

Drei D

Demografie
Digitalisierung
Demenz

Kreispflegeplanung 2022



Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten den Kreispflegeplan 2022 in Ihren Händen. Ein solch umfassendes Planwerk zeugt von der Vielfalt an Themen und Handlungsfelder in die der Landkreis aktiv eingebunden ist, Impulse setzt, Veränderungsprozesse mitgestaltet und begleitet. Der Kreispflegeplan dient als Grundlage und zur Unterstützung der Kommunen bei der langfristigen Bereitstellung passgenauer Pflegeinfrastruktur. Ganz im Sinne einer Fortschreibung verfolgt die Kreispflegeplanung 2022 das übergeordnete Ziel und den Auftrag, für mehr Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe von Seniorinnen und Senioren im Rems-Murr-Kreis beizutragen.



Die demografische Entwicklung zeigt deutlich, dass unsere Gesellschaft insgesamt immer älter wird und somit das Älter-Werden in allen Bereichen des Lebens zunehmend mehr im Fokus steht. Damit dies bestmöglich gelingt stellt der Landkreis quantitative und qualitative Daten, beispielsweise für den zukünftigen Bedarf von Pflegeplätzen, zur Verfügung. Es geht aber auch darum, wie Betreuung von Menschen mit Demenz und besonderen Bedarfen und deren Angehörige gelingen kann oder welche Wohnformen in unseren Gemeinden und Städten im Kreis gebraucht werden. Daneben müssen wir schauen, dass wir alle fit sind im Umgang mit den neuen Medien, die nicht mehr wegzudenken sind aus unserer Gesellschaft.

Die zukünftigen Herausforderungen in der Pflege sind enorm und nur gesamtgesellschaftlich zu bewältigen. Professionelle, fachliche und qualitätsvolle Pflege wird weiter dringend benötigt. Der Mangel an Pflegepersonal darf hier nicht zu Einbußen in der Qualität führen. Gleichzeitig ist informelle Pflege auch Aufgabe einer sorgenden Gemeinschaft – einer „caring community“. Deren Strukturen, Engagierte und Kümmerer, zu fördern und zu unterstützen wird immer wichtiger. Das Stichwort für Erfolg hierbei ist Partizipation – die konkrete Beteiligung der Menschen in der Gestaltung ihres Lebensbereichs und Wohnortes im Quartier. In der Kreispflegeplanung finden Sie einen Einblick in die vielfältigen Aktivitäten und gelungenen Impulse in der Quartiersentwicklung.

Das zentrale Ergebnis der Kreispflegeplanung ist die Agenda „3 D“ – Demografie – Digitalisierung – Demenz. Sie beschreibt den Marschplan des Landkreises für die kommenden Jahre. Handlungsempfehlungen für alle Partner und Akteure können davon abgeleitet werden. Konkrete Maßnahmen und Projekte zeigen Gestaltungsspielräume und Chancen auf, das Leben im Rems-Murr-Kreis noch lebenswerter zu machen. Das Team der Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung hat dabei in Beteiligung von Politik, den Gemeinden und Städten im Kreis, mit Akteuren und Interessensvertreter als auch mit Experten innerhalb und außerhalb der Verwaltung, motiviert zur Formulierung der Agenda „3 D“ beigetragen. Ihnen allen gilt mein ausdrücklicher Dank für das gute Ergebnis und das konstruktive Zusammenspiel.

Ich wünsche mir, dass anhand der aktuellen Planung und Agenda „3 D“ ein konstruktiver Dialog entsteht, der dazu beiträgt, dass gemeinsam Maßnahmen und Schritte notwendiger Veränderungen und Verbesserungen vorangebracht werden.


 Dr. Richard Sigel
 Landrat des Rems-Murr-Kreises

Herausgeber

Landratsamt
 Rems-Murr-Kreis
 Amt für Soziales und Teilhabe
 Alter Postplatz 10
 71332 Waiblingen
www.rems-murr-kreis.de

Redaktion Christian Müller | Sozialplanung
 Melanie Schwarz | Sozialplanung
 Thomas Herrmann | Sozialplanung
 Andreas Grau | Amt für Schulen, Bildung und Kultur
 Dr. Henrike Merx | Gesundheitsberichterstattung
 Titelbild Adobe Stock

Mai 2022

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
1. Sozialdemografische und sozioökonomische Eckdaten	20
1.1. Bevölkerungsstruktur	20
1.1.1. Altersstruktur	20
1.1.2. Nationalität und Migrationshintergrund	21
1.1.3. Lebenserwartung	21
1.2. Bevölkerungsentwicklung	22
1.3. Finanzielle Ressourcen und Armutsgefährdung	23
1.3.1. Einkommen	23
1.3.2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	24
(4. Kapitel SGB XII)	24
1.3.3. Hilfe zur Pflege (nach Kapitel 7 SGB XII, §§ 61 bis 66a)	26
1.4. Pflegebedürftige Personen im Rems-Murr-Kreis	27
1.5. Professionelles Pflegepersonal	30
1.5.1. Personal in Pflegeeinrichtungen im Rems-Murr-Kreis	35
2. Altern in der Kommune	38
2.1. Leben im Alter – Quartiersentwicklung	38
2.1.1. Situation im Rems Murr Kreis	41
2.2. Wohnen im Alter	46
2.2.1. Wohngemeinschaften für Menschen	50
mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf	50
2.2.2. Investitionsprogramm des Rems-Murr-Kreises für	52
bezahlbaren Mietwohnraum	52
2.3. Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung	54
2.3.1. Allgemeiner Gesundheitszustand von Menschen	54
ab dem 65. Lebensjahr	54
2.3.2. Planungsgrundlagen der medizinischen Versorgung	61
im Rems-Murr-Kreis	61
3. Altenhilfe- und Kreispflegeplanung	65
3.1. Ausgangslage Vorausrechnung	66
von Orientierungswerten für Pflegeleistungen	66
3.2. Methodik der Vorausrechnung	66

3.3.	Vorausrechnung des Bedarfs für Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis und die Mittelbereiche Waiblingen/Fellbach, Schorndorf und Backnang	68
3.4.	Bestand und Bedarf ambulanter Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis	74
3.5.	Tagespflege als teilstationäre Versorgung	77
	zur Entlastung pflegender Angehöriger	77
3.6.	Bestand und Bedarf für vollstationäre Versorgung	78
	in Pflegeeinrichtungen des Rems-Murr-Kreis	78
3.7.	Pflege in der Häuslichkeit	81
3.8.	Informations- und Beratungsangebote	84
3.8.1.	Pflegestützpunkt Rems-Murr-Kreis	84
3.8.2.	Demenzfachberatung	86
3.8.3.	Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis	88
3.8.4.	Krisen-, Klärungs- und Vermittlungsdienst (KKV-Dienst)	89
	für psychisch kranke Menschen im Rems-Murr-Kreis	89
3.8.5.	Weiterentwicklung passgenauer Beratungsstrukturen	89
	im Rems-Murr-Kreis	89

4. Generalistische Pflegeausbildung..... 91

4.1.	Einführung in die Generalistik	91
4.2.	Situation im Rems-Murr-Kreis	95
4.3.	Methode und Ergebnisse der Einsatzstellenabfrage 2021	99
4.3.1.	Ergebnisse der Einsatzstellenabfrage	100
4.4.	Strategische Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung	104
4.4.1.	Praxisanleitung	104
4.4.2.	Finanzierung der Ausbildung	107
4.4.3.	Verbundvertrag	107
4.4.4.	Auszubildendengewinnung und Fachkräftesicherung	108
4.5.	Fazit	109

5. Ältere Menschen und Menschen mit besonderen Bedarfen 111

5.1.	Menschen mit Demenz	111
5.1.1.	Epidemiologische Grundlagen - Häufigkeit und Alter	111
5.1.2.	Demenzielles Syndrom – Formen der Demenz	112
5.1.3.	Prävalenz und Entwicklung	113
5.1.4.	Die Situation im Landkreis	114
5.1.5.	Handlungsbedarfe im Bereich Teilhabe	116
5.1.6.	Unterstützung und Selbsthilfe im Anfangsstadium	117
5.1.7.	Unterstützung und Hilfe bei fortgeschrittener Demenz	118
5.1.8.	Medizinische und pflegerische Versorgung	121
	von Menschen mit Demenz	121
5.2.	Ältere Migranten*innen	126

5.2.1.	Vorstellungen über Pflege und Versorgung im Alter	128
5.2.2.	Demenz und Migration	129
5.2.3.	Kultur- und diversitätssensible Versorgungsstrukturen	130
5.2.4.	Vernetzung im Rems-Murr-Kreis	131
5.3.	Palliative Pflege und Hospiz	132
5.3.1.	Formen der Palliativversorgung	132
5.3.2.	Information und Beratung	134
5.3.3.	Handlungsempfehlungen	134
5.4.	Junge Pflegebedürftige	135
5.4.1.	Anforderungen an die stationäre und ambulante Junge Pflege	136
5.4.2.	Junge Pflegebedürftige im Rems-Murr-Kreis	137
5.4.3.	Handlungsempfehlungen zur Einbindung	140
	in kommunaler Bedarfsplanung	140
5.5.	Young Carer – Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung	141
5.5.1.	Überregionale Angebote	142
5.5.2.	Beratung junger pflegender Angehöriger im Rems-Murr-Kreis	144
5.5.3.	Handlungsimpulse	146

6. Digitalisierung für Senioren*innen: der Rems Murr Kreis vernetzt sich 148

6.1.	„Gemeinsam statt Einsam“-Mit Apps und virtueller Realität zum digitalen Rems-Murr-Kreis	148
6.2.	Das Kreismedienzentrum als Motor	149
	digitaler Kompetenz für den Rems-Murr-Kreis	149
6.3.	Mobilität auch in zunehmend hohen Alter	150
6.4.	Soziale Integration und die als Idee der Caring Community	151
6.5.	Projektvorhaben Digitalisierung bis 2027	152

7. Interessensvertretung für Senioren*innen 153

7.1.	Der Kreissenorenrat Rems-Murr-Kreis e.V.	153
7.2.	Wohnberatung	155

8. Drei D: Demografie, Digitalisierung und Demenz als Agenda der Sozialplanung..... 157

8.1.	Handlungsempfehlungen der Sozialplanung zur Umsetzung der im Kreispflegeplanung 2022 formulierten Ziele	157
------	---	-----

9. Fördermöglichkeiten und Förderprogramme 161

Einleitung

Die personell neu aufgestellte und auch ebenso originell auf Ebene des Dezernats für Soziales, Jugend und Bildung eingebundene Sozialplanung für Senioren hat, mit knapp einem Jahr Verspätung, den Kreissenorenplan im Jahr 2022 fortgeschrieben. Das multiprofessionelle Team der Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung im Landratsamt hat dabei motiviert die Themen und Herausforderungen aktueller Sozialpolitik mit Fokus auf Senioren und Pflege aufbereitet. Damit soll, das ist der Wunsch, ein konstruktiver Dialog über Maßnahmen und Schritte zu notwendigen Veränderungen und Verbesserungen ermöglicht und engagiertes Handeln initiiert und umgesetzt werden.

Somit erfüllt das vorliegende Schriftstück nicht nur den gesetzlichen Auftrag zur Verfassung einer kommunalen Kreispflegeplanung nach §4 Landespflegegesetz, vielmehr vernetzt die Kreispflegeplanung fachliche Beiträge innerhalb und außerhalb der Landkreisverwaltung. Somit sind zentrale Aspekte einer fachübergreifenden, vorausschauenden und modernen Kreissenorenplanung abgebildet, insbesondere:

- Einer angemessenen Begegnung mit der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung des demografischen Wandels
- Einer fundierten Grundlage für Beratung, Begleitung und Unterstützung der Kommunen bei der mittel- und langfristigen Bereitstellung von Pflegeinfrastruktur
- Einer allgemeinen Aufwertung der Pflegeberufe und Anerkennung ihres Verdienstes in einer zunehmend alternden Gesellschaft
- Einer Anregung kommunaler Entwicklungsprojekte mit dem Ziel einer „sorgenden Gemeinschaft“ (caring community)¹
- und Impulse zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Rems-Murr-Kreis
- Einer stellvertretenden Anwaltschaft für Seniorinnen im Rems-Murr-Kreis und Berücksichtigung dieser Personengruppe mit ihren unterschiedlichen Bedarfen
- Einem Fachlichen Beitrag für mehr Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe von Senioren im lebenswerten Rems-Murr-Kreis

¹ vgl. S.2 f. Who cares? – Moderne caring communities: Eigenverantwortliche Unterstützungsnetzwerke_für_Krisenzeiten. in: LT BW Kleine Anfrage des Abge. Daniel Born und Antwort des MSI vom 21.01.2021. Quelle: Landtag BW Drucksache 16/9779.

Sozialplanung für Senioren – Aufgaben und Ziele

Im Zuge und als Resultat einer im Jahr 2019 durchgeführten externen Organisationsentwicklung wurden die Fachbereiche Altenhilfefachberatung und Demenzfachberatung unter dem Namen „Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung“ (SoSe) seit 2020 als Stabstelle direkt dem Dezernat für Soziales, Jugend und Bildung zugeordnet. Diese neu geschaffene Stabstelle mit insgesamt 2,5 VZÄ vertritt nunmehr die Interessen und Fachthemen der Seniorinnen, der knapp 74.000 Einwohnerinnen 65+ Jahre (ca. 17% der Gesamteinwohnerschaft in 2020) im Landkreis. Sie ergänzt damit die bereits etablierte Sozialplanung (für Menschen mit Behinderung und Menschen psychischen Beeinträchtigungen). Die Bezeichnung einzelner Fach(sozial)planungen (Jugendhilfeplanung, Seniorenplanung, Psychiatrieplanung, Teilhabeplanung etc.) können perspektivisch im übergeordneten Begriff „Sozialplanung“ gefasst werden.



Die Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung beschäftigt sich mit der Gesamtschau der sozialen Lage der Menschen im Rems-Murr-Kreis (Ältere Menschen, Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit, Gesundheitsstatus, Migrationshintergrund, Menschen mit und ohne kognitiven Beeinträchtigungen) und bezieht sich auf alle Lebenslagen der Menschen (Gesundheit und Pflege, Wohnen, Partizipation, Teilhabe und Lebensqualität) im Landkreis.

Die Arbeit der Sozialplanung ist strategisch ausgerichtet. Dies bedeutet, dass die Leistungen und Versorgung der Einwohner*innen bedarfsgerecht geplant und mit der bestmöglichen Wirkung ausgerichtet und geprüft werden.

Die Sozialplanung orientiert sich dabei an den Leitlinien der Landkreisverwaltung, einer Verzahnung mit der Strategiekarte des Landkreises (Unterstützung bei der Ausarbeitung von Entwicklungszielen, Handlungsschwerpunkten, Maßnahmen bezogen auf den Kreishaushalt). Sie ist Grundlage für wirkungsorientierte Entscheidungen und zeigt Handlungsbedarfe auf der Ebene der Sozialräume (Gesamtkreis sowie Mittelbereiche) auf. Dabei ist die Arbeit partizipativ ausgerichtet auf die Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Städten im Landkreis. Ebenso kooperativ und partnerschaftlich arbeitet die Sozialplanung mit Trägern (vorrangig der Altenhilfe) und weiteren Organisationen (überwiegend gemeinnützige Institutionen und Initiativen Bürgerschaftlichen Engagements) zusammen.

Seit Anfang der 2000er Jahre richtete sich die Altenhilfefachberatung und Demenzfachberatung neu aus auf die lokalen Akteure als wichtige Ressource und Interessensvertreter der Kommunen, die Initiativen des privaten Engagements, der Unternehmen und Vereine als Stakeholder im Zuge einer netzwerkorientierten Planung. Die Erkenntnis der Befähigung lokaler Akteure zur partizipativen Mitgestaltung und Entwicklung lokaler Lösungen kann als Erfolgsfaktor benannt werden. Diesen Fokus auf lokale Räume wurde von der Gesetzgebung honoriert und nachhaltig bestimmt.

Der Vorteil einer entsprechend ausgerichteten Sozialplanung für die Kommunen ist:

- Sozialräumliche Ausrichtung der Kreisverwaltung und Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort – Lebenswelt Gemeinde
- Analysen, Evaluationen, Erkenntnisse auf Gemeindeebene, für Vergleichbarkeit, für sozialplanerische bzw. -politische Aktivitäten vor Ort
- Nutzung vorhandener lokaler Einrichtungen und Netzwerke für sozialpolitische Aktivitäten
- Verständigung über gemeinsame Ziele und ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Herangehensweise
- Fokus auf lokaler Ebene – dezentral, „bottom up“ Prinzip
- Die Sozialplanung arbeitet transparent und setzt auf die Partizipation der Betroffenen
- Ist auf die Verbesserung der sozialen Gegebenheiten im Rems Murr Kreis ausgerichtet

Auftrag und Leitlinien der Sozialplanung für Senioren

- 1. Zur Verbesserung der Lebenslagen der (älteren) Einwohner*innen wird sich die Arbeit und die Steuerung der Fachbereiche des Dezernats sich an den sozialen Lebensräumen der Einwohner*innen ausrichten.
- 2. Die Fachbereiche arbeiten systematisch kooperativ, um Leistungen abgestimmt zu planen und anzubieten. Organisationsstrukturen und Prozesse haben sich an der Optimierung der Leistungen im Sinne dieser Leitlinien zu orientieren.
- 3. Vorsorgende, präventive Angebote werden konsequent und systematisch ausgebaut. Präventive Angebote sollen vorrangig durch Umschichtungen bei den nachgelagerten Einzelfallhilfen finanziert werden (Prävention vor Intervention).
- 4. Einrichtungen sind so inklusiv wie möglich zu gestalten, d.h. sie passen sich den Bedürfnissen der Menschen an. In den Netzwerkkonferenzen erfolgt künftig eine systematische Vernetzung. Dabei werden Entwicklungsprozesse im Städtebau, der Regional- und Dorfentwicklung berücksichtigt.
- 5. Es findet eine regelmäßige Fortschreibung der Fachplanungen statt, in der Effekte und Erfolg beschrieben und ausgewertet werden.

Eine Sozialplanungsstrategie für das Sozialdezernat ist kein Selbstzweck. Sie muss die Verbesserung der Dienstleistungen und deren Wirkungen bezwecken. Die Dienstleistungen der Verwaltung richten sich an die Einwohner*innen. Das Handeln der Verwaltung zur Erbringung einer Dienstleistung, dass dieser Strategie folgt, muss sich folglich an den Lebenslagen der Einwohner*innen orientieren.

Eine Steuerung anhand dieser Ziele soll sich an den sozialen Lebensräumen der Einwohner*innen ausrichten. Daraus ergibt sich notwendiger Weise eine auf die Lebenslagen ausgerichtete Zusammenarbeit der Fachbereiche, um Leistungen „wie aus einer Hand“ anzubieten und diese „wie aus einem Guss“ zu planen.

Sozialplanung ist damit eine wesentliche Voraussetzung kommunaler Sozialpolitik und zugleich ein unverzichtbares Korrektiv.

Kriterien der Fortschreibung

Durch Inkrafttreten des Landespflegestrukturgesetzes (LSPG) im Jahr 2018 sind die Ziele zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen in Baden-Württemberg neu definiert:

1. Ziel des Gesetzes ist es, die notwendige Grundversorgung der Bevölkerung durch eine möglichst wohnortnahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur zu gewährleisten. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegevergütungen beitragen. Wird die notwendige Grundversorgung nicht durch freigemeinnützige und private Träger sichergestellt, so sind Stadt- und Landkreise hierzu verpflichtet.
2. Sämtliche Maßnahmen nach diesem Gesetz sind darauf auszurichten, dass Betroffene möglichst in jeder Lebensphase im gewohnten Umfeld ihres Sozialraums verbleiben können.
3. Um einen schnellen und unkomplizierten Zugang zu passgenauen Pflege- und Unterstützungsangeboten sicherzustellen, sollen vorhandene Beratungsstrukturen ausgebaut und neue Beratungsformen erprobt werden.

4. Digitale Anwendungen sollen Teil der Pflege- und Unterstützungsstrukturen sein.

Ebenso können entsprechend §4 LPSG kommunale Pflegekonferenzen eingerichtet werden, die zur Stärkung der Vernetzung aller lokalen Akteure und damit auch der Strukturen im Vor- und Umfeld der Pflege dienen.

Das landesgeförderte Modellprojekt zur Implementierung kommunaler Pflegekonferenzen wird derzeit in 32 Landkreisen durchgeführt und in 20 Landkreisen evaluiert. Der Kreispflegebeirat empfiehlt am 22.10.2019, dass im Rems-Murr-Kreis analog zum Vorgehen der Kreise Ludwigsburg, Heilbronn, Ortenau und Esslingen, Kommunale Pflegekonferenzen nicht initiiert werden sollen.

Im Rems-Murr-Kreis ist seit Jahren der Kreispflegebeirat als Gremium im Sinne einer kommunalen Pflegekonferenz etabliert. Aufgrund dessen beschloss der Kreispflegebeirat mehrheitlich, keine zusätzlichen Gremien zu schaffen, Doppelstrukturen zu vermeiden und das bestehende Gremium (personell) arbeitsfähig zu erhalten. Der Kreispflegebeirat im Rems-Murr-Kreis agiert schon in weiten Teilen im Sinne des Landespflegestrukturgesetzes und hat sich dementsprechend als Gremium bewährt. Die Evaluation der modellhaften Förderung und Erprobung kommunaler Pflegekonferenzen soll nach Abschluss kritisch in die Weiterentwicklung der Struktur und Aufgaben des Kreispflegebeirats einfließen.

Schwerpunkte der Fortschreibung im Jahr 2022

Der Aufbau der Kreissenorenplanung folgt weitgehend ganz im Sinne einer Fortschreibung der Gliederung im Planungsjahr 2016. Die Themenfelder aus dem Beschluss des Kreispflegebeirats fließen dabei entsprechend ein bzw. sind mit den Inhalten verwoben.

Der Kreispflegebeirat hat in seiner Sitzung vom 22.10.2020 empfohlen den Kreispflegeplan von 2016 durch die Sozialplanung Senioren bis ins Jahr 2030 fortzuschreiben. Die Fortschreibung soll folgende Schwerpunktsetzungen enthalten.

- Die vom Kreispflegebeirat empfohlenen Themenfelder sind:
- Bestand- und Bedarfserhebung stationärer Pflegeplätze und Bedarfsorientierungswerte für die teilstationäre und ambulante Pflege im Rems-Murr-Kreis
- Leben & Wohnen und Quartiersentwicklung – Weiterentwicklung neuer Wohnformen (im Alter) mit Schwerpunkt auf bezahlbar und barrierearmes/-freies Bauen (Neubau und im Bestand); Unterstützungsangebote durch Technikeinsatz. Initiierung von Quartiersimpulse und Quartiersentwicklungsprozesse
- Menschen mit Demenz – Weiterentwicklung neuer und Sicherstellung etablierter Unterstützungsstrukturen
- Ausbau und Weiterentwicklung der Hospizarbeit und der palliativen Versorgung
- Koordination der Generalistischen Pflegeausbildung

- Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen für Senior*innen bei Pflegebedarf
- Impulse und Aufbau von Strukturen für Junge Pflegebedürftige
- Impulse und Aufbau von Strukturen für ältere Migrant*innen
- Digitalisierung – Aufbau und Weiterentwicklung
- Förderung und Bewahrung Ehrenamtlicher Angebote in der Betreuung und Begleitung von Senior*innen und Pflegebedürftigen

Arbeitsfeld Gesundheitsberichterstattung

Ein Schwerpunkt des letzten Kreispflegeplanes im Jahr 2016 lag auf der Lebens- und Versorgungssituation der großen, äußerst heterogenen Gruppe der in Privathaushalten lebenden Menschen über dem 65. Lebensjahr. Da vergleichsweise wenige Informationen zu den Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen dieser Personengruppe vorlagen, führte das Landratsamt Rems-Murr-Kreis unter Federführung der Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung Ende 2014 die repräsentative Seniorenfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“ durch. Wesentliche Ergebnisse zu den planungsrelevanten Themen „Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung“, „Individuelle Mobilität und Öffentlicher Personennahverkehr“ sowie „Wohnen“ fanden unter anderem Eingang im letzten Kreispflegeplan. Die damaligen Ergebnisse stellen in vielen Bereichen Basisinformationen bereit, eine zeitnahe Wiederholung der Umfrage war daher nicht geplant. Eine Fortschreibung der Umfragedaten zu den oben angebrachten Themen ist somit im vorliegenden Kreispflegeplan nicht enthalten.

Seit zwei Jahren dominieren Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie das Alltagsleben in Deutschland. Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage der Senioren*innen sind wahrscheinlich. Um hier erste Trends aufzuzeigen, wurden Ergebnisse aus bundesweiten Studien herangezogen.

Die aus amtlichen Routinestatistiken ableitbaren Informationen zu soziodemografischen und sozioökonomischen Eckdaten sowie die Planungsgrundlagen der medizinischen Versorgung im Rems-Murr-Kreis werden im vorliegenden Kreispflegeplan fortgeschrieben. Eine Ausnahme hiervon bilden die Aussagen zur Ärzteversorgung in Pflegeheimen. Diese in 2016 gemachten Angaben basieren auf zwei von der Gesundheitsberichterstattung durchgeführten Umfragen. Eine Aktualisierung dieser Informationen war nicht möglich, da die Gesundheitsberichterstattung bis in den Januar 2022 hinein ausschließlich mit Corona-Aufgaben betraut war.

Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze und weiterer Neuregelungen im Bereich Pflege und Gesundheit

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Der in der Kreispflegeplanung 2016 prognostizierte anhaltende Wandel im Bereich der ambulanten Angebote, zu denen auch die Beratungsangebote und der stationäre Bereich zählt, ist derzeit besonders im Hinblick auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG)² noch nicht abgeschlossen.

Wesentliche Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetz III³:

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurden zum einen die in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten Empfehlungen umgesetzt. Diese beziehen sich auf drei Themenbereiche:

- Sicherstellung und Versorgung
- Beratung
- Empfehlungen zu zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung

Zum anderen enthält das dritte Pflegestärkungsgesetz ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Der Entwurf sieht hierfür Regelungen sowohl für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung vor. Die aufeinander abgestimmten Regelungen in den Sozialgesetzbüchern Fünf und Elf, zielen darauf ab, bestehende Lücken bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu schließen.

Das Verhältnis zwischen Pflege und Eingliederungshilfe wird präzisiert. Es bleibt bei der "Gleichrangigkeit". Sozialämter und Pflegekassen sollen jedoch bei einem Zusammentreffen von gleichen Leistungen unterschiedlicher Träger künftig regelhaft vereinbaren, wie die Leistungserbringung im Verhältnis zur oder zum Anspruchsberechtigten jeweils erfolgen soll und wie die Kostenerstattung der Träger untereinander erfolgt.

Zudem wird mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Sozialhilfe eingeführt. Da die Versicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Elf auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt sind (Teilleistungssystem), kann auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und nach der deutlichen Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung ein darüberhinausgehender Bedarf an Pflege bestehen.

Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz) gedeckt. Gegenüber dem Sozialgesetzbuch

²Vgl. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html> (Zugriff 12.12.2021)

³ Siehe: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-drittes-psg-iii.html> (Zugriff 30.12.2021)

Elf ist auch nach geltendem Recht der Begriff insoweit weiter gefasst, als das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss.

Wesentliche Inhalte der Änderungen im Recht der Hilfe zur Pflege sind

- Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade
- Leistungen in den Pflegegraden
- Zusätzliche pflegerische Betreuungsleistungen in der Hilfe zur Pflege

Das dritte Pflegestärkungsgesetz verfolgt darüber hinaus die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von Entlohnungen bis zu Tarifniveau in den Pflegevergütungsverhandlungen der Pflegeeinrichtungen.

