die Beteiligung der Ehrenamtlichen an wichtigen Teambesprechungen, die un-

mittelbar den Engagementbereich betreffen. Wichtig ist, dass die Dienste und Einrichtungen auch zeitlich begrenzte Projekt-Einsätze für Personen ermöglichen, die sich nicht von vornherein langfristig binden wollen (B 3.3)

- Aufgabe der Stadt Baden-Baden ist es, die Rahmenbedingungen und Wertschätzungskultur für das Bürgerschaftliche Engagement im sozialen Bereich in enger Abstimmung mit der Bürgerstiftung, den Kirchengemeinden, den Diensten und Einrichtungen, Bildungsträgern und weiteren Partnern kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ein besonderer Schwerpunkt liegt bei der Vernetzung, der Öffentlichkeitsarbeit und der Sicherstellung passgenauer Qualifizierungsangebote. Die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements ist im Referat der Oberbürgermeisterin angesiedelt (B 3.4)
- Die bereits bestehende Plattform „Baden-hilft.de“ der Bürgerstiftung sollte weiter beworben werden. Insbesondere bei Trägern aus dem Bereich Seniorenarbeit und Pflege sollte verstärkt für eine Nutzung geworben werden. Bürgerstiftung und Nutzer sollten die Plattform regelmäßig evaluieren und gegebenenfalls gemeinsam Möglichkeiten zur Weiterentwicklung diskutieren (B 3.5)
- Bei der Gewinnung von freiwillig Engagierten im sozialen und Seniorenbereich sollten zukünftig gezielt auch Männer, Bürger mit Migrationshintergrund und jüngere Menschen angesprochen werden. Mögliche Kooperationspartner sind Firmen (z.B. Vorstellung von Engagementmöglichkeiten oder der Plattform der Bürgerstiftung beim Übergang in den Ruhestand, Durchführung von „Freiwilligen-Projekten“ z.B. im Rahmen der Berufsausbildung), Schulen (z.B. Sozialpraktika) oder Migrantenvereine (B 3.6)
- Einer der Schwerpunkte der Engagementförderung sollte das generationenübergreifende Engagement sein. Erfolgreiche Projektbeispiele sollten bekannt gemacht und ihre Umsetzung in Baden-Baden geprüft werden (z.B. Schüler unterstützen Senioren bei der Nutzung von Handy und Internet). Mögliche Kooperationspartner sind Schulen, Volkshochschulen, frei-gemeinnützige Träger, Bürgerstiftung, Jugendhilfeeinrichtungen.(B 3.7)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B.3.1	Partizipative Umsetzung der Seniorenplanung im Rahmen „Runder Tische Alter und Pflege“ – Demografie“ (siehe auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung)
B 3.2	Unterstützung des Aufbaus einer Seniorenvertretung / eines Seniorenrats in der Stadt Baden-Baden
B 3.3	Ausbau der innerbetrieblichen Wertschätzungskultur für Bürgerschaftliches Engagement bei den Fachkräften in Diensten und Einrichtungen
B 3.4	kontinuierliche Weiterentwicklung und Vernetzung der Aktivitäten im Bereich „Bürgerschaftliches Engagement“ in der Stadt Baden-Baden
B 3.5	Bewerbung und regelmäßige Evaluation der Plattform „Baden-hilft.de; verstärkte Nutzung auch durch Anbieter im Bereich Senioren und Pflege
B 3.6	Verstärkte Werbung für ein Engagement im sozialen Bereich auch bei Männern, Jüngeren und Menschen mit Migrationshintergrund in Kooperation mit anderen Akteuren (Firmen, Schulen, Migrantenorganisationen)
B 3.7	Ausbau von generationenübergreifenden Engagementangeboten

4 Bildung, Kultur und Begegnung

Angebote und Anforderungen

Inzwischen gibt es einen breiten Konsens, dass Lernen und Bildung nicht auf Schule, Ausbildung und Berufsleben beschränkt, sondern lebenslange Prozesse sind. Bildungs-, Kultur- und Begegnungsangebote gewinnen im Alter weiter an Bedeutung, da Menschen nach der Erwerbsphase über mehr freie Zeit verfügen. Gleichzeitig fallen Kontakte und Strukturen, die mit dem Beruf verknüpft sind, zum großen Teil weg. Angebote, die auch für ältere Menschen attraktiv sind, sind damit wichtige Garanten für die gesellschaftliche Teilhabe von Senioren. Solche Angebote tragen gleichzeitig zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit und einem guten Miteinander der Generationen bei.

Senioren stehen generell die gleichen Bildungs-, Kultur- und Begegnungsangebote offen wie der gesamten Bürgerschaft: Mit dem Ende des Erwerbslebens ändern sich persönliche Vorlieben nicht grundsätzlich, sondern variieren weiterhin je nach Interessen, Bildungsstand, gesundheitlicher Situation und sozialer Einbindung. Starre Altersgrenzen und „Einheitsangebote“ für die Senioren sind aus diesem Grund wenig hilfreich.

Bestimmte thematisch-inhaltliche Schwerpunkte und organisatorische Anforderungen gewinnen aber im Seniorenalter an Bedeutung. Dies sind zum Beispiel:

- andere zeitliche Präferenzen (Angebote auch vor- und nachmittags),
- eine gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln,
- die „Entschleunigung“ von Angeboten (zum Beispiel beim Erlernen einer Sprache),
- die Berücksichtigung der manchmal geringeren finanziellen Spielräume von Senioren mit einer niedrigen Rente
- die Anpassung an eventuell vorhandene körperliche Beeinträchtigungen (Barrierefreiheit, Rücksicht auf Einschränkungen bei Sehen oder Hören)
- gegebenenfalls auch die Berücksichtigung einer demenziellen Erkrankung.

Dieses Kapitel kann und will den Bestand und Bedarf an Angeboten nicht vollständig beschreiben. Vielmehr will es Hinweise geben, wie vorhandene Kultur-, Bildungs- und Begegnungsangebote für alle Altersgruppen attraktiv gestaltet werden können und einen Überblick über Angebote speziell für Senioren geben.

Dabei gibt es zahlreiche Überschneidungen zu weiteren Handlungsfeldern der Seniorenplanung, insbesondere zu den Kapiteln:

- B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung (z.B. im Hinblick auf die Barrierefreiheit und Erreichbarkeit von Angeboten)
- B 3, Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung, da viele Angebote für Senioren wesentlich durch bürgerschaftliches Engagement mitgetragen werden
- B 6, Gesundheit (z.B. im Hinblick auf präventive Bildungsangebote in den Bereichen Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Gedächtnistraining)
- B 7, Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege – Alltagshilfen vor allem im Hinblick auf niederschwellige Freizeit-, Begegnungs- und Aktivierungsangebote für Senioren mit Unterstützungsbedarf, die auch Angehörige entlasten

Bildungs- und Kulturangebote, die auch Senioren mit geringem Einkommen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht ausschließen, müssen bezahlbar sowie barrierefrei oder barrierearm sein. Barrierefreiheit bezieht sich zum einen auf räumlich-akustische und

sensorische Aspekte, zum anderen aber auch auf intellektuelle und soziale Barrieren. Konkret kann Barrierefreiheit in diesem Fall zum Beispiel bedeuten, dass „normverletztes“ Verhalten von Nutzern mit einer Demenzerkrankung akzeptiert wird oder die Inhalte an die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst werden.

Spezielle Bildungs-, Kultur- und Begegnungsangebote für Senioren werden in Baden-Württemberg vor allem von kirchlichen Trägern / Kirchengemeinden, Vereinen, Städten und Gemeinden, Volkshochschulen, frei-gemeinnützigen oder privaten Trägern der Altenhilfe vorgehalten. Daneben haben in den vergangenen Jahren selbstorganisierte Angebote von Senioreninitiativen oder bürgerschaftlichen Initiativen oder kommunale Angebote mit einem generationenübergreifenden Ansatz an Bedeutung gewonnen. Bildungsträger, Vereine, Kirchengemeinden und bürgerschaftliche Initiativen sind wichtige Säulen des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens in den Kommunen. Veranstaltungen und Kursangebote finden häufig in Schulen oder Gemeindezentren und in jüngster Zeit immer häufiger auch in Mehrgenerationenhäusern statt.

Nutzung von Angeboten durch Senioren

Es gibt wenige Daten zur Nutzung von Bildungs- und Kulturangeboten durch Senioren.

Nach einer Erhebung aus dem Jahr 2012 machten über 65-Jährige nur knapp 13 Prozent aller Nutzer der Angebote der baden-württembergischen Volkshochschulen aus. Damit waren die Senioren als Teilnehmer weiterhin unterrepräsentiert – obwohl die Volkshochschulen ihre Angebote für Senioren in den vergangenen Jahren kontinuierlich ausgebaut haben. Dies traf für (ältere) Männer in besonderer Weise zu.⁶⁴

Eher über dem Altersdurchschnitt liegt dagegen die Altersstruktur in vielen Vereinen. Vereine bieten sowohl in der Stadt als auch in ländlichen Gemeinden wichtige Begegnungs- und Betätigungsfelder (auch für Senioren) und prägen durch ihre Veranstaltungen und Feste die Alltagskultur wesentlich mit. Einige Vereine haben Nachwuchsprobleme, weil die Bereitschaft zu einer längerfristigen Bindung in einem Verein bei jüngeren Altersgruppen tendenziell niedriger ist. Gleichzeitig gibt es auch Vereine, denen es gelingt, sich auf den gesellschaftlichen Wandel einzustellen und durch zeitgemäße Angebote ein aktives Vereinsleben auf längere Sicht sicherzustellen. Vermehrt sind auch Neugründungen von Vereinen zu beobachten, bei denen es in erster Linie um soziale oder Umweltprojekte vor Ort geht: beispielsweise den Erhalt einer Streuobstwiese, die Unterstützung von Flüchtlingen, das Betreiben eines Bürgerbusses, oder den Aufbau eines Mehrgenerationenprojektes. Solche Vereine sprechen meist sowohl jüngere als auch ältere Bürger an.

4.1 Angebote in Baden-Baden

Kulturelle Teilhabe ist auch ein Thema des Strategischen Entwicklungsplans Baden-Baden 2020. Als wichtiges Strategieziel wird dort formuliert, die Teilhabe an Kunst und Kultur weiterhin für alle Bürger offenzuhalten und mit den kulturellen Angeboten der Stadt möglichst viele Menschen zu erreichen. Die Stadt sieht darin auch einen Baustein zur Förderung der Weiterbildung und sozialen Integration. Ein weiteres Strategieziel des Entwicklungsplans ist es, die Partnerschaft mit Vereinen zu stärken und diese weiter zu unterstützen. Beide Ziele sind auch relevant für die Teilhabe von Senioren am städtischen Kulturleben.

Die Situation in der Stadt Baden-Baden wurde bei einem Fachgespräch mit lokalen Experten (siehe auch den Abschnitt 4.2) erörtert. Das Angebot an Treffpunkten und Begegnungsmöglichkeiten wurde zudem im Rahmen einer schriftlichen Erhebung von den Ortsvorstehern und weiteren Planungsverantwortlichen der Stadt auf Ebene der einzelnen Stadtteile

⁶⁴ Statistische Berichte Baden-Württemberg, Unterricht und Bildung vom 03.09.2012, Volkshochschulen in Baden-Württemberg 2011; zu beachten ist, dass die (nicht registrierten, jedoch häufig älteren) Teilnehmenden von Einzelveranstaltungen und offenen Angeboten nicht in den genannten Werten enthalten sind.

bewertet. Zusätzliche Hinweise ergeben sich aus dem Seniorenwegweiser und Informationen im Internet.

Eine vollständige Darstellung vorhandener Angebote ist im Rahmen der Seniorenplanung nicht möglich. Stattdessen werden Beispiele aufgezeigt. Angebote zu spezifischen Themen (z.B. Gesundheitsprävention, Qualifizierungsangebote für bürgerschaftlich Engagierte und Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege) werden nicht in diesem Kapitel sondern bei den jeweiligen Handlungsfeldern und Kapiteln beschrieben. Schnittstellen werden genannt.

4.1.1 Allgemeine Kulturangebote und Angebote der Erwachsenenbildung

In der Stadt Baden-Baden ist das kulturelle Angebot im Vergleich zu anderen Städten mit ähnlicher Einwohnerzahl quantitativ und qualitativ überdurchschnittlich gut ausgebaut. Angebote mit überregionaler Bedeutung wenden sich sowohl an die Bürgerschaft als auch an Gäste. Daneben gibt es zahlreiche Angebote, die sich primär an die Stadtbevölkerung richten. Dazu zählen zum Beispiel städtische Angebote wie Stadtbibliothek, Musikschule oder bestimmte Museen, aber auch **vielfältige kulturelle Angebote von Vereinen, Kirchengemeinden und religiösen Vereinigungen**.

Die **Stadtbibliothek** ist zentral gelegen und barrierefrei. Sie bietet ein vielfältiges Angebot an Veranstaltungen und Medien für alle Altersgruppen. Neben Büchern (auch in Großdruck) und Zeitschriften können auch audio-visuelle Medien wie Musik-CD's, DVD's und Hörbücher ausgeliehen werden. Die Bücherei verfügt auch über einen größeren Bestand an russischsprachigen Büchern. Für die Ausleihe wird eine (geringe) Gebühr erhoben. Zum Lesen aktueller Zeitungen und Zeitschriften stehen attraktive Aufenthaltsbereiche (z.B. Lesecafé und Terrasse) zur Verfügung.

Viele – aber nicht alle - **Museen** in der Stadt sind ebenfalls barrierefrei. Einige Museen wenden sich mit spezifischen Angeboten an Senioren. So zum Beispiel das Museum für Kunst und Technik des 19. Jahrhunderts, das regelmäßig Kreativ-Workshops für Senioren in Verbindung mit einer Führung durchführt, oder die Staatliche Kunsthalle, die Seniorenführungen mit Kaffee und Kuchen anbietet. Einen neuen Weg der Kulturvermittlung für Menschen mit einer Demenzerkrankung versucht der Verein RosenResli zu beschreiten: Er bot im November 2016 im Museum Frieder Burda eine Führung speziell für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen an. Ähnliche Projekte in weiteren Museen sind geplant.

Menschen mit sehr geringem Einkommen können sich die Teilnahme an vielen Kulturveranstaltungen nicht leisten. Um auch ihnen den Zugang zu ermöglichen, haben engagierte Bürgerinnen im Jahr 2013 den gemeinnützigen Verein „Die **Kulturloge** Baden-Baden“ gegründet. Der Verein arbeitet mit Partnern aus dem sozialen und Kulturbereich zusammen und vermittelt an Baden-Badener Bürger mit geringem Einkommen kostenlos Restkarten für Kulturveranstaltungen. Die Anmeldung als „Kulturgast“ erfolgt über verschiedene soziale Einrichtungen (z.B. Jobcenter, Fachbereich Bildung und Soziales der Stadt, Wohlfahrtsverbände...). Dieses Angebot steht auch interessierten Senioren mit geringem Einkommen zur Verfügung.

Der größte Träger der Erwachsenenbildung in Baden-Baden ist die **Volkshochschule**, ein eingetragener Verein. Angebote der Volkshochschule finden nicht nur in der Stadtmitte, sondern auch dezentral in Ebersteinburg, Balg, Sandweier, Neuweier, Steinbach und Varnhalt statt. Die meisten Angebote sind für verschiedene Altersgruppen geeignet. Daneben gibt es ein spezielles Programm-Angebot 50+. Es enthält zum Beispiel Kurse zum Umgang mit dem Smartphone oder Computer, Sprachkurse und Bewegungsangebote, für die es eine hohe Nachfrage gibt. Je nach Kurs werden Gebühren in unterschiedlicher Höhe fällig. Kritisch angemerkt wurde im Fachgespräch, dass die Räumlichkeiten der Volkshochschule nicht barrierefrei sind.

Neben der Volkshochschule machen zum Beispiel auch die Bildungswerke der Kirchen Angebote der Erwachsenenbildung, die auch für Senioren geeignet sind.

4.1.2 Spezielle Angebote für Senioren

Spezielle Begegnungs- und Bildungsangebote für Senioren machen insbesondere die **Kirchen und religiösen Vereinigungen, Vereine und Wohlfahrtsverbände sowie die Stadt**. Die Kirchengemeinden veranstalten unter anderem Senioren- und Kaffeemittage oder sind Träger von Seniorenkreisen, Bewegungsangeboten und Ausflügen, teilweise organisieren sie auch zugehende Besuchsdienste (vergleiche auch Kapitel B 7, Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege – Alltagshilfen). Die Angebote sind in der Regel überkonfessionell geöffnet. An den Angeboten der Vereine und Verbände partizipieren Senioren sowohl als Mitglieder (teilweise in speziellen Seniorengruppen) und bürgerschaftlich Engagierte als auch als Teilnehmer von Veranstaltungen und Festen sowie Kursangeboten. Beispiele für Angebote sind: Regelmäßige Seniorenkaffeemittage, Gedächtnistraining und verschiedene Gymnastikgruppen (einschließlich Sitzgymnastik; vergleiche auch Kapitel B 6, Gesundheit) des Deutschen Roten Kreuzes Baden-Baden, Angebote der AWO im Rahmen öffentlicher Begegnungsstätten bei Seniorenwohnanlagen oder ein Seniorentreff des Caritasverbands.

Die Stadt Baden-Baden bietet im Rahmen des Familienzentrums einzelne Veranstaltungen für Senioren im Mehrgenerationenhaus an, unter anderem auch regelmäßig eine Woche der Begegnung von Schülern und Menschen mit einer Demenzerkrankung in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendbüro und dem Caritasverband im Rahmen der Demenzkampagne (weitere Angebote siehe Kapitel B 7, Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege). Außerdem organisieren einzelne Ortsverwaltungen Seniorenmittage (z.B. Sandweier). Die Ortsvorsteher und weitere Planungsverantwortliche bewerteten das Angebot an Begegnungsmöglichkeiten und Treffs für Senioren überwiegend als „gut“ und lediglich in zwei Stadtteilen als weniger gut bis gut.

Vereinzelt gibt es auch Initiativen von Senioren, die selbst Angebote für Gleichgesinnte organisieren – zum Beispiel im Rahmen der Kunst-AG des Wohnprojekts VIA. Der Verein „Senioren Willkommen“, der zusammen mit einem professionellen Anbieter Computerkurse für Senioren angeboten hat, wurde inzwischen aufgelöst.

Auf die Sportvereine als wichtigem Anbieter von Angeboten zur gesundheitlichen Prävention wird im Kapitel 6, Gesundheit eingegangen.

4.1.3 Öffentlichkeitsarbeit

Alle Anbieter – auch Vereine - können ihre Veranstaltungen in den elektronischen Veranstaltungskalender der Stadt aufnehmen lassen. Die Vereine können darüber hinaus Veranstaltungshinweise kostenlos auf einer von 20 Infosäulen in der Stadt plakatieren.

Das Kursprogramm der Volkshochschule liegt in gedruckter Form vor und ist auf der Homepage der Volkshochschule abrufbar. Dort kann man sich auch anmelden. Auch die meisten anderen Anbieter werben für ihre Angebote mit Flyern und auf Ihrer Homepage im Internet.

Eine weitere Informationsquelle für Senioren ist der Wegweiser „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ der Stadt, in dem es auch eine Rubrik „Kultur, Bildung, Begegnung“ gibt. Der Wegweiser wurde aktualisiert. Er steht sowohl in Druckform als auch im Internet auf der Homepage der Stadt zur Verfügung.

In den ehemals selbständigen Ortschaften gibt es darüber hinaus örtliche Mitteilungsblätter, die ebenfalls auf Veranstaltungen hinweisen.

4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Im Oktober 2016 fand ein gemeinsames Fachgespräch zu den Themen Bürgerschaftliches Engagement, niedrigschwellige Betreuung und Entlastung, Freizeit / Begegnung / Bildung sowie Information und Beratung statt.

Eingeladen waren Vertreter aus folgenden Bereichen: Alzheimergesellschaft Baden-Baden, Besuchsdienst katholischer Kirchen, Mehrgenerationenhaus / Café Vergiss-Dich-Nicht, Mahlzeiten auf Rädern Diakonie, Nachbarschaftshilfe, Mobiler Sozialer Dienst AWO, Seniorengruppen und –gemeinschaften, Kirchengemeinden und kirchlicher Vereinigungen, Begegnungsstätten, Beratungseinrichtungen, Behindertenbeauftragte, VDK, Seniorenverbände, Senioren-Union, Vertreter ehrenamtlicher Betreuer, ausländischer Kulturvereine, Wohlfahrtsverbände. Die Diskussion zum Thema „Freizeit, Begegnung, Bildung“ wird im Folgenden wiedergegeben.

Generell betonten sowohl die lokalen Experten als auch die Angehörigen die große Vielfalt der kulturellen Angebote in der Stadt Baden-Baden.

Was sollte an bestehenden Angeboten verändert werden?

- sensible Benennung von Angeboten (kein Stempel „Senioren“)
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit: Weitergabe von Presseinformationen und Mitteilungen in Ortsteilblättern
- Eventuell zielgerichtete Werbung an Senioren verschicken (aber: Datenschutz muss beachtet werden)
- Bezahlbare Eintrittspreise für kulturelle Veranstaltungen
- Mobilität: Manche Angebote sind schwer erreichbar; es gibt zu wenig Fahrdienste
- VHS sollte barrierefrei zugänglich sein

Welche neuen Angebote sind wünschenswert / notwendig?

- noch mehr generationenübergreifende Angebote
- gezielte Angebote, die auch für Senioren mit Migrationshintergrund geeignet sind
- Noch mehr zugehende Angebote / Besuchsdienste für immobile Senioren (für den bestehenden Besuchsdienst der Kirche gibt es derzeit eine Warteliste)

Welche Kooperationen/Abstimmung/Vernetzung wäre sinnvoll?

- Der bereits bestehende elektronische Veranstaltungskalender der Stadt könnte eventuell ergänzt werden um niedrigschwellige Angebote und eventuell auch in gedruckter Form herausgegeben werden
- Stärkere Vernetzung von Angeboten auf Ortsteilebene, um Überschneidungen zu vermeiden
- Erstellung einer Gesamtübersicht aller Angebote

Welche Wünsche haben sie an die Stadt?

- Organisation/Finanzierung eines Bürgerbusses, um kostengünstige Fahrdienste zu Veranstaltungen anbieten zu können
- der schon bestehende Bücherbus (städtisches Angebot) mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche könnte auch für die Zielgruppe Senioren ausgebaut werden

4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Angebote in den Bereichen Kultur, Bildung und Begegnung sind wichtig zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe von Senioren. In der Stadt Baden-Baden gibt es ein überdurchschnittlich gut ausgebautes Angebot an Kultur- und Bildungsangeboten, das sich auch oder im besonderen an Senioren richtet. Die Breite des Angebots wurde auch in den Expertengesprächen positiv hervorgehoben.

Das große Angebot führt zu einem hohen Bedarf an Abstimmung und Vernetzung. Hier besteht aus Sicht der Gesprächsteilnehmer noch ein weiterer Optimierungsbedarf. Auch wird es zukünftig noch wichtiger werden, Angebote im Bereich Kultur, Bildung und Begegnung für alle Senioren zu öffnen – also auch für Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen aus bildungsfernen Schichten oder Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen (z.B. Menschen mit Demenz). Notwendig sind dazu inhaltlich differenzierte Angebote, die unterschiedliche Zielgruppen ansprechen, eine gute Information und Werbung – auch mit Unterstützung durch Multiplikatoren – sowie die Sicherstellung der Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote (z.B. barrierefreier Zugang, bei Bedarf Angebot eines Fahrdienstes, zusätzlich zugehende oder mobile Angebote).

Empfehlungen:

- Die Stadt sollte gemeinsam mit den Trägern von Kultur-, Bildungs- und Begegnungsangeboten prüfen, wie die Angebote unterschiedlicher Anbieter noch besser abgestimmt werden können (z.B. Thematisierung in Runden Tischen, Benennung von „Kümmerern“ in den Stadtteilen“). Damit zusammenhängend sollte geprüft werden, wie die Werbung und Information über Angebote verbessert werden kann: insbesondere durch stärkere Nutzung oder Weiterentwicklung des elektronischen Veranstaltungskalenders der Stadt (z.B. Ermöglichen stadtteilbezogener Auswertungen, die bei Bedarf auch ausgedruckt werden können) (B 4.1).
- Es ist sicherzustellen, dass auch Senioren mit geringem Einkommen an Angeboten im kulturellen und Bildungsbereich teilhaben können. Das bestehende Angebot der Kulturloge ist ein guter Ansatz dafür und sollte – zum Beispiel im Rahmen von Beratungsgesprächen – auch bei Senioren breit bekannt gemacht und eine Nutzung angeregt werden. Zusätzlich sollte die Stadt zusammen mit Angebotsträgern (z.B. der Volkshochschule) unkomplizierte Verfahren für Ermäßigungen oder kostenlose Angebote für Senioren mit geringem Einkommen prüfen (z.B. Einführung eines „Sozialpasses“ mit entsprechenden Vergünstigungen) (B 4.2)
- Um alle Senioren zu erreichen, sollten die Angebote inhaltlich noch stärker ausdifferenziert werden und auch hochaltrige, wenig mobile Menschen oder Menschen mit einer Demenzerkrankung einbeziehen. Dasselbe gilt auch für Senioren mit Migrationshintergrund. Hier besteht ein hoher Abstimmungsbedarf mit den Trägern von Angeboten im Vor- und Umfeld der Pflege, die im Kapitel B 7 beschrieben werden, und mit Vereinen, in denen vor allem Menschen mit Migrationshintergrund organisiert sind.

Konkrete Vorschläge sind zum Beispiel:

- die Wahl neutraler, gut erreichbarer und barrierefreier Orte für Veranstaltungen (z.B. Mehrgenerationenhaus, Bürgerzentren)
- zusätzliches Fahrdienst-Angebot / Bürgerbus
- mehr mobile Angebote (zum Beispiel Erweiterung des Bücherbus-Angebotes auch für Senioren; eventuell Aufbau eines bürgerschaftlich organisierten Hol- und Bring-systems für Medien der Stadtbücherei)
- Gewinnung von Kulturbegleitern (Menschen, die eine Veranstaltung oder zum Beispiel die Bücherei besuchen, nehmen Senioren dazu mit)

- Schulungsangebot für Mitarbeiter von Kultureinrichtungen zur gezielten Einbindung von Menschen mit einer Demenzerkrankung in Kulturangebote und Ausbau entsprechender Veranstaltungsformate (z.B. Führungen, Musikveranstaltungen...) in Baden (B 4.3)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 4.1	Abstimmung und Vernetzung von Anbietern und Angeboten (z.B. Runde Tische; Ansprechpartner) und Ausbau der Information und Werbung (z.B. durch Weiterentwicklung des städtischen Veranstaltungskalenders;
B 4.2	Sicherstellung der sozialen Teilhabe von Senioren mit geringem Einkommen (z.B. durch Ermäßigungen; Einführung eines Sozialpasses; Bewerbung des Angebots der Kulturloge bei Senioren)
B 4.3	Inhaltliche Ausdifferenzierung der Angebote und Erleichterung des Zugangs für alle Senioren, z.B. durch: <ul style="list-style-type: none"> • gut erreichbare, barrierefreie Orte; Fahrdienstangebote • mehr mobile zugehende Angebote (z.B. Bücherbus auch für Senioren; Hol-/Bringdienst für Medien der Stadtbücherei) • Aufbau eines Netzes ehrenamtlicher Kulturbegleiter • Schulungsangebot zur Einbindung von Demenzkranken in Kulturangebote und Umsetzung entsprechender Veranstaltungsformate

5 Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit

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

Ein Beratungsbedarf kann sich bereits beim Übergang in den Ruhestand ergeben. Der Wunsch nach Informationen über alternative Wohnformen im Alter oder die Möglichkeit einer Anpassung der eigenen Wohnung an veränderte Bedürfnisse, Beratungsbedarf zu Vorsorgevollmachten oder zu möglichen Tätigkeitsfeldern für ein ehrenamtliches Engagement können Gründe für die Inanspruchnahme einer Beratung in dieser Lebensphase sein. Mit zunehmendem Alter steigt der Beratungsbedarf zu Alltags- und pflegerischen Hilfen und zu Ansprüchen aus der Kranken- und Pflegeversicherung. Vor allem bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands ist es wichtig, dass Beratung auch kurzfristig möglich ist und mit viel Fingerspitzengefühl erfolgt, weil Senioren und Angehörige dann Entscheidungen häufig unter hohem Zeitdruck und in einer extremen Belastungssituation treffen müssen.

Während Informationen auch über schriftliche Wegweiser und Broschüren, das Internet oder telefonisch weitergegeben werden können, setzt eine umfassende Beratung in der Regel einen direkten persönlichen Kontakt voraus. Beratungsangebote sollen den Zugang zum Hilfesystem erleichtern. Gleichzeitig müssen sie selbst für sich werben und bekannt sein: durch eine kontinuierliche Öffentlichkeits- und Kontaktarbeit, einen unkomplizierten Zugang und eine gute Erreichbarkeit. Gute Beratung setzt immer eine enge Vernetzung der Beratungsangebote untereinander und eine gute Vernetzung mit anderen Akteuren des Versorgungssystems voraus.

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen allgemeinen Beratungsangeboten (z.B. Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Beratungsangebote zu rechtlich-finanziellen Fragen), die auch für Senioren relevant sein können, und gezielten Beratungsangeboten zum Thema Alter und Pflege (z.B. Pflegestützpunkt). Die meisten Beratungsangebote sind für alle Bürger zugänglich, ein Teil ist an eine Mitgliedschaft (z.B. in der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse) geknüpft. Überwiegend wird Beratung hauptamtlich durch Fachkräfte geleistet. Ergänzend gibt es auch Beratungsangebote auf der Basis von bürgerschaftlichem Engagement und gegenseitigem Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen. Selbsthilfe- oder Gesprächsgruppen (zum Beispiel für Pflegenden Angehörige) werden häufig zusätzlich von hauptamtlichen Kräften begleitet. Ein relativ neues Angebot sind freiwillig engagierte Pflegelotsen in Betrieben, die vorab eine besondere Schulung erhalten und dann als Ansprechpartner in Unternehmen zur Verfügung stehen.

5.1 Beratungsansprüche und Pflichten - Rechtliche Grundlagen

Der Bundesgesetzgeber hat den Anspruch Pflegebedürftiger auf eine qualifizierte Beratung sowie die Vernetzung von Beratungsangeboten durch die Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuchs XI gestärkt. Nach dem **SGB XI** bestehen folgende Beratungsansprüche und -pflichten:

- Alle in einer Pflegekasse versicherten Personen haben Anspruch auf eine **allgemeine Beratung** nach § 7 SGB XI durch Sachbearbeiter der **Pflegekassen**
- Pflegebedürftige, also Personen, die Leistungen nach SGB XI erhalten oder beantragt haben, haben seit 2009 einen darüber hinausgehenden Rechtsanspruch auf eine kostenlose, unabhängige und **individuelle Pflegeberatung** nach § 7a SGB XI durch die zuständige **Pflegekasse**. Der Beratungsanspruch ist umfassend und soll auch die Veranlassung der erforderlichen Maßnahmen, die Klärung von Finanzierungsfragen sowie

die Begleitung der Umsetzung der Maßnahme umfassen. Damit fällt auch das sogenannte „Case-Management“ in den Aufgabenbereich der Pflegeberatung.⁶⁵ Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 regelt, dass die Pflegeberatung innerhalb von zwei Wochen nach einer Terminanfrage angeboten werden muss.

- Gleichzeitig legte das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz bereits 2008 die Grundlage für die Einrichtung von **Pflegestützpunkten** in den Stadt- und Landkreisen⁶⁶. Pflegestützpunkte sollen Ratsuchende umfassend und unabhängig beraten, vorhandene Strukturen und bürgerschaftliches Engagement einbeziehen und die Kooperation und Vernetzung der Anbieter vorantreiben. In Baden-Württemberg ist die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch die „Kooperationsvereinbarung über die Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg“ und die 2014 verabschiedeten „Anforderungen für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg“ geregelt.
Die Pflegestützpunkte werden zu je einem Drittel von Pflegekassen, Krankenkassen und den Kreisen finanziert.
- Beim Bezug von Pflegegeld gibt es zusätzlich **Pflichtberatungen in der eigenen Häuslichkeit** nach § 37 Abs.3 SGB XI. Die Qualität der häuslichen Pflege soll damit gesichert und praktische pflegefachliche Unterstützung erbracht werden. Erbringer sind **zugelassene Pflegeeinrichtungen** oder von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz. Eine Pflichtberatung in der eigenen Häuslichkeit ist nach dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) auch bei Umwidmung von Pflegesachleistungen in niedrigschwellige Angebote nach § 45 Abs. 3 SGB XI erforderlich.
- Für pflegende Angehörige werden nach § 45 SGB XI durch die Pflegekassen **Schulungskurse** angeboten, die auch in der Häuslichkeit durchgeführt werden können.

Weitere Beratungsansprüche und -pflichten, die im Zusammenhang mit der Pflege oder deren Vermeidung stehen können, sind im **SGB XII** (Sozialhilfe) festgelegt. Die entsprechende Beratung und Information wird in den **Stadt- und Landkreisen** häufig durch Sachbearbeiter im Sozialamt erbracht. Es handelt sich insbesondere um:

- Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit Leistungen der Sozialhilfe nach § 11 SGB XII.
- Beratung im Rahmen der Altenhilfe zur Inanspruchnahme altersgerechter Dienste und zur Aufnahme in eine Einrichtung für die Betreuung alter Menschen als Beratung nach § 71 Abs. 2 Nr. 4 SGB XII

5.2 Angebote in Baden-Baden

In der Stadt Baden-Baden gibt es vielfältige Informationen und Beratungsangebote zu Themen, die für Senioren oder deren Angehörige wichtig sind. Dazu zählen sowohl kommunale Angebote (insbesondere im Rahmen des Fachbereichs Bildung und Soziales mit dem Pflegestützpunkt) als auch Angebote weiterer Akteure (Kranken- und Pflegekassen, Wohlfahrts- und Sozialverbände, Kirchengemeinden oder religiösen Vereinigungen, Kliniken, Anbieter von Pflegeleistungen, Selbsthilfegruppen).

⁶⁵ Case-Management ist definiert als ein Handlungsansatz zur Steuerung, Organisation und Koordination von passgenauen Hilfen bei komplexen Problemlagen oder Mehrfachbelastungen, in denen die Fähigkeit zur Selbsthilfe nicht vorhanden ist

⁶⁶ § 92 c SGB XI in der Fassung von 2008, seit 2015 im § 7c SGB XI

Pflegestützpunkt

Seit dem Jahr 2011 gibt es in der Stadt Baden-Baden einen Pflegestützpunkt. Er berät alle Baden-Badener Bürger neutral und kostenlos zu vorhandenen Unterstützungsangeboten und sozialrechtlich-finanziellen Hilfen und koordiniert bei Bedarf die nötige Versorgung oder vermittelt an die Pflegeberater der Pflegekassen weiter. Die Beratung erfolgt persönlich im Stützpunkt, telefonisch und schriftlich / per E-Mail oder im Rahmen von Hausbesuchen.

Der Pflegestützpunkt hat auch koordinierende und vernetzende Aufgaben, wirkt mit beim Aufbau und der Pflege eines Informationsnetzwerks und bindet Selbsthilfegruppen und ehrenamtliches Engagement ein. In diesem Rahmen organisiert der Stützpunkt einmal jährlich ein Treffen mit wichtigen Netzwerkpartnern insbesondere aus dem Bereich der ambulanten und stationären Pflege und wirkt in weiteren Gremien und Arbeitsgruppen mit (z.B. Runder Tisch für Menschen mit Behinderung, Pflegebündnis Mittelbaden, Hospizwegweiser, Selbsthilfenetzwerk). Außerdem bestehen Kooperationen zu anderen Beratungsdiensten – zum Beispiel zu anderen Beratungsdiensten der Wohlfahrtsverbände und Kirchen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit führt der Pflegestützpunkt eigene Veranstaltungen durch und koordiniert die Demenzkampagne. Zudem ist an den Pflegestützpunkt auch die Wohnberatungsstelle angegliedert. Dieses Angebot wird im Kapitel B 2, Privates Wohnen zu Hause, ausführlich beschrieben.

Der Pflegestützpunkt ist organisatorisch dem Fachbereich Bildung und Soziales der Stadt zugeordnet. Dadurch ist eine enge Anbindung und Zusammenarbeit mit dem Bereich Seniorenhilfe / rechtliche Betreuung gewährleistet. Die Beratung wird von sozialpädagogischen Fachkräften oder Pflegefachkräften durchgeführt (derzeit 1,5 Vollzeitstellen).

Im Jahr 2016 wandten sich fast 600 Personen erstmals an den Pflegestützpunkt. Etwas mehr als die Hälfte von ihnen hatte noch keine Pflegestufe. Die überwiegende Mehrheit der Klienten ist älter als 60 Jahre, fast die Hälfte sogar 80 Jahre und älter. In den meisten Fällen waren es Angehörige, teilweise auch Freunde und Bekannte, auf deren Initiative hin der Erstkontakt zustande kam, in den übrigen Fällen die Klienten selbst oder weitere Akteure (insbesondere Behörden und Ämter oder andere Beratungsstellen oder ambulante Pflegedienste).

Im Rahmen der Beratungen wird eine Vielzahl von Themen angesprochen: An erster Stelle standen im Jahr 2016 Fragen zum Sozialgesetzbuch XI – der Pflegeversicherung, gefolgt von ambulanten Betreuungs- und Pflegeleistungen und entsprechenden Anbietern, Entlassungsangeboten, finanziellen Hilfen im Rahmen des SGB XII, Kurzzeitpflege, Demenz, stationärer Pflege, Haushaltshilfe, Wohnen und weiteren Themen.

Einen Schwerpunkt der Tätigkeit bilden Fallmanagement und individuelle Begleitung bei der Organisation von Unterstützung. Insgesamt führten die Mitarbeitenden im Jahr 2016 mehr als 500 Hausbesuche durch – dies entspricht rund 10 Besuchen pro Woche. Neben der intensiven Einzelbegleitung spielen auch telefonische Kontakte eine wichtige Rolle.

Weitere kommunale Beratungsangebote

Beratung zu den das Alter betreffenden Fragen und Hilfen bieten auch andere Abteilungen des Fachbereichs Bildung und Soziales bei der Stadt an. Dies betrifft insbesondere Fragen im Zusammenhang mit finanziellen Leistungen (z.B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit, Hilfe zur Pflege, Wohngeld / Mietzuschüsse, Schuldnerberatung), aber auch Fragen zur rechtlichen Betreuung und Vorsorge und zum Schwerbehindertenausweis.

Beratungsangebote sonstiger Träger

Träger weiterer, für Senioren relevanter Beratungsangebote in der Stadt Baden-Baden sind insbesondere:

- die Sozialen Dienste der Kranken- und Pflegekassen (für ihre Versicherten)

- die Sozialdienste der Akut- und Reha-Kliniken (im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Reha-Maßnahme,
- die Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas, DRK, Diakonisches Werk) vor allem im Rahmen ihrer allgemeinen Sozialberatung, aber auch der regelmäßig stattfindenden Sprechstunde für Angehörige Demenzkranker (DRK) oder der Schuldnerberatung des Diakonischen Werks
- die Kirchengemeinden und religiösen Vereinigungen (z.B. Ehe-, Familien- und Lebensberatung und Telefonseelsorge der katholischen und evangelischen Kirche, Sozialberatung der jüdischen Gemeinde (auch in russischer Sprache)
- weitere Vereine und Verbände aus dem sozialen Bereich mit sozial-rechtlichen Beratungsangeboten (z.B. Sozialverband VdK, Baden-Badener Bund der Sozialversicherten)
- Beratungsangebote von ambulanten und stationären Pflegeanbietern (z.B. 1-mal pro Monat Demenzsprechstunde für pflegende Angehörige des Klinikums Mittelbaden; allgemeine Beratung im Zusammenhang mit den Leistungsangeboten der Pflegeversicherung bieten auch alle anderen Träger an.

Ehrenamtliches Engagement - Selbsthilfegruppen

Beratungsangebote von Betroffenen (oder ehemals Betroffenen) für Betroffene spielen auch in der Stadt Baden-Baden eine wichtige Rolle und ergänzen die professionellen Angebote. Oft sind solche Angebote an der Schnittstelle zu den Handlungsfeldern Gesundheit und Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege angesiedelt.

Zu nennen sind hier insbesondere die Angebote der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Baden e.V., die neben der Projektförderung und der Durchführung von Veranstaltungen auch einen regelmäßigen Stammtisch für Betroffene und Angehörige anbietet. Daneben gibt es zahlreiche weitere Selbsthilfegruppen für Betroffene unterschiedlicher Krankheitsbilder. Eine Möglichkeit zum Austausch bietet auch das Angehörigencafé im Mehrgenerationenhaus, das einmal monatlich parallel zur Betreuungsgruppe für Demenzkranke stattfindet.

Selbsthilfegruppen erhalten Unterstützung von der Selbsthilfekontaktstelle bei der Außenstelle des Gesundheitsamts in Baden-Baden. Dort werden auch Informationen über bestehende Selbsthilfegruppen gesammelt und interessierten Bürgern zur Verfügung gestellt.

Ebenfalls eine wichtige, überwiegend ehrenamtlich erbrachte, Lebenshilfe, Beratung und Begleitung für Schwerkranke, Sterbende, Angehörige sowie Trauernde leistet der ambulante Hospizverein Baden-Baden, der an die Kirchengemeinden angeschlossen ist beziehungsweise von diesen unterstützt wird.

Information und Öffentlichkeitsarbeit

Nicht immer ist eine persönliche Beratung erforderlich. Eine wichtige Informationsquelle für die ältere Generation in der Stadt Baden-Baden sind auch Broschüren, Informationen im Internet, Veranstaltungen und weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit:

- Der **Wegweiser „Aktiv älter werden in Baden-Baden“** enthält Informationen, Adressen und Ansprechpartner zu Themen wie Kultur, Bildung und Begegnung, Bewegung, Sport, Gesundheit und Rehabilitation, Bürgerschaftlichem Engagement, Hilfen im Alltag, Wohnen im Alter, Beratung und Informationen sowie Vorsorge, Testament und Todesfall. Der Wegweiser liegt in gedruckter Form vor und ist auch über das Internet abrufbar. Er wurde aktuell (2017) überarbeitet.
- Auf der Homepage der Stadt gibt es die Rubriken „Beratung und Hilfe“ sowie „Senioren“, in denen zahlreiche Informationen und Beratungsangebote (auch) für Senioren aufgeführt sind.
- Die **Träger sozialer Dienstleistungen** (z.B. ambulante Dienste, Mobile Soziale Dienste, Pflegeheime, Betreute Wohnanlagen) geben zu ihren Angeboten ebenfalls schriftliches Informationsmaterial heraus und sind darüber hinaus im Internet präsent.

- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen zahlreicher Veranstaltungen und Aktionen speziell zum Thema Demenz leistet insbesondere die **Demenzkampagne** Baden-Baden. Hauptziel der Kampagne, die bereits seit mehreren Jahren durchgeführt wird, ist, das häufig tabuisierte Thema Demenz öffentlich zu machen und dabei alle Altersgruppen einzubeziehen. Die Kampagne wird von zahlreichen Kooperationspartnern und Sponsoren mitgetragen und vom Pflegestützpunkt koordiniert. Die Kampagne 2017 mit über 26 Veranstaltungen läuft von Ende März bis Ende November. Das Programm ist in einer Broschüre veröffentlicht und im Internet abrufbar.

5.3 Einschätzung durch lokale Experten

Das Handlungsfeld Beratung wurde aus unterschiedlichen Perspektiven bewertet:

- Im Oktober 2016 fand ein gemeinsames Fachgespräch zu den Themen Information und Beratung, Bürgerschaftliches Engagement, niedrigschwellige Betreuung und Entlastung sowie Freizeit / Begegnung statt. Eingeladen waren Vertreter aus folgenden Bereichen: Alzheimergesellschaft Baden-Baden, Besuchsdienst katholischer Kirchen, Mehrgenerationenhaus / Café Vergiss-Dich-Nicht, Mahlzeiten auf Rädern Diakonie, Nachbarschaftshilfe, Mobiler Sozialer Dienst AWO, Seniorengruppen und –gemeinschaften, Kirchengemeinden und kirchlicher Vereinigungen, Begegnungsstätten, Beratungseinrichtungen, Behindertenbeauftragte, Sozialverband VDK, Seniorenverbände, Senioren-Union, Vertreter ehrenamtlicher Betreuer, ausländischer Kulturvereine, Wohlfahrtsverbände. Die Diskussion zum Thema „Information und Beratung“ wird im Folgenden wiedergegeben.
- Darüber hinaus ergaben sich Hinweise zum Handlungsfeld Beratung auch in weiteren Fachgesprächen (Fachgespräche ambulante Dienste und Gesundheit, Gespräch mit pflegenden Angehörigen)

Wie verändern sich Kunden und Beratungsbedarfe?

- Die Beratungsstellen berichten von einer hohen Inanspruchnahme; insbesondere die Beratung über Telefon und E-Mail hat deutlich zugenommen
- zunehmend wird Beratung auch präventiv (bereits im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit) in Anspruch genommen
- trotz der Zunahme der telefonischen und E-Mail-Beratung besteht weiterhin auch ein hoher Bedarf an persönlichen Gesprächen und Hausbesuchen
- es wächst die Zahl alleinlebender Klienten und die Zahl der Klienten mit sehr niedrigem Einkommen
- die Themen „Altersarmut“ und „Demenz“ spielen zunehmend eine wichtigere Rolle
- viele Klienten haben vom Beratungsangebot über Mund-zu-Mund-Propaganda gehört
- wichtige Aspekte für die Klienten sind die Neutralität der Beratung und eine gute Erreichbarkeit der Beratungsstelle

Was fehlt / muss optimiert werden?

Beratung

- die Beratung durch Hausärzte wird aus Sicht der Gesprächsteilnehmer noch zu wenig genutzt: diese haben als wichtige Vertrauenspersonen großen Einfluss und Zugang zu einer großen Zahl von Senioren
- Es gibt einen Bedarf an Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund in der jeweiligen Muttersprache (z.B. russisch). Vorschläge:

- Ausbau von Kooperationen: zwischen verschiedenen Anbietern (gegenseitige Nutzung fremdsprachlicher Kompetenzen der Mitarbeitenden; verstärkte Zusammenarbeit mit der städtischen Integrationsbeauftragten)
- Flyer in verschiedenen Sprachen mit grundlegenden Informationen und Nennung von Ansprechpartnern
- Es fehlt ein wohnortnahes Angebot für psychisch kranke und/oder suchterkrankte ältere Menschen, das auch eine qualifizierte aufsuchende Beratung und Begleitung insbesondere bei einem Entzug oder kontrolliertem Trinken anbietet (zuständig: Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen)
- Der Wegweiser für Senioren sollte aktualisiert und auf jeden Fall auch in gedruckter Form verteilt werden
- Generell sollte Beratung aus Sicht der Gesprächsteilnehmer über mehrere Kanäle erfolgen: persönlich / aufsuchend; telefonisch und per E-Mail, aber auch über aussagekräftige Informationen auf der Homepage (insbesondere wichtig für Angehörige, die nicht am Ort wohnen)

Öffentlichkeitsarbeit

- Wichtig ist Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Hemmschwellen für die Nutzung von Angeboten (Scham, Scheu, sich helfen zu lassen)
- Es bedarf auch einer weiteren Stärkung generationenübergreifender Information und Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel zum Thema Demenz
- Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollten verstärkt auch neue Medien eingesetzt werden (z. B. Filme)

Welche Kooperationen/Netzwerke gibt es/ wären sinnvoll?

- Die Beratungsangebote sind aus Sicht der Gesprächsteilnehmer schon jetzt gut vernetzt, zum Beispiel durch das jährliche Treffen des Pflegestützpunktes mit Netzwerkpartnern aus der ambulanten und stationären Pflege; eventuell wäre eine Erweiterung des Teilnehmerkreises sinnvoll

Der Pflegestützpunkt ist Ansprechpartner im Hintergrund/ an diesen kann weiterverwiesen werden. Dies entlastet andere Dienste (z.B. ambulante Pflegedienste).

- Hilfreich könnte das Sammeln und der Austausch von Informationen über sprachliche Kompetenzen von Mitarbeitenden in der Beratung sein, um auch Menschen mit Migrationshintergrund angemessen beraten zu können
- Die Kooperation mit der Polizei wird als gut bewertet (z.B. wenn orientierungslos erscheinende ältere Menschen aufgegriffen werden)
- die Kooperation mit Haus- und Fachärzten und Kliniksozialdiensten bei Entlassungen wird inzwischen ebenfalls als überwiegend gut eingeschätzt (Hinweis: in anderen Fachgesprächen wurde berichtet, dass die Klinik-Sozialdienste nicht immer in Entlassungen aus dem Krankenhaus eingebunden werden, z.B. wenn diese kurzfristig am Wochenende stattfinden)

Wo bedarf es Unterstützung durch die Stadt?

Die Stadt hat aus Sicht der Beteiligten vor allem die Aufgabe, den kontinuierlichen Austausch aller Akteure sicherzustellen.

5.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Das Angebot an Beratung, Informationen und Öffentlichkeitsarbeit zu Themen des Alters und der Pflege ist in der Stadt Baden-Baden gut ausgebaut. Drehscheibe des Informationsnetzwerks ist der Pflegestützpunkt. Er ist gut eingeführt und bekannt und wurde in nahezu allen Gesprächen im Rahmen der Seniorenplanung genannt. Auch der wichtige Beitrag der Demenzkampagne zur Information und Enttabuisierung wurde in allen Gesprächen hervorgehoben.

Die kurzen Wege innerhalb der kommunalen Beratungsangebote (vor allem zwischen Pflegestützpunkt, Seniorenhilfe / rechtlicher Betreuung, finanziellen Hilfen / Schuldnerberatung) ermöglichen auch in sehr komplexen Beratungsfällen schnelle Hilfen und ein umfassendes Case-management - einschließlich zugehender Hilfen in der eigenen Wohnung.

Trotz dieser positiven Bewertung dürfen sich die Akteure in Baden-Baden auf dem Erreichten nicht ausruhen. Die Expertengespräche machten deutlich, dass die Zahl alleinlebender Senioren, die von Altersarmut bedroht sind, steigt. Dies macht auch die Beratung noch zeit- und aufwändiger und anspruchsvoller und erfordert einen weiteren Ausbau der Netzwerke sowie zugehender mobiler Beratung. Es wurde ebenfalls deutlich, dass, wie andernorts auch, immer noch viele Betroffene aus Scham oder aufgrund sonstiger, auch sprachlicher, Barrieren den Zugang zur Beratung nicht oder zu spät finden. Hausärzte als Vertrauenspersonen oder sonstige Multiplikatoren könnten hier in Zukunft eine noch wichtigere Vermittlerrolle übernehmen.

Empfehlungen:

- Der Pflegestützpunkt der Stadt Baden-Baden benötigt auch zukünftig ausreichende personelle Ressourcen, um den zu erwartenden hohen Bedarf an komplexen Beratungen für alleinstehende Menschen in schwierigen Lebenslagen decken zu können (B 5.1)
- Der Auf- und Ausbau der Altenhilfefachberatung / Sozialplanung für Senioren bei der Stadt Baden-Baden kann die Arbeit des Pflegestützpunkts wirkungsvoll unterstützen und insbesondere durch den Aufbau „Runder Tische Alter und Pflege / Demografie“ auch auf Ebene der Planungsräume / Stadtteile die sozialraumbezogene Vernetzung weiter stärken (siehe Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung) (B 5.2).
- Es wird empfohlen, gemeinsam mit den bereits bestehenden Beratungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund (z.B. der Sozialberatung der jüdischen Gemeinde, Beratungsangeboten der Caritas), den Vereinigungen von Menschen mit Migrationshintergrund und der städtischen Integrationsbeauftragten) ein Konzept für die Beratung von Senioren mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Ein erster Schritt könnte die Erstellung von Flyern zum Angebot des Pflegestützpunktes in unterschiedlichen Sprachen sein (B 5.3).
- Hausärzte und Kliniksozialdienste spielen als Multiplikatoren eine wichtige Rolle. Alle Ärzte und die Sozialdienste der Kliniken sollten daher gut über die bestehenden Unterstützungs- und Beratungsangebote in der Stadt Baden-Baden informiert sein (B 5.4).
- Der Wegweiser „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ ist eine gute und gern genutzte Informationsquelle zu Fragen des Alters und der Pflege. Die aktuelle Überarbeitung durch die Stadt ist daher zu begrüßen. Der neue Wegweiser sollte nach Fertigstellung breit verteilt und beworben werden und weiterhin sowohl im Internet als auch in gedruckter Form zur Verfügung stehen – auch bei Multiplikatoren, wie zum Beispiel Ärzten und Apotheken (B 5.5).

- Die Aktivitäten im Rahmen der Demenzkampagne Baden-Baden sind ein wichtiger Beitrag zur Enttabuisierung dieses Themas und zur Information einer breiten Öffentlichkeit über das Krankheitsbild. Die Fortsetzung und der Ausbau insbesondere von Aktivitäten zur Förderung des Verständnisses junger Menschen für das Thema Demenz (z.B. Woche der Begegnung) wird empfohlen. Denkbar sind eventuell weitere gemeinsame Projekte auch mit Schulen oder Unternehmen (z.B. im Rahmen der Berufsausbildung) (B 5.6).
- Gemeinsam mit den Unternehmen und Betrieben in der Stadt Baden-Baden sollte geprüft werden, ob ein Bedarf an Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege in den Betrieben besteht, um berufstätige pflegende Angehörige besser zu erreichen (B 5.7).
- Es besteht ein Bedarf an einer qualifizierten zugehenden Fachberatung für Senioren mit einer psychischen und Suchterkrankung. Hier sollten Gespräche mit dem Zentrum für Psychiatrie Emmendingen / den Entscheidungsträgern auf Landesebene geführt werden, mit dem Ziel, eine zeitnahe Lösung für eine angemessene wohnortnahe Versorgung zu finden (B 5.8).

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 5.1	Sicherstellung der bedarfsgerechten personellen Ausstattung des Pflegestützpunkts auch in der Zukunft
B 5.2	Auf- und Ausbau der Altenhilfefachberatung / Sozialplanung für Senioren bei der Stadt Baden-Baden zur Unterstützung der Vernetzung (vergleiche Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und Kapitel B 8, Pflege)
B 5.3	Erstellung eines Konzepts für die Beratung von Senioren mit Migrationshintergrund / zunächst: Erstellung von mehrsprachigen Flyern zu den Angeboten des Pflegestützpunkts
B 5.4	Information und Stärkung der Rolle der Hausärzte und Kliniksozialdienste als Multiplikatoren
B 5.5	breite Verteilung des neu überarbeiteten Wegweisers „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ bei Bürgern und Multiplikatoren
B 5.6	Fortsetzung / Ausweitung der Demenzkampagne; eventuell Gewinnung weiterer Kooperationspartner (z.B. Schulen, Betriebe...) zur gezielten Ansprache jüngerer Menschen
B 5.7	Prüfung des Bedarfs an Informationsveranstaltungen zum Thema „Pflege“ in Unternehmen und Betrieben
B 5.8	Sicherstellung einer qualifizierten zugehenden Fachberatung für Senioren mit einer psychischen / Suchterkrankung

6 Gesundheit

Gesundheit hat eine Schlüsselstellung für die Lebensqualität (nicht nur) im Alter. Deshalb darf das Handlungsfeld Gesundheit in der Seniorenplanung nicht fehlen. Gleichzeitig sind eigenständige Planungen und gesetzliche Vorgaben für den Gesundheitssektor zu beachten. In diesen sind ältere Menschen mit berücksichtigt. Die Seniorenplanung kann und soll diese Planungen nicht ersetzen. Sie kann aber wichtige Hinweise aus ihrer Perspektive zu Aspekten, die für Senioren wichtig sind, geben.

Zur Förderung und Stärkung der Gesundheit trägt eine gute medizinische Versorgung ebenso bei wie eine gesundheitsbewusste Lebensweise der Bürger und ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld. Von den Fortschritten in diesen Bereichen haben ältere Menschen in den letzten Jahren überproportional profitiert. Bedeutend ist insbesondere die funktionale Gesundheit, die sich auf die Mobilität und Alltagskompetenzen bezieht. Bei den ab 65-Jährigen hat sich laut dem Deutschen Alterssurvey der Anteil der Personen mit guter funktionaler Gesundheit zwischen 2008 und 2014 weiter stabilisiert, während er bei den 40- bis 65-Jährigen rückläufig war. Die gleiche Entwicklung zeigte sich bei der psychischen Gesundheit.⁶⁷ In der Vorperiode (2002 – 2008) hatte der Anteil der Personen mit guter funktionaler Gesundheit in allen Altersgruppen deutlich zugenommen.

Trotz dieser positiven Entwicklungen gilt weiterhin, dass die Zahl der Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und Einschränkungen der Funktionalität mit dem Alter zunimmt: 83 Prozent der 40- bis 54-Jährigen weisen nach dem Alterssurvey im Jahr 2014 eine gute funktionale Gesundheit auf, von den 70- bis 85-Jährigen sind es rund 48 Prozent. Auch psychische Erkrankungen kommen bei älteren Menschen häufiger vor (rund 35 Prozent der 78- 83-Jährigen gaben an, zumindest leichte depressive Symptome zu haben).⁶⁸

Körperliche und psychische Erkrankungen gehören ebenso zum Leben (nicht nur älterer Menschen) wie Sterben und Tod. Sie sollten daher keine gesellschaftlichen Tabu-Themen sein. Verstärkt sollte auch thematisiert werden, dass der Gesundheitszustand derzeit stark vom Bildungsniveau abhängt. Während fast 80 Prozent der 40- 85-Jährigen mit hoher Bildung eine gute funktionale Gesundheit aufweisen, sind es von den Menschen mit niedriger Bildung nur 46 Prozent.⁶⁹ Auch Migranten in der zweiten Lebenshälfte weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Menschen ohne Migrationserfahrung. Vor diesem Hintergrund gilt es gemeinsame Strategien zu entwickeln, um allen gesellschaftlichen Gruppen ein gesundes Altern zu ermöglichen.

Rechtliche Rahmenbedingungen und landesweite Konzepte

Gesundheitsleistungen sind primär im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. In den vergangenen zwei Jahren gab es zahlreiche Änderungen im SGB V, die auch von Relevanz für die Seniorenplanung sind:

- das **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention** (Präventionsgesetz – PräVG), das der Deutsche Bundestag am 18.06.15 verabschiedet hat. Mit dem Gesetz soll die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld gestärkt werden. Hierbei werden explizit auch Pflegeheime genannt.
- das **Versorgungsstärkungsgesetz** vom 13. Juli 2015, dessen Ziele unter anderem die Stärkung der hausärztlichen Versorgung (insbesondere in ländlichen Regionen) sowie Verbesserungen im Entlassmanagement aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung sind (§§ 39 und 40 SGB V). Unter anderem dürfen Krankenhausärzte ihren Patienten jetzt unmittelbar zur stationären Entlassung Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel verordnen.

⁶⁷ Deutscher Alterssurvey, S. 26

⁶⁸ Deutscher Alterssurvey, S. 26

⁶⁹ Deutscher Alterssurvey, S. 23

- das **Krankenhausstrukturgesetz**, das zum 1.1.2016 in Kraft getreten ist. Es soll bestehende Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt für Patienten schließen, die noch nicht pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sind. Wenn diese Patienten nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können sie eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert.

Das **Pflegeversicherungsgesetz** (SGB XI) macht ebenfalls Aussagen zum Thema Gesundheit und Pflege. Vorhandene Potenziale des Gesundheitssystems – einschließlich der medizinischen Rehabilitation - sollen ausgeschöpft werden, um vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und den Gesundheitszustand bereits pflegebedürftiger Menschen zu stabilisieren.⁷⁰

Im bereits genannten Präventionsgesetz wurde die Bedeutung präventiver Maßnahmen für Pflegebedürftige noch einmal hervorgehoben.

Auch in **Baden-Württemberg** wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Konzepte entwickelt, die für die Gesundheitsversorgung (auch) älterer Menschen relevant sind, unter anderem:

- das **Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens und zur Änderung des Landesgesundheitsgesetzes**, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist und
- das **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst**, das im Januar 2016 in Kraft getreten ist
- das **GeriatRIEkonzept** Baden-Württemberg
- das **Gesundheitsleitbild** Baden-Württemberg und
- die **Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption** (HPV), alle aus dem Jahr 2014.
- Bereits 2009 hatte die damalige Landesregierung die **Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg** verabschiedet. Ein wesentliches Ziel war die Verbesserung der Abstimmung und Vernetzung im Gesundheitsbereich.⁷¹

Aufbau des Berichtskapitels – Bewertung der Situation durch lokale Experten

In den folgenden Unterkapiteln werden die verschiedenen Sektoren des Handlungsfelds Gesundheit sowie der übergreifende Aspekt „Vernetzung und Kooperation“ beschrieben. Jedes Unterkapitel beginnt mit einer allgemeinen Einführung. Im Anschluss folgen die Darstellung der Situation in der Stadt Baden-Baden, die Einschätzung der lokalen Experten und am Schluss die Handlungsempfehlungen zum jeweiligen Thema. Am Ende des Gesamtkapitels 6 werden die Handlungsempfehlungen zu den Einzelthemen noch einmal tabellarisch zusammengefasst.

Die Einschätzungen der lokalen Experten sind das Ergebnis eines Fachgesprächs zum Thema Gesundheit im November 2016. Eingeladen waren Vertreter aus den folgenden Bereichen: Pflegeberater AOK; Klinikum Mittelbaden; geplante gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Baden-Baden und des Landkreises Rastatt; Ärzteschaft und PaTe (Palliativ-Team); ambulanter Hospizdienst; kommunale Suchtbeauftragte; Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderung. Eingeflossen sind auch die Ergebnisse weiterer Fachgespräche, die sich auf das Handlungsfeld Gesundheit bezogen.

⁷⁰ § 5 SGB XI

⁷¹ Vgl. auch Landesportal Baden-Württemberg: www.baden-wuerttemberg.de

6.1 Vernetzung und Kooperation

Das Handlungsfeld Gesundheit ist vielfältig. Es reicht von niedrighschwelligem präventiven Maßnahmen (z.B. im Rahmen von Bewegungsangeboten oder Selbsthilfe) über die ärztliche Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rehabilitation bis zu den Angeboten der Palliativversorgung für schwer kranke und sterbende Menschen. Dem entsprechend gibt es eine Vielfalt von Akteuren und einen hohen Bedarf an Abstimmung und Vernetzung: sowohl innerhalb des Gesundheitssystems als auch an den Schnittstellen zu weiteren Angeboten und Handlungsfeldern (insbesondere Beratung, ambulante und stationäre Pflege, Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege, Wohnen).

Der Abstimmungsbedarf ist bei älteren Patienten besonders hoch: Sie haben häufiger mehrere Grunderkrankungen gleichzeitig, sind öfter in ihrer Mobilität und Alltagskompetenz eingeschränkt (z.B. in Folge einer Demenzerkrankung) und brauchen neben medizinischer Versorgung oft noch weitere Unterstützung. Ältere Patienten sind daher in besonderer Weise auf reibungslose Abläufe innerhalb des Gesundheitssystems und an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen angewiesen. Zur Verbesserung der Abstimmung auf örtlicher Ebene sollen nach der Gesundheitsstrategie des Landes insbesondere die Kommunalen Gesundheitskonferenzen beitragen.

Eine wichtige Schnittstelle ist der Übergang vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung. Hier ist wichtig, dass die Nachbehandlung organisiert ist und darauf geachtet wird, dass die Wohn- und Lebenssituation auf die jeweiligen Einschränkungen des Gesundheitszustands abgestimmt ist. Insbesondere sollte vermieden werden, dass alleinlebende ältere Menschen direkt vom Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt werden oder dass sie aufgrund einer unzureichenden Nachbetreuung nach kurzem Aufenthalt zu Hause erneut im Krankenhaus aufgenommen werden müssen („Drehtüreffekt“).

Die Behandlungszeiten im Krankenhaus haben sich vor allem aus Kostengründen (Einführung diagnosebezogener Fallgruppen) deutlich reduziert. Dadurch herrscht in Bezug auf Entlassungen meist ein hoher Zeitdruck. Damit steht auch weniger Zeit zur Verfügung, um ein funktionierendes Arrangement für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu schaffen. Unabhängig davon haben die Krankenhäuser seit 2012 den gesetzlichen Auftrag, die Nachversorgung der Patienten sicherzustellen - das Entlassmanagement ist verbindlicher Teil der Behandlung. Der Auftrag der Krankenhäuser wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 noch einmal ausgeweitet.

Im Oktober 2016 wurde ein Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft im Schiedsverfahren festgelegt. Der Rahmenvertrag sah vor, dass es geregelte Verantwortlichkeiten und Standards bei der Entlassung aus der Klinik für alle Patienten gibt.⁷² Die Krankenhausgesellschaft klagt derzeit gegen diesen Vertrag. Unter anderem weil sie ein Entlassmanagement nicht für alle Patienten für notwendig erachtet und weil sie eine gesonderte Vergütung für das Entlassmanagement für notwendig hält.