Schließlich erhalten Versicherte in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Voraussetzung dafür ist, dass der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Die wichtigsten Regelungen des PSG III in Stichworten

- Sicherstellung der Pflegeversorgung
- Implementierung und Weiterentwicklung von Beratung
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (SGB XI § 45a und c)
- Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Hilfe zur Pflege
- Regelung der Schnittstellenproblematik zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe (BTHG)
- Maßnahmen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege

Mehr Information zum PSG III, dass am 01.01.2017 in Kraft getreten ist, und den vorangegangenen Pflegestärkungsgesetzen I und II sind auf der Website des Bundesministerium für Gesundheit unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p.html> einsehbar.

Weitere Neuregelungen im Bereich Pflege und Gesundheit

Zum 01.01.2022 wurden zahlreiche Änderungen wirksam.

Entlastung für Pflegebedürftige in stationärer Pflege

Um Pflegebedürftige vor Überforderung aufgrund steigender Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegeversicherung bei der Versorgung im Pflegeheim einen Zuschlag zu dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen werden nach wie vor nicht bezuschusst.

Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach dem Zeitraum, in dem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden.

Für die Heimbewohnerinnen mit Pflegegrad 2-5 beträgt der Leistungszuschlag:

- 5% des Eigenanteils an den Pflegekosten innerhalb des ersten Jahres
- 25% des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 12 Monate,
- 45% des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 24 Monate und
- 70% des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 36 Monate in einem Pflegeheim leben.

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf den neuen Zuschuss

Es bleibt abzuwarten, inwieweit der Leistungszuschlag zu einer tatsächlichen Entlastung führt. Schließlich ist im Jahr 2022 mit steigenden Personalkosten für Pflegekräfte durch die Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen zu rechnen. Es ist davon auszugehen, dass die Entlastungen so gering ausfallen, dass bereits in zwei Jahren wieder das heutige Durchschnittsniveau der Eigenanteile von mehr als 2.100 Euro erreicht sein wird.

Kurzzeitpflegebetrag und Pflegesachleistungen werden angehoben

- Es werden gesetzlich Anreize für den Ausbau der Kurzzeitpflege gesetzt.
- Um die Pflegebedürftigen nicht zu belasten, wird der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung zur Kurzzeitpflege um 10 % angehoben. Die Beträge für das Pflegegeld werden hingegen nicht angehoben.

Auch hier gilt es zu beobachten, ob die Anhebung des Leistungsbetrags langfristig Entlastung schafft und nicht schon in kurzer Zeit aufgrund steigender Investitionskosten amortisiert wird.

- In der ambulanten Pflege werden die Sachleistungsbeträge um 5% erhöht, um den steigenden Vergütungen angemessen zu begegnen.

Übergangspflege im Krankenhaus

Die Übergangspflege ist ein im Juli 2021 neu geschaffenes Angebot, für das zum 01.11.2021 eine Vereinbarung zur Prüfung der Voraussetzungen erstellt wurde.

Die Übergangspflege kann in Anspruch genommen werden, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die Versorgung nicht oder nur mit erheblichen Aufwand sichergestellt werden kann. Das kann zum Beispiel sein, wenn häusliche Krankenpflege, eine Reha-Behandlung, Kurzzeitpflege oder weitere Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Verhinderungspflege, Tagespflege, oder andere) nicht verfügbar sind.

- Betroffene können in dem Krankenhaus, in dem sie ihre Behandlung erhalten haben, für bis zu zehn Tage eine Übergangspflege in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Sozialdienst im Krankenhaus oder mit der Krankenkasse, um offene Fragen zu klären, wird empfohlen.

Mehr Pflegekräfte

- Ab 01.07.2023 werden bundeseinheitliche Personalanhaltszahlen vorgegeben, die die Einstellung von weiterem Personal ermöglichen. Mit einem neuen Personalbemessungsverfahren wird anhand der jeweiligen Bewohnerstruktur für jede Pflegeeinrichtung der Personalbedarf berechnet.

(Pflege-)Hilfsmittel

- Pflegefachkräfte erhalten mehr Entscheidungsbefugnisse bei der Auswahl von (Pflege-)Hilfsmitteln.

Kostenerstattung

- Ansprüche auf Kostenerstattung nach dem Sozialgesetzbuch Elf erlöschen - anders als in der Sozialversicherung üblich – nicht mit dem Tod des Pflegebedürftigen, wenn sie innerhalb von 12 Monaten nach seinem Tod geltend gemacht werden.

Stärkung regionaler Netzwerke

- Regionale Netzwerke werden gestärkt, indem die Fördersumme um 10 Millionen Euro pro Jahr aufgestockt wird.

Erstmals Bundeszuschuss für Pflegeversicherung

- Zur Finanzierung der Pflegeversicherung wird ein Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro pro Jahr eingeführt.
- Der Beitragszuschlag für Menschen ohne Kinder steigt um 0,1 Prozentpunkte (diese Regelungen sind Bestandteil des „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“).

Pandemiebedingter Schutzschirm wird verlängert

- Die Regelungen zur Erstattung pandemiebedingter Mehrausgaben und Mindereinnahmen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden bis Ende 2022 verlängert.
- Der flexiblere Einsatz des Entlastungsbetrages bei Pflegegrad 1 zur Sicherstellung der Versorgung bleibt befristet erhalten. Gleiches gilt für die Möglichkeit der Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge bei Pflegegrad 2 bis 5.
- Flexibilisierungen bei Familienpflegezeit und Pflegezeit bleiben befristet bestehen.
- Der Anspruch auf Corona-bedingtes Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Arbeitstage wird bis Ende März 2022 verlängert.
- Die Medizinischen Dienste können im Einzelfall bis Ende März 2022 Pflegebegutachtungen ohne persönliche Untersuchung der Versicherten in ihrem Wohnbereich durchführen.
- Ebenfalls bis Ende 2022 besteht für Pflegegeldempfänger die Möglichkeit, den Beratungsbesuch telefonisch, digital oder per Videokonferenz abzurufen.

Danksagung

Die vorliegende Fortschreibung ist Ergebnis einer internen, fachlichen Vernetzung unterschiedlicher Fachbereiche innerhalb ebenso wie außerhalb der Landkreisverwaltung durch Einbindung externer Experten.

Alle Mitautorinnen sei namentlich an dieser Stelle herzlich gedankt:

- Diana Koch-Laquai, Mitglied des Vorstands des Kreissenienerrats Rems-Murr e.V.
- Susanne Stolp-Schmidt, Geschäftsführung der Hospizstiftung Rems-Murr e.V.
- Edda Pflugfelder und Jule Pallasch, Leitung und stellvertretende Leitung des Kreismedienzentrums, Landratsamt Rems-Murr-Kreis
- Dr. Henrike Merx, Gesundheitsberichterstattung, Landratsamt Rems-Murr-Kreis
- Susanne Körner, stellvertretende Amtsleitung, Amt für Soziales und Teilhabe, Landratsamt Rems-Murr-Kreis
- Agnes Gallus, Fachbereichsleitung, Amt für Soziales und Teilhabe, Landratsamt Rems-Murr-Kreis
- Gülden Aygün-Sagdic, Teresa Bigalsky, Petra Gentner, Andreas Helber, Britta Liskamm, Margit Mahler, Anja Ortelt, Claudia Panas und Brigitte Wiedenmann, Mitarbeitende Pflegestützpunkt Rems-Murr-Kreis
- Andreas Grau, Koordinator für die generalistische Pflegeausbildung, Amt für Schulen, Bildung, Kultur im Landratsamt Rems-Murr-Kreis

Ein besonderer Dank für die Unterstützung und Kooperation im Landratsamt gilt auch:

- den Kollegen*innen im Ordnungsamt aus dem Bereich Heimaufsicht
- den Kolleginnen aus dem Vorzimmer Dezernat Soziales, Jugend und Bildung
- den Kollegen*innen der GIS Administration im Amt für Vermessung und Flurneuordnung
- den Kollegen*innen der Pressestelle

1. Sozialdemografische und sozioökonomische Eckdaten

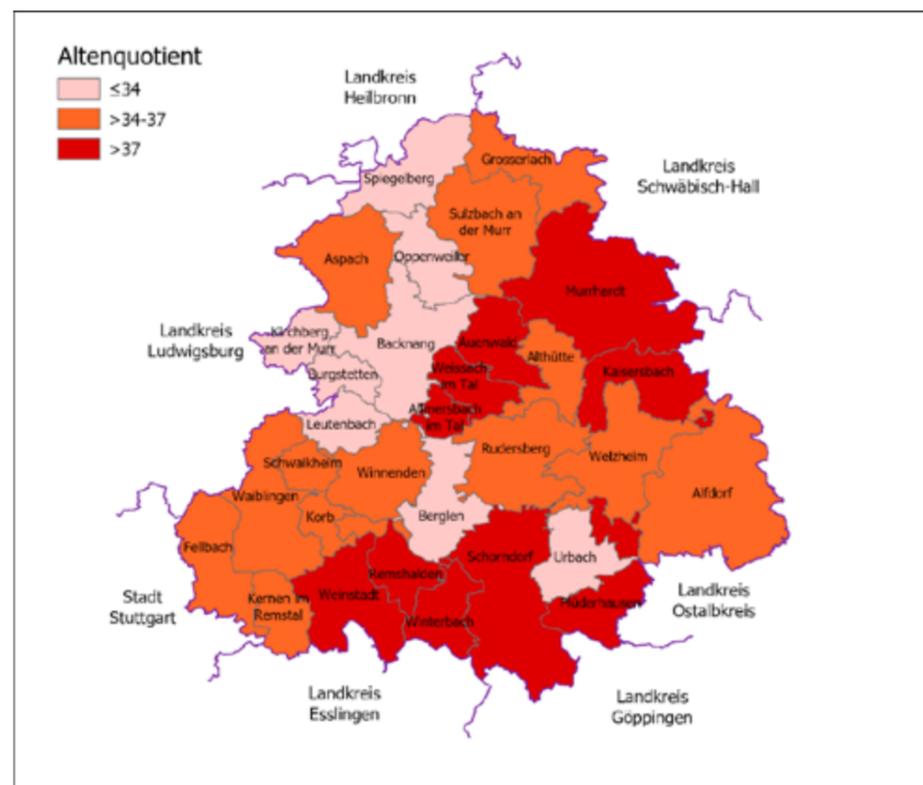
1.1. Bevölkerungsstruktur

1.1.1. Altersstruktur

Am Stichtag 31.12.2020 lebten nach Angaben des Statistischen Landesamtes 427.300 Einwohnern*innen im Rems-Murr-Kreis. 82.300 Personen waren jünger als 20 Jahre, 91.250 Einwohnern*innen 65 Jahre und älter. Von den 65 und älteren Einwohnern*innen hat ein Drittel das 80. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten.

Der Altenquotient⁴ im Rems-Murr-Kreis liegt nach Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2020 mit 36 etwas über dem Landesdurchschnitt von 34,1. Innerhalb des Rems-Murr-Kreises weisen u.a. einige Gemeinden im Remstal und im Weissacher Tal einen etwas höheren Anteil älterer Mitbürger auf als im Kreisdurchschnitt.

Abb. 1: Altenquotient im Jahr 2020 in den Gemeinden des Rems-Murr-Kreises



⁴ Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter bezogen auf die Bevölkerung von 20 bis unter 65 Jahren, d.h. bei einem Altenquotienten von 36 kommen 36 Personen im Alter 65 Jahre und älter auf 100 Personen in der Altersgruppe 20 bis unter 65 Jahren (-erwerbstätige Bevölkerung)

Der in den nächsten Jahren anstehende Eintritt der Babyboomer in das Rentenalter spiegelt sich deutlich in der prognostizierten Entwicklung des Rems-Murr-Altenquotienten wieder. Im Jahr 2025 werden 394 Personen der Generation 65 Jahre und älter auf 1000 Personen der Altersgruppe 20 bis 64 Jahre kommen, in den Jahren 2030 bzw. 2035 werden es bereits 457 beziehungsweise 511 Personen sein.

1.1.2. Nationalität und Migrationshintergrund

Erfasst wird in amtlichen Routinestatistiken nur die Nationalität und nicht der Migrationshintergrund der Bevölkerung. Der Anteil ausländischer Mitbürger*innen wird neben den Zu- und Fortzügen durch rechtliche Vorgaben (z.B. § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz) und das Einbürgerungsverhalten beeinflusst.

Am Stichtag 31.12.2020 lag der Ausländeranteil der Bevölkerung im Rems-Murr-Kreis bei 16,4 % und damit geringfügig über dem baden-württembergischen Landesdurchschnitt von 16,1 %. Von der ≥ 65-jährigen Kreisbevölkerung besitzen 9,1 % eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Zu beobachten ist eine deutliche Altersabhängigkeit. Gehören bei den 65- bis 79-Jährigen 11,3 % einer anderen Nationalität an, so sind es bei den ≥ 80-Jährigen nur 4,6 %.

Ca. ein Drittel der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung in Baden-Württemberg verfügt nach Hochrechnungen aus dem Mikrozensus⁵ 2019 über einen Migrationshintergrund⁶. Von diesen ca. 3,7 Mio. Personen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg haben über 2,3 Mio. Menschen eigene Migrationserfahrung, die anderen 1,3 Mio. wurden in Deutschland geboren. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund liegt in den Kreisen der Region Stuttgart ohne die Landeshauptstadt Stuttgart mit 36,8 % über dem Landesdurchschnitt von 33,8%.

1.1.3. Lebenserwartung

Der im letzten Kreispflegeplan berichtete Anstieg der Lebenserwartung⁷ der im Rems-Murr-Kreis lebenden Frauen von 83,2 Jahren (Geburtsjahrgang 2006) auf 84,2 Jahre (Geburtsjahrgang 2014) setzt sich nicht weiter fort. Mädchen, die 2018 im Rems-Murr-Kreis geboren wurden, können weiterhin von einer mittleren Lebenserwartung von 84,2 Jahren ausgehen (Land Baden-Württemberg: 84,1 Jahre).

Bei den im Rems-Murr-Kreis lebenden Männern zeichnet sich eine etwas andere Tendenz ab. Hier erhöhte sich die mittlere Lebenserwartung weiter, von 79,4 Jahren der in 2014 Geborenen auf 80,0 Jahre des Geburtsjahrganges 2018 (Land Baden-Württemberg: 79,6 Jahre).

⁵ eine jährlich durchgeführte Befragung von einem Prozent aller Haushalte in Deutschland. Für den Großteil der Fragen besteht Auskunftspflicht. Die Ergebnisse werden nicht auf Kreisebene runtergebrochen. Coronabedingt konnte die Erhebung 2020 nicht in vollem Umfang durchgeführt werden, so dass für das Jahr 2019 die letzten belastbaren Informationen vorliegen

⁶ eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist

⁷ Lebenserwartung bei Geburt – die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre eine in diesem Jahr geborene Person bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde

1.2. Bevölkerungsentwicklung

Immer mehr ältere Menschen

In demografischer Hinsicht gab es im Jahr 2000 in Baden-Württemberg eine Zäsur: Erstmals lebten seit Bestehen des Landes etwas mehr 60-Jährige und Ältere als unter 20-Jährige im Südwesten (22,5 % gegenüber 22,2 % der Gesamtbevölkerung). Heute zählen in Baden-Württemberg bereits 27 % zu den Älteren, aber nur noch 19 % zu den Jüngeren. Und dieser zahlenmäßige Unterschied zwischen Jung und Alt wird nach Einschätzung des Statistischen Landesamtes zunächst noch größer werden. Der Anteil der unter 20jährigen an der Gesamtbevölkerung zum Jahr 2060 wird sich nicht mehr verringern.

Allerdings dürfte sich der Bevölkerungsanteil der 60-Jährigen und Älteren bereits bis zum Jahr 2030 nochmals deutlich erhöhen, weil die geburtenstarken Jahrgänge, die so genannten Babyboomer, vor allem in den 2020er-Jahren in die entsprechende Altersgruppe aufrücken werden. Danach wird der Anteil der Älteren allerdings nur noch geringfügig ansteigen, Experten schätzen, dass der Zenit dieser Entwicklung sich 2040 vollziehen wird. Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist damit eine signifikante gesamtgesellschaftliche Aufgabe⁸.

Überdurchschnittlicher Anstieg der Zahl hochbetagter Menschen

Für sozial- und speziell altpolitische Planungen ist es von besonderer Bedeutung, dass künftig die Zahl älterer und vor allem hoch betagter Menschen weiter ansteigen wird. Immer mehr Männer und Frauen im Rems-Murr-Kreis erreichen ein hohes Alter. Waren 1952, dem Gründungsjahr Baden-Württembergs, lediglich rund 18.000 Einwohner*innen mindestens 85 Jahre alt, sind es derzeit bereits mehr als 320.000. In den kommenden Jahrzehnten wird deren Zahl weiter zunehmen und sich allein in den 2040er-Jahren, wenn ein Großteil der „Babyboomer“ in diese Altersgruppe „hineinwachsen“ – um rund 40 % vergrößern. Bis zum Jahr 2050 könnte sich deren Zahl im Vergleich zu heute nochmals verdoppeln. Es gäbe dann etwas mehr als 640.000 Hochbetagte im Land. Da es sich hierbei um eine Bevölkerungsgruppe mit hohem Pflegerisiko handelt, dürfte auch die Zahl der Pflegebedürftigen im Rems-Murr-Kreis künftig weiter ansteigen. Im Zuge dieses Demografischen Wandels und des einsetzenden Pflegenotstands ist die Erhebung des Bestands und Prognose des Bedarfs der Pflegeangebote im besonderen Fokus der Senioren- und Kreispflegeplanung. Denn die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen, die nicht in angemessener Weise versorgt werden, verschlechtert sich rapide. Die Gewährleistung einer akkuraten Pflegeinfrastruktur ist damit im Interesse der Allgemeinheit!⁹

⁸ Siehe §8 SGB XI

⁹ Vgl. hierzu PM 29/2019 Statistisches Landesamt BaWü vom 12.02.2019: www.tinyurl.com/4cbc2s4p (Zugriff 22.10.2021)

1.3. Finanzielle Ressourcen und Armutsgefährdung

1.3.1. Einkommen

Auch im Jahr 2019 unterscheidet sich das monatliche Nettoeinkommen von Männern und Frauen in der Generation 65+ in Baden-Württemberg nach Angaben des Statistischen Landesamtes¹⁰ noch deutlich. Während gut 36 % der Frauen dieser Altersgruppe mit weniger als 900 Euro auskommen müssen, sind dies bei den Männern gut 9 %. Ein monatliches Nettoeinkommen von 2000 Euro und mehr haben knapp 39 % der Männer im Alter von ≥ 65 Jahren zur Verfügung, bei den Frauen liegt dieser Anteil bei gut 13 %. Eine wesentliche Ursache für diese Unterschiede dürfte der unterschiedliche Umfang der früheren Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen sein.

Abb. 2: Bevölkerung der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach monatlichem Nettoeinkommen und Geschlecht (BaWü)



Die deutlichen Unterschiede im Nettoeinkommen spiegeln sich auch in der Armutsgefährdung wieder. Bei der ≥ 65-jährigen Bevölkerung in Baden-Württemberg sind 5,5 % der Männer, aber 20,3 % der Frauen armutsgefährdet (Gesamtbevölkerung BW: 15,6 %)¹¹.

¹⁰ Angaben basieren auf Hochrechnungen der Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2019, persönliche Mitteilung
¹¹ als armutsgefährdet gilt, wer seinen Lebensunterhalt mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Bevölkerung (Landesmedian) bestreitet – Quelle: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 11+12/2020, S. 4-10

1.3.2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)

Hilfebedürftige Menschen, welche die Regelaltersgrenze erreicht oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und auf Dauer voll erwerbsgemindert sind, können Leistungen auf Grundsicherung nach dem 4. Kapitel des SGB XII erhalten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Menschen ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Vermögen und/oder Einkommen bestreiten können. Der gewöhnliche Aufenthaltsort muss sich im Bundesgebiet befinden.

Entwicklung der Grundsicherung im Rems Murr Kreis zwischen 2015 und 2021

Im Rems-Murr-Kreis erhielten, bezogen auf das Gesamtjahr 2020, insgesamt 3.849 Personen Grundsicherung im Alter (alle Altersgruppen).

Davon erhielten 1.421 Personen unter 65 Jahren diese sich innerhalb sowie außerhalb von Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe befanden, Grundsicherung im Alter aufgrund dauerhaft voller Erwerbsminderung.

Bezogen auf die Personengruppe der Grundsicherungsempfänger*innen über 65+ Jahre bis über 90 Jahre, verzeichnet der Rems-Murr-Kreis für das laufende Jahr 2020, insgesamt 2.428 Personen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe, siehe Abb. 3.

Abb. 3: Entwicklung der Grundsicherung im Rems Murr Kreis zwischen 2015 und 2021

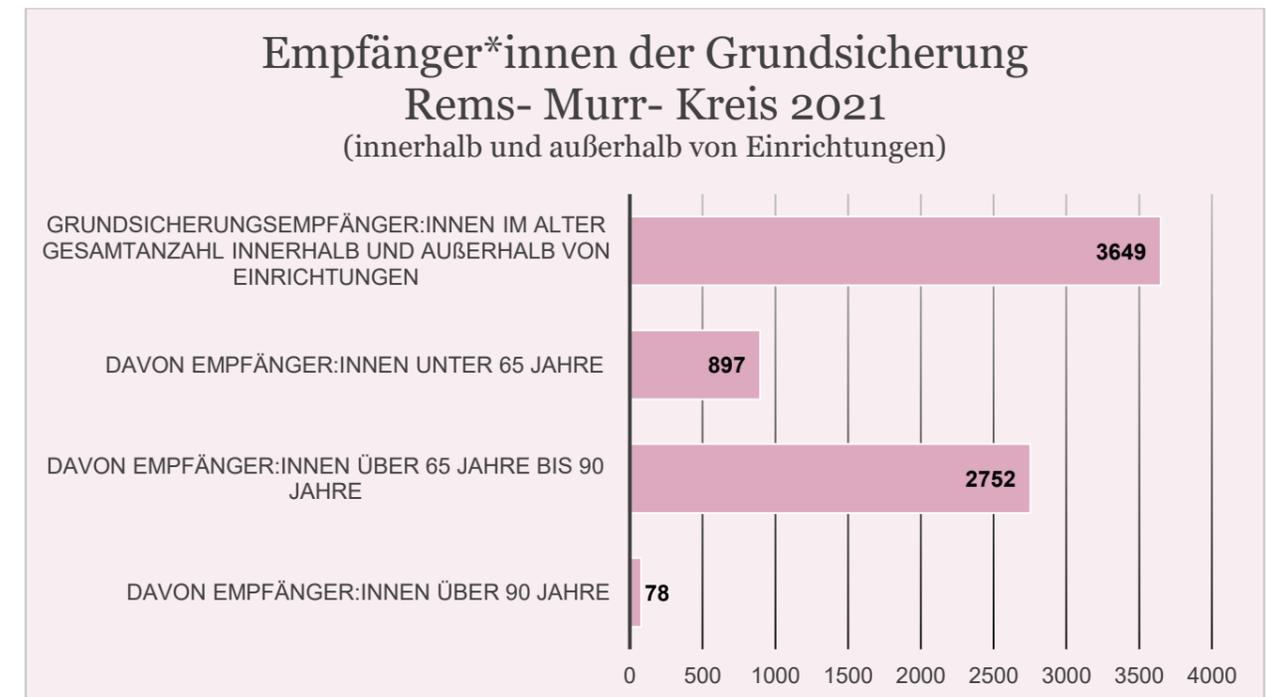
Grundsicherungsempfänger*innen im Rems- Murr-Kreis Empfänger*innen gesamt (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen, alle Altersgruppen)	lfd. 2015	lfd. 2020	lfd. 2021
Empfänger*innen gesamt (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen, alle Altersgruppen)	3.688 Personen	3.849 Personen	3.649 Personen
Davon Empfänger*innen unter 65 Jahren (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen)	1.692 Personen	1.421 Personen	897 Personen
Davon Empfänger*innen über 65+ bis über 90 Jahre (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen)	1.996 Personen	2.428 Personen	2.752 Personen
Davon Empfänger*innen über 90 Jahre (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen)	-	73 Personen	78 Personen

Für das Gesamtjahr 2021 erhielten insgesamt 3.649 Personen (alle Altersgruppen, innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) Grundsicherung im Alter.

Hiervon bezogen im Gesamtjahr 2021, 897 Personen unter 65 Jahren Grundsicherung im Alter und 2.752 Personen über 65 Jahre bis über 90 Jahre Leistungen der Grundsicherung.

Dies stellt im Vergleich zu den Erhebungsjahren 2020 zu 2021 zunächst eine Abnahme der Grundsicherungsempfänger*innen im Rems-Murr-Kreis innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe dar. Zu erkennen ist ein Anstieg der einzelnen Bezugsgruppe der über 65-Jährigen bis über 90-Jährigen Grundsicherungsempfänger*innen zwischen den Erhebungsjahren 2020 und 2021 sowie im Bezug zum Erhebungsjahr 2015.

Abb. 4: Gesamtempfänger*innen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe)



Quelle: Amt für Soziales und Teilhabe RMK, Controlling, eigene Darstellung

Inwieweit die Pandemie als Einflussfaktor zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen im Zeitraum 2020 bis 2021 zugrunde gelegt werden kann, ist derzeit nicht abschließend beurteilbar. Einschränkungen der Kreisverwaltung, verringerter und eingeschränkter Zugang zu Informationen sozialer Dienstleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten, Hindernisse im Dienstleistungsbereich oder aufgrund anderweitiger Hintergründe zum Gesundheitszustand der Menschen können durchaus Einfluss auf die Entwicklung der Inanspruchnahme unterstützender Leistungen für Kreisbürger*innen haben.

1.3.3. Hilfe zur Pflege (nach Kapitel 7 SGB XII, §§ 61 bis 66a)

Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII können ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung sowie für nicht pflegeversicherte Personen erbracht werden.

Der Leistungsumfang richtet sich nach der Besonderheit des Einzelfalls.

Für Personen die ihren täglichen Bedarf an Pflege nicht oder nicht vollständig durch die Leistungen der Pflegeversicherung (nach SGB XI), der Unfallversicherung (§ 44 SGB VII), gemäß dem Bundesversorgungsgesetz (§35 BVG) oder nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren können, besteht die Möglichkeit Ansprüche auf ergänzende Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach SGB XII geltend zu machen.

Die bedarfsorientierte Sozialleistung unterstützt pflegebedürftige Personen den notwendigen, aus eigenen Mitteln nicht abgedeckten Pflegeaufwand aufzufangen.

Ergänzende Leistungen der Sozialhilfe können ambulant sowie stationär erbracht werden und sind gegenüber der Regelversorgung der Pflegeversicherung, Unfallversicherung und der Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene stets nachrangig.

Baden-Württemberg:

Die Zahl der Hilfeempfänger zur „Hilfe zur Pflege“ (Kapitel 7 SGB XII, §§ 61 bis 66a) in Baden-Württemberg betrug im Laufe des Jahres 2020 ca. 40.490 (alle Altersgruppen) Personen, davon befanden sich ca. 35.755 Personen in stationären Einrichtungen der Pflegerischen Versorgung.

Außerhalb von Einrichtungen erhielten 5075 Personen „Hilfe zur Pflege“ nach (Kapitel 7 SGB XII, §§ 61 bis 66a).¹²

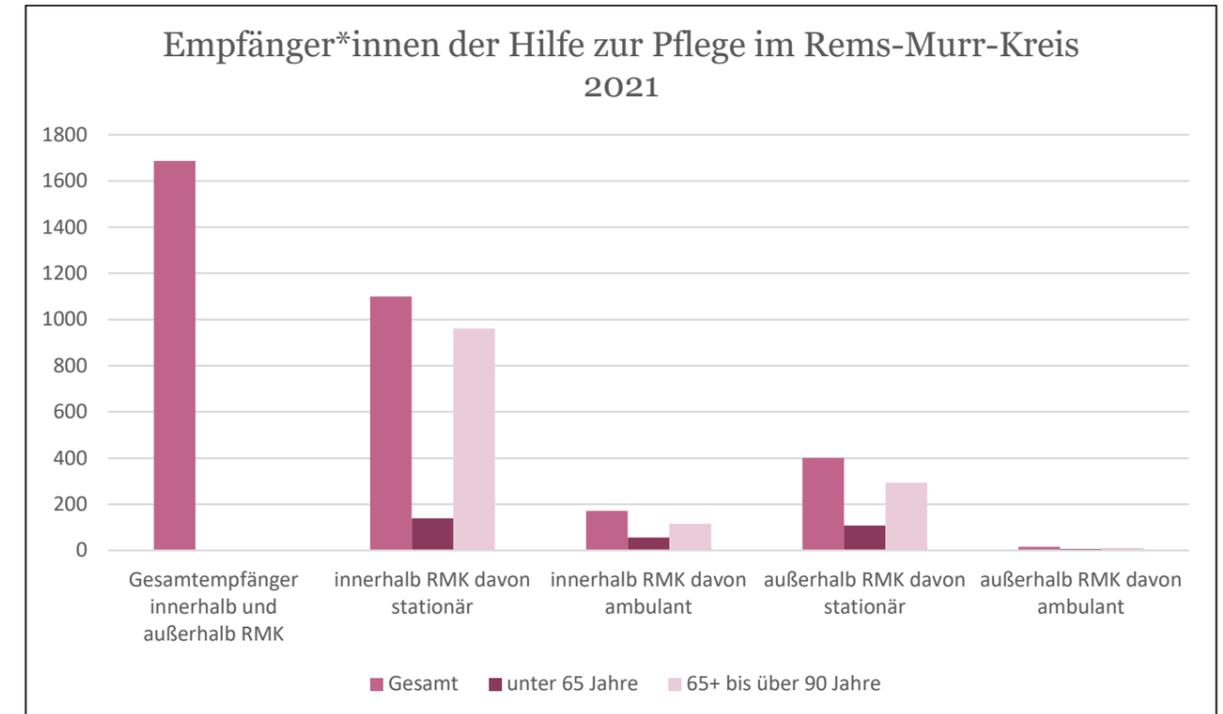
Rems-Murr-Kreis:

Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII

Der Rems-Murr-Kreis verzeichnet im laufenden Jahr 2020 insgesamt ca. 1707 Empfänger der Hilfe zur Pflege. Im Vergleich dazu, erhalten im Jahr 2021 insgesamt etwa 1687 Personen als Empfänger der Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII, §§ 61 bis 66a, eine geringe Veränderung der Anzahl der Gesamtempfänger im Kreis. Im Folgenden sind die Nutzungsbereiche der Hilfe zur Pflege nach stationär und ambulant sowie innerhalb und außerhalb des Rems-Murr-Kreis ersichtlich.

¹² StaLa/Artikel-Nr. 3826 20001/ Statistische Berichte Ba-Wü/Öffentliche Sozialleistungen/11.2021

Abb. 5: Anzahl Empfänger*innen der Hilfe zur Pflege im Rems- Murr- Kreis 2021



Quelle: Amt für Soziales und Teilhabe RMK, Controlling, Darstellung Sozialplanung

Hier zeigt sich im Vergleich zu den ambulanten Leistungen, dass die Unterstützungsbedarfe für Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im stationären Bereich sehr stark überwiegen. Dies ist auch beim Personenkreis der über 65-Jährigen zu erkennen.

1.4. Pflegebedürftige Personen im Rems-Murr-Kreis

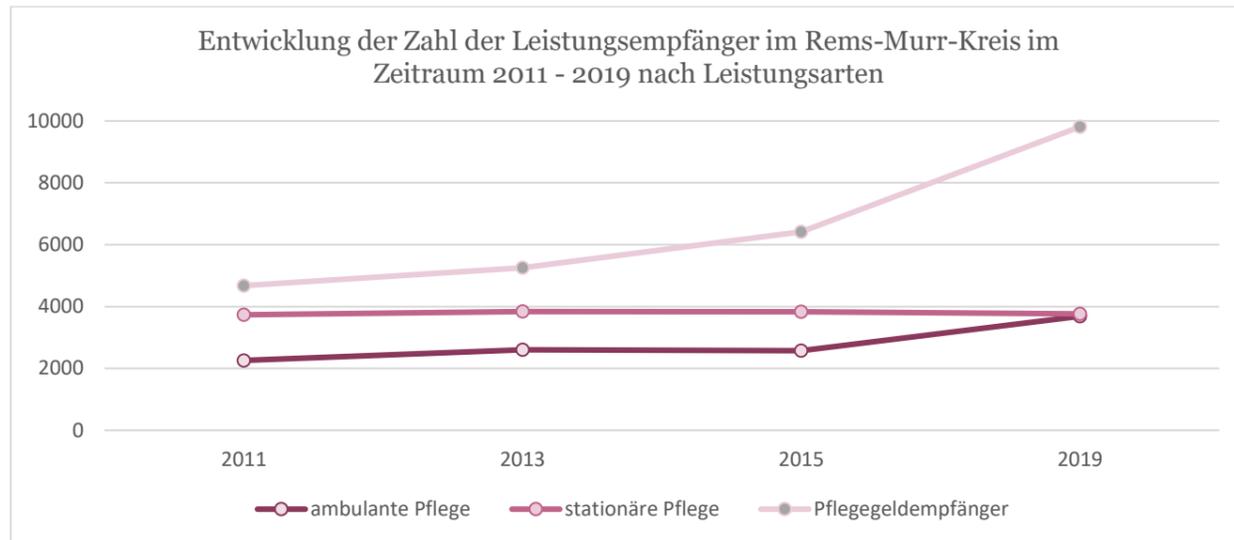
Anstieg der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren

Zwischen 2013 und 2019 stieg der Anteil aller Pflegebedürftigen¹³ an der Gesamtbevölkerung im Rems-Murr-Kreis von 2,8 % auf 4,3 % . Die Zahl der Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen) nahm in diesem Zeitraum von knapp 11.500 auf über 18.300 Personen zu. Dabei erhöhte sich seit 2011 insbesondere die Zahl der in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige betreuten Pflegebedürftigen (s. Abb. 6).

Mit 4.595 Pflegebedürftigen/100.000 Einwohner entspricht die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung im Rems-Murr-Kreis in etwa dem Landesdurchschnitt von 4.300 Pflegebedürftigen/100.000 Einwohnern.

¹³ definiert als Zahl der Leistungsempfänger (Statistisches Landesamt - Pflegestatistik über die Pflegeversicherung)

Abb. 6: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im Rems-Murr-Kreis im Zeitraum 2011 - 2019 nach Leistungsarten



Quelle: Statistisches Landesamt - Pflegestatistik über die Pflegeversicherung 2019)

Ab dem 75. Lebensjahr steigt das Pflegerisiko deutlich an

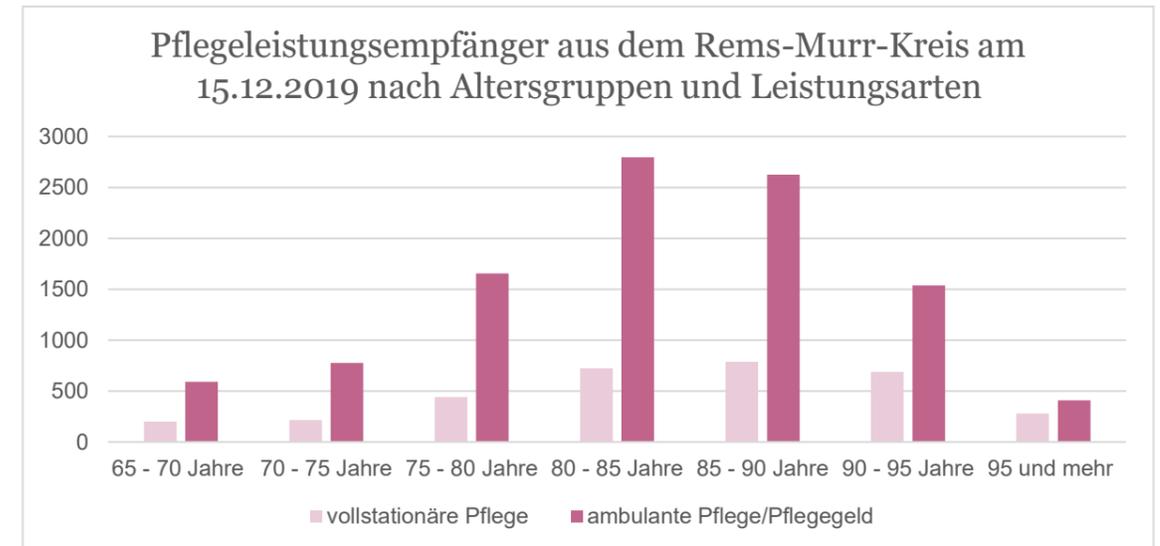
Nach Angaben der Pflegestatistik über die Pflegeversicherung bezogen im Rems-Murr-Kreis am Stichtag 15.12.2019 insgesamt ca. 14.600 Personen der Generation 65+ Leistungen der Pflegeversicherung. Dies entspricht einem Anteil von gut 16 % in dieser Bevölkerungsgruppe. Nach dem 75. Lebensjahr steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich an. Sind in der Altersgruppe der 70- bis 74-jährigen gut 5,6 % der Bevölkerung auf Pflege angewiesen, so sind es bei den 85- bis 89-jährigen bereits 42,1 % und bei den 90-Jährigen und Älteren knapp 68,1 %. Auffallend ist, dass Frauen ab dem 75. Lebensjahr laut Statistik deutlich häufiger pflegebedürftig sind als Männer. Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Verfassung kann ein Grund sein, dass Frauen im höheren Lebensalter deutlich häufiger allein leben und bei Pflegebedürftigkeit sofort einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen.

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Von den insgesamt ca. 14.600 Leistungsempfänger der Generation 65+ im Rems-Murr-Kreis erhalten knapp 3800 Personen Leistungen im Bereich der vollstationären Pflege. Dies entspricht einem Anteil von ca. 26 %. Mit steigendem Alter gewinnt dabei die Betreuung im Pflegeheim an Bedeutung. Werden bis in die Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen ca. 30 % der Pflegebedürftigen im Heim versorgt, sind es bei den ≥ 95-Jährigen gut 50 % (siehe Abbildung 8).

Rund 14.550 Senioren*innen im Rems-Murr-Kreis wurden am Stichtag 15.12.2019 zu Hause gepflegt. Über 9.800 dieser Personen erhielten ausschließlich Pflegegeld, d. h., sie werden allein durch Angehörige versorgt. Weitere 3.685 Personen erhielten Leistungen zur ambulanten Pflege, d. h., sie werden im häuslichen Umfeld zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut.

Abb.7: Pflegeleistungsempfänger aus dem Rems-Murr-Kreis

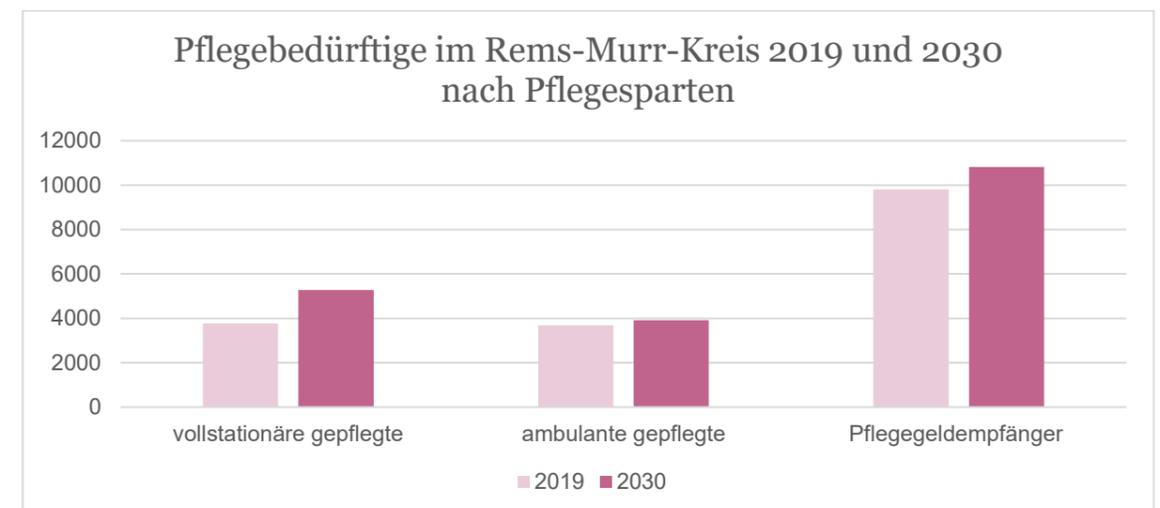


Quelle: Statistisches Landesamt –Pflegestatistik 2019, eigene Berechnung Sozialplanung

Weiterer Anstieg der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren zu erwarten

In den nächsten Jahren ist u. a. aufgrund des demografischen Wandels von einer deutlichen Zunahme insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Pflegestärkungsgesetz III) von einer hohen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auszugehen. Die Orientierungswerte für den Zeitraum 2019 bis 2030 für den Rems-Murr-Kreis sind in Abbildung 8 dargestellt.

Abb. 8: Pflegebedürftige nach Pflegesparten



Quelle: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik 2019 –Berechnung der Sozialplanung¹⁴

¹⁴ Vorausrechnung der Sozialplanung Rems Murr Kreis. Vgl. hierzu die Kapitel 5 der Kreispflegeplanung 2022.

1.5. Professionelles Pflegepersonal

Die ausreichende Deckung des Personal- und Fachkräftebedarfs in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege stellt bundesweit die mit Abstand größte Herausforderung für bedarfsorientierte Pflegestrukturen in den Landkreisen dar.

Der Pflegenotstand in Deutschland wird nach neuesten Hochrechnungen des Barmer Report 2021 brisanter als bisher angenommen. Bis zum Jahr 2030 sollen bei konservativen Annahmen mehr als 180.000 Pflegekräfte fehlen, auch weil es mit dann insgesamt rund sechs Millionen Pflegebedürftigen über eine Million Betroffene mehr geben wird als bisher angenommen.¹⁵

Initiative des Bundes – die Konzertierte Aktion Pflege

Um diesen Entwicklungen entgegen zu wirken, sollen in der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) auf Bundesebene die vielfältigen Potentiale der in der Pflege beteiligten Akteure genutzt werden, um gemeinsam nachhaltige Lösungen auf den Weg zu bringen. Die relevanten Organisationen in der Pflege haben auf Basis der Ergebnisse aus fünf themenbezogenen Arbeitsgruppen und unter Einbeziehung weiterer Experten im Sommer 2019 konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden entwickelt und ihre Umsetzung durch die jeweiligen Akteure verbindlich vereinbart.

Erste Reformansätze wurden fünf Themenbereichen bereits bearbeitet:

- AG 1: Ausbildung und Qualifizierung
- AG 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- AG 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung
- AG 4: Pflegekräfte aus dem Ausland – Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland
- AG 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege

Nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung

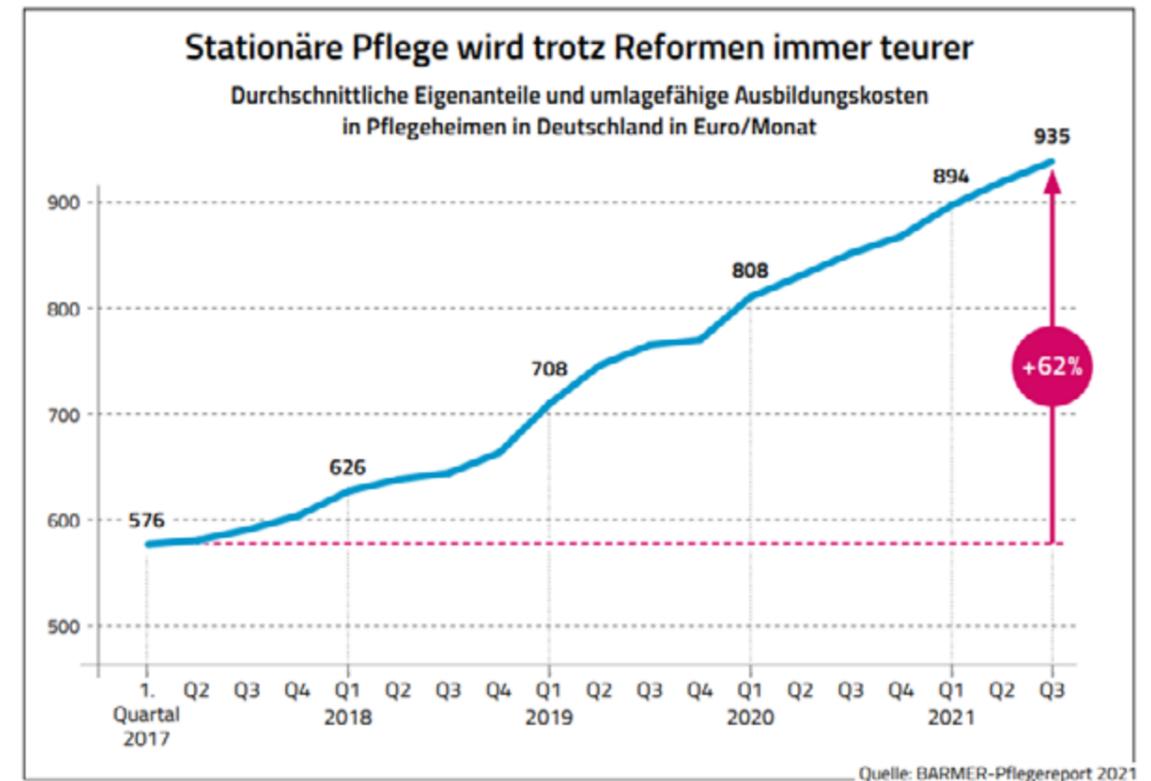
Die Konzertierte Aktion Pflege stellt fest, dass zur Sicherstellung einer nachhaltig qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung vorrangig die Attraktivität des Altenpflegeberufs gesteigert werden muss. Das wiederum impliziert vor allem eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege.

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen wird von Pflegekräften meist die unzureichende Stellenausstattung in Pflegeeinrichtungen und die damit verbundene Arbeitsverdichtung beklagt, die durch eine verbesserte Personalausstattung behoben werden könnte. Sowohl eine bessere Entlohnung als auch eine verbesserte Personalausstattung erhöhen aber die Pflegekosten in Pflegeeinrichtungen, die aktuell vollständig von den Pflegeheimbewohnern*innen getragen werden müssen.

¹⁵ Barmer Report 2021: [barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg.pdf](#)

„Kosten der Stationäre Pflege steigen gravierend an“

Abb. 9: Stationäre Pflege wird trotz Reformen immer teurer



Quelle: Barmer Pflegereport 2021

Wie Abbildung 10 zeigt, sind die Eigenanteile in den Pflegeheimen aber – nachdem das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)¹⁶ kurzfristig für eine geringe Entlastung gesorgt hat – wieder kontinuierlich angestiegen und belaufen sich bundesdurchschnittlich zum 01.07.2021 auf monatlich 935 Euro (pflegebedingte Eigenanteile, das heißt einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zuzüglich umgelegter Ausbildungskosten) beziehungsweise 2.187 Euro (Gesamteigenanteil, bestehend aus pflegebedingtem Eigenanteil zuzüglich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten).

Aus den Zusammenhängen Personalknappheit und Finanzierbarkeit ergeben sich drei Reformnotwendigkeiten:

- die Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege, das eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Pflegeheimen ermöglicht
- eine verbesserte Entlohnung von Altenpflegekräften sowie
- eine Reduktion und dann dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege

¹⁶ vom 11.12.2018 (BGBl. I, S. 2394)

Personalbemessungsverfahren

Das zentrale Instrument zur Minderung und schließlich Beseitigung des Pflegenotstands in der stationären Langzeitpflege ist die Umsetzung des einheitlichen Personalbemessungsverfahrens, das von 2017 bis 2020 in Umsetzung des im Zweiten Pflegestärkungsgesetz implementierten Gesetzesauftrags des § 113c SGB XI (in der Fassung des PSG II) entwickelt und konzeptionell erprobt wurde.

Das entsprechende Projekt zur Entwicklung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen (PeBeM), sieht die Ermittlung von benötigten Soll-Zeitmengen vor, zur Versorgung der pflegebedürftigen Bewohner. Diese wurden jeweils in Abhängigkeit zum Pflegegrad des Bewohners sowie die Verteilung dieser benötigten Soll- Zeitmengen auf die jeweiligen Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte ermittelt.

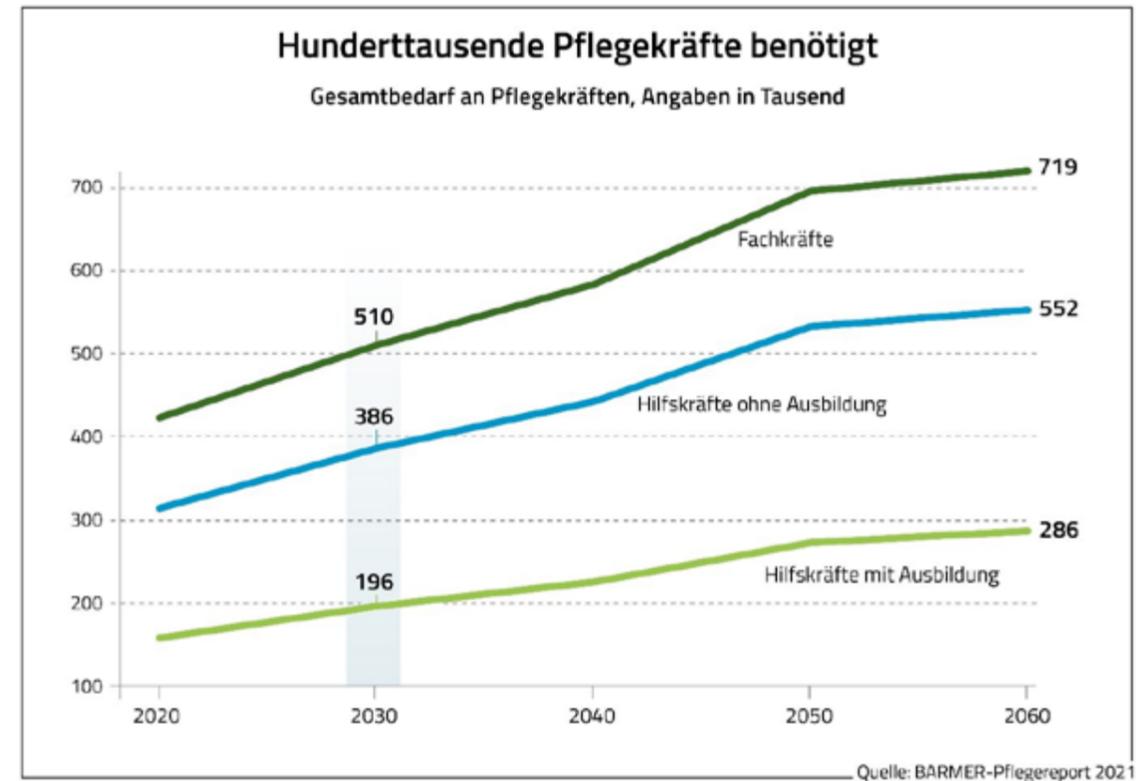
Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde in einem ersten Schritt die Refinanzierung von bis zu 20.000 zusätzlichen Pflegeassistentenstellen ab dem 01.01.2021 ermöglicht. Der zweite Schritt erfolgte im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das bundesweit einheitliche Personalanhaltswerte definiert, die die nach Qualifikationsniveaus gegliederten Pflegepersonalbedarfe anhand der Zahl der Heimbewohner und ihrer Pflegegrade bestimmen. Diese Anhaltswerte, die ab dem 01.07.2023 gelten, konstituieren sozialrechtliche Obergrenzen des refinanzierbaren Personals, deren Überschreitung allerdings ausdrücklich erlaubt wird, wenn die Anwendung dieser Anhaltswerte ansonsten zu einer Absenkung des Personalbestands führen würde.

Mit der Einführung bundesweiter Personalanhaltswerte wird ein Konvergenzprozess eingeleitet, der die normativ nicht begründbaren Unterschiede zwischen den Personalschlüsseln der Bundesländer abbaut, die ein Grund für die Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens waren. Eine bedarfsgerechte Personalausstattung wird allerdings noch nicht erreicht. Hierzu sind ein dritter und womöglich ein vierter Umsetzungsschritt notwendig.

Personalmehrbedarf

Legt man die Verhältniszahlen der Pflegekräfte zu den Vollzeitäquivalente des Jahres 2019 (Statistisches Bundesamt) zugrunde, liegen die in Köpfen gerechneten Bedarfe für das Jahr 2030 bei 510.000 Pflegefachkräften, 196.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 386.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung (s. Abbildung 11). Das sind 81.000 Pflegefachkräfte, 87.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 14.000 Pflegekräfte ohne Ausbildung mehr als durch die Pflegestatistik für das Jahr 2019 ausgewiesen. Daraus ergibt sich für 2030 im Vergleich zu 2019 ein Mehrbedarf von 182.000 Personen.

Abb. 10: Gesamtbedarf von Pflegekräften bis 2060



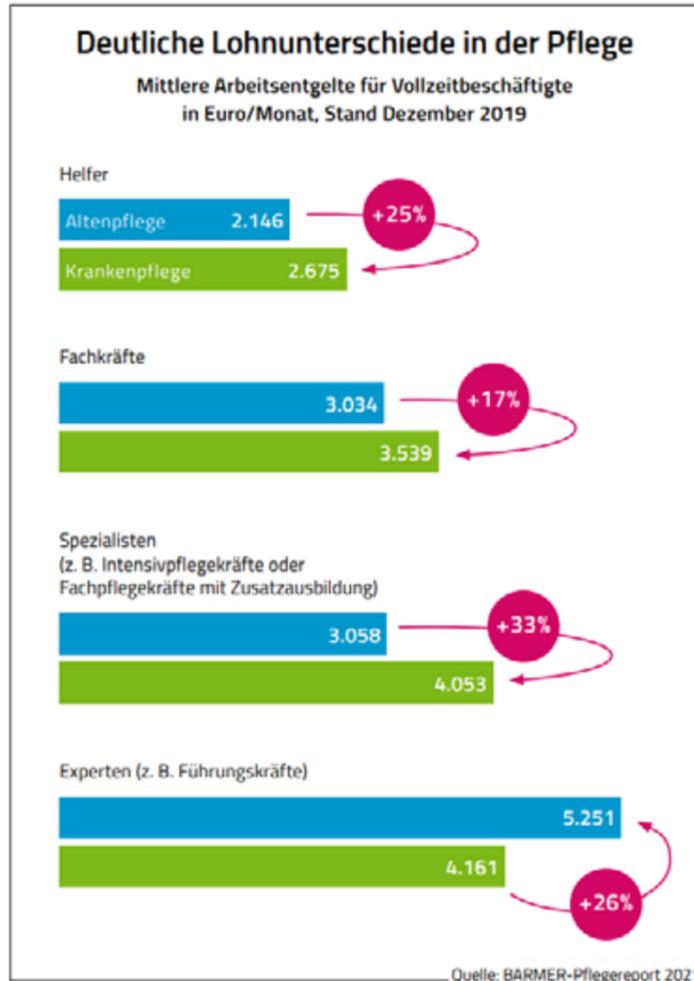
Quelle: Barmer Pflegereport 2021

Einkommensgefälle zwischen Altenpflege und Krankenpflege

Sowohl für Fach- als auch für Hilfskräfte bestehen zudem erhebliche Unterschiede zwischen der Entlohnung im Krankenhaus und in der Langzeitpflege. So lagen die Medianentgelte im Jahr 2019 für vollzeitbeschäftigte Krankenpflegehilfskräfte bei 2.677 Euro, für Krankenpflegefachkräfte bei 3.547 Euro, für Altenpflegehilfskräfte bei 2.146 Euro und für Altenpflegefachkräfte bei 3.032 Euro.