Aktuell unterscheiden sich die Maßnahmen der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements in Inhalt und Umfang. Eine effiziente Kombination von Aufnahme-, Entlass- und Überleitungsmanagement kann nur im Zusammenwirken mit weiteren Partnern gelingen. Es muss zum einen bedarfsgerechte Angebote für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung geben (zum Beispiel Rehabilitations-Angebote, Kurzzeitpflege oder ambulante medizinische Versorgungsangebote). Zum anderen müssen die beteiligten Akteure eng miteinander kooperieren. Dazu bedarf es verbindlicher Absprachen vor Ort, da die Angebotslandschaft je nach Kreis sehr unterschiedlich sein kann.

Seit 2015 haben Patienten, die zwar nicht pflegebedürftig sind, sich aber nach der Krankenhausentlassung auch noch nicht selbst versorgen können, erweiterte Leistungsansprü-

⁷² Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)

che aus der Krankenversicherung. Dies betrifft zum einen den Anspruch auf häusliche Hilfen im Rahmen der Überleitungspflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sowie Leistungen für eine Haushaltshilfe, aber auch den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach SGB V. Die Leistungen können jeweils für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr gewährt werden. Die neuen Leistungsansprüche und daraus resultierende neue Bedarfe machen zusätzliche Absprachen zur Nachversorgung dieser Personengruppe erforderlich.

Neben der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Anschlussversorgung gibt es weitere Schnittstellen, die in der Praxis immer wieder zu Problemen und einem hohen Abstimmungsbedarf führen: zum Beispiel die Schnittstelle zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen niedergelassenen Ärzten und der Pflege oder zwischen Angeboten der Grundversorgung und spezialisierten medizinischen Versorgungsangeboten mit einem überregionalen Einzugsbereich (z.B. im Bereich Gerontopsychiatrie). Einen hohen Abstimmungsbedarf gibt es darüber hinaus im Bereich präventiver gesundheitsfördernder Angebote. Hier ist die Zahl der Akteure besonders groß.

6.1.1 Situation in Baden-Baden

In der Stadt Baden-Baden gibt es, wie andernorts auch, einen hohen Bedarf an Abstimmung und Vernetzung innerhalb der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens und an den Schnittstellen zur Pflege. In einigen Bereichen sind in den vergangenen Jahren bereits sehr gut funktionierende Netzwerke entstanden: Dies betrifft im Hinblick auf die Zielgruppe älterer Menschen insbesondere die Hospizversorgung, die insbesondere über das Netzwerk PaTe (Palliativteam) koordiniert ist, aber auch weitere Bereiche wie das kommunale Suchtihilfenetzwerk oder den Gemeindepsychiatrischen Verbund. An anderen Schnittstellen besteht auch in Baden-Baden noch Handlungsbedarf.

Kommunale Gesundheitskonferenz

Nach dem Landesgesundheitsgesetz von 2015 sind Stadt- und Landkreise mit eigenem Gesundheitsamt verpflichtet, zur Abstimmung von Aktivitäten im Gesundheitsbereich eine Kommunale Gesundheitskonferenz einzuberufen. Diese Regelung gilt für den Stadtkreis Baden-Baden nicht, da dort lediglich eine Außenstelle des Gesundheitsamts des Landkreises Rastatt angesiedelt ist. Unabhängig davon ist der Vernetzungsbedarf im Gesundheitsbereich hoch. Deshalb hat der Gemeinderat am 24. Juli 2017 beschlossen, gemeinsam mit dem Landkreis Rastatt eine Kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten. Die konstituierende Sitzung ist im November 2017 geplant“.

Entlassmanagement – Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt

Alle Kliniken in Baden-Baden haben entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ein Entlassmanagement eingerichtet. Zuständig sind in der Regel die Sozialen Dienste der Kliniken. Auch gibt es eine Vereinbarung zwischen dem Pflegestützpunkt und dem Sozialen Dienst des Klinikums zur Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten. Dort ist unter anderem grundsätzlich geregelt, dass die Organisation der nachstationären Versorgung für Patienten während des Krankenhausaufenthalts durch das Klinikum und nicht durch den Pflegestützpunkt erfolgt. Der Pflegestützpunkt lädt jährlich zu einem Austausch der Akteure im Bereich Pflege ein, an dem auch die Sozialen Dienste der Kliniken beteiligt sind. Dabei können auch Schnittstellenprobleme thematisiert werden. Probleme an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Pflegeangeboten wurden auch bei den Fachgesprächen im Rahmen der Seniorenplanung angesprochen und werden im Kapitel B 6.6 thematisiert.

Insbesondere die Versorgung noch nicht pflegebedürftiger Patienten, die nach der Krankenhausentlassung einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach SGB V haben, ist derzeit in Baden-Baden nicht geklärt. Es stehen keine speziellen Kurzzeitpflegeplätze für diese Art der Versorgung zur Verfügung. Die vorhandenen eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze reichen für die Versorgung nicht aus (vergleiche auch Kapitel B 8, Pflege).

Altenhilfe - Gerontopsychiatrie

Für die stationäre gerontopsychiatrische Akutversorgung in der Stadt Baden ist das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) in Emmendingen im Rahmen seiner Klinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie, bei Suchterkrankungen älterer Menschen die Klinik für Suchtmedizin am ZfP Emmendingen zuständig. Dort gibt es auch Psychiatrische Institutsambulanzen. Durch die wachsende Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Klienten besteht ein hoher Abstimmungsbedarf zwischen den Pflegeangeboten in der Stadt Baden-Baden und den spezialisierten medizinischen Angeboten des ZfP Emmendingen. Die notwendige Abstimmung wird durch die große räumliche Entfernung zum Klinikstandort erschwert.

6.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Bei den Fachgesprächen im Rahmen der Seniorenplanung wurden auch Schnittstellen und vorhandene oder notwendige Kooperationen thematisiert. Die lokalen Experten hoben insbesondere die gute Zusammenarbeit im Palliativnetzwerk hervor (vergleiche Kapitel 6.7). Weitere bereits bestehende Netzwerke, die genannt wurden, waren: das kommunale Suchthilfenetzwerk, das Pflegebündnis Mittelbaden und der Gemeindepsychiatrische Verbund.

An folgenden Schnittpunkten sahen die Experten weiteren Optimierungsbedarf:

- Schnittstelle Krankenhaus – Nachversorgung / Entlassmanagement
Probleme ergeben sich zum Beispiel durch nicht mit dem Sozialdienst abgestimmte Entlassungen am Spätnachmittag, Wochenende; die Kliniken beschrieben ihrerseits Probleme bei der Vermittlung vom Krankenhaus in Kurzzeitpflege und Reha-Angebote; angesprochen wurden auch Probleme an der Schnittstelle Krankenhaus – Pflegeheim durch die teilweise unterschiedliche Definition von „Palliativpatienten“. Diese bergen die Gefahr eines „Drehtüreffekts“.
- Hoher Abstimmungsbedarf zwischen der Stadt Baden-Baden und dem Nachbarlandkreis Rastatt durch teilweise landkreisübergreifende Angebotsstrukturen („Insellage“ von Baden-Baden)
- An der wichtigen Schnittstelle Gerontopsychiatrie (Zentrum für Psychiatrie Emmendingen) – Pflege wird die Kooperation aus Sicht aller Beteiligten durch die große Entfernung erschwert
- Auch an der Schnittstelle „niedergelassene Ärzte – Pflege“ und „niedergelassene Ärzte – Pflegebedürftige / Angehörige“ wird weiterer Vernetzungsbedarf gesehen (z.B. Bedarf an mehr gerontopsychiatrischer Behandlung und Begleitung in Pflegeheimen; Ärzte könnten als Vertrauenspersonen verstärkt für Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten werben)
- Schnittstelle Hausärzte – Fachärzte: Hausärzte fühlen sich teilweise „allein gelassen“ insbesondere bei der Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten; es besteht ein Bedarf an Mitbehandlung von Patienten durch niedergelassene Neurologen)
- bisher gibt es im Bereich der Gesundheitsprävention trotz der Vielzahl von Akteuren keine systematische Übersicht und Information über die Angebote.

6.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Gut funktionierende Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung älterer Menschen in der Stadt Baden-Baden. Dies zeigt das Beispiel des Kooperationsnetzwerks Palliativversorgung. An weiteren Schnittstellen besteht noch Optimierungsbedarf. Eine besondere Bedeutung kommt der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Nachversorgung zu: Auch und gerade aufgrund der Tatsache, dass immer mehr ältere Menschen einen Krankenhausaufenthalt ohne die Begleitung der Angehörigen organisieren müssen. Ebenso besteht ein Bedarf an einer verstärkten Einbindung des gerontopsychiatrischen Know-Hows und an kreisübergreifender Abstimmung. Ein weiteres Feld für eine verstärkte Kooperation auch über das Gesundheitssystem hinaus sind Angebote zur Gesundheitsprävention.

Empfehlungen:

- Aufgrund des hohen Abstimmungs- und Vernetzungsbedarfs bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (auch) älterer Patienten ist die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz beschlossen worden (B 6.1)
- Die Schnittstellen innerhalb des Gesundheitssystems sowie zwischen Gesundheitssystem und der Pflege sollten überprüft und im Sinne einer abgestimmten Versorgung möglichst optimal organisiert werden. Ziel sollte die Vereinbarung verbindlicher Abläufe und Qualitätsstandards zwischen allen Beteiligten sein (B 6.2)

6.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung sind nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg eine Gemeinschaftsaufgabe: „Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben. Kommunale Akteure sind deshalb neben Hausärzten und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Städte und Gemeinden schaffen gesunde Umgebungen, integrieren Gesundheitsförderung in Lebenswelten und fördern Netzwerke. Vielfältige präventive Angebote von zahlreichen Initiativen der Selbsthilfe, (Sport-)Vereinen und Seniorengruppen existieren bereits.“⁷³ Die Stärkung der Zusammenarbeit aller Akteure auf der örtlichen Ebene ist auch das Ziel der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg und des Präventionsgesetzes aus dem Jahr 2015. Die Enquetekommission „Pflege“ in Baden-Württemberg stellt zudem fest, dass die Angebote zielgruppenspezifisch ausgebaut werden sollen und dass ihre Bekanntheit verbessert werden sollte. Sie empfiehlt dazu den Aufbau eines Internetportals und eine intensivere Werbung für einzelne Maßnahmen.⁷⁴

Auf Bundesebene hat die Nationale Präventionskonferenz im Jahr 2016 Empfehlungen zur Gesundheitsförderung unter anderem im Themenfeld „Gesund im Alter“ verabschiedet. Diese Empfehlungen sollen in Ländern und Kommunen umgesetzt werden. Dazu sollen die zuständigen Stellen der Länder mit den Sozialversicherungsträgern Landesrahmenvereinbarungen abschließen.

Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung

Zahlreiche Organisationen machen Sport- und Bewegungsangebote für ältere Menschen, teilweise in Verbindung mit Angeboten zum Thema „gesunde Ernährung“. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) hat im Rahmen des Modellprojektes „Im Alter IN FORM: Gesund essen, mehr bewegen“ eine „INFORM MitMachBox“ für den Einsatz in Seniorengruppen entwickelt. Bewegungsprogramme für Seniorengruppen werden unter anderem vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) und vom Deutschen Turnerbund

⁷³ vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 16

⁷⁴ Landtag von Baden-Württemberg, 2016, Drucksache 15/7980, S. 256.

(DTB; Programm „Aktiv bis 100“) organisiert. Viele Beispiele und Angebote sind in der Broschüre „Angebote und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg“⁷⁵ des Landesgesundheitsamtes beschrieben, die laufend aktualisiert wird.

Wissenschaftliche Studien haben in den vergangenen Jahren insbesondere Maßnahmen zur Sturzprophylaxe untersucht. Hintergrund ist, dass die Zahl der Stürze mit zunehmendem Alter stark zunimmt: jeder Dritte über 65-Jährige stürzt mindestens einmal im Jahr, bei den über 80-Jährigen ist es fast jeder Zweite. Solche Stürze führen nicht selten zu Oberschenkelhalsbrüchen mit langen Reha-Phasen und bleibenden Beeinträchtigungen. Durch wöchentliches Kraft- und Balancetraining reduzierte sich die Sturzhäufigkeit je nach Studie um 30 bis 40 Prozent.

Präventive Maßnahmen können auch dazu beitragen, dass die Gesundheit von pflegenden Angehörigen möglichst lange erhalten bleibt. Sie stehen unter einer besonderen Belastung und benötigen gesundheitsfördernde entlastende Unterstützung⁷⁶.

Einbindung sozial benachteiligter Senioren in Präventionsangebote

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, alle gesellschaftlichen Gruppen in präventive Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Dies gelingt derzeit nur bedingt: Ältere Migranten, nicht mobile ältere Menschen sowie sozial benachteiligte ältere Menschen werden bisher kaum erreicht.⁷⁷ Präventionsangebote werden besonders durch Angehörige der Mittelschicht angenommen.⁷⁸ Ursache können kulturelle oder Sprachbarrieren sein, aber auch fehlende Informationen oder Probleme bei der Finanzierung.

Die „Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit“ in Baden-Württemberg unterstützt durch Wissensvermittlung und Fachtagungen die Einbeziehung sozial benachteiligter älterer Menschen in Präventionsangebote. Sie hat unter anderem eine Expertise und Handlungsempfehlungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter veröffentlicht.⁷⁹ Neben öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen und der Einrichtung von Fahrdiensten zur Erleichterung der Nutzung außerhäuslicher Angebote werden zum Beispiel aktivierende Hausbesuche vorgeschlagen. Bei diesen wird Bewegung und Gesundheitsberatung gegen einen kleinen Unkostenbeitrag in die eigene Häuslichkeit gebracht.

Einen ähnlichen Weg schlägt das Land Baden-Württemberg in seinem Modellprojekt „Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen“ ein, das noch bis Herbst 2017 in Ulm, Rheinfelden und Neuweiler durchgeführt wird. Im Rahmen des Projekts werden ältere Menschen zu Hause gezielt über professionelle und ehrenamtliche Pflege- und Unterstützungsangebote informiert. Jede teilnehmende Kommune hat ein eigenes Konzept entwickelt, das zu ihrer Infrastruktur passt. Das Ziel soll die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit sein. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.⁸⁰

Prävention durch ein gesundheitsförderndes Umfeld

Neben Einzelangeboten sind gute Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise am Wohnort wichtig. Sie ermöglichen die Einbindung gesundheitsfördernder Aktivitäten in den Alltag – zum Beispiel durch attraktive, sichere Radwege von der Wohnung ins Ortszentrum. Gerade auf kommunaler Ebene gibt es vielfältige Ansatzpunkte, die es zu erkennen und nutzen gilt. Regionale und landesweite Netzwerke können die Kommunen unterstützen –

⁷⁵ https://www.gesundheitsamtbw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesund_aufwachsen_und_leben/AngeboteundHandlungshilfen_GF.pdf

⁷⁶ Basys (a.a.O.), S. 59.

⁷⁷ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (a.a.O.), S. 39

⁷⁸ Landtag von Baden-Württemberg, 2016 (a.a.O.), S. 257.

⁷⁹ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/aktivitaeten-in-den-laendern/expertise-wirkungsvolle-zugangswege-foerdern/>

⁸⁰ http://www.dip.de/projekte/projektetails/?L=0%27A%3D0&tx_ttnews%5BbackPid%5D=57&tx_ttnews%5Bttnews%5D=203&cHash=2dd488b48c64f0239efc964d91664d06

zum Beispiel die Koordinationsstelle der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben“. Sie bietet Unterstützung durch prozessbegleitende Beratung, Qualifizierungsangebote für kommunale Verwaltungskräfte und Informationsmaterialien, wie zum Beispiel das Handbuch für kommunale Gesundheitsförderung. Die Materialien können auch auf der Internetseite abgerufen werden.⁸¹

6.2.1 Angebote in Baden-Baden

In der Stadt Baden-Baden gibt es zahlreiche Angebote zur Selbsthilfe und gezielten Förderung der Gesundheit beziehungsweise Prävention - darunter viele, die sich gezielt an Senioren wenden oder auch für Senioren geeignet sind. Dazu gehören zum Beispiel:

- Sport- und Bewegungsangebote (zum Beispiel Angebote zu Gleichgewichtstraining / Sturzprophylaxe, Reha-Sportangebote, Tanzen, Wandern, Fahrradfahren), Gedächtnistraining, Entspannungstechniken, , Vorträge zu Gesundheitsthemen...) von unterschiedlichen Anbietern (zum Beispiel Sportvereinen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, Volkshochschule, Krankenkassen, ADFC, offener Altenarbeit, Kliniken...).
- Neben den bereits beschriebenen Aktivitäten gibt es in der Stadt Baden-Baden ein großes Angebot an gesundheitlichen Selbsthilfegruppen, in denen sich auch ältere Menschen einbringen und mit anderen Betroffenen austauschen. Dies kann wesentlich zur Stabilisierung und Krankheitsbewältigung beitragen. Vorhandene Selbsthilfeangebote werden in der Regel von den Krankenkassen unterstützt. Informationen über bestehende Gruppen gibt die Selbsthilfekontaktstelle bei der Außenstelle des Gesundheitsamts in Baden-Baden. Daneben listet auch der Wegweiser „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ in der Rubrik „Selbsthilfegruppen und –initiativen verschiedene Angebote auf.
- Treff- und Begegnungsangebote, die einer Vereinsamung vorbeugen, tragen ebenfalls zum Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit bei. Auf diese Angebote wurde bereits in Kapitel B 4, Bildung, Kultur, Begegnung eingegangen.

Neben Angeboten, die explizit mit der Zielsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention ausgewiesen sind, verfügt die Stadt Baden-Baden als Kur- und Bäderstadt über verschiedene Heil- und Thermalbäder sowie ein großes Angebot an Wander- und Radwegen. Diese laden nicht nur Kurgäste sondern auch Bewohner der Stadt zur Bewegung und Gesunderhaltung ein.

Der Wegweiser „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ enthält eine Auswahl von Angeboten im Bereich „Bewegung, Sport, Freizeit“ sowie von Selbsthilfegruppen, die sich auch an Senioren wenden.

6.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

Bestehende Angebotslandschaft und Optimierungsbedarfe

Aus Sicht der Gesprächsteilnehmer sollten die Themen Bewegung, Ernährung und soziale Teilhabe gleichermaßen Bestandteil von Präventionsangeboten für Senioren sein.

Die Experten berichteten von zahlreichen, ihnen bekannten Präventionsangeboten. Sie betonen aber auch, dass es keine Gesamtübersicht über die Angebote gibt. Es wird angenommen, dass den Baden-Badener Senioren viele Angebote nicht bekannt sind. Deshalb plädierten die Gesprächsteilnehmer für noch mehr Transparenz und verstärkte Werbung.

Teilweise unterschiedlich wird die Rolle der Vereine eingeschätzt. In allen Stadtteilen gibt es Vereine, die Angebote vorhalten, die sich auch an Senioren richten. Die meisten Sportvereine bieten auch spezielle Bewegungsangebote für ältere Menschen oder Reha-Sportangebote an. Der Zugang über die Vereine wird aus Sicht einiger Experten bisher noch zu

⁸¹ <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/default.aspx>

wenig genutzt. Manche Senioren scheuen aus Expertensicht vor einer längerfristigen Mitgliedschaft in einem Verein zurück. Für diese seien ergänzend niedrigschwellige Angebote ohne verbindliche Mitgliedschaft wichtig.

Alle Gesprächsteilnehmer sahen eine Herausforderung darin, Senioren in sozialen Problemlagen oder Senioren mit Migrationshintergrund zu erreichen. In einigen Fachgesprächen wurde daher angeregt, verstärkt präventive aufsuchende Angebote zu machen und Fahr- oder Abholdienste auf ehrenamtlicher Basis einzurichten.

Ein weiteres Anliegen war, auch pflegenden Angehörigen der Zugang zu Angeboten der Gesundheitsvorsorge und Prävention zu erleichtern.

Koordination und Vernetzung

Die Teilnehmer am Fachgespräch Gesundheit nannten zahlreiche Schnittstellen und Vernetzungsbedarfe bei der Gesundheitsprävention:

Konkret genannt wurde zum Beispiel die Schnittstelle zum Bildungsbüro: auch die Volkshochschule bietet Veranstaltungen im Bereich Gesundheitsprävention an.

Schnittstellen bestehen auch zu einigen großen Betrieben, die Präventionsangebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge anbieten. Die Firmen können durch ihr Engagement im Bereich Gesundheitsprävention auch als „Meinungsmacher“ und Vorbild fungieren.

Generell wurde angemerkt, dass Prävention derzeit weder auf der Ebene der Gesamtstadt noch auf Quartiersebene ausreichend koordiniert werde. Vorgeschlagen wurde, dass es bei der Stadt einen festen Ansprechpartner für Angebote der gesundheitlichen Prävention sowie entsprechende „Kümmerer“ auch in den Quartieren gibt.

Wünschenswert wäre aus Expertensicht auch eine verstärkte Information der Hausärzte über präventive Maßnahmen.

6.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

In der Stadt Baden-Baden gibt es bereits zahlreiche Angebote, Initiativen und Projekte unterschiedlicher Träger zur Förderung der Gesundheit und Prävention (auch) von Senioren. Die vorhandenen Angebote sollten noch stärker als bisher kleinräumig vernetzt und bei Multiplikatoren und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Die Bedürfnisse von Senioren mit Migrationshintergrund und von Senioren in sozial schwierigen Lebensverhältnissen sind bei der Planung von Angeboten zu berücksichtigen. Der Zugang zu den Angeboten für diese Zielgruppen muss erleichtert, neue zielgruppenspezifische Angebote müssen entwickelt werden.

Empfehlungen:

- Die Stadt Baden-Baden benennt innerhalb der Stadtverwaltung feste Ansprechpartner für Angebote zur gesundheitlichen Prävention (B 6.3)
- In den noch einzurichtenden „Runden Tischen Alter und Pflege / Demografie“ werden die vorhandenen Angebote im Stadtteil zusammengetragen und mögliche Lücken oder Hindernisse für eine Nutzung identifiziert. Bestehende Unterstützungsangebote und Netzwerke auf Landesebene können unterstützen (B 6.4)
- Gemeinsame Aufgabe aller Akteure in der Stadt Baden-Baden ist es, die Bekanntheit und Inanspruchnahme präventiver Angebote durch gezielte Maßnahmen zu erhöhen. Konkrete Maßnahmen dazu können sein:
 - Gezielte Information und Werbung in bestehenden Seniorengruppen
 - Mehr Information in den Stadtteilen
 - Möglichst positiv besetzte Benennung der Angebote

- Transparente und gut kommunizierte Regelungen für eine (anteilige) Kostenerstattung durch die Krankenkassen und / oder unkomplizierte Ermäßigungen für einkommensschwache Senioren
- Aufbau eines Internetportals mit entsprechenden Links zu den Angeboten (B 6.5)
- Um Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte und isoliert lebende ältere Menschen sowie Senioren mit Migrationshintergrund abzubauen, bedarf es zusätzlicher Anstrengungen und gegebenenfalls neuer Angebote (z.B. Angebote in Verbindung mit einem bürgerschaftlich organisierten Abhol- oder Fahrdienst; zugehende Angebote nach dem Konzept der „Präventiven Hausbesuche“ unter Beteiligung bürgerschaftlich Engagierter; Zusammenarbeit mit Migrantorganisationen) (B 6.6)

6.3 Ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung und insbesondere die Hausärzte spielen für die Lebensqualität von Senioren eine herausragende Rolle:

„Hausärztin oder Hausarzt obliegen diverse Aufgaben, von der Beratung über präventive Verhaltensstrategien und Trainingsangebote, über die ambulante akute Intervention – gegebenenfalls mit der Einweisung zur stationären Krankenbehandlung – bis zur Verordnung einer rehabilitativen Behandlung. Diese Aufgaben bestehen mit besonderer Herausforderung auch in der Betreuung hochbetagter Menschen in Pflegeeinrichtungen.“⁸²

Fast alle älteren Menschen haben mehr oder weniger regelmäßig Kontakt zu ihrem Hausarzt. Hausärzte sind als Vertrauenspersonen ein wichtiges Glied in der Versorgungskette: auch als Multiplikatoren und Vermittler in nicht-medizinische Unterstützungsangebote sowie „Frühwarnsystem“: zum Beispiel, wenn sich bei alleinlebenden älteren Menschen eine Vereinsamung oder unzureichende Versorgung abzeichnet oder pflegende Angehörige überfordert sind.

Die hausärztliche Versorgung ist derzeit in Baden-Württemberg insgesamt gut. Seit einiger Zeit zeichnet sich jedoch ein beginnender Mangel an niedergelassenen Ärzten vor allem in ländlich geprägten Regionen ab. Städte und Ballungszentren in Baden-Württemberg sind dagegen häufig überversorgt. In den Städten gibt es Versorgungslücken in bestimmten Stadtteilen. Es besteht also derzeit nicht so sehr ein Mangel an Ärzten als vielmehr eine ungleiche Verteilung. Diese wird sich durch demografische Veränderungen zukünftig verstärken, wenn nicht gegengesteuert. Das Fehlen von Ärzten in Wohnortnähe würden zunächst vor allem ältere und nicht mobile Menschen treffen: Für sie sind weitere Wege und lange Fahrtzeiten besonders problematisch. Ältere Menschen sind zudem häufig auf eine barrierefreie Erreichbarkeit der Arztpraxis angewiesen. Dies schränkt die Arztwahl weiter ein.

Neue Konzepte und Fördermöglichkeiten

Um auf den demografischen Wandel vorbereitet zu sein, sind neue Konzepte in der ambulanten Versorgung erforderlich. Diverse Modellprojekte haben gezeigt, dass beispielsweise neue Organisationsformen erfolgversprechende Wege sind. Beispiele sind die Eröffnung von Zweigpraxen in Gemeinden ohne eigene Hausarztpraxis oder die Gründung von integrierten Gesundheitsversorgungszentren. Auch die Einbindung speziell geschulter Assistenzkräfte kann dazu beitragen, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Dies ist beispielsweise der Ansatz bei den Projekten Verah (Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis) oder NäPa (nichtärztlicher Praxisassistent). Speziell fortgebildete Fachkräfte übernehmen dabei als Angestellte von Arztpraxen Hausbesuche und bestimmte Aufgaben des Hausarztes. Nach Angaben der Ärztekammer wurden in Baden-Württemberg bereits über 2.000 Medizinische Fachangestellte (MFA) zu Versorgungsassistenten fortgebildet.

⁸² Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 25

Grundsätzlich können Hausärzte die wichtige Funktion, die sie für ältere und insbesondere pflegebedürftige haben, nur dann ausfüllen, wenn sie gut erreichbar sind, genügend Zeit für diese Aufgaben haben und mit weiteren Akteuren vernetzt sind. Wichtige Netzwerkpartner sind zum Beispiel ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Akteure aus den Bereichen Beratung und niedrigschwellige Unterstützung, aber auch gerontopsychiatrische Einrichtungen und Fachärzte sowie die Akteure der Palliativversorgung. Darüber hinaus müssen sich alle Hausärzte angesichts der demografischen Entwicklung verstärkt selbst geriatrisch fortbilden.

Ärztliche Versorgung im Pflegeheim

Gerade Bewohner in Pflegeheimen sind auf Hausbesuche angewiesen, da sie häufig nicht mehr mobil sind. Im Jahr 2016 wurden neue Gebührenpositionen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen, die es Haus- und Fachärzten mit einem speziellen Kooperationsvertrag ermöglichen, erweiterte Leistungen abzurechnen, wenn sie Patienten in Pflegeheimen behandeln. Eine Empfehlung der Enquetekommission Pflege in Baden-Württemberg ist, die geriatrischen Grundkenntnisse von Hausärzten zu stärken.

Schwierig ist häufig auch die Facharztversorgung im Pflegeheim. Wünschenswert wäre eine enge Zusammenarbeit insbesondere mit Fachärzten aus dem Bereich Gerontopsychiatrie / Neurologie. Dies ist jedoch in der Praxis bisher nur selten gegeben. Auch bei der zahnärztlichen Versorgung kommt es nach aktuellen Studienergebnissen häufig zu Engpässen (s. Studie Nägele)

6.3.1 Angebote in Baden-Baden

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schreibt mehrmals im Jahr den Versorgungsgrad für die haus- und fachärztliche Versorgung für die Planungsregionen in Baden-Württemberg fort.⁸³ Auf der Grundlage dieser Fortschreibung beurteilt der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg, wie die Planungsregionen versorgt sind. Im Beschluss vom Februar 2017 stellt der Landesausschuss für Baden-Baden eine Überversorgung mit Hausärzten fest. Für die Beurteilung der fachärztlichen Versorgung wird Baden-Baden zusammen mit dem Bereich Rastatt betrachtet. Auch hier besteht laut Landesausschuss eine Überversorgung. Die fachärztliche Versorgung mit Chirurgen, HNO-Ärzten, Hautärzten, Kinderärzten und Orthopäden liegt im Planungsbereich Baden-Baden/Rastatt bei 140 Prozent und darüber. Im Bereich der Fachärzte für Neurologie, die besonders für die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Senioren eine zentrale Rolle spielen, liegt die Versorgung bei rund 120 Prozent.

Die Vertreterin der niedergelassenen Hausärzte berichtete im November 2016 im Fachgespräch Gesundheit über andere Erfahrungen in der Praxis (vergleiche auch den folgenden Abschnitt 6.3.2). Aus ihrer Sicht ist die Facharztversorgung für ältere und pflegebedürftige Menschen in Baden-Baden in einigen Bereichen nicht ausreichend. Dies betrifft insbesondere den Bereich Gerontopsychiatrie und die fachärztliche Versorgung von Menschen in Pflegeheimen. Ähnliche Erfahrungen wurden im Fachgespräch mit den ambulanten Pflegediensten im Juli 2016 berichtet. Mögliche Erklärungsansätze für die Diskrepanz sind: die Nicht-Berücksichtigung der besonderen Altersstruktur Baden-Badens bei der Bewertung des Versorgungsgrades sowie die Nicht-Berücksichtigung der verhältnismäßig hohen Zahl von Privatpraxen in Baden-Baden, die sich nicht an der Grundversorgung beteiligen.

Ein differenziertes Bild ergibt auch die schriftliche Erhebung bei den Ortsvorstehern und weiteren Planungsverantwortlichen der Stadt: Die Befragten bewerteten die Versorgung mit Ärzten und Therapeuten in der Mehrheit der Stadtteile als „gut“, in zwei Stadtteilen als weniger gut. Dies verweist auf die bereits beschriebenen sozialräumlichen Unterschiede bei der Ärzteversorgung. In der Befragung wurde nicht zwischen Haus- und Fachärzten differenziert.

⁸³ <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/>

Zur zeitlichen Entlastung der Hausärzte werden in einzelnen Praxen bereits speziell geschulte nicht-ärztliche Kräfte (Versorgungsassistentinnen oder Veras oder nichtärztliche Praxisassistenten (Näpas) eingesetzt - insbesondere bei Hausbesuchen.

6.3.2 Einschätzung durch lokale Experten

Fachgespräch Gesundheit

Die Diskussion im Rahmen des Fachgesprächs Gesundheit spiegelte die sehr unterschiedliche Bewertung der ärztlichen Versorgung in Baden-Baden wider: Der Vertreter der Krankenkasse verwies auf die rechnerische Bedarfsdeckung, die derzeit in der Stadt Baden-Baden keine weiteren Zulassungen von Haus- und Fachärzten ermöglicht. Gleichzeitig sahen andere Teilnehmer (insbesondere die Vertreterin der niedergelassenen Hausärzte) einen bereits bestehenden und sich zukünftig verstärkenden Ärztemangel – sowohl bei Haus- als auch Fachärzten. Insbesondere die Facharztversorgung in Pflegeheimen wurde als teilweise mangelhaft eingeschätzt.

Belegt wurden diese Aussagen damit, dass schon jetzt viele Ärzte, die in Ruhestand gehen, keine oder nur mit Schwierigkeiten eine Nachfolge für ihre Praxis finden. Aufgrund der Altersstruktur der Ärzteschaft wird für die nächsten Jahre eine weitere Verschärfung dieses Problems erwartet.

Auf mögliche Hintergründe für die unterschiedliche Wahrnehmung wurde bereits im vorigen Abschnitt verwiesen.

In Bezug auf die Gerontopsychiatrie bestand der Wunsch, dass Gerontopsychiater auch Besuche in Pflegeheimen machen. Generell wurde berichtet, dass sich die niedergelassenen Hausärzte in vielen Fällen „alleingelassen“ fühlen, weil es zu wenige Neurologen gibt.

Weitere Fachgespräche

Aus den übrigen Fachgesprächen zur Seniorenplanung – insbesondere den Gesprächen mit den ambulanten Pflegediensten und den pflegenden Angehörigen - ergaben sich weitere Hinweise zur ambulanten ärztlichen Versorgung.

Ambulante Pflegedienste problematisierten ebenfalls die zu geringe Zahl an Neurologen und die generell zurückgehende Zahl von Ärzten, die Hausbesuche machen. Wenn Ärzte nicht ins Haus oder Pflegeheim kommen, brauchen pflegebedürftige Menschen in der Regel eine Begleitung für den Arztbesuch. Entsprechende Begleit- oder Fahrdienste stünden aber nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung und seien auch nicht angemessen vergütet. Der Wegfall von Hausbesuchen erhöht für die ambulanten Pflegedienste auch den Zeitbedarf für die Abstimmung mit dem Hausarzt.

Die pflegebedürftigen Angehörigen äußerten sich ebenfalls zur ärztlichen Versorgung. Sie wiesen darauf hin, wie wichtig es für sie ist, dass Ärzte mit dementiellen Krankheitsbildern und der örtlichen Versorgungslandschaft gut vertraut sind.

6.3.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Versorgungssituation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten in der Stadt Baden-Baden wird von Kassen und den weiteren Akteuren unterschiedlich bewertet.

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte und Pflegekräfte ist eine stärkere Einbindung der Gerontopsychiatrie / Neurologie in die ambulante medizinische Versorgung von Senioren in und außerhalb von Pflegeheimen in Baden-Baden zwingend erforderlich (vergleiche hierzu Kapitel B 6.6, Gerontopsychiatrische Versorgung). Gleichzeitig bestehen sehr hohe Erwartungen und Anforderungen an die niedergelassenen Hausärzte: Sie müssen zum einen ihre Kompetenzen im Bereich Geriatrie und im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten durch Fort- und Weiterbildung kontinuierlich aktualisieren. Gleichzeitig wünschen sich Pflegeeinrichtungen und Angehörige wieder mehr Hausbesuche, aber auch eine Stärkung der Rolle der Hausärzte beim Zugang zu Präventions- und weiteren Versorgungsangeboten. Dies setzt eine enge Vernetzung der Hausärzte mit den übrigen Akteuren des Versorgungssystems und entsprechende zeitliche Ressourcen und Vergütungen voraus.

Empfehlungen:

- Die Fachgespräche im Rahmen der Seniorenplanung liefern wichtige Hinweise zur Gestaltung und Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung für ältere und pflegebedürftige Menschen in Baden-Baden. Die Hinweise sollten im Rahmen geeigneter Gremien / der geplanten Gesundheitskonferenz diskutiert und Möglichkeiten zur Umsetzung geprüft werden (B 6.7)

6.4 Krankenhausversorgung

Ein wachsender Anteil der Krankenhauspatienten sind ältere Menschen. Dies wirkt sich nicht nur auf das Entlassmanagement aus (vergleiche Kapitel B 6.1). Vielmehr müssen die gesamten Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern verstärkt an die Bedürfnisse hochbetagter und insbesondere demenzkranker Menschen angepasst werden.

Qualifizierung für Bedürfnisse älterer Patienten ist Aufgabe aller Krankenhäuser

Ziel der Altersmedizin (Geriatrie) ist es, patientenzentriert, ganzheitlich und nachhaltig zu arbeiten. Dies bedeutet zum einen, dass auch die soziale Situation der Patienten und mögliche Einschränkungen in Bezug auf Alltagskompetenzen und Mobilität bereits bei der Krankenhausaufnahme erfasst und bei der weiteren Behandlung mit bedacht werden. Für ältere Patienten ist es darüber hinaus besonders wichtig, dass rehabilitative Maßnahmen bereits im Krankenhaus beginnen. Andernfalls können eine Akuterkrankung und Bettlägerigkeit leicht zum Verlust von Autonomie und Selbständigkeit führen. Bei unheilbaren Leiden und begrenzter Lebenserwartung besteht darüber hinaus ein Anspruch auf eine angemessene geriatrisch-palliative Behandlung. Für die Umsetzung geriatrischer Konzepte werden entsprechend aus- und fortgebildete Fachkräfte benötigt, die vertrauensvoll und effizient zusammenarbeiten.

Die meisten Krankenhäuser setzen sich erst allmählich mit den spezifischen Anforderungen demenzkranker Patienten auseinander. Der siebte Altenbericht der Bundesregierung geht davon aus, dass viele Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf nicht fachgerecht versorgt werden.⁸⁴ Fachleute sehen die Lösung zum einen in der Etablierung einer regelmäßigen Zusammenarbeit von geriatrisch beziehungsweise gerontopsychiatrisch qualifizierten Ärzten mit Internisten und Chirurgen. Zusätzlich haben in den vergangenen Jahren zahlreiche Krankenhäuser spezielle geriatrische Behandlungseinheiten für geriatrisch erkrankte Patienten eingerichtet. Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg von 2014 formuliert Qualitätskriterien für solche Einheiten.⁸⁵

⁸⁴ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 155

⁸⁵ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 34.

Das Land positioniert sich im Geriatriekonzept eindeutig im Hinblick auf die Strukturen der geriatrischen Akutversorgung: „Die geriatrische Versorgung kann nicht allein über einzelne geriatrisch spezialisierte Kliniken gewährleistet werden. Sie muss in allen Krankenhäusern gewährleistet werden können. Dazu ist eine geriatrische Qualifizierung erforderlich.“⁸⁶

Geriatrische Schwerpunkte und Zentren

Unterstützung erhalten die Akutkrankenhäuser vor allem durch Geriatrische Schwerpunkte und Geriatrische Zentren.

Geriatrische Schwerpunkte sind nach dem Geriatriekonzept des Landes Kompetenzeinrichtungen auf Kreisebene, die an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt sind. Zu ihren besonderen Aufgaben zählen:

- Unterstützung der Krankenhäuser im Einzugsbereich bei der Verankerung von Prozessen und Strukturen zur Optimierung der geriatrischen Versorgung (z.B. Screening, Etablierung eines geriatrischen Konsils)
- Organisation von Fallkonferenzen und geriatrischer Fortbildung für Ärzte und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Kreisärzteschaft, Pflegediensten und –einrichtungen)
- Kooperation mit Partnern außerhalb der Krankenhäuser (Reha-Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, nichtärztliche Therapeuten, Pflegedienste, sozialpsychiatrische Dienste, Pflegeheime, Geriatrisches Zentrum, Pflegestützpunkte zur Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes)
- Ansprechpartner für geriatrische Fragestellungen im jeweiligen Stadt- oder Landkreis, Beratung bei der Etablierung neuer Strukturen.⁸⁷

Die Aufgaben des Geriatrischen Schwerpunkts werden durch ein multiprofessionelles Team wahrgenommen: Es umfasst neben Ärzten mit geriatrischer Qualifikation auch nicht-ärztlich-therapeutisches Personal, Pflegekräfte sowie Mitarbeitende mit sozial-pädagogischer Qualifikation.

Zusätzlich zu den Geriatrischen Schwerpunkten gibt es an den Standorten der Maximalversorgung **Geriatrische Zentren**. Diese nehmen überregionale koordinierende sowie qualifizierende Aufgaben wahr.

Die geriatrischen Schwerpunkte und Zentren sind in Baden-Württemberg in einer Landesarbeitsgemeinschaft organisiert.

6.4.1 Angebote in Baden-Baden

Derzeit erfolgt die Krankenhausbehandlung älterer Menschen in der Stadt Baden-Baden überwiegend an den verschiedenen Standorten des Klinikums Mittelbaden in der Stadt Baden-Baden (Balg und Ebersteinburg) oder im Landkreis Rastatt (Bühl und Rastatt-Forbach). Träger des Klinikums ist eine gemeinnützige GmbH, deren Gesellschafter die Stadt Baden-Baden und der Landkreis Rastatt sind. Daneben gibt es weitere Fachkliniken der Akutversorgung in privater Trägerschaft mit bestimmten Schwerpunkten (z.B. ACURA-Kliniken, Klinikum am Leisberg sowie die Median-Klinik Gunzenbachhof).

Das **Klinikum Mittelbaden** bietet ein breites Behandlungsspektrum in unterschiedlichen Abteilungen und Zentren. Je nach Art der vorliegenden Akuterkrankung werden ältere Menschen in unterschiedlichen Fachabteilungen der Kliniken versorgt. Ältere Menschen (in der Regel ab 70 Jahren), die nach Abschluss der Grunderkrankung in der dafür spezialisierten

⁸⁶ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 22

⁸⁷ vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 35

Abteilung (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie) eine Weiterbehandlung unter Einbeziehung von geriatrischem Know-how benötigen - zum Beispiel weil sie an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden – können in die **akutgeriatrische Station** des neu entstandenen Zentrums für Altersmedizin am Standort Bühl verlegt werden. Im Rahmen der Akut-Geriatrie stehen derzeit 26 Plätze und ein Team von spezialisierten Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften für die Behandlung der älteren Patienten zur Verfügung. Die Behandlung in der Akut-Geriatrie erfolgt meist innerhalb von 14 bis 17 Tagen. Die akutgeriatrische Station ist auch auf die Behandlung akut kranker Menschen mit Verwirrheitszuständen oder mit einer demenziellen Erkrankung eingerichtet.

Um auch die Pflegenden außerhalb der geriatrischen Station für den Umfang mit gerontopsychiatrischen Patienten zu schulen, setzt das Klinikum nach eigenen Angaben verstärkt auf Fortbildungen zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern und bildet geeignete Pfleger zu sogenannten „Deeskalationsmanagern“ aus, die ihre Wissen wiederum an Andere weitergeben.

Angegliedert an die Medizinische Klinik ist am Standort Ebersteinburg die **Klinik für Palliativmedizin**. Hier können Patienten mit einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung und einer nur noch begrenzten Lebenserwartung bei Vorliegen einer medizinischen Indikation behandelt werden. Im Vordergrund der Therapie stehen Schmerzbehandlung und die Symptomkontrolle sowie die soziale Begleitung. Der Aufenthalt auf der Palliativstation ist – anders als im stationären Hospiz – zeitlich begrenzt, das Ziel eine Entlassung in den häuslichen Bereich mit begleitender Unterstützung durch ambulante Palliativ- und Pflegedienste sowie geschulte Hausärzte (vergleiche auch Kapitel B 6.7, Palliativ- und Hospizversorgung).

Die Aufgaben des **Geriatrischen Schwerpunkts** nach dem Geriatriekonzept des Landes erfüllt für die Stadt Baden-Baden und den Landkreis Rastatt das Klinikum Mittelbaden im Rahmen seiner Akutgeriatrie / des Zentrums für Altersmedizin am Standort Bühl.

Das für Baden-Baden zuständige **Geriatrische Zentrum** ist in der Stadt Karlsruhe beim Klinikum der Evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppur angesiedelt. Dort gibt es auch Angebote im Rahmen der ambulanten und mobilen Geriatrischen Rehabilitation, die auch Senioren aus Baden-Baden mitversorgen.

Die Angebote im Bereich der Gerontopsychiatrie werden im Kapitel B 6.6 „Gerontopsychiatrische Versorgung“ separat beschrieben.

6.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Rückmeldungen der Experten zu den Themen Entlassmanagement und nachstationäre Versorgung sind im Kapitel B 6.1.2, Vernetzung und Kooperation, dargestellt.

Aus den Rückmeldungen wurde deutlich, dass weitere Optimierungsbedarfe sowohl hinsichtlich des Entlassmanagements der Kliniken (keine Entlassung ohne Einbindung des Sozialen Dienstes am Wochenende oder gegen Abend) als auch der benötigten Nachsorgeangebote in den Bereichen Geriatrische Rehabilitation (stationär, ambulant und mobil) und Kurzzeitpflege nach SGB V und SGB XI besteht. Im Bereich Kurzzeitpflege wird nicht von Seiten der Kliniken nicht nur das Angebot als unzureichend bewertet, sondern es wird auch ein einfacherer Zugang gewünscht (z.B. Plattform, bei der Ärzte oder die Sozialen Dienste verfügbare Plätze abrufen können). Weiterhin zu klären und zu bearbeiten ist die Schnittstelle zwischen der Klinik für Palliativmedizin und den Pflegeheimen.

Die Sozialen Dienste sollten gut über die Angebote in der Stadt Baden-Baden Bescheid wissen. Dies gilt auch für Angebote der Prävention und niedrigschwelligen Unterstützung und dieses Wissen bei der Entlassung an die Patienten weitergeben.

Ein weiteres Thema der Fachgespräche war neben der Überleitung insbesondere die angemessene Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Vor allem pflegende Angehörige von Demenzkranken sorgen sich um eine angemessene Versorgung ihres demenzkranken Angehörigen während eines Krankenhausaufenthalts. Hier wird ein Schulungsbedarf beim Personal gesehen. Ein weiterer Vorschlag war der Einsatz ehrenamtlicher Krankenhauslotsen für Demenzkranke.

6.4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die im Geriatriekonzept Baden-Württemberg vorgesehenen Bausteine der Krankenhausversorgung für ältere Menschen sind in der Stadt Baden-Baden unter Einbeziehung des nahegelegenen Standorts Bühl im Landkreis Rastatt vorhanden.

Die bisherigen Versorgungskonzepte in den allgemeinen Stationen stoßen bei der Versorgung von Patienten mit einer Demenzerkrankung, wie andernorts auch, an Grenzen. Das Klinikum hat darauf mit der Einrichtung einer interdisziplinären geriatrischen Akutstation im Rahmen des Zentrums für Altersmedizin am Standort Bühl reagiert. Die allgemeinen Stationen machen sich derzeit im Rahmen von Qualifizierungsangeboten für die Mitarbeitenden ebenfalls auf den Weg, den besonderen Bedürfnissen von demenzkranken Patienten stärker als bisher Rechnung zu tragen.

Die Schnittstellen im Rahmen des Entlassmanagements und das nachstationäre Versorgungsangebot sind weiterhin optimierungsbedürftig (vergleiche auch Kapitel B 6.1, Vernetzung und Kooperation), wenn vorzeitige Heimaufnahmen vermieden werden sollen.

Empfehlungen:

- Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in der Stadt Baden-Baden sollten die Stadt Baden-Baden und die beteiligten Kliniken ein besonderes Augenmerk auf die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen richten (B 6.8)
- Die Netzwerke zwischen den unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung und zwischen Gesundheitsversorgung und Pflege sollten im Rahmen geeigneter Strukturen weiter ausgebaut werden. Ein wichtiges Thema sind insbesondere verbindliche Regelungen für das Entlassmanagement und die Nachversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt (vergleiche auch Kapitel B 6.1, Vernetzung und Kooperation) (siehe B 6.2)

6.5 Geriatrische Rehabilitation

Für viele ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen ist im Anschluss an die Krankenhausbehandlung ein Aufenthalt in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik wichtig, um Selbständigkeit und Teilhabe wiederzuerlangen. Geriatrische Rehabilitation kann dazu beitragen, vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und nützt dadurch nicht nur den betroffenen älteren Menschen selbst: Sie rechnet sich mittelfristig auch für die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kommunen.

Im Zuge der Umsetzung des ersten Geriatriekonzepts Baden-Württemberg im Jahr 1989 hat sich die stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg flächendeckend etabliert. Der Aufbau der Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Im Gegensatz zum Krankenhausbereich gibt es in der stationären Rehabilitation wenig staatliche Planung oder Steuerung.

Auch im aktuellen Geriatriekonzept Baden-Württemberg aus dem Jahr 2014 haben Angebote der geriatrischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Neben stationären werden auch ambulante und mobile Angebote der Rehabilitation genannt, bei denen kein Klinikaufenthalt erforderlich ist. Die ambulante Rehabilitation findet meist im Rahmen einer Tagesklinik statt. Der Patient übernachtet zu Hause und wird in der Regel von einem Fahrdienst zur Tagesklinik und wieder zurück gebracht. Mobile Rehabilitation bedeutet, dass das Re-

habilitationsteam in das eigene Zuhause kommt. Dies hat den Vorteil, dass die Rehabilitation komplett im vertrauten Umfeld erfolgt und Bezugspersonen eingebunden werden können. Insbesondere für Patienten mit einer Demenz, Orientierungs- oder Angststörung, aber auch für Menschen mit einer Hör- oder Sehstörung kann dies den Zugang zur Rehabilitation erst ermöglichen. Grundsätzlich ist laut Geriatriekonzept „...anzustreben, möglichst viel an geriatrischer Rehabilitation ambulant zu leisten. Dies erhält den Patientinnen und Patienten die Einbettung in die vertraute Lebenswelt und kann zu einer sinnvollen Verknüpfung von medizinischen Rehabilitationsanstrengungen und lebenspraktischen Anforderungen genutzt werden.“⁸⁸ Die Teilnahme an einer ambulanten Reha-Maßnahme setzt aber voraus, dass die Betroffenen ausreichend mobil und belastbar sind sowie die häusliche und sonstige medizinische Versorgung sichergestellt ist. Außerdem muss die Fahrtzeit zum Reha-Angebot zumutbar sein.

Zugang zur geriatrischen Rehabilitation

Versicherte haben nach § 40 SGB V einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Liegen diese Voraussetzungen vor und ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert, so hat die Krankenkasse die Leistung zu erbringen. Pflegebedürftigkeit oder die Versorgung in einem Pflegeheim begründen keinen Ausschluss von Geriatrischer Rehabilitation. Dies gilt auch für das Vorliegen einer leichten oder mittelschweren Demenz. Trotz dieser Regelungen, weist der Siebte Altenbericht der Bundesregierung darauf hin, dass einige Patienten, die von einer geriatrischen Rehabilitation profitieren könnten, dies nicht angeboten wird. Teilweise steht die notwendige Beratung nicht zur Verfügung.⁸⁹ Eine Rehabilitationsmaßnahme kann durch Klinikärzte oder niedergelassene Ärzte eingeleitet werden. Soll eine Reha-Maßnahme unmittelbar nach der Krankenhausentlassung beginnen, müssen die Weichen rechtzeitig während des Krankenhausaufenthalts gestellt werden.

Aktuelle Entwicklungen in der geriatrischen Rehabilitation

Die Geriatrische Rehabilitation befindet sich seit einiger Zeit in einer Umstrukturierungsphase. Sie geht einher mit einem Abbau bestehender geriatrischer Reha-Betten und einer Spezialisierung durch den Ausbau von neurologischen und orthopädischen Reha-Angeboten. Gleichzeitig werden neue Organisationsformen entwickelt, um den zunehmenden Rehabilitationsbedarf älterer Patienten abdecken zu können. So schaffen einige Krankenhausträger Zentren für Altersmedizin, in denen akutgeriatrische und gerontopsychiatrische Betten sowie die Geriatrische Rehabilitation zusammengefasst sind.

Der Bericht der Enquetekommission Pflege stellt für Baden-Württemberg fest, dass sich im Jahr 2012 mit rund 17.900 Patienten die Zahl der geriatrischen Reha-Patienten in zehn Jahren verdoppelt hatte. Dies hängt zum einen mit einer Erhöhung der Kapazitäten, aber auch mit kürzeren Verweildauern zusammen. Er führt darüber hinaus aus, dass es in Baden-Württemberg deutlich weniger Plätze in der geriatrischen Reha bezogen auf die Zahl der Menschen im Alter über 65 Jahren gibt als im Bundesdurchschnitt.

Auch nach einer stationären Rehabilitation kann eine Nachsorge erforderlich sein. Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2015 hat den Anspruch auf ein Entlassmanagement nach einer stationären Rehabilitation gestärkt. Damit soll eine lückenlose Anschlussbehandlung sichergestellt werden.

Der angestrebte flächendeckende Ausbau wohnortnaher ambulanter beziehungsweise mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote konnte erst in Ansätzen erreicht werden. Hier ist in Baden-Württemberg noch von einem Nachholbedarf auszugehen.

⁸⁸ Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S. 42

⁸⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210 vom 2.11.2016, S. 174.

Angebote zur Rehabilitation für pflegende Angehörige

Viele pflegende Angehörige sind gesundheitlich stark belastet und benötigen ebenfalls Angebote zur gesundheitlichen Rehabilitation. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist jedoch, dass während der Reha-Maßnahme die Pflege des Angehörigen sichergestellt ist.

Dies setzt ein ausreichendes Angebot und den weiteren Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen voraus (siehe Kapitel B 8, Pflege). Darüber hinaus sollten die Träger von Rehabilitationsangeboten verstärkt Kooperationen mit Kurzzeitpflegeangeboten eingehen. Ein mögliches Konzept für die Umsetzung ist das AOK-Angebot „Kuren für Pflegende“ als Vorsorgekur. Die entsprechenden Reha-Kliniken haben Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen vor Ort und organisieren für die Dauer der Vorsorgekur einen Kurzzeitpflegeplatz in den Kooperationseinrichtungen.

6.5.1 Angebote in der Stadt Baden-Baden

Die stationäre geriatrische Rehabilitation älterer Patienten aus Baden-Baden erfolgt derzeit in der Regel im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach im Landkreis Rastatt. Die Reha-Klinik ist an die Akutklinik für Neurologie angebunden. Das Reha-Angebot in Gernsbach richtet sich vor allem an Patienten nach einem Schlaganfall, nach Brüchen, verzögerter Heilung nach schweren Operationen, diabetischen Spätschäden, peripheren Durchblutungsstörungen und Patienten mit drohendem Verlust der häuslichen Selbständigkeit.

Für die Ambulante Geriatrische Rehabilitation stehen beim Geriatrischen Zentrum des Klinikums der Evangelischen Diakonissenanstalt in Karlsruhe-Rüppur 10 Plätze in der Tagesklinik zur Verfügung. Das Klinikum in Karlsruhe hält auch 10 Plätze für die Mobile Geriatrische Rehabilitation vor.

Für ältere Patienten, die nicht auf die spezielle Ausstattung einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angewiesen sind, gibt es in der Stadt Baden-Baden stationäre Reha-Angebote in drei Fachkliniken mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Orthopädie, Psychosomatik, Innere Medizin, Rheumatologie, Kardiologie).

6.5.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Experten im Fachgespräch Gesundheit bestätigten die große Bedeutung von Reha-Angeboten für ältere Patienten.

Durch die längeren Verweildauern in der Akutgeriatrie des Krankenhauses steht mehr Zeit zur Verfügung, eine Reha-Maßnahme einzuleiten, wenn dies erforderlich ist.

Die Gesprächsteilnehmer wiesen jedoch auch darauf hin, dass Reha-Angebote derzeit nur eine kleine Teilmenge der älteren Patienten erreichen. Schwierigkeiten ergeben sich aus Sicht der Teilnehmer derzeit insbesondere beim Zugang zu ambulanten oder mobilen geriatrischen Reha-Angeboten. Die bestehenden ambulanten und mobilen Angebote beim Geriatrischen Schwerpunkt in Karlsruhe-Rüppur sind mit jeweils 10 Plätzen für einen relativ großen Einzugsbereich nach Einschätzung der Experten nicht ausreichend. Es wird berichtet, dass die vorhandenen Plätze in Karlsruhe meist bereits durch Patienten der Akutkliniken in Karlsruhe selbst belegt sind. Hier wird ein Handlungsbedarf gesehen, weil durch das Fehlen passender Reha-Angebote viel rehabilitatives Potential verloren geht und reha-fähige Patienten stattdessen erst in der Kurzzeitpflege und dann in der Dauerpflege untergebracht werden müssen.

Auch im Rahmen weiterer Fachgespräche wurde die geriatrische Rehabilitation thematisiert. Vertreter aus dem Bereich der teilstationären Pflege und pflegende Angehörige forderten ebenfalls einen Ausbau der Reha-Angebote für Ältere.

6.5.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Rehabilitation vor Pflege ist eines der Grundprinzipien unseres Gesundheitssystems. Innerhalb des Stadtgebiets Baden-Baden gibt es derzeit keine Angebote der Geriatrischen Rehabilitation. Für die stationäre geriatrische Rehabilitation steht aber die Fachklinik im nahe gelegenen Gernsbach im Landkreis Rastatt zur Verfügung. Die nächstgelegenen Angebote der Ambulanten oder Mobilien Geriatrischen Rehabilitation befinden sich in Karlsruhe. Derzeit erhalten aus Expertensicht noch zu wenige ältere Patienten aus Baden-Baden einen Zugang zu Angeboten der geriatrischen Rehabilitation. Dadurch werden vorhandene rehabilitative Potenziale nicht vollständig ausgeschöpft.

Empfehlungen:

- Alle Beteiligten (insbesondere Kassen, Träger der Akutkliniken und Reha-Angebote) sollten sich dafür einsetzen, dass der Zugang zu der Geriatrischen Rehabilitation möglichst einfach erfolgt und noch stärker als bisher gefördert wird (B 6.9)
- Im Rahmen weiterer Planungen im Gesundheitsbereich sollte insbesondere auf einen weiteren Ausbau der Angebote im Bereich der Ambulanten und Mobilien Geriatrischen Rehabilitation hingewirkt werden (B 6.10)
- Auch die Gesundheit pflegender Angehöriger muss noch stärker als bisher in den Blick rücken und durch Maßnahmen der gesundheitlichen Rehabilitation gefördert werden. Dies setzt ein ausreichendes Angebot und den weiteren Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen und gegebenenfalls Kooperationen zwischen Reha- und Pflegeeinrichtungen voraus (vergleiche Kapitel B 8, Pflege und Pflegebedarfsplanung) (B 6.11)

6.6 Gerontopsychiatrische Versorgung

Durch die zunehmende Zahl älterer und hochaltriger Menschen nimmt auch die Zahl der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie beispielsweise Demenz zu. Neben Demenzerkrankungen haben in den vergangenen Jahren insbesondere Altersdepressionen kontinuierlich zugenommen. Sie werden aber oft nicht als solche erkannt und behandelt. Eine zunehmende Bedeutung haben auch Suchterkrankungen im Alter. Gerontopsychiatrische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität im Alter meist erheblich und können die Selbständigkeit und Teilhabe im Alter erschweren. Die wachsende Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen stellt nicht nur Betroffene und Angehörige, sondern auch das bestehende System der Gesundheitsversorgung vor zunehmende Herausforderungen (siehe auch Abschnitt 6.4, Krankenhausversorgung und 9.2, Demenziell erkrankte Menschen).

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen finden sich in allen Bereichen des Altenhilfesystems und der Gesundheitsversorgung. In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten wurden verschiedene Anstrengungen unternommen, um die gerontopsychiatrische Versorgung zu verbessern und teilweise neue Angebote etabliert. Trotzdem erhalten aus Sicht von Fachleuten, Praktikern und Angehörigen Betroffene derzeit häufig immer noch keine optimale medizinische Versorgung. Mängel werden in den Bereichen Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation konstatiert. Teilweise fehlt es an einheitlichen Qualitätsstandards und funktionierenden Vernetzungsstrukturen, aber auch an spezifischen therapeutischen Angeboten wie gerontopsychiatrischen Beratungsstellen oder Tageskliniken. Nicht selten werden Medikamente zu hoch dosiert (unter Umständen mit der Folge einer erhöhten Sturzneigung) oder die Medikation wird nicht an Veränderungen des Gesundheitszustands angepasst, weil keine regelmäßige fachärztliche Begleitung und Kontrolle stattfindet. Über Probleme bei der Krankenhausversorgung wurde bereits berichtet.

Oft wird fachärztliche Unterstützung und Beratung sehr spät in Anspruch genommen, weil psychiatrische Erkrankungen nach wie vor häufig tabuisiert und verschwiegen werden. Auch das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment, das insbesondere bei Patienten ab

dem 70. Lebensjahr zur frühzeitigen Erkennung auch psychiatrischer Krankheitsbilder beitragen kann, wird derzeit noch zu selten genutzt.

Um dem entgegenzuwirken, sind auch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und neue Netzwerke auf kommunaler Ebene notwendig.

6.6.1 Angebote in der Stadt Baden-Baden

Die gerontopsychiatrische Grundversorgung erfolgt in der Stadt Baden-Baden durch niedergelassene Fachärzte für Neurologie. Rechnerisch ist der Fachärztedarft im Raum Rastatt / Baden-Baden gedeckt. Faktisch konstatierten Vertreter der niedergelassenen Hausärzte und aus dem pflegerischen Bereich einen Mangel an niedergelassenen Neurologen für die Begleitung älterer Patienten.

Für die stationäre Akutversorgung bestimmter Patientengruppen mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Demenz) steht die Klinik für Neurologie des Klinikums Mittelbaden zur Verfügung. Mit der Median-Klinik Gunzenbachhof gibt es eine weitere Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Baden-Baden. Diese Klinik nimmt aber keine gerontopsychiatrischen Patienten auf.

Für die spezialisierte Versorgung älterer Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern und Suchterkrankungen im Alter ist das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) in Emmendingen im Rahmen seiner Klinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie sowie der Klinik für Suchtmedizin zuständig.

Als größte Fachklinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie bestehen im ZfP Behandlungsmöglichkeiten für alle psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Depressionen und Verwirrheitszustände gehören nach Angaben der Klinik zu den häufigsten Aufnahmegründen. Insgesamt verfügt die Klinik über 8 alterspsychiatrische Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Zum Teil werden die Stationen als beschützende Stationen geführt. Zum Angebotsspektrum der Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie gehören neben der Stationären Klinik auch eine Alterspsychiatrische Institutsambulanz (PIA), ambulante Ergotherapie sowie ein stationäres gerontopsychiatrisches Pflegeheim.

Das Spektrum der Suchtklinik beim ZfP Emmendingen umfasst die Bereiche Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.

Das Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen ist über seine Suchtklinik in das kommunale Suchtnetzwerk der Stadt Baden-Baden eingebunden. Eine Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund Baden-Baden besteht nicht. Es gibt derzeit auch keine Außensprechstunden der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz in der Stadt Baden-Baden und keine Kooperationen in Form einer konsiliarischen gerontopsychiatrischen Beratung von Pflegeheimen.

6.6.2 Einschätzung durch lokale Experten

In fast allen Fachgesprächen im Rahmen der Seniorenplanung wurden Probleme an der Schnittstelle zur Gerontopsychiatrie und ein Mangel an neurologischen Fachärzten für die Behandlung älterer Menschen thematisiert.

Sowohl die Experten aus dem Bereich Pflege als auch die Vertreterin der niedergelassenen Hausärzte forderten eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung. Gebraucht werden aus Sicht der lokalen Experten gerontopsychiatrische Ärzte, die auch vor Ort in die Pflegeheime kommen, um dort zu behandeln oder zu beraten.

Im Fachgespräch (teil)stationäre Pflege und im Fachgespräch mit den Angehörigen wurde auch der Bedarf an einer niedrigschwelligen Anlaufstelle – zum Beispiel in Form einer anonymen Demenz-Sprechstunde – angesprochen.

Problematisiert wurde die weite Entfernung der Angebote der spezialisierten gerontopsychiatrischen Versorgung beim ZfP Emmendingen. Alle Beteiligten empfinden es als sehr hochschwellig, Patienten in das ZfP zu schicken. Eine stationäre Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten im nahe gelegenen Karlsruhe würden die meisten Gesprächsteilnehmer favorisieren.

Bedauert wurde auch, dass die Median-Klinik Gunzenbachhof keine älteren Patienten mit Suchterkrankungen behandelt. Insbesondere für ältere Menschen nach einem Entzug werden aus Expertensicht weitere wohnortnahe ambulante medizinische Angebote benötigt.

6.6.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Für die spezialisierte gerontopsychiatrische Versorgung von älteren Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen und Suchterkrankungen in der Stadt Baden ist derzeit das Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen zuständig. Dies ist aufgrund der weiten Entfernung nach Einschätzung der Teilnehmer an den Fachgesprächen zur Seniorenplanung keine zufriedenstellende Lösung. Die Grundversorgung durch niedergelassene Neurologen ist zwar rechnerisch gedeckt, faktisch wird aber auch hier von lokalen Experten ein Mangel an neurologischen Fachärzten konstatiert. Angesichts der hohen und weiter wachsenden Zahl älterer Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen gibt es einen akuten Handlungsbedarf bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung und insbesondere der Einbindung gerontopsychiatrischer Spezialangebote in die wohnortnahe Versorgung älterer Bürger der Stadt Baden-Baden.