Zwar sind die Gehälter in der Altenpflege zwischen 2012 und 2019 um rund neun Prozentpunkte mehr gestiegen als in der Krankenpflege und bei den Beschäftigten insgesamt. Dennoch besteht damit immer noch für beide Qualifikationsniveaus ein Einkommensunterschied von rund 500 Euro zwischen Alten- und Krankenpflege.

Abb. 11: Mittlere Arbeitsentgelte für Vollzeitbeschäftigte in der Pflege



Quelle: Barmer Pflegereport 2021

Da insbesondere die zukünftig generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte in Zukunft problemlos zwischen den Alten- und Krankenhauspflegestellen wählen können, befindet sich die Langzeitpflege in einer Konkurrenzsituation mit den Krankenhäusern, bei der die Krankenhäuser aufgrund der von ihnen angebotenen höheren Entlohnung Wettbewerbsvorteile haben.

Die Arbeitsmarktlage insgesamt gilt als angespannt, sodass sich auch aus der Vermittlung der Jobcenter nur ein geringer Teil Pflegefachkräfte rekrutieren lässt, bestenfalls noch für Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung stehen entsprechend Bewerberinnen zu Verfügung.

Zwangsläufig kommen als Lösung zukünftig nur höhere Ausbildungszahlen als notwendiger Bestandteil der Problemlösung in Betracht¹⁷. Gleichzeitig muss die Abbruchquote innerhalb der Ausbildung (Stand 2019 bei 30,4 %) verringert werden.

¹⁷ Barmer Pflegereport 2021, S. 184 ff

Ausbilden ist gut – reicht allein jedoch nicht

Neun von zehn Pflegefachpersonen möchten längerfristig im Beruf bleiben. Dafür erwarten sie jedoch deutliche Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen, insbesondere bei der Vereinbarkeit des Berufs mit dem Privat- und Familienleben¹⁸.

Die Forscher kommen zu zentralen Erkenntnis, dass mit besseren Arbeitsbedingungen Pflegenden länger im Beruf gehalten werden können¹⁹.

Nachfolgende politische und betriebliche Handlungsempfehlungen lassen sich daraus konkret ableiten:

- Regelungen zur besseren Vereinbarkeit des Berufs mit dem Privat- und Familienleben.
- Lohn für Leistung ist zu tief – für Pflegenden steht der Lohn nicht im Mittelpunkt. Aber sie empfinden ihn als zu tief für das, was sie leisten.
- Bedürfnis nach mehr Anerkennung durch das betriebliche Management und die Gesellschaft. Immer noch sind überwiegend Frauen in der Pflege tätig.
- Maßnahmen zur Beschränkung weiterer unvernünftiger Rationalisierungstendenzen. Weniger Zeitdruck bei der Arbeit und dadurch Reduzierung der Arbeitsbelastung, die dann auch in der Freizeit spürbare Entlastung bieten kann.
- Mehr Möglichkeiten für Teilzeitarbeit ohne in prekäre Arbeitsverhältnisse abzugleiten – existenzielle Absicherung im Arbeitsleben als auch bei Renteneintritt muss trotz Teilzeitarbeit gegeben sein.
- Attraktivität des Pflegeberufs für Quereinsteiger – Möglichkeiten und Chancen der Fachkräfte- und Personalgewinnung im Zuge der ökologischen Umgestaltung muss genutzt werden.

1.5.1. Personal in Pflegeeinrichtungen im Rems-Murr-Kreis

Verlässliche Daten zur Situation im Rems-Murr-Kreis lassen sich bisher nur über die Pflegestatistik im Statistischen Landesamt erhalten. Dabei sind Mehrfachzählungen möglich. Personen, die sowohl im ambulanten Pflege-/Betreuungsdienst als auch im Pflegeheim beschäftigt sind (Mehrgliedrige Einrichtungen), wurden doppelt gezählt. Dementsprechend können keine differenzierten Aussagen zur Personalsituation in den einzelnen Pflegesparten ambulant und stationär gemacht werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Personalsituation am Stichtag 15.12.2017 und am 15.12.2019 in Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Rems-Murr-Kreis. Daten zum Stichtag 15.12.2021 lagen vom Statistischen Landesamt zum Zeitpunkt der Fortschreibung pandemiebedingt nicht vor. Dies erschwert die Interpretation der vorliegenden Daten insbesondere unter Berücksichtigung der Auswirkungen durch die Coronapandemie. Der in absoluten Zahlen darstellbare Zuwachs von 362 Personen in der Pflege zwischen den Jahren 2017 und 2019 entspricht rund 6,8%.

¹⁸ Langzeitstudie des ZHAW-Instituts für Gesundheitswissenschaften

¹⁹ MEHR PERSONAL AUSBILDEN REICHT NICHT – Vitamin G – für Health Professionals mit Weitblick (zhaw.ch)

Abb. 12: Übersicht Personalsituation in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Pfleigestatistik über die Pflegeversicherung der StaLA)

	2017	2019
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	1.197	1.308
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	168	177
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	727	732
Krankenpflegehelfer/-in	51	58
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	46	63
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	16	53
Heilerziehungspflegehelfer/-in	2	7
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	4
Ergotherapeut/-in	14	19
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	2	1
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe (z.B. Masseur/-in, Heilpraktiker/-in, etc.)	12	24
Sozialpädagogischer/ sozialarbeiterischer Berufsabschluss	38	38
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	6	5
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	-	-
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	19	23
sonstiger pflegerischer Beruf	281	235
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	17	24
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	197	249
Sonstiger Berufsabschluss	1.574	1.508
Ohne Berufsabschluss	562	738
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	397	422
Insgesamt:	5.326	5.688

Die Anzahl an Auszubildenden ist zwischen den Jahren 2017 und 2019 ebenfalls um 25 Schüler*innen gestiegen. Wie viele Auszubildenden nach ihrem Abschluss in der Pflege im Landkreis tätig werden ist aktuell nicht bekannt. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene existiert bisher kein entsprechendes Bildungsmonitoring, welches dazu belastbare Aussagen machen könnte.

Auffällig in der Abbildung 12 ist der relativ hohe Anteil an Personen ohne Berufsabschluss von rund 1500 Personen. Besonderes Augenmerk auf die Entwicklung der Personenzahl mit 3-jährigem Berufsabschluss gilt es zukünftig zu richten.

Denn sollte der bundesweite Trend zum Mangel an Fachkräften auch für Baden-Württemberg und dem Rems-Murr-Kreis zutreffen, wovon auszugehen ist, dann bedeutet dies ein zukünftig Risiko und ein Verlust an professioneller Versorgungsqualität in allen Sparten der Pflege.

Maßnahmen zur Personalgewinnung, -bindung und der Erhalt von Arbeitsfähigkeit werden vermehrt an Bedeutung gewinnen. Einzelne Träger der stationären Pflege sind bereits mit Programmen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und mit Angeboten für günstige und gut angebundene Mitarbeiterwohnungen im Landkreis unterwegs. Diese Maßnahmen und Initiativen auch zukünftig zu verstärken und in die Fläche zu bringen scheint unumgänglich um dem drohenden Personalmangel in der Pflege ebenfalls entgegen zu wirken.

Der Landkreis ebenso wie eine Vielzahl der Trägerorganisationen hat nur wenig eigene Möglichkeiten, auf eine Verbesserung der Situation gezielt Einfluss zu nehmen.

Einzelne Träger waren nach Selbstauskunft mit Initiativen zur verstärkten Anwerbung und Integration von ausländischen Pflegefachkräften recht erfolgreich, sind aber aktuell durch begrenzte Ressourcen in Europa und auch weltweit deutlich rückläufig und zusätzlich durch die Corona-Pandemie eingeschränkt worden oder gänzlich zum Stillstand gekommen.

Es besteht übergreifend der deutliche Wunsch nach ergänzenden gesetzgeberischen Maßnahmen, welche die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte (nicht nur Vergütung) nachhaltig verbessern. Träger von Pflegeeinrichtungen wünschen sich außerdem mehr Unterstützung durch den Landkreis bei (Marketing-)Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Landkreises als Ausbildungs- und Arbeitsstandort. Wie diesem Wunsch im Landkreis bereits entsprochen wird, welche strategischen Maßnahmen und Aufgaben der Landkreis dabei bereits übernimmt, ist in Kapitel „Generalistische Pflegeausbildung“ des vorliegenden Kreispflegeplans 2022 ausführlich dargestellt.

In Ergänzung zu dieser Ausbildungsoffensive im Landkreis könnten folgende Maßnahmen zur Personalgewinnung und -erhaltung als Handlungsempfehlungen benannt werden:

- Angebote zur Umschulung und für Quereinsteiger – Jobcenter
- Betriebliche Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit – betriebliche Gesundheitsförderung und demografiefeste Arbeitsplätze
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie
- Arbeits- und Ausbildungsplatznahe Wohnangebote für Pflegenden

2. Altern in der Kommune

2.1. Leben im Alter – Quartiersentwicklung

Relevanz der Thematik und Zielsetzung

Um den vielfältigen Herausforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft gerecht zu werden, etabliert sich derzeit immer mehr der Ansatz des Quartiergedankens. Diese Entwicklung wird durch breit angelegte Förderanreize und offensive Bewerbung durch die Landespolitik befördert. Die Landesstrategie „Quartier 2020 [nachfolgend] 2030 – Gemeinsam. Gestalten“²⁰ des Ministeriums für Soziales und Integration unterstützt Städte, Gemeinden, Landkreise und zivilgesellschaftliche Akteure bei der alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung. Den Ursprung der Namensgebung „Quartiersentwicklung“ darf man in der stellenweisen Fokussierung auf die Wohnraumentwicklung suchen. Die Wohnungsnot mit all ihren Randerscheinungen, vor allem im Bereich des Sozialwohnungsbaus, kristallisierte sich zunehmend als einer der Brennpunkte in der Daseinsfürsorge. Daher ist die Verbindung zur Begrifflichkeit Quartier auf den Namensursprung „Stadt/Viertel“ gut abzuleiten. Quartier ist definiert als Lebensraum von Menschen, die diesen für sich selbst festlegen.

Das Quartier als Keimzelle des gemeinschaftlichen Lebens

Gelungene Architektur alleine, sorgt nicht für ein lebendiges Quartier, in dem sich Menschen zuhause fühlen. Dies lässt sich auch an den Zahlen des Bundesverbands deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen (GdW) festmachen. Er hat festgestellt, dass es eine deutliche Steigerung bei Nachbarschaftskonflikten - neben einer sinkenden Beteiligung der Mieter am Umfeld und an den nachbarschaftlichen Beziehungen gibt.

Des Weiteren kommen gegenwärtige Versorgungsstrukturen heute schon an ihre Grenzen. Sie werden in der Zukunft nicht ausreichen. Eine zukunftsfähige Gesellschaft kann nicht allein mit der Bereitstellung von Wohnraum erfüllt werden. Sie wird aufgrund schwindender Ressourcen nur als caring community²¹ einer „sorgenden Gemeinschaft“, aufrechterhalten werden können. Dass sich eine sorgende Gemeinschaft entwickeln kann, dafür braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Eine der grundlegenden Erkenntnisse zur gelingenden Quartiersentwicklung beruht auf der Erfahrung, die erwünschten Ziele an den Bedürfnissen der Menschen im Quartier auszurichten.

Wie wird Quartiersentwicklung verstanden

Aktuell gibt es Unsicherheit bei vielen Akteuren, wie eine dahingehende Entwicklung aussehen soll. Ein wesentlicher Schritt ist die Erkenntnis, bei der Entwicklung von Lebensräumen nicht nach Akteuren zu suchen, sondern vorrangig nach Partnern. Dies muss konsequent unter Einbeziehung der dort lebenden Menschen geschehen. Der oft bemühte Begriff des „Netzwerkens“ muss gelebte Realität werden.

²⁰ <https://www.quartier2030-bw.de/>

²¹ Die caring community steht für eine Denk- und Werthaltung. Mit dieser Denkhaltung setzen multiprofessionelle Akteure der Gemeinschaft verschiedene Modelle um, mit denen sie in und mit der Gemeinschaft soziale Angebote schaffen und diese einander basierend auf einem horizontalen und vertikalen Miteinander zugänglich machen.

Die Ansätze in den konkreten Projekten sind so vielfältig wie die Quartiere selbst. Die Einen denken an die Etablierung eines Bürgerbusses, für die Anderen ist es das Errichten von Gebäuden und die Dritten möchten einen Mittagstisch für Bedürftige ermöglichen. Unter Quartier versteht jeder etwas Anderes und zu dieser Unschärfe gesellt sich die Komplexität des Sachverhalts hinzu. Zu oft werden Maßnahmen aus nur wenigen Blickwinkeln bedacht – das große Ganze fehlt. Weitere Fixierungen, Unsicherheiten, aber auch klare Fehleinschätzungen, erlebt man mit dem Blick auf die Zuweisung von Ehrenamt oder Profis. Ehrenamt und professionelles Tun muss in einem gut durchdachten Konzept und in gutem Miteinander befördert werden.

Weil Quartier sehr häufig immer noch mit dem Augenmerk auf die eigene Profession gesehen und gewichtet wird, werden Zusammenhänge missachtet, die ein lebenswertes Leben überhaupt erst ausmachen. Benötigt werden keine „Schlafquartiere“, sondern lebendige Wohnwelten. Zukünftig wird sich jede Entwicklung am Grad der entstandenen Lebensqualität messen lassen müssen. Lebensqualität wächst jedoch nur in dem Maße, wie die Möglichkeiten von Beziehungspflege wachsen.

Aufgrund dieser Erfahrungen setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass eine Quartiersentwicklung per se als eine soziale Entwicklung gedacht werden muss. Dann können sich Quartiere von einer existenzsichernden – zur lebenswerten kommunalen Gemeinschaft entwickeln.

Erfordernisse

Der Erfolg einer Quartiersentwicklung korrespondiert mit der Vitalität eines Quartiers.

- Architektur, die sich an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort ausrichtet
- Barrierearme, wo möglich, barrierefreie Wohn²²- und Stadtbebauung
- Mitdenken von Inklusion
- Bezahlbarer Wohnraum²³
- Attraktive Außenbereiche
- Begegnungsräume (innen und außen)
- Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten, medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Versorgung, ÖPNV, Kultur- und Bildungsangebote)
- Erlebbare Natur
- Berücksichtigung des Klimawandels

²² DIN 18040-2 gilt für die barrierefreie Planung, Ausführung und Ausstattung von Wohnungen, Gebäuden mit Wohnungen und deren Außenanlagen, die der Erschließung und wohnbezogenen Nutzung dienen. Die Anforderungen an die Infrastruktur der Gebäude mit Wohnungen berücksichtigen grundsätzlich auch die uneingeschränkte Nutzung mit dem Rollstuhl. Innerhalb von Wohnungen wird unterschieden zwischen - barrierefrei nutzbaren Wohnungen und - barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen.

²³ Für „Bezahlbaren Wohnraum“ gibt es keine eindeutige Definition. „Bezahlbarkeit“ ist vom Einkommen abhängig und für „einkommensschwache Haushalte“ (mit einem Einkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle, besonders kritisch zu betrachten).

Wohnungsbau als Teilaspekt der Quartiersentwicklung

Ein wesentlicher Teilaspekt der Quartiersentwicklung ist der Wohnungsbau. Dieser muss jedoch in Bezug auf umgebende Infrastruktur und den Bedürfnissen aller Menschen im Quartier betrachtet werden. Dieser sozialpolitische Aspekt der Wohnungsversorgung muss sich an dem stark wachsenden Bevölkerungsanteil Älterer und den daraus resultierenden Bedürfnissen orientieren. Neben barrierearmen, wo möglich barrierefreien Neubauten, sieht sie vor allem umfangreiche Bestandsanpassungen als unabdingbare Notwendigkeit. Gleichzeitig entsteht durch ein altersgerechtes Bauen, ein komfortables Wohnen für Jüngere und Menschen mit Einschränkungen. Zukünftig wird man sich aufgrund begrenzter Ressourcen weniger auf stationäre Einrichtungen für unterstützungsbedürftige Menschen fokussieren können. Daher erfordert es, die herkömmlichen Wohnwelten für eine lange Selbstständigkeit unter Einbeziehung der sorgenden Gemeinschaft zu ertüchtigen.

Bezahlbarer Wohnraum gehört ebenso zur Weiterentwicklung von Lebenswelten. Auch im Rems-Murr-Kreis ist die Schaffung von bezahlbarem Wohnraum existentiell um die Armutsschere nicht noch weiter zu öffnen. Dies hätte den Effekt, dass sich die Zuschusskosten für Mieten reduzieren und dadurch das Budget des Gemeinwesens entlastet wird.

Erkenntnisse gelungener Quartiersentwicklung:

- Es braucht verantwortliche – kein Quartiersmanager, sondern Unterstützer und Förderer für Beteiligungs- und Gestaltungsprozesse
- Partizipative Grundhaltung und Vorgehensweise
- Inklusives Denken und Handeln
- Quartiersentwicklung muss per se als eine soziale Entwicklung gedacht werden
- Das Quartier als Keimzelle des gemeinschaftlichen Lebens
- Ziel: „caring community“ – die sorgende Gesellschaft
- Jede Entwicklung muss sich am Grad der entstehenden Lebensqualität messen lassen
- Berücksichtigung des stark wachsenden Bevölkerungsanteils Älterer und deren Bedarfe
- (auch) Aufgrund begrenzter Ressourcen keine Fokussierung auf stationäre Versorgung
- Normale Wohnwelten müssen für eine lange Selbstständigkeit unter Einbeziehung einer „caring community“ ertüchtigt werden
- Ehrenamt und professionelles Tun muss gleichberechtigt in einem gut durchdachten Konzept befördert werden
- Menschen benötigen lebendige Wohnwelten, keine Schlafquartiere
- Barrierearmes, wo möglich, barrierefreies Bauen
- Möglichkeiten für gelebtes Miteinander einplanen und umsetzen
- Naturverbundene Umgebung fördern
- Berücksichtigung des Klimawandels

Hindernisse zum dauerhaften Gelingen:

- Wenn es nicht gelingt Bürgermeister oder vergleichbare Personen zu gewinnen („Zugpferde“)
- Wenn es nicht gelingt eine auf Dauer angelegte finanzielle Ausstattung zu erreichen
- Wenn Quartiersentwicklungen nur dann gestartet werden, wenn es gerade Fördermittel gibt und nicht mitgedacht wird, wie es nach Ende der Projektförderung weitergehen kann
- Wenn die Menschen vor Ort nicht eingebunden sind oder für sich keinen Mehrwert erkennen können

2.1.1. Situation im Rems Murr Kreis

Die Sozialplanung des Rems-Murr-Kreis bemüht sich seit Jahren um eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur. Der Landkreis verfolgt daher die Implementierung des Quartiersgedankens in seiner ganzen Vielfalt. Denn, so unterschiedlich wie die Städte und Gemeinden, so vielfältig sind auch die Quartiersansätze.

Die Landesstrategie „Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten“ des Ministeriums für Soziales und Integration unterstützt Städte, Gemeinden, Landkreise und zivilgesellschaftliche Akteure bei der alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung. Hierzu bietet sie strategische Beratung, Förderung, Vernetzung aber auch Weiterbildung und Qualifizierung an. Unterschiedliche Ansätze und Projekte lassen sich kombinieren und sind in einem Förderbalken aufgelegt.²⁴

Zusätzlich soll zum Aufbau belastbarer und zukunftsfähiger Pflegestrukturen ein Fokus auf die Initiierung neuer, individueller Wohnformen gelegt werden.

Impulse und Aktivitäten im Sinne einer Quartiersentwicklung sind im Rems-Murr-Kreis in einer Vielzahl vorhanden. Diese Projekte entwickeln sich in den Gemeinden und Städte nicht zwingend mit Beteiligung des Landkreises. Die Landesstrategie „Quartier 2030“ hat auch für Quartiersprojekte in Kooperation zwischen den kommunalen Ebenen entsprechende Fördermöglichkeiten eingerichtet. Projektförderung ist in verschiedenen einzelnen oder auch kombinierbaren Handlungsfeldern möglich. Diese Handlungsfelder sind:

- Beteiligung und Engagement
- Pflege und Unterstützung
- Wohnen, Wohnumfeld & Mobilität
- Familie und Generationen
- Lokale Wirtschaft und Beruf
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Integration
- Menschen mit Behinderung und Inklusion

²⁴ [QUARTIER 2030 | Zusammenleben Gemeinsam Gestalten - Förderung \(quartier2030-bw.de\)](https://www.quartier2030-bw.de)

Neben den Fördermöglichkeiten durch die Landesstrategie nutzen einige Kommunen professionelle und ehrenamtliche Akteure, eigenständig oder im Verbund mit dem Landkreis, zur modellhaften Projektierung von Quartiersentwicklung im Sinne eines „social laboratory“. Ziel hierbei ist die Erprobung unterschiedlicher Methoden und Ansätze, die im Ergebnis als „best practice“ Beispiele dienen können. Exemplarisch sei hier das D-Care-Lab²⁵ Projekt zur Versorgung im ländlichen Raum genannt, dessen Ziel es ist neue Formen und Arbeitsfelder in der ambulanten Pflege zu erproben.

Andere, zumeist aus dem Bereich Wohnbau heraus entstandenen Quartiersprojekte sind im Schulterschluss mit der Kreisbaugesellschaft entstanden. Durch hohe Investitionsanteile werden hier, neben Bauvorhaben im Pflegebereich (Pflegeheimneubau, Wohngemeinschaften, usw.), in Zusammenarbeit mit der Sozialplanung umfangreiche Quartiersentwicklungsprozesse maßgeblich mitbestimmt.

Nachfolgende Übersicht stellt weitere, abgeschlossene oder laufende Quartiersprojekte im Zeitraum 2020 bis dato dar:

Abb. 13: Übersicht laufender Projekte mit Quartiersbezug im Rems Murr Kreis im Jahr 2020 bis 2022

Titel	Zielsetzung	Kommune	Landratsamt/Dezernat 5	Förderung
„Pflegerische Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten in Fellbach“	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Defizite über Wissenstransfer des Unterstützungs- und Hilfesystems Eruiierung der kulturspezifischen Bedürfnisse Entwicklung von Schulungsangeboten 	Stadt Fellbach Netzwerkpartner (u.a. AWO Fellbach, Camphill Pflegeschule, u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> Positive Stellungnahme des Landkreises Mitarbeitende des Pflegestützpunktes als Netzwerkpartner 	01.01.2020 – 31.12.2020 Förderung Regionale Netzwerke € 3700,- LV der Pflegekassen
Quartiersarbeit - Fellbach macht sich auf den Weg	<ul style="list-style-type: none"> „Wohnen für alle“ in diversen Quartiers- und Wohnbauinitiativen Identifizierung von Zielgruppen und Kooperationspartner Beteiligungsverfahren ist geplant 	Stadt Fellbach Diakonie Stetten e.V. + Evangelischer Verein Fellbach e.V. Krankenpflegeverein Schmid-Oeffingen e.V.	keine Beteiligung	02.12.2019 bis 31.05.2021 im Förderprogramm Quartiersimpulse

²⁵ vgl. D-Care Lab – social-innovation-lab.org

Titel	Zielsetzung	Kommune	Landratsamt/Dezernat 5	Förderung
Gemeinsam auf der Höhe	<ul style="list-style-type: none"> eine gute Gemeinschaft und ein selbstbestimmtes Älterwerden in der vertrauten Umgebung im Stadtteil zu fördern 	Stadt Waiblingen Bürgeraktion Korber Höhe e.V. „Rat & Tat“ Ehrenamtsgruppe		01.10.2019 - 31.03.2021 Förderprogramm Quartiersimpulse
Demenznetzwerk Schorndorf	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung der Bevölkerung und Schaffung von mehr Verständnis für Menschen mit Demenz und ihren Familien Begegnungsmöglichkeiten von Menschen mit und ohne Demenz schaffen Informations- und Wissenstransfer im Demenz-Netzwerk Schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit Unterstützung der Zusammenarbeit von Versorgungs- und Hilfeangeboten 	Stadt Schorndorf	<ul style="list-style-type: none"> Kooperations-Netzwerkpartner Input durch Vortrag und Arbeitsgruppe für Bürgerinnen und Stadtverwaltung 	01.01.2020 – 31.12.2020 Förderung Regionale Netzwerke der LV der Pflegekassen € 8000,-
„Leben im Mühlenviertel – ein generationenübergreifendes Modellquartier für Schorndorf“	<ul style="list-style-type: none"> Der durch den Ideenwettbewerb angestoßene Stadtentwicklungsprozess soll im Hinblick auf die sozialen und demografischen Veränderungen weiterentwickelt und dadurch der gesellschaftliche Zusammenhalt unterstützt werden, zur generationen- und altersgerechten Gestaltung des Lebensumfelds 	Stadtverwaltung "Gute Nachbarschaft im Mühlenviertel e.V.", Mehrgenerationenhaus und Familienzentrum Schorndorf e.V., AWO Sozialstation, Diakonie Steten, Katholische Kirche, Treffpunkt Familie	<ul style="list-style-type: none"> Beratung für Bereich: niederschwellige Betreuungsangebote und Förderung nach §45c SGB XI Impulsvortrag 	15.08.2019 bis 15.08.2020 im Sonderprogramm Quartier

ALTERN IN DER KOMMUNE

Titel	Zielsetzung	Kommune	Landratsamt/ Dezernat 5	Förderung
L(i)ebenswertes Schorndorf	<ul style="list-style-type: none"> Ausgehend von dem Sozialraum werden kreative Beteiligungsformen mit integrierter Sozialplanung kombiniert. Ausgehend vom Zentrum für internationale Begegnungen entwickelt sich eine neue nachbarschaftliche Perspektive für die Menschen vor Ort, die ihre Anliegen thematisieren und aktiv gestalten 	Stadt Schorndorf Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis	Keine Beteiligung durch Sozialplanung im Landratsamt	15.04.2019 bis 15.10.2020 Förderprogramm Quartiersimpulse
Pilotprojekt „Gemeinsam Lust auf Leben“	<ul style="list-style-type: none"> gesellschaftliche Teilhabe für Zielgruppe Menschen mit alters- oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ermöglichen Partizipativer Ansatz der Bürgerbeteiligung Eine Kultur des gemeinsamen Erlebens und Tuns ermöglichen 	Stadt Murrhardt Koordinationsstelle Bürgerschaftliches Engagement c/o VHS Murrhardt e.V. als aktive Kooperationspartner	LRA als Antragsteller und aktiver Partner im Projekt	Im Rahmen des Förderprogramms „Quartier 2020“ des Ministeriums für Soziales und Integration BW Laufzeit: 01.11.2019 bis 31.10.2020 € 57.688 und €11.537 in Form von Personalkosten-erstattung RMK
„Demenzfreundliche Stadt Winnenden“	<ul style="list-style-type: none"> Netzwerk für Demenz in Winnenden 	Stadt Winnenden Initiator und Koordinator	vertraglicher Kooperationspartner	Zweite Förderrunde des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ Status aktuell im Antragsverfahren
Stadtteilentwicklung Winnenden-Schelmenholz	<ul style="list-style-type: none"> Sozialwohnungsbau Quartiersentwicklung 	Stadtverwaltung Kreisbaugruppe	Beratender Netzwerkpartner	
Demenzaktive Kommune Plüderhausen	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierungsstrategie relevanter Netzwerkpartner aus Verwaltung, Dienstleistern vor Ort und im professionellen Unterstützersystem 	Gemeindeverwaltung Plüderhausen gemeinnützige Kooperationspartner Vertreter örtlicher Betriebe und Dienstleister	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche Begleitung Supervision Fachlicher Input/ Lernbegleitung 	

ALTERN IN DER KOMMUNE

Titel	Zielsetzung	Kommune	Landratsamt/ Dezernat 5	Förderung
„Älter Werden in Kernen“	<ul style="list-style-type: none"> Partizipativer Entwicklungsprozess Quartiersentwicklung 	Gemeinde Kernen	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche Begleitung seit 2019 Bereitstellung Planungsdaten Fachliche Beratung 	laufend
Nachnutzung Klinikareal	<ul style="list-style-type: none"> Implementierung und Umsetzung von Quartiersmanagement 	Stadtverwaltung Backnang Kreisbaugruppe Stiftung Altenheimat	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche Netzwerkpartnerschaft Beratung 	abgeschlossen
Pflegeheimneubau und ambulante Wohngemeinschaft(en) Mitarbeiterwohnungen Ausbau Tagespflege	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung der Landesheimbauverordnung/Modernisierung Erweiterung der Angebotslandschaft 	Gemeinde Rudersberg, Kreisbaugruppe Land	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche Beratung/Begleitung 	laufend Förderung für neue Wohnformen durch Landesmittel beantragt
Ambulante Pflege im Grünen Bereich D-Care-Lab	<ul style="list-style-type: none"> Präventive Maßnahmen und Angebote gegen Einsamkeit im Alter 	Diakoniestation Wieslauftal und Welzheimer Wald Rems-Murr-Kreis: Sozialplanung für Senioren Grünhof Sozial Lab, Freiburg Gemeinde Rudersberg	<ul style="list-style-type: none"> Initiatoren, Ideengeber und Projektentwicklung fachliche Begleitung Netzwerk 	04/2021 – 09/2022 Personaleinsatz
Titel	Zielsetzung	Kommune	Landratsamt/ Dezernat 5	Förderung
Pflegeheimneubau und Quartiersentwicklung „Älter werden in Urbach“	Umsetzung der Landesheimbauverordnung/ Modernisierung Gemeindeentwicklung Erweiterung der Angebotslandschaft für Senioren	Gemeinde Urbach Kreisbaugruppe Ausschuss „Älter werden in Urbach“	Fachliche Beratung und Begleitung	laufend

Handlungsempfehlungen

- Der Landkreis ermutigt die Kommunen im Kreis bestehende Fördermöglichkeiten zur Quartiersentwicklung aktiv zu nutzen und für die dafür bereitgestellten Gelder einzusetzen.
- Der Landkreis empfiehlt den Kommunen sich für Bürgerbeteiligungsprozesse zu öffnen und repräsentative Partizipation umzusetzen.
- Wir raten den Kommunen im Kreis, für die Quartiersentwicklung auch nach projektierte Quartiersförderung entsprechende Fachstellen für Quartiersentwicklung in den Verwaltungen zu etablieren.
- Der Rems-Murr-Kreis stellt aus den Bereichen Sozialplanung im Dezernat für Soziales, Jugend und Bildung als auch durch die Kreisbaugesellschaft partnerschaftliche Beratung und Begleitung bei der kommunalen Quartiersentwicklung zu Verfügung.
- Der Rems-Murr-Kreis unterstützt alle denkbaren Akteure bei der Suche nach passenden Fördermöglichkeiten und bei der Initiierung von Quartiersprojekten.

2.2. Wohnen im Alter

Zur Weiterentwicklung kommunaler Strategien zur Wohnraummobilisierung und der Gestaltung neuer Wohnformen. Wie wollen wir künftig wohnen?

Welche Wohnformen in Zukunft die richtigen sind, lässt sich nicht allgemeingültig sagen. Die Pflege zu Hause wird weiter einen wichtigen Beitrag leisten. Aktuell sind es immer noch rund dreiviertel aller Menschen, die von Angehörigen betreut werden. Pflegeeinrichtungen werden dennoch ihre wichtige Rolle beibehalten. Wenn Familienstrukturen sich aber weiterhin elementar verändern, beispielsweise viele Menschen alleinstehend leben, Großeltern an anderen Orten wohnen, werden nachbarschaftliche Systeme, Menschen die im Quartier bewusst füreinander Verantwortung übernehmen, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dieses Engagement ist auch ein zentraler Bestandteil einer funktionierenden Demokratie.

Wohnen und Wohnumfeld sind wichtige Bausteine vor Ort im Hinblick auf die Bewältigung des demografischen Wandels, einer heterogener werdenden Bevölkerung, familienpolitische Zielstellungen sowie das Zusammenleben der Generationen im Quartier. Hinzu kommen der Wunsch nach selbstständigem und selbstbestimmtem Wohnen in vertrauter Umgebung so lange wie möglich. Diese Entwicklungen führen zu einem zunehmenden Bedarf auch an altersgerechtem, barrierefreiem neuem Wohnraum und Wohnumfeld. Um dies zu erreichen, muss die Kooperation von Kommunen, Wohnungswirtschaft, Pflege und Zivilgesellschaft in der Wohnungspolitik weiter intensiviert werden.

Der Fokus liegt auf der Weiterentwicklung kommunaler Strategien zur Bereitstellung von Wohnraum, stabilen Sozialräumen und einer vitalen Quartiersentwicklung. Dafür ist der Erhalt gewachsener Bewohnerstrukturen ein wichtiger Faktor. Die Mobilisierung von Wohnraum (Neubau und Wohnen im Bestand), das Gestalten neuer Wohnformen und das Schaffen von lebendigen Quartieren mit sozialer Infrastruktur muss weiter ausgebaut werden.

Wohnen Zuhause

Ein zentrales Anliegen der Senioren*innen ist es, so lange wie möglich ein selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit zu führen. Auch im Rems-Murr-Kreis haben Senioren*innen in der im Jahr 2015 durchgeführten Befragung diese Zukunftsvorstellung angegeben.

Wichtige Voraussetzungen für ein selbständiges, selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit sind unter anderem die Fähigkeit, üblichen Alltagsaktivitäten ohne größere Einschränkungen nachgehen zu können beziehungsweise bedarfsgerechte unterstützende Leistungen und zur Seite stehende Personen.

Mit beginnenden gesundheitlichen Einschränkungen und zunehmendem Unterstützungsbedarf verändern sich jedoch die Anforderungen an Wohnung und Wohnumfeld. Barrierefreie Wohnungen erleichtern nicht nur Menschen mit bereits vorhandenen Einschränkungen das Leben. Wenn in Haushalten von Senioren*innen Barrieren und Unfallgefahren im Rahmen einer Wohnungsanpassung beseitigt und Handhabungen vereinfacht werden, hat dies auch präventive Effekte und es können Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen hinausgezögert oder vermieden werden. Wohnberatungsangebote leisten hierzu einen entscheidenden Beitrag. Der Rems-Murr-Kreis ist hier durch die Vernetzung der Wohnberater*innen über den Kreisseniorinnenrat auch im Vergleich mit anderen Landkreisen flächendeckend mit insgesamt sieben Wohnberater*innen gut aufgestellt.²⁶

Finanzielle Förderung von Wohnanpassungsmaßnahmen

Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen – bei festgestellter Pflegebedürftigkeit und einer angemessenen Eigenbeteiligung – Zuschüsse zu Wohnanpassungsmaßnahmen sowie zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in Höhe von maximal 4.000 Euro pro Maßnahme²⁷.

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau gewährt für den Umbau von bestehenden Wohnungen, mit dem Ziel, Barrieren zu reduzieren, Kredite aus dem Programm „Altersgerecht Umbauen“. Im Gegensatz zu vielen anderen Programmen muss für das Programm „Altersgerecht Umbauen“ kein aktueller Bedarf nachgewiesen werden. Der Umbau kann auch präventiv erfolgen. Das Programm fördert Eigentümerinnen und Eigentümer, Investoren und Mieterinnen und Mieter²⁸.

Wohnmobilität

Für ältere Menschen kann der Umzug in eine kleinere, günstigere oder besser ausgestattete barrierearme Wohnung Vorteile bringen. Viele scheuen allerdings eine solche Veränderung aufgrund des organisatorischen und finanziellen Aufwands und der Bindung an die bisherige Wohnung.

Einige Wohnbaugesellschaften bieten ihren Mieterinnen und Mietern die Möglichkeit, in eine kleinere, preisgünstige oder barrierearme Wohnung umzuziehen, beziehungsweise die Wohnung zu tauschen.

²⁶ FamilienForschung BW – Wohnberatungsstellen (statistik-bw.de)

²⁷ siehe SGB XI, § 40 Abs. 4

²⁸ Altersgerecht Umbauen – Kredit (159) | KfW (Zugriff 04.03.2022)

Das Angebot wird allerdings noch zu selten genutzt. In der kreisweit durchgeführten Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“ im Jahr 2015 gaben lediglich 4,2 % der Befragten an, zukünftig in eine altersgerechte Wohnung umzuziehen.

Eine Wohnungsbörse in Kombination mit einer Umzugsberatung bis hin zu einem umfangreichen Umzugsmanagement könnten hier für eine neue Dynamik sorgen. Am aussichtsreichsten scheint das Angebot, in der unmittelbaren Wohnumgebung zu vergleichbaren Kosten wie bisher umzuziehen.

Betreutes Wohnen

Die Wohnanlagen des Betreuten Wohnens bieten in der Regel abgeschlossene, barrierefreie Wohnungen mit Serviceangeboten in Form von Grund- und Wahlleistungen. Betreute Wohnanlagen unterscheiden sich in Größe, Qualität und Konzeption voneinander²⁹.

Das Angebot des Betreuten Wohnens ist für ältere Menschen und deren Angehörige häufig nicht transparent. Der Begriff des Betreuten Wohnens ist nicht geschützt und kann daher von Anbietern auch für Wohnungen für Senioren*innen mit Hausmeisterservice verwendet werden.

Das Ziel des Betreuten Wohnens ist die möglichst selbstständige Haushalts- und Lebensführung bei gleichzeitiger Betreuung. Die Serviceleistungen unterscheiden sich deutlich im Umfang und Zuschnitt. Neben der Miete und den Nebenkosten zahlt die Mietperson für Grundleistungen – wie zum Beispiel für eine Ansprechperson in der Anlage, gesellige Angebote oder die Vermittlung von Hilfen – eine Pauschale. Fast alle Anlagen bieten zusätzlich kostenpflichtige Wahlleistungen an. Die Betreuung organisiert und koordiniert die notwendigen Unterstützungsleistungen.

Die Bedürfnisse der Bewohner*innen von Betreuten Wohnanlagen haben sich im Laufe der Zeit verändert. Über die Hälfte der Bewohnerschaft in Betreuten Wohnanlagen ist über 80 Jahre alt, jeder zehnte über 90 Jahre alt. Ein Drittel hat einen Pflegegrad und ein ebenso großer Anteil hat keine Angehörigen mehr. Auch bei den Bewohner*innen, die neu in betreute Wohnanlagen einziehen, stellen die Betreiber fest, dass der Altersdurchschnitt, der Unterstützungsbedarf und der Anteil der Alleinlebenden zugenommen hat. Vermutlich wird daher der Bedarf an Unterstützungs- und Pflegeleistungen in Zukunft zunehmen.

Betreiber von Wohnanlagen reagieren teilweise mit einem erweiterten Angebotsspektrum auf diese Anforderungen. So gibt es Wohnanlagen mit zusätzlichen Betreuungs- und Begleitangeboten für Menschen mit Demenz oder Betreute Wohnanlagen, die eine Tagespflege integrieren oder sich in räumlicher Nähe zu einer Tagespflege befinden. Teilweise wird in neu gebauten Wohnanlagen auch ein Standort eines ambulanten Pflegedienstes integriert. Die Bewohner*innen des Betreuten Wohnens können dazu verpflichtet werden, allgemeine Unterstützungsleistungen – wie beispielsweise einen Hausnotruf – vom Betreiber der Wohnanlage zu beziehen. Darüberhinausgehende Pflege- und Unterstützungsleistungen und der entsprechende Anbieter müssen dagegen frei wählbar sein. Einige Betreute Wohnanlagen öffnen ihre Angebote auch für das umliegende Wohnquartier, zum Beispiel mit einem offenen Mittagstisch, einer Cafeteria, Vorträgen oder kulturellen und präventiven Angeboten.

Kommunen engagierten sich ebenfalls als Träger von Betreuten Wohnanlagen, um für ihre ältere Bevölkerung ein entsprechendes Angebot vorzuhalten. In den letzten Jahren hat der Anteil der kommunal getragenen betreuten Wohnanlagen in Deutschland allerdings abgenommen.

²⁹ KVJS: Betreutes Wohnen für Senioren (Zugriff 04.03.2022)

Mehrgenerationenhäuser und Nachbarschaftshäuser

Mehrgenerationenhäuser sind zentrale Begegnungsorte, an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt wird. Sie bieten Begegnungsorte und Raum für gemeinsame Aktivitäten, schaffen und fördern ein nachbarschaftliches Miteinander in der Kommune und tragen zur Attraktivität der Kommunen bei.

Damit leisten sie einen wertvollen Beitrag zur Quartiersentwicklung und für den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Der generationenübergreifende Ansatz gibt den Mehrgenerationenhäusern ihren Namen und ist Alleinstellungsmerkmal jedes einzelnen Hauses: Jüngere helfen Älteren und umgekehrt.

Mit offenen und niedrigschwelligen Zugängen bieten Mehrgenerationenhäuser Kontakt zu Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und Hintergründe.

Sie machen Bürger*innen digital fit, beraten und helfen, Einsamkeit zu überwinden und zu vermeiden. Teilhabe und die Möglichkeit, sich zu engagieren und mitzugestalten, werden dabei großgeschrieben.

Ganz gleich ob im ländlichen oder städtischen Raum: Die Häuser tragen mit ihrer Arbeit zu einem attraktiven Wohn- und Lebensumfeld bei und leisten einen wichtigen Beitrag, damit die Menschen sich in ihren Kommunen - ganz gleich wo in Deutschland - wohl und unterstützt fühlen.³⁰

Bundesförderprogramm: " Mehrgenerationenhaus. Miteinander-Füreinander"

Wie in den Jahren 2020 und 2021 erhalten auch 2022 alle im Bundesprogramm "Mehrgenerationenhaus. Miteinander - Füreinander" geförderten Mehrgenerationenhäuser einen um 10.000 Euro auf maximal 40.000 Euro pro Mehrgenerationenhaus erhöhten Bundeszuschuss. Die unter anderem für diesen Zweck für 2020 vom Deutschen Bundestag um 5,45 Millionen Euro auf 22,95 Mio. Euro erhöhten Programmmittel sind auch im Bundeshaushalt für 2022 vorgesehen.

Neben dem jährlichen Bundeszuschuss erhalten alle Mehrgenerationenhäuser auch im neuen Bundesprogramm weiterhin eine Kofinanzierung in Höhe von 10.000 Euro im Jahr von Kommune, Landkreis und beziehungsweise oder (anteilig) vom Land.

Zusätzliche Unterstützung erhalten die Mehrgenerationenhäuser vom Bundesfamilienministerium im Rahmen der Programmbegleitung durch fachliche Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und bei der Qualitätssicherung.

Im Rahmen des [Aktionsprogramms "Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche"](#) sind weitere zehn Millionen Euro für die Aufstockung des Bundesprogramms vorgesehen, um zusätzliche und kostenlose Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien in den Mehrgenerationenhäusern zu unterstützen.³¹

³⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; „Begegnung schaffen“ Mehrgenerationenhäuser [BMFSFJ - Mehrgenerationenhäuser](#)

³¹ Flyer des Bundesprogramm Mehrgenerationenhaus [BMFSFJ - Bundesprogramm Mehrgenerationenhaus. BMFSFJ - Aktionsprogramm "Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche"](#)

2.2.1. Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Grundlage für neue Wohnformen, sogenanntes „Selbstverantwortetes gemeinschaftliches Wohnen“ oder „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ ergänzen das bereits etablierte Portfolio an Wohnformen im Alter mit und ohne Pflegebedarf. Das 2014 verabschiedete Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) skizziert dabei unterschiedlichen Wohnformen im Alter, die neben klassischen Wohnformen eben auch alternative Wohnformen, wie ambulant betreute Wohngemeinschaften etc. aufgeführt sind. Hinterlegt ist dabei u.a., wann eine Wohnform der Heimaufsicht anzuzeigen ist beziehungsweise kontrolliert wird. Ebenso werden die Aspekte von maximaler Autonomie/Selbstständigkeit bis zur institutionalisierten Wohn- und Pflegeform in einer klassischen Pflegeeinrichtung abgebildet.

In Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf leben bis zu 12 Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden dort begleitet. Bei Bedarf wird die Pflege durch Ambulante Dienste geleistet, die durch den Einzelnen frei gewählt werden können. Primäres Ziel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist es, auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf ein hohes Maß an individueller Selbstbestimmung und eine Wohn- und Pflegesituation zu gewährleisten, die sich an der eigenen Häuslichkeit orientiert.

Abb. 14: Wohnformen im Alter nach dem Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege



Das WTPG unterscheidet zwei unterschiedliche Zielgruppen (Bewohnergruppen) von ambulant betreuten Wohngemeinschaften:

1. Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Dieser Rechtsbegriff bezieht sich auf volljährige Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen, die Pflege, Unterstützung und/oder Versorgung benötigen. In Wohngemeinschaften für diese Zielgruppe lebt in der Regel ein hoher Anteil an älteren Menschen. Viele Bewohner*innen haben höhere Pflegegrad-Einstufungen. Innerhalb dieser Zielgruppe ist in den letzten Jahren insbesondere der Anteil von Personen mit Demenzerkrankungen erheblich gestiegen.

2. Menschen mit Behinderungen

Dieser rechtliche Terminus bezieht sich auf volljährige Menschen mit kognitiven, seelischen und beziehungsweise oder auch körperlichen Behinderungen, die nicht mehr oder noch nicht in der Lage sind, ihren eigenen Haushalt völlig selbstständig zu führen. Für die Begleitung und Unterstützung dieser Zielgruppe steht die Förderung der Selbstständigkeit im Vordergrund. Der Altersdurchschnitt in den Wohngemeinschaften dieser Bewohnergruppe ist meist deutlich niedriger als in Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf haben den Anspruch, ein kleines und geschütztes Angebot mit möglichst familienähnlicher Atmosphäre umzusetzen.

Das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – kurz WTPG vom 20. Mai 2014 unterscheidet unter dem Oberbegriff der ambulant betreuten Wohngemeinschaft drei unterschiedliche Organisationsformen. Die vollständig selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaft, die anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf oder für Menschen mit Behinderung.

Bei Wohngemeinschaftsprojekten sind die Bewohner*innen im Regelfall autonome Mieter, die selbst, beziehungsweise ihre Angehörigen, die Pflege- und Betreuungsdienste wählen können und auch über die Aufnahme neuer Bewohner entscheiden. Eine Auftraggeber Gemeinschaft, die von Angehörigen oder bürgerschaftlich Engagierten gebildet wird, trifft dabei Entscheidungen, die Angehörigen arbeiten in aller Regel auch aktiv in der jeweiligen Wohngemeinschaft mit.

Hier gilt das Prinzip der "geteilten Verantwortung" zwischen Angehörigen bzw. bürgerschaftlich Engagierten und den gesetzlichen Betreuern, den Pflegediensten sowie dem Vermieter. Von daher verstehen sich ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz insgesamt bewusst nicht als stationäre Einrichtung, sondern als ambulantes Angebot im privaten Bereich mit einem hohen Wert an Selbstbestimmung.

Unterstützung beim Aufbau ambulanter Wohngemeinschaften

Das Land Baden-Württemberg hat im Jahr 2014 die Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) Baden-Württemberg eingerichtet, um den Auf- und Ausbau von neuen ambulant betreuten Wohnformen zu fördern. Als unabhängige Fach- und Anlaufstelle bietet diese ein Informations-, Beratungs- und Serviceangebot rund um das Thema ambulant betreute Wohngemeinschaften und

innovative Wohnformen an. Das Angebot richtet sich an Kommunen, Träger, Verbände, Vereine, Initiativen, die Wohnungswirtschaft sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger³².

Ebenso engagiert zeigt sich für den Bereich der Information und Beratung zu ambulanten Wohngemeinschaften die Landesarbeitsgemeinschaft ambulant betreuter Wohngemeinschaften (LABEWO)³³, die sich als ein Zusammenschluss von Initiatorinnen aus Baden-Württemberg für den Aufbau, die Förderung und die Sicherung ambulant betreuter Wohngemeinschaften einsetzt.

In einem Leitfadens hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg für potentielle Anbieter und Initiatoren von ambulanten Wohngemeinschaften Informationen und Fördermöglichkeiten für die bauliche und planerische Gestaltung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf beziehungsweise für Menschen mit Behinderungen zusammengestellt³⁴.

Im Rems-Murr-Kreis hat sich bisher eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen in Waiblingen, aber noch keine selbstverantworteten oder ambulant gestützten Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf etabliert. Hier muss weiter verstärkt für diese Form des Wohnens im Alter und bei Pflegebedarf geworben werden. Das Land unterstützt diese Bemühungen durch das Förderprogramm „Gemeinsam unterstützt und versorgt wohnen 2022“³⁵.

2.2.2. Investitionsprogramm des Rems-Murr-Kreises für bezahlbaren Mietwohnraum

Der Landkreis und seine Kreisbaugruppe setzen sich für lebenswerte und seniorengerechte Quartiere ein

Der Landkreis leistet mit seinem Investitionsprogramm einen substanziellen Beitrag zu bezahlbarem Mietwohnraum: Bereits 2017 hat der Kreistag des Rems-Murr-Kreises beschlossen, gemeinsam mit der Kreisbaugruppe ein Investitionsprogramm für bezahlbaren Mietwohnraum aufzulegen. Oberstes Ziel ist die Schaffung von 500 neuen, bezahlbaren Mietwohnungen bis zum Jahr 2028. Das Ziel wird voraussichtlich schon 2024 erreicht werden. Auf diese Weise trägt der Rems-Murr-Kreis dazu bei, den Anteil an bezahlbaren Wohnungen im Landkreis deutlich zu erhöhen. Neben den geförderten Mietwohnungen tragen auch die regulären Mietwohnungen der Kreisbau dazu bei, dass Bürgerinnen und Bürger zu fairen Preisen wohnen können.

Kernelement des Engagements für bezahlbaren Wohnraum ist die enge Zusammenarbeit der Kreisbau mit den Städten und Gemeinden im Landkreis. Auf diesem Wege entstehen häufig auch gemeinsame Projekte, die Wohnen und Infrastruktur unter einem Dach vereinen: Wohnen und Kita oder Wohnen und Einkaufen, sind beliebte und bewährte Kombinationen. Auch barrierefreies und altersgerechtes Wohnen steht dabei immer mehr im Mittelpunkt. In mehreren Kommunen sind dazu auch Wohnprojekte explizit für ältere Menschen geplant.

³² [Startseite - Fawo-BW](#)

³³ [LAG: Ambulantes betreutes Wohnen \(labewo.de\)](#)

³⁴ [Ambulant Betreute Wohngemeinschaften: Planungsleitfaden: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

³⁵ [KVJS: Gemeinsam unterstützt und versorgt wohnen 2022](#) (Zugriff 04.03.2022)

Mit neuen strategischen Zielen möchte die Kreisbaugruppe nicht nur Wohnraum schaffen, sondern gleichzeitig auch den neuen Herausforderungen der Zeit gerecht werden. So werden immer mehr Neubauvorhaben in ressourcenschonender Holzmodulbauweise und KfW-40-Standard erstellt und wo möglich an ein bestehendes Wärmekonzept angeschlossen. Ergänzt wird die ökologische Bilanz durch den stetigen Ausbau von Photovoltaikanlagen auf den Dächern der Bestandsgebäude der Kreisbaugesellschaft. Mit diesen Maßnahmen sollen die Klimaschutzziele des Landkreises schneller vorangebracht werden. Integrierte Mobilitätskonzepte mit Car-Sharing und Lastenrädern sollen einen Anreiz dazu geben, wann immer möglich auf das eigene Auto zu verzichten.

Neben dem Bauen rückt auch das Thema Nachbarschaft immer weiter in den Fokus. So werden gemeinsam mit den Kommunen, sozialen Trägern und Partnerunternehmen

aus dem Wohnungsbau Konzepte für ein erfolgreiches Quartiersmanagement entwickelt um das „Wir-Gefühl“, das soziale Engagement, die Teilhabe und Inklusion zu fördern.

Wohnbaugipfel 2022

Diese Themen stehen auch im Fokus des zweiten Wohnbaugipfels des Rems-Murr-Kreises, der im Oktober 2022 in Backnang geplant ist.



Abb.15: Klinikareal Waiblingen
Quelle: Kreisbaugruppe



Abb.16: Wohnungsbau und Seniorenquartier Rudersberg
Quelle: Kreisbaugruppe

Handlungsempfehlungen und Impulse im Bereich Wohnen im Alter:

- Sicherung und Ausbau der Wohnberatung
- Schaffung barrierefreier oder zumindest barrierearmer Wohnraum für Senioren*innen und für Menschen mit Behinderung
- Ausbau bezahlbarem Wohnraums (Neubau und Bauen im Bestand)

2.3. Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung

2.3.1. Allgemeiner Gesundheitszustand von Menschen ab dem 65. Lebensjahr

Gesundheit hat viele Dimensionen, die für Menschen aller Altersgruppen von Bedeutung sind. Neben der körperlichen und psychischen Gesundheit zählen hierzu u.a. auch die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe. Zahlreiche dieser Dimensionen wurden im letzten Kreispflegeplan näher betrachtet.

Seit zwei Jahren prägen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie wie Kontaktbeschränkungen, Lockdowns und Abstandsregeln das alltägliche Leben insbesondere auch der Senioren*innen. Die jeweils geltenden Bestimmungen werden sich wahrscheinlich unterschiedlich auf die äußerst heterogene Gruppe der Älteren auswirken. Personen mit eingeschränkter Gesundheit, reduzierter Mobilität und anderen Handicaps standen durch die pandemiebedingten Maßnahmen möglicherweise vor ganz besonderen Herausforderungen und Anpassungsleistungen, weil die gewohnte und erforderliche Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk wegzubrechen drohte. Andere Senioren*innen wiederum konnten gewohnten Tätigkeiten und Aufgaben wie Hilfe in der Nachbarschaft, Vereinsaktivitäten, ehrenamtliches Engagement etc. nicht mehr nachgehen und mussten ihren Alltag neu gestalten. Hinzu kommt bei diesem Personenkreis das Wissen, im Falle einer Infektion zu einer vulnerablen Gruppe mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf zu gehören.

Forschungseinrichtungen, Hochschulen, Kliniken etc. arbeiten intensiv an der äußerst komplexen Thematik, wie sich all die Maßnahmen zur Eingrenzung und Bekämpfung der Pandemie auf die verschiedenen Lebensbereiche der Bevölkerung auswirken. Erste Ergebnisse und Kurzberichte, die sich auf die Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte fokussieren, liegen zwischenzeitlich aus bundesweit durchgeführten repräsentativen Studien vor wie dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) oder der Studie „D80+ Hohes Alter in Deutschland“.