Empfehlungen:

- Im Rahmen weiterer Planungen zur Gesundheitsversorgung sollte gemeinsam mit allen Beteiligten geprüft werden, wie die wohnortnahe Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in der Stadt Baden-Baden zukünftig verbessert werden kann; gegebenenfalls sollte das Thema in der geplanten Gesundheitskonferenz thematisiert werden (B 6.12)
- Die gerontopsychiatrischen Spezialangebote des ZfP Emmendingen sollten stärker als bisher in die wohnortnahe Versorgung älterer Bürger in Baden-Baden eingebunden werden. Dazu bedarf es verbindlicher Vereinbarungen zwischen den Beteiligten. Empfohlen wird insbesondere:
 - die Einrichtung einer regelmäßigen Außensprechstunde der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz des ZfP in der Stadt Baden-Baden und
 - die Einbindung des ZfP in den Gemeindepsychiatrischen Verbund Baden-Baden.
 - Außerdem sollte geprüft werden, wie die konsiliarische Beratung und Begleitung stationärer Pflegeheime in Baden-Baden sichergestellt werden kann (B 6.13)

6.7 Palliativ- und Hospizversorgung

Sterben und Tod stehen am Ende aller Altersprozesse. Sie sind immer noch gesellschaftliche Tabuthemen. Die vermehrte Aufklärung über Vorsorge- und Patientenverfügungen sowie die Diskussion zu einem selbstbestimmteren Umgang mit Krankheit und Tod rücken die letzte Lebensphase seit einiger Zeit stärker in den Blick der Öffentlichkeit. Zu einer besseren Wahrnehmung haben auch neue Gesetze und Konzepte beigetragen. Sie manifestieren den Anspruch schwer kranker und sterbender Menschen auf eine angemessene Schmerztherapie und soziale Begleitung in ihrer letzten Lebensphase und haben zum Aufbau neuer Angebote geführt:

- Das **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung** in Deutschland wurde im November 2015 vom Bundestag beschlossen. Es stärkt die Palliativversorgung als ausdrücklichen Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Kranken-

und sozialen Pflegeversicherung. Die Finanzierung stationärer Hospize wurde durch höhere Zuschüsse und Leistungen der Krankenkassen verbessert.

- Auf Landesebene wurde im Jahr 2014 die **Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg** beschlossen.

Zielgruppe aller Angebote sind zunächst die sterbenden Menschen selbst. Gleichzeitig benötigen auch die Angehörigen häufig Entlastung und psychosoziale Begleitung beim „Loslassen“. Eine gute Begleitung der Angehörigen kommt wiederum den Patienten selbst zugute.

Bausteine der Hospiz- und Palliativversorgung

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg stellen klar, dass eine angemessene Begleitung sterbender Menschen vor allem durch bestehende Regelangebote erfolgen muss. Dies sind insbesondere niedergelassene (Haus-)Ärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeheime.

Daneben sind in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten spezialisierte Angebote entstanden, die die Regelangebote unterstützen:

- Die Hospizbewegung und daraus hervorgegangene Hospizvereine bieten sterbenden Menschen und deren Angehörigen bereits seit vielen Jahren psychosoziale Unterstützung und Begleitung an. Diese ist größtenteils durch ehrenamtliches Engagement getragen.
- Zusätzlich wurden in den vergangenen Jahren in vielen Stadt- und Landkreisen stationäre Hospize eingerichtet.
- Im ambulanten Bereich entstanden im Jahr 2007 mit Einführung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung Palliative Care Teams. Zielgruppe sind schwer kranke Patienten ohne Heilungschance in der letzten Lebensphase mit besonders aufwändigem Versorgungs- und hohem (medizinischen) Interventionsbedarf. Die SAPV soll diesen Patienten in den letzten Lebenswochen im häuslichen Bereich eine gute Schmerzversorgung durch spezialisiertes medizinisches Fachpersonal ermöglichen. Dabei haben sich regional unterschiedliche Strukturen gebildet, um die Versorgung sicherzustellen.

Eine zentrale Aufgabe für die Zukunft ist nach Einschätzung von Experten die weitere Vernetzung von Hospiz- und Palliativversorgung. Eine weitere Herausforderung besteht darin, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen für eine gute Begleitung und Versorgung sterbender Menschen zu qualifizieren. Eine Umfrage aus dem Jahr 2012 ergab zwar, dass zwei Drittel der Menschen zu Hause sterben wollen. Tatsächlich sterben in Deutschland immer noch die meisten Menschen im Krankenhaus (über 40 Prozent), einem Pflegeheim (30 Prozent) und nur etwa 25 Prozent zu Hause.⁹⁰

6.7.1 Angebote in der Stadt Baden-Baden

Die professionelle Begleitung sterbender Menschen erfolgt in Baden-Baden überwiegend durch Hausärzte und ambulante Pflegedienste sowie im Rahmen der Versorgung in Krankenhäusern oder stationären Pflegeheimen.

Palliativpatienten, die aufgrund komplexer Symptome eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle benötigen, können in der Klinik für Palliativmedizin des Klinikums Mittelbaden am Standort Ebersteinburg behandelt werden (vergleiche auch Kapitel B 6.4, Krankenhausversorgung).

⁹⁰ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg: Zusammenfassung. Stuttgart 2014, S. 6.

Ein zweites Palliativzentrum des Klinikums Mittelbaden steht im Weinbrennerhaus in Ottersweier im Landkreis Rastatt zur Verfügung. Dort wird in Zusammenarbeit mit dem Kreispflegeheim Hub auch eine Kurzzeitpflege für Palliativpatienten angeboten. Ein weiteres Angebot im Weinbrennerhaus sind drei Betreute Wohnungen für Palliativpatienten, die durch den Ambulanten Pflegedienst des Klinikums Mittelbaden betreut werden.

Ambulante und stationäre Hospizversorgung

Der **ambulante Hospizdienst** Baden-Baden hat seit seiner Gründung im Jahr 1991 zahlreiche Mitglieder gewonnen, die ehrenamtlich sterbende Menschen und ihre Angehörigen begleiten. Derzeit unterstützen rund 75 Helferinnen sterbende Menschen in Pflegeheimen, im stationären Hospiz Kafarnaum, in Privathaushalten, im Betreuten Wohnen und im Krankenhaus. Auch die Trauerbegleitung im Rahmen von Einzelgesprächen und Trauergruppen ist eine wichtige Aufgabe des Hospizdienstes. Träger des Hospizdienstes ist die Evangelische Kirchengemeinde Baden-Baden mit Unterstützung der katholischen Gesamtkirchengemeinde. Die ehrenamtlichen Hospizbegleiter werden für ihren Einsatz umfassend vorbereitet und fachlich begleitet. Der Hospizverein ist Mitglied des Palliativteams PaTe und mit allen weiteren Versorgungsangeboten in Baden-Baden sowie der städtischen Betreuungsbehörde sehr gut vernetzt. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit führt der Hospizdienst auch zahlreiche Veranstaltungen durch und wirkt regelmäßig bei der Demenzkampagne des Pflegestützpunkts mit.

Das **Stationäre Hospiz** Kafarnaum wurde im Jahr 1998 von Ordensschwestern gegründet. Es bietet Platz für 12 Menschen und befindet sich im Krankenhaus Ebersteinburg. Das Hospiz nimmt schwerstkranke Menschen unabhängig von ihrem Alter auf und begleitet sie in ihrer letzten Lebenszeit. Voraussetzung ist, dass die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung ärztlich bestätigt und eine häusliche Versorgung nicht möglich ist. Im Hospiz arbeiten regelmäßig mehr als 30 Ehrenamtliche des ambulanten Hospizdienstes an 365 Tagen im Jahr mit. Sie unterstützen das Pflegeteam aus examinierten Kranken- und Altenpflegerinnen sowie einer Ordensschwester. Träger des Hospizes ist das Klinikum Mittelbaden. Das Hospiz wird durch einen Förderverein und eine Stiftung unterstützt.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Leitungen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringt in der Stadt Baden-Baden das Palliativ-Team Mittelbaden (PaTe). Das Palliativteam ist ein Zusammenschluss von Ärzten, Pflegediensten, Apotheken, dem Klinikum Mittelbaden, dem stationären Hospiz Kafarnaum, der Arbeiterwohlfahrt, der Diakonie, des Rotes Kreuz, der Caritas und von ambulanten Hospizgruppen. Es ist auch im Landkreis Rastatt tätig.

Leistungen von PaTe sind:

- Maßnahmen zur Verbesserung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens
- Einbindung des Hausarztes und ambulanter Pflegedienste in die Versorgung / Koordination der häuslichen Pflege
- Schmerzbehandlung
- Hilfsmittelbeschaffung
- Begleitung und Unterstützung der Angehörigen
- Durchführung von ethischen Konsilen.

Das Palliativteam begleitet die hausärztliche Versorgung, ersetzt diese aber nicht.

Koordination und Vernetzung

Die Koordination und Vernetzung im Palliativbereich erfolgt über PaTe sowie im Rahmen des Hospiz-Wegweisers. Der Hospiz-Wegweiser ist ein Netzwerk verschiedener Institutionen und Einrichtungen, die sich in der Stadt Baden-Baden und im Landkreis Rastatt der Palliativ- und Hospizarbeit widmen. Die Partner des Hospiz-Wegweisers treffen sich regelmäßig zum Austausch und führen gemeinsam Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit durch.

Das Palliativteam Mittelbaden hat zwischen 2014 und 2016 in dem Modellprojekt „Palliativkultur in stationären Pflegeeinrichtungen“ (PaKusPe) erprobt, wie das Personal in Pflegeeinrichtungen in der palliativen Betreuung hochbetagter schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen unterstützt werden kann. Im Rahmen des Projektes wurden in den beteiligten Pflegeeinrichtungen unter anderem Multiplikatoren geschult und Materialien entwickelt, die Pflegeheime bei der Umsetzung unterstützen können (z.B. Entwicklung eines Palliativen Behandlungs- und Notfallplans, von Fallbesprechungsmasken, zur Erhebung des Weiter- und Fortbildungsbedarfs). Das Projekt wurde von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms „Palliative Praxis – Projekte für alte Menschen“ gefördert.

Von Anfang an war eine breite Implementierung der Ergebnisse in der Stadt Baden-Baden und im Landkreis Rastatt geplant. Dazu wurden unter anderem der Projektbericht und die erstellten Materialien im Mitgliederbereich der Homepage des Pflegebündnisses Mittelbaden eingestellt und Fortbildungsveranstaltungen organisiert. Vorgesehen sind auch ein weiterer strukturierter Austausch und gegenseitige Hospitationen.

6.7.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die spezialisierten Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in der Stadt Baden-Baden wurden in allen Fachgesprächen zur Seniorenplanung sehr positiv bewertet. Die Gesprächsteilnehmer hoben insbesondere die gute Zusammenarbeit und bestehenden Netzwerke im Rahmen des Palliativteams PaTe sowie des Hospiz-Wegweisers hervor.

Herausforderungen sahen die Beteiligten vor allem darin, die Palliativpflege und Sterbebegleitung in die alltägliche Arbeit von Pflegeheimen, Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten zu integrieren und die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch die Hausärzte weiter zu verbessern. Hierzu gibt es bereits Maßnahmen.

Im Hinblick auf die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen wurde auf das Projekt „Palliativkultur in stationären Pflegeeinrichtungen“ verwiesen. Im Fachgespräch mit den ambulanten Pflegediensten wiesen die Beteiligten ebenfalls auf die Wichtigkeit von Fortbildungsangeboten zur Palliativpflege und den Bedarf an einer noch stärkeren Kooperation mit ambulanten Hospizvereinen und den spezialisierten Versorgungsangeboten im Rahmen von PaTe hin.

Im Krankenhausbereich verwies der Vertreter des Klinikums Mittelbaden auf Schulungsangebote zur Palliativcare, die sowohl für Mitarbeitende als auch externe Dienste offen sind. Probleme gibt es teilweise noch an der Schnittstelle zwischen Pflegeheimen und Klinik bei der Frage, welche Patienten eine spezialisierte medizinische Palliativversorgung benötigen. Hier sollte ein „Drehtüreffekt“ vermieden werden.

Die Einbindung der Hausärzte in die Palliativversorgung hat sich nach Einschätzung der Gesprächsteilnehmer verbessert. Während das spezialisierte Palliativteam anfangs teilweise als Konkurrenz gesehen wurde, funktioniert die Zusammenarbeit nun in der Regel gut. Allerdings gebe es weiterhin Hausärzte, die das Palliativteam nicht hinzuziehen. Schwierig gestaltet sich manchmal auch die Erreichbarkeit der Hausärzte.

Generell sahen die Experten noch Handlungsbedarf im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung.

6.7.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Alle Angebotsbausteine der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung (ambulante Hospizgruppen, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung SAPV, stationäres Hospiz) sind in der Stadt Baden-Baden flächendeckend und in hoher Qualität vorhanden. Auch die Vernetzung ist sehr gut.

Weiterer Handlungsbedarf besteht vor allem bei der flächendeckenden Stärkung der Palliativkultur und Umsetzung der Palliativversorgung in den Regelangeboten für ältere und sterbende Menschen (Hausärzte, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege) sowie im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit.

Empfehlungen:

- Der Erhalt und die Stärkung der Palliativpflege und Sterbebegleitung in der alltäglichen Arbeit von Pflegeheimen, Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten ist eine gemeinsame Aufgabe aller Akteure im Bereich Pflege und Gesundheitswesen:
 - Im Bereich der stationären Pflege sollten die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt PaKusPe flächendeckend in allen Pflegeheimen des Kreises umgesetzt werden. Dies kann durch die Fortführung des gegenseitigen Austauschs und von Hospitationen sowie weitere gemeinsame Fortbildungsangebote unterstützt werden
 - Schnittstellen beim Zugang zur Palliativversorgung müssen zwischen allen Beteiligten verbindlich geklärt werden
 - Gleichzeitig sollte auch die Zusammenarbeit zwischen dem Palliativteam und den ambulanten Pflegediensten weiter ausgebaut werden (B 6.14)
- Eine wichtige Aufgabe ist die Fortsetzung der Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Palliativ- und Hospizversorgung im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen und Werbung aller Akteure (B 6.15)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 6.1	Einrichtung einer gemeinsamen Gesundheitskonferenz mit dem Landkreis Rastatt zur Verbesserung der Abstimmung und Kooperation
B 6.2	Optimierung der Schnittstellen im Gesundheitssystem und an der Schnittstelle zur Pflege durch verbindliche Abläufe und Qualitätsstandards (insbesondere zum Entlassmanagement und zur nachstationären Versorgung)
B 6.3	Benennung fester Ansprechpartner für den Bereich Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung
B 6.4	Bestands- und Bedarfserhebung von Angeboten zur Gesundheitsprävention in den Stadtteilen
B 6.5	Förderung der Bekanntheit und Inanspruchnahme präventiver Angebote durch geeignete Maßnahmen
B 6.6	Stärkere Einbindung von sozial benachteiligten Senioren und von Senioren mit Migrationshintergrund in präventive Angebote (z.B. durch präventive Hausbesuche, Fahrdienste, Zusammenarbeit mit Migrantenvereinen)
B 6.7	Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Patienten bei der Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung
B 6.8	Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Patienten bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen
B 6.9	Verbesserung des Zugangs älterer und pflegebedürftiger Menschen in Maßnahmen der Geriatrischen Rehabilitation
B 6.10	Ausbau der Ambulanten und Mobilen Geriatrischen Rehabilitation
B 6.11	Förderung des Zugangs pflegender Angehöriger zu gesundheitlichen Rehabilitationsangeboten; Schaffung einer ausreichenden Zahl von Entlastungsangeboten (Kurzzeitpflege)
B 6.12	Erörterung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der wohnortnahen gerontopsychiatrischen Versorgung in Baden-Baden im Rahmen geeigneter Gremien / der Gesundheitskonferenz
B 6.13	<p>Stärkere Einbindung der gerontopsychiatrischen Spezialangebote des ZfP Emmendingen in die wohnortnahe Versorgung in der Stadt Baden-Baden zum Beispiel durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einrichtung einer Außensprechstunde der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz – Einbindung des ZfP in den Gemeindepsychiatrischen Verbund Baden-Baden – Prüfung der Voraussetzungen für eine regelmäßige konsiliarische Beratung der Pflegeheime
B 6.14	Erhalt und Stärkung der Palliativpflege in den Regelangeboten der Versorgung älterer Menschen (Kooperationen; Fortbildung; Hospitationen)
B 6.15	Gemeinsame Information und Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Palliativversorgung, Sterbebegleitung und Vorsorge / Patientenverfügungen

7 Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege - Alltagshilfen

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

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

7.1 Unterstützungsangebote im Alltag

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

Die Bandbreite der Angebote ist sehr groß. Eine relativ lange Tradition haben ehrenamtliche Besuchs- und Begleitdienste von Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbänden. Diese Angebote tragen zum Erhalt von sozialen Kontakten und Teilhabe insbesondere alleinlebender älterer Menschen bei. Ebenfalls seit langem gibt es organisierte Nachbarschaftshilfen. Sie bieten vor allem Unterstützung im Haushalt an (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen), häufig auch Hilfe bei Behördenangelegenheiten oder Arztbesuchen. Mobile Soziale Dienste, in denen früher häufig Zivildienstleistende und heute Personen in Freiwilligendiensten (z.B. Freiwilliges Soziales Jahr oder Bundesfreiwilligendienst) mitarbeiten, sind ebenfalls weit verbreitet: Bekannt und häufig genutzt werden insbesondere ihre Mahlzeiten-, Fahr- oder hauswirtschaftlichen Hilfen. Ergänzt werden diese Angebote durch eine wachsende Zahl offener Mittagstische in sozialen Einrichtungen (auch Pflegeheimen) und Bürgertreffs oder durch bürgerschaftlich organisierte Fahrdienste. Speziell für Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihre Angehörigen ist in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren ein Netz von Betreuungsangeboten (Betreuungsgruppen oder Häusliche Betreuungsdienste für Menschen mit Demenz) entstanden.

7.1.1 Unterstützungsangebote im Alltag nach § 45 a - c SGB XI

Unterstützungsangebote nach §§ 45 a – c SGB XI sind eine besondere Form von Unterstützungsangeboten im Alltag, die bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllen. Sie sollen kostengünstig und qualitätsgesichert sein und können unter bestimmten Voraussetzungen über die Pflegeversicherung finanziert werden. Grundlagen, Aufgaben und Zielgruppen der Angebote haben sich mit der Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuchs XI stetig verändert:

Ursprünglich entstanden vor allem Betreuungsangebote zur Unterstützung der häuslichen Versorgung von Menschen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz –

also vorwiegend Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oder einer geistigen oder psychischen Behinderung.

Durch das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I), das am 1.1.2015 in Kraft trat, wurden die Betreuungsangebote um Entlastungsangebote als neue Angebotsform ergänzt. Dabei handelt es sich um Angebote zur Unterstützung im Haushalt, Hilfestellungen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen. Zielgruppe der Leistungen und Angebote sind somit seit 2015 auch Menschen mit einem ausschließlich körperlichen Pflegebedarf.

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

Verbesserte Finanzierungsmöglichkeiten für Nutzer durch Pflegestärkungsgesetze

Mit der Einführung der neuen Pflegegrade zum Januar 2017 haben alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 – und somit mehr Menschen als zuvor - Anspruch auf den pauschalen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro zur Finanzierung von Unterstützungsangeboten nach § 45 a-c. Zusätzlich können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mit Anspruch auf Pflegeleistungen bis zu 40 Prozent der von ihnen nicht ausgenutzten Sachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Eine Finanzierung häuslicher Unterstützungsangebote ist teilweise auch über Leistungen der Verhinderungspflege möglich.

Unterstützungsangebote-Verordnung regelt Standards und Anerkennungsverfahren

Voraussetzung für die Finanzierung über die Pflegeversicherung ist, dass die Angebote bestimmten Qualitätsstandards genügen und von den Stadt- und Landkreisen, in denen sie erbracht werden, formell anerkannt sind. Die Anerkennung durch den Standortkreis ist auch Voraussetzung für eine eventuelle Förderung der Träger durch das Land, die Kommunen und die Pflegekassen.

Anforderungen und Verfahren für die Anerkennung und Förderung sind in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen geregelt und sehr komplex. Die wichtigste Grundlage ist die neue Unterstützungsangebote-Verordnung des Landes vom 09.02.2017. Sie setzt den bundesrechtlich vorgegebenen Rahmen im SGB XI in landesrechtliche Regelungen um. Regelungen zur Landesförderung enthält die Verwaltungsvorschrift „ambulante Hilfen“ des Landes vom 22.12.2011.

Zentrale Qualitätsstandards nach der Unterstützungsangebote-Verordnung sind:

- Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit des Angebots⁹¹,
- Schulungs- und Fortbildungsangebote sowie
- fachliche Begleitung und versicherungsrechtliche Absicherung der ehrenamtlich oder bürgerschaftlich engagierten Helfer.

Baden-Württemberg hat traditionell eine besondere ehrenamtliche Engagement-Kultur. Dementsprechend wird auch in der Unterstützungsangebote-Verordnung der Vorrang ehrenamtlicher Angebotsprofile mit fachlicher Begleitung betont. Die Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich Engagierte und aus der Bürgerschaft Tätige sind eng begrenzt. Dadurch – und durch eine mögliche Förderung - sollen die Kosten für die Nutzer gering bleiben. Eine Ausnahme sieht die neue Landesverordnung lediglich bei den hauswirtschaftlichen Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienste vor: Sie dürfen unter bestimmten Voraussetzungen auch durch fest angestellte Beschäftigte gegen einen bestimmten Stundenlohn erbracht werden.

⁹¹ Möglich sind aber auch bestimmte Angebote, die nur einmal jährlich stattfinden, wie „Urlaub ohne Koffer“

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

Einige Regelungen der neuen Unterstützungsangeboteverordnung bleiben unklar. Dies führt bei der Umsetzung in der Praxis zu Unsicherheiten – sowohl bei den Stadt- und Landkreisen, die für die Anerkennung und Prüfung zuständig sind, als auch bei den Anbietern und Kunden. Insbesondere in der Umstellungsphase entsteht vor Ort ein höherer personeller Aufwand. Anbieter, die bereits jetzt eine Anerkennung haben, haben einen sogenannten „Bestandsschutz“ bis zum 31.12.2018. Diese Regelung soll es den Trägern erleichtern, ihre Angebote bei Bedarf an die neuen Voraussetzungen anzupassen.

7.1.2 Situation in Baden-Baden

Die Stärkung der häuslichen Selbständigkeit im Alter und die Erleichterung des Zugangs zu Hilfsmöglichkeiten ist eines der Strategziele des Strategischen Entwicklungsplans Baden-Baden 2020. Auch das Entwicklungskonzept Rebland 2025 weist auf die steigende Nachfrage nach wohnbegleitenden Dienstleistungen für die wachsende Zahl älterer Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Alltagsbewältigung hin.

Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a-c SGB XI

Anerkannte niederschwellige Angebote nach § 45 a-c SGB XI, die über den Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung abrechenbar sind, machen in der Stadt Baden-Baden derzeit

- ein Wohlfahrtsverband in Verbindung mit seiner Nachbarschaftshilfe (Aktion Nächstenhilfe); ein weiterer Träger plant ein Angebot
- die Stadt Baden-Baden im Rahmen ihres Mehrgenerationenhauses Scherer Kinder- und Familienzentrum sowie
- ambulante Pflegedienste.

Die angebotenen Leistungen umfassen sowohl Einzelunterstützung im eigenen Haushalt als auch Gruppenangebote. Konkrete Angebote sind:

- zwei Demenzcafés (als Betreuungsgruppen-Angebot mit Ehrenamtlichen unter fachlicher Leitung an jeweils einem Nachmittag pro Woche),
- Betreuungs-, Entlastungs- und Beratungsangebote einschließlich Training von Alltagskompetenzen und Aktivierungsangeboten in der eigenen Häuslichkeit.

Im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbringen vor allem Frauen, deren Kinder aus dem Haus sind, gegen ein Entgelt Hilfen im Alltag. Dazu gehören insbesondere Haushaltshilfen (Wohnungsreinigung, Wäsche, Kochen Einkaufen), Hilfen zum Erhalt des Kontaktes zur Umwelt (Besuchsdienste, Begleitung zur Kirche, Spaziergänge, Schriftverkehr, Vorlesen,...), aber auch bestimmte alltagspflegerische Hilfen (Hilfen beim Waschen und Anziehen, beim Essen und Trinken, Betreuung und Beaufsichtigung).

Die Betreuungs-, Entlastungs- und Aktivierungsangebote von zwei privaten Trägern werden nicht aktiv beworben und richten sich vorwiegend an die Bewohner von Seniorenwohnanlagen.

Weitere Angebote

Neben den anerkannten Unterstützungsangeboten nach § 45 SGB XI gibt es in Baden-Baden weitere Angebote zur Alltagsunterstützung, Begleitung und Entlastung.

Die **Aktion Mahlzeit auf Rädern** ist eine Einrichtung der Liga der freien Wohlfahrtspflege der Stadt Baden-Baden.⁹² Sie liefert täglich (auch an Sonn- und Feiertagen) eine kostengünstige warme Mahlzeit direkt ins Haus. Auch zwei Wohnstifte (Schwarzwald-Wohnstift und KWA-Wohnstift Hahnhof) liefern bei Bedarf Essen nach Hause. Darüber hinaus gibt es offene Mittagstische in verschiedenen Pflege- oder sonstigen Einrichtungen.

Die Katholische Seelsorgeeinheit in Baden-Baden bietet einen gut genutzten **Besuchsdienst** an. Ehrenamtliche besuchen einsame Menschen zu Hause in ihrer Wohnung. Die Besuche werden von der Seelsorgeeinheit koordiniert und vermittelt. Diese unterstützt die Ehrenamtlichen auch durch Fortbildungen, Gruppensupervisionen und jährliche Treffen. Aufgrund der vielen Anfragen gibt es momentan eine Warteliste.

Neben den Angeboten für die Senioren mit Unterstützungsbedarf gibt es auch gezielte Angebote für **pflegende Angehörige**. So bietet zum Beispiel der Pflegestützpunkt in Kooperation mit den Pflegekassen 2-mal jährlich Angehörigenschulungen an. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen. Im Mehrgenerationenhaus der Stadt Baden-Baden findet 1-mal monatlich während der Öffnungszeiten des Demenzcafés ein Angehörigentreffen statt. Ebenfalls 1-mal monatlich findet der Stammtisch für Menschen mit und ohne Demenz der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Baden e.V. in der Geroldsauer Mühle statt. Regelmäßige Sprechstunden für Angehörige Demenzkranker bietet auch das DRK an. Dort gibt es auch eine Gedächtnisgruppe für Demenzkranke.

Grundsätzlich bieten auch ambulante Pflegedienste haushaltsnahe Dienstleistungen, Betreuung und Alltagsbegleitung im Rahmen der häuslichen Pflegesachleistung an. Zum Angebot gehören häufig auch Hausnotrufsysteme, teilweise auch zusätzliche persönliche Kontrollanrufe und –besuche, die die Sicherheit insbesondere für alleinlebende Menschen erhöhen. Die Grenzen zwischen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten und den grundpflegerischen Leistungen, die im Rahmen der Pflegesachleistungen angeboten werden, sind oft fließend. In der Praxis können die niedrigschwelligen Angebote aufgrund von Personalmangel häufig nicht von den Diensten abgedeckt werden. Manche haushaltsnahen Dienstleistungen werden auch von Trägern außerhalb des sozialen Bereichs angeboten, zum Beispiel gewerblichen Hausmeisterdiensten. Auch hier besteht jedoch in der Praxis ein Mangel an bezahlbaren Diensten, die auch für einzelne Privatpersonen verfügbar sind (z.B. Winterdienste).

7.1.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Unterstützungsangebote im Vor- und Umfeld der Pflege waren im Oktober 2016 Gegenstand eines Fachgesprächs. Teilnehmer waren: Vertreter von ambulanten Diensten, Nachbarschaftshilfen, Kirchen, Mobilen sozialen Diensten, Schuldnerberatung, Pflegestützpunkt, Begegnungsstätten, Betreuungsbehörde und von Seniorengruppen. Weitere Hinweise und Bewertungen ergaben sich darüber hinaus im Gespräch mit den pflegenden Angehörigen, das ebenfalls im Oktober 2016 stattfand, sowie im Fachgespräch ambulante Pflege im Juli 2016.

Auf die Frage nach schon genutzten oder bekannten Unterstützungsangeboten wurden genannt:

- Angebote zur Unterstützung im Haushalt
- Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz / Demenzcafé
- Offener Stammtisch der Alzheimer-Gesellschaft für Menschen mit und ohne Demenz in der Geroldsauer Mühle

⁹² Die Geschäftsstelle ist beim Diakonischen Werk eingerichtet

- Pflegekurse für Angehörige beim Pflegestützpunkt
- Gedächtnistraining, Seniorengymnastik,...
- Besuchsdienst der katholischen Kirchengemeinde
- offene Mittagstische und Mahlzeiten auf Rädern
- Angebote zur Alltagsassistenten

Folgende Vorschläge zur Optimierung der Angebotslandschaft wurden gemacht:

Sowohl Angehörige als auch Experten sahen einen quantitativen und qualitativen Ausbaubedarf an leicht zugänglichen und finanzierbaren Unterstützungsangeboten in der Stadt Baden-Baden. Parallel zum Ausbau bezahlbarer Angebote sollten aus Sicht der Experten Hemmnisse für die Nutzung der Angebote abgebaut werden: durch Werbung und Information auf verschiedenen Ebenen, aber auch durch einen unbürokratischen Zugang zu den Angeboten und ihrer Finanzierung. Ziel sollte es sein, dass alle Pflegenden „täglich ein paar Stunden Freiraum“ für sich selbst haben.

Angesprochen wurde auch, dass die Beteiligungskultur in Baden-Baden weiter ausgebaut werden muss, um pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu ermuntern und Gelegenheit zu geben, ihre Bedarfe selbst zu äußern.

Im Einzelnen wurden folgende zusätzlichen Bedarfe gesehen und Optimierungen vorgeschlagen:

- Teams der Besuchsdienste sollten personell verstärkt und das Angebot an ehrenamtlichen Besuchsdiensten ausgeweitet werden – beim Besuchsdienst der katholischen Kirche gibt es derzeit Wartezeiten
- Präventive Hausbesuche bei alleinlebenden hochbetagten Menschen
- Ausbau des Angebots von Begleit- und Fahrdiensten (insbesondere für die Begleitung bei Arztbesuchen) und mehr barrierefreie Fahrzeuge, die auch von Rollstuhlfahrern nutzbar sind
- Ausbau von niedrighwelligen Unterstützungsangeboten rund um den Haushalt (zum Beispiel Putzen, Waschen, Gartenpflege, Schneeräumdienst, Kehrwoche); benötigt werden auch Angebote für Menschen, die noch keinen Pflegebedarf haben
- Mehr generationenübergreifende Angebote, zum Beispiel Essensangebot in Kombination mit Schulen
- Mehr Betreuungsgruppen und Betreuungsangebote für Demenzkranke in der eigenen Häuslichkeit
- Angebote, die auch längerfristige Betreuungen in der eigenen Häuslichkeit zu vertretbaren Kosten ermöglichen
- Mehr gemeinsame Urlaubsangebote für Pflegebedürftige und Angehörige, aber auch „Ferien ohne Koffer“ als Stadtranderholung für Menschen mit Demenz / Pflegebedarf
- Einrichtung eines Krisentelefon (z.B. bei Überforderung und Gewalt in der Pflege)
- Gespräche und Beratung durch andere (ehemalige) pflegende Angehörige, die ähnliche Erfahrungen haben
- Betreuungs- und Entlastungsangebote sollten auch am Wochenende oder abends zur Verfügung stehen, ebenso bei kurzfristigem Bedarf; hier war den Angehörigen teilweise nicht klar, welche Angebote es derzeit bereits gibt
- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen beim Auf- und Ausbau der Angebote, insbesondere von Menschen mit Migrationshintergrund (z.B. durch Aufnahme von koscherem Essen in die Angebotspalette von Mahlzeitendiensten); Menschen mit beginnender Demenz und Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten

- Qualitätsverbesserung bei den Mahlzeitenangeboten

Zum Thema „**Kooperation und Vernetzung**“ gaben die Experten im Rahmen der Fachgespräche folgende Hinweise:

- um zeitliche und inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden, sollten die Angebote verschiedener Träger auf Ebene der Stadtteile besser abgestimmt und vernetzt werden; sinnvoll wären stadtteilbezogene Informationsstellen und Runde Tische
- Generell wird mehr Informations- und Öffentlichkeitsarbeit gewünscht, um Unterstützungsangebote bekannt zu machen und die Scheu vor einer Nutzung abzubauen
- Ambulante Dienste sehen einen Bedarf an mehr Kooperationen mit Besuchsdiensten der Kirchen

Wünsche an die Stadt waren:

- Ausbau der personellen Ressourcen für die Altenhilfeplanung, um mehr koordinierende Aufgaben übernehmen zu können
- Aufbau von Runden Tischen Altenhilfe
- Angehörige wünschen sich den Aufbau eines Netzwerks von bürgerschaftlich engagierten Pflegebegleiterinnen, die eigene Erfahrungen mit Pflegesituationen haben und von Haushalten mit entsprechendem Bedarf an Begleitung angefragt werden können
- Ambulante Dienste wünschen sich (mehr) Informationen über Fördermöglichkeiten für niederschwellige Angebote

7.1.4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Gespräche mit Fachexperten und pflegenden Angehörigen in Baden-Baden haben den großen Bedarf an unkompliziert nutzbaren, kostengünstigen Angeboten zur Betreuung, Alltagsbegleitung und Entlastung für ältere Menschen mit und ohne Pflegebedarf und ihre Angehörigen deutlich gemacht. Demografische und gesetzliche Veränderungen erfordern sowohl einen quantitativen Ausbau der Angebote als auch eine qualitative Weiterentwicklung und stärkere Vernetzung. Stadt, Anbieter und Pflegekassen sollten daher gemeinsam nach Möglichkeiten suchen, die Angebote in den von den pflegenden Angehörigen gewünschten Bereichen weiterzuentwickeln. Ausbaubedarf zeigte sich in den Fachgesprächen vor allem in folgenden Bereichen: haushaltsnahe Dienstleistungen, kommunikationsfördernde aufsuchende präventive Angebote / Besuchsdienste, Betreuungsangebote für Demenzerkrankte, Begleit- und Fahrdienste (auch barrierefrei), Möglichkeit zu längeren Betreuungseinsätzen in der eigenen Häuslichkeit, Angebote zur Entlastung auch am Abend und an Wochenenden, Urlaubsangebote („Urlaub ohne Koffer“) und mehr generationenübergreifende Angebote. Bei der Angebotsplanung sollten auch neue Kooperationsformen von professionellen Anbietern, bürgerschaftlichen Initiativen und Stadt geprüft werden.

Gleichzeitig sollten bestehende Angebote noch stärker als bisher in der Öffentlichkeit bekannt gemacht und Hemmschwellen für eine Nutzung abgebaut werden.

Von der Stadt erwarten die Akteure insbesondere Unterstützung durch Koordinierung, Information und Öffentlichkeitsarbeit, aber auch beim Ausbau des Bürgerschaftlichen Engagements und dessen gezielter Wertschätzung und Qualifizierung.

Empfehlungen:

- Sozialraumbezogene Analyse des Bestands und Bedarfs an Unterstützungsangeboten im Alltag im Rahmen neu aufzubauender Netzwerkstrukturen / „Runden Tischen Alter und Pflege / Demografie“ auf Ebene der Planungsräume / Stadtteile unter Einbeziehung von pflegebedürftigen Angehörigen. In den Blick genommen werden sollte insbesondere auch die weitere Vernetzung von Angeboten (siehe auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung) (B 7.1)
- Zügiger Auf- und Ausbau präventiver zugehender Angebote und Besuchsdienste für alleinlebende Senioren (derzeit Warteliste), von Betreuungsangeboten für Demenzerkrankte (hohe Belastung von Angehörigen) und haushaltsnahen Serviceangeboten (neue Rechtslage) (B 7.2)
- In den Blick genommen werden sollten auch qualitative Weiterentwicklungen bestehender Angebote, die die Angehörigen entlasten (z.B. Einrichtung eines kostengünstigen Fahrdienstes für die bestehenden Demenzcafés unter Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement; Geprüft werden sollte auch der Bedarf an Angeboten am Wochenende und abends) (B 7.3)
- Erarbeitung eines Konzepts für den auf beziehungsweise Ausbau der kommunalen Förderung von Unterstützungsangeboten nach der neuen Unterstützungsangeboteverordnung (B 7.4)
- Um Synergien stärker als bisher zu nutzen und die qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der anerkannten Angebote besser unterstützen zu können, wird empfohlen, die Zuständigkeit für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten nach § 45 SGB XI bei der neu zu schaffenden Stelle einer Altenhilfefachberatung zu bündeln (B 7.5)
- Einige Anbieter bieten Unterstützungsangebote sowohl in der Stadt Baden-Baden als auch im Nachbarlandkreis Rastatt an. Aufgrund der nicht immer eindeutigen Regelungen in der Unterstützungsangeboteverordnung sollten sich Stadt und Landkreis bei der Umsetzung abstimmen (B 7.6)
- Die Verordnung des Landes zu den Unterstützungsangeboten musste an die neuen Regelungen der Pflegestärkungsgesetze angepasst werden. Es wird empfohlen, interessierte Einrichtungen, Dienste, bürgerschaftliche Initiativen und Vereine zu einer Informationsveranstaltung über das Anerkennungsverfahren und die Fördermodalitäten für anerkannte Unterstützungsangebote nach § 45 SGB XI einzuladen (B 7.7)
- Regelmäßige Aktualisierung der vorhandenen Übersicht über anerkannte Unterstützungsangebote nach § 45 a-c und Veröffentlichung der Liste im Internet und in gedruckter Form unter Angabe von Kontaktdaten, Zielgruppe, Art, Inhalt und Preis des Angebots. Die Liste sollte insbesondere auch niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten und Krankenhaussozialdiensten zur Verfügung gestellt werden, da sie häufig Kontakt zu Personen mit Unterstützungsbedarf haben und Vertrauenspersonen sind (B 7.8)

7.2 Beschäftigung von Haushaltshilfen aus dem Ausland

Eine wachsende Zahl von Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen beschäftigt zur Sicherstellung des Unterstützungsbedarfs im Alltag eine Haushaltshilfe aus dem Ausland, die auch Versorgungs- und Betreuungsaufgaben übernimmt.

Als Gründe für ein solches Beschäftigungsverhältnis geben Angehörige vor allem den gestiegenen Bedarf an Beaufsichtigung und Pflege an. Meist sehen die betroffenen Familien darin die einzige, und zudem finanziell meist attraktivere, Alternative zum Pflegeheim. Häufig wird für die Behandlungspflege zusätzlich ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen.

Die Aufgaben einer ausländischen Hilfskraft sind gesetzlich klar umrissen: Erlaubt sind Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Kochen, Putzen, Einkaufen), der sozialen Betreuung (Spaziergehen, sich unterhalten, sofern ausreichende Sprachkenntnisse vorhanden sind, Begleitung zu Ärzten oder Behörden) sowie einfache grundpflegerische Hilfen (Hilfe beim Anziehen, bei Toilettengängen, Waschen).

Typisch für den Einsatz ausländischer Haushaltshilfen ist der Wechsel zwischen einem mehrmonatigen Arbeitsaufenthalt in Deutschland im Haushalt des Pflegebedürftigen und einem - unbezahlten - Aufenthalt im Herkunftsland. Das Wohnen im Arbeitgeberhaushalt birgt verschiedene Risiken: Zum einen besteht die Gefahr einer Entgrenzung der Arbeitszeit, zum anderen die Gefahr der Übernahme von Leistungen, die nicht der Qualifikation entsprechen, wie zum Beispiel Tätigkeiten der Behandlungspflege (beispielsweise das Wechseln von Verbänden oder die Medikamentengabe). Der Übergang zwischen hauswirtschaftlichen, betreuenden, grundpflegerischen und direkt fachpflegerischen Aufgaben ist häufig fließend.

Nach dem DAK-Pflegereport 2015 gaben im Rahmen einer repräsentativen Erhebung sechs Prozent der befragten pflegenden Angehörigen an, ausländische Betreuungskräfte aktuell im Haushalt zu beschäftigen oder früher beschäftigt zu haben. Für immerhin die Hälfte der Befragten käme eine solche Beschäftigung grundsätzlich in Frage, ein Drittel lehnte sie ab. Diese Daten belegen die hohe Bereitschaft pflegender Angehöriger, sich Unterstützung durch eine ausländische Haushaltshilfe zu holen. Schätzungen zufolge leben in Deutschland mindestens 100.000 ausländische Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen. Die Angabe einer konkreten Zahl ist nicht möglich, da ein Großteil der Haushaltshilfen nicht angemeldet wird und keine Sozialabgaben leistet. Die Rahmenbedingungen, unter denen die häufig aus Osteuropa stammenden Haushaltshilfen arbeiten, entsprechen oft nicht den in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben. Notwendig sind insbesondere eine angemessene Entlohnung sowie die Anmeldung zur Sozialversicherung. Daneben müssen die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden. Dazu zählt, dass es sich bei der sogenannten 24-Stunden-Pflege nicht um eine Rund-um-die-Uhr Betreuung handeln darf. Rechtlich vorgeschrieben sind eine tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden und die Einhaltung einer Mindestruhezeit von elf Stunden sowie ein freier Tag pro Woche.

Entsendung von Mitarbeitern durch ein ausländisches Dienstleistungsunternehmen

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

Vermittlung über Agenturen

Mittlerweile haben deutsche Vermittlungsagenturen diesen Markt erkannt und bieten ihre Unterstützung bei der Vermittlung und Organisation an. Sie übernehmen unter anderem die Herstellung des Kontakts zur selbstständigen Haushaltshilfe oder dem ausländischen Unternehmen, das Aufsetzen des Vertrags und die Organisation der An- und Abreise. Dafür wird ein Beratungshonorar fällig.

Selbständige Tätigkeit

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

Vermittlung von Haushaltshilfen über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

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

7.2.1 Situation in Baden-Baden

Es ist nicht bekannt, wie viele Pflegebedürftige in der Stadt Baden-Baden Unterstützung durch ausländische Haushaltshilfen erhalten.

Im Pflegestützpunkt Baden-Baden gehen durchschnittlich einmal pro Woche Fragestellungen zu europäischen Betreuungskräften ein. Hier wird unter anderem auf die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit hingewiesen, die gebührenfrei Haushaltshilfen aus EU-Staaten vermittelt.

In Einzelfällen haben sich, so die Erfahrung im Pflegestützpunkt, ratsuchende Familien auch für das Arbeitgebermodell entschieden, bei dem sie die Hilfskraft selber anstellen. Die meisten Familien entscheiden sich aber für eine Lösung, in der sie den bürokratischen Teil einer Vermittlungsagentur überlassen. In Baden-Baden gibt es mehrere private Vermittlungsagenturen vor Ort, die Hilfskräfte mit Entsendevertrag aus dem Ausland vermitteln und den Vertragspartnern bei Schwierigkeiten zur Verfügung stehen.

7.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Teilnehmer der Fachgespräche im Rahmen der Seniorenplanung gehen davon aus, dass die Zahl der Betreuungskräfte aus dem Ausland in den vergangenen Jahren stetig gewachsen ist. Meist liegen keine Informationen zur Art des Beschäftigungsverhältnisses und zur Qualität der Pflege vor.

Einige Experten aus dem Pflegebereich sprachen eventuelle illegale Arbeitsverhältnisse an und sahen einen Bedarf an Information und qualitätssichernden Maßnahmen.

7.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Aus den Fachgesprächen wurde ersichtlich, dass es auch in Baden-Baden einen Bedarf an fundierten Informationen und neutraler Beratung zum Thema „Ausländische Haushaltshilfen“ gibt. Eine solche Beratung kann dazu beitragen, dass Pflegebedürftige und ihre Familien realistische Erwartungen an die ausländischen Hilfskräfte haben und legale und faire Arbeitsbedingungen gewährleistet sind. Dies kommt sowohl den Helferinnen als auch den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen zu Gute.

Empfehlungen:

- Der Pflegestützpunkt der Stadt Baden-Baden informiert und berät weiterhin über die Möglichkeiten der Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen und stellt den Interessierten Materialien zur Verfügung.

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 7.1	Bestandsaufnahme und Bedarfsfeststellung für Unterstützungsangebote auf Ebene der Planungsräume / Stadtteile im Rahmen örtlicher Vernetzungsstrukturen / Runder Tische; Förderung von Kooperationen
B.7.2	Zügiger Auf- und Ausbau insbesondere von präventiven zugehenden Angeboten, von Betreuungsangeboten für Demenzkranke und bezahlbaren haushaltsnahen Serviceleistungen
B 7.3	Einrichtung eines kostengünstigen Fahrdienstes für Demenzcafés unter Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement
B 7.4	Erarbeitung eines Konzeptes für den Auf- / Ausbau einer kommunalen Mitförderung von Unterstützungsangeboten nach § 45 a-c SGB XI
B 7.5	Bündelung der Zuständigkeit für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten nach § 45 a-c SGB XI bei der neu zu schaffenden Stelle der Altenhilfefachberatung / Sozialplanung Altenhilfe
B 7.6	Abstimmung des Anerkennungsverfahrens für Unterstützungsangebote nach § 45 a-c SGB XI mit dem Landkreis Rastatt
B 7.7	Informationsveranstaltung zur Umsetzung der Neuen Unterstützungsangebote-Verordnung in der Stadt Baden-Baden und zu Fördermöglichkeiten für die Anbieter
B 7.8	Regelmäßige Aktualisierung und differenzierte Information (schriftlich / Internet) über anerkannte Unterstützungsangebote nach § 45 a-c SGB XI
B 7.9	Information über die Möglichkeiten zur Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen

8 Pflege und Pflegebedarfsplanung

8.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Regelungen auf Bundesebene im 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Die Sicherstellung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine große Herausforderung. Bundeseinheitliche Regelungen zur pflegerischen Versorgung und zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung enthält das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). Land, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen haben nach dem SGB XI den gemeinsamen Auftrag, eine leistungsfähige, regional gegliederte, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.⁹³ Die Pflege in speziellen Pflegeeinrichtungen soll dabei nachrangig sein: Vorrangig sollen die ambulante Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützt werden (Grundsatz „ambulant vor stationär“).

Die Stärkung der ambulanten Pflege ist auch ein wichtiges Ziel der zwischen Januar 2015 und Januar 2017 in Kraft getretenen **Pflegestärkungsgesetze**.

Bereits das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)⁹⁴ führte zu deutlichen Leistungsausweitungen im ambulanten und teilstationären Bereich. Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)⁹⁵, das den inhaltlich wichtigsten Schritt der Pflegeversicherungsreform bildet, setzte dies fort. Es führte zum 01.01.2017 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein. Damit verbunden war eine Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade. Nach altem Recht gab es drei Pflegestufen. Zusätzlich hatte der Gesetzgeber seit 2012 Leistungen für Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Diese deckten jedoch aufgrund ihres geringen Umfangs den tatsächlichen Pflegebedarf dieser Personengruppe nur zu einem kleinen Teil.

Seit dem 01.01.2017 werden Pflegebedürftige in fünf Pflegegrade eingestuft. Anders als zuvor werden nun körperliche, geistige und psychische Einschränkungen bei der Einstufung gleichermaßen berücksichtigt. Der Kreis der Leistungsberechtigten wird erweitert: Personen, bei denen der Pflegebedarf auf eine demenzielle oder psychische Erkrankung oder eine geistige Behinderung zurückgeht, sollen einen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen erhalten. Maßstab ist nun nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit. Dieser wird in sechs verschiedenen Lebensbereichen gemessen und mit unterschiedlicher Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Für Personen, die bereits vor dem 01.01.2017 pflegebedürftig waren, gilt eine sogenannte „Bestandsschutzregelung“: Durch die Überleitung der bisherigen Pflegestufe in einen Pflegegrad darf niemand schlechter gestellt werden als zuvor.

Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

Die Aufgaben und Rahmenbedingungen für die Planung und Förderung der Pflegeinfrastruktur werden durch die Bundesländer konkretisiert - in Baden-Württemberg im Landespflegegesetz und im Landespflegeplan. Bauliche Standards für stationäre Pflegeeinrichtungen gibt in Baden-Württemberg die Landesheimbauverordnung⁹⁶ vor. Regelungen zur Qualität der Pflege sowie zur Mitwirkung und Mitbestimmung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz

⁹³ Unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

⁹⁴ Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17. Dezember 2014

⁹⁵ Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015

⁹⁶ Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) vom 18. April 2011

(WTPG)⁹⁷ für Baden-Württemberg formuliert. Die personellen Anforderungen an stationäre Einrichtungen sind in der Landespersonalverordnung geregelt.⁹⁸

Unterschiedliche Gestaltungsspielräume der beteiligten Akteure

In der Praxis sind die Gestaltungsspielräume der Akteure, die Mitverantwortung für die Ausgestaltung der Pflege Landschaft haben, sehr unterschiedlich. Den Pflegekassen kommt seit Einführung der Pflegeversicherung eine zentrale Rolle zu. Sie schließen Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen ab, um eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Dabei müssen sie ein Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe - also in der Regel den Stadt oder Landkreisen - herstellen. Grundlage für den Abschluss von Versorgungsverträgen sind Rahmenverträge auf Landesebene. Jeder Träger, der die darin vorgegebenen Voraussetzungen und die gesetzlichen Anforderungen erfüllt, hat einen Rechtsanspruch auf die Erteilung eines Versorgungsvertrages. Eine detaillierte Prüfung des örtlichen Bedarfs ist seitens der Pflegekassen nicht vorgesehen.

Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Neben Pflegekassen und Anbietern leisten die Kommunen schon heute einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Insbesondere die Städte und Gemeinden sind als Wohn- und Lebensorte wesentliche Garanten für die Lebensqualität und einen möglichst langen Verbleib pflegebedürftiger Menschen in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld. Allerdings verfügen die Kommunen derzeit nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten und häufig unzureichende finanzielle Spielräume.⁹⁹

Politik und Fachwelt haben erkannt, dass es wichtig ist, die Kommunen stärker in die Weiterentwicklung der Pflege vor Ort einzubinden und ihre Kompetenzen zu erweitern. Die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege“ hat im Jahr 2015 unter Beteiligung kommunaler Vertreter Handlungsbedarfe und Empfehlungen für notwendige Veränderungen formuliert.¹⁰⁰ Diese Eckpunkte werden im Abschlussbericht der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“¹⁰¹ aufgegriffen. Auch das dritte Pflegestärkungsgesetz¹⁰² (PSG III), das zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist, will die Rolle der Kommunen im Bereich Pflege stärken. Unter anderem sollen in insgesamt 60 Modellkommunen in Deutschland neue Konzepte für eine „Beratung aus einer Hand“ erprobt werden. Die ausgewählten Kommunen übernehmen dabei modellhaft für fünf Jahre Aufgaben im Bereich Pflegeberatung, für die derzeit die Kassen zuständig sind.

Als Einstieg in den Entwicklungsprozess veranstalteten Landkreis-, Städte- und Gemeindegtag zusammen mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 29.06.2016 eine erste Arbeitstagung auf Landesebene. Eine weitere Arbeitstagung ist 2017 geplant. Allerdings sind derzeit noch viele Detailfragen zur Umsetzung der Modellkommunen ungeklärt. Das dritte Pflegestärkungsgesetz ist zwar wie geplant im Januar 2017 in Kraft getreten; der Bundesrat hat jedoch von der Bundesregierung Nachbesserungen eingefordert, um die Rolle der Kommunen noch deutlicher zu stärken. Bevor auf Landesebene konkrete Konzepte entwickelt werden, muss daher die Entwicklung auf Bundesebene abgewartet werden.

⁹⁷ Das WTPG vom 20. Mai 2014 löste das frühere Landesheimgesetz ab

⁹⁸ Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (LPersVO) vom 7. Dezember 2015

⁹⁹ Bis Ende 2010 ermöglichte das Landespflegegesetz Baden-Württemberg Land und Kommunen, den Ausbau der örtlichen Pflegeinfrastruktur durch die Investitionskostenförderung für bedarfsgerechte teil- und vollstationäre Pflegeangebote mitzugestalten. Seit 2011 ist die Förderung durch eine Gesetzesänderung auf einzelne modellhafte Vorhaben begrenzt.

¹⁰⁰ <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf>

¹⁰¹ Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 15/7980. Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission mit den Handlungsempfehlungen, S.44.

¹⁰² Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 16. Dezember 2016.

Auf der Praxisebene hat das Projekt „Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“ in vier Kommunen neue lokale Netzwerke zur Sicherstellung wohnortnaher Unterstützung und Pflege erprobt. Im Rahmen des Projekts entstand ein Handbuch mit Empfehlungen und Best-Practice-Beispielen, das sich an politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in den baden-württembergischen Kommunen wendet.¹⁰³

Eine generelle Empfehlung ist, das kommunale Handeln im Bereich Pflege am Quartier oder Sozialraum zu orientieren und alle Bürger mit einzubeziehen. Dies ermöglicht kleinräumige flexible Pflegearrangements, die Stärkung familiärer und nachbarschaftlicher Hilfenetze und die Förderung von bürgerschaftlichem Engagement. Die Kommunen brauchen dazu Kooperationspartner sowie Unterstützung auf Kreis- und Landesebene – aber auch eine angemessene finanzielle Ausstattung für ihre Aufgaben.

8.2 Anzahl pflegebedürftiger Menschen

Pflegeplanung setzt eine solide Datenbasis voraus. Die Pflegestatistik des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg liefert alle zwei Jahre Daten zu den Pflegebedürftigen und den Pflegeeinrichtungen – zuletzt zum Stichtag 15.12.2015.

Als pflegebedürftig gelten dabei Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem SGB XI erhalten. Neben dem demografischen Wandel haben somit auch Änderungen der Leistungsvoraussetzungen Einfluss auf die Zahl der Pflegebedürftigen.

Bereits vor Inkrafttreten der Pflegestärkungsgesetze nahmen das Spektrum der Pflegeversicherungsleistungen und damit auch die Zahl der Antragsteller in der Pflegeversicherung zu. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des Pflegestärkungsgesetzes II erweitert den Kreis der Leistungsberechtigten zum 01.01.2017 noch einmal deutlich. Entsprechende Veränderungen spiegeln sich frühestens in der Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2017 wider. Deren Ergebnisse werden auf regionaler Ebene voraussichtlich Anfang 2019 vorliegen.

8.2.1 Pflegebedürftige insgesamt (alle Altersgruppen – ohne „Pflegestufe 0“)

Die folgenden Daten aus der Pflegestatistik berücksichtigen ausschließlich Personen in den Pflegestufen 1 bis 3. Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“, die in der Regel ausschließlich Leistungen aufgrund einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz erhalten, gelten (bisher) nicht als pflegebedürftig im Sinne der Statistik und sind daher nicht enthalten.

Wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen

Im Jahr 2015 lebten in der Stadt Baden-Baden insgesamt 2.038 pflegebedürftige Menschen (ohne „Pflegestufe 0“).¹⁰⁴ Ausgehend von 1.559 Pflegebedürftigen im Jahr 2001 bedeutet das eine Zunahme um rund 31 Prozent innerhalb von 14 Jahren. Für das Land Baden-Württemberg liegt die Wachstumsrate im selben Zeitraum mit rund 56 Prozent noch deutlich höher. Die Zunahme hängt eng mit den im Kapitel A.2 beschriebenen demografischen Veränderungen zusammen: Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen sind älter als 80

¹⁰³ http://www.khfreiburg.de/fileadmin/userfiles/3_Forschung_Entwicklung/2015_Pfleagemix_Handbuch_Onlinepdf

¹⁰⁴ Bis zum Jahr 2007 wurden teilstationäre Leistungen (für Tages-, Kurzzeit- oder Nachtpflege) zu den vollstationären Leistungen hinzuaddiert und waren in der Gesamtzahl Pflegebedürftiger enthalten. Änderungen im SGB XI führten 2009 zu einer Anpassung des Verfahrens: Teilstationäre Leistungen werden zwar weiterhin erhoben und separat ausgewiesen. Sie werden aber bei der Berechnung der Gesamtzahl Pflegebedürftiger nicht mehr berücksichtigt. Dadurch sollen Doppelzählungen bei gleichzeitigem Bezug von Pflegegeld oder ambulanten Pflegeleistungen vermieden werden. Die Änderungen können zu leichten Verschiebungen beim Vergleich zu den Vorjahren führen.

Jahre und ebenfalls zwei Drittel sind Frauen. Da die Zahl hochbetagter Menschen und insbesondere hochbetagter Frauen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, stieg auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen an. Ebenfalls eine Rolle spielen Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren.

Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status beeinflussen das Pflegerisiko

Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei Frauen und Männern zu: Fast zwei Drittel der über 90-Jährigen in Baden-Württemberg sind pflegebedürftig, aber weniger als 3 Prozent der 65-70-Jährigen. Der Zusammenhang zwischen Alter und Pflegerisiko ist bei Frauen und Männern unterschiedlich: Unter 75-jährige Frauen sind seltener pflegebedürftig als unter 75-jährige Männer. In den höheren Altersgruppen ist dies genau umgekehrt. Eine wesentliche Ursache dürfte sein, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung mit zunehmendem Alter häufiger alleine im Haushalt leben. Dadurch sind sie meist schneller auf professionelle Hilfe angewiesen als gleichaltrige Männer, die häufig noch Unterstützung von ihren (meist etwas jüngeren) Ehefrauen erhalten.

Der Pflege-Report 2016 der AOK Rheinland/Hamburg belegt auch einen Zusammenhang zwischen dem Beginn von Pflegebedürftigkeit und dem sozioökonomischen Status: Nach der Studie werden Männer, die über ein geringes Renteneinkommen verfügen, im Schnitt sieben Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit einer vergleichsweise hohen Rente. Dies zeigt sich auch im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen: Weniger gut situierte Männer erkranken im Durchschnitt sechs Jahre früher an Demenz als Besserverdienende. Ursache könnte den Experten zufolge sein, dass sich Menschen mit höheren Einkommen grundsätzlich gesünder ernähren und häufiger Sport treiben.¹⁰⁵

Pflegequote und Anteil stationärer Pflege sind in Baden-Baden höher als im Land

Baden-Württemberg hat im Bundesländervergleich eine relativ geringe Pflegequote. Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung betrug im Jahr 2015 im Bundesdurchschnitt 3,5 Prozent, in Baden-Württemberg lag er bei 3,0 Prozent. Lediglich in Bayern und in Hamburg ist die Pflegequote noch niedriger als in Baden-Württemberg.

Die Pflegequote im Stadtkreis Baden-Baden lag mit 3,7 Prozent allerdings über dem bundesweiten Durchschnitt - und auch sehr deutlich über dem Durchschnitt der baden-württembergischen Stadtkreise (2,8 Prozent). Die Spanne der Pflegequoten in den Stadtkreisen reicht von 2,3 Prozent in Heidelberg bis zu 4,1 Prozent in Pforzheim. Die unterschiedlichen Pflegequoten hängen eng mit den unterschiedlichen Anteilen älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zusammen.

Pflegebedürftige werden in der Pflegestatistik entsprechend der drei Hauptleistungsarten der Pflegeversicherung danach unterschieden, ob sie:

- stationär in einem Pflegeheim
- ambulant zu Hause durch einen zugelassenen Pflegedienst oder
- ausschließlich von Angehörigen oder sonstigen Helfern zu Hause mit Pflegegeld betreut und versorgt werden.

In Baden-Baden lebten Ende 2015 insgesamt 63 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause. Die Mehrheit von ihnen erhielt Pflegegeld, ein kleinerer Teil ausschließlich oder zusätzlich eine Pflegesachleistung für die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst. In Baden-Württemberg ist der Anteil der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen mit 72 Prozent um neun Prozentpunkte höher als in der Stadt Baden-Baden. Der geringere Anteil der zu Hause Lebenden in Baden-Baden beruht sowohl auf einem geringeren Anteil von Personen mit Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst als auch einem geringeren Anteil von Pflegegeldempfängern.

¹⁰⁵ Hommel, Thomas: Armut als Pflegerisiko, in: Gesundheit und Gesellschaft. Heft 2/2017.

Andersherum wurden 37 Prozent der Pflegebedürftigen in der Stadt Baden-Baden - im Vergleich zu 28 Prozent der Pflegebedürftigen im Land Baden-Württemberg - dauerhaft oder im Rahmen der Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim versorgt. In den Stadtkreisen sind die Anteile stationärer Pflege in der Regel höher als in den Flächenkreisen. Daher ist zusätzlich ein Vergleich mit dem Durchschnittswert der baden-württembergischen Stadtkreise sinnvoll. Der Vergleich zeigt, dass der stationäre Pflegeanteil in der Stadt Baden-Baden auch um fünf Prozentpunkte über dem Durchschnittswert der baden-württembergischen Stadtkreise von 32 Prozent liegt.

Überdurchschnittliche Zuwächse bei Tagespflege und Pflegegeld in letzten Jahren

In Baden-Baden gab es in den letzten Jahren Zuwächse bei nahezu allen Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung.¹⁰⁶ Die Zuwächse sind aber je nach Leistungsart unterschiedlich hoch:

- Die größte prozentuale Steigerung ist im Bereich der Tagespflege zu verzeichnen; hier war der Ausgangswert im Jahr 2001 mit 33 Leistungsempfängern sehr niedrig und stieg bis zum Jahr 2015 um 104 auf insgesamt 137 an. Dies ist mehr als das Vierfache des Ausgangswertes.
- Auch die Zahl der Pflegegeldempfänger stieg zwischen 2001 und 2015 deutlich an: um rund 72 Prozent von knapp 520 auf 890 Personen. Dies ist insbesondere auf die deutliche Zunahme seit 2009 zurückzuführen.
- Die Zahl an Leistungsempfängern in der ambulanten Pflege nahm im Zeitraum von 2001 bis 2015 um rund 57,5 Prozent zu (von knapp 260 auf 400 Personen).¹⁰⁷ Der Anstieg ist insbesondere auf den deutlichen Zuwachs der ambulant Versorgten von 2013 auf 2015 zurückzuführen.
- Die Zahl der Personen mit stationären Pflegeleistungen (Dauer- und Kurzzeitpflege) in der Stadt Baden-Baden war zwischen 2001 und 2011 von knapp 760 auf fast 850 gestiegen und ging seither wieder zurück. 2015 lag sie mit rund 750 knapp unter dem Ausgangswert von 2001).¹⁰⁸

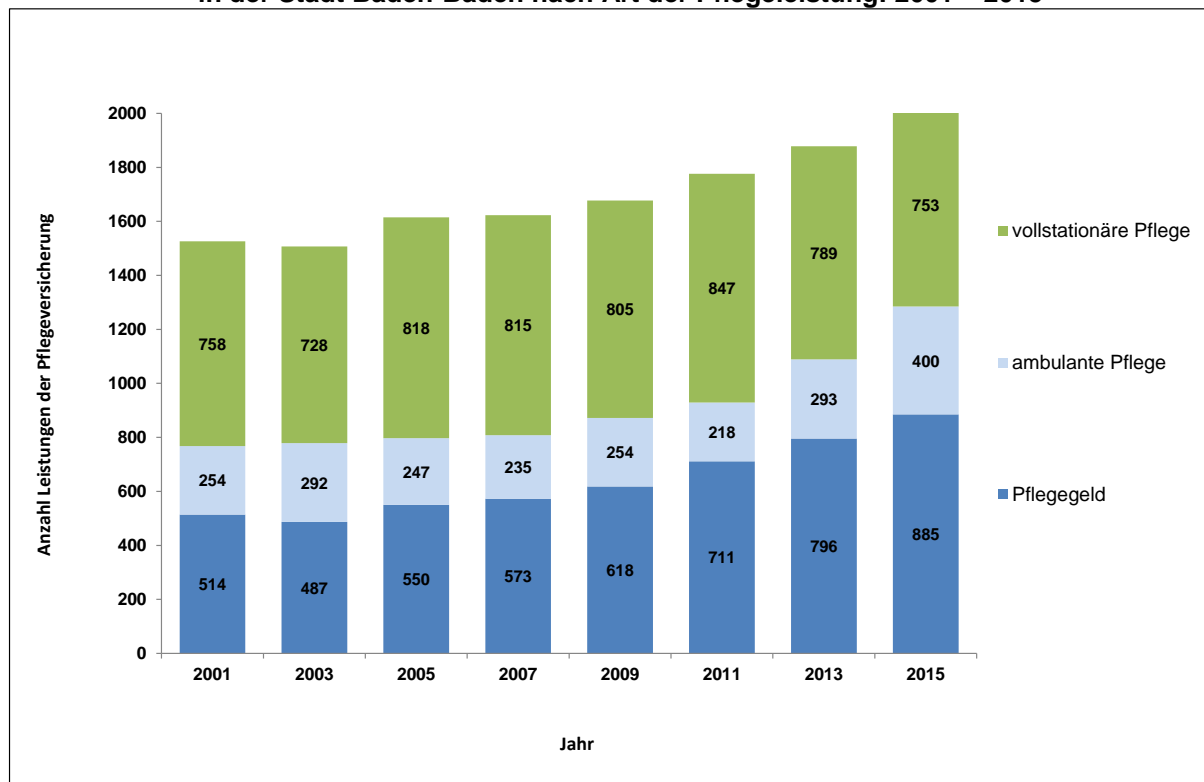
Berücksichtigt wurden bei dieser Zählung auch die Bewohner von Pflegeheimen im Stadtkreis Baden-Baden, die vor ihrem Umzug ins Pflegeheim privat in anderen Stadt- oder Landkreisen gewohnt haben. Nach der Erhebung bei den Pflegeheimen im Rahmen der Seniorenplanung macht diese Personengruppe fast ein Viertel aller Pflegeheimbewohner in der Stadt Baden-Baden aus. Andersherum dürften auch pflegebedürftige Menschen aus der Stadt Baden-Baden derzeit teilweise in Pflegeheimen außerhalb des Stadtgebietes leben. Wie viele dies sind, ist nicht bekannt.