Zum Zeitpunkt der Fortschreibung des Kreispflegeplanes 2022 befindet Deutschland sich auf dem Höhepunkt der vierten Welle der Corona-Pandemie. Davon auszugehen ist, dass auch Faktoren wie die Zeitdauer der Einschränkungen und Maßnahmen oder die im Laufe der Pandemie etablierten Impfangebote Einfluss auf die Gesundheit und die einzelnen Lebensbereiche der Senioren*innen haben, d.h. dass Ergebnisse in Abhängigkeit des jeweiligen Befragungszeitraumes variieren können. Im Folgenden werden daher einige wenige Kernaussagen aus den beiden oben angegebenen Studien gestaffelt nach ihrem jeweiligen Bezugszeitraum in der Corona-Pandemie dargestellt.

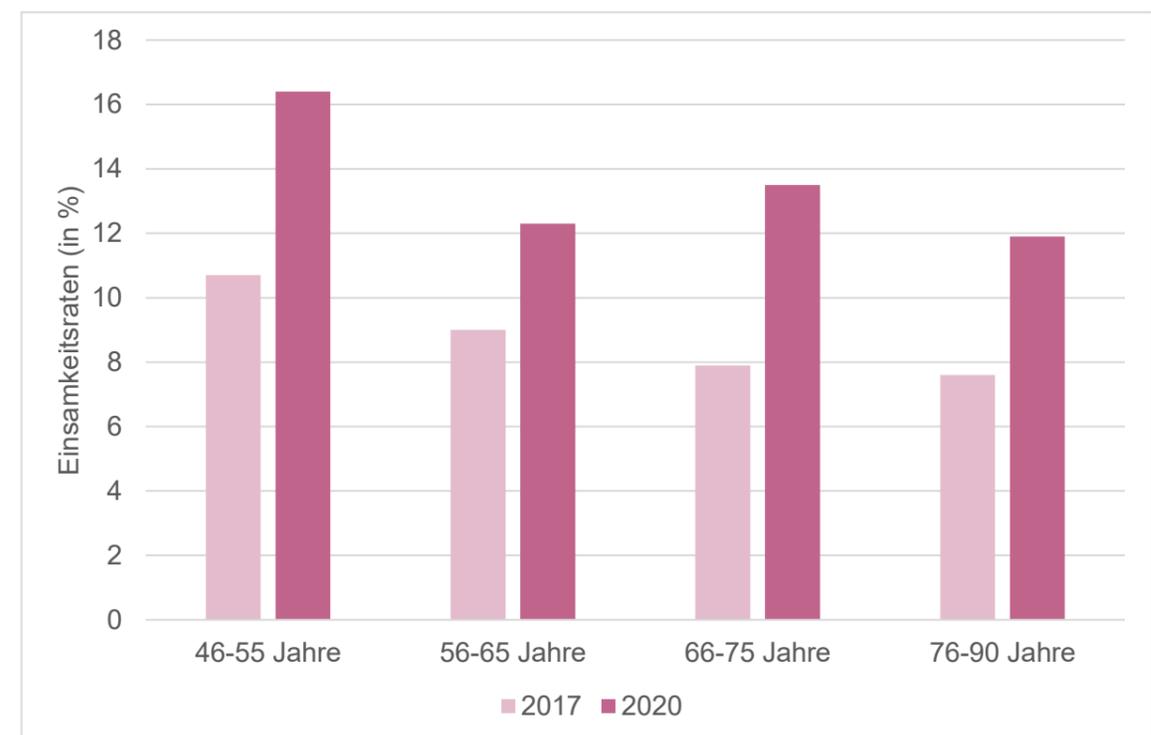
Ergebnisse der im Sommer 2020 durchgeführten postalischen Kurzbefragungen

Die folgenden Aussagen basieren auf im Rahmen des Deutschen Alterssurvey durchgeführten postalischen Kurzbefragungen. Befragt wurden in Privathaushalten lebende Menschen zwischen dem 46. und 90 Lebensjahr.

Einsamkeit im Alter

Einsamkeit im Alter war bereits vor der Corona-Pandemie ein zentrales Thema in der Sozialplanung. Zwischen 2008 und 2017 gaben 9 % der Menschen im mittleren und hohen Alter an, sich einsam zu fühlen. Nach der ersten Welle der Corona-Pandemie im Sommer 2020 lag der Anteil einsamer Menschen im Alter zwischen 46 bis 90 Jahren bei 13,7 % und damit 1,5-mal höher als im Vergleichsjahr 2017. In allen Altersgruppen zeigt sich ein ähnlicher Anstieg der gefühlten Einsamkeit (s. Abb. 17)³⁶. Auch bei Männern und Frauen bzw. bei Menschen mit unterschiedlichen Ausbildungsabschlüssen sind ähnlich starke Zuwächse der Einsamkeitsraten zu finden. Die Pandemie betrifft hinsichtlich der Einsamkeit demnach alle Bevölkerungsgruppen mit vergleichbaren Effekten.

Abb. 17: Einsamkeitsraten geordnet nach Erhebungsjahr und Alter der Befragten



Eine Umfrage von Forsa im Auftrag der Malteser hat ebenfalls das Problem der sozialen Isolation und Einsamkeit erörtert³⁷. Befragt wurden 1.000 in Privathaushalten lebende Personen ab dem 75. Lebensjahr zwischen dem 15.01.2021 und 01.02.2021, d.h. während des zweiten Lockdowns beim Abflachen der zweiten Corona-Welle. Zu diesem Zeitpunkt fühlten sich 22 % der Älteren zumindest hin und wieder einsam. Überdurchschnittlich häufig geben dies die über 84. jährigen, alleinlebenden und

³⁶ Huxhold, O., Tesch-Römer, C.: Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), DZA Aktuell - Heft 04/2021

³⁷ <https://www.malteser.de/miteinander-fuereinander/forsa-umfrage.html>

Personen mit größeren gesundheitlichen Problemen an. 58 % derjenigen, die sich (hin und wieder) einsam fühlen, berichten, dass diese Gefühle erst seit Beginn der Corona-Krise auftreten.

Einsamkeit kann schwerwiegende Folgen für die mentale und körperliche Gesundheit haben. Je länger die Einsamkeit andauert, desto schwieriger wird es für einsame Menschen, sich aus eigener Kraft aus der Einsamkeit zu befreien. Aufgrund der seit zwei Jahren andauernden Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung ist zu vermuten, dass die Zahl der einsamen Menschen zwischenzeitlich weiter angestiegen ist und dass die erhöhten Einsamkeitsraten negative Folgen haben, die auch nach dem Ende der Pandemie bestehen bleiben können.

Körperliche Aktivität

Unzureichende körperliche Aktivität erhöht das Risiko für zahlreiche Erkrankungen wie Diabetes, Übergewicht, kardiovaskulärer Erkrankungen. Zudem nimmt die Muskelkraft ab, die Sturzgefahr - ein großes Problem mit häufig weitreichenden Konsequenzen - ist erhöht.

Nach einer im Rahmen des Deutschen Alterssurvey im Sommer 2020 durchgeführten postalischen Kurzbefragung machen zwei Drittel der befragten 46- bis 90-Jährigen genauso viel bzw. wenig Sport wie vor der Pandemie³⁸. Diejenigen, die ihre sportlichen Aktivitäten während der ersten Corona-Welle modifizierten, haben diese deutlich häufiger eingeschränkt (27,8 %) als ausgeweitet (7,7 %). Regelmäßig sportlich aktiv sind nach eigenen Aussagen im Sommer 2020 noch 50,7 % der 76 - 90-Jährigen. Die Häufigkeit des Spazierengehens hat sich weniger verändert. Etwa drei Viertel der Befragten berichten, diese Gewohnheiten während der ersten Welle der Pandemie beibehalten zu haben.

Personen mit funktionalen Einschränkungen³⁹ haben ihre körperlichen Aktivitäten während der Pandemie häufiger verringert als Personen ohne diese Einschränkungen. Etwa ein Drittel der funktional eingeschränkten Personen macht nach eigenen Aussagen weniger Sport als vor der Pandemie, ca. 12 % gehen seltener spazieren (Personen ohne funktionale Einschränkungen 27 % beziehungsweise 7 %).

Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie führen offenbar verstärkt zu Bewegungsdefiziten bei denjenigen, für die gezielte sportliche Aktivität und leichtere körperliche Belastungen wie Spaziergänge besonders wichtig sind für den Erhalt ihrer funktionalen Gesundheit und ihrer Muskelkraft.

Ergebnisse aus dem im Zeitraum 04.11.2020 - 01.03.2021 durchgeführten Alterssurvey

An der jüngsten Befragung des Deutschen Alterssurvey während des Höhepunktes der zweiten Corona-Welle haben in Privathaushalten lebende Personen ab einem Alter von 46 Jahren teilgenommen. In die Auswertungen zur subjektiven Gesundheit wurden nur Personen eingeschlossen, die auch an den Befragungen 2014 und 2017 teilgenommen haben und die sich selbst bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht mit dem Corona-Virus infiziert haben.

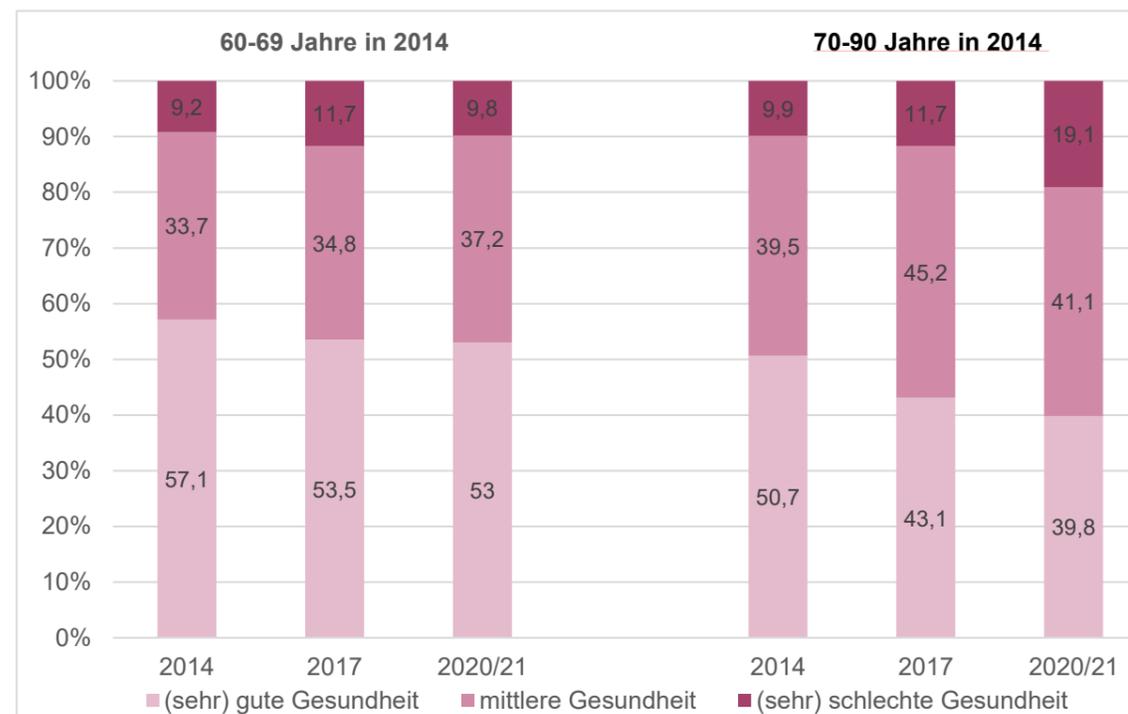
³⁸ Nowossadeck, S., Wettstein, M., Cengia, A.: Körperliche Aktivität in der Corona-Pandemie. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), DZA Aktuell - Heft 03/2021
³⁹ gesundheitliche Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten wie Treppensteigen, Tragen von Einkaufstaschen

Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes – d.h. die subjektive Gesundheit – spiegelt nicht nur objektivierbare Fakten wieder, wie z.B. diagnostizierte Krankheiten oder die körperliche Funktionsfähigkeit, sondern fasst körperliche, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit aus der Perspektive der Betroffenen zusammen. Die subjektive Gesundheit ist ein prognostisch guter Faktor für die längerfristige Entwicklung des Gesundheitszustandes.

Bekannt ist, dass mit zunehmendem Alter der Prozentsatz der Personen sinkt, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen⁴⁰. Dieser Alterseinfluss auf die subjektive Gesundheit zeigt sich auch bei den Teilnehmern*innen des Deutschen Alterssurvey 2014. Berichten 57,1 % der 60. bis 69. Jährigen von einem (sehr) guten Gesundheitszustand, so sind es in der Altersgruppe der 70. bis 90. Jährigen nur 50,7 % (s. Abb.18)⁴¹. Wie altersbedingt zu erwarten, bewerten im Befragungszeitraum 2017 die nun 3 Jahre älteren Senioren*innen beider Altersgruppen ihren Gesundheitszustand tendenziell ungünstiger als im Ausgangsjahr 2014.

Abb. 18.: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen im Zeitraum 2014 bis 2020



⁴⁰ Landratsamt Rems-Murr-Kreis (Hrsg.): Altern im Rems-Murr-Kreis – Modul 2 Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung (2017)
⁴¹ Stuth, S., Wünsche, J.: Wie gesund fühlen sich ältere Menschen, die selbst keine Infektion erlebt haben, während der Corona-Pandemie? Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), DZA Aktuell - Heft 01/2022

Weitere drei Jahre später zeigt sich allerdings ein differenziertes Bild. Auf dem Höhepunkt der zweiten Welle der Corona-Pandemie im Winter 2020/2021 mit täglich hohen Todeszahlen stufen die Befragten der jüngeren Senioren*innengruppe (im Alter zwischen 66 und 75 Jahre) ihre Gesundheit ähnlich gut ein wie 2017, d.h. die beobachtete Verschlechterung der Gesundheitseinschätzung setzt sich nicht fort. Soziale Vergleichsprozesse wie z.B. der Vergleich des eigenen Gesundheitszustandes mit demjenigen von schwer an Covid-Erkrankten können möglicherweise ein Grund für diese günstige Einschätzung sein.

Anders sieht es bei den älteren Befragten aus, in der Gruppe der inzwischen 76. bis 96. Jährigen setzt sich der Verschlechterungstrend bis in den Winter 2021/2021 fort. In dem gut sechsjährigen Zeitintervall zwischen der Erhebung in 2014 und der im Winter 2021/2021 ist bei dieser Personengruppe ein stetiger Rückgang der (sehr) guten Gesundheitsbewertungen um insgesamt 10 %-Punkte und eine stetige Zunahme der (sehr) schlechten Gesundheitsbewertungen um 10 %-Punkte zu beobachten. Dieser über den gesamten Zeitraum andauernde Verschlechterungstrend, der in seiner Größenordnung in etwa den Ergebnissen aus Querschnittsuntersuchungen der „vor-Corona-Zeit“ entspricht, legt nahe, dass zumindest ein (größerer) Teil dieser Entwicklung auf „normale“ altersbedingte und weniger auf pandemiebedingte Faktoren zurückzuführen ist.

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit wird durch den sozioökonomischen Status beeinflusst – je höher der soziale Status, desto besser die gesundheitliche Lage. Auf dem Höhepunkt der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020/2021 haben Personen aus der mittleren und unteren Statusgruppe ihre Gesundheit ähnlich gut bzw. schlecht bewertet wie 2017, d.h. vorhandene sozioökonomische Unterschiede in der subjektiven Gesundheitseinschätzung haben sich erfreulicherweise während der ersten beiden Corona-Pandemiewellen nicht weiter verschärft. Ebenfalls recht konstant geblieben sind die Gesundheitsbewertungen der Männer und der Frauen im Zeitraum 2017 bis 2020/2021.

Festgehalten werden kann, dass die subjektive Gesundheit der in Privathaushalten lebenden Personen der Altersgruppe 46. Jahre und älter relativ stabil geblieben ist. Ungeachtet aller Einschränkungen schätzen die meisten Befragten ihre Gesundheit auf dem Höhepunkt der zweiten Corona-Welle 2020/2021 ähnlich gut bzw. schlecht ein wie im Jahr 2017. Einzig bei den Erwachsenen in etwa jenseits des 75. Lebensjahres wird ein – primär altersbedingter – kontinuierlicher Verschlechterungstrend der subjektiven Gesundheit beobachtet. Insgesamt spiegeln diese Ergebnisse eine beachtliche Anpassungsfähigkeit der subjektiven Gesundheitseinschätzung wieder. Rückschlüsse auf eine ähnlich günstige Entwicklung anderer, objektiver Gesundheitsparameter können allerdings aus diesem recht positiven subjektiven Gesundheitstrend nicht gezogen werden.

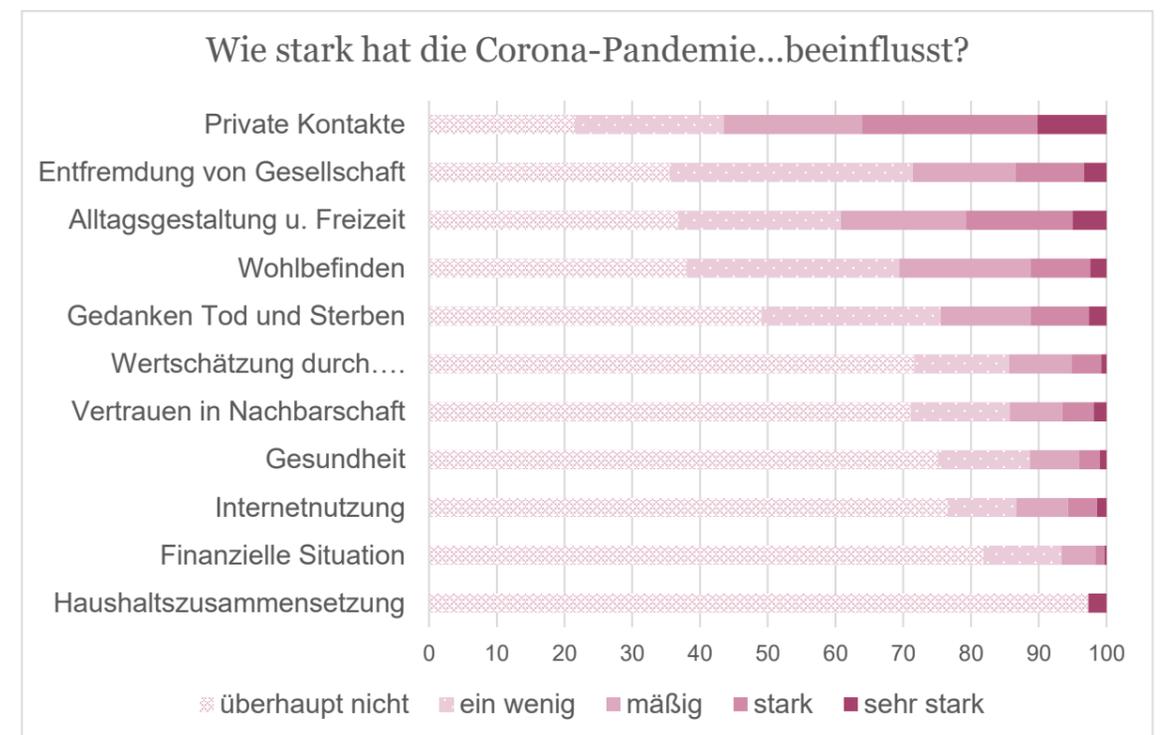
Ergebnisse aus der zwischen 11/2020 und 04/2021 durchgeführten D80+-Erhebung

Die Erhebung der D80+-Daten erfolgte während der 2. und 3. Welle der Corona-Pandemie unter dem Eindruck der höchsten Infektions- und Todeszahlen in dieser Altersgruppe. Befragt wurden Personen in Privathaushalten und in Heimen, die das 80. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben. Die Fragen zu pandemiebedingten Erfahrungen und erlebten Veränderungen bezogen sich retrospektiv auf den gesamten Zeitraum seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020.

Häufigkeit erlebter Veränderungen während der Corona-Pandemie

Wie zu erwarten erleben die befragten Hochaltrigen am häufigsten und stärksten Veränderungen bei den privaten Kontakten, der Alltagsgestaltung und Freizeit sowie dem Wohlbefinden⁴². Über 60 % - bei den privaten Kontakten, sogar fast 80 % - berichten hier von pandemiebedingten Veränderungen. Nahezu zwei Drittel der Befragten geben ebenfalls an, dass sie zumindest ein wenig das Gefühl haben, dass die Corona-Pandemie sie von der Gesellschaft entfremdet hat. Vergleichsweise stabil beurteilt die Generation der über 80. Jährigen hingegen ihre gesundheitliche Lage und ihre finanzielle Situation, (nur) einer von vier bzw. fünf Befragten berichtet hier über Veränderungen. Auch das Vertrauen in die Nachbarschaft und die Wertschätzung durch die Gesellschaft hat sich bei ca. 70 % der ≥ 80-Jährigen während der Corona-Pandemie nicht verändert.

Abb. 19: Ausmaß erlebter Veränderungen der Generation 80+ in verschiedenen Lebensbereichen durch die Corona-Pandemie (Angaben in %)



Die erfahrenen Veränderungen unterscheiden sich in Abhängigkeit der individuellen Lebenslage. In einem Heim wohnende Personen, Frauen und „jüngere Hochaltrige“ (d.h. die Altersgruppen der 80 bis 84-Jährigen bzw. die der 85 bis 89-Jährigen im Vergleich zu den ≥ 90-Jährigen) berichten häufiger von Veränderungen durch die Corona-Pandemie als die entsprechenden Vergleichsgruppen.

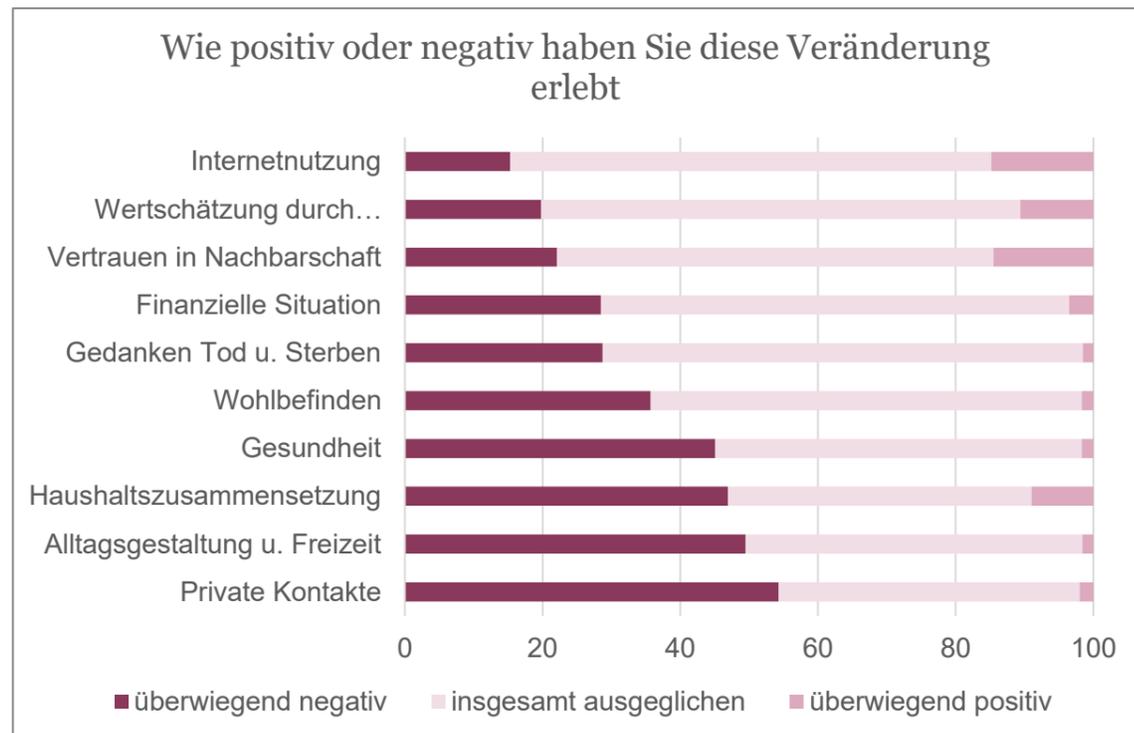
⁴² Hansen, S; Schäfer, N. Kasper, R.: Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. Cologne Center für Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health - ceres (Hrsg.): D80+ Kurzbericht 1, November 2021.

Zum Zeitpunkt der Umfrage geben 28,4 % der ≥ 80-Jährigen an, das Internet in den vergangenen 12 Monaten genutzt zu haben (Onliner). 23,5 % dieser Onliner berichten über Veränderungen ihrer Internetnutzung, ohne dass Informationen über die Art der Veränderungen vorliegen (Anteil erstmalige Nutzung, Intensivierung der Nutzung, Nutzung neuer Angebote usw.).

Qualität der erlebten pandemiebedingten Veränderungen

10 bis 15 % der Befragten bewerten die durch Corona bedingten Veränderungen in den Bereichen Internetnutzung, erfahrene Wertschätzung durch die Gesellschaft und Vertrauen in die Nachbarschaft überwiegend positiv (s. Abb.20). Dieser positiven Einschätzung eines Teils der Befragten steht jedoch ein mindestens ebenso großer, häufig jedoch deutlich höherer Anteil von Menschen gegenüber, der die erfahrenen Veränderungen überwiegend negativ beurteilt. Am ungünstigsten werden die Veränderungen im Bereich private Kontakte erlebt, über 54 % der Befragten beurteilen die Entwicklung hier (überwiegend) negativ.

Abb. 20: Qualität der erlebten Veränderungen durch die Corona-Pandemie (Angaben in %)



Auch bei der erlebten Qualität der pandemiebedingten Veränderungen zeigen sich wieder Unterschiede in Abhängigkeit der persönlichen Lebenssituation. In Privathaushalten lebende ≥ 80-Jährige bewerten die Veränderungen etwas weniger negativ als Personen in Heimen. Frauen, und hier insbesondere die Altersgruppe der über 90-Jährigen, bewerten Veränderungen im Mittel negativer als Männer.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass das Pandemiegeschehen Ende 2020/Anfang 2021 von vielen ≥ 80-Jährigen als Belastung wahrgenommen wird. Ein Drittel bis die Hälfte der Generation 80 + beurteilt die erlebten Veränderungen in den Bereichen Wohlbefinden, Gesundheit, Alltagsgestaltung überwiegend negativ.

Allerdings zeigen die Befunde jedoch auch, dass die erlebten Veränderungen nicht generell negativ bewertet werden. Ein durchweg hoher Anteil der Befragten gibt an, dass sich positive und negative Aspekte über alle Lebensbereiche hinweg in etwa ausgleichen. Diese Aussagen können auf ein hohes Maß an Alltagsbewältigungskompetenzen und Resilienz vieler Frauen und Männer der Generation 80+ hinweisen.

2.3.2. Planungsgrundlagen der medizinischen Versorgung im Rems-Murr-Kreis

2.3.2.1. Bedarfsplanung und Versorgungsgrad Hausärzte

Die Bedarfsplanung der Hausärzte erfolgt gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses seit Juni 2013 auf der Ebene der drei Mittelbereiche, Backnang, Schorndorf und Fellbach/Waiblingen. Bei einem Versorgungsgrad von 100 % ist in den drei Mittelbereichen des Rems-Murr-Kreises ein Hausarzt für ca. 1.630 bis 1.660 Menschen zuständig.

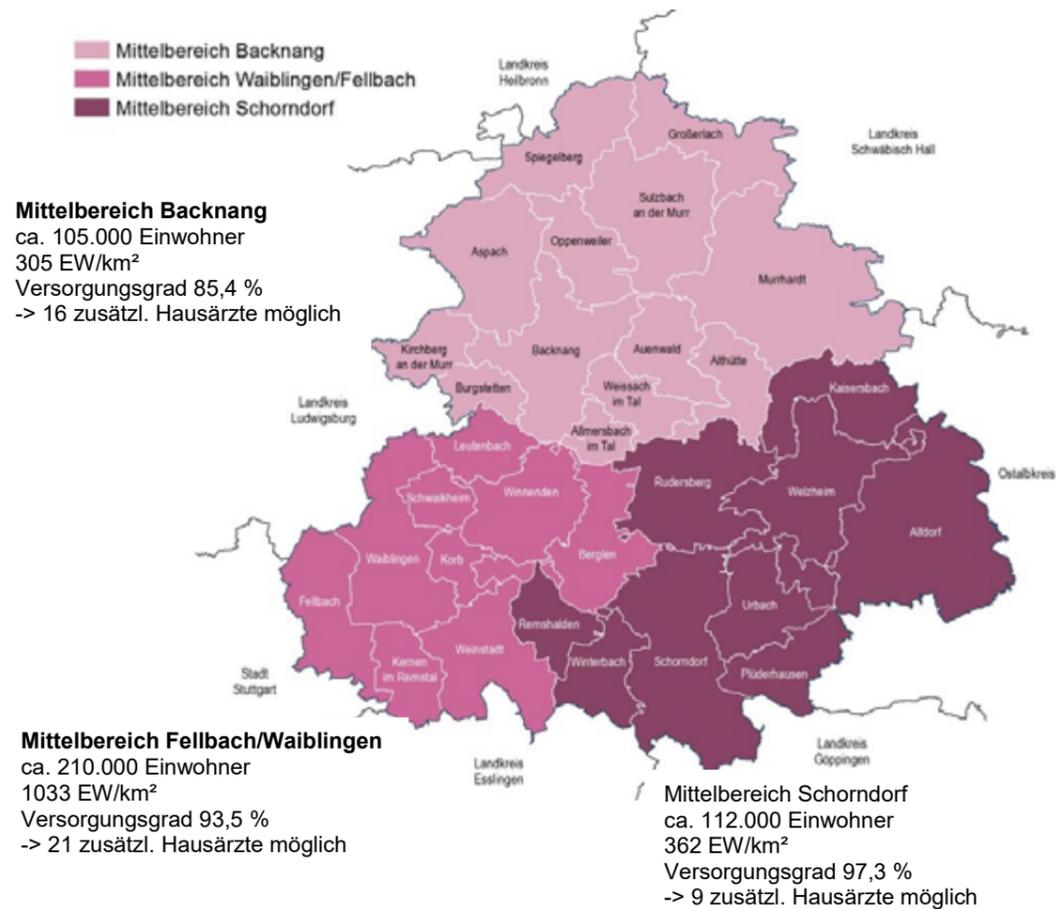
Versorgungsgrad in den Mittelbereichen schwankt zwischen 85 % und 97 %

Der tatsächliche Versorgungsgrad liegt im Oktober 2021 bei 85,4 % im Mittelbereich Backnang, bei 97,3 % im Mittelbereich Schorndorf und bei 93,5 % im Mittelbereich Waiblingen/Fellbach. Orte ohne Hausarzt-niederlassung sind derzeit Großerlach und Spiegelberg, in Kaisersbach befindet sich eine Zweigpraxis.

Theoretisch können sich in allen drei Mittelbereichen noch Hausärzte niederlassen, im Mittelbereich Backnang weitere 16, im Mittelbereich Schorndorf 9 sowie im Mittelbereich Waiblingen/Fellbach weitere 21⁴³.

⁴³ Bei einem Versorgungsgrad von 110 % beginnt die Überversorgung, der Planungsbezirk wird für weitere Niederlassungen gesperrt

Abb. 21: Einwohner, Bevölkerungsdichte (Stand: 31.12.2020) und hausärztlicher Versorgungsgrad (Stand 10/2021 – KVBW) in den Mittelbereichen des Rems-Murr-Kreises



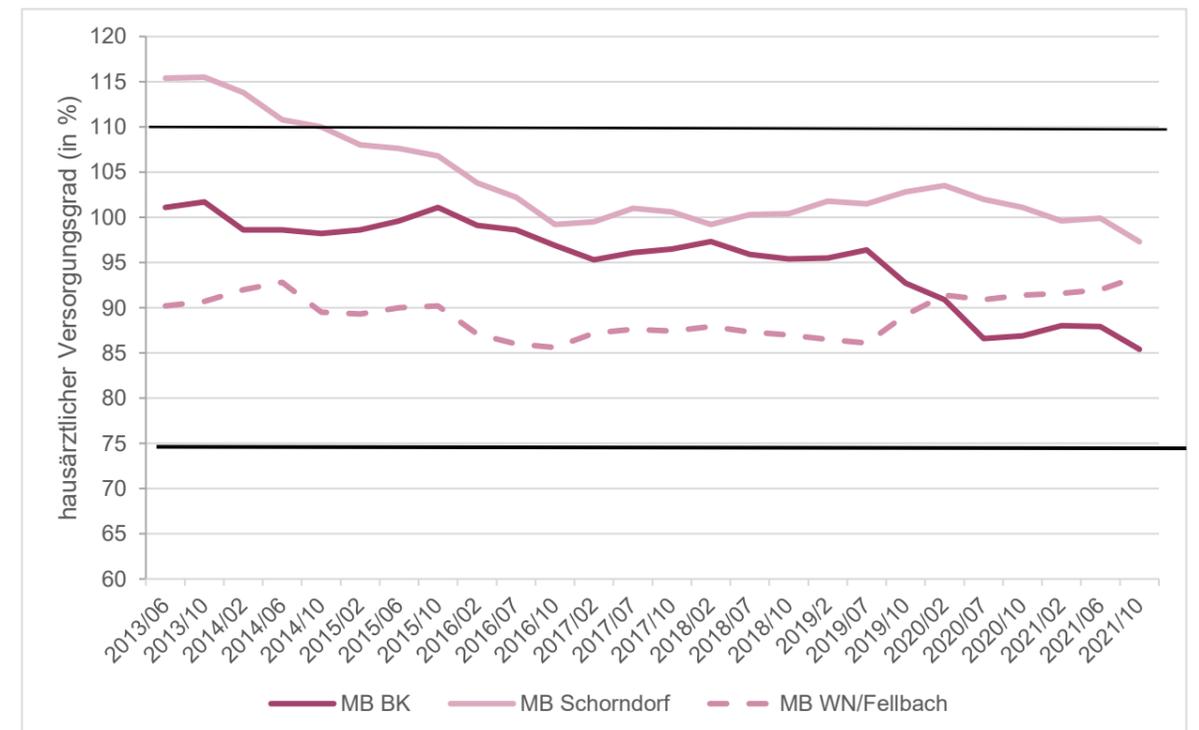
Deutlicher Rückgang des Versorgungsgrades im Planungsbereich Backnang

Allerdings gestaltet sich deutschlandweit in den letzten Jahren bereits die Wiederbesetzung bestehender Hausarztsitze häufig (sehr) schwierig. Im Rems-Murr-Kreis ist insbesondere der Mittelbereich Backnang von dieser Problematik betroffen. Im Oktober 2021 praktizierten in dieser Kreisregion fünf Hausärzte weniger als drei Jahre zuvor, der hausärztliche Versorgungsgrad sank dementsprechend von 95,4 % im Oktober 2018 auf 85,4 % im Oktober 2021. Etwas entspannt, hat sich dagegen in diesem Zeitraum die hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Waiblingen/Fellbach (s. Abb. 22).

In den nächsten Jahren stehen im Kreis zahlreiche weitere Übergaben von Hausarztpraxen an. Nach Angaben der kassenärztlichen Vereinigung haben kreisweit 88 der 256 tätigen Hausärzte (34,4 %) das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten (Stand: Oktober 2021). Vor besonderen Herausforderungen steht abermals der Planungsraum Backnang, knapp die Hälfte der Ärzteschaft (28 von 59 Personen) hat das 60. Lebensjahr erreicht oder ist älter.

Der hohe Anteil der über 60-jährigen Hausärzteschaft trifft bundesweit auf eine vergleichsweise geringe Anzahl an Nachwuchsmediziner, die den Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, sowie auf veränderte Lebensvorstellungen wie Arbeiten in Teilzeit, im Angestelltenverhältnis usw. Die Auswirkungen dieser veränderten Lebensvorstellungen sind bereits im Rems-Murr-Kreis sichtbar – die Anzahl der angestellten Ärzte stieg seit 2013 von 22,25 Vollzeitäquivalentstellen auf 38,5 Vollzeitäquivalentstellen, während die Anzahl der Vertragsärzte von 225,5 auf 201,5 zurückging.

Abb. 22: Entwicklung des Versorgungsgrades⁴⁴ mit Hausärzten in den Mittelbereichen des Rems-Murr-Kreises seit Juni 2013



2.3.2.2. Bedarfsplanung und Versorgungslage Zahnärzte

Ein Zahnarzt behandelt bei einem Versorgungsgrad von 100 % im Durchschnitt 1680 Personen. Im Rems-Murr-Kreis praktizierten zum Stichtag 01.04.2021 insgesamt 303 Vertragszahnärzte⁴⁵, davon 26 Kieferorthopäden. Großerlach, Kaisersbach und Spiegelberg sind derzeit die Gemeinden ohne Zahnarztpraxis vor Ort. Das 61. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten haben 53 der 303 niedergelassenen bzw. angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte (17,5 %).

⁴⁴ Versorgungsgrad > 110 % = Überversorgung; Versorgungsgrad < 75 % = Unterversorgung

⁴⁵ alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzt*innen, d.h. auch die bei einem Vertragszahnarzt*innen angestellten Personen

2.3.2.3. Bedarfsplanung und Versorgungslage Fachärzte

Bei den der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordneten Facharztgruppen (Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden⁴⁶, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Urologen) ist die Kreisebene der zu betrachtende Planungsbereich. Mit Ausnahme der Haut- und Nervenärzte herrscht nach den vorgegebenen Planungskriterien bei sämtlichen angeführten Facharztgruppen im Rems-Murr-Kreis Überversorgung (KV-Angaben Stand 20.10.2021), d.h. eine Niederlassung zusätzlicher Ärzte ist (im Regelfall) nicht möglich. Der Versorgungsgrad liegt bei den Hautärzten bei 109,1 %, bei den Nervenärzten bei 108,8 %. Bei beiden Facharztgruppen kann sich jeweils eine weitere Person mit einer 0,5 Vollzeitäquivalentstelle niederlassen.

Üblicherweise sind Praxen der Fachärzte, die nach den gesetzlichen Vorgaben sehr viele Einwohner zu betreuen haben wie z.B. Urologen oder Hautärzte⁴⁷, ausschließlich oder überwiegend in den verkehrstechnisch gut zu erreichenden einwohnerstarken Gemeinden (große Kreisstädte) angesiedelt. Fachärzte, die häufiger konsultiert werden und dementsprechend weniger Personen zu versorgen haben (z.B. Frauenärzte, Chirurgen/Orthopäden), haben sich darüber hinaus in weiteren einwohnerstarken Gemeinden des Kreises wie z.B. Murrhardt oder Welzheim niedergelassen. Davon auszugehen ist, dass zahlreiche Einwohner, insbesondere aus den „Randgemeinden“ des Rems-Murr-Kreises, Facharztpraxen in Stuttgart bzw. in nahe gelegenen Gemeinden benachbarter Kreise wie z.B. Schwäbisch Gmünd aufsuchen.

Die Altersstruktur der im Rems-Murr-Kreis niedergelassenen Fachärzte ist recht heterogen. Während jeder zweite HNO-Arzt im Kreis das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten hat, ist dies bei den Facharztgruppen der Urologen, Kinder- und Hautärzte nur bei jeder 10. Person der Fall.

⁴⁶ seit 2019 werden Chirurgen und Orthopäden bei der Bedarfsplanung zusammen betrachtet

⁴⁷ bei einem Versorgungsgrad von 100 % betreut ein Urologe im Kreis durchschnittlich knapp 44.000 Personen, ein Hautarzt knapp 36.000

3. Altenhilfe- und Kreispflegeplanung

Pflege und Unterstützung im Alter

Bedarfsorientierte Pflege findet bundesweit vor Ort, in den Kommunen statt. Allerdings stehen den Kommunen seit Einführung des freien Pflegemarkts keine unmittelbaren Steuerungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung, um Einfluss auf die Entwicklung der Pflegestrukturen, etwa hinsichtlich der Art, Anzahl und Größe der vor Ort tätigen Träger und Pflegeeinrichtungen zu nehmen. Vielmehr wirken bei der Realisierung bedarfsorientierter Pflegestrukturen neben den Bundes- und Landesgesetzgebern sowie den Pflegekassen eine Vielzahl von örtlichen bzw. vor Ort tätigen Akteuren mit.

Auf Grundlage der gesetzlich festgelegten Leitlinie und der von der weit überwiegenden Anzahl der Pflegebedürftigen präferierten Versorgungsform „ambulant vor stationär“ sollten bedarfsorientierte Pflegestrukturen primär einen Verbleib pflegebedürftiger Menschen in ambulanten Versorgungssettings bspw. in der eigenen Häuslichkeit bzw. in alternativen Wohnformen ermöglichen. Dennoch müssen ergänzend auch wohnortnah verfügbare und teilhabeorientierte, (teil-)stationäre pflegerische Versorgungsangebote vorhanden sein für den Fall, dass die Versorgung in ambulanten Versorgungssettings seitens der Pflegebedürftigen nicht mehr gewünscht wird beziehungsweise nicht mehr möglich ist.

In den meisten Bundesländern, so auch in Baden-Württemberg, ist der überwiegende Teil der verbliebenen kommunalen Einflussmöglichkeiten im Bereich der freiwilligen Kommunalaufgaben anzusiedeln. Gleichzeitig wird seit vielen Jahren sowohl im politischen Umfeld als auch im Fachdiskurs die Bedeutung kommunaler Planungen und Strategien bei der Ausgestaltung bedarfsgerechter Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige wieder stärker thematisiert. Bedarfsorientierte Pflege bedeutet dabei weit mehr als die von der Pflegeversicherung abgedeckten Leistungen. Zur Versorgungsstruktur von Pflegebedürftigen im Sinne einer örtlichen „sorgenden Gemeinschaft“ gehören eine ganze Reihe von Bausteinen und Themenfeldern, die im Idealfall eng miteinander verzahnt sind, sich wechselseitig ergänzen und Ansatzpunkte für kommunale Gestaltungsmöglichkeiten darstellen können.

Kommunale Planung bzw. Strategieentwicklung im Bereich der Pflege kann dabei vor dem Hintergrund der beschriebenen Rahmenbedingungen primär im Sinne von „Koordination des kollektiven Handelns bei nicht voraussetzendem Konsens“ verstanden werden.⁴⁸ Diesem Verständnis folgend hat die Sozialplanung des Landkreises im nachfolgenden Kapitel einige wesentlichen und entscheidungsrelevanten Informationen aufbereitet und bereitgestellt. Davon abgeleitet sind Handlungsempfehlungen die in der Zusammenarbeit mit den signifikanten Akteuren und bei entsprechender Resonanz zur erfolgreichen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft beitragen können.

Eine fundierte Pflegeinfrastrukturplanung ermöglicht neben der Bewertung der aktuellen, regionalen Versorgungssituation auch eine Einschätzung der künftigen Entwicklung im Rems-Murr-Kreis. Das Ziel der Kreispflegeplanung soll die eine vorausschauende Reaktion auf bevorstehende Situationen einer Über- oder Unterversorgung sein sowie die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auf kommunaler und Landesebene.⁴⁹

⁴⁸ Scharpf, 1973; zit. nach Pfundstein et al, 2010

⁴⁹ Vgl. Dossier: Kreispflegeplanung von Dr. Peter Messmer vom 06.11.2017.

3.1. Ausgangslage Vorausrechnung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen

Bis zum Wegfall der Pflegeheimförderung erfolgte die Fortschreibung der Bedarfseckwerte für die stationäre Pflege im Rahmen des Landespflegeplans durch das Land. Nach dem Ende der Investitionsförderung für stationäre Pflegeeinrichtungen hat das Land die Fortschreibung in die Verantwortlichkeit der Kommunen übertragen. Da die Landkreise auf diese Planungsdaten angewiesen sind, hatte der Landkreistag die Bedarfseckwerte für stationäre Pflegeangebote bis 2020 fortgeschrieben und diese zuletzt auf der Grundlage der Pflegestatistik mit Zeithorizont 2025 aktualisiert. Die Entwicklung aufgrund der Pflegestärkungsgesetze und der damit verbundenen Stärkung des ambulanten Bereiches, ordnungsrechtliche Vorgaben (verbindliches Einzelzimmerangebot), Änderung der Bedarfslage etc. haben zwischenzeitlich allerdings dazu geführt, dass erhebliche Abweichungen wahrscheinlich sind. Als Folge dieser Entwicklung ist festzustellen, dass in absehbarer Zeit flächendeckend für das Land keine validen Planungsdaten mehr zur Verfügung stehen werden!⁵⁰

Die derzeit bei Kommunen und Kreisen verortete Aufgabe wird landesweit durch drei Konzepte fortgeführt:

- a) externe Erstellung der Kreispflegeplanung durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (rund 40 % der Landkreise)
- b) Fortführung der Rechenmethode des Landes von Dr. Messmer (> 10 % der Landkreise)
- c) Eigenverantwortliche Vorausrechnung der Bestand und Bedarfswerte bis 2035 (rund 20 % aller Landkreise)

3.2. Methodik der Vorausrechnung

Die Sozialplanung verfolgt im Austausch mit Experten, Fachgremien und mit Empfehlung des Kreispflegebeirats die zuletzt vorgestellte Methode der selbstständigen Erhebung einer Vorausrechnung für die Entwicklung des Bedarfs an Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis bis 2035.

Grundlage dieser Vorausrechnung sind einerseits die durch die Heimaufsicht erfassten Bestandspflegeplätze im Landkreis und andererseits die Relation zwischen regionalisierter Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamt Baden Württemberg⁵¹, altersspezifischen Pflegerisikos (Pflegestatistik BW 2019)⁵² sowie der individuelle Abruf von Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis⁵³.

Die ersten Auswertungen zeigen eine signifikante Zunahme des Pflegebedarfs bei rückläufigem Pflegeplatzangebot bis 2035 auf. Die Entwicklung im Bereich des Pflegeleistungsbedarfs ist mit marginaler Abweichung nahezu deckungsgleich mit den Berechnungen, die im Juni 2021 durch den KVJS veröffentlicht wurden.⁵⁴

⁵⁰ Vgl. S.1, Positionspapier LKT: „Die Pflege ist ein zentrales Zukunftsthema für die Landkreise!“

⁵¹ <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015013.tab?R=KR119> (Zugriff 09.08.2021)

⁵² https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 13.11.2021)

⁵³ Ebd.

⁵⁴ Siehe: S.9 KVJS Fokus Pflege, (Juni 2021) Planungsperspektiven für die Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg 2019 – 2030, 2. Aktualisierte Auflage.

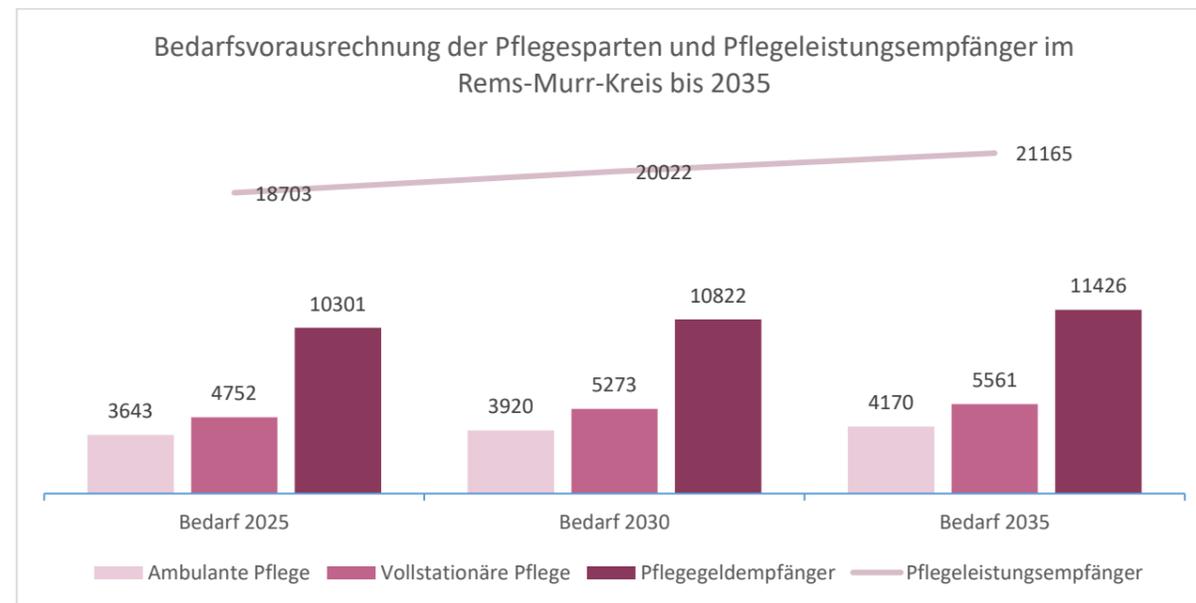
Vorausrechnung einer Varianz zur Bildung eines Pflegeleistungskorridors für den Rems-Murr-Kreis

Die von der Sozialplanung durchgeführte Vorausrechnung verwendet in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und der Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit die aktuellen statistisch veröffentlichten Daten. Das daraus resultierende Ergebnis ist eine sStatus Quo Vorausrechnung, die den gegenwärtigen Abruf von Pflegeleistungen und Pflegebedürftigkeit auch bis ins Jahr 2035 annimmt. Der 2021 beschlossene Koalitionsvertrag auf Bundesebene, die veränderten Lebensbedingungen durch die Pandemie und die gravierenden Veränderungen, bedingt durch den demografischen Wandel und die zunehmende Verbesserung der medizinischen Behandlung (Onkologie, Geriatrie u.v.m.) machen eine fundierte Bildung von variablen Faktoren bzw. Orientierungswerte für Korridore unmöglich. Rechtliche und Medizinische Rahmenbedingungen unterliegen in den kommenden Jahren einem derart starken Wandel, dass diese nicht verlässlich vorausberechnet werden können. Die Bildung eines akkuraten Variantenwertes erscheint unter diesem Eindruck nicht als zielführend und wird deshalb derzeit nicht von der Sozialplanung publiziert.

3.3. Vorausrechnung des Bedarfs für Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis und die Mittelbereiche Waiblingen/Fellbach, Schorndorf und Backnang bis 2035

Die Pflegebedarfsentwicklung auf Bundes- und Landesebene spiegeln sich erwartungsgemäß auch in der Entwicklung einer allgemeinen **starken Zunahme des Bedarfs an Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis** wieder.

Abb.23: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Pflegesparten und Pflegeleistungsempfänger im Rems-Murr-Kreis von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

Für den Rems- Murr- Kreis bedeutet dies eine Zunahme der Pflegeleistungsempfänger (alle Menschen die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen) von **18.703** im Jahr 2025 auf **21.165** Menschen bis zum Jahr 2035 (+ 13,2 %). Für die Ambulante Pflege weist die Vorausrechnung eine Zunahme des Bedarfs von **3.643** in 2025 auf **4.170** in 2035 aus (+ 14,5 %).

Für den vollstationären Pflegebedarf bedeutet dies im Rems Murr Kreis einen Anstieg von **4.752** in 2025 auf **5.561** im Jahr 2035 an Einrichtungsplätzen (+ 17 %).

Die Anzahl der Pflegegeldempfänger (Menschen die in der Häuslichkeit gepflegt werden) steigt von **10.301** im Jahr 2025 auf **11.426** im Jahr 2035 (+ 10,9 %).

Empfehlung zum Ausbau der Pflegesparten im Rems-Murr-Kreis

Setzt man die Orientierungswerte für die Bedarfsentwicklung der Pflegesparten für 2030 in Relation mit den Bestandszahlen im Jahr 2021 spricht die Sozialplanung eine Empfehlung zum umfassenden Ausbau aller Pflegesparten im Rems-Murr-Kreis aus.

Konkret bedeutet dies für den Rems Murr Kreis:

	Bestand 2021	Bedarf 2030	Differenz in %
Vollstationäre Pflege	3.540 Plätze ⁵⁵	5.270 Plätze ⁵⁶	+48,9%
Ambulante Pflege	3.260 Personen ⁵⁷	3.920 Personen ⁵⁸	+20,3%
Pflegegeldempfänger	9.530 Personen ⁵⁹	10.820 Personen ⁶⁰	+13,5%

Eine bedarfsgerechte Planung der kommunalen Pflegeinfrastruktur ist nur unter Berücksichtigung der Versorgungssituation der angrenzenden Städte und Gemeinden möglich. Zu diesem Zweck weist die Sozialplanung in ihrer Vorausrechnung ebenfalls den Pflegebedarf bis 2035 für die Mittelbereiche Backnang, Schorndorf und Waiblingen/Fellbach aus um die jeweiligen Kommunen in ihrer Planung zu unterstützen.

⁵⁵ Erhebung der Heimaufsicht RMK Stichtag 31.12.2021

⁵⁶ Vorausrechnung der Sozialplanung

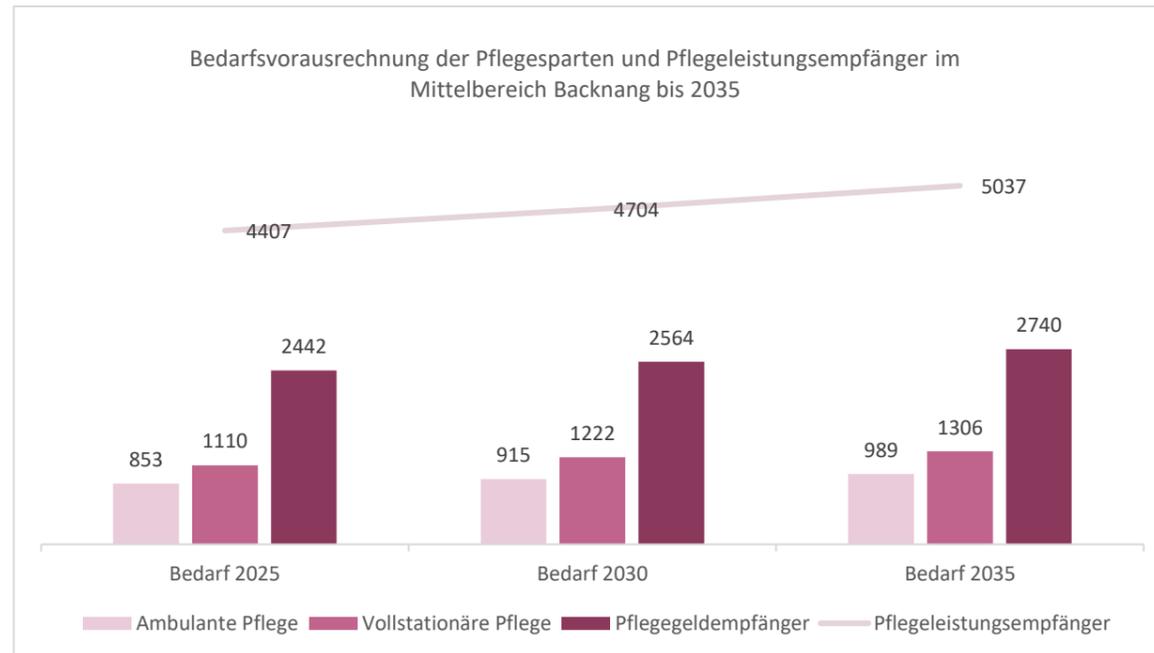
⁵⁷ Erhebung der Sozialplanung Stand 31.12.2021

⁵⁸ die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.