¹⁰⁶ Schwankungen in Einzeljahren können erhebungsbedingt sein (Stichtagserhebung; organisatorische Änderungen bei den Anbietern, vgl. auch die folgende Fußnote)

¹⁰⁷ Die Daten zu den ambulanten und vollstationären Leistungen werden standortbezogen bei den Pflegeeinrichtungen erhoben. Organisatorische Änderungen bei den Diensten (zum Beispiel eine Verlagerung des Standortes in einen anderen Kreis) können also die Ergebnisse beeinflussen, obwohl faktisch gleich viele Menschen eine Leistung erhalten

¹⁰⁸ In die Gesamtzahl der stationär versorgten Personen wurde aus methodischen Gründen auch die Zahl der Empfänger von Leistungen der Kurzzeitpflege einbezogen (eine detaillierte Beschreibung der methodischen Grundlagen folgt im Kapitel B 8.9, Bedarfsvorausschätzung bis zum Jahr 2030).

Abbildung 7: Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen, ohne „Pflegestufe 0“) in der Stadt Baden-Baden nach Art der Pflegeleistung: 2001 – 2015



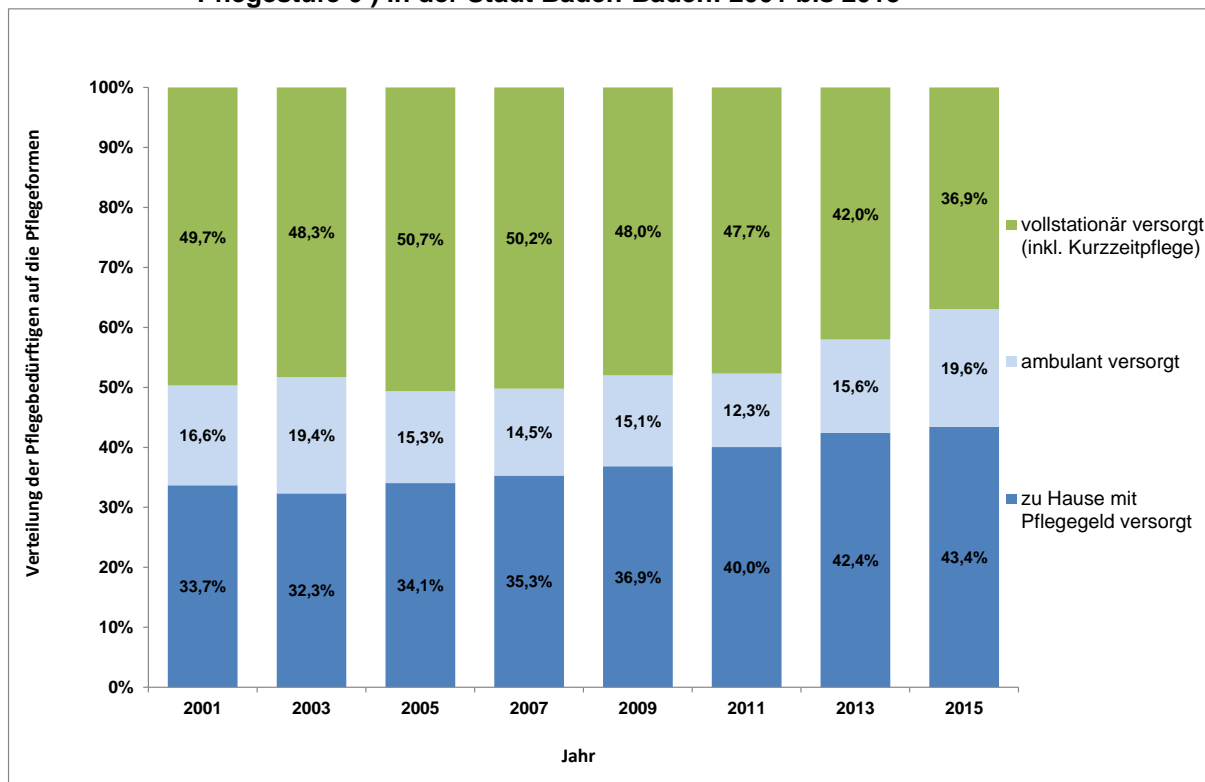
Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2001-2015. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die unterschiedlich hohen Zuwächse bei den einzelnen Pflegeleistungen führen im Zeitverlauf zu einer Veränderung der Versorgungsstruktur:

- Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen ist in Baden-Baden seit 2005 rückläufig. Besonders deutlich ist der Rückgang zwischen 2011 und 2015. Trotz des Rückgangs liegt der Anteil stationärer Pflege an allen Versorgungsformen in Baden-Baden mit 37 Prozent weiterhin über den Durchschnittswerten des Landes und der Stadtkreise in Baden-Württemberg (vergleiche die Ausführungen im letzten Abschnitt).
- Der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause leben und von ambulanten Pflegediensten (mit) unterstützt werden, hat sich zwischen 2001 und 2013 nur geringfügig verändert. Zwischen 2013 und 2015 erhöhte sich der Anteil der ambulanten Pflege deutlich von knapp 16 auf 20 Prozent.
- Der Anteil der zu Hause Lebenden mit Pflegegeld hat im selben Zeitraum am stärksten zugenommen: von knapp 34 Prozent im Jahr 2001 auf mehr als 43 Prozent im Jahr 2015. Dazu dürfte zum einen der Ausbau von Leistungen und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige - wie zum Beispiel der Tagespflege - beigetragen haben. Zum anderen scheint aber auch die Unterstützung durch im Haushalt lebende Kräfte aus dem Ausland zugenommen zu haben. Seit 2011 benötigen Haushalthilfen aus bestimmten Ländern keine Arbeitserlaubnis mehr. Auf diese Form der Betreuung wird im Kapitel B 7, Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege – Alltagshilfen, eingegangen.

Insgesamt ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause mit Pflegegeld oder durch einen ambulanten Dienst versorgt werden, zwischen 2001 und 2015 um 13 Prozentpunkte von 50 auf 63 Prozent gestiegen, der Anteil der stationären Pflege im Gegenzug von 50 auf 37 Prozent gesunken. Dies sind sehr weitreichende Verschiebungen für einen Zeitraum von 14 Jahren.

Abbildung 8: Versorgungsstruktur der Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen, ohne Pflegestufe 0) in der Stadt Baden-Baden: 2001 bis 2015



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

8.2.2 Pflegebedürftige ab 65 Jahren (einschließlich „Pflegestufe 0“)

Im Folgenden werden nur Personen mit Pflegebedarf ab 65 Jahren berücksichtigt, da diese Altersgruppe im Fokus der Seniorenplanung steht. Anders als im vorangehenden Abschnitt werden nun aber zusätzlich rund 100 Personen mit „Pflegestufe 0“ und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Alter ab 65 Jahren berücksichtigt. Dieser Personenkreis bezieht ebenfalls Leistungen nach dem SGB XI und wird seit der Einführung der Pflegegrade ab dem 01.01.2017 auch in die Einstufung einbezogen. Die unterschiedliche Systematik führt zu geringfügigen Abweichungen der Gesamtzahlen im Vergleich zum vorigen Kapitel.

1.900 Pflegebedürftige ab 65 Jahre in Baden-Baden – Höhere Pflegequote als im Land

Am 15.12.2015 erhielten in der Stadt Baden-Baden fast 1.900 Pflegebedürftige im Alter ab 65 Jahre (einschließlich „Pflegestufe 0“) Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Insgesamt gab es 2.160 Personen mit Pflegeleistungen, wenn man die „Pflegestufe 0“ berücksichtigt. Pflegebedürftige ab 65 Jahren machen somit rund 88 Prozent, jüngere Pflegebedürftige mit rund 250 Personen 12 Prozent aller Pflegebedürftigen im Stadtgebiet aus.

Für einen Vergleich mit anderen Kreisen ist es sinnvoll, die Pflegequote älterer Menschen zu berechnen – also den Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre auf die Gesamtbevölkerung ab 65 Jahre zu beziehen. Für Baden-Baden ergibt sich dabei ein Wert von 133 Pflegebedürftigen ab 65 Jahre pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe, für das Land Baden-Württemberg ein Wert von 127.

In der Stadt Baden-Baden leben also nicht nur mehr ältere Menschen als anderswo, sondern die älteren Menschen haben auch ein etwas höheres Pflegerisiko.

Höhere Anteile stationärer Versorgung bei älteren Menschen in Baden-Baden

Die Versorgungsstruktur älterer Pflegebedürftiger weicht etwas von der Versorgungsstruktur aller Pflegebedürftigen ab. Beim Vergleich mit der Versorgungsstruktur im Land ergeben sich Parallelen: Auch bei den älteren Pflegebedürftigen ist der Anteil der stationären Versorgung in der Stadt Baden-Baden im Vergleich zum Land überdurchschnittlich hoch:

- Von den Pflegebedürftigen ab 65 Jahre in Baden-Baden lebten 775 (41 Prozent) in Privathaushalten und erhielten Pflegegeld (einschließlich Personen in „Pflegestufe 0“). Der Anteil der mit Pflegegeld zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ist damit in der Altersgruppe ab 65 Jahren etwas geringer als bei den Pflegebedürftigen insgesamt mit 43 Prozent und auch geringer als in der gleichen Alterskategorie in Baden-Württemberg (48 Prozent).
- Etwa 400 Personen mit Pflegeleistungen ab 65 Jahre wurden ausschließlich oder zusätzlich von ambulanten Pflegediensten betreut (Pfleagesachleistung oder Kombileistung).¹⁰⁹
- Rund 700 Pflegebedürftige ab 65 Jahre nahmen zum Stichtag vollstationäre Dauerpflege in Anspruch, 15 Kurzzeitpflege. Mit insgesamt 715 Personen ab 65 Jahre in stationärer Dauer- oder Kurzzeitpflege ist die Bedeutung der stationären Pflege bei den älteren Pflegebedürftigen in Baden-Baden etwas höher als bei den Pflegebedürftigen insgesamt (38 versus 37 Prozent) und höher als in Baden-Württemberg.
- 140 Personen ab 65 Jahren (darunter 5 in „Pflegestufe 0“) nutzten – meistens zusätzlich zur häuslichen Pflege – ein Tagespflegeangebot.¹¹⁰

Tabelle 1: Pflegebedürftige ab 65 Jahre in der Stadt Baden-Baden nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung am 15.12.2015 – einschließlich „Pflegestufe 0“

	ausschließlich Pflegegeld	Ambulante Pflege	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Insgesamt* (ohne Tages- u. Nachpflege)	Tages- u. Nachtpflege
Anzahl insgesamt	775	402	702	15	1.894	140
Anteil an allen Pflegebedürftigen in %	40,9	21,2	37,1	0,8	100	7,4

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

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

Ältere Frauen werden häufiger stationär versorgt als ältere Männer

Innerhalb der Stadt Baden-Baden unterscheidet sich die Versorgungsform älterer Pflegebedürftiger noch einmal nach dem Geschlecht: Während knapp 49 Prozent der pflegebedürftigen Männer ab 65 Jahren zu Hause mit Pflegegeld gepflegt werden, liegt der Anteil bei den Frauen ab 65 Jahren nur bei 38 Prozent. Demgegenüber ist der Anteil der Frauen, die in einem Pflegeheim versorgt werden, mit 42 Prozent deutlich höher als bei den Männern mit 31 Prozent. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurden bereits im letzten Abschnitt angesprochen. Sie könnten damit zusammenhängen, dass Frauen – möglicherweise vorbelastet durch die vorherige Pflege des Partners und/ oder weiterer Angehöriger

¹⁰⁹ Darunter fallen Personen, die ausschließlich Pfleagesachleistungen (Versorgung durch einen Pflegedienst) oder aber eine Kombileistung aus Pflegegeld und Pfleagesachleistung erhalten

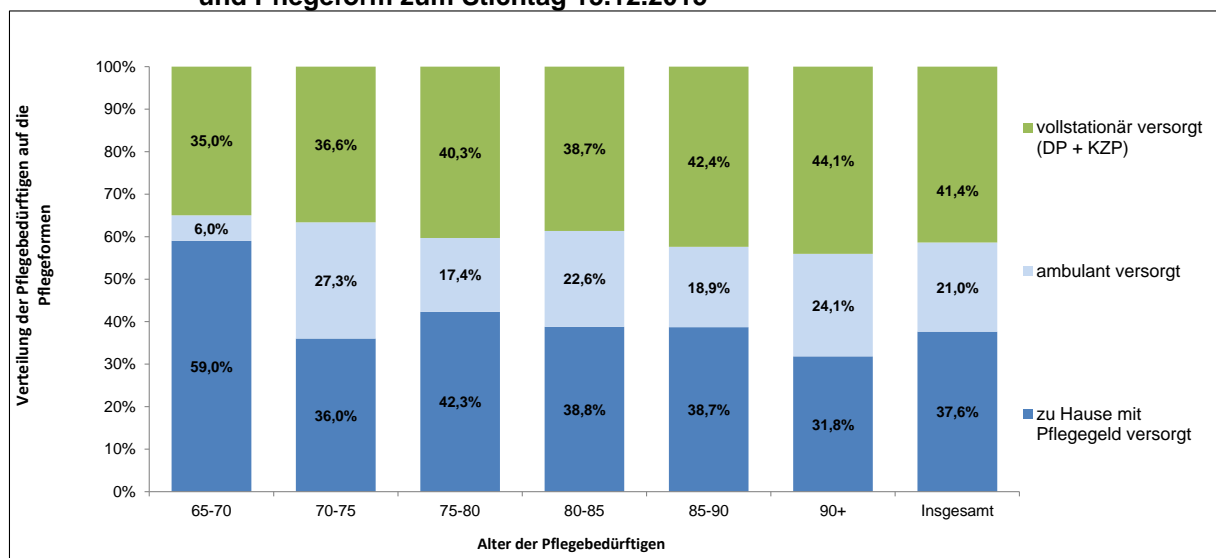
¹¹⁰ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2015. Die Nutzer von Tagespflegeangeboten sind in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger nicht berücksichtigt, da es sonst hier zu Doppelzählungen kommen könnte.

– mit zunehmendem Alter ein erhöhtes Pflegerisiko entwickeln und häufiger als Männer allein leben. Dem entsprechend müssen sie dann die Versorgung in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen.

Auch der Zusammenhang zwischen Alter und Pflegeform ist bei Frauen und Männern unterschiedlich (vergleiche die beiden folgenden Abbildungen 3 und 4).

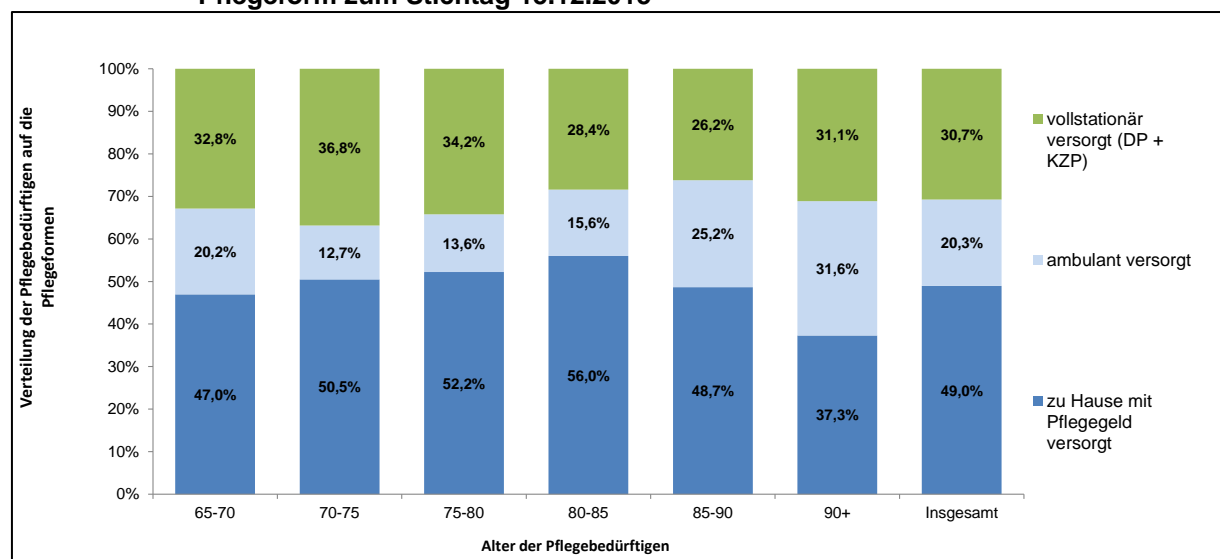
Bei den pflegebedürftigen Frauen steigt der Anteil stationärer Versorgung mit zunehmendem Alter sehr deutlich an: von 35 % im Alter zwischen 65 und 70 Jahren auf 44 Prozent im Alter ab 90 Jahren. Bei den Männern hingegen geht der Anteil, der im Pflegeheim lebt, zwischen dem 70. und dem 90. Lebensjahr zurück und nimmt erst danach wieder zu. Pflegebedürftige Männer zwischen 65 und 75 Jahren dagegen werden häufiger stationär versorgt als die hochbetagten Männer.

Abbildung 9: Pflegebedürftige Frauen ab 65 Jahre in der Stadt Baden-Baden nach Alter und Pflegeform zum Stichtag 15.12.2015



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

Abbildung 10: Pflegebedürftige Männer in der Stadt Baden-Baden nach Alter und Pflegeform zum Stichtag 15.12.2015



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

Überdurchschnittliche Nutzung von Tagespflege

Mehr als 7 Prozent der Menschen ab 65 Jahren mit Pflegebedarf im Stadtkreis Baden-Baden nutzten zum Stichtag ein Angebot der Tagespflege. Bei diesem, die häusliche Pflege stärkendem Angebot, liegt die Inanspruchnahme-Quote im Stadtkreis Baden-Baden deutlich über dem Landesdurchschnitt mit 3 Prozent. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass gerade die Tagespflegeangebote in der Stadt Baden-Baden in erheblichem Umfang auch von pflegebedürftigen Menschen aus dem Landkreis Rastatt mitgenutzt werden. Die Nutzer aus dem Landkreis werden im Rahmen der Pflegestatistik ebenfalls berücksichtigt.

8.3 Häusliche Pflege durch Angehörige oder privat organisierte Hilfen

Die Daten im vorigen Kapitel haben bereits gezeigt, dass ein beträchtlicher Teil der Pflegebedürftigen die häusliche Pflege mit Hilfe des Pflegegelds ausschließlich privat organisiert. Auch dort, wo ambulante Pflegedienste tätig sind, werden meist ergänzend private Hilfen geleistet (Kombination von Pflegesach- und Pflegegeldleistung).

Meist sind es Angehörige, teilweise auch Freunde oder bürgerschaftlich Engagierte, die beim Bezug von Pflegegeld die Pflegeleistungen übernehmen. Daneben hat in den vergangenen Jahren die Beschäftigung ausländischer Hilfskräfte, die im Haus des Pflegebedürftigen wohnen, an Bedeutung gewonnen.

8.3.1 Allgemeine Daten zur häuslichen Pflege

Der im Jahr 2015 erstellte DAK-Pflegereport liefert umfassende Informationen über häusliche Pflegearrangements und die Situation pflegender Angehöriger:¹¹¹

- Private Pflege wird danach überwiegend von Frauen im Alter zwischen 45 und 70 Jahren geleistet, die zu zwei Dritteln nicht berufstätig sind. Wird die Pflege neben einer beruflichen Tätigkeit geleistet, handelt es sich in 80 Prozent der Fälle um eine Teilzeitbeschäftigung.
- Fast jeder zweite der befragten Pflegenden gab an, die eigenen Eltern zu pflegen, 11 Prozent pflegten Schwiegereltern, rund 4 Prozent Nachbarn oder Freunde und der Rest den Ehepartner.
- Der zeitliche Umfang der Pflege lag in etwa der Hälfte der Fälle zwischen ein und drei Stunden am Tag; in 25 Prozent zwischen drei und sechs Stunden und in 14 Prozent sogar höher als sechs Stunden. In 12 Prozent der Fälle betrug der Zeitaufwand weniger als eine Stunde. Die weniger zeitintensive Pflegetätigkeit wurde überproportional häufig von Männern geleistet.
- Befragt nach den Gründen für die Übernahme der Pflege nannten 70 Prozent die persönliche Verbundenheit mit dem Pflegebedürftigen, 43 Prozent gaben Pflichtgefühl als Hauptgrund an, jeweils 13 Prozent finanzielle Gründe sowie das fehlende Vertrauen in Pflegeheime. 6 Prozent erklärten, die Pflege auf Wunsch anderer Personen übernommen zu haben.
- Bei den anfallenden Tätigkeiten gaben 90 Prozent hauswirtschaftliche Verrichtungen an, 75 Prozent Körperpflege und jeder zweite Befragte Unterstützung bei Toilettengang und Essen.

¹¹¹ DAK (Hg.): Pflegereport 2015. Hamburg, 2015. Der Report basiert auf eigenen Leistungsdaten und den Ergebnissen repräsentativer Erhebungen.

Herausforderungen für die häuslich Pflegenden....

Die Datenauswertung ergab teilweise sehr hohe körperliche und psychische Belastungen der häuslich Pflegenden: Fast ein Fünftel klagte über depressive Phasen mit Niedergeschlagenheit und das Gefühl des Alleingelassen-Werdens. Auch körperliche Erkrankungen kamen bei Pflegenden häufiger vor als in der Vergleichsgruppe, die keine Pflege leistete. Die Daten des DAK Pflegereports werden auch durch eine Befragung häuslich Pflegenden im Rahmen des AOK Pflegereports 2016 bestätigt: Nach dieser gelten 18 Prozent der befragten Hauptpflegepersonen als hoch belastet.¹¹²

In vielen Fällen gaben die Pflegenden an, eigene soziale Kontakte zu vernachlässigen. Dies kann schnell zu einer Spirale aus Überlastung und Isolation führen. Stress entsteht auch dadurch, dass bei vielen Pfllegetätigkeiten sehr Intimes geteilt werden muss und Schamgrenzen überschritten werden. Auch der durch die Pflege bedingte Rollenwechsel zwischen Eltern und erwachsenen Kindern ist für viele Angehörige schwierig – vor allem, wenn sich durch eine Demenzerkrankung zusätzlich Persönlichkeit und Verhalten des Angehörigen verändern.

Die Höhe des Pflegebedarfs und das Vorliegen einer Demenzerkrankung hatten ebenso Einfluss auf die empfundene Belastung wie die Dauer der Pflegesituation und das soziale Umfeld. Konnte die Verantwortung geteilt, das heißt die Pflege auf mehrere Schultern (weitere Angehörige, Fachkräfte oder sonstige Helfer) verteilt werden, war die subjektive Belastung deutlich geringer. Dann wurden häufig auch positive Erlebnisse – zum Beispiel die Sinnstiftung und Zufriedenheit bei einer gut gelingenden Betreuung und Pflege und eine Intensivierung der Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem – berichtet.

...und Hemmschwellen bei der Nutzung von Entlastungsangeboten

Der AOK Pflege-Report 2016 beschäftigte sich ebenfalls mit der Situation pflegender Angehöriger und der Nutzung von Entlastungsangeboten. In einer repräsentativen Befragung gab ein Viertel der Haushalte mit Pflegebedürftigen an, eigentlich zusätzliche Hilfe bei der Pflege zu benötigen.¹¹³ Die bestehenden Entlastungsangebote im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung bewerteten die pflegenden Angehörigen zwar insgesamt als gut. Allerdings nahm nur ein kleiner Teil von ihnen die Angebote tatsächlich in Anspruch. Als Gründe für die geringe Inanspruchnahme nannten die Pflegenden unter anderem, dass:

- die pflegebedürftigen Angehörigen nicht von einer fremden Person gepflegt werden möchten
- die Kosten zu hoch seien oder
- die Erreichbarkeit der Angebote schlecht sei.

Paradoxerweise sinkt die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten der Pflegeversicherung mit zunehmender Belastung der Pflegenden. Lediglich 40 Prozent der hoch belasteten Angehörigen fühlen sich bei der Pflege ausreichend unterstützt. Sie haben im Vergleich zu anderen Pflegepersonen fast doppelt so häufig Schwierigkeiten bei der Suche und der Beantragung von Angeboten der Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege.¹¹⁴

Die Ergebnisse der Studien zeigen somit das große Engagement, aber auch die großen Herausforderungen bei der häuslichen Pflege. Sie verdeutlichen, wie wichtig es ist, pflegende Angehörige zu entlasten. Von zentraler Bedeutung ist dabei aber nicht nur, dass

¹¹² Vgl.: AOK Bundesverband: Presseinformation des AOK-Bundesverbandes vom 7.3.2016: Pflege-Report 2016. Statement von Antje Schwinger, S. 2: aufgerufen am 7.2.2017. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe_pk_pfleger_rep_2016_komplett.pdf.

¹¹³ http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe_pk_pfleger_rep_2016_komplett.pdf

¹¹⁴ <https://rh.aok.de/inhalt/aok-pfleger-report-2016/>

geeignete Entlastungsangebote zur Verfügung stehen, sondern auch, dass diese bekannt sind und die Schwelle für eine Nutzung niedrig ist.

Zukünftig abnehmendes häusliches Pflegepotenzial?

Viele Experten erwarten, dass sich das familiäre Pflege- und Unterstützungspotenzial durch verschiedene Ausprägungen des gesellschaftlichen Wandels zukünftig verringert. Ursachen sind insbesondere: Singularisierungstendenzen, der Trend zu wachsenden räumlichen Entfernungen zwischen Eltern und Kindern, der Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl und die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen. Andere Studien verweisen auf die nach wie vor hohe Pflegebereitschaft innerhalb der Familien. Auch diese Studien gehen aber davon aus, dass sich die Art der Unterstützung verändert und ein „Hilfemix“ zwischen Angehörigen- und professioneller Pflege zukünftig an Bedeutung gewinnt.¹¹⁵

Finanzierung der häuslichen Pflege

Für die häusliche Pflege gewährt die Pflegeversicherung ab Pflegegrad 2 ein nach Pflegegraden gestaffeltes Pflegegeld. Dieses Pflegegeld wurde im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze erhöht. Ebenso wird mehr Geld für Pflegehilfsmittel und notwendige Umbauten der Wohnung gewährt und der Zugang zu Hilfsmitteln wie Gehhilfen oder Duschstühlen vereinfacht. Auch der nun allen Pflegebedürftigen zustehende Entlastungsbetrag kann zur Finanzierung bestimmter Angebote eingesetzt werden.

Zusätzliche Regelungen sollen gezielt die Angehörigen stärken: durch kostenlose Pflegekurse und -beratung, verbesserte Leistungen der Verhinderungspflege bei einem vorübergehenden Ausfall der Pflegenden, Möglichkeiten zur Freistellung vom Beruf (Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz) und eine bessere soziale Absicherung im Rahmen der Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Auch die Finanzierung weiterer Leistungen, die die häusliche Pflege unterstützen, wie zum Beispiel Tages- und Kurzzeitpflege sowie ambulante Sachleistungen, wurde erhöht. Eine wichtige Neuerung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze ist, dass das Pflegegeld nun weiterhin in vollem Umfang ausgezahlt wird, auch wenn zusätzlich die Leistungen der Tagespflege ausgeschöpft werden.

8.3.2 Daten und Fakten: Baden-Baden

Die Daten aus dem vorigen Kapitel belegen die große und in den vergangenen Jahren weiter gestiegene Bedeutung der häuslichen Pflege auch in der Stadt Baden-Baden: Ende 2015 wurden 775 Personen¹¹⁶ und damit 41 Prozent aller Pflegebedürftigen ab 65 Jahren in Baden-Baden ausschließlich privat gepflegt und erhielten dafür Pflegegeld von der Pflegeversicherung (Vergleichswert Baden-Württemberg: 48 Prozent). Berücksichtigt man auch jüngere Pflegebedürftige ist die Anzahl häuslicher Pflegeleistungen noch höher. Bemerkenswert ist auch die sehr dynamische Entwicklung der häuslichen Pflege im Zeitverlauf: Laut amtlicher Statistik erhöhte sich die Zahl der Pflegegeldempfänger zwischen 2001 und 2015 in Baden-Baden um mehr als 70 Prozent. Am stärksten war der Anstieg seit dem Jahr 2009. Von besonderer Bedeutung ist, dass die häusliche Pflege mit Pflegegeldleistungen auch ihren Anteil an allen Versorgungsformen zwischen 2001 und 2015 deutlich steigern konnte – zu Lasten des Anteils der stationären Versorgung. Ein großer Anteil der Personen mit Pflegegeld erhält voraussichtlich Unterstützung von Angehörigen, ein Teil durch im Haushalt lebende Betreuungskräfte aus dem Ausland.

¹¹⁵ Siehe vorhergehende Fußnote, Statement von Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, S. 1

¹¹⁶ Einschließlich Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Die oben genannte Zahl von 775 Personen erhöht sich voraussichtlich noch um 250 Personen, die sowohl eine ambulante Sachleistung als auch Hilfe durch Angehörige erhalten.¹¹⁷ Insgesamt erhalten somit voraussichtlich mehr als 1.000 Pflegebedürftige ab 65 Jahre in Baden-Baden Unterstützung im Rahmen privater Pflegeleistungen.

Angehörige übernehmen häufig auch aufwändige Pflege: Rund 33 Prozent der Gepflegten ab 65 Jahre, die ausschließlich Pflegegeld erhalten waren in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft.

Die Zahlen zeigen, dass die Pflegebereitschaft von Angehörigen auch in der Stadt Baden-Baden hoch ist. Gleichzeitig ist der Anteil häuslicher Pflege weiterhin geringer als im Land und im Durchschnitt der Stadtkreise.

Auch im Stadtkreis Baden-Baden dürfte zutreffen, dass bisher überwiegend Frauen Frauen pflegen. Aus der Statistik der Pflegeversicherung ist bekannt, dass im Jahr 2015 zwei Drittel der ausschließlich häuslich-privat gepflegten älteren Menschen weiblich waren.

8.3.3 Pflegende Angehörige als Experten in eigener Sache

Im Rahmen der Seniorenplanung fand eine Gesprächsrunde mit pflegenden Angehörigen statt. Sie sollten das Unterstützungssystem bewerten und Hinweise auf fehlende oder zu optimierende Angebote und Möglichkeiten zur Erleichterung ihres Pflegealltags geben.

Positiv bewerteten die Angehörigen insbesondere:

- die Angebote des Pflegestützpunktes (Beratung, Demenzkampagne und –gruppe)
- neue Pflegekonzepte für Demenzkranke, wie zum Beispiel die Pflege-Wohngemeinschaft der Caritas
- die Tagespflegeangebote
- das große kulturelle Angebot in der Stadt, das auch von Senioren genutzt werden kann
- den ambulanten Hospizdienst.

Angebote, die **selbst genutzt** wurden oder werden, sind:¹¹⁸:

- Pflegestützpunkt und insbesondere die Demenzgruppe beim Pflegestützpunkt
- Pflegekurse für Angehörige
- Angebote der ambulanten Pflegedienste
- Tages- und Kurzzeitpflege
- Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft und dortiger Stammtisch (zielt insbesondere auf Menschen im frühen Stadium der Demenz ab)
- gemeinsames Essensangebot für Angehörige und Demenzkranke in der „Geroldsauer Mühle“
- Unterstützung durch Familienmitglieder oder sonstige informelle Kontakte, insbesondere in Krisensituationen
- Medizinisch-ärztliche Versorgungsangebote: insbesondere Ärzte, die mit demenziellen oder altersbedingten Krankheitsbildern und der Versorgungslandschaft vertraut sind

¹¹⁷ Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung „Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Gütersloh 2014, S. 27“ erhalten rund 60 Prozent der Nutzer ambulanter Pflegedienste parallel Pflegegeld im Rahmen einer Kombinationsleistung. Zum Stichtag 15.12.2015 nutzten in Baden-Baden fast 420 Personen ambulante Dienste oder Kurzzeitpflege.

¹¹⁸ Die Reihenfolge der Aufzählung ist willkürlich und spiegelt keine Bewertung wider

- Alzheimer-Therapie-Zentrum in Bad Aibling: dieses macht Reha-Angebote für Betroffene unter Einbindung der Angehörigen. Die Kosten hierfür müssen allerdings teilweise selbst finanziert werden.

Wesentliche Belastungen im Pflegealltag

Auch in Baden-Baden sind pflegende Angehörige teilweise rund um die Uhr im Einsatz. Dies gilt insbesondere für Angehörige von Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung. Sie müssen mit häufig wechselnden Verhaltensweisen des gepflegten Angehörigen zurechtkommen. Einige Teilnehmer berichteten von sehr belastenden Krisensituationen: zum Beispiel, als der demenzkranke Angehörige nicht mehr alleine nach Hause zurückfand und von der Polizei gesucht werden musste. Aus Sorge, dass sich dies wiederholt, wird der Umfang der Begleitung nach einem solchen Ereignis meist weiter ausgedehnt, man lässt den Angehörigen „keine Minute mehr allein“. Dies kann zu einer Isolierung – sowohl der Pflegenden als auch der Gepflegten – führen, vor allem wenn das Umfeld negativ auf die Veränderungen des Verhaltens durch die Demenz reagiert. Weitere Sorgen, die genannt wurden, waren:

- die schwierige Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus
- die Sorge um die eigene Vorsorge und Gesundheit bei vermehrt auftretenden Erkrankungen innerhalb der Familie
- der Tod des gepflegten Angehörigen und der Umgang mit Trauer
- die fehlende Barrierefreiheit der Wohnung und des Wohnumfeldes - sowohl im Hinblick auf räumliche Barrieren als auch auf „Barrieren im Kopf“. Als Beispiel wurde genannt, dass ein Café-Besuch mit Angehörigen, die im Rollstuhl sitzen oder sich „auffällig“ benehmen, kaum noch möglich ist: weil das Gebäude nicht barrierefrei und / oder die Sensibilität und Akzeptanz von Personal und anderen Gästen gering ist. Insbesondere wiesen Angehörige auf große Vorurteile gegenüber jüngeren Menschen mit einer Demenzerkrankung hin. Allerdings wurde vereinzelt auch über positive Reaktionen des Umfelds berichtet – zum Beispiel verständnisvolle Bankangestellte oder Polizisten.

Die pflegenden Angehörigen machten folgende **Vorschläge zur Weiterentwicklung** der Unterstützung für pflegende Angehörige:

Verbesserung der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

- Fortführung der Demenzkampagne
- Intensivierung der Aufklärung über Krankheitsbilder / Aufbau einer niedrigschwelligen Alzheimersprechstunde
- Sensibilisierung und gegebenenfalls Schulungen für Mitarbeitende in den Bereichen Presse und Öffentlichkeitsarbeit, um eine sensiblere Berichterstattung zu ermöglichen: aktuelle Berichterstattung und Pressefotos zu Menschen mit Demenz werden teilweise als diskriminierend empfunden
- Schulungsangebote für Krankenhauspersonal zum Themenbereich Demenz
- Schulungen für Busfahrer im Umgang mit Älteren und (dementiell) erkrankten Fahrgästen
- Maßnahmen um Angehörige zu ermutigen, Entlastungsangebote frühzeitig zu nutzen – also nicht erst in Krisensituationen – damit sich alle Beteiligten daran „gewöhnen“ können.
- Weitergabe von differenzierten Informationen über vorhandene Entlastungsangebote:
 - insbesondere Informationen über freie Plätze in der Dauer- und Kurzzeitpflege (gegebenenfalls Infobörse zu freien Pflege-Plätzen oder Erstvermittlung über Pflegestützpunkt)

- Informationen sollten nicht nur über das Internet zur Verfügung gestellt werden, sondern auch über andere Kanäle
- auch Informationen zu Qualität und Schwerpunkten von Angeboten wären aus Angehörigensicht hilfreich.

Ausbau und Optimierung von Pflege- und Entlastungsangeboten

- Angebot an Pflege-Wohngemeinschaften sollte weiter ausgebaut werden
- Schaffen von Angeboten für jüngere, demenziell erkrankte Menschen
- mehr Angebote für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten
- Tagespflegeangebote sollten die Bedürfnisse von Tagesgästen mit Demenz noch stärker berücksichtigen (z.B. Schaffen spezieller Ruhezeiten)
- Verkürzung der zum Teil recht langen Fahrtzeiten zu Tagespflegeangeboten
- ausreichendes Angebot an Fahr- und Begleitdiensten mit barrierefreien Fahrzeugen
- Minderung des Zeitdrucks bei ambulanten Pflegediensten
- Ausbau und qualitative Weiterentwicklung der stationären Dauerpflege, insbesondere auch für Menschen mit „Weglauff Tendenz“: generell noch stärkere Ausrichtung der stationären Dauerpflege auf demenzkranke Menschen
- Einsatz von Krankenhauslotsen für alleinstehende ältere Menschen / Demenzkranke

Speziell zur Optimierung der häuslichen Pflegesituation wurden genannt:

- Verstetigung der Angehörigenarbeit und kontinuierliche Ansprechpartner bei der Stadt und den Anbietern
- Durchführung von Angeboten/ Veranstaltungen, die speziell auf berufstätige pflegende Angehörige ausgerichtet sind.
- Bezahlbare Entlastungsangebote auch am Wochenende und am Abend (zum Beispiel auch ein Tagespflegeangebot am Wochenende). Den am Gespräch teilnehmenden pflegenden Angehörigen war nicht genau bekannt, ob und welche Angebote es in der Stadt Baden-Baden in diesem Bereich bereits gibt.¹¹⁹
- Bezahlbare Urlaubsangebote (z.B. in Hotels) in Kombination mit einer Tagespflege für den pflegenden Angehörigen, um gemeinsam Urlaub machen zu können und als Angehöriger trotzdem entlastet zu werden
- kurzfristig verfügbare Angebote der Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege
- mehr niederschwellige Angebote (vor Pflegeeinstufung) vor allem im Bereich der hausnahen Dienstleistungen, aber auch im Bereich des Wohnens. Ziel sollte sein: einige Stunden Freiraum für alle Angehörigen pro Tag

Entscheidend hierbei ist, dass der bürokratische Aufwand für die Organisation und Klärung der Finanzierung die gewonnene Zeit und Entlastung nicht „aufzehrt“.

Verbesserung der Vernetzung und Kooperation

- Förderung der Vernetzung unter den Angehörigen / Hilfe durch andere (auch ehemalige) pflegende Angehörige ist wichtig
- Synergien durch Kooperation von Angeboten der Altenpflege mit Angeboten für jüngere Menschen / Kinder (z.B. gemeinsames Essensangebot)

¹¹⁹ Hinweis: Die Tagespflege in Steinbach bietet derzeit eine Betreuung auch an Samstagen an. Allerdings berichtete ein weiterer Anbieter von Tagespflege im Rahmen des Fachgesprächs zur (teil)stationären Pflege, dass ein Angebot am Samstag aufgrund der geringen Nachfrage wieder eingestellt werden musste.

- Verbesserung der Überleitung aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit oder in ein Folgeangebot durch bessere Abstimmung.
- Stärkere Vernetzung und Koordinierung des Bürgerschaftlichen Engagements zur Schaffung eines Netzwerkes von Ehrenamtlichen, die von Pflegehaushalten gegen ein geringes Entgelt engagiert werden.

8.4 Pflege durch Ambulante Dienste

Nicht in allen Bereichen und nicht allen Pflegebedürftigen können Angehörige unter die Arme greifen. Manchmal sind zudem sehr vielfältige und umfassende Hilfen gefragt, die zusätzliche professionelle Unterstützung erfordern. Hierfür stehen ambulante Pflegedienste zur Verfügung.

Träger sind vorwiegend Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbände (Diakonie- und Sozialstationen) oder privat-gewerbliche Anbieter, manchmal auch Kommunen. Einige Träger bieten ambulante Pflege zusätzlich zu stationären oder teilstationären Pflegeangeboten an. Die Größe der ambulanten Dienste ist sehr unterschiedlich: In den letzten Jahren fusionierten einige ambulante Pflegedienste zu größeren Einheiten, um ihre Personalressourcen und Angebote auszuweiten. Daneben gibt es zahlreiche kleine Anbieter mit nur wenigen Mitarbeitenden.

Angebote und Konzepte

Ambulante Pflegedienste erbringen hauptsächlich

- Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung, pflegerische Betreuung, Hilfen bei der Haushaltsführung) und der medizinischen Behandlungspflege (ärztlich verordnete Pflege aufgrund einer Erkrankung wie zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel...).
- Zu den Aufgaben der Ambulanten Dienste gehören auch die Information und Beratung der Kunden (zum Beispiel zum Thema „Hilfsmittelversorgung“ und die Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern).
- Viele Ambulante Dienste bieten darüber hinaus weitere hauswirtschaftliche Hilfen, Kurse und Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige, Begleit-, Hol- oder Bringdienste, häusliche Betreuungsdienste und Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz oder Sturzpräventionstraining an. In einigen Fällen gehören auch weitere Dienstleistungen wie 24-Stunden-Betreuung zu Hause oder ein Hausnotruf zum Angebot.

Wesentlich für eine erfolgreiche Arbeit ist eine konsequente Kundenorientierung in der ambulanten Pflege. Diese zeigt sich unter anderem an der Flexibilität und Verlässlichkeit bei der zeitlichen Organisation der Einsätze und einem breit gefächerten Dienstleistungsangebot. Auch eine Öffnung des Angebots für die spezifischen Wünsche von Kunden mit Migrationshintergrund oder andere besondere Zielgruppen (zum Beispiel jüngere Pflegebedürftige, Pflegebedürftige mit einer psychischen oder Suchterkrankung, Menschen mit Bedarf an Intensivpflege) gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Ebenso wichtig ist die Vernetzung der Ambulanten Dienste mit den Kommunen und anderen Einrichtungen im Einzugsgebiet. Eine gute Zusammenarbeit ist insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, aber auch den Anbietern von niederschwelliger Unterstützung und Beratungsangeboten sowie teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen erforderlich.

Finanzierung

Die Träger ambulanter Pflegedienste schließen einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen ab. Dieser ist Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung für die Grundpflege mit den Kassen. Leistungen der Behandlungspflege werden in der Regel mit den Krankenkassen abgerechnet. Die ambulanten Pflegedienste müssen sich seit Einführung der Pflegeversicherung durch die Vergütungen refinanzieren und kostendeckend arbeiten. Teilweise gewähren kirchliche Träger oder Kommunen einen Zuschuss für zusätzliche Aufgaben, die die Dienste übernehmen.

Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für die notwendige Grundpflege bis zu einem, nach Pflegegraden gestaffelten, Höchstbetrag (ambulante Pflegesachleistung). Pflegebedürftige können die benötigten Leistungsangebote der Grundpflege individuell auswählen und mit dem Dienst vereinbaren. Die Pflegekassen stellen auf Anfrage Leistungs- und Preisvergleichslisten zur Verfügung. Wird mehr pflegerische oder sonstige Unterstützung im Alltag benötigt, muss diese vom Pflegebedürftigen selbst finanziert werden. Unter bestimmten Umständen kann auch der Entlastungsbetrag aus der Pflegeversicherung dafür eingesetzt werden. Pflegebedürftige, deren eigene Mittel nicht ausreichen, können gegebenenfalls beim Sozialhilfeträger ambulante Hilfe zur Pflege beantragen.

Die Kosten für Behandlungspflege werden nach ärztlicher Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Hier müssen Pflegebedürftige lediglich die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung übernehmen.

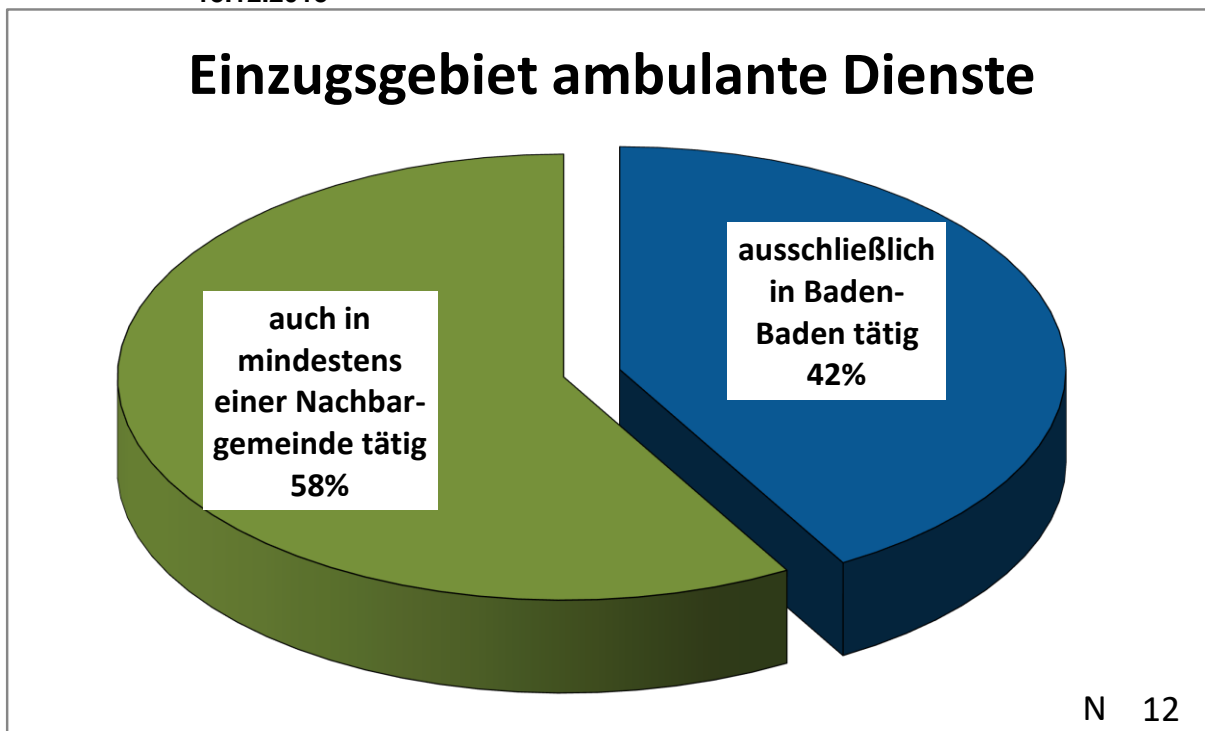
8.4.1 Angebote und Nutzung in Baden-Baden

Im Rahmen der Seniorenplanung wurde im Frühjahr 2016 eine schriftliche Erhebung bei allen ambulanten Pflegediensten mit Sitz in der Stadt Baden-Baden durchgeführt. Alle 13 Dienste, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen hatten, nahmen an der Erhebung teil. Allerdings konnten nicht alle Dienste alle Fragen beantworten. Dadurch beziehen sich einige Ergebnisse lediglich auf einen Teil der befragten Dienste. Die Zahl der Dienste, die geantwortet haben, wird bei jeder Auswertung als sogenannte Grundgesamtheit N mit angegeben.

Einzugsgebiete der Ambulanten Dienste

Fünf Ambulante Dienste gaben im Rahmen der Erhebung an, ausschließlich im Stadtkreis Baden-Baden tätig zu sein, weitere sieben Dienste versorgten zusätzlich auch Pflege- und Unterstützungsbedürftige in Kommunen des Nachbarlandkreises Rastatt.

Abbildung 11: Einzugsgebiete der Ambulanten Dienste in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Stadtkreis Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 (N=12).

Angebote der ambulanten Dienste

Alle befragten Dienste boten neben den im Versorgungsvertrag definierten Pflichtleistungen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung gemäß § 36 SGB XI sowie Pflegeberatung gemäß § 37 SGB XI) noch weitere Dienstleistungen an.

Tabelle 2: Zusätzliche Dienstleistungen der Ambulanten Pflegedienste im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015

Weitere Dienstleistungen	Anzahl Dienste	Prozentsatz
häusliche Krankenpflege	13	100%
Stundenweise Betreuung	12	92%
Hilfen im Haushalt	12	92%
Hausnotruf	10	77%
24h-Betreuung	6	46%
sonstige Dienste	6	46%
Mahlzeitendienst	4	31%
Anerkannte Betreuungsgruppen	1	8 %
Nachbarschaftshilfe	1	8 %

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Stadtkreis Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 (N=13)

Sonstige Dienste waren zum Beispiel:

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV),
- ambulante palliative Versorgung in Kooperation mit dem Palliativ-Team der Arbeiterwohlfahrt (PaTe) sowie

- ambulante Intensivpflege für Erwachsene und Kinder,
- haushaltsnahe Dienstleistungen und Unterstützungsangebote wie Einkaufsfahrten, Stadtfahrten, Haushaltshilfen und die Begleitung zu Ärzten.

Sieben Pflegedienste planen nach eigenen Angaben, ihr Angebotsspektrum zukünftig weiter auszubauen. Schwerpunkte der Planungen waren:

- der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Entlastungs- und Gesprächsangebote: zum Beispiel Einrichtung eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes, Ausbau der Angebote im hauswirtschaftlichen und Betreuungsbereich (Aufbau einer Betreuungsgruppe und Betreuungsleistungen im eigenen Haushalt, Angebot von Gesprächsnachmittagen für pflegende Angehörige)
- Aufbau weiterer pflegerischer Angebote, insbesondere im Bereich Tagespflege
- Aufbau sonstiger Angebote (zum Beispiel Schulbegleitung für Kinder mit Behinderung)
- Organisatorische Änderungen und neue Kooperationen: zum Beispiel Einrichtung eines Kundenberatungsbüros in Baden-Baden, stärkere Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen (mit Aufwandsentschädigung) und Intensivierung der Kooperation mit Schulen und Kindergärten.

Kundenstruktur der Ambulanten Dienste

12 Dienste machten Angaben zur Zahl der Klienten. Sie hatten zum Stichtag 15.12.2016 insgesamt 896 Kunden. Die Zahl der Kunden im Jahresverlauf ist deutlich höher. Hierzu liegen Daten von 10 Diensten vor: Sie betreuten im Verlauf des Jahres 2015 insgesamt 1.365 Personen.

Die Daten aus der Erhebung im Rahmen des Seniorenplans sind nicht unmittelbar vergleichbar mit den Daten aus der amtlichen Pflegestatistik. In der Pflegestatistik sind nur Klienten erfasst, die ambulante Pflegeleistungen nach dem SGB XI in Anspruch nehmen, in der Erhebung im Rahmen der Seniorenplanung dagegen teilweise auch Kunden, die sonstige Angebote der Dienste nutzen. Deshalb ist die Zahl der Klienten hier erheblich größer.¹²⁰ Dies zeigt, dass die Bedeutung der ambulanten Pflegedienste für Senioren weit über die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung hinausgeht.

Rund 80 Prozent der versorgten Klienten zum Stichtag 15.12.2015 war mindestens 75 Jahre alt, fast 40 Prozent sogar 85 Jahre und älter.

Tabelle 3: Alter der Klienten der Ambulanten Pflegedienste im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015

Alter	Anzahl Klienten	Anteil
unter 65 Jahren	62	7%
65 bis unter 75 Jahre	138	15%
75 bis unter 85 Jahre	351	39%
85 Jahre und älter	345	39%
gesamt	896	100%

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Stadtkreis Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 (N=12)

Die „typischen“ Klienten ambulanter Pflegedienste sind in die Pflegestufe 1 (53 Prozent) oder 2 (29 Prozent) eingestuft. Allerdings hatten auch rund 10 Prozent der Kunden am

¹²⁰ Eine weitere Differenz ergibt sich daraus, dass ambulante Pflegedienste bei stationären Pflegeheimen in der Amtlichen Statistik teilweise aus methodischen Gründen bei der stationären Pflege erfasst werden.

Stichtag 15.12.2015 noch keine Pflegestufe beziehungsweise „Pflegestufe 0“ aufgrund einer eingeschränkten Alltagskompetenz.

Tabelle 4: Pflegestufen der Klienten der Ambulanten Pflegedienste im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015

Pflegestufe	Anzahl Klienten	Anteil
keine Pflegestufe (aber beantragt)	30	3,8%
keine Pflegestufe (nicht beantragt/abgelehnt)	24	3,0%
Pflegestufe 0	33	4,2%
Pflegestufe 1	420	53,3%
Pflegestufe 2	228	28,9%
Pflegestufe 3	50	6,3%
Härtefall	3	0,4%
gesamt	788	100%

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den Ambulanten Diensten im Stadtkreis Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 (N=11).

Insgesamt war zum Stichtag 15.12.20 bei 15,34 Prozent der Klienten (269 Personen) eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI festgestellt worden, meist in Folge einer Demenzerkrankung.

8.4.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation und künftige Entwicklung der ambulanten Pflege in Baden-Baden wurde bei einem Fachgespräch mit Leitungskräften und Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste im Juli 2016 erörtert. Positiv hervorgehoben wurde von den Teilnehmern insbesondere

- die gute Zusammenarbeit mit der Betreuungsbehörde und
- das Angebot des Pflegestützpunkts.

Auf die Frage nach **Veränderungen** bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflege und dem **Personenkreis**, den sie ambulant versorgen, nannten die Teilnehmer folgende Aspekte:

- **Hemmnisse bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflege**

Trotz eines hohen Bedarfs scheuen viele Betroffene und Angehörige sich nach Einschätzung der Experten immer noch, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies hat aus Sicht der Fachkräfte vielerlei Gründe – auch finanzielle.

- **Zunahme der Vielfalt unter den Klienten**

- Junge Pflege nimmt zu, auch die ambulante Pflege von Kindern
- mehr Alleinlebende und mehr Menschen mit geringen finanziellen Mitteln
- mehr Demenzkranke (hier besteht weiterer Fortbildungsbedarf bei den Diensten)
- die Versorgung von Klienten mit geistiger Behinderung wird zunehmend wichtiger, auch die Versorgung von Klienten mit Migrationshintergrund und muslimischer Religionszugehörigkeit
- Zunahme von Klienten mit psychischen Erkrankungen und/ oder Abhängigkeitserkrankungen (hier besteht Fortbildungsbedarf, auch in Bezug auf Prävention)

- **Veränderung der nachgefragten Leistungen**

- Es besteht bereits jetzt ein hoher Bedarf an Begleitung und Beratung bei den Betroffenen und Angehörigen
- der Bedarf an hauswirtschaftlichen und niedrigschwelligen Hilfen steigt und wird zukünftig weiter zunehmen
- der Einstieg in ambulante Pflegeleistungen wird durch das Pflegestärkungsgesetz II noch niederschwelliger werden.

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

- Erweiterung der Angebotspalette (z.B. Planung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit überregionalem Einzugsgebiet für Personen mit Bedarf an Intensivpflege (Beatmungspflichtige, Wachkomapatienten etc.)
- Qualifizierung des Personals beziehungsweise multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams (zum Beispiel Einbindung einer Diabetesfachberaterin, Fortbildungsangebote in der Palliativpflege, Planung eines Fortbildungsangebots für Betreuungskräfte
- Entwicklung eines Anti-Dekubitus-Bettes zusammen mit dem Deutschen Roten Kreuz, dem Max-Planck-Institut und der Universität Erlangen zur Erleichterung der häuslichen Pflege.

Optimierungsvorschläge für die Zukunft waren:

- **Noch stärkere Angebotsausweitung im ambulanten Bereich**

- im niedrigschwelligen Bereich zum Beispiel die Einrichtung zusätzlicher Betreuungsgruppen für Demenzkranke und weiterer Betreuungsangebote in der eigenen Häuslichkeit; „Ferien ohne Koffer“, Angebote für längerfristige Betreuungen
- Auf- und Ausbau zielgruppenspezifischer Pflegeangebote: z.B. Angebote für die Junge Pflege, für ältere Menschen mit Suchterkrankungen
- Aufbau eines Nachtpflegeangebots.

- **Stärkung von Netzwerken und Kooperationen**

- Ausbau von Kooperationen zum Beispiel mit Sanitätshäusern, Handwerkern, Messen, Anbietern von Treppenliften, mobilen Bädern etc. bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur altersgerechten Wohnungsausstattung,
- Ausweitung der Kooperation mit Ehrenamtlichen (zum Beispiel mit Besuchsdiensten der Kirchengemeinden, Hospizdiensten)
- Kooperation mit der Wohnberatung bei der Beratung zu finanziellen Zuschüssen für den Wohnungsumbau oder der Einweisung in die richtige Verwendung von (technischen) Hilfsmitteln, die ansonsten häufig ungenutzt bleiben (zum Beispiel Treppenlifte).
- Ausbau der Kooperation mit Tagespflegeeinrichtungen und eventuell mit stationären Pflegeeinrichtungen
- verstärkte Kooperation mit dem Palliativ-Team (PaTe)
- mehr Kooperation auf Quartiersebene sowie im Rahmen der Gesundheitskonferenz

Folgende **Schnittstellen** müssten aus Sicht der Ambulanten Dienste optimiert werden:

- Schnittstelle zwischen der Alten- und Behindertenhilfe
- Schnittstelle zu medizinischen Versorgungsangeboten, und zwar insbesondere zu:
 - Hausärzten

- Angeboten für (geronto)psychiatrisch erkrankte Menschen (zuständig für die Versorgung in Baden-Baden ist das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen),
 - Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Pflegeüberleitung. Hier sind sowohl ambulante Dienste als auch Krankenhäuser in der Pflicht. Es gibt in Baden-Baden bereits einen jährlichen Austausch unter Beteiligung des Sozialen Dienstes der Kliniken, der über den Pflegestützpunkt organisiert wird: Hier wäre zu klären, ob dieser gegebenenfalls um weitere Personen ergänzt oder inhaltlich erweitert werden müsste.
- Schnittstelle zum Ordnungsamt (z.B. bei drohender Verwahrlosung)

Von der Stadt Baden-Baden wünschen sich die Ambulanten Dienste:

- Informationen über Fördermöglichkeiten für niederschwellige Angebote
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit und das Werben für eine „Kultur des Sich-Helfen-Lassens“
- mehr Kooperationsprojekte unter Einbeziehung Ehrenamtlicher, zum Beispiel durch die Initiierung eines Projekts „präventive Hausbesuche“ unter Beteiligung entsprechend geschulter und begleiteter Ehrenamtlicher
- schnelle Klärung der Ansprechpartner bei alleinlebenden Klienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei Indizien einer unzureichenden Versorgung und
- die Unterstützung/ Förderung von Nachbarschaftsprojekten.

Darüber hinaus wünschen sich die ambulanten Dienste vom **Gesetzgeber** Verbesserungen bei der ärztlich-medizinischen Versorgung, zum Beispiel Regelungen, die mehr Hausbesuche ermöglichen und eine bessere fachärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Auch der Aufwand für eine notwendige Begleitung der Klienten zum Arzt oder generell für die Abstimmung mit Ärzten sollte finanziell ausgeglichen werden. Die Stadt Baden-Baden sollte diese Themen aus Sicht der ambulanten Dienste in geeigneten Gremien aufgreifen und sich für Lösungen einsetzen.

Die Ergebnisse des Fachgesprächs zum Thema **Personal und Personalgewinnung** werden im Kapitel 8.10, Arbeitskräfte in der Pflege, dargestellt.

8.5 Tagespflege

In Tagespflegeeinrichtungen erhalten pflegebedürftige Menschen tagsüber eine ganzheitliche Versorgung und Betreuung. Dazu gehören: Mahlzeiten, Grund- und Behandlungspflege sowie Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote. Eine Tagespflege kann die ganze Woche über oder nur an einzelnen Wochentagen besucht werden.

Tagespflege ergänzt die häusliche Pflege und entlastet pflegende Angehörige. Damit ist sie ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für pflegebedürftige Menschen und fördert deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie ermöglicht in vielen Fällen einen längeren Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit. Voraussetzung ist allerdings, dass die täglichen Fahrten zur Tagespflegeeinrichtung für die Klienten nicht zu belastend sind.

Träger von solitären Tagespflegeeinrichtungen sind häufig ambulante Pflegedienste oder privat-gewerbliche Anbieter. Daneben bieten auch einzelne Träger von Pflegeheimen Tagespflege an: in einer separaten Tagespflegeeinrichtung beim Pflegeheim oder als „eingestreute“ beziehungsweise „integrierte“ Tagespflegeplätze. Bei der integrierten Tagespflege werden die Tagespflegegäste im Wohnbereich des Pflegeheims zusammen mit Bewohnern des Pflegeheims betreut.

Anforderungen an Tagespflegen

Der Leistungsumfang der Tagespflege, die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung sowie die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in zwei Rahmenvereinbarungen¹²¹ festgelegt. Danach ist die Pflege und Versorgung an mindestens 5 Tagen in der Woche für jeweils mindestens 6 Stunden zu gewährleisten. Die Öffnungszeiten sind in der Regel werktags zwischen 8 und 16 Uhr. In immer mehr Einrichtungen werden aber auch weitergehende Öffnungszeiten, zum Beispiel am Abend oder Wochenende, angeboten.

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

Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ stellt in ihrem Bericht fest, dass die Finanzierung der Hol- und Bringdienste für die Träger bisher unzureichend sei. Die Anforderungen, einen Transport überhaupt erst möglich zu machen, seien teilweise immens, der Aufwand dafür aber nicht berücksichtigt.¹²²

Auslastung und Konzepte

Derzeit gibt es deutlich mehr Personen, die ein Tagespflegeangebot nutzen, als Plätze. Dies liegt daran, dass viele Gäste die Tagespflege bisher nur tageweise besuchen. Die damit verbundenen Schwankungen in der wöchentlichen Auslastung bergen für die Träger erhebliche finanzielle Risiken. Diese reduzieren sich, wenn sich mehrere Gäste einen Platz teilen. Stehen den Klienten höhere Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Tagespflege zur Verfügung, kann sich auch die Nutzungsintensität erhöhen. Dies ist bei zukünftigen Bedarfsbewertungen zu beachten.

Die Auslastung unterscheidet sich auch zwischen den Tagespflegeangeboten sehr stark. Konkrete Gründe für eine gute oder weniger gute Auslastung sind im Einzelnen schwer festzustellen. Neben den Kosten scheinen die fachlich-konzeptionelle Qualität, der Standort und der Grad der örtlichen Vernetzung eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen. So sind beispielsweise Tagespflegeangebote mit sehr flexiblen Öffnungszeiten und solche, die den Anforderungen demenziell erkrankter Menschen in besonderer Weise entsprechen, in der Regel besser ausgelastet. Auch eine gute Erreichbarkeit mit kurzen Anfahrtszeiten spielt eine Rolle.

Finanzierung

Pflegebedürftige Menschen erhalten für den Besuch einer Tagespflege sogenannte Sachleistungen aus der Pflegeversicherung. Die Leistungen wurden in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet und eine kombinierte Nutzung von Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege erleichtert.¹²³ Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I, das zum 01.01.2015 in Kraft trat, wurde ein spezifisches Sachkostenbudget für Tagespflege geschaffen. Dieses Budget kann ausgeschöpft werden, ohne dass das Pflegegeld oder ambulante Sachleistungen reduziert werden. Seit dem 1. Januar 2017 kann auch der

¹²¹ Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SBG XI für das Land Baden-Württemberg vom 14.10.1997 zuletzt geändert am 14.02.2012. Rahmenvereinbarung zur Förderung und Vernetzung von teilstationären und stationären Versorgungsangeboten der Altenhilfe in Baden-Württemberg vom 03.07.2013. Inkraftgetreten am 01.01.2014

¹²² Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 15/7980, S. 310.

¹²³ siehe Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008.

Entlastungsbetrag, der allen Pflegebedürftigen zusteht, für die Tagespflege eingesetzt werden. Folglich kann die Leistung der Pflegeversicherung durch eine Kombination von Leistungen der Tagespflege und der ambulanten Pflege im Einzelfall höher sein als bei einer vollstationären Versorgung - zumal seit 2017 bei einem niedrigen Pflegegrad der Übergang in eine vollstationäre Einrichtung wegen der geringeren Leistungspauschalen teurer wird.

Die Träger können für die Schaffung innovativer Tagespflegeeinrichtungen eine investive Förderung im Rahmen des „Innovationsprogramm Pflege“ des Landes erhalten. Eine solche Förderung kommt über niedrigere Kosten auch den Tagespflegegästen zu Gute.

8.5.1 Angebote in Baden-Baden

Im Rahmen der Seniorenplanung wurde im Frühjahr 2016 eine Erhebung bei den teil- und vollstationären Einrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden durchgeführt. Alle Einrichtungen mit Sitz in Baden-Baden beteiligten sich an der Erhebung.

Zum Stichtag 15.12.2015 standen in Baden-Baden 80 Tagespflegeplätze in fünf Einrichtungen zur Verfügung: davon 70 Plätze in vier solitären Tagespflegeeinrichtungen, die übrigen 10 Plätze angebunden an ein Pflegeheim. In jedem Planungsraum der Stadt Baden-Baden war mindestens ein Tagespflegeangebot vorhanden. Die Platzzahl variierte je nach Planungsraum zwischen 10 und 40 Plätzen. Die meisten Plätze gab es im Planungsraum B, der die Stadtteile Balg, Haueneberstein, Oos, Sandweier und Weststadt umfasst.

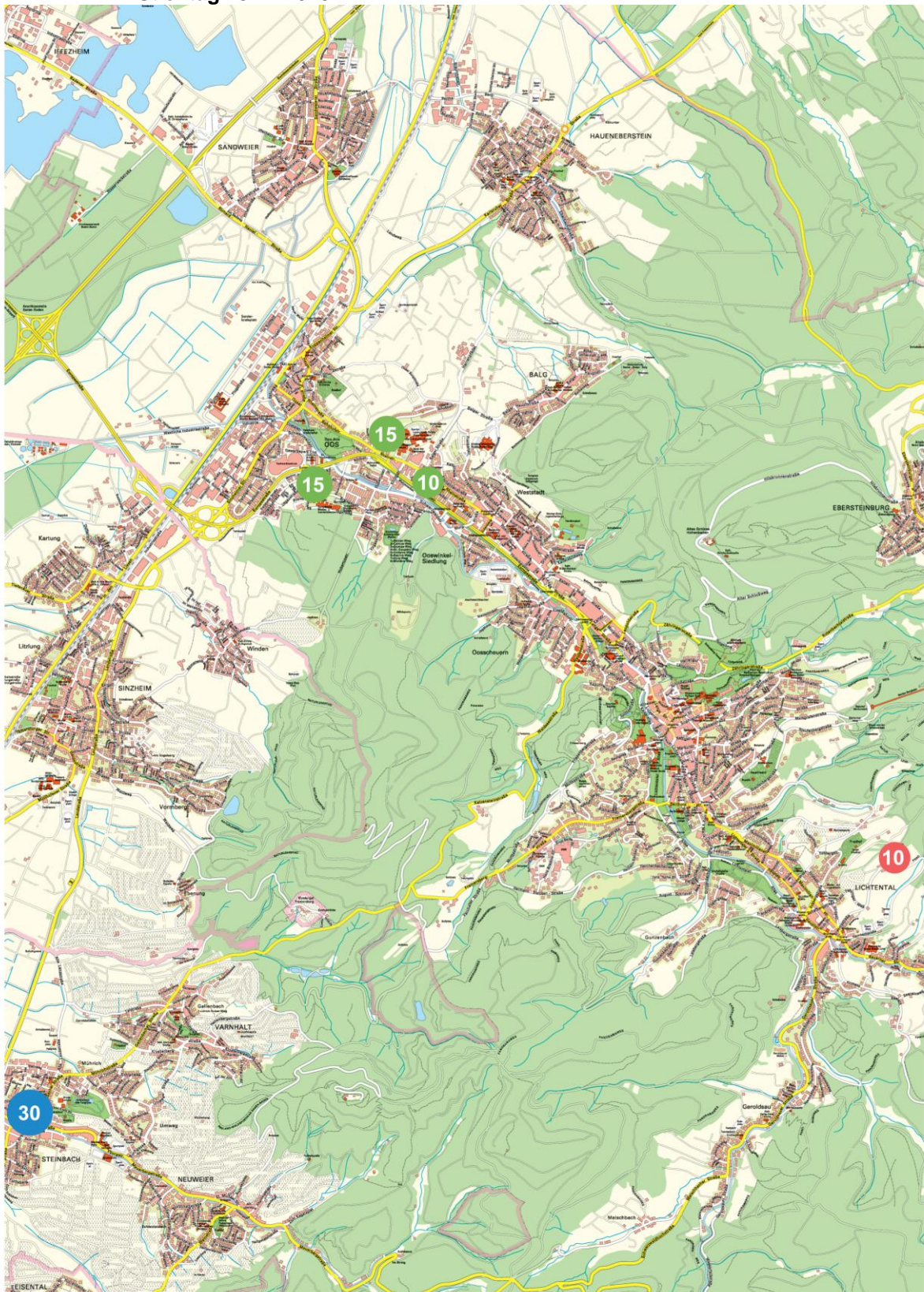
Für einen Vergleich der Platzzahlen ist es sinnvoll, die Platzzahlen je Planungsraum in das Verhältnis zu 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren zu setzen. Hier zeigt sich innerhalb des Stadtkreises eine große Varianz: Während im Planungsraum A 1,6 Tagespflegeplätze für 1.000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren vorhanden waren, waren es im Planungsraum C 15,8. Die Kennzahl für den gesamten Stadtkreis lag bei 5,5. Die Kennziffern berücksichtigen nicht, dass ein Teil der Tagespflegeplätze von Bewohnern des Landkreises Rastatt genutzt wird. Dies gilt insbesondere für die Tagespflegeeinrichtung in Steinbach im Planungsraum C. Dieser Planungsraum weist somit zwar rechnerisch die höchste Angebotsdichte auf. Durch die Mitversorgung von Einwohnern des Landkreises Rastatt relativieren sich jedoch die Unterschiede bei den Kennziffern, da die Bezugsgröße ausschließlich die Bevölkerung der Stadt Baden-Baden ist.

Tabelle 5: Bestand an Tagespflegeplätzen in den Planungsräumen der Stadt Baden-Baden zum 15.12.2015

Planungsräume	Anzahl Einrichtungen	Tagespflegeplätze	Einwohner ab 65 Jahre zum 15.12.2015	Tagespflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre
A (Innenstadt, Lichtental, Ebersteinburg)	1	10	6.410	1,6
B (Oos, Balg, Weststadt, Haueneberstein, Sandweier)	3	40	6.309	6,3
C (Steinbach, Neuweiler, Varnhalt)	1	30	1.897	15,8
Stadtkreis Baden-Baden gesamt	5	80	14.616	5,5

Tabelle. KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 sowie Bevölkerungsstatistik der Stadt Baden-Baden zum 15.12.2015. Berechnungen: KVJS.

Abbildung 12: Tagespflegeplätze in den Planungsräumen der Stadt Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015



Tagespflegeplätze in den Planungsräumen **A**, **B** und **C** des Stadtkreises Baden-Baden

8.5.2 Struktur der Klienten

Im Rahmen der Bestandserhebung wurden neben der Platzzahl und Auslastung der Einrichtungen auch verschiedene Merkmale der Nutzer erhoben. Da nicht alle Einrichtungen in der Stadt Baden-Baden alle Fragen beantworten konnten, ergeben sich bei der Ergebnisdarstellung je nach Frage unterschiedliche Grundgesamtheiten.

Wie andernorts auch, ist die Zahl der Personen, die ein Tagespflegeangebot nutzen, größer als die Zahl an Tagespflegeplätzen. Insgesamt wurden die vorhandenen 80 Plätze zum Stichtag von 125 Tagespflegegästen genutzt.

Die durchschnittliche Auslastung der Tagespflegeangebote wird auf das gesamte Jahr 2015 bezogen. Sie ist je nach Einrichtung sehr unterschiedlich und reichte von 50 bis zu 103 Prozent. Für die Berechnung der Auslastung werden die maximalen Belegungstage (Platzzahl x Öffnungstage) in Beziehung gesetzt zu den tatsächlichen Belegungstagen. Wenn viele Gäste die Tagespflege nur an bestimmten Wochentagen besuchen, setzt eine Vollauslastung voraus, dass es mehr Gäste als Plätze gibt.

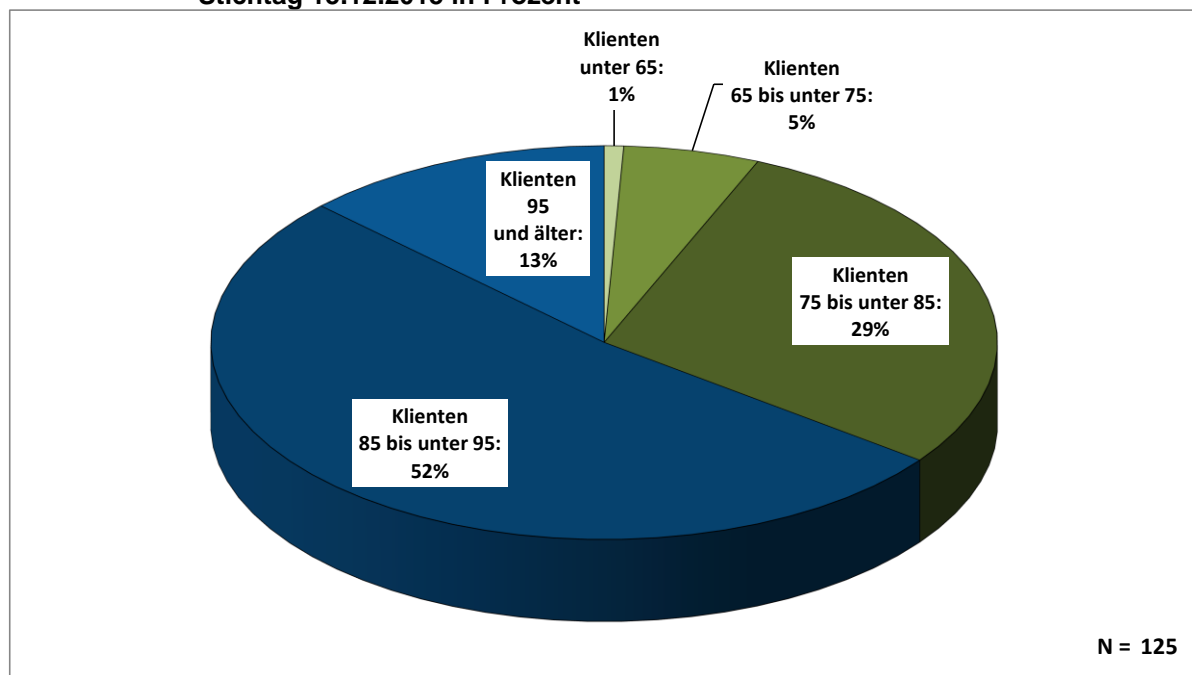
Altersstruktur

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

- 65 Prozent der Tagespflegegäste (Baden-Württemberg: 42 Prozent¹²⁴) waren 85 Jahre und älter
- 29 Prozent (Baden-Württemberg: 43 Prozent) waren zwischen 75 und 85 Jahre alt,
- 6 Prozent (Baden-Württemberg: 15 Prozent) waren jünger als 75 Jahre.

Im Stadtkreis Baden-Baden besuchen überdurchschnittlich viele ältere Menschen ab 85 Jahren die Tagespflege. Dementsprechend ist der Anteil der unter 85-Jährigen deutlich geringer niedriger als im landesweiten Durchschnitt.

Abbildung 13: Alter der Gäste in den Tagespflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 125 Gäste bzw. 5 Einrichtungen).

¹²⁴ Die Angaben zur landesweiten Verteilung beziehen sich auf die Ergebnisse der Pflegestatistik 2015

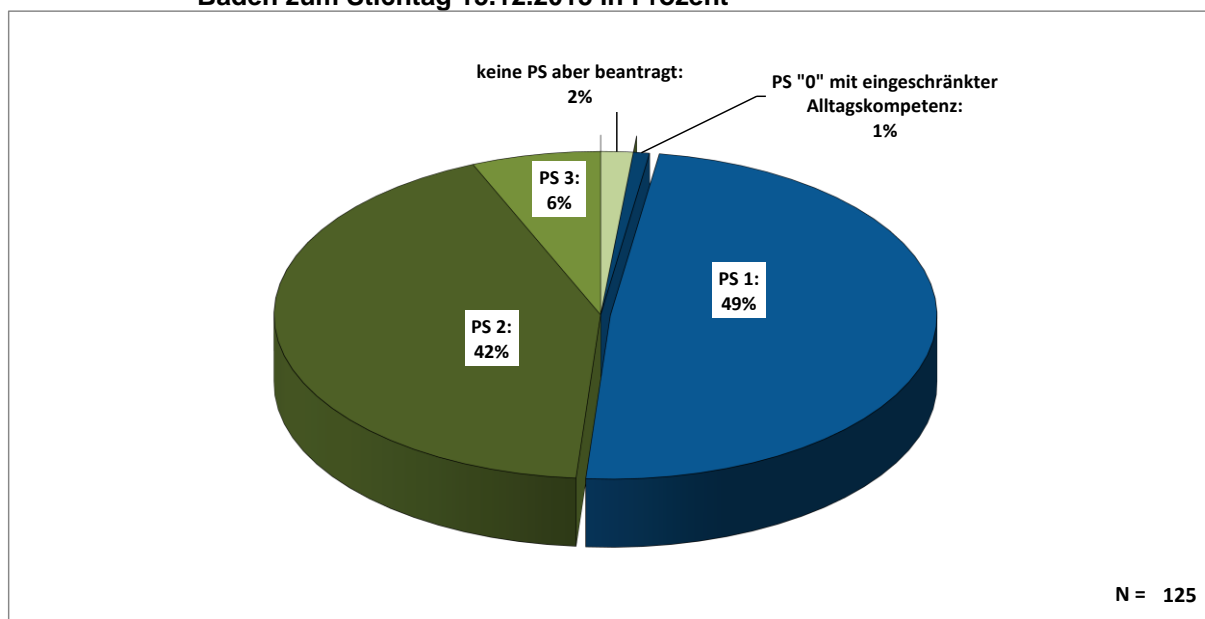
Pflegestufen

Die Pflegestufen der Tagespflegegäste verteilten sich zum 15.12.2015 wie folgt:

- Die Pflegestufen 1 und 2 waren mit 49 beziehungsweise 42 Prozent am stärksten vertreten,
- 6 Prozent der Gäste hatten die Pflegestufe 3,
- 1 Prozent hatte die Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und
- 2 Prozent waren (noch) nicht eingestuft.

Die Verteilung der Pflegestufen entspricht annähernd der Verteilung auf Landesebene.

Abbildung 14: Pflegestufen der Gäste in den Tagespflegeeinrichtungen in der Stadt Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 125 Gäste bzw. = 5 Einrichtungen).

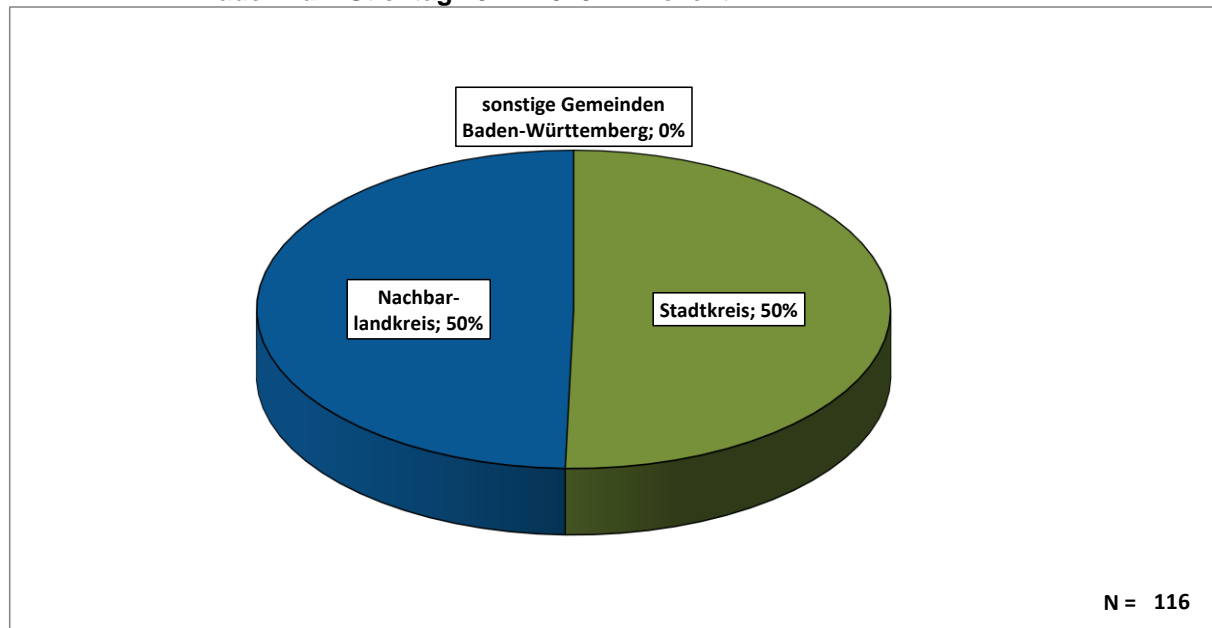
Über die Hälfte der Tagespflegegäste (58,4 Prozent oder 73 Personen) hatten zum Stichtag 15.12.2015 im Stadtkreis Baden-Baden eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer demenziellen Erkrankung.

Wohnort und Wohnform der Tagespflegegäste

Vier der fünf Tagespflegeeinrichtungen in der Stadt Baden-Baden machten Angaben zum Wohnort der Besucher. In diesen Einrichtungen kommt die Hälfte der Besucher aus der Stadt Baden-Baden, die restlichen 50 Prozent aus dem Nachbarlandkreis Rastatt. Der Großteil der Tagespflegegäste von außerhalb des Stadtgebiets besucht die Tagespflegeeinrichtung in Steinbach.

Vermutlich nutzen auch einzelne pflegebedürftige Menschen aus Baden-Baden eine Tagespflegeeinrichtung im Landkreis Rastatt, wenn diese räumlich günstig liegt. Die Zahl der Auspendler ist jedoch nicht bekannt.

Abbildung 15: Herkunft der Gäste in den Tagespflegeeinrichtungen in der Stadt Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 116 Gäste bzw. 4 Einrichtungen).

Knapp 92 Prozent der Tagespflegegäste lebten laut Erhebung in der eigenen Häuslichkeit, 8 Prozent im ambulant betreuten Wohnen.¹²⁵

8.5.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der Tagespflege in Baden-Baden wurde im Rahmen eines Fachgesprächs mit Leitungskräften und Mitarbeitenden von stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen diskutiert und bewertet.

Speziell für Tagespflegeeinrichtungen benannten die Experten folgende **Schwierigkeiten**, mit denen sie in der Praxis konfrontiert sind:

- Schwankende und individuell unterschiedliche Auslastungen: Einige Einrichtungen melden eine zeitweise Überbelegung infolge einer hohen Nachfrage, in anderen liegt die Auslastung nur bei rund 50 Prozent. Bislang sei es für die wirtschaftliche Betriebsführung und zur Gewährleistung einer vollen Auslastung noch notwendig, dass sich zwei bis drei Tagespflegegäste einen Platz teilen. Das bedeutet, dass grundsätzlich mehr Klienten in der Tagespflege benötigt werden als Plätze vorhanden sind.
- Eine Tagespflegeeinrichtung berichtete, dass sie versucht hat, ihr Angebot durch die Ausweitung der Öffnungszeiten auf den Samstag zu erweitern. Allerdings stellte sich heraus, dass das Angebot, nicht nachgefragt wurde. In einer anderen Einrichtung dagegen wird das Samstagsangebot gut angenommen.
- Schwierigkeiten ergeben sich in der Praxis auch, wenn Tagespflegegäste wegen Erkrankung oder Aufenthalt in der Kurzzeitpflege mehr als 20 Tage im Jahr ausfallen. Krankheitstage über 20 Tage im Jahr können nicht abgerechnet werden. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und Auslastung.

¹²⁵ Die Angaben zur Wohnform beziehen sich lediglich auf die Angaben von drei Einrichtungen. Zwei Einrichtungen konnten sich diesbezüglich nicht äußern

- Um einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, sind nach Auskunft der Tagespflegeeinrichtungen eine gute Abstimmung mit den ambulanten Diensten, die die Tagespflegegäste morgens versorgen, und ein gut funktionierender Fahrdienst von entscheidender Bedeutung.
- Die Experten berichten über eine eher zögerliche Inanspruchnahme von Tagespflege in ländlichen Regionen, da Pflegebedürftige oder Angehörige teilweise eine Stigmatisierung durch die Nachbarschaft befürchten.
- Die Größe einer Tagespflegeeinrichtung wirkt sich auf die Angebote aus: je größer eine Einrichtung ist, desto differenziertere Angebote kann sie für die Tagespflegegäste bereitstellen.
- Vor allem bei Menschen mit Demenz stößt Tagespflege an Grenzen, wenn die restlichen Stunden des Tages und der Nacht nicht abgedeckt sind. Bei Menschen mit einem hohen körperlichen Pflegebedarf ist dagegen häufig der notwendige Transport zur Einrichtung ein Problem. Der Bedarf an Tagespflege und ihre Grenzen werden von den Teilnehmern jedoch teilweise unterschiedlich eingeschätzt.
- Problematisiert wurden die aktuellen Kriterien für die Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Diese orientieren sich an den stationären Einrichtungen und „passen“ daher für Tagespflegeeinrichtungen nur eingeschränkt (z.B. beim Thema Brandschutz). Hier sind aus Sicht der Träger dringend spezifische Prüfkriterien für die Tagespflege zu entwickeln.

Die Experten benannten folgende zukünftige Herausforderungen für Tagespflegeangebote:

- Vor dem Hintergrund des Pflegestärkungsgesetzes II wird insgesamt mit einer steigenden Gästezahl gerechnet.
- Der Anteil der Besucher mit Demenz wird voraussichtlich weiter steigen. Bereits heute haben mehr als die Hälfte der Tagespflegegäste eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß §45a SGB XI (siehe Kapitel 8.4.2). Die damit einhergehenden spezifischen Anforderungen in der Betreuung und Versorgung müssen berücksichtigt werden.

8.6 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird im SGB XI – ebenso wie die Dauerpflege - als vollstationäres Pflegeangebot definiert. Pflegebedürftige, die im privaten Haushalt wohnen, nehmen für eine befristete Zeit das Angebot der stationären Pflege in Anspruch: beispielsweise wenn eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege zu bewältigen ist oder während des Urlaubs pflegender Angehöriger. Kurzzeitpflege ist damit häufig eine Ergänzung der häuslichen Pflege durch Angehörige oder durch einen ambulanten Pflegedienst. Sie kann den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Wohnung oder bei Angehörigen stabilisieren. Kurzzeitpflege wird außerdem als sogenannte Übergangspflege angeboten, wenn nach einem Aufenthalt im Krankenhaus, in der Rehabilitation oder nach ambulanten Operationen das Wohnen im eigenen Haushalt noch nicht möglich ist. Der Leistungsumfang der Kurzzeitpflege sowie die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung und die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in einer Rahmenvereinbarung¹²⁶ festgelegt.

Kurzzeitpflege wirkt in vielen Fällen als „Türöffner“ in die Dauerpflege, da man die Pflegeeinrichtung auf diesem Weg sozusagen unverbindlich testen kann. In vielen Fällen kommt es zu einem direkten Übergang von der Kurzzeit- in die Dauerpflege. Dadurch liegt es schon aus Marketinggründen für Pflegeeinrichtungen nahe, stets auch einige Kurzzeitpflegeplätze vorzuhalten. Zur Erreichung des eigentlichen Ziels von Kurzzeitpflege, nämlich der Über-

¹²⁶ Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 08.04.1997.

brückung und Vorbereitung der Rückkehr in die Privatwohnung, sind besondere Konzeptionen erforderlich. Sie umfassen im Sinne einer „organisierten Durchlässigkeit“ ein Rundum-Management zwischen Krankenhausaufenthalt, Rehabilitation und Rückkehr in die eigene Wohnung mit entsprechender Beratung.

Plätze für die Kurzzeitpflege werden meist in flexibler Form als sogenannte „integrierte“ oder „eingestreute“ Plätze in Pflegeheimen vorgehalten. Die Einrichtungen schließen eine Vereinbarung mit der Pflegekasse ab, nach der sie solche Plätze flexibel, das heißt entweder für die Kurzzeit- oder Dauerpflege, nutzen dürfen. Bei entsprechender Nachfrage wird einer Belegung im Rahmen der Dauerpflege üblicherweise der Vorzug gegeben. Das bedeutet in der Praxis, dass diese Plätze nicht verlässlich zu jeder Zeit für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen - sondern nur dann, wenn sie nicht gerade für die Dauerpflege genutzt werden. Andererseits belegen Einrichtungen auch leerstehende Dauerpflegeplätze zeitweise mit Kurzzeitgästen und weiten damit das vorhandene Kurzzeitpflege-Angebot aus. Dies macht es schwierig, die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze exakt anzugeben. Neben den integrierten Plätzen gibt es auch Kurzzeitpflegeplätze, die verlässlich während des ganzen Jahres ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Solche Platzkontingente mit eigenem Versorgungsvertrag und eigenem Pflegesatz werden jedoch eher selten angeboten, da das wirtschaftliche Risiko für die Träger höher ist als bei Angeboten mit flexibler Belegung.

Finanzierung

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege. Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung haben somit einen wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach Kurzzeitpflege. Spürbare finanzielle Verbesserungen für Nutzer von Kurzzeitpflegeangeboten ergaben sich mit dem Pflegestärkungsgesetz I¹²⁷, das zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist. Das Gesetz hob den jährlichen Leistungsumfang für die Kurzzeitpflege an und regelt, dass auch Menschen in „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Leistungen für die Kurzzeitpflege haben. Außerdem können nun auch nicht in Anspruch genommene Leistungen der häuslichen Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung eingesetzt werden.

Gleichzeitig zeigt sich ein Bedarf an Kurzzeitpflege auch für noch nicht eingestufte Menschen mit Unterstützungsbedarf nach Krankenhausaufenthalt. Bis Ende 2015 hatten Versicherte, die beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt vorübergehend pflegebedürftig waren, keinen Anspruch auf Leistungen für die Kurzzeitpflege und einen lediglich eingeschränkten Anspruch auf Übergangs-/ Verhinderungspflege. Grund war, dass der Pflegebedarf nicht auf Dauer beziehungsweise für mindestens sechs Monate bestand. Dies führte häufig dazu, dass Versicherte ohne eine angemessene pflegerische Unterstützung in die häusliche Umgebung entlassen wurden oder die Kurzzeitpflege vollständig selbst finanzieren mussten. Auf Seite der Pflegeheime bestand das Problem, dass diese Personen je nach Pflegesatzvereinbarung lediglich in Pflegestufe 0 oder 1 abgerechnet wurden und somit der Pflegeaufwand meistens deutlich höher war als die möglichen Erlöse. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden ab dem 01.01.2016 in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Leistungen eingeführt. Dadurch können Versicherte nun einen großen Teil der Kosten für die Kurzzeitpflege erstattet bekommen. Auch die Heime können einen erhöhten Pflegeaufwand abrechnen.¹²⁸

Die Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung und die neuen Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung werden die Nachfrage nach Kurzzeitpflege voraussichtlich weiter erhöhen.

¹²⁷ Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17.12.2014

¹²⁸ Rommel, Ulrich: Kurzzeitpflege: Heime können Leistungen nun abrechnen, in: *Altenheim* Heft 5/2016

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Nutzer über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten als Eigenanteile selbst tragen müssen.

8.6.1 Angebote in Baden-Baden

Kurzzeitpflege wird in der Stadt Baden-Baden derzeit ausschließlich im Rahmen eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Zum Stichtag der Erhebung am 15.12.2015 gab es in den 12 stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt 47 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Sie werden flexibel auch für die stationäre Dauerpflege genutzt. In jedem Planungsraum gab es mindestens zwei Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten.

Plätze, die ganzjährig für Kurzzeitpflegegäste reserviert sind, standen zum Zeitpunkt der Erhebung innerhalb der Stadt Baden-Baden nicht zur Verfügung.

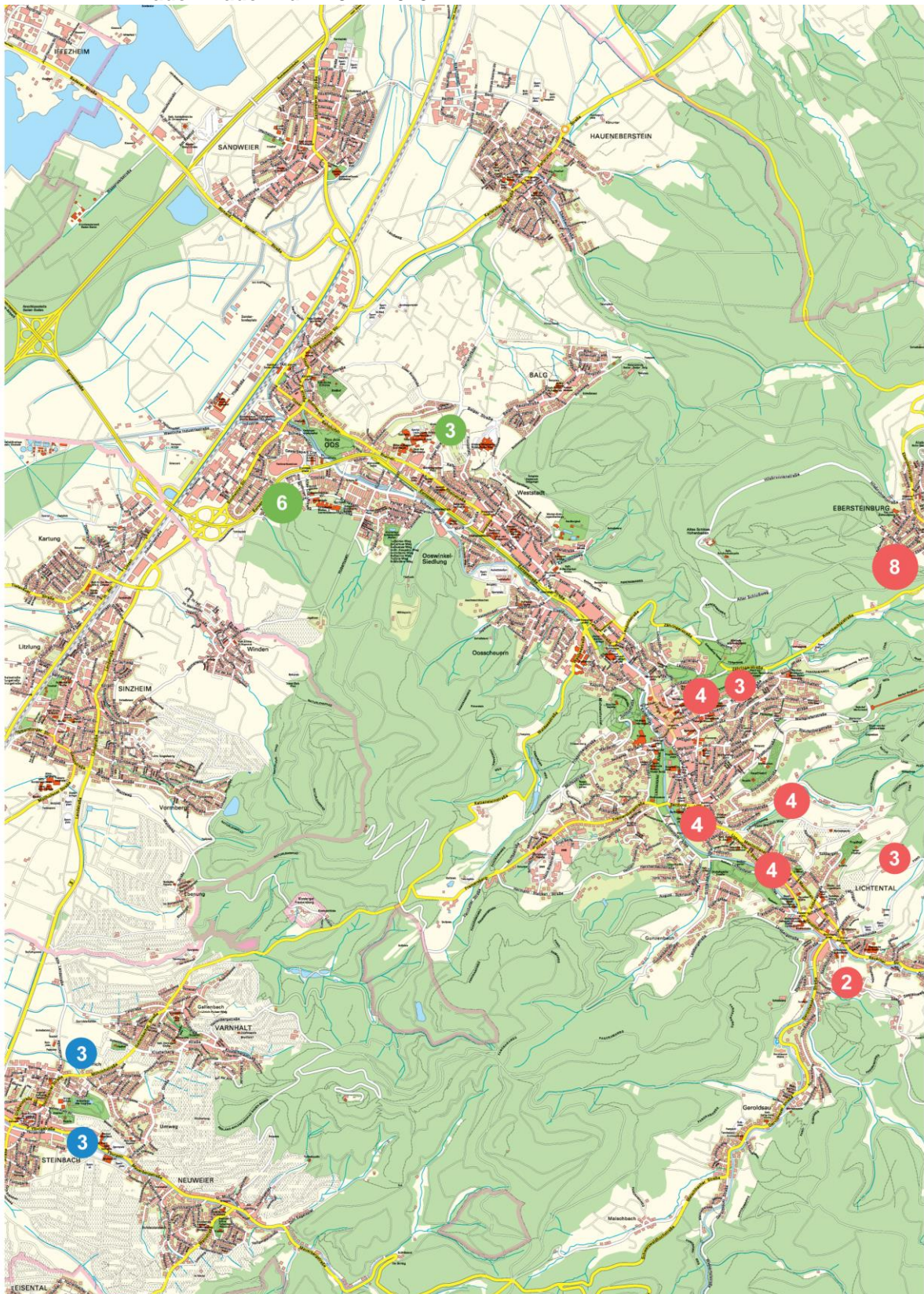
Die größte Zahl an Kurzzeitpflegeplätzen gab es im Planungsraum A mit insgesamt 32 Plätzen oder 5 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren. Am geringsten war das Angebot in Bezug auf die Bevölkerung ab 65 im Planungsraum B.

Tabelle 6: Ist-Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen in Baden-Baden nach Planungsräumen zum Stichtag 15.12.2015

Planungsräume	Anzahl Einrichtungen	Kurzzeitpflegeplätze	Einwohner ab 65 Jahre zum 15.12.2015	Kurzpflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre
A (Innenstadt, Lichtental, Ebersteinburg)	8	32	6.410	5,0
B (Oos, Balg, Weststadt, Haueneberstein, Sandweier)	2	9	6.309	1,4
C (Steinbach, Neuweiler, Varnhalt)	2	6	1.897	3,2
Stadtkreis Baden-Baden gesamt	12	47	14.616	3,2

Tabelle. KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 sowie Bevölkerungsstatistik der Stadt Baden-Baden zum 15.12.2015. Berechnungen: KVJS.

Abbildung 16: Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in den Planungsräumen des Stadtkreises Baden-Baden zum 15.12.2015



Kurzzeitpflegeplätze in den Planungsräumen **A** **B** und **C** des Stadtkreises Baden-Baden

8.6.2 Struktur der Klienten

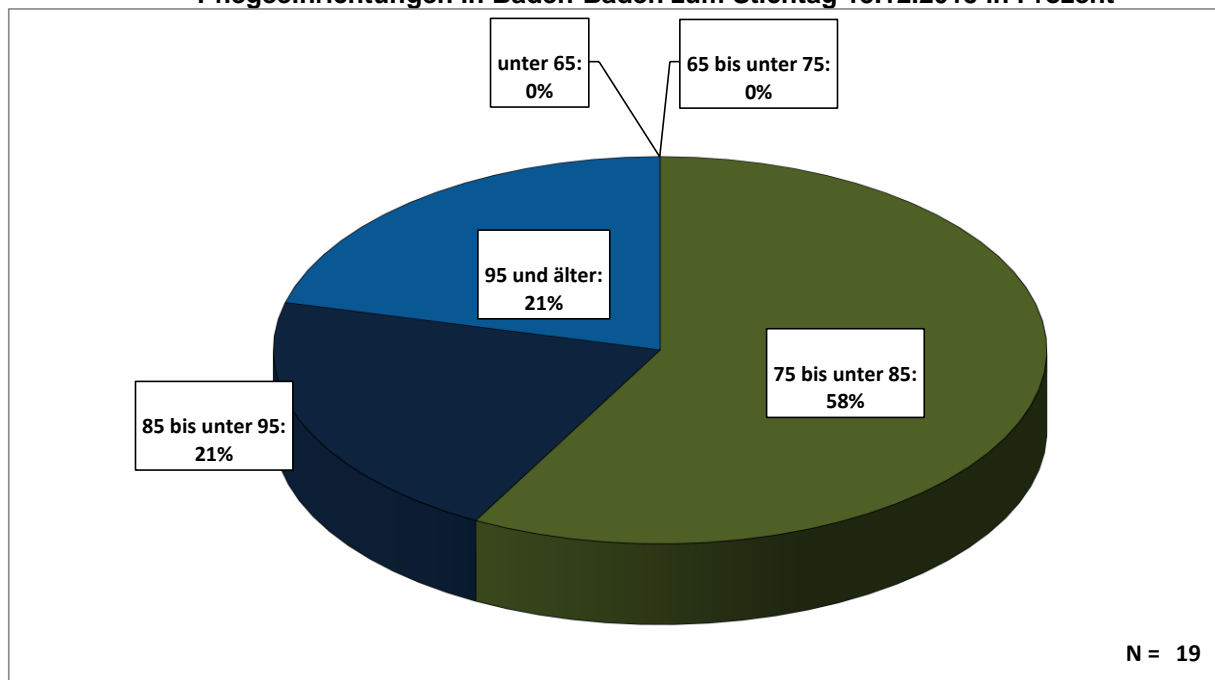
Im Rahmen der Erhebung wurden die stationären Einrichtungen gebeten, anonymisierte Angaben zu den Kurzzeitpflegegästen zum Stichtag 15.12.2015 zu machen. Da nicht alle Einrichtungen alle Fragen beantwortet haben, ergeben sich bei der Ergebnisdarstellung unterschiedliche Grundgesamtheiten. Die insgesamt relativ kleinen Fallzahlen zum Stichtag sind nur bedingt repräsentativ für die Struktur der Kurzzeitpflegegäste im Verlauf eines Jahres.

Altersstruktur

Zum Stichtag ergab sich folgende Altersverteilung:

- 58 Prozent der Kurzzeitpflegegäste waren zwischen 75 und 85 Jahre alt (Baden-Württemberg 36 Prozent)
- 42 Prozent (Baden-Württemberg: 48 Prozent) waren bereits 85 Jahre und älter.
- Zum Stichtag 15.12.2015 gab es keine Personen unter 75 Jahren in der Kurzzeitpflege (Baden-Württemberg: 16 Prozent).

Abbildung 17: Altersverteilung der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 19 Gäste bzw. 8 Dienste)

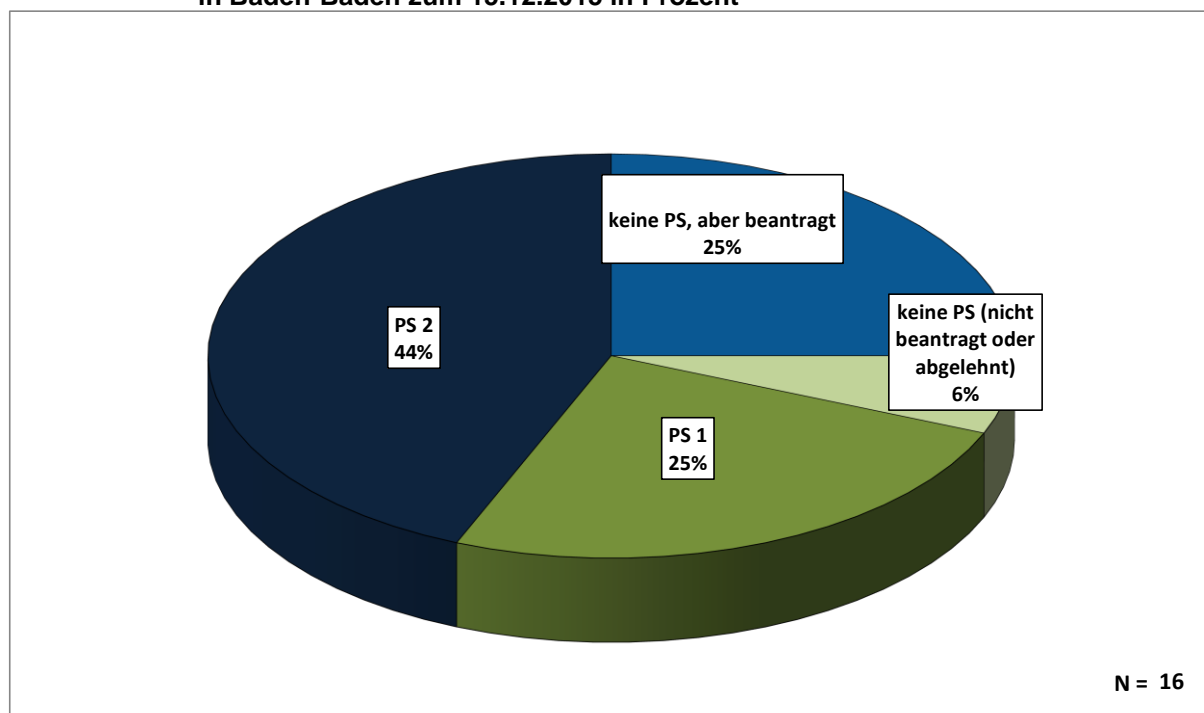
Pflegestufen

- 25 Prozent der Kurzzeitpflegegäste waren in Pflegestufe 1 (Baden-Württemberg: 53 Prozent) und
- 44 Prozent in Pflegestufe 2 (Baden-Württemberg: 33 Prozent) eingestuft,
- 31 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Erhebung (noch) keine Pflegestufe.

- Zum Stichtag 15.12.2015 gab es keine Kurzzeitpflegegäste mit Pflegestufe 3 oder Härtefälle.¹²⁹

Die Zahlen verdeutlichen einen nicht zu vernachlässigenden Bedarf an Kurzzeitpflege auch für Menschen mit Unterstützungsbedarf ohne Pflegestufe. Dieser Bedarf tritt am häufigsten unmittelbar nach Krankenhausaufenthalten auf: 58 Prozent aller Kurzzeitpflegegäste kamen unmittelbar aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung (vergleiche die folgenden Daten zur Wohnform vor der Kurzzeitpflege). Aufgrund der anderen Methodik werden die Nutzer von Kurzzeitpflege ohne Pflegestufe in der amtlichen Pflegestatistik nur teilweise erfasst.

Abbildung 18: Pflegestufen der Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 16 Gäste bzw. 7 Dienste).

Über die Hälfte der Kurzzeitpflegegäste in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 hatte eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer demenziellen Erkrankung.

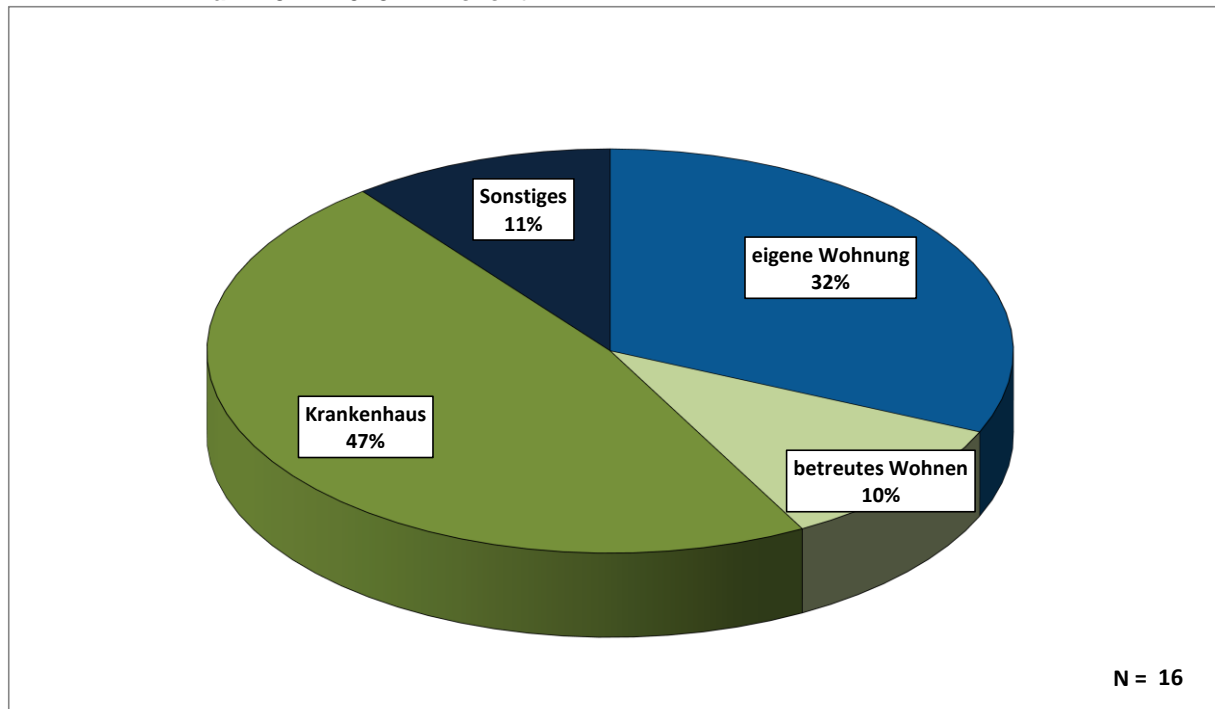
Wohnform

Im Hinblick auf die Wohnform zeigt sich, dass:

- mit einem Anteil von 47 Prozent die Mehrheit der Kurzzeitpflegegäste nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege aufgenommen wurde, 11 Prozent der Gäste wechselten unter anderem aus einer Rehabilitationsmaßnahme in die Kurzzeitpflege;
- 32 Prozent der Gäste kamen aus der privaten Häuslichkeit in die Kurzzeitpflege und
- 10 Prozent aus dem betreuten Wohnen.

¹²⁹ Bei der Erhebung der Anzahl an Kurzzeitpflegegästen handelt es sich um eine Stichlagszahl, die den Verlauf der Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze über das Jahr nicht widerspiegelt.

Abbildung 19: Kurzzeitpflegegäste in den stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden nach Wohnform beziehungsweise vorherigem Aufenthaltsort zum 15.12.2015 in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 19 Gäste bzw. 8 Dienste).

8.6.3 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der Kurzzeitpflege in der Stadt Baden-Baden wurde im Rahmen eines Fachgesprächs zur voll- und teilstationären Pflege mit Leitungskräften und Mitarbeitenden der Einrichtungen diskutiert.

Speziell für die Kurzzeitpflege nannten die Experten folgende Punkte:

- Fehlende Kurzzeitpflegeplätze führen nach Einschätzung der Experten bereits heute teilweise zu Versorgungsengpässen. Der hohe Zeitdruck bei der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus und frühzeitige Entlassungen werden aus Sicht der Gesprächsteilnehmer den Bedarf an Übergangspflege weiter erhöhen. Dadurch seien häufig für kurzfristige Bedarfe aus dem privaten Wohnen keine Plätze mehr verfügbar. Außerdem erfolgt nach Einschätzung einiger Teilnehmer von Seiten der Krankenhäuser teilweise eine Selektion bei der Weiterleitung von Patienten in Kurzzeitpflegeangebote.
- Thematisiert wurden aber auch große saisonale Schwankungen in der Auslastung von Kurzzeitpflegeangeboten. Sie gefährden die Wirtschaftlichkeit von Angeboten und schränken die Aussagekraft von Stichtagsdaten ein.
- Eine mögliche Lösung wurde in der Schaffung einer speziellen Einrichtung beziehungsweise Abteilung gesehen, die ganzjährig verlässlich Kurzzeitpflegeplätze vorhält. Solche Angebote seien jedoch aufgrund zu erwartender Auslastungsschwankungen für die Träger meist mit einem finanziellen Risiko verbunden.
- Unterstützung von Seiten der Stadt wird gewünscht, um das wirtschaftliche Risiko der Träger (zum Beispiel im Hinblick auf Belegungsschwankungen) zu reduzieren.

Ein Träger, der auch Angebote außerhalb der Stadt Baden-Baden vorhält, gab an, bereits jetzt gute Erfahrungen mit einem entsprechenden Angebot in einem anderen Landkreis zu machen. Dort bietet er „verlässliche Kurzzeitpflege“ an mit Plätzen, die ausschließlich für

diesen Zweck vorgehalten werden. Das Konzept funktioniert analog zu einer Ferienwohnung, die für einen bestimmten Zeitraum im Voraus gebucht werde. Wenn das Kriterium der Verlässlichkeit erfüllt ist, nehmen Angehörige nach den Erfahrungen des Trägers auch längere Anfahrtswege in Kauf. Das Konzept basiert auf einer Trennung der Kurzzeitpflege nach der „Zugangsart“ (aus dem häuslichen Bereich oder unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt).

8.7 Stationäre Dauerpflege

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

In Baden-Württemberg wurden Investitionen zum Bau von Pflegeheimen bis zum Jahr 2010 vom Land sowie den Stadt- und Landkreisen gefördert. Nicht zuletzt aufgrund dieser gezielten Förderung in der Vergangenheit verfügt das Land heute über eine gut ausgebaute dezentrale Pflegeheimstruktur. Die Pflegelandschaft ist vielerorts charakterisiert durch eher kleine Einrichtungen, die auch in Gemeinden und ländlichen Regionen die wohnortnahe Grundversorgung mit stationärer Pflege gewährleisten. Dennoch steht die stationäre Pflege derzeit vor großen Herausforderungen, da die Anforderungen sich verändern.

Menschen mit Pflegebedarf ziehen zunehmend erst dann in ein Pflegeheim um, „wenn es gar nicht mehr anders geht“. Die Ursachen dafür sind vielfältig: gesellschaftlich bedingte Verhaltens- und Einstellungsänderungen, die Ausdifferenzierung der ambulanten Hilfeangebote, der Ausbau von betreutem Wohnen und Seniorenwohnungen in Deutschland sowie nicht zuletzt Kostenüberlegungen. Ein erheblicher Teil der Pflegeheimbewohner wechselt direkt aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim. Als Konsequenz aus dieser Entwicklung hat der Pflege- und Betreuungsbedarf der Heimbewohner in den vergangenen Jahren zugenommen.

Entgegen der verbreiteten Meinung, dass die meisten älteren Menschen nach dem Einzug in ein Pflegeheim nach kurzer Zeit versterben, liegt die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen heute bei zirka 2,6 Jahren. Die individuelle Verweildauer hängt stark vom Alter, Geschlecht und der Pflegestufe ab. Sie nimmt mit höherem Eintrittsalter ins Pflegeheim, bei männlichem Geschlecht oder höherer Pflegestufe ab, beim Vorliegen einer demenziellen Erkrankung zu. Der Anteil von Menschen mit Demenz steigt im stationären Bereich weiter an und beträgt im Mittel fast 69 Prozent aller Pflegeheimbewohner. Davon haben wiederum rund 57 Prozent eine schwere Demenz.

Vielzahl von Regelungen

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

Das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG), das zum 31.05.2014 das Landesheimgesetz ersetzt hat, enthält grundlegende Anforderungen an den Betrieb stationärer Pflegeeinrichtungen und Regelungen zur Mitwirkung der Bewohner. Im WTPG erfolgt auch die ordnungsrechtliche Abgrenzung der stationären Pflege zu anderen unterstützenden Wohnformen – insbesondere zu ambulant unterstützten Wohngemeinschaften. Die rechtliche Aufsicht über Pflegeheime obliegt der auf Kreisebene angesiedelten Heimaufsicht. Ohne Zustimmung der Heimaufsicht ist der Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung nicht möglich. Die Heimaufsicht prüft auch, ob die in der Landesheimbauverordnung vorgegebenen baulichen Standards eingehalten werden.

Grundlegende leistungsrechtliche Regelungen für die stationäre Pflege finden sich im Sozialgesetzbuch XI - Pflegeversicherungsgesetz. Die Träger der Pflegeeinrichtungen schließen danach mit den Pflegekassen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen ab. Grundlage ist ein landesweiter Rahmenvertrag für die stationäre Pflege. Sozialhilfeträger und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung sind an der Ausgestaltung des Rahmenvertrags beteiligt. Der Medizinische Dienst der Pflegekassen prüft alle Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er soll sich dabei eng mit der örtlichen Heimaufsicht abstimmen.

Finanzierung

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

Für den **pflegebedingten Aufwand** gewähren die Pflegekassen seit dem 01.01.2017 monatliche Pauschalen in Höhe von 770 Euro (Pflegegrad 2) bis 2.005 Euro (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro pro Monat. Die Pflegeversicherung ist eine „Teilkaskoversicherung“. Daher reichen ihre Leistungen in der Regel nicht aus, um den tatsächlichen Pflegeaufwand abzudecken. Die Differenz müssen die Pflegebedürftigen über den sogenannten „Eigenanteil“ selbst aufbringen. Wenn sie oder ihre Angehörigen dazu nicht in der Lage sind, haben sie Anspruch auf stationäre Hilfe zur Pflege vom örtlichen Träger der Sozialhilfe. Dies ist für städtische Bürger der Stadtkreis Baden-Baden.

Die **Kosten für Unterkunft, Verpflegung und den Investitionskostenanteil** müssen die Bewohner grundsätzlich selbst tragen, ebenso eventuell gewünschte Zusatzleistungen („Komfortleistungen“).¹³⁰ Können Pflegebedürftige auch Unterkunft und Verpflegung nicht selbst finanzieren, haben sie in der Regel Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung und gegebenenfalls ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

Mit Inkrafttreten des PSG II änderte sich die Finanzierung des pflegebedingten Aufwands im Rahmen der Eigenanteile grundlegend: Bis Ende 2016 waren die Eigenanteile abhängig von der Pflegestufe und erhöhten sich bei einer Höherstufung parallel zum notwendigen Personaleinsatz. Seit dem 01.01.2017 bezahlen alle Bewohner eines Pflegeheims in den Pflegegraden 2 bis 5 den gleichen Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind davon ausgenommen und müssen höhere Eigenanteile entrichten. Grundsätzlich führt die Nivellierung dazu, dass zukünftig in den niedrigen Pflegegraden der Eigenanteil im Verhältnis zur erbrachten Leistung höher als nach altem Recht ausfällt. Dagegen bezahlen Pflegeheimbewohner in den höheren Pflegegraden nach dem neuen System weniger als zuvor. Damit versucht der Gesetzgeber dem Prinzip „ambulant vor stationär“ noch stärker Rechnung zu tragen. Gleichzeitig schützt er Menschen, die bereits vor 2017 in einem Pflegeheim lebten: Sie müssen aufgrund des „Bestandsschutzes“ in keinem Fall mehr als zuvor bezahlen.

Auch für die Pflegeeinrichtungen gilt, dass keine Einrichtung durch die Umstellung finanzielle Nachteile haben soll.

Die Höhe der Eigenanteile ist zwar innerhalb eines Pflegeheims einheitlich. Zwischen den einzelnen Einrichtungen gibt es aber weiterhin Unterschiede.

Neue Finanzierungssystematik führt bei Trägern zu Verunsicherung

Insbesondere für die Pflegeheime ist die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze mit zahlreichen Veränderungen und neuen Herausforderungen verbunden. Durch die Einführung der einheitlichen Eigenanteile ändert sich die Pflegesatzkalkulation grundlegend. Dies

¹³⁰ Ist das eigene Einkommen sehr gering, kann zur Deckung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei Vorliegen aller Voraussetzungen Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII gewährt werden.

machte bereits vor Inkrafttreten der neuen Gesetze erhebliche Vorarbeiten erforderlich. Für Einrichtungen, in denen bis zum 01. Oktober 2016 keine Pflegesatzvereinbarungen nach neuem Recht getroffen wurden, gilt laut PSG II eine Überleitungsregelung.¹³¹ Bis Mitte 2020 soll auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens ein fundiertes und einheitliches Verfahren zur Personalbemessung entwickelt werden. Dabei ist unter anderem auch der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß 87b SGB XI zu berücksichtigen.

Grundsätzlich erfolgt die Umstellung auf Pflegegrade für die Einrichtungen kostenneutral. Grundlage für die Umstellung sind jedoch die bisherige Bewohnerstruktur und die Pflegegradverteilung aus der Überleitung. Für die Zukunft gehen die Träger von einer veränderten Bewohnerstruktur und Pflegegradverteilung und damit verbundenen finanziellen Risiken aus. Die Träger berufen sich unter anderem auf eine Studie der Universität Bremen. Diese kommt zu dem Ergebnis, dass die Überleitungsregelung für die Pflegebedürftigen zu tendenziell höheren Pflegegraden führt als (spätere) Neubegutachtungen nach dem Begutachtungsinstrument des Pflegestärkungsgesetzes II.¹³² Untersuchungen weisen auch darauf hin, dass „...ein hoher Anteil demenzkranker Bewohner im Rahmen der Überleitung rechnerisch einen vergleichsweise niedrigen einrichtungseigenen Eigenanteil in der Einrichtung zur Folge hat und damit zu geringeren Personalbudgets je Pflegegrad führt.“¹³³ Noch nicht abschließend geklärt sind derzeit auch die Regelungen für Pflegeheimbewohner in der Pflegestufe 0, wenn die Bewohner nicht das Kriterium einer „dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz“ erfüllen.

Derzeit wird in Baden-Württemberg auf Landesebene nach Lösungen gesucht, wie mit diesen offenen Fragen umzugehen ist.

Abzuwarten bleibt auch, wie sich die neuen Regelungen auf die zukünftigen Entscheidungen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen auswirken. Erwartet wird eine Verstärkung des Trends, dass überwiegend Bewohner mit hohem Unterstützungsbedarf in vollstationären Einrichtungen leben, Pflegebedürftige mit niedrigeren Pflegegraden dagegen auch aus finanziellen Gründen noch länger als bisher ambulant versorgt werden¹³⁴. Dies hätte sowohl Auswirkungen auf die stationäre Pflege als auch auf die ambulante Versorgungslandschaft und das Zusammenleben von Jung und Alt in Städten, Gemeinden und Nachbarschaften. Wenn jedoch Alternativen für die ambulante und häusliche Pflege fehlen, könnten Menschen mit niedrigeren Pflegegraden zumindest für eine Übergangszeit weiterhin auf stationäre Pflege angewiesen sein. Dies hätte wegen der zukünftig höheren Eigenanteile voraussichtlich auch Ausgabensteigerungen bei den Stadt- und Landkreisen für die stationäre Hilfe zur Pflege zur Folge.

Die künftige Entwicklung hängt mit davon ab, wie gut es den stationären Pflegeeinrichtungen gelingt, sich auf die kommenden Anforderungen einzustellen und ihre Angebotspalette auszuweiten. Zeitgemäße Pflegeeinrichtungen müssen sich immer mehr zu Stadtteil- oder Gemeindeservicezentren mit unterschiedlichsten Dienstleistungen entwickeln. Die Vernetzung mit anderen Serviceangeboten und Aktivitäten auf Stadtteil- beziehungsweise Gemeindeebene sind dabei wichtige Erfolgsfaktoren, zu deren Gelingen auch die Kommunen beitragen können.

¹³¹ Basis der Berechnungen ist der Pflegegrad 2. Diesem wird der Verhältniswert 1,00 zugeordnet. Der Pflegesatz für den Pflegegrad 1 beträgt bis zur Ablösung durch eine neue Pflegesatzvereinbarung 78 Prozent des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2. Die Pflegesätze für die Pflegegrade 3,4 und 5 werden aus dem 1,36, 1,74 und 1,91-fachen des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2 errechnet

¹³² Prof. Dr. Rothgang, Heinz, 2015: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), BT-Drucksache 18/5926. Universität Bremen: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

¹³³ Zitiert aus: Rillmann, Roman: Die Karten sind neu gemischt. In: Zeitschrift Altenheim 2/2017, S. 44.

¹³⁴ vgl. Tybussek, Kai/Bauer, Benedikt: „Was jetzt zu tun ist, in: Altenheim Heft 12/2015

8.7.1 Angebote in Baden Baden

Im Rahmen der Seniorenplanung wurde im Frühjahr 2016 eine Erhebung bei den 12 vollstationären Einrichtungen in der Stadt Baden-Baden durchgeführt. Stichtag war der 15.12.2015. Alle Einrichtungen beteiligten sich an der Erhebung.

Zum Stichtag gab es in den 12 Pflegeeinrichtungen insgesamt 848 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze). Die Platzzahl je Einrichtung variierte zwischen 45 und 99 Plätzen. Im Durchschnitt wurden pro Pflegeheim 71 Pflegebedürftige versorgt.

Für die Planung sind die Stadtteile Baden-Badens zu drei Planungsräumen zusammengefasst. In jedem Planungsraum gab es mindestens zwei Pflegeeinrichtungen. Die Zahl der Pflegeplätze variiert je nach Planungsraum zwischen 143 und 510 Plätzen (Dauerpflege einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze). Die meisten Dauerpflegeplätze gab es im Planungsraum A mit den Stadtteilen Innenstadt, Lichtental und Ebersteinburg.

Aussagekräftiger als die absolute Platzzahl ist die Kennziffer „Plätze je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren“. Auch hier gibt es eine große Varianz: Während im Planungsraum B auf 1.000 Einwohner ab 65 Jahren 31 Dauerpflegeplätze kamen, waren es im Planungsraum C 80 Plätze. Auf den gesamten Stadtkreis bezogen lag die Kennzahl bei 58. Damit liegt der Versorgungsgrad in Baden-Baden über dem durchschnittlichen Wert für die Stadtkreise in Baden-Württemberg mit 55 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren und über dem Durchschnittswert im Land mit 47 Plätzen (Pflegestatistik 2015).

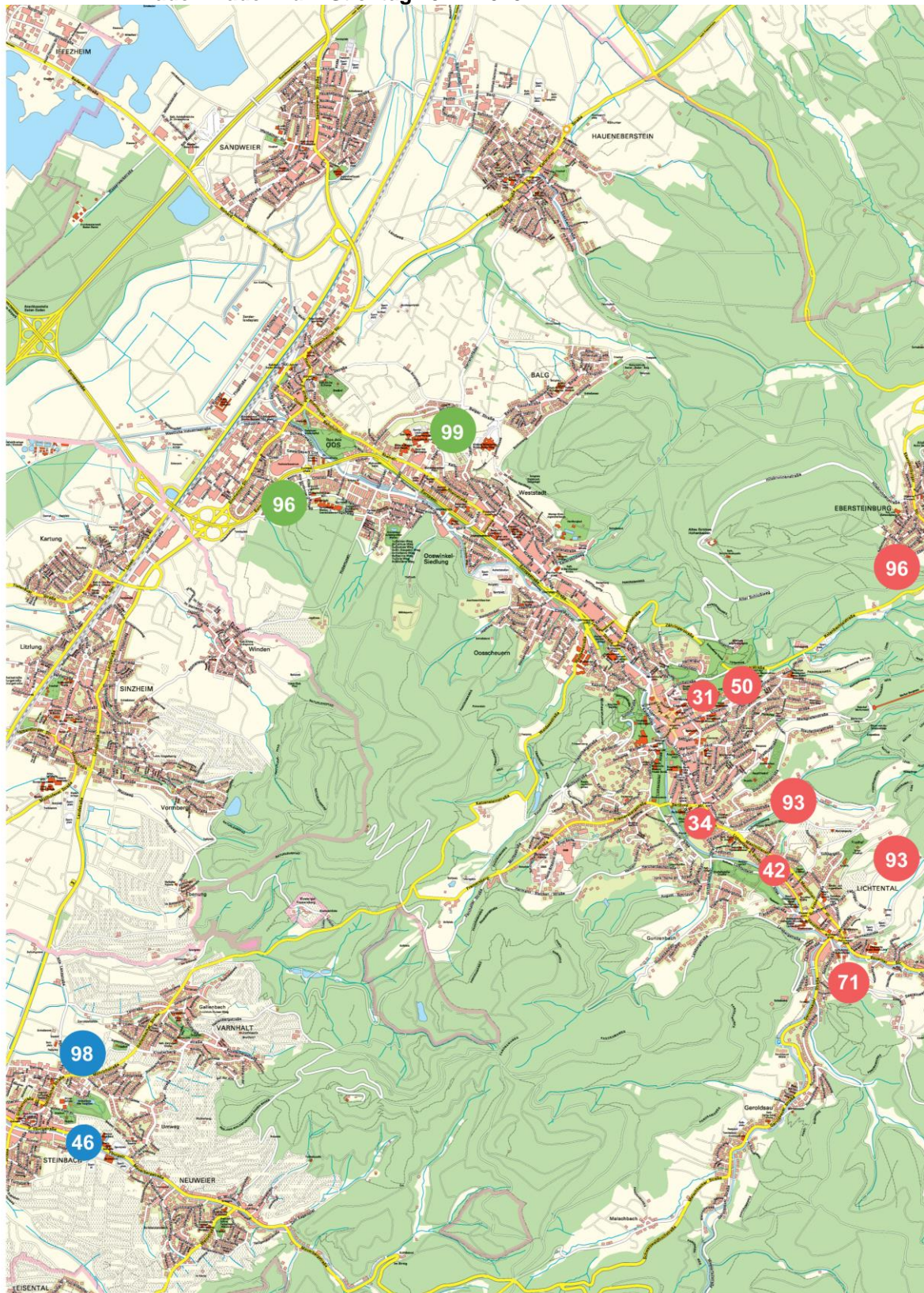
Ein Großteil der Pflegeheimbewohner ist 80 Jahre und älter. Deshalb ist ergänzend die Betrachtung der Versorgungsquote für die Einwohner ab 80 Jahren sinnvoll. Auch hier ergibt der Vergleich für die Stadt Baden-Baden eine überdurchschnittliche Dichte: Während in der Stadt Baden-Baden pro 1.000 Einwohner ab 80 Jahren 201 Pflegeplätze zur Verfügung stehen, sind es in allen baden-württembergischen Stadtkreisen durchschnittlich 189 Plätze.

Tabelle 7: Ist-Bestand an Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) in der Stadt Baden-Baden zum 15.12.2015

Planungsräume	Anzahl Einrichtungen	Dauerpflegeplätze (inkl. eingestreuter KZP-Plätze)	Einwohner ab 65 Jahre zum 15.12.2015	Dauerpflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre
A (Innenstadt, Lichtental, Ebersteinburg)	8	510	6.410	79,6
B (Oos, Balg, Weststadt, Haueneberstein, Sandweier)	2	195	6.309	30,9
C (Steinbach, Neuweiler, Varnhalt)	2	143	1.897	75,4
gesamt	12	848	14.616	58,0

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (* N mit Angaben zu Platzzahlen nach LQV= 10; N mit Angaben zu Plätzen in Einzel- oder Doppelzimmern= 12) sowie Bevölkerungsstatistik der Stadt Baden-Baden zum 15.12.2015. Berechnungen KVJS.

Abbildung 20: Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015



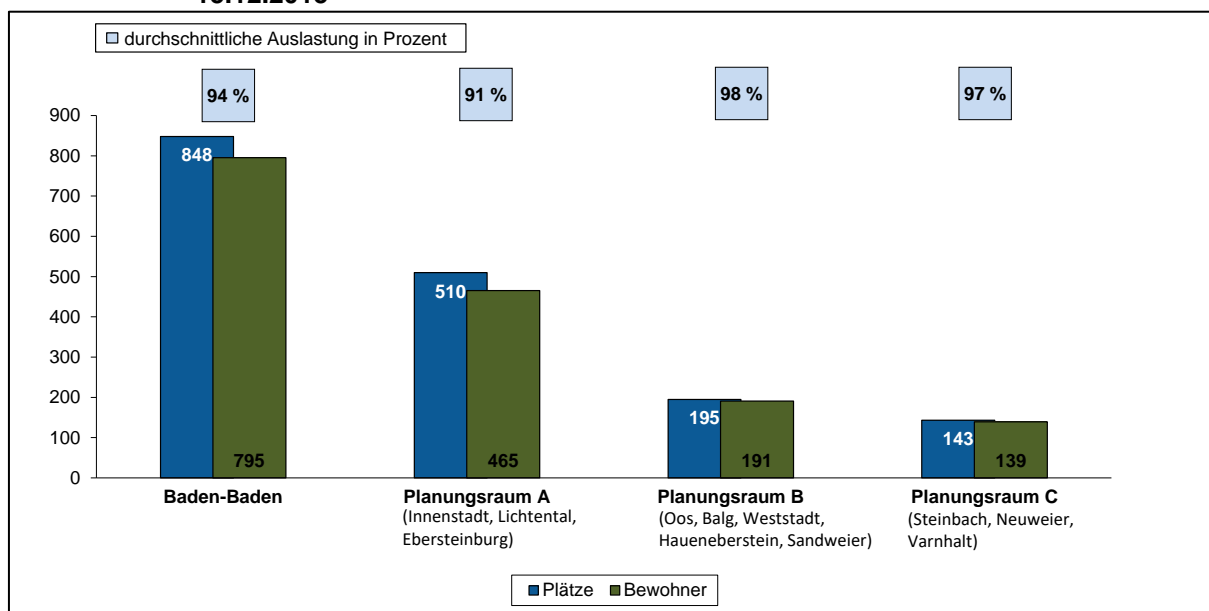
Dauerpflegeplätze in den Planungsräumen **A**, **B** und **C** des Stadtkreises Baden-Baden

8.7.2 Strukturdaten der Pflegeheime

Auslastung

Laut Rückmeldung der Träger waren zum Stichtag 15.12.2015 von den insgesamt 848 Plätzen 795 belegt. Dies bedeutet eine durchschnittliche Auslastung von 93,8 Prozent. Die Auslastung schwankt in den verschiedenen Planungsräumen zwischen 91 Prozent (Planungsraum A mit dem höchsten Platzangebot) und 98 Prozent (Planungsraum B).

Abbildung 21: Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflege) in den Planungsräumen der Stadt Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N mit Angabe von vorhandenen Platzzahlen nach LQV sowie belegten Plätzen = 12)

Wohn- und Betreuungskonzepte und Zusatzangebote

Alle Pflegeheime in Baden-Baden bieten neben der stationären Dauerpflege auch eingestreute Kurzzeitpflegeplätze an. Ein Pflegeheim verfügte zusätzlich über eine Tagespflege in separaten Räumlichkeiten, ein weiteres bot neben der Pflege betreute Seniorenwohnungen für insgesamt 42 Personen in der Nachbarschaft zum Pflegeheim an.

Auch innerhalb des stationären Pflegebereichs gibt es unterschiedliche Wohn- und Betreuungskonzepte:

Sechs Pflegeheime gaben an, spezielle Wohnbereiche für Demenzkranke oder sonstige Pflegebedürftige eingerichtet zu haben, die ein besonderes, auf ihre Erkrankung abgestimmtes, Umfeld benötigen. Drei Einrichtungen verfügen über beschützt geführte Wohnbereiche.

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

Eine weitere Einrichtung gab an, dass die Betreuung und Versorgung der Bewohner nach dem Wohn- oder Hausgemeinschaftsmodell entsprechend der Definition des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) organisiert ist.

Eine Pflegeeinrichtung machte zusätzlich Angebote für besondere Zielgruppen: im Rahmen einer speziellen Apallikerversorgung beziehungsweise in einer Abteilung für Junge Pflege mit 12 Plätzen.

Tabelle 8: Wohn- und Betreuungskonzepte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden nach Planungsräumen zum Stichtag 15.12.2015

Planungsraum	Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen mit Angeboten in... (Anzahl Plätze)						
	beschützender Abteilung	Demenz-Wohngruppe	Tagesbetreuung Demenz-kranker	Wohn- oder Hausgemeinschaft	Apallikerversorgung	junger Pflege	Nachtpflege
A (Innenstadt, Lichtental, Ebersteinburg)	4 (68*)	1	0	0	0	0	0
B (Oos, Balg, Weststadt, Haueneberstein, Sandweier)	0	1 (12)	0	1	1	1	0
C (Steinbach, Neuweier, Varnhalt)	0	1 (20)	0	0	0	0	0

* Angabe zu Platzzahlen von 3 Einrichtungen

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015.

Bestand an Plätzen in Einzel- und Doppelzimmern

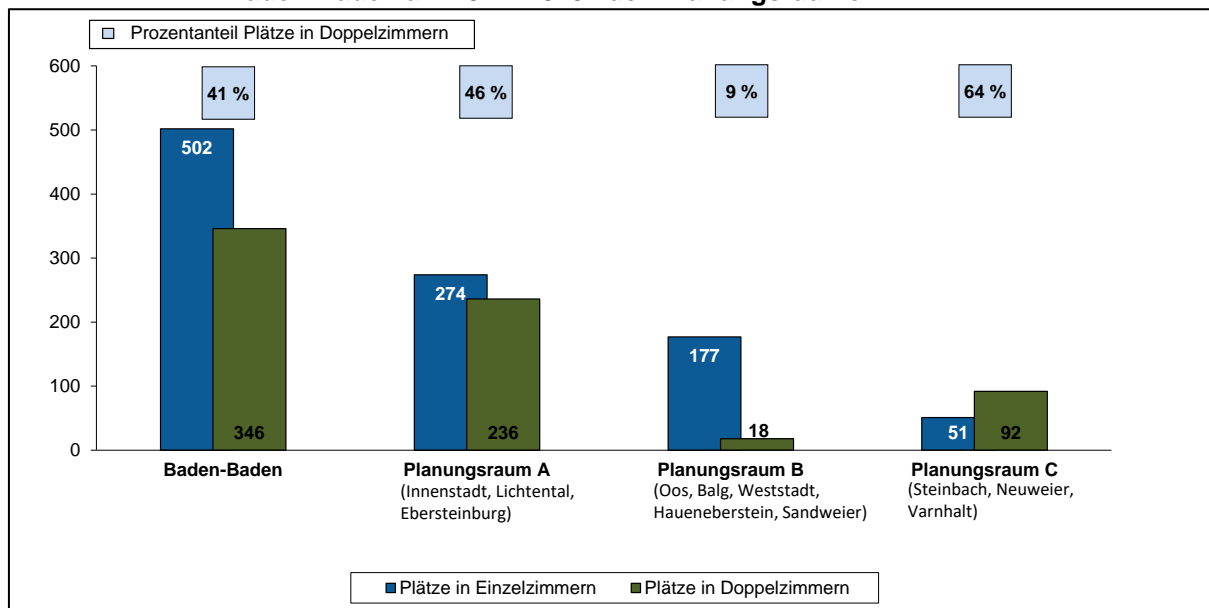
Die Landesheimbau-Verordnung (LHeimBauVO) Baden-Württemberg schreibt seit dem Jahr 2009 einen Einzelzimmer-Anteil von 100 Prozent in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen vor. Für bestehende Heime gibt es eine zehnjährige Übergangsfrist. Diese läuft zum 01.09.2019 aus. Bis dahin sind somit alle Doppelzimmer abzubauen. Die Frist kann für bestehende Heime auf bis zu 25 Jahre nach erstmaliger Inbetriebnahme oder erneuter Inbetriebnahme nach einer grundlegenden Sanierungs- oder Modernisierungsmaßnahme verlängert werden. Gemäß den ermessenslenkenden Richtlinien zur Landesheimbau-Verordnung sind unter bestimmten Voraussetzungen weitere Ausnahmeregelungen möglich. Nichtsdestotrotz wird die gesetzliche Vorgabe in den meisten Einrichtungen zu einem Abbau der Doppelzimmer oder mindestens zu einer deutlichen Reduzierung führen. Dies geht mit einer Reduzierung der Platzzahlen einher.

Zum Stichtag der Erhebung im Dezember 2015 waren nach Trägerangaben 41 Prozent der stationären Pflegeplätze in Baden-Baden Doppelzimmer-Plätze. Lediglich zwei Einrichtungen hielten ausschließlich Einzelzimmer vor. Der Anteil der Plätze in Doppelzimmern variierte somit in den Einrichtungen zwischen 0 und 95 Prozent.

Je nach Planungsraum ist die Situation unterschiedlich: Während im Planungsraum B nur neun Prozent der Plätze in Doppelzimmern waren, waren es im Planungsraum C 64 Prozent.

Die Einrichtungen wurden im Rahmen der Erhebung nicht nur nach der Zahl der Plätze in Doppelzimmern gefragt, sondern auch nach möglichen Planungen zur Umsetzung der Landesheimbauverordnung. Die Hälfte der stationären Einrichtungen konnte im Rahmen der Erhebung im Frühjahr 2016 noch keine genauen Angaben zu geplanten Maßnahmen und Platzzahl im Jahr 2019 machen. Drei der befragten Einrichtungen gaben an, zur Umsetzung der Landesheimbauverordnung bauliche Maßnahmen ergreifen zu wollen, um Doppel- in Einzelzimmer umzuwandeln, eine Einrichtung plant einen Anbau, eine weitere einen Umbau und eine einen ergänzenden Neubau.

Abbildung 22: Plätze in Einzel- und Doppelzimmern in den stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden am 15.12.2015 nach Planungsräumen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N mit Angabe zu Doppel- und Einzelzimmern = 12)

Um für die Seniorenplanung möglichst aktuelle Aussagen machen zu können, befragte die Stadt Baden-Baden ausgewählte Einrichtungen im Frühjahr 2017 noch einmal nach ihren Planungen. Die Zusatzerhebung ergab, dass einzelne Einrichtungen zwischenzeitlich bereits Plätze in Doppelzimmern abgebaut haben, weitere Pflegeeinrichtungen planen Neu- und Umbaumaßnahmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erst- und Zusatzerhebung differenziert für die einzelnen Planungsräume dargestellt.

Im **Planungsraum A** standen zum Stichtag der Erhebung am 15.12.2015 510 Dauerpflegeplätze einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Nach den aktualisierten Angaben der Träger zum Stand März 2017 werden im Rahmen der Umsetzung der Landesheimbauverordnung voraussichtlich 75 Plätze entfallen: In zwei Einrichtungen hat sich die vorhandene Platzzahl bereits um insgesamt 25 reduziert. Eine weitere Einrichtung mit 50 Plätzen wird ihre Einrichtung im Planungsraum A schließen und stattdessen im Planungsraum B 45 Plätze neu errichten. Somit werden nach Berücksichtigung der aktuellen Planungen im Planungsraum A im Jahr 2030 voraussichtlich 435 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung stehen.

In dieser Zahl sind noch einzelne Doppelzimmerplätze enthalten. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts war noch unklar, wie die Einrichtungen damit umgehen. Eine Einrichtung gab an, vor 2019 schließen zu müssen, sofern die Heimaufsicht keine Ausnahmegenehmigung erteilt. Sollte die Einrichtung tatsächlich schließen und keine stationären Ersatzplätze schaffen, würden im Planungsraum A weitere 31 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) entfallen. Dann stünden noch 404 stationäre Pflegeplätze zur Verfügung.

Im **Planungsraum B** gab es zum Stichtag 15.12.2015 insgesamt 195 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze). Durch die geplante Verlagerung von stationären Pflegeplätzen aus dem Planungsraum A werden bis 2019 voraussichtlich 45 Plätze hinzukommen. Somit stünden im Planungsraum B im Jahr 2030 240 Plätze bereit. Zusätzlich sollen als ambulantes Angebot 45 betreute Wohnungen mit ergänzender Tagespflege entstehen. Ob dieses Vorhaben tatsächlich so umgesetzt wird, ist derzeit noch offen.

Die zum Stichtag der Erhebung vorhandenen 143 Dauerpflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) im **Planungsraum C** werden sich laut Trägerangaben um 45 Plätze reduzieren: Eine Einrichtung mit 45 Dauerpflegeplätzen plant, ihr stationäres Angebot in ein ambulantes Angebot umzuwandeln. Die derzeitigen Bewohner sollen zukünftig durch einen ambulanten Pflegedienst mit ergänzender Tagespflege versorgt werden. Somit werden im Planungsraum C im Jahr 2030 voraussichtlich noch 98 stationäre Pflegeplätze (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung stehen.

Bezieht man die bereits durchgeführten Maßnahmen und die aktuellen Planungen ein, ergibt sich in der Stadt Baden-Baden ein voraussichtlicher Bestand an 773 Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) im Jahr 2030. Dies wären 75 Plätze weniger als Ende 2015.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass für 90 Personen, die jetzt stationär in einem Pflegeheim wohnen, zukünftig ambulante Angebote in Verbindung mit Tagespflege neu entstehen sollen.

Die Zahl der stationären Plätze kann sich mit Ablauf der Übergangsfrist im Jahr 2019 noch einmal reduzieren, wenn weitere Einrichtungen, die sich zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht klar positionieren konnten, ihre bestehenden Doppelzimmer in Einzelzimmer umwandeln.

Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Engagierten

11 der 12 Pflegeeinrichtungen arbeiten mit ehrenamtlich engagierten Bürgern zusammen; insgesamt unterstützten zum Stichtag etwa 90 Personen die Bewohner von Pflegeheimen in der Stadt Baden-Baden im Rahmen ihres bürgerschaftlichen Engagements. Die bürgerschaftlich Engagierten übernehmen hauptsächlich Aufgaben im Rahmen der sozialen Betreuung (zum Beispiel Spazierengehen, Gespräche, Vorlesen, Gottesdienstbesuche, sonstige Begleitdienste), der Beschäftigung (Ausflüge, Spielen, Musik und Veranstaltungen) sowie bei der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen (themenbezogene und kirchliche Veranstaltungen) oder vereinzelt auch Transportdienste. Außerdem arbeiten Ehrenamtliche in einem Teil der Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Hospizdiensten.

Öffentliche Angebote und Kooperationen

Nahezu alle stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden machen auch offene Angebote für Bürger, die im Wohnquartier leben: Vier Einrichtungen betreiben eine auch für die Öffentlichkeit zugängliche Cafeteria, drei einen offenen Mittagstisch und eine Einrichtung eine angegliederte Begegnungsstätte. Neun Pflegeeinrichtungen gaben an, kulturelle Angebote vorzuhalten. Weitere Angebote, die sich auch an die Öffentlichkeit richteten, waren zum Beispiel: Gottesdienste, Weihnachtsmarkt, Demenzsprechstunden, Stammtische, Sportkurse, Informationsveranstaltungen sowie Modenschauen mit Einkaufsmöglichkeiten.

Eine Einrichtung gab an, dass ab Mitte 2016 eine Allgemein- und Palliativpraxis im Haus eröffnet wird.

Fast alle Einrichtungen arbeiten regelmäßig mit örtlichen Vereinen, Kindergärten, Schulen, Kirchengemeinden oder der Stadtverwaltung zusammen.

Darüber hinaus verfügen die meisten Pflegeheime über weitere Kooperationspartner und -netzwerke: beispielsweise im Rahmen des Pflegebündnisses Mittelbaden, der Arbeitsgemeinschaft Demenzkampagne Baden-Baden, der Arbeitsgemeinschaft Palliativkultur in stationären Pflegeeinrichtungen, des Palliativteams Mittelbaden e.V oder einer Kooperation mit dem Ambulanten Hospizdienst Baden-Baden, mit Physiotherapiezentren (z.B. bei der Organisation von Kraft- und Balancegruppen) und anderen Dienstleistern (z.B. aus den Bereichen Logopädie, Podologie). Teilweise gibt es auch trägerspezifische Foren und Netzwerke: zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaften der Pflegeheime Klinikum Mittelbaden (zu

Bereichen wie Speiseversorgung, Hygiene, Qualitätszirkel etc.), Heimleiterrunde und Fortbildungszentrum Klinikum Mittelbaden gGmbH sowie weitere Netzwerke kirchlicher Träger.¹³⁵

8.7.3 Bewohnerstruktur

Im Rahmen der Bestandserhebung wurden die stationären Einrichtungen auch gebeten, Angaben zu Alter, Pflegestufen, Wohnform und Wohnort ihrer Bewohner vor Einzug ins Pflegeheim zu machen.

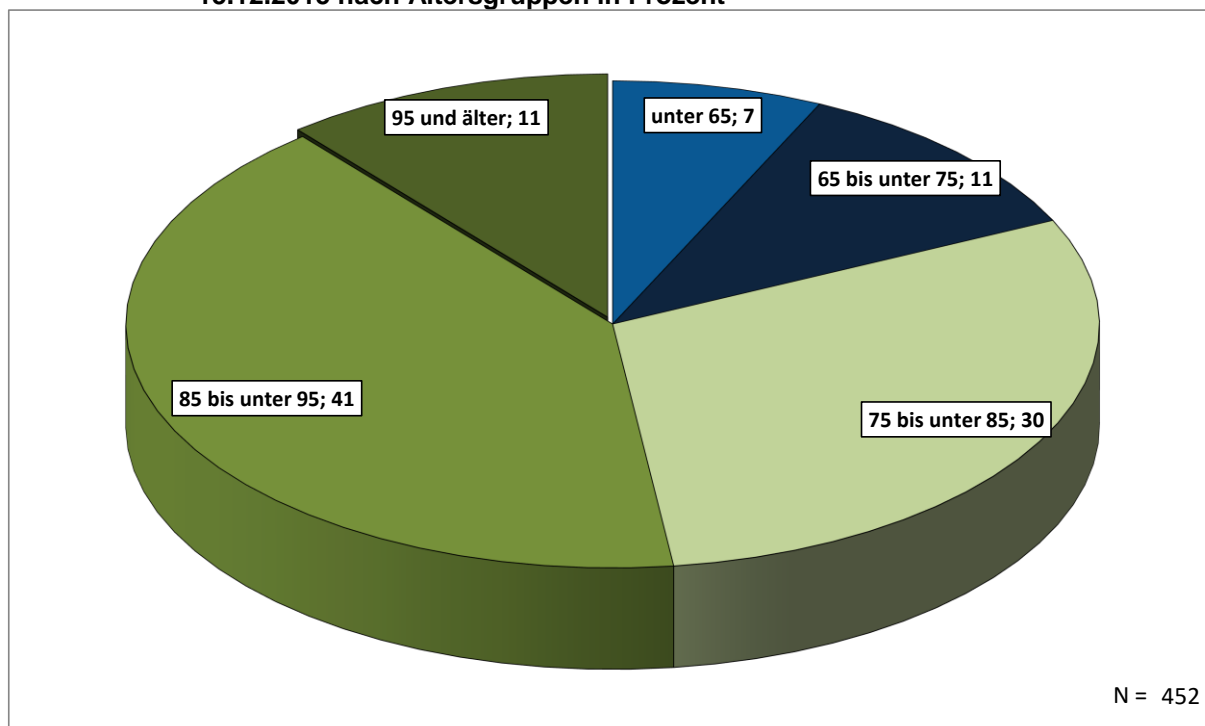
Altersstruktur

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Bewohner zeigte sich, dass:

- mehr als die Hälfte der dauerhaft im Pflegeheim Wohnenden (52 Prozent) bereits 85 Jahre und älter war, rund 10 Prozent der Bewohner sogar 95 Jahre und älter.
- 30 Prozent waren zwischen 75 und 85 Jahre alt,
- 18 Prozent waren jünger als 75 Jahre, rund 7 Prozent sogar unter 65 Jahre alt. Der Anteil der unter 65-Jährigen schwankt je nach Pflegeheim beträchtlich und liegt zwischen null und 20 Prozent. Dies hängt teilweise mit konzeptionellen Besonderheiten zusammen (z.B. spezielles Angebot „Junge Pflege“ in einer Einrichtung).

Die Altersstruktur ist nahezu identisch mit der Altersstruktur der Pflegeheimbewohner in Baden-Württemberg insgesamt (Pflegestatistik 2015).

Abbildung 23: Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2015 nach Altersgruppen in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 452 Gäste bzw. 8 Einrichtungen)

¹³⁵ z.B.: TGE = „gTrägersgesellschaft mbH für die Einrichtungen der Schwestern vom Göttlichen Erlöser (Niederbronner Schwestern) Provinz Deutschland“

Pflegestufen und eingeschränkte Alltagskompetenz

Bei den Pflegestufen ergibt sich das folgende Bild:

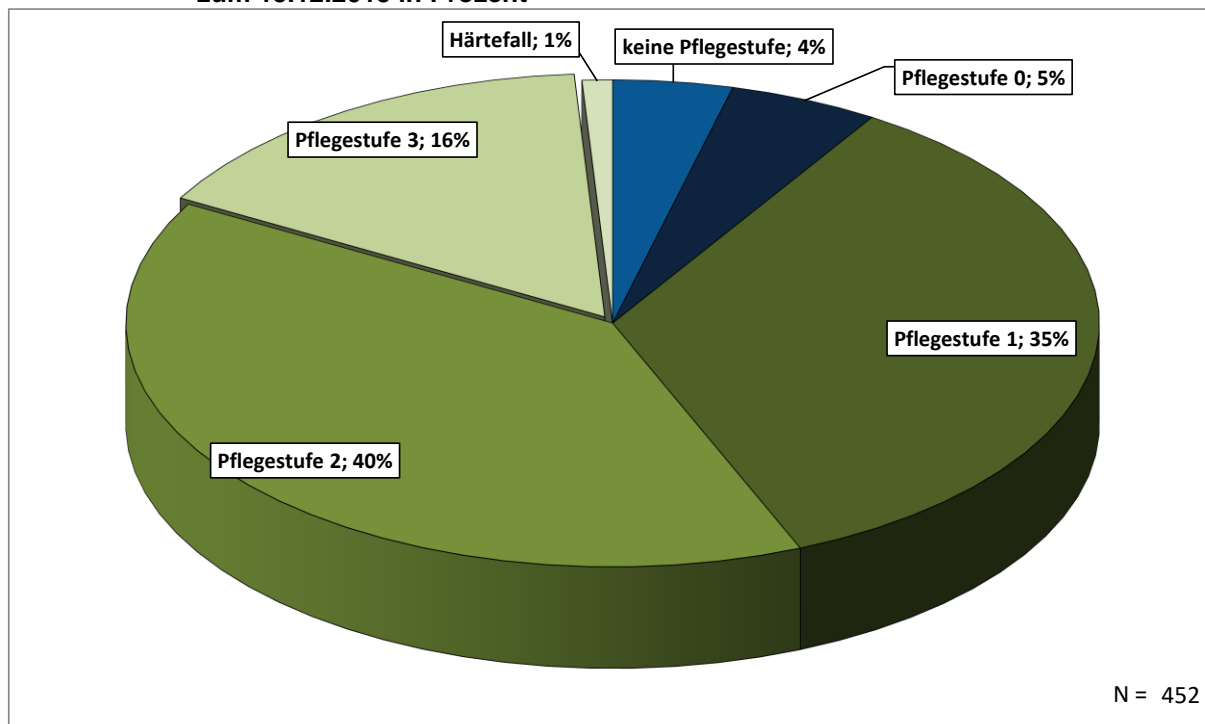
- mit einem Anteil von 40 Prozent waren Pflegeheimbewohner in Baden-Baden am häufigsten in die Pflegestufe 2 eingestuft.
- Es folgt die Pflegestufe 1 mit einem Anteil von 35 Prozent.
- 17 Prozent der Bewohner waren in Pflegestufe Stufe 3 (einschließlich Härtefälle) eingestuft.
- 6 Prozent der Pflegeheimbewohner waren zum Stichtag 15.12.2015 noch nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Sie verteilen sich auf
 - Personen in der „Pflegestufe 0“ mit eingeschränkter Alltagskompetenz (3 Prozent),
 - Personen in der „Pflegestufe 0“ ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (2 Prozent) und
 - Personen, die gar keine Pflegeversicherungsleistungen beantragt hatten beziehungsweise bei denen ein Antrag abgelehnt worden war (rund 1 Prozent).
- Bei rund 3 Prozent der Heimbewohner lag zum Stichtag 15.12.2015 noch keine Entscheidung über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen beziehungsweise in „Pflegestufe 0“ verteilen sich nicht gleichmäßig über die Pflegeheime Baden-Badens, sondern leben in bestimmten Einrichtungen häufiger als in anderen.

Die Verteilung der Pflegestufen in der Gesamtstadt Baden-Baden ist nur bedingt mit der Verteilung in Baden-Württemberg aus der Pflegestatistik vergleichbar. Grund ist, dass in der Pflegestatistik Personen ohne beziehungsweise mit abgelehntem Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gar nicht erfasst werden. Dies gilt ebenso für Pflegeheimbewohner in „Pflegestufe 0“, die keine eingeschränkte Alltagskompetenz haben. Deshalb sind die Grundgesamtheiten bei beiden Erhebungen unterschiedlich.

Vernachlässigt man diese Ungenauigkeit, ergibt sich bei der Verteilung der Pflegestufen in der Stadt Baden-Baden und in Baden-Württemberg insgesamt ein ähnliches Bild. Tendenziell sind die Anteile der „Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ und der noch nicht beschiedenen Anträge in der Stadt Baden-Baden etwas höher als im Landesdurchschnitt.

Abbildung 24: Pflegestufen der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum 15.12.2015 in Prozent



Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N= 12)

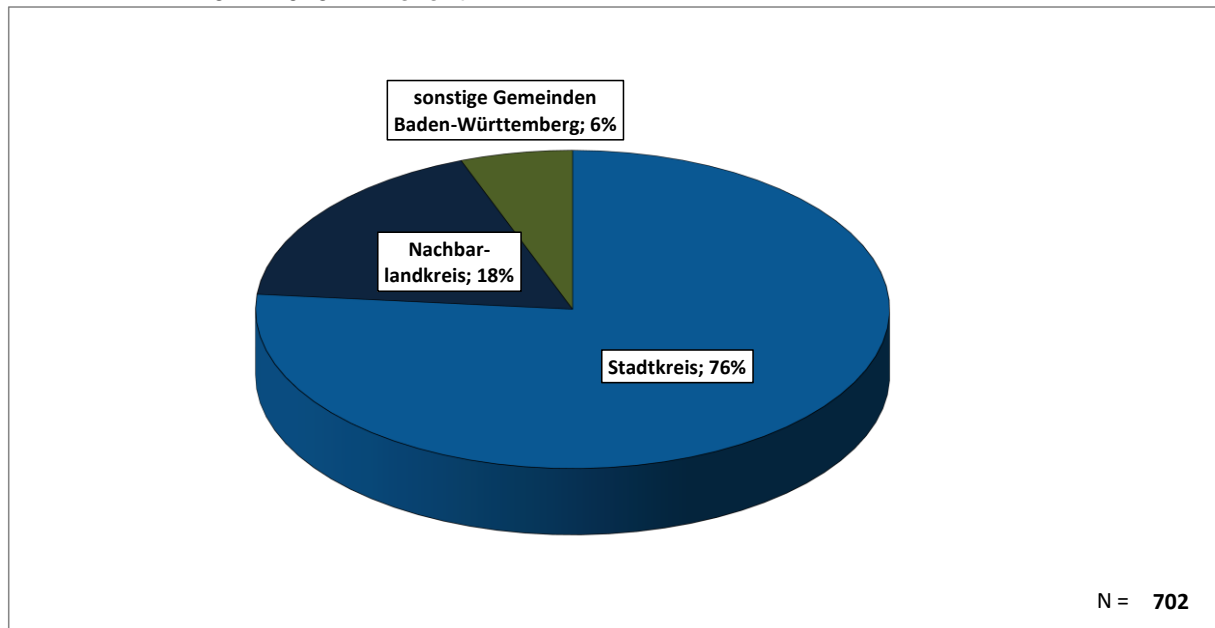
Im Stadtkreis Baden-Baden hatten fast zwei Drittel der Bewohner der befragten Pflegeheime (61 Prozent beziehungsweise 964 Personen) eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, meist in Folge einer demenziellen Erkrankung.

Herkunftsort und Wohnform der Bewohner vor Einzug

Von den Bewohnern der befragten Pflegeeinrichtungen:

- stammten 76 Prozent aus der Stadt Baden-Baden,
- 18 Prozent aus dem Nachbarlandkreis Rastatt. Es kann davon ausgegangen werden, dass andersherum auch pflegebedürftige Menschen aus Baden-Baden in eine Pflegeeinrichtung des Nachbarlandkreises ziehen. Wie viele dies sind, ist nicht bekannt.
- 6 Prozent der Pflegeheimbewohner haben vor dem Umzug in ein Pflegeheim in anderen Kreisen Baden-Württembergs gewohnt.

Abbildung 25 Herkunft der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum 15.12.2015 in Prozent

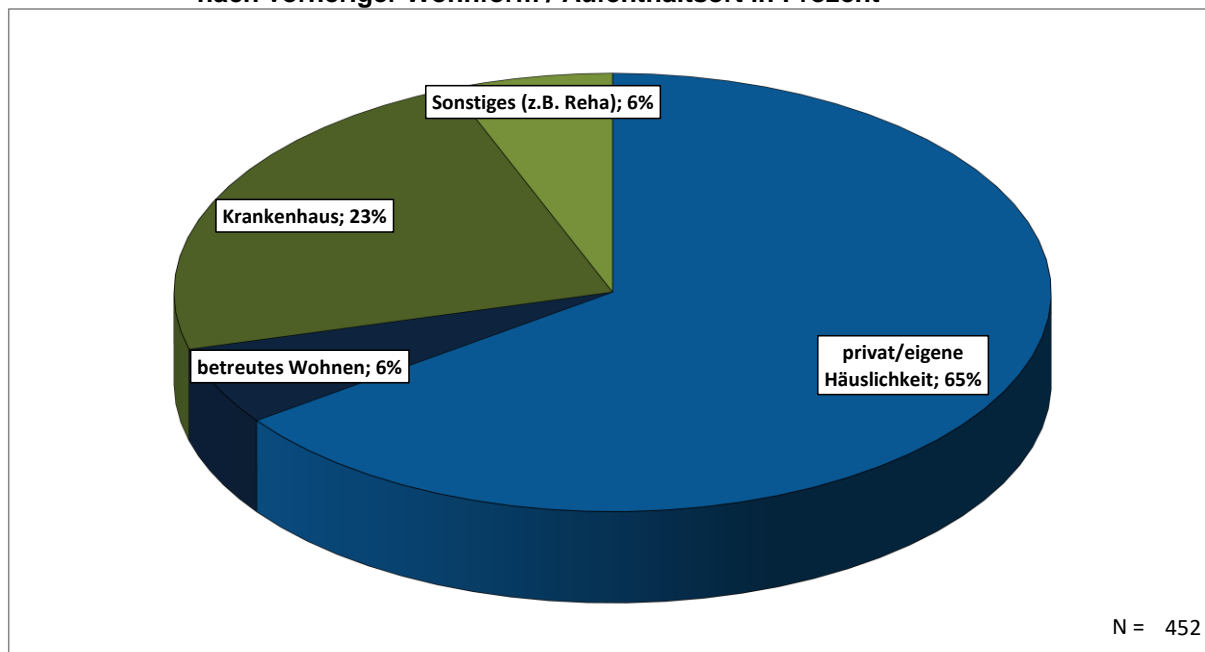


Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N =702 Gäste bzw. =11 Einrichtungen)

Vor dem Einzug in das Pflegeheim lebten:

- 65 Prozent der Bewohner in der privaten Häuslichkeit,
- 23 Prozent waren nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr nach Hause entlassen, sondern direkt in ein Pflegeheim verlegt worden. Während in einer Einrichtung nur rund 10 Prozent der Bewohner direkt aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim kamen, waren es in einer anderen mehr als die Hälfte.
- 6 Prozent der Pflegeheimbewohner lebten vorher im betreuten Wohnen und
- 6 Prozent kamen unter anderem aus einer Rehabilitationsmaßnahme in das Pflegeheim.

Abbildung 26: Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden zum 15.12.2015 nach vorheriger Wohnform / Aufenthaltsort in Prozent



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen zum 15.12.2015 (N = 452 Gäste bzw. 8 Einrichtungen).

8.7.4 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation der teil- und vollstationären Pflege im Stadtkreis Baden-Baden wurde im Rahmen eines Fachgesprächs mit Leitungskräften und Mitarbeitenden der entsprechenden Einrichtungen diskutiert und bewertet. **Positiv** hervor hoben die Teilnehmer insbesondere:

- die gut gestreute Angebots- und Trägervielfalt
- die Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt und der Demenzkampagne. Die im Pflegestützpunkt angebotene Beratung entlastete die Pflegeeinrichtungen.
- die Zusammenarbeit mit der Betreuungsbehörde sowie mit der Robert-Schuman-Schule
- die Attraktivität der Stadt Baden-Baden (aus der man auch im Seniorenalter nicht **weg**-zieht, sondern eher sogar **zuzieht**)
- kurze Wege innerhalb der Stadt sowie
- die teilweise bereits gut funktionierende Vernetzung im Quartier.

Handlungsbedarf wurde insbesondere bei folgenden Themen gesehen:

- Neue Dokumentationsform SIS (Strukturelle Informationssammlung)
- Personalgewinnung
- Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen (Pflegestärkungsgesetze und neue Richtlinien für Begutachtung; Umsetzung Landesheimbau-Verordnung, Palliativ- und Hospizgesetz).

PERSONENKREIS IN DER STATIONÄREN PFLEGE

Die Vertreter aus dem Bereich der stationären Pflege stimmten darin überein, dass sich der zu versorgende Personenkreis in den letzten Jahren deutlich verändert habe. Zukünftig sei

mit weiteren Veränderungen zu rechnen. Im Einzelnen wurden folgende Hintergründe und Entwicklungen genannt:

- **Neues Begutachtungssassessment im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II**

Das neue Einstufungssystem führe einerseits zu einem Schulungsbedarf beim Personal. Gleichzeitig erhöhe es die Planungsunsicherheit:

- Es sei zum einen nicht absehbar, wie sich die Umwandlung von Pflegestufen in -grade beziehungsweise die Einstufung von Neufällen ab dem 01.01.2017 sowie die Zuzahlungen in den niedrigeren Pflegegraden entwickeln werden. Das neue System stellt nach Einschätzung vieler Träger eine Art „Blackbox“ dar, die Planungen oder Personalbemessungen erschwere.
- Es wird befürchtet, dass Personen mit niedrigeren Pflegegraden zukünftig nicht mehr stationär versorgt werden können.
- Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass es zukünftig Bewohner mit Pflegegrad 5 (ehemals Härtefälle) nicht mehr geben wird.
- Die Teilnehmer merkten an, dass die Unsicherheit nur durch entsprechende Präzisierungen des Gesetzgebers zu mindern wären.

- **Zunahme pflegebedürftiger Männer**

Zukünftig werde es mehr pflegebedürftige Männer geben als bisher. Dies sollte aus Sicht der Trägervertreter bei der Ausgestaltung der Angebote sowie der Angebotslandschaft berücksichtigt werden.

- **Zunehmende Vielfalt unter den Bewohnern von Pflegeheimen und Probleme bei der Versorgung spezieller Zielgruppen**

- Durch die zunehmende Vielfalt unter den Bewohnern wird aus Trägersicht gegebenenfalls zukünftig eine **verstärkte Ausrichtung auf spezielle Zielgruppen** notwendig sein. Spezielle Zielgruppen, die genannt wurden, waren zum Beispiel: Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnungslose und ehemalige Strafgefangene, aber auch Personen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. Diese Personengruppen haben teilweise immer noch unter Akzeptanzproblemen beziehungsweise Vorbehalten der Mitbewohner in Pflegeheimen zu leiden.¹³⁶
- Die Teilnehmer wiesen zudem darauf hin, dass **suchtkranke Menschen und / oder psychisch erkrankte Menschen** als Zielgruppe der Pflege bei der Angebotsplanung bisher nicht angemessen berücksichtigt werden. Spezielle Angebote für diese Zielgruppe seien in Baden-Baden nicht in ausreichendem Maße vorhanden. „Klassische“ Pflegeheime würden ein Risiko eingehen, wenn sie Klienten, die in der Öffentlichkeit häufig stigmatisiert werden, in größerer Anzahl aufnehmen: Dies könnte dazu führen, dass andere Gruppen das Angebot nicht mehr nachfragen. Außerdem erhöhe ein größerer Anteil psychisch erkrankter Personen auch den Personalbedarf. Die entsprechenden Zielgruppen würden bei der Suche nach einem Heimplatz daher häufig auf Schwierigkeiten stoßen.¹³⁷
- Es gebe einen hohen Bedarf und stetig wachsenden Bedarf an Plätzen im **beschützenden Bereich**.
- Die Klientel für **junge Pflege** setze sich überwiegend aus Personen zusammen, die infolge von Unfällen oder schwerwiegenden und/ oder chronischen Erkrankungen (wie beispielsweise Schlaganfall, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose)

¹³⁶ die Anzahl der Bewohner mit Migrationshintergrund nimmt nur allmählich zu (insbesondere mit russischem, aber auch französischem oder italienischem Hintergrund); generell gibt es eher wenige Probleme im Hinblick auf Sprachbarrieren, allerdings verschärfen sich diese bei Demenzerkrankungen, da dann die erlernte Sprache häufig vergessen wird und die Betroffenen wieder in ihrer Muttersprache kommunizieren

¹³⁷ Drei Pflegeeinrichtungen berichten, dass sie auch ältere Menschen mit Behinderung problemlos versorgen (vorwiegend mit einer geistigen Behinderung, aber auch Personen mit herausforderndem Verhalten)

pflegebedürftig geworden seien. In Baden-Baden gibt es nur in einer Einrichtung eine spezielle Abteilung für junge Pflege, in den übrigen Einrichtungen gibt es lediglich eingestreute Angebote. Aufgrund ihres Alters fühlen sich junge Menschen in „Altenpflegeheimen“ jedoch häufig fehl am Platz. Besser geeignet für die Zielgruppe wären aus Sicht der Gesprächsteilnehmer ambulant betreute Wohngemeinschaften (siehe Kapitel 8.8, Ambulant Betreute Pflege Wohngemeinschaften). Ambulante Wohngemeinschaften wären aus Sicht der Teilnehmer auch eine geeignete Angebotsform für Menschen mit einem relativ geringen körperlichen Pflege- aber einem hohen Betreuungsbedarf.

- Generell bedürfe es in Baden-Baden der Einschätzung der Teilnehmenden zufolge eines Ausbaus von Angeboten, die hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsumfanges zwischen der ambulanten Betreuung und der Betreuung in einem Pflegeheim anzusiedeln sind.

Bereits umgesetzte Maßnahmen

Die stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen reagieren auf die Herausforderungen bereits heute mit folgenden **Maßnahmen**:

- Schulungen für die Mitarbeitenden im Hinblick auf (gesetzliche) Neuerungen
- Anstellung von muttersprachlichem Personal, um eine kultursensible Pflege zu erleichtern. In der Praxis stoße dies jedoch häufig an Grenzen, da Voraussetzung für die Einstellung gleichzeitig eine gute Beherrschung der deutschen Sprache sei.¹³⁸
- Installation ausländischer (zum Beispiel russischsprachiger) Fernsehsender. Problematisch sei aber, dass dies nicht extra vergütet werde.

Bedarf an Unterstützung durch die Stadt Baden-Baden

Von der Stadt Baden-Baden wünschen sich die Experten in folgenden Bereichen Unterstützung:

- Unterstützung bei der Organisation von Fortbildungen. Diese werden bereits jetzt teilweise trägerübergreifend über das Pflegebündnis Mittelbaden geplant und angeboten. Die übergreifende Planung sei ausbaufähig.
- Unterstützung bei der Suche nach Lösungsansätzen für die Zielgruppe „Menschen mit psychischer Problematik/ in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ bereits im Vorfeld und zur Vermeidung eines frühzeitigen Pflegebedarfs.

HILFESYSTEM UND VERNETZUNG

Handlungsbedarfe

In Bezug auf das Hilfesystem und die Vernetzung im Stadtkreis Baden-Baden sehen die stationären Einrichtungen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

- Quantitative Ausweitung der Pflegeangebote zur Deckung des demografisch bedingten Zusatzbedarfs
- Schließen von Lücken in der pflegerischen Versorgung für bestimmte Personengruppen (Suchtkranke / psychisch Kranke; Menschen mit Behinderung, Wachkoma-Patienten, Junge Pflege) und Sicherstellung der Finanzierung dieser Angebote

¹³⁸ Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Bewohner Pflegepersonal mit Migrationshintergrund generell offen gegenüberstehen und es auch bei Pflegekräften mit Kopftuch keine Berührungspunkte gibt. Ansonsten gäbe es in diesem Feld aber keine Probleme.

- Verhinderung einer Finanzierungslücke in der stationären Pflege durch die erwartete neue Zusammensetzung der Klientel in Folge des PSG II (Menschen in niedrigen Pflegegraden werden zukünftig eher ambulant versorgt)
- Suche nach bedarfsgerechten Lösungen für die Umsetzung der Landesheimbau-Verordnung nach Ablauf der Übergangsfrist 2019. Es wird befürchtet, dass der zu erwartende Abbau von Doppelzimmern die Versorgungssituation verschlechtert, wenn keine Ersatzplätze geschaffen werden.
- Weiterer Ausbau von Angeboten der geriatrischen Rehabilitation nach dem Krankenhaus.
- Ausbau von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (siehe auch Kapitel 8.8), zum Beispiel durch den Aufbau dezentraler Projekte auch in den Stadtteilen
- Verstärker Einsatz von Fallmanagern für bestimmte Personenkreise (jüngere Menschen / wohnungslose Menschen)
- Einrichtung einer niedrigschwelligen Anlaufstelle für Demenzkranke in Form einer anonymen Demenz-Sprechstunde (Aufgaben: z.B. Durchführung eines „Schnelltests“, Erstunterstützung)
- Weitere Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Kliniksozialdiensten, den Stationen in den Kliniken und beim Entlassmanagement (schwierig sind Entlassungen gegen Abend und an den Wochenenden)
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit Demenzlotsen: In Baden-Baden wurden zwar bereits Demenzlotsen ausgebildet. Diese werden aber bisher nicht eingesetzt.
- Verbesserung der Schnittstellen zum Ehrenamt / Ausbau der Konzepte zur Gewinnung von Ehrenamtlichen.

Die Ergebnisse der Fachgespräche zum Thema Personal werden im Abschnitt 8.10 dargestellt.

8.8 Ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften

Unterschiedliche Gründe können dazu führen, dass die häusliche Pflege trotz professioneller Unterstützung durch ambulante Dienste und teilstationäre Angebote an ihre Grenzen stößt. Meist kommt es dann zum Umzug in ein Pflegeheim. Immer häufiger aber suchen Betroffene nach anderen Lösungen, weil das herkömmliche Angebot nicht ihren Wünschen entspricht.

Eine mögliche Alternative sind Pflegearrangements im Rahmen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Auf diese wird im Folgenden eingegangen. Daneben entscheidet sich eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger dafür, Betreuungs- und Pflegekräfte aus dem Ausland (insbesondere Osteuropa) in ihren Haushalt aufzunehmen. Sie sollen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung im gewohnten Umfeld sicherstellen. Die Beschäftigung von Betreuungskräften im Haushalt ist kein pflegerisches Angebot im engeren Sinn. Daher wird auf diese Form der Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit im Kapitel B 7.2 eingegangen.

In Pflegewohngemeinschaften leben in der Regel maximal 12 ältere Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden rund um die Uhr begleitet und bei Bedarf gepflegt. Die Pflege wird durch ambulante Dienste geleistet. Diese können von den einzelnen Bewohner frei gewählt werden. Im Gegensatz zur stationären Versorgung werden für Wohnen, Betreuung und Pflege getrennte Verträge abgeschlossen. Angehörige und gesetzliche Vertreter bestimmen die alltäglichen Abläufe, einschließlich der Führung des Haushalts, weitgehend selbst. Primäres Ziel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist es, auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf ein hohes Maß an individueller Selbstbestimmung und eine möglichst familienähnliche Wohn- und Pflegesituation zu gewährleisten.

Das seit Mai 2014 gültige Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) gibt ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg erstmals einen gesetzlichen Rahmen. Dadurch soll der Ausbau dieser Wohnform erleichtert werden. Gleichzeitig will das Gesetz die Qualität und den Schutz der Bewohner sicherstellen. Es definiert dazu die unterschiedlichen Formen betreuter Wohngemeinschaften und beschreibt die jeweiligen Anforderungen:

- Bei „**vollständig selbstverantworteten**“ **Wohngemeinschaften** (§ 2 WTPG) bilden die Bewohner beziehungsweise deren gesetzliche Vertreter ein Bewohnergremium, das über alle gemeinschaftlichen Angelegenheiten entscheidet: zum Beispiel über die Verwendung des Haushaltsgeldes, über Neuaufnahmen und teilweise auch über die Auswahl ambulanter Dienste. Initiiert werden solche Pflegewohngruppen vorrangig von Vereinen, Gruppierungen und Angehörigen, häufig mit Unterstützung durch engagierte Fachkräfte aus der Pflege.
- Häufig finden sich auch Lösungen, bei denen die Wohngemeinschaft durch einen Anbieter oder Träger initiiert und konzipiert wird. Dann handelt es sich um „**teilweise selbstverantwortete**“ **Wohngemeinschaften** (§ 5 WTPG). Sie werden häufig auch als anbiestergestützte Wohngemeinschaften bezeichnet. Diese Wohngruppen werden oft von Pflegefachkräften oder Trägern, in der Regel in Kooperation mit Wohnungsanbietern, ins Leben gerufen. Das Gesetz sieht vor, dass Bewohner dieser anbiestergestützten Wohngemeinschaften den ambulanten Pflegedienst ebenfalls frei wählen können.

Chancen und Herausforderungen

Ambulante Pflegewohngemeinschaften orientieren sich am Alltag im Privathaushalt. Durch die relativ kleine Bewohnerzahl und ihr besonderes Konzept ermöglichen sie sehr flexible Unterstützungsarrangements und ein hohes Maß an Überschaubarkeit, Individualität und Selbstbestimmung. Der verstärkte Einsatz von Präsenzkräften und Alltagsbegleiterinnen hat in der Regel eine sehr gute Personalausstattung zur Folge. Diese wird meist durch die Mitarbeit von Angehörigen und Ehrenamtlichen ergänzt. In Stadt- und Ortsteilen oder in kleinen Gemeinden, in denen es kein Pflegeheim gibt, sind Pflegewohngemeinschaften oft die einzige Alternative für ein wohnortnahes außerfamiliäres Pflegeangebot. Der Vorteil für die pflegebedürftigen Menschen ist, dass sie in ihrer Gemeinde bleiben können und bestehende Kontakte erhalten bleiben. Die kleinen Platzzahlen erleichtern zudem die Integration in die Nachbarschaft. Dieser Vorzüge sind sich zunehmend auch kommunale Entscheidungsträger bewusst, die im Rahmen der Daseinsvorsorge Wohngemeinschaften mit initiieren.

Den Vorteilen ambulant betreuter Wohngemeinschaften stehen derzeit noch zahlreiche Herausforderungen gegenüber. Sie beziehen sich vor allem auf den rechtlichen Status und die Finanzierung von Gebäude und laufendem Betrieb. Erhebliche Betriebsprobleme bereitet manchen Projekten zum Beispiel die fehlende Zusage einer Kostenübernahme durch den örtlichen Sozialhilfeträger.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die zu beachten sind, sind komplex: Sie betreffen neben dem WTPG auch das Pflegeversicherungsgesetz und weitere sozialhilferechtliche Regelungen. Grundsätzlich funktionieren ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften deshalb nur dann reibungslos, wenn die Modalitäten bei der Planung und im Betrieb rechtzeitig mit Heimaufsicht, Sozialhilfeträger, Pflegekasse und Krankenkasse besprochen und geklärt werden.

Finanzierung

Die Kosten für ambulant betreute Wohngemeinschaften setzen sich aus mehreren Bestandteilen zusammen:

- Miet- und Mietnebenkosten, zuzüglich eventueller Kosten für Telefon,...
- Eigenanteil an den Haushaltskosten

- Pauschale für die „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ durch Präsenzkkräfte
- Kosten für die ambulanten Pflegeleistungen je nach individuellem Pflegebedarf.

Miet- und Mietnebenkosten sind ebenso wie der Eigenanteil an den Haushaltskosten und die Pauschale für die „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Allerdings haben Pflegebedürftige unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen monatlichen Wohngruppenzuschlag der Pflegeversicherung, der zur Finanzierung der Arbeit der Präsenzkkräfte genutzt werden kann. Für die Finanzierung sonstiger Kosten können die Bewohner auch den Entlastungsbetrag aus der Pflegeversicherung einsetzen.

Zusätzlich können die Bewohner unter bestimmten Umständen Mittel zur baulichen Anpassung des Wohnraums im Rahmen eines Zuschusses beziehungsweise einer zusätzlichen Anschubfinanzierung (nur bei vollständig selbstverantworteten Wohngemeinschaften) erhalten.

Die eigentlichen Pflegekosten werden wie beim Wohnen im häuslichen Umfeld im Rahmen der ambulanten Sachleistungspauschalen von der Pflegekasse übernommen. Auch hier müssen die Bewohner die Differenz selbst finanzieren, wenn die Pauschale der Pflegeversicherung nicht ausreicht. Wer die verbleibenden Eigenanteile nicht selbst finanzieren kann, kann gegebenenfalls beim Sozialamt einen Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen der Grundsicherung / Laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise der Hilfe zur Pflege stellen.

Für Träger und sonstige Initiatoren von Wohngemeinschaften gibt es derzeit noch die Möglichkeit der Förderung baulicher Investitionen im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ des Landes Baden-Württemberg.

Stellenwert von Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg

Die Frage, welchen Stellenwert ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Zukunft haben werden, lässt sich noch nicht eindeutig beantworten. In der bundesweiten Fachöffentlichkeit gibt es unterschiedliche Einschätzungen: Ein Teil der Experten (zum Beispiel das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln) weist insbesondere auf die Vorteile ambulant betreuter Wohngruppen hin und sieht in ihnen eine grundsätzliche Alternative zum Pflegeheim.¹³⁹ Andere, eher skeptische, Stimmen bewerten zwar den konzeptionellen Ansatz ambulant betreuter Wohngruppen ebenfalls positiv, befürchten aber, dass solche Wohngruppen nur unter Schwierigkeiten wirtschaftlich zu betreiben sind. Sie seien daher letztlich nur für einen kleinen Teil der pflegebedürftigen älteren Menschen geeignet.

In Baden-Württemberg gibt es bisher im Vergleich zu einigen anderen Bundesländern eine relativ kleine Zahl an Wohngruppen. Daher sind sich alle Beteiligten im Land einig, dass ein weiterer Ausbau möglich und geboten ist. Ein Ausbau ist aber an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: Dazu gehören insbesondere der weitere Abbau rechtlicher Hindernisse und die wohlwollende Anwendung bestehender Regelungen. Gleichzeitig geht es darum, die finanzielle Schlechterstellung des ambulanten Bereichs im Vergleich zur stationären Pflege zu überwinden. Die Pflegestärkungsgesetze haben hier erste Verbesserungen mit sich gebracht. Auf Landesebene haben das WTPG, die seit November 2014 etablierte Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (Fawo) sowie die Fördermöglichkeiten innerhalb des Innovationsprogramms Pflege 2015/2016 bereits zu einem Anstieg der Planungsvorhaben geführt.

Weitere Handlungsansätze zur Förderung der Umsetzung und Wirtschaftlichkeit von Wohngemeinschafts-Projekten sind:

¹³⁹ Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung, Wohnatlas, Köln und Ludwigsburg 2014

- Verstärkte Integration von Pflegewohngemeinschaften in andere Sozial- oder Wohnprojekte in der Stadt oder Gemeinde, Verbund mehrerer Projekte und verlässliches Engagement von Angehörigen und sonstigen freiwilligen Helfern.
- Schaffen guter Rahmenbedingungen in den Standortgemeinden. Beispiele sind: Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit, bei der Gebäude- oder Grundstücksbeschaffung oder der Finanzierung von Baumaßnahmen, aber auch ideelle Unterstützung bürgerschaftlicher Initiativen. Auch Anschubförderungen, die einzelne Stadt- und Landkreise¹⁴⁰ auf freiwilliger Basis anbieten, können die weitere Verbreitung von Pflegewohngemeinschaften unterstützen.
- Sozialhilfeträger und Pflegekassen können alternative Pflegeprojekte durch spezifische Absprachen zur Kostenübernahme und Vereinbarungen bereits im Vorfeld unterstützen. Ratsam ist es auch, bereits im Anfangsstadium Kontakt zur Heimaufsicht beim jeweiligen Stadt- oder Landkreis aufzunehmen
- Die Erfahrungen bestehender Projekte zeigen auch, dass es ratsam sein kann, bereits frühzeitig externe Beratungsangebote (zum Beispiel der Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen beim KVJS) zu nutzen. Auch der Austausch mit anderen, bereits realisierten Wohngemeinschaftsprojekten kann Anregungen bieten.

8.8.1 Angebote in Baden-Baden

Ambulant betreute Pflegewohngemeinschaft „Bonjour la Vie!“

In der Stadt Baden-Baden gibt es seit Juli 2015 eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für 12 Bewohner. Es handelt sich um eine anbietergestützte Wohngemeinschaft, die vom Caritasverband Baden-Baden initiiert wurde. Die Wohngemeinschaft ist im Caritaszentrum Cité untergebracht. Im Haus befinden sich unter anderem auch eine Tagespflege, der Caritassozialdienst und Verwaltungsräume.

Zielgruppe der Wohngemeinschaft sind Menschen mit einem höheren Betreuungsbedarf; insbesondere auch Menschen mit einer Demenz oder psychischen Erkrankung. Jeder Bewohner hat als Privatbereich ein Einzelzimmer mit eigenem Duschbad. Alle Bewohner teilen sich eine Wohnküche, das Wohnzimmer sowie Terrasse und Garten.

Wie in anderen Pflegewohngemeinschaften stehen den Bewohnern für die Alltagsbegleitung und Hauswirtschaft rund um die Uhr sogenannte „Präsenzkräfte“ zur Verfügung, die den Haushalt und das Gruppenleben organisieren. Die individuelle pflegerische Versorgung wird – analog zum Privathaushalt - von einem ambulanten Dienst übernommen.

Eine wichtige Funktion in der Wohngemeinschaft nimmt das Angehörigengremium ein. Dieses bietet Angehörigen und / oder gesetzlichen Betreuern die Möglichkeit, das Leben in der Wohngemeinschaft aktiv mitzugestalten. Das Angehörigengremium trifft sich regelmäßig und entscheidet über grundsätzliche Fragen des Alltags und Gemeinschaftslebens.

Sonstige Planungen

Im Fachgespräch „ambulante Pflege“ gab ein Dienst an, eine ambulant betreute Wohngemeinschaft mit überregionalem Einzugsgebiet für Personen mit Bedarf an Intensivpflege (Beatmungspflichtige, Wachkomapatienten etc.) zu planen.

¹⁴⁰ Zum Beispiel der Landkreis Ludwigsburg, s. Richtlinie zur Förderung von ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaften im Landkreis Ludwigsburg (Beschluss des Sozialausschusses des Landkreises Ludwigsburg vom 19. Mai 2014)

8.8.2 Einschätzung durch lokale Experten

In vielen Fachgesprächen im Rahmen der Seniorenplanung wurde die bereits bestehende ambulante Pflegewohngemeinschaft als positives Beispiel für alternative Pflegekonzepte genannt. Die Experten sahen - auch vor dem Hintergrund der Ausdifferenzierung der Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen - einen Bedarf an weiteren dezentralen Pflegewohngemeinschaften: insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und dadurch bedingtem hohem Betreuungsbedarf, aber auch für andere Zielgruppen (z.B. Menschen mit Suchterkrankungen oder einer psychischen Erkrankung, Wohnungslose, Junge Pflegebedürftige), für die neue Betreuungskonzepte entwickelt werden müssen. Hervorgehoben wurde insbesondere, dass mit Wohngemeinschaften dezentrale, gut in das Gemeinwesen integrierbare Pflegeangebote geschaffen werden können. Im Fachgespräch zur stationären und teilstationären Pflege wurde der Aufbau dezentraler Pflegewohngemeinschaften zum Beispiel auch in den Stadtteilen Neuweier, Sandweier oder Haueneberstein vorgeschlagen. Ausbaubedarf bei dezentralen Pflegeangeboten – wie zum Beispiel Pflegewohngemeinschaften - sahen auch die Experten im Fachgespräch „Infrastruktur“ sowie die pflegenden Angehörigen.

8.9 Bedarfsvorausschätzung bis zum Jahr 2030

Eine qualifizierte Planung von Pflegeangeboten erfordert neben der genauen Kenntnis der bestehenden Angebotslandschaft eine Vorausrechnung des zukünftigen Bedarfs. Diese muss zukünftige demografische Entwicklungen und Veränderungen der Nutzerpräferenzen so weit als möglich berücksichtigen. Derzeit liegen aus der vom Städte- und Landkreistag Baden-Württemberg bereits vor einigen Jahren beauftragten Fortschreibung des Landespflegeplans Bedarfseckwerte auf Kreisebene für Angebote in der Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege bis zum Jahr 2020 vor.¹⁴¹ Grundlage für die Eckwerte sind Daten der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung zum Bevölkerungsstand 31.12.2008 und Daten der Pflegestatistik 2009.

Inzwischen liegen neuere Daten zur Bevölkerungsvorausrechnung auf der Grundlage des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2014 und die Daten der Pflegestatistik 2015 vor. Diese Daten berücksichtigen bereits eine gestiegene Zuwanderung und Veränderungen bei der Nutzung von Pflegeangeboten durch das erste Pflegestärkungsgesetz zum Januar 2015.

Auf der Basis der aktuellen Daten hat der KVJS Orientierungswerte für den Bedarf an ambulanten und stationären Leistungen in der Stadt Baden-Baden bis zum Jahr 2030 berechnet. Dies entspricht dem Planungshorizont der Seniorenplanung. Die Vorausrechnung über einen Zeitraum von 15 Jahren soll sicherstellen, dass die Weichen für die zukünftige Weiterentwicklung der Pflegelandschaft rechtzeitig gestellt werden können. Eine Aussage über die künftige Auslastung der Einrichtungen oder die Wirtschaftlichkeit von bestehenden oder künftigen Einrichtungen ist damit nicht verbunden.

8.9.1 Methodik

Datengrundlagen

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

¹⁴¹ Dr. Messmer, Peter, 2013: Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an stationären Pflegeangeboten in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bis zum Jahr 2020. Empirische und methodische Grundlagen zur Ermittlung von Bedarfseckwerten. In Zusammenarbeit mit den Kommunalen Landesverbänden Baden-Württemberg.

- die Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2015
- die regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg auf der Basis der Bevölkerungsstatistik vom 31.12.2014¹⁴²
- die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zum Stichtag 15.12.2015 (einschließlich „Pflegestufe 0“).
- die Ergebnisse der Erhebung bei den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen in der Stadt Baden-Baden im Rahmen der Seniorenplanung zum Stichtag 15.12.2015.

Zukünftige Zahl pflegebedürftiger Menschen

Anhand der Informationen aus der Pflegestatistik wurde zunächst analysiert, wie viele pflegebedürftige Frauen und Männer es im Jahr 2015 in bestimmten Altersgruppen gab. Bei den Altersgruppen ab 65 Jahren wurden jeweils fünf Jahrgänge zusammengefasst. Berücksichtigt wurden neben den Pflegebedürftigen, die einer Pflegestufe zugeordnet sind, auch die Pflegebedürftigen in „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, da sie ebenfalls Leistungen in Anspruch nehmen. Außerdem wird dieser Personenkreis zukünftig bei der Einstufung in Pflegegrade berücksichtigt. Die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Frauen und Männer pro Altersgruppe wurde in einem zweiten Schritt auf 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe bezogen.

Daraus ergeben sich die nachfolgenden Angaben zum altersgruppenspezifischen Pflegerisiko von Frauen und Männern:

Tabelle 9: Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht bezogen auf 1.000 Einwohner der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2015

Alter in Jahren	Männliche Pflegebedürftige pro 1.000 Männer der jeweiligen Altersgruppe	Weibliche Pflegebedürftige pro 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe
unter 65	7,3	6,4
65 bis unter 70	31,3	27,7
70 bis unter 75	50,7	49,6
75 bis unter 80	87,8	98,5
80 bis unter 85	173,2	229,2
85 bis unter 90	321,9	442,6
90 und älter	552,6	717,8

Datenbasis: Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

In einem nächsten Schritt wurde die zukünftige Zahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2030 vorausberechnet. Dies erfolgte unter der Annahme, dass auch in Zukunft der gleiche Anteil der Männer und Frauen einer bestimmten Altersgruppe pflegebedürftig sein wird wie heute. Die Zahl der pflegebedürftigen Frauen und Männer im Jahr 2030 wird bestimmt, indem die in der obigen Tabelle ausgewiesenen Anteile Pflegebedürftiger auf die vom Statistischen Landesamt vorausberechnete Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2030 bezogen wird.

Zukünftige Nutzung einzelner Versorgungsangebote

In einem weiteren Schritt wurde betrachtet, welche pflegerischen Angebote (zum Beispiel stationäre oder ambulante Pflege) die Pflegebedürftigen zum Stichtag der Pflegestatistik am 15.12.2015 genutzt hatten. Angaben dazu liegen aus der Pflegestatistik differenziert

¹⁴² Ausgangspunkt für die regionale Bevölkerungsvorausrechnung ist der Bevölkerungsstand in den Kommunen zum 31. Dezember 2014. Die Daten stammen aus der Statistik der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Wanderungsbewegungen wurden bei der Vorausrechnung berücksichtigt.

nach Alter und Geschlecht vor. Die entsprechenden Daten wurden im Kapitel 8.1.2 bereits dargestellt und werden daher an dieser Stelle daher nicht mehr abgebildet.

Aus methodischen Gründen erfolgt eine Differenzierung nach vollstationärer Pflege (stationäre Dauer- und Kurzzeitpflege), ambulanter Pflege und häuslicher Pflege. Entsprechend der Pflegestatistik wird die Tagespflege gesondert ausgewiesen, da die Leistungsempfänger der Tagespflege bereits bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen oder den Pflegegeldempfängern enthalten sind.¹⁴³

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

Die Berechnung der Orientierungswerte für das Jahr 2030 erfolgt nach **zwei Varianten**:

- Zunächst wird davon ausgegangen, dass pflegebedürftige Frauen und Männer im Alter über 65 Jahren im Jahr 2030 die unterschiedlichen Leistungsarten (ambulant, vollstationär und zu Hause von Angehörigen) so in Anspruch nehmen wie im Jahr 2015 (=Status-Quo-Annahme oder Variante I). Das heißt zum Beispiel: Auch im Jahr 2030 werden rund 38 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen über 65 Jahren mit Pflegebedarf im Stadtkreis Baden-Baden in einem Pflegeheim versorgt werden.
- Einer zweiten Variante liegt die Annahme zugrunde, dass die Veränderungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze dazu führen werden, dass der Anteil der stationären Pflege in Baden-Baden ab, der Anteil der ambulanten Pflege im Gegenzug zunehmen wird.

Aussagekraft der Orientierungswerte

Jede Vorausrechnung zeigt eine mögliche, unter gegebenen Voraussetzungen und Annahmen wahrscheinliche, Entwicklung auf. Eine deutlich höhere Zuwanderung als in der Vergangenheit, aber auch Veränderungen der Pflegequoten - weil zum Beispiel durch Änderungen in der Pflegeversicherung zukünftig mehr Menschen Leistungen erhalten, könnten zu veränderten Ergebnissen führen.

Besonders schwierig sind Voraussagen über die zukünftige Nutzung bestimmter pflegerischer Angebote durch die Pflegebedürftigen, weil die Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II auf das Wahlverhalten der Pflegebedürftigen derzeit noch nicht abschließend bewertet werden können.

Die Ergebnisse der Vorausrechnung für das Jahr 2030 sind daher als Orientierungswerte und Diskussionsgrundlage zu verstehen. Sie bilden einen Korridor, innerhalb dessen sich die tatsächliche Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit abspielt. Die Orientierungswerte können eine regelmäßige Beobachtung der tatsächlichen Entwicklung und eine gemeinsame planungs- und sozialraumbezogene Konkretisierung vor Ort nicht ersetzen. Die An-

¹⁴³ Um Dopplungen zu vermeiden, werden in der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg die Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege gesondert ausgewiesen, da sie in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflegeleistungen erhalten. Sie sind daher bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst.

nahmen der Vorausrrechnung können auch als Stellschrauben verstanden werden, an denen gedreht werden kann oder muss, wenn zukünftige Entwicklungen aktiv gestaltet werden sollen – zum Beispiel in Richtung Ambulantisierung. Gegebenenfalls müssen die Annahmen und die sich daraus ergebenden Bedarfsaussagen im Zeitverlauf angepasst werden.

8.9.2 Pflegebedürftige und benötigte Angebote im Überblick

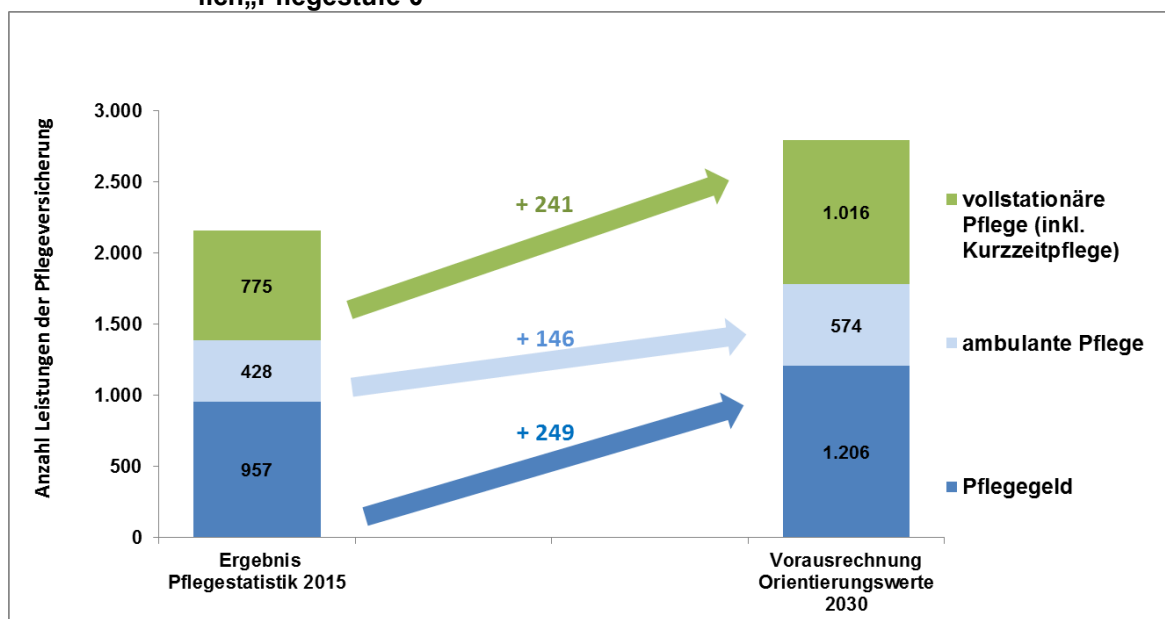
In der Stadt Baden-Baden werden nach der Bedarfsvorausrechnung im Jahr 2030 fast 2.800 Personen Pflegeleistungen benötigen. Das sind über 600 Personen oder 30 Prozent mehr als im Jahr 2015. 1.600 der insgesamt 2.800 Pflegebedürftigen benötigen nach der Vorausrrechnung professionelle (ambulante oder stationäre) Unterstützung bei der Pflege. Das sind fast 400 (32 Prozent) mehr als 2015.

Die differenzierte Zunahme nach einzelnen Versorgungsarten wurde nach zwei Varianten mit unterschiedlichen Annahmen zum zukünftigen Nachfrageverhalten berechnet. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und der Anteil, der professionelle Pflege benötigt, sind bei beiden Prognosevarianten konstant. Die Unterschiede beziehen sich lediglich auf Verschiebungen zwischen dem Bedarf an stationärer und ambulanter Pflege.

Variante I – Status-Quo-Variante

Die Status-Quo-Variante basiert auf der Annahme, dass sich die Pflegebedürftigen im Jahr 2030 bei der Wahl der Pflegeleistung gleich verhalten wie im Jahr 2015, also zu gleichen Anteilen stationäre oder ambulante Pflegesachleistungen oder Pflegegeld nutzen. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede werden berücksichtigt, da das Nutzungsverhalten für jede Altersgruppe und für Männer und Frauen getrennt berechnet wurde. Verschiebungen zwischen den einzelnen Leistungsangeboten ergeben sich bei der Status-Quo-Variante ausschließlich durch demografische Entwicklungen. Steigt zum Beispiel die Zahl hochbetagter Pflegebedürftiger überproportional an, erhöht sich automatisch auch der Anteil stationärer Versorgung, da diese Versorgungsform in den höheren Altersgruppen sehr deutlich zunimmt.

Abbildung 27: Pflegeleistungen im Jahr 2015 und Orientierungswerte für das Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden nach der Variante I (Status-Quo-Variante) – einschließlich „Pflegestufe 0“



Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

Unter der Status-Quo-Annahme ergeben sich die stärksten Zuwächse im Bereich der vollstationären Pflege und beim Pflegegeld. Mehr als 1.000 Pflegebedürftige würden danach im Jahr 2030 eine stationäre Versorgung benötigen, rund 1.200 Personen Pflegegeld beziehen.

Das stärkste prozentuale Wachstum verzeichnet dagegen die ambulante Pflege mit einem Zuwachs um 34 Prozent (146 Personen) zwischen 2015 und 2030.

Tabelle 10: Vorausrechnung Pflegeleistungen im Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden Status-Quo-Variante

ambulante Leistungen	vollstationäre Pflege (Dauer- und Kurzzeitpflege)	Pflegegeld	Summe	nachrichtlich: Tagespflege
574	1.016	1.206	2.796	191

Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Berechnungen: KVJS.

Variante II: stärkere Nutzung ambulant organisierter Pflegeangebote

Wie sich die Pflegestärkungsgesetze im Detail auf die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Pflegeangebote auswirken werden, lässt sich derzeit noch nicht sagen. Die Experten sind sich aber sicher, dass die gesetzlichen Regelungen – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt - Auswirkungen auf die zukünftige Bewohnerstruktur der Pflegeheime haben werden. Durch die bereits beschriebenen Veränderungen, müssen Pflegebedürftige bis einschließlich Pflegegrad 1 und 2 zukünftig mit höheren Kosten rechnen, wenn sie nach dem 01.01.2017 in ein stationäres Pflegeheim umziehen. Gleichzeitig erhöhten sich die Leistungen für ambulante und teilstationäre Angebote. Dies führt voraussichtlich dazu, dass Pflegebedürftige in niedrigen Pflegegraden zukünftig aus finanziellen Gründen in sehr viel geringerem Ausmaß als bisher vollstationäre Versorgung in Anspruch nehmen können und eher ambulant versorgt werden (siehe auch Kapitel 8.7 Stationäre Dauerpflege). Auch die Träger von stationären Pflegeheimen planen derzeit verstärkt, einen Teil ihrer stationären Angebote zu ambulantisieren.

Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, wurde die zuvor beschriebene Status-Quo-Variante der Bedarfsvorausrechnung um eine zweite Variante ergänzt. Grundannahme bei der Variante II ist, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und 2 zukünftig ambulant versorgt werden. Dadurch reduziert sich gegenüber der Status-Quo-Variante der Anteil stationärer Versorgung zugunsten des Anteils ambulanter Versorgung. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen bleibt konstant.

Für die Berechnung muss zunächst der Anteil der stationär Wohnenden in den Pflegegraden 1 und 2 bestimmt werden. Hilfsweise wird dazu auf die Daten der Pflegestatistik 2015 zurückgegriffen: Zum 15.12.2015 hatten in der Stadt Baden-Baden 22 Pflegebedürftige in der stationären Dauer- und Kurzzeitpflege die „Pflegestufe 0“ in Verbindung mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und 75 Pflegebedürftige die Pflegestufe 1, ohne dass bei ihnen eine dauerhafte Einschränkung der Alltagskompetenz vorlag. Nach dem PSG II werden beide Personenkreise in Pflegegrad 2 übergeleitet. Pflegebedürftige in „Pflegestufe 1“ mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden dagegen nach dem Konzept des „doppelten Stufensprungs“ dem Pflegegrad 3 zugeordnet. Sie gehören daher nicht zum Personenkreis, für den zukünftig eine ambulante Betreuung angenommen wird. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Personen in „Pflegestufe 0“ ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Sie werden zwar zukünftig voraussichtlich ebenfalls ambulant versorgt werden, ihre Zahl ist aber sehr gering und wird im Rahmen der Pflegestatistik nicht erfasst.

Pflegeheimbewohner, für die im Rahmen der Vorausberechnung zukünftig eine ambulante Versorgung angenommen wird, hatten im Jahr 2015 einen Anteil von 12,9 Prozent an allen

stationär versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt Baden-Baden. Derselbe Anteil von 12,9 Prozent wird im Folgenden auch für das Jahr 2030 angenommen und vom errechneten stationären Bedarf nach der Status-Quo-Variante abgezogen.

Insgesamt ergibt sich dadurch bei Variante II eine deutlich andere Verteilung der Pflegeleistungen als bei der Status-Quo-Variante (Annahme: Anteil stationärer Pflege bleibt konstant). Die zahlenmäßig und prozentual höchsten Zuwächse ergeben sich aufgrund des veränderten Nutzerverhaltens im ambulanten Bereich mit einem Zuwachs der Klienten um 65 Prozent oder 277 Personen. Im stationären Bereich dagegen reduziert sich unter den veränderten Annahmen der Anstieg auf 14 Prozent oder 110 Personen.

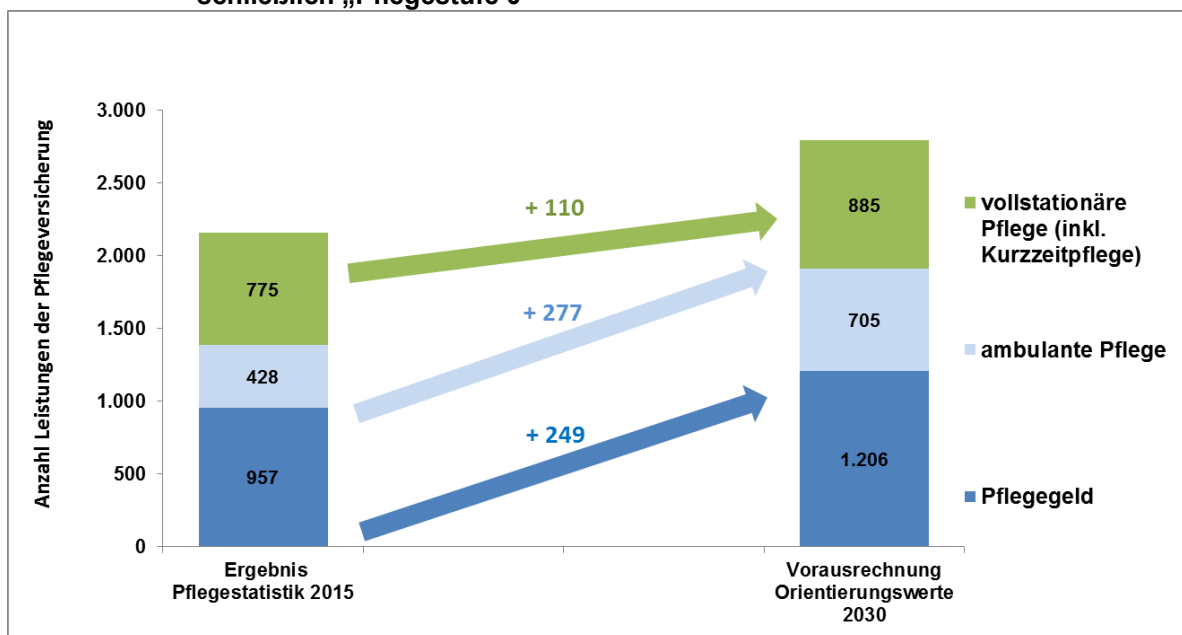
Die Zahl der Pflegegeldempfänger ist in beiden Varianten identisch. Dahinter steht die Annahme, dass die Pflegebedürftigen, die zuvor dem stationären Bedarf zugerechnet wurden, auch zukünftig professionelle pflegerische Hilfe benötigen. Dies schließt nicht aus, dass zusätzlich auch die Zahl der Pflegegeldempfänger bei Variante II ansteigt – zum Beispiel bei der Inanspruchnahme einer sogenannten „Kombinationsleistung“.

Tabelle 11: Voraussrechnung Pflegeleistungen im Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden Variante II (Anstieg ambulante Versorgungsquote)

ambulante Leistungen	vollstationäre Pflege (Dauer- und Kurzzeitpflege)	Pflegegeld	Summe	nachrichtlich: Tagespflege
705	885	1.206	2.796	191

Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Berechnungen: KVJS.

Abbildung 28: Pflegeleistungen im Jahr 2015 und Orientierungswerte für das Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden nach der Variante II (Anstieg ambulanten Versorgung) einschließlich „Pflegestufe 0“



Datenbasis: Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen KVJS.

Die Auswirkungen eines veränderten Nutzerverhaltens auf den zukünftigen Bedarf sind also beträchtlich – die Herausforderungen für die Seniorenplanung nicht geringer als bei der

Status-Quo-Variante. Denn die Veränderungen im Nutzerverhalten stellen sich nicht automatisch ein, sondern müssen durch ein „pflegefreundliches“ Wohnumfeld und eine gezielte Förderung und noch stärkere Vernetzung ambulanter und teilstationärer Pflegeangebote flankiert werden. Neben der Stadt Baden-Baden sind hier insbesondere die Träger von Pflegeangeboten sowie die Pflegekassen – aber auch die Zivilgesellschaft – in der Verantwortung.

8.9.3 Vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege

Variante I – Status-Quo-Variante

Bei einem unveränderten Nutzerverhalten würden im Jahr 2030 in der Stadt Baden-Baden aufgrund der demografischen Veränderungen voraussichtlich 1.016 Dauerpflegeplätze (einschließlich Kurzzeitpflegeplätze) benötigt.

Zum Stichtag 15.12.2015 standen nach der Erhebung bei den Trägern insgesamt 848 stationäre Pflegeplätze im Stadtgebiet zur Verfügung - darunter 47 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl im Rahmen der Umsetzung der Landesheimbauverordnung voraussichtlich um 75 reduzieren (siehe Kapitel 8.7.2). Dies ist in den Angaben zum voraussichtlichen Bestand 2030 bereits berücksichtigt. Einige Einrichtungen mit Doppelzimmern konnten jedoch zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch keine Angaben zu ihrer zukünftigen Platzzahl machen. Ein späterer Abbau von Doppelzimmern in diesen Einrichtungen würde den Bestand im Jahr 2030 weiter reduzieren. Gleichzeitig eröffnen die Vorgaben der Landesheimbauverordnung neue Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für einen teilweisen Umbau der Pflegelandschaft: Zum Beispiel durch die Verlagerung stationärer Pflegeplätze in Ortsteile, die bisher kein stationäres Pflegeangebot haben. Die Notwendigkeit zur baulichen Anpassung kann auch zu einer weiteren Qualifizierung bestehender Einrichtungen führen - zum Beispiel durch eine Optimierung der Raum- und Versorgungskonzepte für Menschen mit einer Demenzerkrankung oder für andere Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen. Teilweise kann dies mit der Umwandlung stationärer Einrichtungen in ambulante Wohnformen einhergehen.

Tabelle 12: Bestand an Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) im Jahr 2016 sowie vorausgerechneter Bedarf für das Jahr 2030 im Stadtkreis Baden-Baden nach der Status-Quo-Variante

Stadtkreis Baden-Baden	2016		2030		
	Bestand	in Planung	voraussichtlicher Bestand*	Orientierungswerte (Status-Quo-Annahme)	Saldo
Planungsraum A	510	-752	435		
Planungsraum B	195	45	240		
Planungsraum C	148	-45	98		
Baden-Baden gesamt	848	-75	773	1.016	-243

*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Berechnungen: KVJS.

Der Abgleich des voraussichtlichen Bedarfs im Jahr 2030 mit dem Bestand ergibt somit zwar einen rechnerischen Zusatzbedarf von 243 stationären Pflegeplätzen bis zum Jahr 2030. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass das stationäre Angebot tatsächlich in diesem Ausmaß erhöht werden muss. Für die Deckung des zukünftigen Bedarfs ist vielmehr das Zusammenspiel der einzelnen Pflegeleistungen von Bedeutung. Beispielsweise

kann durch die Ausweitung von ambulanten Pflegeleistungen in Verbindung mit teilstationären Angeboten der Bedarf an stationären Dauerpflegeplätzen geringer ausfallen als vorausberechnet. Einige Träger haben im Rahmen der Seniorenplanung bereits über Ambulantisierungspläne berichtet. Wie der zukünftige Bedarf tatsächlich gedeckt wird, hängt nicht zuletzt auch von politischen und planerischen Entscheidungen in der Stadt Baden-Baden ab. Diese haben einen Einfluss auf die Lebenssituation der Bürger mit Pflegebedarf und die Rahmenbedingungen für die Angebotsträger.

Variante II: stärkere Nutzung ambulant organisierter Pflegeangebote

Bei der Variante II reduziert sich der errechnete Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Jahr 2030 auf 885. Stellt man diesen Bedarf dem voraussichtlichen Bestand von 773 stationären Plätzen im Jahr 2030 gegenüber, ergibt sich ein Zusatzbedarf von 110 stationären Pflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze).

Tabelle 13: Bestand an Dauerpflegeplätzen (einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze) im Jahr 2016 sowie vorausgerechneter Bedarf für das Jahr 2030 im Stadtkreis Baden-Baden nach Variante II

Stadtkreis Baden-Baden	2016		2030		
	Bestand	in Planung	voraussichtlicher Bestand*	Orientierungswerte (Variante 2)	Saldo
Planungsraum A	510	-75	435		
Planungsraum B	195	45	240		
Planungsraum C	143	-45	98		
Baden-Baden gesamt	848	-75	773	885	-112

*einschließlich konkreter Planungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts noch nicht umgesetzt waren. Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015 und ergänzende Erhebung im Februar 2017, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Berechnungen: KVJS.

8.9.4 Kurzzeit- und Überleitungspflege

Eingeschränkte Aussagekraft quantitativer Bedarfsvorausrechnungen

Die Vorausberechnung des Bedarfs an stationären Kurzzeitpflegeplätzen gestaltet sich deutlich schwieriger als im Bereich der Dauerpflege. Dies hat mehrere Gründe:

- Die unzureichende Datenlage und insgesamt kleine Fallzahlen: Es liegen nur Stichtagszahlen zur Nutzung der Kurzzeitpflege vor. Dabei bleibt unklar, ob am Stichtag alle Menschen, die ein Angebot benötigen hätten, auch einen Platz gefunden haben. Darüber hinaus sind gerade für die Kurzzeitpflege saisonale Nachfragespitzen und unvorhersehbare kurzfristige Bedarfe typisch.
- Kurzzeitpflegeplätze stehen nicht ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, sondern werden (auch) für die Dauerpflege genutzt. Der Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen ist daher immer in Verbindung mit der Nachfrage und Bestandsentwicklung im Bereich der Dauerpflege zu bewerten, da die Pflegeeinrichtungen ihr Angebot entsprechend der Nachfrage flexibel handhaben. Durch anstehende Umwandlungen von Doppel- in Einzelzimmer ist davon auszugehen, dass für die Kurzzeitpflege zumindest vorübergehend nur ein kleineres Platzangebot verfügbar ist als dies die vereinbarten Platzzahlen widerspiegeln.

- Der Bedarf an Kurzzeit- und Überleitungspflege wird sich durch jüngst erfolgte Gesetzesänderungen im SGB XI und SGB V voraussichtlich deutlich erhöhen. Das aktuelle Nutzerverhalten spiegelt damit die voraussichtliche zukünftige Nutzung nur bedingt wider.

Aus diesen Gründen wird im Rahmen der Seniorenplanung auf eine rein rechnerische Bedarfsermittlung für die Kurzzeitpflege verzichtet. Stattdessen enthält die Planung Trendausagen zum zukünftigen quantitativen und qualitativen Entwicklungsbedarf auf der Basis fachlicher Einschätzungen.

Zukünftige Entwicklungstrends in der Kurzzeitpflege

In der Stadt Baden-Baden gab es Ende 2015 laut Trägerangaben 47 eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze. Plätze, die dauerhaft und ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung standen, gab es nicht.

Kurzzeit- und Übergangspflege sind immer wichtiger werdende Angebote, um häusliche Pflege zu ermöglichen und Angehörige zu entlasten. Für die Zukunft wird daher von einem deutlich steigenden quantitativen Bedarf und der Notwendigkeit einer qualitativen Weiterentwicklung ausgegangen.

Insbesondere wird die stationäre Kurzzeitpflege als Übergangspflege aus dem Krankenhaus weiter an Bedeutung gewinnen. Frisch aus dem Krankenhaus entlassene Personen haben häufig noch einen hohen medizinisch-pflegerischen Bedarf und die Entlassung erfolgt meist kurzfristig. Die Kurzzeitpflege in Form der Übergangspflege ist daher mit besonderen Anforderungen verknüpft und setzt eine enge Vernetzung mit dem medizinischen Bereich voraus. Ergänzend kann auch eine organisierte Kurzzeitpflege-Nachbetreuung wirksam sein, um eine „Einbahnstraße“ vom Krankenhaus in die Kurzzeit- und danach nahtlos in die Dauerpflege zu vermeiden.¹⁴⁴

Lokale Experten und pflegende Angehörige bestätigten in verschiedenen Fachgesprächen, dass die Nachfrage nach Kurzzeitpflege in der Stadt Baden-Baden das Angebot übersteigt. Vor allem bei kurzfristigem Bedarf steht nach Einschätzung von Angehörigen häufig kein Angebot zur Verfügung. Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz wurden insbesondere für bestimmte Zielgruppen berichtet – zum Beispiel für Personen mit einer demenziellen Erkrankung und bestimmten Verhaltensauffälligkeiten. Der Aufbau von ganzjährig verfügbaren spezialisierten Kurzzeitpflegeangeboten (zum Beispiel als Teil einer stationären Pflegeeinrichtung) und konzeptionelle Weiterentwicklungen der Angebote erscheinen vor diesem Hintergrund geboten.

Weitere Erfordernisse sind: eine optimale Nutzung der vorhandenen Kapazitäten durch eine übergreifende Abstimmung zwischen den Trägern und mehr Transparenz über das vorhandene Angebot. Abgestimmte Planungen und mehr Transparenz erhöhen zum einen die Wirtschaftlichkeit für die Träger; zum anderen erleichtern sie pflegenden Angehörigen die Suche nach einem freien Kurzzeitpflegeplatz. Die Angehörigen äußerten im Rahmen der Seniorenplanung den Wunsch nach einer Kurzzeitpflege-Börse, die aktuell freie Plätze bekanntgibt und vermittelt.

¹⁴⁴ Beispielhaft sei hier die evangelische Stadtmission Heidelberg genannt, die die Rückkehr nach Hause nach dem Ende der Kurzzeitpflege durch Beratung und Unterstützung im Rahmen eines sogenannten Überleitungsmanagements intensiv vorbereitet und begleitet

8.9.5 Tagespflege

Bedarfsvorausrechnungen im Bereich der Tagespflege stoßen ebenso wie bei der Kurzzeitpflege an methodische Grenzen. Dies hat mehrere Gründe:

- Grundlage für die Bedarfsvorausrechnung sind Daten aus der Pflegestatistik. Erfasst werden dort die pflegebedürftigen Personen, die zum Stichtag 15.12. Kunden einer Tagespflegeeinrichtung waren. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Kunden am Stichtag selbst in der Tagespflege zu Gast waren. Denn eine Besonderheit der Tagespflege ist, dass zwar - analog zur stationären Pflege – „Plätze“ vereinbart werden, diese Plätze aber in der Regel von mehreren Personen genutzt werden. Das ist möglich, weil derzeit der Großteil der Kunden Tagespflege nur an einigen Tagen in der Woche in Anspruch nimmt. Dementsprechend ist die Zahl der Nutzer oder Leistungen höher als die Zahl der Plätze. Für Planungszwecke ist eine Umrechnung erforderlich, die aufgrund der Datenlage aber nur sehr eingeschränkt leistbar ist.
- Die Bedarfsvorausberechnung bezieht sich auf aktuelle Nutzungsdaten der Tagespflege und schreibt diese in die Zukunft fort. Durch die Pflegestärkungsgesetze ergaben sich jedoch zwischen 2015 und 2017 umfassende Verbesserungen bei der Finanzierung der Tagespflege. Sie sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die zukünftige Nutzung des Angebots erhöhen. In welchem Ausmaß dies gelingt, ist derzeit nicht zu exakt zu quantifizieren.
- Werden Tagespflegeangebote auch von Gästen genutzt, die außerhalb des Standortkreises wohnen, hat dies Auswirkungen auf den zukünftigen Bedarf. So sind derzeit zum Beispiel zwei Drittel der Besucher der größten Tagespflegeeinrichtung in der Stadt Baden-Baden im Planungsraum C Bürger des angrenzenden Landkreises Rastatt. Planungen im Nachbarlandkreis – zum Beispiel die Einrichtung einer weiteren Tagespflegeeinrichtung im Landkreis Rastatt – haben somit einen großen Einfluss auf den Bedarf und die Auslastung der Einrichtungen in der Stadt Baden-Baden.

Nach Status-Quo-Annahme: 191 Tagespflegenutzer im Jahr 2030

Nach der Bedarfsvorausrechnung wird sich die Zahl der Nutzer von Tagespflege in der Stadt Baden-Baden bei einer unveränderten Inanspruchnahmequote im Jahr 2030 voraussichtlich auf 191 Klienten erhöhen.

Zum Stichtag 15.12.2015 versorgten die Tagespflegeeinrichtungen im Stadtgebiet 125 Klienten auf 80 Tagespflegeplätzen. Dies bedeutet 1,6 Kunden pro Platz. Aussagen über ein „angemessenes“ Verhältnis zwischen Platz- und Nutzerzahlen in der Tagespflege sind hieraus aber nur bedingt ableitbar: Nur ein Teil der Einrichtungen konnte Angaben zur Auslastung machen und bei einigen lag die angegebene Auslastung deutlich unter 100 Prozent. Für die Umrechnung von Leistungen in Platzzahlen im Jahr 2030 wird daher auf Daten aus einem aktuellen Fachbeitrag zurückgegriffen: Nach diesem benötigen Tagespflegeeinrichtungen mit 12 Plätzen eine Gästezahl zwischen 30 und 40, um eine Vollausslastung und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Dies entspricht einer Relation von 2,5 beziehungsweise 3,3 Kunden pro Platz.¹⁴⁵

Für die Ermittlung der zukünftig erforderlichen Platzzahlen in Baden-Baden wird der niedrigere Wert von 2,5 Nutzern pro Platz zugrunde gelegt. Er liegt näher beim Wert aus der Trägererhebung in Baden-Baden und entspricht einer Einschätzung im Rahmen des Fachgesprächs. Bei der Umrechnung der Leistungen in Plätze ergibt sich somit im Jahr 2030 ein Bedarf von mindestens 76 Tagespflegeplätzen im Stadtgebiet (ohne einen eventuellen demografisch bedingten Zusatzbedarf von Bürgern des Landkreises Rastatt).

Faktisch dürfte der Bedarf höher ausfallen: Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen in Baden-Baden um knapp 400 Personen steigen. Dies erhöht auch den Entlastungsbedarf für (berufstätige) pflegende Angehörige. Auch die

¹⁴⁵ Vgl. Rommel, Ulrich: Mit Tagespflege punkten. In: Altenheim 4 / 2017, S.54-57.

verbesserten Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung wirken sich bedarfssteigernd aus. Sie können sowohl die Zahl der Nutzer als auch die Intensität der Nutzung erhöhen. Beide Faktoren erhöhen den Bedarf: Können zum Beispiel durch eine intensivere Nutzung der Tagespflege zukünftig auf einem Platz nur noch 1,5 (statt der derzeit angenommenen 2,5 Personen) versorgt werden, erhöht sich der rechnerische Bedarf im Jahr 2030 bereits auf 127 Tagespflegeplätze.

Bestand an Tagespflegeangeboten in Baden-Baden

Dem errechneten zukünftigen Bedarf zwischen 76 und 127 Plätzen stand zum 15.12.2015 ein Bestand von 80 Tagespflegeplätzen gegenüber. Wie sich der Bestand bis zum Jahr 2030 entwickeln wird, ist derzeit noch unklar.

Zwei stationäre Träger erwägen, ihre Angebote in ambulant betreutes Wohnen umzuwandeln und für die Tagesstruktur ergänzende Tagespflegeangebote neu zu schaffen. Zielgruppe der neuen Angebote sind primär die derzeitigen Pflegeheimbewohner (siehe Kapitel 8.5.2). Bislang ist nicht bekannt, ob die geplanten Tagespflegeeinrichtungen auch andere, zu Hause lebende Gäste aufnehmen können. Daher werden die Planungen in die Gegenüberstellung von Bestand und Bedarf im Jahr 2030 nicht einbezogen. Somit ergibt sich je nach Nutzungsintensität entweder ein Zusatzbedarf von fast 50 Plätzen in der Tagespflege oder eine Bedarfsdeckung.

Tabelle 14: Bestand an Tagespflegeplätzen in der Stadt Baden-Baden zum Stichtag 15.12.2016 sowie Vorausberechnung der benötigten Platzzahl im Jahr 2030

Stadt Baden-Baden	2016		2030		
	Bestand	in Planung	Voraussichtlicher Bestand*	Errechneter Bedarf (Status-Quo-Annahme bei 2,5 bzw. 1,5 Nutzern pro Platz)	Saldo
Planungsraum A	10		10		
Planungsraum B	40		40		
Planungsraum C	30		30		
Baden-Baden gesamt	80		80	76 bzw. 127	4 bzw. -47

Datenbasis: Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtkreis Baden-Baden zum 15.12.2015, Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2014 sowie Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Differenzierte sozialraumbezogene Planungen erforderlich

Die quantitative Bedarfsvorausrechnung liefert lediglich einen groben Orientierungsrahmen für zukünftige Planungen. Für eine differenzierte Bewertung ist ergänzend eine einrichtungs- und sozialraumbezogene Analyse erforderlich. Diese sollte auch qualitative Aspekte und die Auslastung der Einrichtungen berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die bauliche Qualität als auch die inhaltliche Konzeption und Betreuungsqualität. Auch die Flexibilität der Angebote (zum Beispiel im Hinblick auf Öffnungszeiten und -tage) und die Organisation des Fahrdienstes spielen eine wichtige Rolle für die Bedarfsdeckung aus Sicht pflegender Angehöriger.

Die Betrachtung des Sozialraums ist wichtig, weil sich die Bedarfe im städtischen Zentrum und in eher ländlich geprägten Ortsteilen deutlich unterscheiden können.

Außerdem sind bei der Bewertung des Bestands auch andere (niedrigschwellige oder ambulante) Betreuungsangebote im Sozialraum zu berücksichtigen, die entweder ergänzend

(beispielsweise an einzelnen Tagen in der Woche) oder zum Teil auch als Ersatz für die Tagespflege genutzt werden.

Neben der kleinräumigen Betrachtung erfordert eine sorgfältige Bedarfsplanung auch eine Abstimmung mit dem Landkreis Rastatt, da die Nutzung der Tagespflege im Planungsraum C zu einem großen Teil durch externe Gäste aus dem Nachbarlandkreis erfolgt.

Unbestritten ist, dass ein ausreichendes, entsprechend qualifiziertes und wohnortnahes Tagespflegeangebot einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen leistet. Deshalb sind Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung in der Tagespflege von großer Bedeutung. Trotz aller Unsicherheiten ist für die Gesamtstadt von einem quantitativen Zusatzbedarf von bis zu 50 Tagespflegeplätzen im Jahr 2030 auszugehen, wenn die bereits eingeleitete Ambulantisierung stationärer Plätze weiter voranschreitet und die Leistungsverbesserungen für die Tagespflege im PSG II greifen. Beim Ausbau sollte darauf geachtet werden, dass die Tagespflegeplätze im Stadtgebiet ausgewogen verteilt und regionale Versorgungslücken – derzeit insbesondere im Planungsraum A - geschlossen werden.

8.10 Arbeitskräfte in der Pflege

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

8.10.1 Daten und Fakten: Baden-Württemberg

Die Pflegestatistik 2015 gibt einen Überblick über die Personalsituation in der Pflege in Baden-Württemberg. Im Jahr 2015 standen insgesamt mehr als 158.000 Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 128.300 Beschäftigte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gegenüber. Dies waren 5.842 Personen beziehungsweise 4,8 Prozent mehr als im Jahr 2013. Im Vergleich zu 2005 ist die Zahl der Beschäftigten um insgesamt 35.700 Personen und somit rund 39 Prozent gestiegen. Fast 86 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2015 waren Frauen.

Berufsabschlüsse der Beschäftigten

Im Jahr 2015 hatten

- 56 Prozent der Beschäftigten in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen einen Abschluss in einem pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder nichtärztlichen Heilberuf und
- lediglich 24,3 Prozent einen Berufsabschluss als Altenpfleger/in.
- Der Anteil der Personen ohne Berufsabschluss lag bei 13,7,
- der Anteil der Auszubildenden und (Um-)Schüler bei 7,1 Prozent.

Die Daten der aktuellen Pflegestatistik weisen darauf hin, dass der Anteil der Personen, der (noch) keinen Berufsabschluss oder einen fachfremdem, nicht-pflegerischen Berufsabschluss hat, im Vergleich zu 2013 um 5,1 Prozent gestiegen ist.¹⁴⁶

Hoher Anteil von Teilzeitbeschäftigung

Rund zwei Drittel des Personals in baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen ist in flexiblen Teilzeit-Arbeitsmodellen beschäftigt. Lediglich 25 Prozent der Beschäftigten arbeiten in Vollzeit. Neben betrieblichen Erfordernissen spielen auch persönliche Gründe eine

¹⁴⁶ Statistisches Landesamt, Pressemitteilung 29/2017 vom 03.02.2017

Rolle bei der Wahl des Beschäftigungsumfangs. Häufig geben Beschäftigte an, aus gesundheitlichen Gründen in Teilzeit zu arbeiten. Die Aufstockung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit wird von den meisten Angestellten in der Pflege nicht favorisiert.¹⁴⁷

Auszubildende und (Um)schüler

In der Pflegestatistik 2015 wurden zum zweiten Mal gesondert Daten zum Anteil Auszubildender und (Um)Schüler in den Pflegeeinrichtungen erhoben:

- In den stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg gab es demnach Ende 2015 fast 8.100 Auszubildende und (Um)Schüler. Dies sind 2 Prozent mehr als im Jahr 2013. Insgesamt hatten Auszubildende und (Um)Schüler einen Anteil von 8,6 Prozent an allen Beschäftigten in Pflegeheimen. Ein Drittel der Auszubildenden und Umschüler war 30 Jahre und älter. 82 Prozent strebten einen Abschluss als staatlich anerkannter Altenpfleger beziehungsweise staatlich anerkannte Altenpflegerin an.
- Bei den ambulanten Diensten war der Anteil der Auszubildenden und Um(Schüler) an allen Beschäftigten mit knapp 3 Prozent deutlich geringer als im stationären Bereich. Absolut gab es knapp 1.000 Auszubildende und (Um)Schüler in der ambulanten Pflege. Dies waren 10 Prozent mehr als 2013. Auszubildende und (Um)Schüler in der ambulanten Pflege sind deutlich älter als diejenigen in Pflegeheimen: Rund 52 Prozent waren älter als 30 Jahre. 70 Prozent der Auszubildenden und (Um)Schüler streben einen Abschluss als staatlich anerkannter Altenpfleger beziehungsweise als staatlich anerkannte Altenpflegerin an.¹⁴⁸

Der Ausbildungsreport 2015 stellt in einer repräsentativen Befragung unter Auszubildenden im Gesundheits- und Pflegebereich fest, dass die Gesamtzufriedenheit der Auszubildenden in der Altenpflege mit 59,8 Prozent deutlich unter dem Durchschnittswert aller anerkannten Ausbildungsberufe mit 71,5 Prozent liegt. Personalabbau und Arbeitsverdichtung führen insbesondere dazu, dass sich Auszubildende in der Pflege durch die Ausbildungsbedingungen belastet fühlen. Gründe für die Belastungen sind nach Angaben der Auszubildenden: Arbeit unter Zeitdruck, häufige Überstunden, fehlende Pausen, schweres Heben und Tragen, fehlende Vereinbarkeit von Freizeit und Beruf/ Familie sowie Probleme im Team.¹⁴⁹

Durchschnittliche Verweildauer im Beruf

Laut einer Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg weisen Pflegekräfte eine durchschnittliche Berufsverweildauer von 8,4 Jahren auf. Die durchschnittliche Verweildauer von examinierten Altenpflegerinnen und -pflegern mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren liegt dabei bei 12,7 Jahren, die von Pflegekräften mit geringeren Ausbildungszeiten lediglich bei 7,9 Jahren. Die durchschnittliche Berufsverweildauer steigt demzufolge mit der Dauer und Qualität der Ausbildung an.¹⁵⁰

Neben dem Ausstieg aus dem Beruf schwächt unter anderem auch die Abwanderung der Pflegefachkräfte in andere Länder den Personalbestand vor allem in den Grenzregionen Deutschlands. Hohe körperliche, psychische und emotionale Belastungen am Arbeitsplatz spielen beim Wunsch, auszuwandern oder den Beruf zu verlassen, eine zentrale Rolle. Die hohen Belastungen äußern sich auch in einem überdurchschnittlichen Krankenstand: Während im bundesweiten Durchschnitt aller Branchen der Krankenstand bei 4,8 Prozent liegt, beträgt er in der Pflege 6,2. Dies weist darauf hin, dass hier Handlungsbedarf besteht.

¹⁴⁷ Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich, in: Forschung aktuell, Heft 4/2016.

¹⁴⁸ Statistisches Landesamt, Pressemitteilung 29/2017 vom 03.02.2017

¹⁴⁹ ver.di Jugend, 2015: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Berlin.

¹⁵⁰ Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 95f.

8.10.2 Entwicklungen und Maßnahmen in Land und Bund

Im Bereich der Pflege wird deutschlandweit bereits jetzt ein flächendeckender Fachkräftemangel an examinierten Altenpflegern konstatiert. Freie Stellen für ausgebildete Pflegefachkräfte sind laut dem aktuellen Arbeitsmarktbericht der Bundesagentur für Arbeit im Durchschnitt 138 Tage vakant. Dies sind 52 Tage mehr als der Durchschnittswert für alle offenen Stellen. Auf 100 gemeldete Stellen für Pflegefachkräfte kamen im Jahr 2015 lediglich 40 erwerbslose Personen.¹⁵¹ Wesentliche Gründe für diese Situation wurden im vorigen Abschnitt bereits genannt.

Der Fachkräftemangel wird sich zukünftig allein durch die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen bei einem gleichzeitigen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials noch verstärken. Dazu kommen hohe Belastungen bei den vorhandenen Beschäftigten durch wachsende Anforderungen und ein gleichzeitig steigender Altersdurchschnitt¹⁵² der Pflegefachkräfte. Diese erhöhen die Zahl der Berufserkrankungen und Fehltag. Tatsächlich verzeichnen Pflegeberufe einen sehr hohen und stärker als in anderen Berufsgruppen ansteigenden Krankenstand.¹⁵³

Nach einer Modellrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wird sich der Bedarf an Pflegekräften im Land zwischen 2011 und 2030 voraussichtlich um 53.000 Personen erhöhen. Dies entspricht einer Steigerung um 45 Prozent.¹⁵⁴

Lösungsansätze für den zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege werden auf breiter Basis diskutiert und verschiedene Maßnahmen auf Landes- und Bundesebene bereits umgesetzt:

Neue Konzepte für Ausbildung und Qualifizierung

Im Rahmen der bis 2015 laufenden „**Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege**“ hat die Bundesagentur für Arbeit in den vergangenen beiden Schuljahren die Kosten für Umschulungen, die zu einem anerkannten Abschluss in den Berufsbereichen Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege an den staatlichen beruflichen Schulen des Landes Baden-Württemberg führen, gefördert. Aufgrund der positiven Erfahrungen im Projekte wurde die Förderung einer dreijährigen Umschulung bis zum 31.12.2017 verlängert.¹⁵⁵

Seit 2006 werden über das **Sonderprogramm WeGebAU** („Förderung der Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen“) der Bundesagentur für Arbeit betriebliche Weiterbildungen für Menschen mit geringem Qualifikationsniveau sowie für ältere Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen gefördert. Hierbei haben sich Weiterbildungen in der Altenpflege zu einem Schwerpunkt des Programms entwickelt.¹⁵⁶

Auch die **Einführung des Pflegeberufsgesetzes** hat zum Ziel, mehr Personal insbesondere für die Altenpflege zu gewinnen und Pflegeberufe wieder attraktiver zu machen. Dies

¹⁵¹ Bundesagentur für Arbeit, 2015: Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarktberichterstattung. Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg.

¹⁵² Rund 15 Prozent der Pflegefachkräfte sind derzeit älter als 56 Jahre. Diese werden in den kommenden Jahren vorzeitig bzw. mit Eintreten ins Rentenalter in den Ruhestand gehen (vgl. Isfort, Michael et al. (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln, S. 5).

¹⁵³ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Pressemitteilung vom 14.02.2012.

¹⁵⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014: Statistik aktuell. Pflegebedürftige in Baden-Württemberg. Stuttgart.

¹⁵⁵ Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Verabschiedet am 14. Dezember 2016.

¹⁵⁶ Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Verabschiedet am 14. Dezember 2016.

soll insbesondere durch die Ablösung der bisher getrennten Ausbildungsgänge für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege durch eine generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau beziehungsweise zum „Pflegefachmann“ erfolgen.

Vor- und Nachteile der Reform wurden in Politik und Fachwelt teilweise sehr kontrovers diskutiert. Im April 2017 hat sich die große Koalition im Bund nun auf einen Kompromissvorschlag verständigt. Die neuen Regelungen sollen nach Durchlaufen des Gesetzgebungsverfahrens ab 2019 gelten. Wichtige Neuerungen sind:

- In allen Pflegeschulen beginnt die Ausbildung zukünftig mit einer zweijährigen generalistischen Pflegeausbildung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Im dritten Jahr können die Auszubildenden sich nach dem Kompromissvorschlag für unterschiedliche Wege entscheiden: Fortsetzung der generalistischen Ausbildung mit fachlicher Schwerpunktsetzung oder „klassischer“ Abschluss im Bereich Kinderkranken- oder Altenpflege. Einen Einzelabschluss im Bereich Krankenpflege soll es zukünftig nicht mehr geben. Entscheiden sich die Schüler für den „neuen“ generalistischen Abschluss sollen sie zukünftig in allen drei Berufsfeldern arbeiten können.
- eine Optimierung der akademischen Ausbildungswege in der Pflege und eine Erhöhung der Qualifikations- und Aufstiegschancen von Pflegefachkräften.

In Ergänzung zu den Pflegeberufen im engeren Sinne werden in Baden-Württemberg **niederschwellige Ausbildungen im Vor- und Umfeld von Pflege** erprobt, deren Kern die Unterstützung bei Alltagsverrichtungen und die Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf bilden. Dazu gehören die Ausbildungen zur „Alltagsbetreuerin“ sowie die Ausbildung zum „Servicehelfer“. Beide Ausbildungen ermöglichen auch Personen ohne Schulabschluss eine qualifizierte Berufsausbildung und einen dem Hauptschulabschluss gleichwertigen Bildungsabschluss. Damit können die Absolventen in die Alten- oder Krankenpflegehilfeausbildung oder bei entsprechender Eignung auch gleich in die Altenpflegeausbildung einsteigen, wodurch die Durchlässigkeit der Ausbildungen gesichert ist.

Der Einsatz geeigneter und gut vorbereiteter Betreuungskräfte insbesondere bei Menschen mit einer Demenzerkrankung kann Pflegefachkräfte entlasten. Die Betreuungskräfte übernehmen keine Pflegearbeiten, sondern betreuen und beschäftigen Demenzkranke im Sinne von Alltagsgestaltung (Spaziergehen, Vorlesen, Spielen usw.). Das Curriculum für die theoretische Ausbildung ist in der Betreuungskräfte-Richtlinie festgeschrieben.¹⁵⁷ Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Projekt aus dem Bereich der Behindertenhilfe: Die Gemeinnützigen Werkstätten und Wohnstätten GmbH (GWW) Sindelfingen qualifizieren Menschen mit Behinderung für diese Tätigkeiten. Das Berufsbild ist staatlich anerkannt und entspricht den gesetzlichen Anforderungen nach §87 b Abs.3 SGB XI für den Einsatz als zusätzliche Betreuungskraft in Pflegeheimen.

Zu beachten ist allerdings, dass nach den Ergebnissen einschlägiger Studien die Berufsverweildauer im Pflegesektor geringer ist je kürzer die Ausbildungszeit war.¹⁵⁸

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Innerhalb der letzten Jahre wurde deutschlandweit eine Vielzahl von Maßnahmen durchgeführt, um das Augenmerk auf Pflegeberufe zu lenken und auf die positiven Aspekte der Tätigkeit hinzuweisen. Auch in vielen Städten und Kreisen gab und gibt es gemeinsame Initiativen und Kooperationsprojekte (zum Beispiel mit Schulen oder im Rahmen von Messen), um für Pflegeberufe zu werben.

¹⁵⁷ Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014.

¹⁵⁸ Kricheldorf, Cornelia et. al., 2015: Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg. Katholische Hochschule Freiburg, S. 96.

Gewinnung und Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte

Neben den Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und der Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege spielen zunehmend auch Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland eine Rolle. Bereits jetzt arbeiten in der Altenpflege Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Viele davon sind aus wirtschaftlichen Gründen aus Mittel-, Ost- und Südeuropa zugewandert.¹⁵⁹ Mittlerweile gibt es auch offizielle Anwerbevereinbarungen mit Nicht-EU-Ländern und Drittstaaten, wie beispielsweise mit China, Vietnam, Tunesien, Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen. Dabei wird unterschieden zwischen der Gewinnung ausgebildeter Pflegefachkräfte und Programmen, die eine Pflegeausbildung in Deutschland ermöglichen. Ein solches Projekt, das sich auf die Gewinnung bereits ausgebildeter Pflegefachkräfte bezieht, ist zum Beispiel das „**Triple-Win**“-Projekt der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

Um den ausländischen Pflegekräften den Einstieg in den deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern, werden die Projektteilnehmer bereits im Vorfeld fachlich und sprachlich intensiv auf den zukünftigen Arbeitseinsatz vorbereitet. Zudem erhalten sie Unterstützung und Begleitung bei der Anerkennung ihres Berufsabschlusses in Deutschland.¹⁶⁰

In Baden-Württemberg wurde von der Diakonie mit Unterstützung des Landes ein landesweites **Welcome Center Sozialwirtschaft** eingerichtet. Ziel des Centers ist es, sowohl ausländische Fachkräfte als auch Sozialunternehmen zu beraten und zu begleiten sowie bereits bestehende Beratungsangebote und Qualifizierungsmaßnahmen in diesem Bereich zu vernetzen. Themenschwerpunkte sind: Fragen der beruflichen Anerkennung und eines erfolgreichen Berufseinstiegs, Fragen der sozialen Integration und allgemeine fachliche Orientierungshilfen. In diesem Zusammenhang hat das Welcome Center ein Konzept und Kriterien für eine verantwortungsvolle Gewinnung internationaler Fachkräfte in der Sozialwirtschaft entwickelt, das als Grundlage für eigene Projekte in den Regionen dienen kann.

Zunehmend gewinnen auch Projekte zur Qualifizierung von Flüchtlingen für den pflegerischen Bereich an Bedeutung.

8.10.3 Daten und Fakten: Baden-Baden

Nach den Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg versorgten in der Stadt Baden-Baden im Jahr 2015 insgesamt 1.036 Beschäftigte im Pflegesektor (813 in stationären Einrichtungen und 223 in ambulanten) fast 1.300 Pflegebedürftige.

Entgegen der Entwicklung in Baden-Württemberg ist die Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegesektor in Baden-Baden gegenüber 2013 geringfügig - um 17 Personen beziehungsweise 1,6 Prozent - gesunken. Im Vergleich zu 2005 nahm die Zahl der Beschäftigten zwar auch in Baden-Baden zu: Der Anstieg ist jedoch mit 52 Personen oder 5,3 Prozent wiederum deutlich geringer als im Land insgesamt.

Gegenläufige Beschäftigungsentwicklung im stationären und ambulanten Sektor

Die Personalentwicklung verlief im stationären und ambulanten Bereich sehr unterschiedlich. Einem Rückgang der Beschäftigten um 44 Personen in der stationären Pflege stand ein Beschäftigungszuwachs im ambulanten Bereich um knapp 14 Prozent (27 Personen) gegenüber. Der Zuwachs der Beschäftigung im ambulanten Pflegebereich fällt damit deutlich höher aus als in Baden-Württemberg insgesamt – dort lag die Steigerungsrate gegenüber 2013 bei 6 Prozent. Dies verdeutlicht, dass die besondere Entwicklung in der Stadt

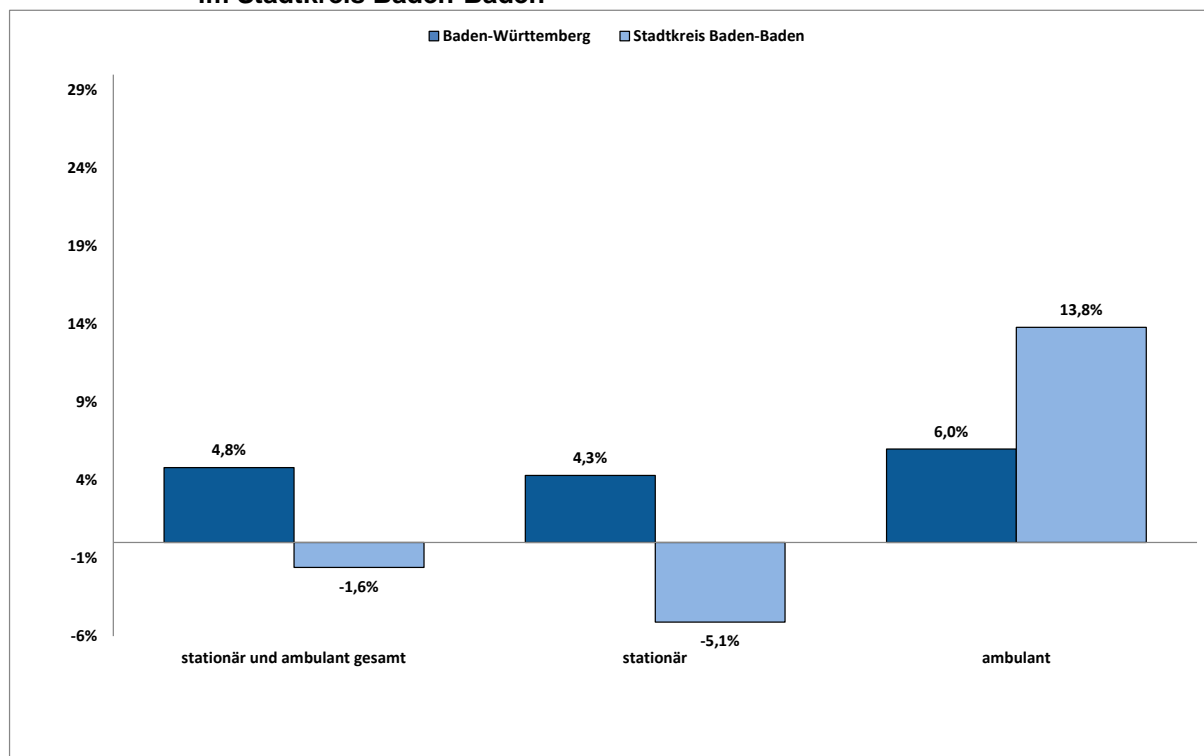
¹⁵⁹ Durch die Umsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit ist es Bürgern aus EU-Mitgliedstaaten, den übrigen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz erlaubt, eine Arbeit ohne die Erteilung einer gesonderten Aufenthaltserlaubnis aufzunehmen

¹⁶⁰ Schmutzler, Marcel: Pflegekräfte im Ausland suchen und finden, in: *Altenheim. Lösungen fürs Management*. Heft 2/2016, S. 37

Baden-Baden mit deutlichen Verschiebungen zwischen vollstationären und ambulanten Pflegeangeboten zusammenhängt.

Unabhängig von diesen Verschiebungen gilt auch in Baden-Baden, dass weiterhin die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten im Bereich Pflege im personalintensiven stationären Bereich arbeitet.

Abbildung 29: Zunahme des Pflegepersonals von 2011 auf 2015 in Baden-Württemberg und im Stadtkreis Baden-Baden



Grafik: KVJS. Datenbasis: Pflegestatistik 2015 des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Art der Versorgung hat Einfluss auf den Personalbedarf

Der Beschäftigungsrückgang im stationären Sektor geht mit einem Rückgang der Zahl der Plätze und der versorgten Pflegebedürftigen in diesem Bereich einher. Laut amtlicher Pflegestatistik gab es im Jahr 2013 insgesamt 877 vollstationäre Pflegeplätze im Stadtgebiet, im Jahr 2015 waren es 853. Der Rückgang der Plätze ging mit einem Rückgang der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von 789 auf 753 (ohne Personen in „Pflegestufe 0“) einher. Diese Entwicklung hängt zum einen damit zusammen, dass ein Teil der Pflegeheime in Baden-Baden im Rahmen der Umsetzung der Landesheimbauverordnung Doppelzimmer aufgelöst und dadurch die Platzzahl reduziert hat. Andererseits lag und liegt die Dichte an stationären Pflegeplätzen in der Stadt Baden-Baden traditionell über dem Landesdurchschnitt und dem Durchschnitt der baden-württembergischen Stadtkreise. Der Platz- und Personalabbau im stationären Bereich kann somit auch als Angleichung an die Situation in anderen Kreisen interpretiert werden. Der bereits angestoßene „Ambulantisierungsprozess“ wird sich voraussichtlich auch in Zukunft fortsetzen, da die Neuregelungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze teilstationäre und ambulante Angebote für Pflegebedürftige und Einrichtungen attraktiver machen.

Welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf den Personalbedarf in der Pflege haben werden, ist derzeit noch offen. Modellrechnungen gehen davon aus, dass sich durch eine Verlagerung von der sehr personalintensiven stationären zur ambulanten Versorgung zukünftige Personalengpässe in der Pflege ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität zumindest reduzieren lassen: „Derzeit werden bei der Versorgung pro Pflegebedürftigem im

häuslichen Setting unter Einschluss formeller Pflege 0,346 Beschäftigte eingesetzt. Für stationär versorgte Pflegebedürftige liegt dieser Anteil mit 0,642 Beschäftigten annähernd doppelt so hoch. Ursächlich hierfür ist, dass im häuslichen Setting die Potenziale der Pflegebedürftigen selbst, der Familien und der Zivilgesellschaft in einem höheren Maße genutzt werden als bei der stationären Pflege¹⁶¹.

Zukünftig Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften zu erwarten

Analog zu Baden-Württemberg wird auch in der Stadt Baden-Baden der Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030 wieder ansteigen. Ein wesentlicher Grund ist die deutliche Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen, die auf professionelle Unterstützung angewiesen sein werden: Laut Bedarfsvorausrechnung steigt die Zahl bis zum Jahr 2030 um fast 400 Personen (32 Prozent) von 1.200 auf 1.600.

Wie hoch der Zusatzbedarf an Pflegekräften sein wird, hängt mit davon ab, ob die pflegebedürftigen Menschen in Zukunft zu gleichen Anteilen wie bisher die personalintensive stationäre Pflege nutzen oder ob eine weitere Ambulantisierung gelingt. Die unterschiedlichen Szenarien spiegeln sich in den beiden Varianten der Bedarfsvorausrechnung im Kapitel B.8.9 wider: Bei unverändertem Nutzerverhalten (Status-Quo-Variante) entfällt 62 Prozent des Zusatzbedarfs an professionellen Pflegeleistungen auf den stationären Bereich, bei einer verstärkten Ambulantisierung (Variante II) lediglich 28 Prozent. Entsprechend werden im zweiten Fall 72 Prozent der zusätzlichen Leistungen ambulant erbracht. Bisher werden bei der ambulanten Pflege pro Klient nur etwa halb so viele Beschäftigte benötigt wie bei der stationären Pflege. Entsprechend fiel der Zusatzbedarf an Pflegekräften bei der Variante II bis zum Jahr 2030 deutlich geringer aus. Dies gilt aber nur, wenn die ambulante Pflege weiterhin in großem Maß durch Angehörige und bürgerschaftliches Engagement unterstützt wird.

Die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen geht auch in der Stadt Baden-Baden mit einem Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65-Jährige) und der Alterung der jetzt im Pflegesektor Beschäftigten einher: Zwischen 2015 und 2030 wird das Erwerbspersonenpotenzial in der Stadt Baden-Baden voraussichtlich um 1.720 oder 6,3 Prozent zurückgehen. Dies bedeutet bei einer im Vergleich zu heute konstanten Erwerbsbeteiligung, dass weniger Personen im erwerbsfähigen Alter für Pfl egetätigkeiten zur Verfügung stehen. Die Konsequenz ist, dass neue Zielgruppen für das Berufsbild gewonnen werden müssen – zum Beispiel verstärkt auch Männer - oder ein Zuzug von außen erfolgen muss. Gleichzeitig sind Maßnahmen erforderlich, die es den Beschäftigten ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren und die generell die Attraktivität und Verweildauer in pflegerischen Berufen erhöhen.

Dazu ist ein ganzes Bündel von Maßnahmen erforderlich, die nur zum Teil von den Trägern und der Stadt Baden-Baden beeinflusst werden können.

Ausbildung in der Altenpflege in der Robert-Schuman-Schule

Seit dem Schuljahr 1989/90 gibt es in der Stadt Baden-Baden innerhalb der Robert-Schuman-Schule eine eigene Berufsfachschule für Altenpflege in städtischer Trägerschaft. Dort ist sowohl eine dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft als auch eine zweijährige Helferausbildung möglich. Außerdem bietet die Schule eine Weiterbildung für Führungskräfte mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie an. Seit 2006 kooperiert die Schule mit dem Klinikum Mittelbaden im Bereich der integrativen Pflegeausbildung. Im Jahr 2016 verließen 24 Schüler mit dem Abschluss Altenpflegehelfer und 24 Altenpflegefachkräfte nach erfolgreicher Ausbildung die Schule, 32 weitere Fachkräfte schlossen die Weiterbildung für Führungskräfte ab.

¹⁶¹ Rothgang, Heinz, u.a.: Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. In: LebensWerte Kommune, Ausgabe 4/2016, S. 9

8.10.4 Einschätzung durch lokale Experten

Die Situation im Bereich „Personal“ wurde sowohl in der schriftlichen Erhebung als auch im Rahmen der Fachgespräche mit den Trägern (teil)stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen thematisiert. Die Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Schriftliche Erhebung

Im Rahmen der schriftlichen Erhebung gaben zwei Drittel der befragten **stationären Einrichtungen** an, Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Personal zu haben, insbesondere bei der Gewinnung von Fachkräften. Ein Viertel der Einrichtungen nannte konkret Probleme bei der Gewinnung von Auszubildenden, eine Einrichtung Schwierigkeiten bei der Suche nach Alltagsbegleitern. Für die Zukunft gingen alle Antwortenden von einer Verschärfung der Personalsituation aus

Die Personalsituation bei den **ambulanten Diensten** in der Stadt Baden-Baden gestaltet sich nach den Ergebnissen der schriftlichen Erhebung bereits jetzt schwieriger als bei den stationären Einrichtungen: Über 90 Prozent der Dienste gaben an, Schwierigkeiten bei der Gewinnung von neuem Personal - insbesondere Fachkräften - zu haben. Fast ein Viertel der Dienste berichtete speziell über Schwierigkeiten bei der Besetzung von Leitungsstellen. Probleme bei der Gewinnung von Alltagsbegleitern und von Hilfskräften wurden jeweils von einem Dienst genannt. Drei Dienste gaben an, ihr Personal aufstocken und zusätzliche Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte und hauswirtschaftliche Hilfskräfte einstellen zu wollen. Alle Dienste gehen für die Zukunft von einer weiteren Verschärfung der Personalsituation aus. Die Einschätzung der Experten deckt sich mit den Daten aus dem vorigen Abschnitt, nach denen zwischen 2013 und 2015 die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege (und somit die Nachfrage nach Pflegekräften in diesem Bereich) überdurchschnittlich gestiegen ist.

Fachgespräche

In den Fachgesprächen thematisierten die Vertreter der Pflegeeinrichtungen zusätzlich folgende Aspekte, die sie zum Thema „Personal“ derzeit beschäftigen:

- hoher Anteil älterer Beschäftigter in vielen Pflegeeinrichtungen: Diese sehr erfahrenen Beschäftigten werden in den nächsten Jahren verstärkt aus dem Berufsleben ausscheiden und „Lücken“ hinterlassen.
- im stationären Bereich: erhöhte Anforderungen an das Personal durch Veränderungen des versorgten Personenkreises: mehr ältere Bewohner; mehr Bewohner mit einem höherem Pflegebedarf und multimorbiden Beschwerdebildern, höherer Bedarf an einer qualifizierten Sterbebegleitung.
- im ambulanten Bereich: große Verantwortung und hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden (da diese die Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit alleine versorgen müssen) bei häufig wenig attraktiven Arbeitszeiten erschwert Personalgewinnung
- die vorgesehene generalistische Pflegeausbildung: hier gibt es Befürchtungen, dass die Änderungen zu einer „Abwanderung“ von Pflegefachkräften in den Bereich „Krankenpflege“ führen

Aktuelle Maßnahmen im Bereich „Personal“

Die Pflegeeinrichtungen reagieren bereits heute mit folgenden Maßnahmen auf die Herausforderungen im Personalbereich:

- **Förderung von Aus- und Weiterbildung**
 - Schaffen von Ausbildungsplätzen mit Übernahmegarantie nach der Ausbildung
 - Aktive Förderung (auch finanziell) der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten (z.B. Weiterbildung zur Pflegefachkraft; spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote in den Bereichen Palliativpflege und Diabetes)

- Beschäftigung einer Deutschlehrerin für ausländische Pflegekräfte bei einem ambulanten Dienst
- Trägerübergreifende Weiterbildungsangebote, zum Beispiel im Rahmen des Pflegebündnisses Mittelbaden sowie im Rahmen der neu gegründeten Genossenschaft „GenoVdl“ (Genossenschaft zur ambulanten Intensivpflege)
- Teilnahme am Projekt WeGebAU der Bundesagentur für Arbeit
- **Kooperation: mit anderen Trägern, der Stadt und weiteren Partnern**
 - Zum Beispiel Kooperation mit dem städtischen Integrationsamt bei der Gewinnung von Hilfskräften mit Migrationshintergrund
 - Kooperation mit Schulen
 - Gemeinsame Aktivitäten im Rahmen des Pflegebündnisses Mittelbaden: zum Beispiel Etablierung eines „Stammtisches Pflege“ speziell für Auszubildende / jüngere Mitarbeitende in der Pflege; Beteiligung an Ausbildungsmessen; Durchführung von Informationsveranstaltungen zur Gewinnung internationaler Fachkräfte gemeinsam mit dem Welcome Center Sozialwirtschaft und der Technologieregion Karlsruhe; Organisation von Diskussionsveranstaltungen unter Beteiligung der Politik.
- **Betriebliche Gesundheitsförderung**
 - Betriebsinternes Gesundheitsmanagement zur Verhinderung von Burnout
 - Zusammenarbeit mit einem Fitnesstrainer, der mit den Angestellten ein auf sie persönlich abgestimmtes Training absolviert und/ oder Ernährungsberatung anbietet.

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen

Die Experten sahen weiteren Optimierungsbedarf und machten folgende Vorschläge, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen:

- **Maßnahmen zur Imageverbesserung von Pflegeberufen**

Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit/ Lobbyarbeit: Wichtig ist aus Sicht der Teilnehmer, die Vorzüge von Pflegeberufen, wie zum Beispiel die Sicherheit und Krisenfestigkeit der Arbeitsplätze sowie die guten Aufstiegschancen, noch stärker als bisher herauszustellen und zu bewerben. Dieses Ziel wird bereits jetzt verfolgt – zum Beispiel innerhalb des Pflegebündnisses Mittelbaden. Nach Einschätzung der Gesprächsteilnehmer waren die Bemühungen jedoch bisher nur teilweise erfolgreich und müssen zukünftig intensiviert werden.
- **Ergänzende innerbetrieblicher Angebote für die Beschäftigten**
 - Ein Träger plant, eine eigene Kinderbetreuung einzurichten, um zu verhindern, dass Mütter mit kleinen Kindern aus dem Beruf „aussteigen“ müssen
 - Weiterer Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements
 - Neue Konzepte für mitarbeiterfreundliche Arbeitszeitmodelle
- **Erweiterung und Intensivierung von Kooperationen**
 - Intensivierung der Kooperation mit allgemeinbildenden Schulen und Pflegefachschulen
 - Weiterer Ausbau trägerübergreifender Kooperationen und der Kooperation zwischen den Trägern und der Stadt Baden-Baden
- **Abbau bürokratischer Hemmnisse**

Insbesondere in Bezug auf die Beschäftigung von Pflege- und Hilfskräften aus dem Ausland

- **Neue Anwerbekonzepte**
 - Gemeinsame Konzeptentwicklung für die Anwerbung und Qualifizierung von Mitarbeitern aus dem Ausland, gegebenenfalls im Rahmen von Modellprojekten
 - Entwicklung zielgruppenspezifischer Anwerbekonzepte beziehungsweise entsprechend flexibler Ausbildungsmodelle für Wiedereinsteiger und Mütter in Teilzeit
 - Verstärkte Gewinnung von Auszubildenden über den „Türöffner“ Freiwilliges Soziales Jahr/ Bundesfreiwilligendienst; gezielte Werbung für Freiwilligendienste in der Pflege, indem man Absolventen eine bevorzugte Einstellung in Aussicht stellt.
- **Optimierung der städtischen Infrastruktur**
 - Flexibilisierung von Angeboten der Kinderbetreuung, um auch die Arbeitszeiten von Pflegekräften im Schichtdienst abdecken zu können
 - Optimierung des ÖPNV-Angebots im Hinblick auf die Bedürfnisse von Beschäftigten im Schichtdienst
 - Sicherstellung von bezahlbarem Wohnraum für Pflegekräfte und Auszubildende in der Pflege
- **Optimierung der Pflegeausbildung**
 - Anpassung der Lehrplaninhalte in den Pflegefachschulen (Methodik)
 - Eröffnung einer weiteren Pflegefachschule und Erweiterung der dortigen Lehrinhalte um Sozial- und Sprachkompetenzen (bei Deutsch als Fremdsprache)

8.11 Fazit und Handlungsempfehlungen

Allgemeiner Hinweis:

Das Kapitel Pflege enthält Handlungsempfehlungen zum pflegerischen Bereich im engeren Sinn. Wichtige Handlungsfelder mit Schnittstellen zur Pflege werden in anderen Kapiteln beschrieben. Dies gilt insbesondere für die Themen: „Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege“ (einschließlich „Betreuungskräfte aus dem Ausland“), „Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit“, „Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung, „Gesundheit“, „Wohnen“ und „Infrastruktur“. Einige Handlungsempfehlungen – insbesondere zur Gestaltung von Planungs-, Abstimmungs- und Bürgerbeteiligungsprozessen – sind wichtig für alle Handlungsfelder und überschneiden sich daher. Auf entsprechende Überschneidungen wird hingewiesen.

8.11.1 Allgemein

Die Stadt Baden-Baden verfügt über ein gut ausgebautes Netz an stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeangeboten. Insbesondere im Bereich der stationären Pflege und der Tagespflege liegt die Angebotsdichte derzeit deutlich über dem Landesdurchschnitt und dem Durchschnitt der Stadtkreise.

Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen macht quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Pflegeangebote erforderlich

Aufgrund der Demografie werden die Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Baden und somit auch der Bedarf an Pflegeangeboten bis zum Jahr 2030 noch einmal deutlich steigen: um über 600 Personen und somit mehr als 30 Prozent. Auch die Zusammensetzung und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen werden sich verändern und weiter ausdifferenzieren. Dies geht mit neuen qualitativen Anforderungen an die Pflegeangebote einher.

Aktueller Umbruch in der Pflegelandschaft erschwert quantitative Bedarfsaussagen

Aussagen zum zukünftigen Bedarf an bestimmten pflegerischen Versorgungsangeboten sind derzeit mit vielen Unsicherheiten behaftet: die Pflegelandschaft ist durch den soziodemografischen Wandel und neue gesetzliche Regelungen im Umbruch. Einerseits wird durch aktuelle gesellschaftliche und demografische Entwicklungen das familiäre Pflegepotenzial tendenziell abnehmen. Andererseits werden insbesondere durch die Pflegestärkungsgesetze, den Ausbau von Pflegewohngemeinschaften und die Stärkung quartiersbezogener Ansätze die häusliche Pflege und neue Angebote zwischen ambulanter und stationärer Pflege gestärkt.

Die Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsangebote in Baden-Baden sollte daher insbesondere da, wo sie mit baulichen Investitionen verknüpft ist, mit Augenmaß geschehen und gut mit allen Beteiligten abgestimmt sein. Zielführend ist weder ein rein quantitativer Ausbau bestehender Angebote noch eine strikte Unterteilung der Bedarfe in ambulant und stationär. Diese Unterteilung dient lediglich zur ersten Orientierung im Rahmen der Bedarfsvorausrechnung. Bei der Umsetzung müssen die Wechselwirkungen zwischen den Angeboten mit in den Blick genommen werden.

Trend zu Ambulantisierung in Baden-Baden wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit fortsetzen

Bereits in den vergangenen Jahren ist es in Baden-Baden zu Verschiebungen in der Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger gekommen: weg von der starken Orientierung an der stationären Pflege hin zu größeren Anteilen der häuslichen und ambulanten Pflege. Damit nähert sich Baden-Baden tendenziell an die Struktur anderer Stadt- und Landkreise an. Aktuelle Ambulantisierungspläne einzelner stationärer Träger und die Fachgespräche mit lokalen Experten lassen erwarten, dass sich dieser Trend in Zukunft fortsetzen wird. Daher scheint es sinnvoll, dass sich die Stadt Baden-Baden bei Ihren Planungen an der Variante II der im Rahmen der Seniorenplanung durchgeführten Bedarfsvorausrechnung orientiert

(vergleiche Kapitel 8.9). Diese Berechnung geht davon aus, dass im Jahr 2030 Pflegebedürftige in den unteren Pflegegraden ambulant versorgt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sind jedoch zusätzliche Anstrengungen aller Beteiligten in unterschiedlichen Handlungsfeldern erforderlich: Wichtige Akteure sind neben den Trägern ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote, der Akteure des Gesundheitssektors und die Kassen, aber auch die Stadt Baden-Baden in ihrer Funktion als Planungs- und Sozialhilfeträger mit koordinierender und moderierender Funktion sowie die Zivilgesellschaft.

Planungen müssen auch den Pflegebedarf jüngerer Menschen berücksichtigen

Neben den Senioren mit Pflegebedarf muss bei der Planung pflegerischer Angebote auch der Pflegebedarf jüngerer Menschen angemessen in den Blick genommen werden (z.B. Kinder und jüngere Erwachsene mit akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen und Behinderungen, chronisch psychisch kranke oder suchtkranke Menschen, unter 65-jährige mit Demenzerkrankungen). Jüngere Pflegebedürftige machen in Baden-Baden rund 10 % aller Pflegebedürftigen (200 Personen) aus.

Empfehlungen:

- Die Bedarfsvorausrechnung liefert erste Orientierungswerte für den zukünftigen pflegerischen Bedarf auf der Ebene der Gesamtstadt. Diese Daten und ergänzende Informationen über Besonderheiten der Bevölkerungs- und Infrastruktur einzelner Planungsräume und Stadtteile ermöglichen dann im nächsten Schritt die Bewertung des kleinräumigen Bedarfs an pflegerischer Versorgung. Diese sollte in einem gemeinsamen Prozess zwischen Stadt, Trägern und Bürgern entwickelt werden. In diesem Prozess sollte der Fokus bewusst auch auf mögliche neue Angebote gelegt werden, die durch Vernetzung und Kooperationen unterschiedlicher Anbieter und Sektoren (stationär, ambulant, teilstationär) und unter Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement entstehen können (B 8.1).
- Die vorhandenen Daten belegen, dass es bei der Nutzung von Pflegeangeboten enge Verflechtungen mit dem Nachbarlandkreis Rastatt gibt. Deshalb sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen der Sozialplanung der Stadt Baden-Baden und der des Landkreises Rastatt zu anstehenden Planungen erfolgen (B 8.2)
- Einrichtung einer Altenhilfefachberatungs-Stelle als Sozialplanungsstelle innerhalb der Stadtverwaltung Baden-Baden beziehungsweise Andocken dieser Aufgabe beim Pflegestützpunkt mit entsprechenden Stellenanteilen zur Umsetzung der Seniorenplanung (siehe auch Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung). Eine wichtige Aufgabe des Stelleninhabers ist die Organisation der notwendigen Abstimmungsprozesse / „Runden Tische Alter und Pflege / Demografie“ zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur (B 8.3)
- Thematisierung der Schnittstelle „Pflege und Gesundheitsversorgung“ und insbesondere des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus im Rahmen der neu gegründeten Gesundheitskonferenz (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit) (B 8.4)
- Ausbau der Konzepte für die Gewinnung Ehrenamtlicher im Bereich Pflege und Optimierung der entsprechenden Schnittstelle (siehe auch Kapitel B 3, Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung) (B 8.5)

8.11.2 Häusliche Pflege - Pflegende Angehörige

Das große Engagement pflegender Angehöriger und Angebote zu deren Beratung und Entlastung sind bereits jetzt wesentliche Säulen der pflegerischen Versorgung in der Stadt Baden-Baden. Die häusliche Pflege hat in Baden-Baden – auch im Vergleich zu anderen Versorgungsformen – in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen: ihr Anteil liegt jedoch weiterhin unter dem Durchschnittswert anderer Stadtkreise und des Landes.

Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege sind angesichts der sozialen und demografischen Veränderungen in den nächsten Jahren zusätzliche Anstrengungen in unterschiedlichen Bereichen erforderlich: Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit, unter denen viele Pflegenden leiden, niedrigschwellige Unterstützungs- und Entlastungsangebote, ambulante und teilstationäre Pflegeangebote, Gesundheitsversorgung (im Hinblick auf Pflegende und Gepflegte), Infrastruktur, Wohnen sowie Bürgerschaftliches Engagement. Die Hinweise der Angehörigen fließen in die Handlungsempfehlungen zu den jeweiligen Themenfeldern in unterschiedlichen Berichtskapiteln ein. An dieser Stelle werden lediglich übergreifende Empfehlungen formuliert, bei denen die pflegenden Angehörigen unmittelbare Adressaten sind.

Empfehlungen:

- Verstärkung der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen bei Trägern und Stadt und aktive Einbindung der Angehörigen in die Umsetzung der Seniorenplanung: zum Beispiel durch Beteiligung an den neu einzurichtenden Planungsgremien / „Runden Tischen Alter und Pflege / Demografie“. Dies ermöglicht die Schaffung passgenauer Angebote und ist gleichzeitig ein Zeichen der Wertschätzung für die Arbeit der Pflegenden (B 8.6)
- Berücksichtigung der Situation und Bedürfnisse berufstätiger Angehöriger bei der Planung von Informations-, Beratungs- und Entlastungsangeboten; eine Möglichkeit, um berufstätige Pflegenden zu erreichen, sind zum Beispiel Informationsveranstaltungen zu Pflegethemen in größeren Betrieben zusammen mit den Arbeitgebern und Kassen. (B 8.7)

8.11.3 Pflege durch ambulante Dienste

Ambulante Pflegedienste unterstützen und ergänzen die häusliche Pflege durch Angehörige. Ihre Bedeutung hat in Baden-Baden insbesondere zwischen 2013 und 2015 deutlich zugenommen (mehr Klienten und Beschäftigte).

Durch demografische Entwicklungen und verbesserte Leistungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze ist bis zum Jahr 2030 ein weiterer deutlicher Nachfragezuwachs zu erwarten. Wenn die gewünschte Umsteuerung von stationären zu ambulanten Versorgungssettings für Menschen in den unteren Hilfsgraden gelingen soll (Variante II der Bedarfsvorausrechnung), müssen ambulante Dienste im Jahr 2030 fast 65 Prozent mehr Klienten versorgen als derzeit. Die Anforderungen steigen nicht nur bei den „klassischen“ grundpflegerischen Angeboten und der Behandlungspflege, sondern auch im Hinblick auf innovative Konzepte (z.B. Ermöglichen bezahlbarer längerfristiger Betreuungen, Betreutes Wohnen zu Hause, Begleitung in ambulanten Wohngruppen, präventive Hausbesuche, Nachtpflege), Angebote für besondere Zielgruppen (z.B. im Bereich Junge Pflege, Pflege für Menschen mit psychischen oder Suchterkrankungen und Personen mit Migrationshintergrund, Intensivpflege, alleinlebende Menschen mit Demenz, Menschen mit Behinderung) und insbesondere niedrigschwellige Entlastungsangebote. Die Anpassung an veränderte quantitative und qualitative Anforderungen setzt mehr Kooperation und Vernetzung innerhalb der ambulanten Pflege und mit weiteren Partnern und die Intensivierung von Maßnahmen zur Personalgewinnung und –entwicklung voraus.

Die Dienste in Baden-Baden haben bereits erste Maßnahmen zur Erweiterung der Angebotspalette ergriffen oder planen diese. Dabei benötigen sie auch die Unterstützung durch die Stadt Baden-Baden: insbesondere bei der Planung niedrigschwelliger Entlastungsangebote nach der neuen Landesverordnung (siehe Kapitel B 7, Unterstützung im Vor- und Umfeld der Pflege - Alltagshilfen), bei der Vernetzung und Abstimmung an Schnittstellen (vor allem mit dem medizinischen Bereich, anderen Pflegeanbietern und städtischen Angeboten beziehungsweise dem Ordnungsamt), bei der Unterstützung von Maßnahmen zur Personalgewinnung und –entwicklung (siehe separaten Abschnitt: Arbeitskräfte in der Pflege) sowie beim Aufbau von quartiersbezogenen Projekten.

Analog zur häuslichen Pflege erfolgen die Handlungsempfehlungen themenbezogen in den jeweiligen Berichtskapiteln (zum Beispiel für den Ausbau von Entlastungsangeboten im Kapitel „Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege“). An dieser Stelle werden lediglich spezifische Empfehlungen für die ambulante Pflege formuliert.

Empfehlungen:

- Einbindung der ambulanten Pflegedienste in bestehende und zukünftige Netzwerke / „Runde Tische Alter und Pflege / Demografie“ zur Umsetzung der Seniorenplanung und zum Umgang mit den Ergebnissen aus der Bedarfsvorausrechnung auf Stadt-, Planungsraum- und gegebenenfalls Stadtteilebene (B 8.8)
- Intensivierung und neue Konzepte der Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten, der Wohnberatung beim Pflegestützpunkt und gegebenenfalls weiterer Partner, wie z.B. Sanitätshäusern und Handwerkern, bei Fragen der Wohnungsanpassung und Nutzung technischer Hilfsmittel (B 8.9)
- Erhalt der Kooperation zwischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und der Spezialisierten Palliativversorgung (PaTe) und gemeinsame Schulungen zur weiteren Stärkung der Palliativkultur in der Pflege (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit) (B 8.10)

8.11.4 Tagespflege

Tagespflegeangebote sind derzeit in der Stadt Baden-Baden überdurchschnittlich gut ausgebaut und tragen bereits jetzt wesentlich zur Unterstützung der häuslichen Pflege bei. Allerdings ist die Auslastung je nach Einrichtung sehr unterschiedlich. Die große Tagespflegeeinrichtung in Steinbach im Planungsraum C wird zu einem hohen Anteil von Bürgern des Landkreises Rastatt mitgenutzt. Wie andernorts auch, ist die Zahl der Gäste deutlich höher als das Platzangebot, da die meisten Gäste Tagespflege bisher nicht an allen Tagen der Woche in Anspruch nehmen. Andere Gäste dagegen nutzen zum Beispiel das Angebot in Steinbach mit Samstagbetreuung an sechs Tagen in der Woche. Diese Faktoren erschweren eine exakte Vorausrechnung des Bedarfs, insbesondere auf kleinräumiger Ebene.

Fakt ist: Die Zahl der Tagespflegegäste in Baden-Baden ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen. Zukünftig erwarten die Experten durch demografische Entwicklungen und Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung einen weiteren Anstieg. Die Bedarfsvorausrechnung ergibt bei einer unveränderten Inanspruchnahme eine Zunahme von jetzt 125 auf zukünftig mehr als 190 Nutzer bis zum Jahr 2030. Je nach Nutzungsintensität bedeutet dies einen Bedarf zwischen 76 und fast 130 Plätzen. Unterstellt man eine häufigere und intensivere Nutzung in der Zukunft, ergibt sich bis 2030 ein Ausbaubedarf von bis zu 50 Plätzen. Wie bei der ambulanten Pflege dienen die Werte der Vorausberechnung lediglich der Orientierung. Ein eventueller Ausbau sollte erst nach einer sorgfältigen sozialraumbezogenen Analyse unter Einbeziehung vorhandener weiterer Angebote erfolgen. Die Angehörigen wünschen sich zudem eine qualitative Weiterentwicklung der Angebote: zum Beispiel durch eine zeitliche Flexibilisierung und (weitere) Angebote auch am Wochenende, die Anpassung der Konzepte an die besonderen Erfordernisse demenziell erkrankter Menschen (auch solche mit einem hohen Ruhebedürfnis) und möglichst kurze Fahrtzeiten.

Empfehlungen:

- Regelmäßige Erhebung der Anzahl und Auslastung der Tagespflegeangebote in der Stadt (alle zwei Jahre im Turnus der Pflegestatistik), um zeitnah auf Veränderungen von Angebot und Nachfrage reagieren zu können (B 8.11)
- Intensivierung der Kooperation zwischen Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, um einen nahtlosen Übergang zwischen der ambulanten und teilstationären Pflege im Alltag sicherzustellen (B 8.12)

- Teilweise erfordert es viel Zeit, um Tagespflegegäste im häuslichen Bereich für den Besuch der Tagespflege vorzubereiten und zu motivieren. Bei Verzögerungen im Ablauf muss auch die Wartezeit auf den Fahrdienst überbrückt werden. Hier sollte geprüft werden, ob zur Unterstützung ein niedrigschwelliges Angebot unter Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement aufgebaut werden kann (B 8.13)
- Prüfung, ob eine weitere Flexibilisierung von Tagespflegeangeboten (zum Beispiel zusätzliche Öffnung am Wochenende oder in den Abendstunden) wirtschaftlich umzusetzen ist (evtl. als Kooperationsprojekt mehrerer Anbieter in Verbindung mit einer übergreifenden Bedarfsabfrage bei aktuellen und potenziellen Kunden) (B 8.14)
- Inhaltliche und räumliche Qualifizierung von Tagespflegeeinrichtungen für Gäste mit einer Demenzerkrankung und gegebenenfalls andere („neue) Nutzergruppen wie zum Beispiel ältere Menschen mit einer Behinderung. Bei der räumlichen Gestaltung sollte insbesondere auch auf eine ausreichende Zahl an Ruhemöglichkeiten und einen geschützten Freibereich geachtet werden (B 8.15)

8.11.5 Kurzzeitpflege

In der Stadt Baden-Baden gibt es derzeit nur eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Bei hoher Nachfrage werden die Plätze von den Trägern für die Dauerpflege genutzt. Im Rahmen der Fachgespräche bestand daher Einigkeit: der Bedarf an verlässlichen Kurzzeitpflegeangeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger und für die Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt wird zukünftig weiter steigen. Schon jetzt berichten Angehörige und ein Teil der Anbieter über Engpässe, wenn kurzfristig ein Kurzzeitpflegeplatz benötigt wird. Auch der neue Anspruch auf Kurzzeitpflege nach SGB V erhöht den Bedarf. Auf der anderen Seite erschweren saisonale Bedarfs- und Auslastungsschwankungen die Bedarfsplanung und die wirtschaftliche Betriebsführung für die Träger.

Empfehlungen:

- Es sollte geprüft werden, ob ein funktionierendes Meldesystem für freie (Kurzzeitpflege)plätze in Baden-Baden eingerichtet werden kann (z.B. im Rahmen des Portals „pflegeboersen.de“) (B 8.16)
- Regelmäßige Erhebung der Anzahl und Auslastung der Kurzzeitpflegeangebote in der Stadt (alle zwei Jahre im Turnus der Pflegestatistik), um zeitnah auf Veränderungen von Angebot und Nachfrage reagieren zu können. Aussagekräftiger als die Erhebung von Stichtags- wäre die Erhebung von Verlaufszahlen (Nutzer beziehungsweise Auslastung des Angebots für Kurzzeitpflege innerhalb eines ganzen Jahres) (B 8.17)
- Aufbau einer spezialisierten Kurzzeitpflege-Abteilung in Baden-Baden mit ganzjährig zur Verfügung stehenden verlässlichen Kurzzeitpflegeplätzen. Dieses Angebot sollte auch die besonderen Bedürfnisse von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen berücksichtigen und gegebenenfalls über einen beschützenden Bereich verfügen. Zu klären ist auch, wie zukünftig der Bedarf an Kurzzeitpflege nach SGB V für Patienten ohne Pflegestufe abgedeckt werden kann. Zwischen Stadt, Trägern und den Kassen ist abzustimmen, welche besonderen Vereinbarungen gegebenenfalls erforderlich sind, um eine wirtschaftliche Betriebsführung zu ermöglichen (B 8.18)

8.11.6 Stationäre Dauerpflege

Stationäre Pflege hat in Baden-Baden traditionell einen hohen Stellenwert. Seit 2011 das Angebot an stationären Plätzen, seit 2013 auch die Belegung und die Anzahl der Beschäftigten im stationären Bereich rückläufig. Dies hängt teilweise mit dem Abbau von Doppelzimmern im Rahmen der Umsetzung der Landesheimbauverordnung zusammen. Gleichzeitig sind die stationären Einrichtungen stärker als andere Pflegeangebote von den zahlreichen Änderungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze und daraus resultierenden

Unsicherheiten betroffen. Einige Träger wollen die Umbruchphase nutzen, um ihre stationären Angebote ganz oder teilweise in ambulante umzuwandeln oder zusätzliche ambulante Angebote und teilstationäre Angebote schaffen.

Stationäre Pflegeheime werden aber auch zukünftig in der Stadt Baden-Baden ein zentraler Baustein der Versorgung vor allem von hochbetagten, demenziell oder multimorbid erkrankten Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigen mit Bedarf an Palliativpflege sein.

Nach den Ergebnissen der Bedarfsvorausrechnung wird der Bedarf an stationären Pflegeplätzen für diese Zielgruppen zwischen 2015 und 2030 allein aufgrund der demografischen Entwicklung noch einmal steigen. Gleichzeitig wird der Bestand durch den Abbau von Doppelzimmern und geplante Ambulantisierungsvorhaben noch weiter sinken. Berücksichtigt man diese Planungen, bewegt sich der Zusatzbedarf bis zum Jahr 2030 in einem Korridor von mindestens 110 und maximal 243 (Status-Quo-Variante) zusätzlich benötigten stationären Plätzen. Insgesamt werden 2030 je nach Variante 885 beziehungsweise mehr als 1.000 stationäre Plätze benötigt. Der tatsächliche Zusatzbedarf wird voraussichtlich eher in der Nähe des unteren Werts liegen, da Veränderungen der Nutzerpräferenzen in Richtung ambulante und teilstationäre Pflege zu erwarten sind. Zusätzlich benötigte Plätze sollten nach einer gemeinsamen Bedarfsbewertung auf der Ebene der Stadtteile und Planungsräume sukzessiv in Planungsräumen mit bisher unterdurchschnittlicher Versorgung geschaffen werden. In jedem Fall sollte vor einem Neubau geprüft werden, ob – zum Beispiel im Rahmen neuer Kooperationsformen - alternativ eine ambulant betreute Pflegewohngemeinschaft oder ein anderes ambulantes Versorgungssetting realisiert werden kann.

Ebenso bedeutend wie die quantitative ist die qualitative Weiterentwicklung der stationären Pflege. Wichtig sind Konzepte für spezifische Zielgruppen (z.B. Junge Pflege, Menschen mit Suchterkrankungen). Insbesondere bei Neubauten sollte ein spezifisches inhaltliches und bauliches Konzept für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und herausfordernden Verhaltensweisen Standard sein. Auch Konzepte für die Sterbebegleitung und die Kooperation mit Hospizdiensten sind auf Grundlage der neuen gesetzlichen Regelungen unerlässlich.

Fast alle stationären Einrichtungen machen bereits Angebote, die sich auch an die Nachbarschaft richten (zum Beispiel offene Mittagstische) oder kooperieren mit Vereinen, Kirchengemeinden und anderen Institutionen vor Ort. Ein weiterer Ausbau quartiersbezogener Dienstleistungsangebote wäre sowohl für die Pflegeheime und ihre Bewohner als auch für die Bürger der jeweiligen Quartiere von Vorteil. Solche Angebote tragen auch zu einer Verbesserung des Images von Pflege und Pflegeberufen bei und erleichtern die Gewinnung bürgerschaftlich engagierter Helfer.

Empfehlungen:

- Bei der Planung zukünftiger stationärer Pflegeangebote müssen die Bedürfnisse besonderer Zielgruppen (insbesondere Menschen mit einer Demenz, junge Pflege) zwingend mit berücksichtigt werden (B 8.19)
- Information und Beratung der Anbieter von Pflegeheimen zu den Regelungen der Landesheimbauverordnung (Heimaufsicht) (B 8.20)
- Regelmäßiger Austausch zu den Erfahrungen mit den neuen Anforderungen für die Pflegedokumentation sowie zu den neuen Begutachtungsrichtlinien im Rahmen der „Runden Tische Alter und Pflege / Demografie“ (B 8.21)
- Die bereits ergriffenen Maßnahmen zur Etablierung einer Palliativkultur in Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit PaTe sollten weiter fortgesetzt und ausgebaut werden (siehe Ambulante Pflege, B 8.10)

8.11.7 Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften

Bisher gibt es in der Stadt Baden-Baden nur eine trägergestützte ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaft mit 12 Plätzen. Träger ist der Caritasverband. Die Fachgespräche belegen Bedarf und Interesse an der Umsetzung weiterer Wohngemeinschafts-Projekte im Stadtgebiet: sowohl von Seiten der pflegenden Angehörigen als auch von Trägerseite. Eine Chance für die Umsetzung bieten die aktuell notwendigen baulichen Maßnahmen zur Umsetzung der Landesheimbauverordnung: Hier sollte jeweils geprüft werden, ob abgebaute stationäre Plätze in Doppelzimmern durch den Aufbau einer ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaft ersetzt werden können.

Empfehlungen:

- Unterstützung und Beratung von Trägern und örtlich Verantwortlichen (z.B. Ortsvorstehern) bei der Planung und Einrichtung neuer Pflege-Wohngemeinschaften durch die Stadtverwaltung (Beteiligung von Heimaufsicht, Sozial- und Stadtplanung sowie der für Sozialhilfeleistungen zuständigen Stellen). Geeignete Regelungen zur Finanzierung für Pflegebedürftige, die Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen, sollten rechtzeitig abgeprochen und für alle Interessenten transparent gemacht werden (B 8.22)

8.11.8 Arbeitskräfte in der Pflege

Maßnahmen zur Personalgewinnung und –entwicklung im Bereich der Pflege haben nach Einschätzung aller Experten eine hohe Priorität. Bereits jetzt berichten die Pflegeeinrichtungen in Baden-Baden über große Schwierigkeiten bei der Besetzung insbesondere von Stellen für Pflegefachkräfte, teilweise auch von Leitungsstellen oder sonstigen Stellen und Ausbildungsplätzen. Sorge macht auch der demografische Umbruch innerhalb des Pflegepersonals, der dazu führen wird, dass in den nächsten Jahren viele erfahrene Kräfte in Ruhestand gehen werden. Ambulante Pflegedienste schätzten die Situation zum Zeitpunkt der Erhebung noch schwieriger ein als stationäre Einrichtungen. Dies dürfte daran liegen, dass die ambulante Pflege in Baden-Baden in den letzten Jahren stark expandiert ist, während sich die Zahl der Beschäftigten im stationären Bereich zwischen 2013 und 2015 leicht reduziert hat. Absolut arbeitet jedoch immer noch die Mehrheit der Beschäftigten in der Pflege im stationären Bereich.

Als Gründe für die schwierige Personalsituation werden vor allem schwierige Arbeitsbedingungen und –arbeitszeiten, verbunden mit einem schlechten Image der Pflegeberufe und einer unzureichenden Bezahlung gesehen. Zwar können die Einrichtungen auf die allgemeinen Rahmenbedingungen nur bedingt Einfluss nehmen. Beispiele aus der Praxis einzelner Einrichtungen zeigen jedoch, dass gezielte Maßnahmen der Personalentwicklung und ein auf die spezifischen Bedürfnisse der Beschäftigten abgestimmtes betriebliches Gesundheitsmanagement die Personalgewinnung und –zufriedenheit deutlich verbessern können. Die meisten Träger haben bereits eigene Maßnahmen angestoßen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Beispiele sind: Organisation eigener Fort- und Weiterbildungsangebote einschließlich Deutschkursen für ausländische Beschäftigte, umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement bis hin zur Beschäftigung von Fitnesstrainern. Viele Einrichtungen bilden selbst aus und arbeiten eng mit Schulen zusammen oder werben auf Ausbildungsmessen. Ein Forum für gemeinsame Aktivitäten ist das Pflegebündnis Mittelbaden, das neben der Beteiligung an Messen unter anderem auch einen Stammtisch für junge Mitarbeitende in der Pflege anbietet. Der Erfolg der bisherigen Aktivitäten innerhalb des Bündnisses wird teilweise unterschiedlich eingeschätzt.

Empfehlungen:

- Kontinuierlicher Austausch zum Thema „Personalgewinnung“ im Rahmen bestehender Netzwerke (z.B. Pflegebündnis Mittelbaden) (B 8.23)
- Weiterer Ausbau der Zusammenarbeit bei der Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten, zum Beispiel in den Bereichen Palliativpflege und Umsetzung neuer rechtlicher Regelungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze / Neuer Pflegedokumentation (B 8.24)
- Auf- und Ausbau des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements in allen Pflegeeinrichtungen. Gesundheitsamt und Kassen können hier unterstützend und beratend wirken und gegebenenfalls bei der Entwicklung gemeinsamer Konzepte und Fortbildungsangebote zum Thema „betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege“ mitwirken. Wichtig ist auch die Beteiligung der Beschäftigten an der Konzeptentwicklung (B 8.25)
- Etablierung flexibler mitarbeiterfreundlicher Arbeitszeitmodelle in den Pflegeeinrichtungen, gegebenenfalls in Verbindung mit sektorenübergreifendem Personaleinsatz (z.B. ambulante und teilstationäre Pflege) (B 8.26)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 8.1	Sektorübergreifende Abstimmung und Konkretisierung des kleinräumigen Bedarfs an ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten
B 8.2	Regelmäßiger Austausch mit dem Landkreis Rastatt zu Planungen im Pflegebereich
B 8.3	Einrichtung der Stelle einer Altenhilfefachberatung / Sozialplanung Altenhilfe bei der Stadt Baden-Baden (siehe auch Handlungsempfehlung B 1.4 im Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung)
B 8.4	Thematisierung der Schnittstelle „Pflege und Gesundheitsversorgung“ im Rahmen der geplanten Gesundheitskonferenz (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit)
B 8.5	Ausbau der Konzepte für die Gewinnung Ehrenamtlicher im Bereich Pflege (siehe auch Kapitel B 3, Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung)
B 8.6	Einbindung pflegender Angehöriger in die Umsetzung der Seniorenplanung
B 8.7	Weiterentwicklung der Konzepte zur Entlastung und Beratung berufstätiger pflegender Angehöriger in Abstimmung mit Betrieben
B 8.8	Einbindung der ambulanten Pflegedienste in die Netzwerke zur Umsetzung der zukünftigen Pflegebedarfe auf Ebene der Stadt und einzelner Planungsräume
B 8.9	Intensivierung der Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten, Pflegestützpunkt / Wohnberatung und gegebenenfalls gewerblichen Anbietern (siehe auch Kapitel B 2, Privates Wohnen zu Hause)
B 8.10	Erhalt und weitere Stärkung der Palliativkultur in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit PaTe (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit)
B 8.11	Regelmäßige Erhebung der Anzahl und Auslastung der Tagespflegeplätze
B 8.12	Intensivierung der Kooperation zwischen den Anbietern von Tagespflege und ambulanten Pflegediensten
B 8.13	Schaffung eines niedrighwelligen Angebots zur Vorbereitung für den Abholdienst der Tagespflege

B 8.14	Prüfung des Bedarfs / der Umsetzbarkeit einer weiteren Flexibilisierung der Tagespflege (eventuell Durchführung einer Bedarfsabfrage)
B 8.15	Weitere Qualifizierung der Tagespflegeangebote für Menschen mit Demenz / neue Zielgruppen
B 8.16	Prüfung der Einführung eines Meldesystems für freie Pflegeplätze
B 8.17	Regelmäßige Erhebung zur Anzahl und Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze
B 8.18	Einrichtung einer Spezialisierten Kurzzeitpflege-Abteilung in Baden-Baden; Klärung der Bedarfsdeckung für Kurzzeitpflege nach SGB V
B 8.19	Berücksichtigung der Bedürfnisse besonderer Zielgruppe bei der Schaffung stationärer Pflegeangebote (z.B. junge Pflege; Menschen mit Demenz,..)
B 8.20	Beratung von Anbietern zu Regelungen der Landesheimbauverordnung
B 8.21	Regelmäßiger Austausch zu neuen Regelungen des Pflegestärkungsgesetzes im Rahmen bestehender Netzwerke
B 8.22	Beratung und Unterstützung bei der Planung und Einrichtung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte (insbesondere Pflege-Wohngemeinschaften); Abstimmung von Finanzierungsregelungen
B 8.23	Kontinuierlicher Austausch zum Thema „Personalgewinnung im Pflegebereich“ im Rahmen bestehender Netzwerke
B 8.24	Verstärkte Zusammenarbeit bei der Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten im Bereich der Pflege
B 8.25	Auf- und Ausbau des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements in allen Pflegeeinrichtungen
B 8.26	Entwicklung und Umsetzung neuer flexibler Arbeitszeitmodelle in der Pflege; Modelle für sektorübergreifenden Personaleinsatz

9 Besondere Zielgruppen

Alt gewordene Menschen mit einer Behinderung und Senioren mit Migrationshintergrund sind in den vergangenen Jahren verstärkt in den Blick der Fachöffentlichkeit geraten. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen wachsen beide Zielgruppen. Zum anderen stellen sie die bestehenden Unterstützungsangebote der Altenhilfe vor neue Herausforderungen und werden von diesen bisher noch in geringem Umfang erreicht.

9.1 Alt gewordene Menschen mit einer Behinderung

Lange Zeit gab es nur wenige Menschen mit Behinderung im Seniorenalter. Ursache sind die Euthanasie-Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus, denen ganze Generationen behinderter Menschen zum Opfer fielen. Die Situation ändert sich, da immer mehr Menschen aus der Nachkriegsgeneration das Seniorenalter erreichen. Zudem haben Menschen mit Behinderung heute eine deutlich höhere Lebenserwartung als früher.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Senioren mit Behinderung keine homogene Gruppe sind. Ihre Bedürfnisse hängen sowohl von individuellen Vorlieben und der Familiensituation als auch von der Form der Behinderung und dem aktuellen Gesundheitszustand ab.¹⁶²

Wohnformen und Erwerbsbiografien von Menschen mit Behinderung unterscheiden sich derzeit noch deutlich von denen nicht behinderter Menschen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Lebenssituation im Alter. Viele ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung haben als Erwachsene noch lange Zeit im Elternhaus gelebt. Wenn die Eltern mit zunehmendem Alter die benötigte Unterstützung beim Wohnen nicht mehr leisten konnten, erfolgte meist ein Umzug in ein Wohnheim für Menschen mit Behinderung und somit eine professionelle „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“. Wohnheime für Menschen mit Behinderung gibt es nicht in allen Städten und Gemeinden. Außerdem lagen die meisten Wohnheime aus früherer Zeit nicht in den Stadt- oder Ortszentren. Dadurch hatten die Bewohner häufig nur wenig Kontakt zu nicht behinderten Menschen in der Nachbarschaft. Hinzu kommt, dass die meisten Menschen mit einer angeborenen geistigen Behinderung nicht verheiratet sind und keine Kinder haben. Das soziale Netzwerk ist somit in der Regel sehr viel kleiner als bei den Senioren ohne Behinderung. Ein weiterer Unterschied ist, dass bei vielen Formen der Behinderung Alterungsprozesse früher einsetzen. Die Altersgrenze von 65 Jahren ist somit für Menschen mit Behinderung nur teilweise sinnvoll.

Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verändert sich seit einiger Zeit. Sie wohnen immer häufiger und länger in Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften und erhalten beim Wohnen Unterstützung von ambulanten Diensten der Behindertenhilfe. Dadurch wohnen heute in fast allen Städten und Gemeinden Baden-Württembergs ältere Menschen mit Behinderung in privaten Wohnungen. Diese Menschen wollen in der Regel auch bei einem wachsenden Unterstützungs- und Pflegebedarf in ihrem vertrauten Umfeld wohnen bleiben – so wie Senioren ohne Behinderung auch. Dies kann teilweise durch die zusätzliche Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst und ergänzende niedrigschwellige Unterstützungsangebote ermöglicht werden. Wenn ambulante Hilfen nicht mehr ausreichen, kann auch der Umzug in eine wohnortnahe Pflegewohngemeinschaft oder ein Altenpflegeheim eine Alternative sein – wenn diese Angebote auf die Bedürfnisse auch von Menschen mit Behinderung eingestellt sind.

Eng mit dem Wohnen zusammen hängt die Tagesgestaltung. Die meisten Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung arbeiten heute noch in Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder besuchen eine spezielle Förder- und Betreuungsgruppe. Mit Eintritt in den Ruhestand entfällt in der Regel die bisherige Tagesstruktur. Ein besonderes Tagesbetreuungs-Angebot für Senioren mit Behinderung ist im Wohnumfeld häufig nicht

¹⁶² Kommunalverband für Jugend- und Soziales Baden-Württemberg (Hg.): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter: Abschlussbericht. Stuttgart, 2013.

vorhanden, weil die Zielgruppe noch zu klein ist. Außerdem wollen viele Betroffene nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt nicht nahtlos in ein spezielles Angebot für Senioren mit Behinderung wechseln. Eine Alternative zur Tages- und Freizeitgestaltung können daher geeignete Regelangebote der Altenhilfe am Wohnort sein: zum Beispiel Begegnungsstätten oder – bei Pflegebedürftigkeit - Tagespflegeeinrichtungen.

Die Schnittstellen zwischen der Alten- und der Behindertenhilfe haben daher in der Fachdiskussion und Praxis an Bedeutung gewonnen. Immer mehr Stadt- und Landkreise sowie Kommunen versuchen erfolgreich, Angebote der offenen Altenhilfe oder wohnortnahe Altenpflegeheime für ihre Bürger mit Behinderung zu öffnen und zu qualifizieren. Oft erfolgt dies in enger Kooperation zwischen Anbietern der Alten- und Behindertenhilfe.¹⁶³ Entscheidend ist, dass die Unterstützung individuell an die Bedürfnisse von Senioren mit Behinderung angepasst werden kann und flexibel kombinierbar ist.

Verstärkt werden solche Entwicklungen durch neue quartiersbezogene Planungsansätze: Im Fokus solcher Ansätze stehen alle Bewohner eines Quartiers – unabhängig von ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung. Von dieser übergreifenden Perspektive profitieren alle Bevölkerungsgruppen. Ein gutes Beispiel sind Maßnahmen zum Abbau von Barrieren im Wohnumfeld: Sie sind sowohl für die Zielgruppe der Senioren als auch für Menschen mit Behinderung eine wichtige Voraussetzung für soziale Teilhabe. Ähnliches gilt für die Sicherstellung der Mobilität und Nahversorgung sowie Alltags- und pflegerische Hilfen. Zielgruppenübergreifende Planungen ermöglichen Synergien, die neue Angebote im Quartier ermöglichen können.

9.1.1 Situation in Baden-Baden

Am Jahresende 2015 gewährte der Stadtkreis Baden-Baden für insgesamt 266 Menschen mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe.¹⁶⁴ Ein Teil dieser Menschen wohnte in umliegenden Kreisen.¹⁶⁵ Von besonderem Interesse für die Seniorenplanung sind Menschen mit Eingliederungshilfe-Leistungen ab dem 50. Lebensjahr:

- 22 Menschen mit Eingliederungshilfen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten, waren 50 Jahre und älter. Acht Betroffene hatten eine seelische Behinderung, die übrigen eine geistige, körperliche oder mehrfache Behinderung. Diese Menschen werden im Verlauf der nächsten 15 Jahre in Rente gehen und neue Angebote zur Tagesgestaltung benötigen.
- Dazu kommen rund 24 Personen ab 50 Jahren mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf, die eine Förder- und Betreuungsgruppe besuchten.
- Insgesamt waren somit Ende 2015 fast 50 Personen in Tagesstruktur-Angeboten der Eingliederungshilfe mindestens 50 Jahre alt.
- Von den 50-Jährigen und Älteren in Werkstätten und Fördergruppen erhielten 12 Personen bisher keine professionelle Wohnunterstützung und wohnten „privat“ (mit Angehörigen oder alleine). Die übrigen wohnen in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe.
- 13 Personen ab 50 Jahren erhielten bereits ein tagesstrukturierendes Angebot in einer speziellen Tagesbetreuung für Senioren mit Behinderung. Sie wohnten alle in Wohnheimen der Eingliederungshilfe.

¹⁶³ Entsprechende Projekte wurden unter anderem im Rahmen der ersten Phase (2008-2010) der „Neuen Bausteine in der Eingliederungshilfe“ des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) wissenschaftlich begleitet. Auch in der aktuellen, vierten Phase der Bausteine, die von 2016 bis 2019 läuft, werden derzeit entsprechende Leistungen der Eingliederungshilfe entwickelt und erprobt.

¹⁶⁴ Datengrundlage sind die Meldungen der Stadt Baden-Baden im Rahmen der landesweiten Berichterstattung des KVJS zur Eingliederungshilfe zum Stichtag 31.12.2015.

¹⁶⁵ Die Finanzierung stationärer Eingliederungshilfe-Leistungen erfolgt nach dem sogenannten „Herkunftsprinzip“

Die absolute Zahl der älteren Menschen mit Behinderung ist somit in der Stadt Baden-Baden bisher noch relativ gering. Sie wird aber in Zukunft steigen.

In den Jahren 2009 bis 2011 hat die Stadt Baden-Baden gemeinsam mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg zwei Teilhabepläne erarbeitet: einen für Menschen mit einer geistigen und körperlichen Behinderung und einen für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Beide Teilhabepläne enthalten die Empfehlung, Regelangebote der Altenhilfe auch für Menschen mit Behinderung zu öffnen.

9.1.2 Einschätzung durch lokale Experten

Die Akteure der Altenhilfe äußerten sich im Rahmen verschiedener Fachgespräche zur Seniorenplanung auch zur Versorgung von Senioren mit einer Behinderung:

- Vertreter mehrerer stationärer Pflegeeinrichtungen berichteten, dass sie bereits jetzt auch ältere Menschen mit einer Behinderung versorgen: überwiegend Personen mit einer geistigen Behinderung, aber auch Menschen mit einer seelischen Behinderung oder chronischen Suchterkrankung und herausforderndem Verhalten.
- Generell gingen die Experten aufgrund der demografischen Entwicklung von einem steigenden Bedarf an Pflegeangeboten auch für Menschen mit einer Behinderung aus. Im Zuge dessen könnte es nach Einschätzung der Gesprächsteilnehmer zu „Lücken“ bei der Versorgung kommen. Um einer solchen Entwicklung vorzubeugen, regten die Experten eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen der Alten- und der Behindertenhilfe an.
- Handlungsbedarf wurde auch gesehen, um der Vereinsamung älterer Menschen mit Behinderung vorzubeugen. Hier wurden zum Beispiel Menschen mit einer Hörbehinderung genannt, deren Teilhabe durch einen Mangel an Gebärdendolmetschern eingeschränkt sein kann.

9.1.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Zahl der älteren Menschen mit einer Behinderung wird auch in Baden-Baden zukünftig steigen. Vernetzung und Kooperationen zwischen Alten- und Behindertenhilfe sollten daher zukünftig weiter gestärkt werden. Dies ermöglicht Synergien, die allen Zielgruppen zu Gute kommen.

Empfehlungen:

- Die Stadt Baden-Baden als Planungsträger für die Alten- und Behindertenhilfe unterstützt die Kooperation der Akteure aus beiden Bereichen durch die Etablierung geeigneter Vernetzungsstrukturen. Ein erstes Ziel sind grundsätzliche Absprachen zu den jeweiligen Aufgaben und möglichen Kooperationsformen (B 9.1)
- Auch innerhalb der Stadtverwaltung sollten die Planungen im Bereich der Alten- und Behindertenhilfe im Rahmen integrierter Planungsprozesse noch stärker vernetzt werden (B 9.2)

9.2 Senioren mit Migrationshintergrund

Senioren mit Migrationshintergrund¹⁶⁶ rücken zunehmend ins Blickfeld der Altenhilfe. Auch wenn es bisher insgesamt nur eine geringe Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund gibt, kann davon ausgegangen werden, dass ihre Zahl stetig zunehmen wird. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg geht von einem voraussichtlichen Anstieg der Zahl älterer Migranten auf über 300.000 bis zum Jahr 2020 aus¹⁶⁷.

Senioren mit Migrationshintergrund sind keine einheitliche Gruppe. Sie unterscheiden sich in kultureller und ethnischer Hinsicht und sind zu unterschiedlichen Zeiten und aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland gekommen. Laut Forschungsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge aus dem Jahr 2012 sind ältere Migranten auf dem Arbeitsmarkt oftmals deutlich schlechter positioniert als gleichaltrige Einheimische. Dies führt dazu, dass sie häufig nur über begrenzte materielle Mittel verfügen, was sich bis ins hohe Lebensalter hinein auswirkt. Erschwerend kommt hinzu, dass viele der älteren Migranten nur rudimentäre deutsche Sprachkenntnisse aufweisen.

Familiäre Unterstützung spielt bei Migranten eine bedeutsame Rolle. Es ist allerdings davon auszugehen, dass das hohe Unterstützungspotenzial durch die Ausdünnung sozialer Netzwerke, eine steigende Frauenerwerbsquote und zunehmende räumlicher Distanzen zwischen den Familienangehörigen auch bei Migrantenfamilien zukünftig abnehmen wird.¹⁶⁸ Älteren Migranten fehlen häufig Informationen zu den Angeboten der Altenhilfe. Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Unterstützung und Beratung nicht in gleichem Ausmaß wahrnehmen wie Menschen ohne Migrationshintergrund¹⁶⁹.

Aufgabe der Altenhilfeplanung ist es, auf die wachsende Gruppe der Senioren mit Migrationshintergrund aufmerksam zu machen, spezifische Lebenslagen und Bedürfnisse zu ermitteln und Vorschläge für geeignete Angebote und Unterstützungsleistungen zu entwickeln.

Praktische Beispiele für gezielte Aktivitäten gibt es vor allem aus größeren Städten. Um Senioren mit Migrationshintergrund an bestehende Angebote der Altenhilfe heranzuführen, hat zum Beispiel die AWO in Ulm einen bereits bestehenden ambulanten Pflegedienst für die interkulturelle Pflege weiterqualifiziert. Das neue Angebot wurde durch verschiedene Veranstaltungsreihen für Migranten mit Dolmetscherunterstützung und mehrsprachiges Informationsmaterial beworben. Ein übergeordneter Steuerungskreis hat das Projekt fachlich begleitet.

¹⁶⁶ Laut Definition des Statistischen Bundesamtes sind Menschen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil" (Statistisches Bundesamt 2010: Fachserie 1, Reihe 2.2, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, S. 5)

¹⁶⁷ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014.

¹⁶⁸ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012: Ältere Migranten und Migrantinnen. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht Nürnberg, S. 7f.

¹⁶⁹ Huth, Susanne, 2005: Gesellschaftliche Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main: Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten und Altenclubs, Beteiligung in Migrantenorganisationen, ehrenamtliches Engagement

9.2.1 Situation in Baden-Baden

Aktuelle Daten zur Zahl der Senioren mit Migrationshintergrund in der Stadt Baden-Baden gibt es nicht. Die verfügbaren Daten stammen aus dem Zensus 2011. Damals hatten im Stadtkreis Baden-Baden rund 14.000 Bürger einen Migrationshintergrund, darunter knapp 2.000 ältere Menschen ab 65 Jahren. Somit waren von den insgesamt 14.000 Kreisbürgern mit Migrationshintergrund 7 Prozent Senioren im Alter ab 65 Jahren. Der Seniorenanteil an der Gesamtbevölkerung lag bei knapp 27 Prozent und war damit fast viermal so hoch. Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist also derzeit noch deutlich „jünger“ als die Gesamtbevölkerung.

Eine weitere wichtige Kennzahl ist der Anteil der Senioren mit Migrationshintergrund an allen Senioren. Der Anteil lag 2011 in Baden-Baden bei 14 Prozent. Demnach hat jeder siebte Senior im Alter ab 65 Jahren in Baden-Baden einen Migrationshintergrund.

Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind exakte Aussagen zur Herkunft der Senioren mit Migrationshintergrund in der Stadt Baden-Baden nicht möglich. Daten zur Herkunft werden in der amtlichen Statistik lediglich für alle Bürger mit Migrationshintergrund - unabhängig vom Alter - ausgewiesen: Nach diesen Daten waren Personen aus der Russischen Föderation mit einem Anteil von 12,5 Prozent die größte Gruppe, gefolgt von Personen aus Kasachstan mit knapp 10 Prozent. Insgesamt machten Personen mit Herkunft aus dem russischsprachigen Raum fast 28 Prozent aller Bürger mit Migrationshintergrund aus. Als „klassische“ Herkunftsländer der Arbeitsmigranten in Deutschland folgen Italien (8 Prozent), die Türkei (7 Prozent) sowie Kroatien (3 Prozent) auf den nächsten Rängen.

Bislang gibt es in der Stadt Baden-Baden nur vereinzelt Pflegeangebote, die sich gezielt an Senioren mit Migrationshintergrund wenden. Konkret gibt es einen Pflegedienst mit russisch-sprachigen Mitarbeitenden und einen für Betroffene mit türkischer Sprache.

9.2.2 Einschätzung durch lokale Experten

In der stationären Pflege nimmt laut Auskunft der Teilnehmer an den Fachgesprächen die Zahl der Senioren mit Migrationshintergrund „nur allmählich zu“. Dabei handelt es sich meist um Personen mit russischem, teilweise auch französischem oder italienischem Hintergrund. Probleme im Hinblick auf Sprachbarrieren seien eher selten, verstärken sich aber bei Demenzerkrankungen, da dann die erlernte Zweitsprache Deutsch teilweise wieder vergessen werde. Die Pflegeheime bemühen sich nach eigenen Angaben um eine kultursensible Pflege und die Einstellung von Personal mit unterschiedlichem muttersprachlichem Hintergrund. Das ist jedoch nach Aussage der Einrichtungsvertreter nicht immer einfach, da gleichzeitig gute Deutschkenntnisse notwendig sind. Eine weitere genannte Maßnahme ist die Installation russischsprachiger Fernsehsender.

Die Vertreter der ambulanten Pflegedienste berichteten im Fachgespräch ebenfalls über relativ wenige Klienten mit Migrationshintergrund beziehungsweise aus anderen Kulturkreisen. Senioren mit Migrationshintergrund würden vergleichsweise häufig ausschließlich innerhalb der Familie versorgt. Erst bei sehr hohem Pflegebedarf werde professionelle Hilfe in Anspruch genommen – dann häufig direkt in einem Pflegeheim.

Die größte Zahl an Hinweisen ergab sich im Bereich der offenen und Beratungsangebote. Für russischsprachige Senioren gibt es bereits eine Sozialberatung in russischer Sprache durch die jüdische Gemeinde. Bei speziellen Fragen zur Pflege kooperiert die Sozialberatung mit dem Pflegestützpunkt. Allgemeine Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund hält zudem der Caritasverband vor.

Für die Zukunft wurde angeregt, Flyer in unterschiedlichen Sprachen zu erstellen. Diese sollten grundlegende Informationen und Kontaktdaten enthalten. Hilfreich wäre aus Sicht

der Teilnehmer zudem ein Austausch über die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen des Personals in den verschiedenen Diensten und Einrichtungen. Auch eine Einbindung der Integrationsbeauftragten der Stadt wurde angeregt.

Generell wurde ein Bedarf an geeigneten Freizeit- und Begegnungsangeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund gesehen. Im Bereich der Essensdienste wurde darauf hingewiesen, dass zum Beispiel auch koscheres Essen angeboten werden sollte.

9.2.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Wie andernorts auch, gibt es nur sehr wenige Informationen zur Lebenssituation und den Bedarfen älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadt Baden-Baden. Die Anbieter der Altenhilfe berichteten bisher über relativ wenige Anfragen durch diesen Personenkreis. Gleichzeitig formulierten sie das Anliegen, dass auch den Senioren mit Migrationshintergrund das komplette Angebotsspektrum der Altenhilfe offenstehen muss. Dazu ist es zunächst wichtig, die Bedarfe zu ermitteln und die Zielgruppe über die bestehenden Angebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten zu informieren. Aufgrund von Sprach- und teilweise kulturellen Schranken sind dafür spezifische Informations- und Zugangswege nötig.

Empfehlungen:

- Der Aufbau spezialisierter Altenhilfe-Einrichtungen für Senioren mit Migrationshintergrund erscheint derzeit in Baden-Baden nicht geboten. Aufgabe der Anbieter ist vielmehr eine kultursensible Öffnung ihrer Angebote sowie die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeitenden (B 9.3)
- Zunächst ist es wichtig, die Information und Beratung über bestehende Unterstützungsangebote zu verbessern. Dazu sollte unter Einbindung der städtischen Integrationsbeauftragten, von Migrantenvereinigungen und bestehender Angebote für die Zielgruppe ein mehrsprachiger Flyer über bestehende Unterstützungsangebote (insbesondere Pflegestützpunkt) und Ansprechpartner in den wichtigsten Herkunftssprachen erstellt werden. Bereits bestehende Kooperationen (z.B. zur russischen Sozialberatung) sollten weiter gepflegt und bei Bedarf ausgebaut werden (B 9.4)
- Das ehrenamtliche Engagement von Personen mit Migrationshintergrund sollte gezielt angeregt und unterstützt werden (siehe auch Kapitel B 4, Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung) (B 9.5)

Handlungsempfehlungen im Überblick

Nr.	Maßnahme
B 9.1	Vernetzung der Handlungsfelder und Akteure der Senioren- und Behindertenhilfe mit dem Ziel grundsätzlicher Absprachen und Kooperationen
B 9.2	Ausbau integrierter (zielgruppenübergreifender) Planungsstrukturen und –prozesse innerhalb der Stadtverwaltung (Seniorenplanung / Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung)
B 9.3	Stärkung und Umsetzung von kultursensiblen Kenntnissen im Pflegebereich
B 9.4	Erstellung eines Flyers mit zentralen Informationen zu den Angeboten der Altenhilfe in den wichtigsten Herkunftssprachen und Ausbau von Kooperationen mit bestehenden muttersprachlichen Beratungsangeboten
B 9.5	Förderung der Beteiligung und des Bürgerschaftlichen Engagements von Menschen mit Migrationshintergrund

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit										Ergänzende Hinweise zu relevanten Akteuren in Baden-Baden				
		Stadtverwaltung	Kirchengemeinden	Bürger, Bürgervereine	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung, Gewerbe		Akteure Bundes- und Landesebene			
B 1.10	Zeitnaher Ausbau des Fahrradwegenetzes und der Serviceangebote für Radfahrer entsprechend des Radverkehrsplans der Stadt Baden-Baden unter besonderer Berücksichtigung der Belange von Senioren	X							X							
B 1.11	Initiierung von E-Bike Einsteigerkursen	X							X		X					Städt. Fahrradbeauftragte; ADFC; Verkehrswacht
B 1.12	Schulungsprogramme für Busfahrer unter Einbeziehung des Themas Demenz / Einsatz von Alterssimulationsanzügen	X							X							Städt. Pflegestützpunkt (Partner)
B 1.13	Fortsetzung der Kurse zur Rollator-Nutzung in Bussen								X							
B 1.14	Gezielte Informationskampagne zum Rufverkehr für Senioren	X								X						
B 1.15	Bedarfsabklärung und Initiierung bürgerschaftlich organisierter Fahrdienste oder Bürgerbusse in ausgewählten Stadtteilen	X		X						X						
B 1.16	Prüfung des Bedarfs und der Umsetzbarkeit eines Fahrsicherheitstrainings für Senioren; eventuell im Rahmen einer Veranstaltungsreihe „Sicher mobil im Alter“	X								X			X			Verkehrswacht; Fahrschulen, VHS
B 2	Privates Wohnen zu Hause															
B.2.1	Informationen und Sensibilisierung für das Thema barrierefreies Bauen und Umbauen, unter anderem durch ein Informationsblatt im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens	X														FB Planen und Bauen; Wohnberatung
B.2.2	Fortsetzung und Intensivierung der Werbung für die Wohnberatung einschließlich Technikunterstützung; Ausbau der Kooperation mit Multiplikatoren)	X			X	X			X		X	X				Wohnberatung

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit										
		Stadtverwaltung	Kirchengemeinden	Bürger, Bürgervereine- und stiftungen	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung, Gewerbe	Akteure Bundes- und Landesebene
B 3.2	Unterstützung des Aufbaus einer Seniorenvertretung / eines Seniorenrats in der Stadt Baden-Baden	x		x							x	Landesseniorenrat
B 3.3	Ausbau der innerbetrieblichen Wertschätzungskultur für Bürgerschaftliches Engagement bei den Fachkräften in Diensten und Einrichtungen		x		x	x		x	x			
B 3.4	Kontinuierliche Weiterentwicklung und Vernetzung der Aktivitäten im Bereich „Bürgerschaftliches Engagement“ in der Stadt Baden-Baden	x	x	x	x	x	x	x	x		x	Referat der Oberbürgermeisterin; Bürgerstiftung
B 3.5	Bewerbung und regelmäßige Evaluation der Plattform „Baden-hilft.de; verstärkte Nutzung auch durch Anbieter im Bereich Senioren und Pflege	x	x	x	x	x	x	x	x			Bürgerstiftung
B 3.6	Verstärkte Werbung für ein Engagement im sozialen Bereich auch bei Männern, Jungen und Menschen mit Migrationshintergrund in Kooperation mit anderen Akteuren (Firmen, Schulen, Migranten-Organisationen)	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
B 3.7	Ausbau von generationenübergreifenden Engagement-Angeboten	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
B 4	Bildung, Kultur, Freizeit											
B 4.1	Abstimmung und Vernetzung von Anbietern und Angeboten (z.B. Runde Tische; Ansprechpartner) und Ausbau der Information und Werbung (z.B. durch Weiterentwicklung des städtischen Veranstaltungskalenders;		x							x		
B 4.2	Sicherstellung der sozialen Teilhabe von Senioren mit geringem Einkommen (z.B. durch Ermäßigungen; Einführung eines Sozialpasses; Bewerbung des Angebots der Kulturloge bei Senioren)	x	x	x		x		x		x		Kulturloge

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit											
		Stadtverwaltung	Kirchengemeinden	Bürger, Bürgervereine	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung	Aktuelle Bundes- und Landesebene	Ergänzende Hinweise zu relevanten Akteuren in Baden-Baden
B 4.3	<p>Inhaltliche Ausdifferenzierung der Angebote und Erleichterung des Zugangs für alle Senioren, z.B. durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gut erreichbare, barrierefreie Orte; Fahrdienstangebote • mehr mobile zugehende Angebote (z.B. Bücherbus auch für Senioren; Hol-/Bringdienst für Medien der Stadtbücherei) • Aufbau eines Netzes ehrenamtlicher Kulturbegleiter • Schulungsangebot zur Einbindung von Demenzkranken in Kulturangebote und Umsetzung entsprechender Veranstaltungsformate 	x	x	x		x		x					Stadtbücherei, Verein RosenResli
B 5	Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit												
B 5.1	Sicherstellung der bedarfsgerechten personellen Ausstattung des Pflegestützpunkts auch in der Zukunft	x							x				Pflegekassen
B 5.2	Auf- und Ausbau der Altenhilfefachberatung / Sozialplanung für Senioren bei der Stadt Baden-Baden zur Unterstützung der Vernetzung (vergleiche Kapitel B 1, Generationengerechte Infrastruktur und Vernetzung und Kapitel B 8, Pflege)	x											
B 5.3	Erstellung eines Konzepts für die Beratung von Senioren mit Migrationshintergrund / zunächst: Erstellung von mehrsprachigen Flyern zu den Angeboten des Pflegestützpunkts	x		x									Pflegestützpunkt, Integrationsbeauftragte, Beratungsstellen Migranten

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit										
		Stadtverwaltung	Kirchengemeinden	Bürger, Bürgervereine	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung, Gewerbe	Akteure Bundes- und Landesebene
B 5.4	Information und Stärkung der Rolle der Hausärzte und Kliniksozialdienste als Multiplikatoren	x							x			Gesundheitskonferenz
B 5.5	breite Verteilung des neu überarbeiteten Wegweisers „Aktiv älter werden in Baden-Baden“ bei Bürgern und Multiplikatoren	x										
B 5.6	Fortsetzung / Ausweitung der Demenzkampagne; eventuell Gewinnung weiterer Kooperationspartner (z.B. Schulen, Betriebe...) zur gezielten Ansprache jüngerer Menschen	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Schulen, Betriebe als Partner
B 5.7	Prüfung des Bedarfs an Informationsveranstaltungen zum Thema „Pflege“ in Unternehmen und Betrieben	x				x						Örtliche Unternehmen und Betriebe
B 5.8	Sicherstellung einer qualifizierten zugehenden Fachberatung für Senioren mit einer psychischen / Suchterkrankung	x							x		x	Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
B 6	Gesundheit											
B 6.1	Einrichtung einer gemeinsamen Gesundheitskonferenz mit dem Landkreis Rastatt zur Verbesserung der Abstimmung und Kooperation	x							x		x	Landkreis Rastatt
B 6.2	Optimierung der Schnittstellen im Gesundheitssystem und an der Schnittstelle zur Pflege durch verbindliche Abläufe und Qualitätsstandards (insbesondere zum Entlassmanagement und zur nachstationären Versorgung)	x			x				x			Rahmen: Gesundheitskonferenz
B 6.3	Benennung fester Ansprechpartner für den Bereich Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung	x										
B 6.4	Bestands- und Bedarfserhebung von Angeboten zur Gesundheitsprävention in den Stadtteilen	x		x					x			

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit										
		Stadtverwaltung	Kirchengemeinden	Bürger, Bürgervereine	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung, Gewerbe	Aktive Bundes- und Landesebene
B 6.5	Förderung der Bekanntheit und Inanspruchnahme präventiver Angebote durch geeignete Maßnahmen	x							x			Kassen
B 6.6	Stärkere Einbindung von sozial benachteiligten Senioren und von Senioren mit Migrationshintergrund in präventive Angebote (z.B. durch präventive Hausbesuche, Fahrdienste, Zusammenarbeit mit Migrantenvereinen)	x	x						x			
B 6.7	Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Patienten bei der Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung	x							x			Gesundheitskonferenz, Kassen
B 6.8	Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Patienten bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen	x							x			Gesundheitskonferenz
B 6.9	Verbesserung des Zugangs älterer und pflegebedürftiger Menschen in Maßnahmen der Geriatrischen Rehabilitation								x			Gesundheitskonferenz, Kassen
B 6.10	Ausbau der Ambulanten und Mobilen Geriatrischen Rehabilitation								x			siehe oben
B 6.11	Förderung des Zugangs pflegender Angehöriger zu gesundheitlichen Rehabilitationsangeboten; Entlastung durch ausreichende Zahl von Kurzzeitpflegeangeboten	x							x			Kassen
B 6.12	Erörterung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der wohnortnahen gerontopsychiatrischen Versorgung in Baden-Baden	x							x			Gesundheitskonferenz, Zentrum für Psychiatrie Ermündungen, Kassen

Nr.	Handlungsempfehlung	Betrifft Zuständigkeit											
		Stadtverwaltung	Kirchenaemeinden	Bürger, Bürgervereine	Anbieter Pflegeleistungen	Anbieter sonstige Unterstützung, Beratung	Anbieter Wohnen	Anbieter Bildung, Kultur, Freizeit	Anbieter Mobilität, Öffentlicher Nahverkehr	Anbieter Gesundheits-Dienstleistungen	Anbieter Nahversorgung, Gewerbe	Akteure Bundes- und Landesebene	
B 8.4	Thematisierung der Schnittstelle „Pflege und Gesundheitsversorgung“ im Rahmen der geplanten Gesundheitskonferenz (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit)	x										Gesundheitskonferenz	Ergänzende Hinweise zu relevanten Akteuren in Baden-Baden
B 8.5	Ausbau der Konzepte für die Gewinnung Ehrenamtlicher im Bereich Pflege (siehe auch Kapitel B 3, Bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung)	x		x	x								
B 8.6	Einbindung pflegender Angehöriger in die Umsetzung der Seniorenplanung	x											
B 8.7	Weiterentwicklung der Konzepte zur Entlastung und Beratung <u>berufstätiger</u> pflegender Angehöriger	x			x						x	Örtliche Betriebe	
B 8.8	Einbindung der ambulanten Pflegedienste in die Netzwerke zur Umsetzung der zukünftigen Pflegebedarfe auf Ebene der Stadt und einzelner Planungsräume	x			x								
B 8.9	Intensivierung der Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten, Pflegestützpunkt/ Wohnberatung und gegebenenfalls gewerblichen Anbietern (siehe auch Kapitel B 2, Privates Wohnen zu Hause)	x			x				x			Pflegestützpunkt, Wohnberatung	
B 8.10	Erhalt und weitere Stärkung der Palliativkultur in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit PaTe (siehe auch Kapitel B 6, Gesundheit)				x				x			PaTe	
B 8.11	Regelmäßige Erhebung der Anzahl und Auslastung der Tagespflegeplätze	x			x								
B 8.12	Intensivierung der Kooperation zwischen den Anbietern von Tagespflege und ambulanten Pflegediensten				x								