⁵⁹ Pflegestatistik 2019 der StaLa

⁶⁰ Menschen die in der Häuslichkeit durch Angehörige gepflegt werden.

Abb. 24: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Pflegesparten und Pflegeleistungsempfänger im Mittelbereich Backnang von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

Für den Mittelbereich Backnang bedeutet dies eine Zunahme der Pflegeleistungsempfänger (alle Menschen die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen) von **4.407** im Jahr 2025 auf **5.037** Menschen bis zum Jahr 2035 (+ 14,3 %). Abb. 24

Für die Ambulante Pflege weist die Vorausberechnung eine Zunahme des Bedarfs von **853** in 2025 auf **989** in 2035 aus (+ 15,9 %).

Für den vollstationären Pflegebedarf bedeutet dies im Mittelbereich Backnang einen Anstieg von **1.110** in 2025 auf **1.306** im Jahr 2035 an Einrichtungsplätzen (+17,7 %).

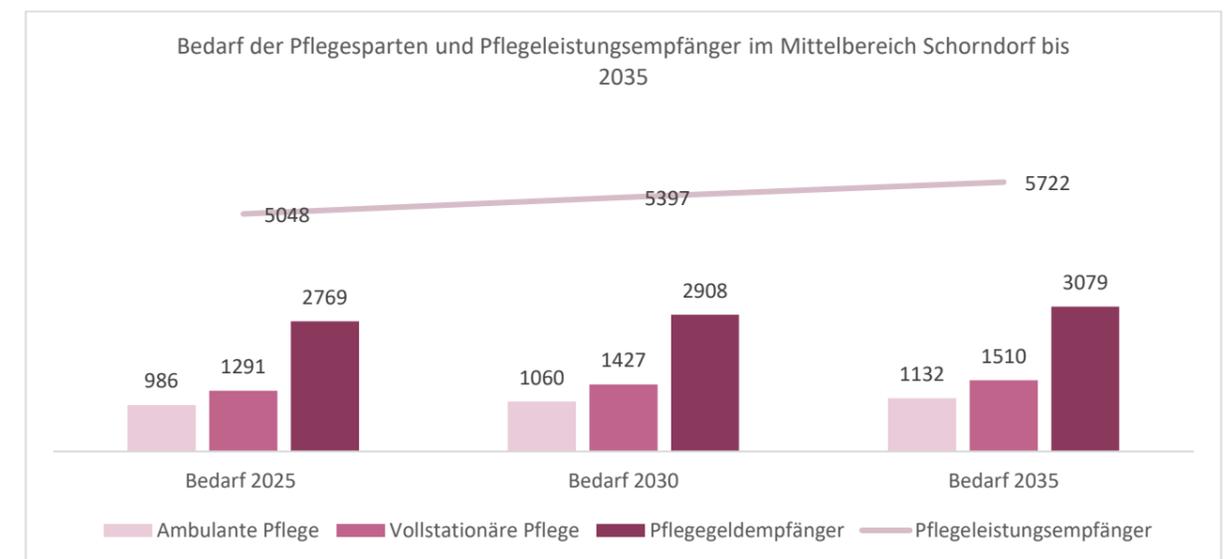
Die Anzahl der Pflegegeldempfänger (Menschen die in der Häuslichkeit gepflegt werden) steigt von **2.442** im Jahr 2025 auf **2.740** im Jahr 2035 (+ 12,2 %).

Setzt man die Orientierungswerte für die Bedarfsentwicklung der Pflegesparten für 2030 in Relation mit den Bestandszahlen im Jahr 2021, spricht die Sozialplanung eine Empfehlung zum Ausbau aller Pflegesparten im Mittelbereich Backnang aus.

Konkret bedeutet dies für den Mittelbereich Backnang:

	Bestand 2021	Bedarf 2030	Differenz in %
Vollstationäre Pflege	1.222 Plätze ⁶¹	1.222 Plätze ⁶²	+/- 0%
Ambulante Pflege	782 Personen ⁶³	915 Personen ⁶⁴	+17 %
Pflegegeldempfänger	2.295 Personen ⁶⁵	2.564 Personen ⁶⁶	+11,7 %

Abb. 25: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Pflegesparten und Pflegeleistungsempfänger im Mittelbereich Schorndorf von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren RMK, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

Für den Mittelbereich Schorndorf bedeutet dies eine Zunahme der Pflegeleistungsempfänger (alle Menschen die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen) von **5.048** im Jahr 2025 auf **5.722** Menschen bis zum Jahr 2035 (+13,6 %). Abb. 25

⁶¹ Erhebung Sozialplanung Stichtag 01.01.2021

⁶² Vorausberechnung der Sozialplanung

⁶³ Pflegestatistik 2019 der StaLa Stichtag 31.12.2019

⁶⁴ die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.

⁶⁵ Pflegestatistik 2019 der StaLa Stichtag 31.12.2019

⁶⁶ Menschen die in der Häuslichkeit durch Angehörige gepflegt werden.

Für die Ambulante Pflege weist die Voraussrechnung eine Zunahme des Bedarfs von **986** in 2025 auf **1.132** in 2035 aus (+ 14,8 %).

Für den vollstationären Pflegebedarf bedeutet dies im Mittelbereich Schorndorf einen Anstieg von **1.291** in 2025 auf **1.510** im Jahr 2035 an Einrichtungsplätzen (+17 %).

Die Anzahl der Pflegegeldempfänger (Menschen die in der Häuslichkeit gepflegt werden) steigt von **2.769** im Jahr 2025 auf **3.079** im Jahr 2035 (+ 11,2 %).

Setzt man die Orientierungswerte für die Bedarfsentwicklung der Pflegesparten für 2030 in Relation mit den Bestandszahlen im Jahr 2021, spricht die Sozialplanung eine Empfehlung zum Ausbau aller Pflegesparten im Mittelbereich Schorndorf aus.

Konkret bedeutet dies für den Mittelbereich Schorndorf:

	Bestand 2021	Bedarf 2030	Differenz in %
Vollstationäre Pflege	1.055 Plätze ⁶⁷	1.427 Plätze ⁶⁸	+ 35,3%
Ambulante Pflege	885 Personen ⁶⁹	1.060 Personen ⁷⁰	+19,8 %
Pflegegeldempfänger	2.566 Personen ⁷¹	2.908 Personen ⁷²	+13,3 %

⁶⁷ Erhebung Sozialplanung Stichtag 01.01.2021

⁶⁸ Voraussrechnung der Sozialplanung

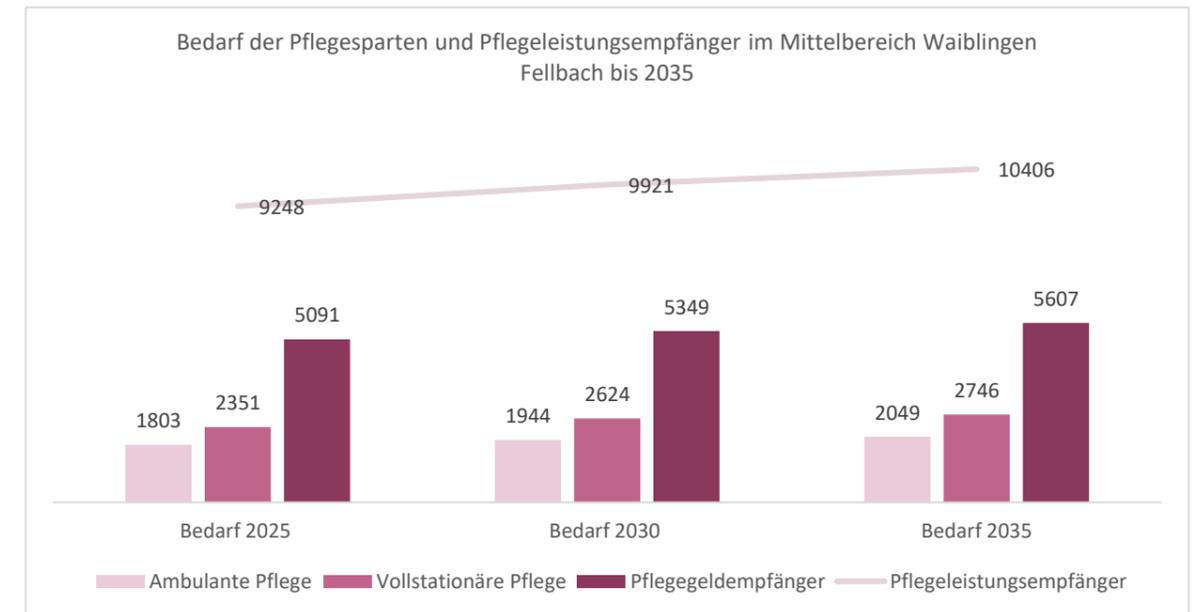
⁶⁹ Pflegestatistik 2019 der StaLa Stand 31.12.2019

⁷⁰ die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.

⁷¹ Pflegestatistik 2019 der StaLa

⁷² Menschen die in der Häuslichkeit durch Angehörige gepflegt werden.

Abb. 26: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Pflegesparten und Pflegeleistungsempfänger im Mittelbereich Waiblingen/ Fellbach von 2020 bis 2035



Quelle: Voraussberechnung der Sozialplanung Senioren RMK, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

Für den Mittelbereich Waiblingen Fellbach bedeutet dies eine Zunahme der Pflegeleistungsempfänger (alle Menschen die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen) von **9.248** im Jahr 2025 auf **10.406** Menschen bis zum Jahr 2035 (+12,5 %). Abb. 26

Für die Ambulante Pflege weist die Voraussrechnung eine Zunahme des Bedarfs von **1.803** in 2025 auf **2.049** in 2035 aus (+ 13,6 %).

Für den vollstationären Pflegebedarf bedeutet dies im Mittelbereich Waiblingen Fellbach einen Anstieg von **2.351** in 2025 auf **2.746** im Jahr 2035 an Einrichtungsplätzen (+16,8 %).

Die Anzahl der Pflegegeldempfänger (Menschen die in der Häuslichkeit gepflegt werden) steigt von **5.091** im Jahr 2025 auf **5.607** im Jahr 2035 (+ 10,1 %).

Setzt man die Orientierungswerte für die Bedarfsentwicklung der Pflegesparten für 2030 in Relation mit den Bestandszahlen im Jahr 2021, spricht die Sozialplanung eine Empfehlung zum umfangreichen Ausbau aller Pflegesparten im Mittelbereich Waiblingen Fellbach aus.

Konkret bedeutet dies für den Mittelbereich Waiblingen/ Fellbach:

	Bestand 2021	Bedarf 2030	Differenz in %
Vollstationäre Pflege	1.263 Plätze ⁷³	2.624 Plätze ⁷⁴	+ 107,8%
Ambulante Pflege	1.590 Personen ⁷⁵	1.944 Personen ⁷⁶	+22,3 %
Pflegegeldempfänger	4.670 Personen ⁷⁷	5.349 Personen ⁷⁸	+14,5 %

Anmerkungen zur korrekten Einordnung der von der Sozialplanung erstellten Vorausrechnung:

- Vorausgesetzt der Ausbau der teilstationären und ambulanten Pflege in den kommenden Jahren gelingt, wird der vorausberechnete Mehrbedarf an vollstationären Pflegeplätzen wahrscheinlich schwächer ausfallen, da die Einwohner*innen bevorzugt die ambulanten und teilstationären Angebote in Anspruch nehmen werden.
- Daraus lässt sich weiter ableiten, dass die Zahl der Plätze für vollstationäre Pflege nicht in Höhe der vorausberechneten Werte erhöht werden müssen. Die eindeutig aufgezeigten Tendenzen zum Ausbau bleiben davon jedoch unberührt.
- Die zukünftige Bedarfsdeckung kann voraussichtlich nur durch einen dynamischen Angebotsmix der einzelnen Pflegesegmente gelingen. Dies erfordert einen nochmaligen Ausbau ambulanter Pflegeleistung und ebenso den forcierten Ausbau teilstationäre Angebote insbesondere der Tages- und Nachtpflege und alternativer Wohngemeinschaften. Nur so könnte der steigende Bedarf an Dauerpflegeplätzen signifikant kompensiert werden.

3.4. Bestand und Bedarf ambulanter Pflegeleistungen im Rems-Murr-Kreis

Häufig können pflegende An- und Zugehörige wie Familie, Freunde und Nachbarn die Pflege und Unterstützung ihrer pflege- und hilfsbedürftigen Angehörigen nicht im vollen Umfang übernehmen. Mit zunehmenden Pflegebedarf sind häufig komplexere Unterstützungsleistungen von Fachkräften nötig. Pflege in der Häuslichkeit zu organisieren beziehungsweise Unterstützung durch Angehörige zu ergänzen, ist das Aufgabengebiet ambulanter Pflegedienste. Träger von Pflegediensten schließen bei Vorliegen der gesetzlich festgelegten Voraussetzungen (mit Ausnahme von Selbstzahlern) einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse ab. Sie erbringen auf der Basis des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI und der darin beschriebenen Leistungsinhalte die Pflege in der Häuslichkeit.

⁷³ Erhebung Sozialplanung Stichtag 01.01.2021

⁷⁴ Vorausrechnung der Sozialplanung

⁷⁵ Pflegestatistik 2019 der StaLa Stand 31.12.2019

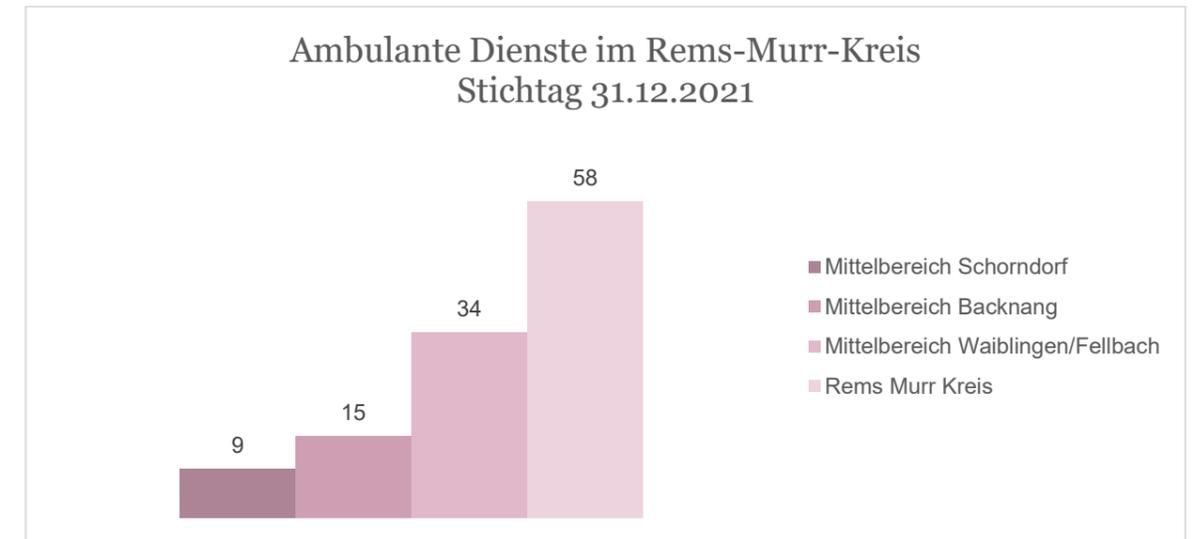
⁷⁶ die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.

⁷⁷ Pflegestatistik 2019 der StaLa

⁷⁸ Menschen die in der Häuslichkeit durch Angehörige gepflegt werden.

Darüber hinaus erbringen sie auf der Basis des Rahmenvertrages nach § 132 SGB V Leistungen der Behandlungspflege.

Abb. 27: Bestand ambulanter Pflegedienste im Rems-Murr-Kreis

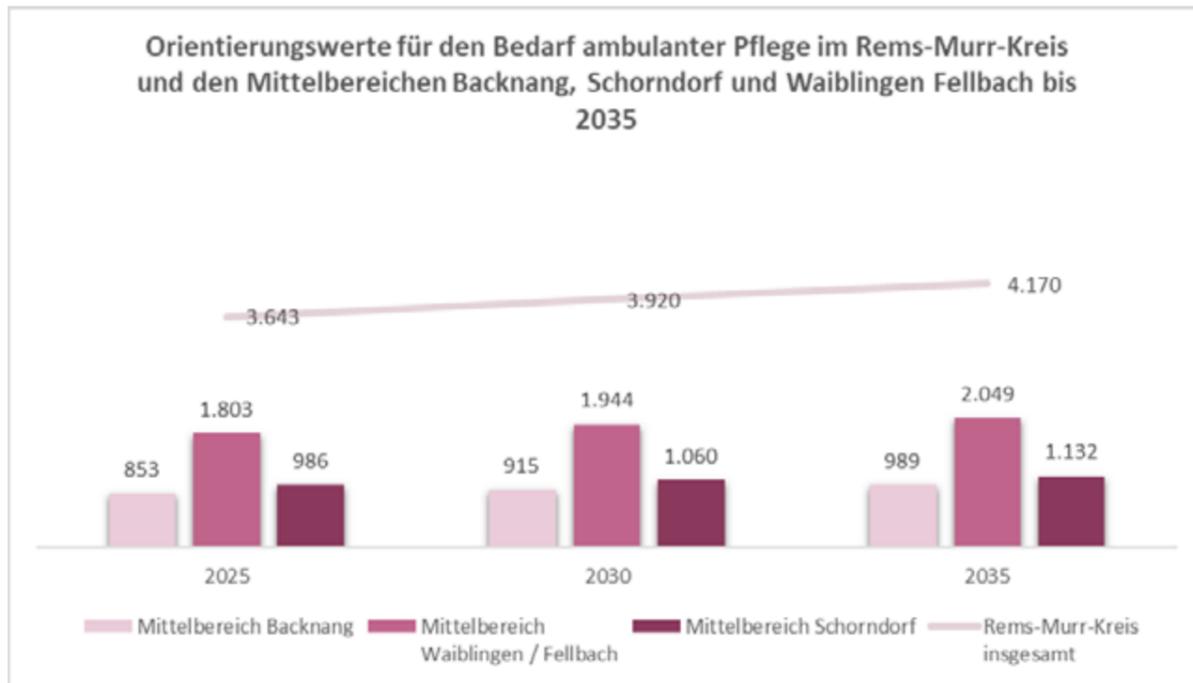


Quelle: Auswertung der Erhebung der Sozialplanung Senioren Stand 31.12.2021

Im Rems-Murr-Kreis sind insgesamt 58 ambulante Dienste in freigemeinnütziger, kommunaler und privater Trägerschaft registriert. Die in den vergangenen Jahren etablierte Formel: „ambulant vor stationär“ hat sich signifikant auf die Bereitstellung von Pflege im Kreis ausgewirkt. Das Angebot an Ambulanten Pflegediensten im Kreis konnte gegenüber 2016 um fast 20 % gesteigert werden. Dies entspricht insbesondere dem Interesse der Einwohner*innen des Kreises so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und selbstbestimmt zu Leben. Eine verlässliche medizinische und ambulante Versorgung ist entscheidend für die Lebensqualität älterer Menschen.

Die Herausforderungen der kommenden Jahre für die Träger der ambulanten und stationären Pflege liegen vor allem bei der Akquise und dem Erhalt von Fachkräften. Das Angebot im ambulanten Bereich ist auf die Einzugsbereiche bezogen flächendeckend. Die Versorgungsgebiete der Dienste umfassen häufig mehrere Kommunen. Deshalb lassen sich aus der lokalen Verteilung der Standorte keine Aussagen über den jeweiligen Versorgungsgrad der Bevölkerung mit ambulanten Pflegeangeboten ableiten. Im ländlichen Bereich sind die Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige geringer, da sich erfahrungsgemäß in urbanen Ballungsbereichen mehr Dienste ansiedeln.

Abb. 28: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Ambulanten Pflege im Rems-Murr-Kreis und seinen Mittelbereichen von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pfleigestatistik 2019“ StaLa

Handlungsempfehlung für die Zukunft der ambulanten Pflege im Rems-Murr-Kreis

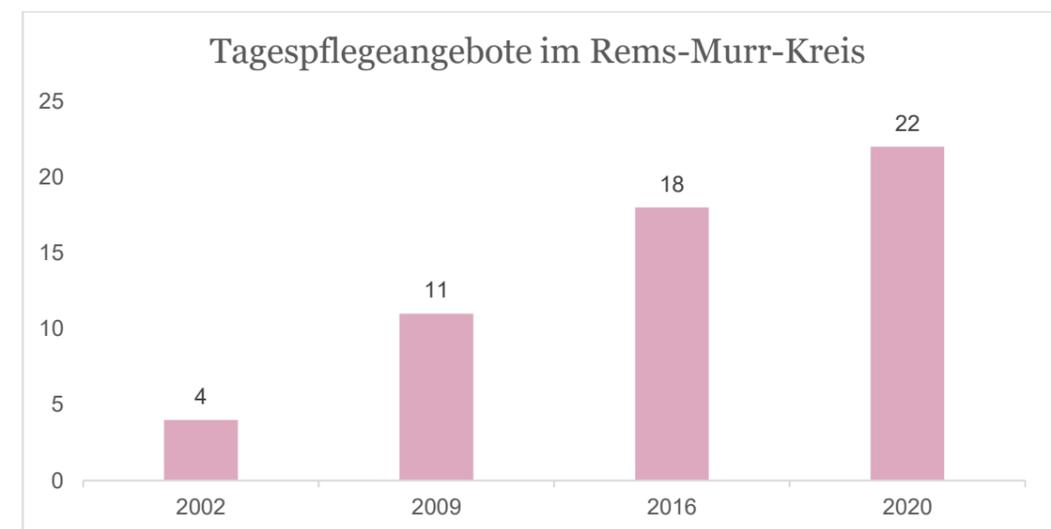
Die demografische Entwicklung und veränderten Leistungen durch die Pflegestärkungsgesetze im ambulanten Bereich lassen bis zum Jahr 2035 einen erneuten signifikanten Anstieg des Bedarfs erwarten. Sollte sich bis dahin keine adäquate Möglichkeit für einen Ausbau der Dienste finden, ist eine Verschärfung der Situation zu erwarten. Damit die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit auch zukünftig gewährleistet werden kann, müssen innovative und explorative Ideen für den Rems-Murr-Kreis entwickelt und erprobt werden. Dies kann beispielsweise durch Modellprojekte⁷⁹ und Partnerschaften mit bürgerschaftlich engagierten Initiativen erfolgen, stets mit dem Ziel den Bedarfszuwachs für alle Pflegesparten aufzufangen. Im ländlichen Raum zeigen sich Versorgungslücken und Engpässe schneller als in den dicht besiedelten Ballungsräumen. Hier gilt es, zielgerichtete und angepasste regionale Kooperationen und zivilgesellschaftliches Engagement anzustoßen.

⁷⁹ An dieser Stelle der Verweis auf das D-Care Lab Projekt 2021: Die Diakoniestation Wieslauftal und Welzheimer Wald gestalten in Kooperation mit dem Landratsamt Rems-Murr-Kreis gemeinsam das Quartiersprojekt „Ambulante Pflege im „Grünen Bereich“.

3.5. Tagespflege als teilstationäre Versorgung zur Entlastung pflegender Angehöriger

Tagespflege ist ein Angebot für pflegebedürftige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben und vorrangig dort versorgt werden. In Tagespflegeeinrichtungen bzw. -Gruppen erhalten Pflegebedürftige tagsüber Versorgung und Betreuung. Dazu gehören Mahlzeiten, die Behandlungs- und Grundpflege sowie Aktivierungsangebote, die die Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit erhalten.⁸⁰ Die Tagespflege kann individuell nach Bedarf an mehreren Tagen oder nur an einzelnen Tagen besucht werden. Das Angebot fördert die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am gesellschaftlichen Leben. Gleichzeitig entlastet Tagespflege pflegende Angehörige und ermöglicht es diesen, erwerbstätig zu sein.

Abb. 29: Entwicklung des Bestands von Tagespflegeangeboten im Rems-Murr-Kreis und seinen Mittelbereichen von 2002 bis 2020



Quelle: Erhebung der Demenzfachberatung Stand 28.04.2021⁸¹

In den letzten Jahren hat die Inanspruchnahme von Tagespflege im Rems-Murr-Kreis deutlich zugenommen. Während es 2002 lediglich vier Tagespflegegruppen gab, stieg deren Anzahl kontinuierlich auf 22 Tagespflegeangebote im Jahr 2020.

Die Leistungsausweitungen durch die Pflegestärkungsgesetze haben ebenfalls dazu beigetragen, dass mehr Menschen ein Tagespflegeangebot nutzen und sich die Anzahl der Tagespflegeplätze im ganzen Land stark erhöht hat. Sowohl die Pflegestatistik, die alle zwei Jahre erhoben wird, als auch die Statistik über die Leistungen aus der Pflegeversicherung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, verdeutlichen eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme von Tagespflege. Allerdings ist derzeit noch nicht abschätzbar, welche Folgen die geplante Pflegereform der Bundesregierung hat.

⁸⁰ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/tagespflege-und-nachtpflege.html> (Zugriff 29.01.2021)

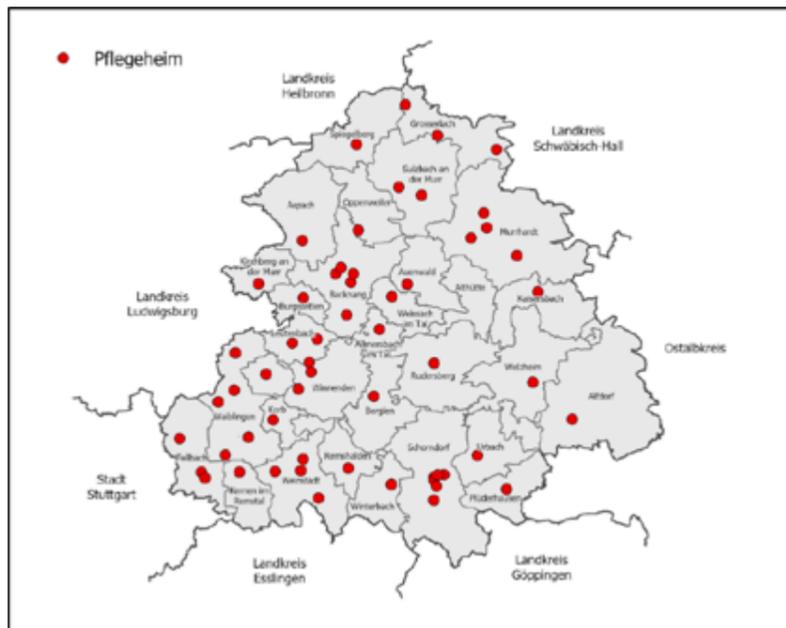
⁸¹ https://www.rems-murr-kreis.de/fileadmin/Dateien/Dateien/Jugend_Gesundheit_Soziales/Demenzfachberatung/Tagespflege.pdf

Diese sieht unter anderem eine Reduzierung der Leistungen der Tagespflege bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen vor. Dadurch könnte sich die in den letzten Jahren deutliche Zunahme an Tagespflegenutzung wieder abschwächen.⁸² Diese rechtliche Unsicherheit macht es aus der Perspektive der Träger risikoreich den nachhaltig wachsenden Bedarf teilstationärer Pflegeangebote mit Investitionen für Tagespflegegruppen aufzufangen. Die Sozialplanung berät und unterstützt Träger und Investoren bei der pflegerisch fachlichen Konzeption und Beratung in Bezug auf Fördermittelgewinnung beim Neu- und Ausbau von Tagespflegeangeboten. 2019 haben 398 Menschen im Rems-Murr-Kreis teilstationäre Versorgung in Form von Tagespflege in Anspruch genommen.⁸³

3.6. Bestand und Bedarf für vollstationäre Versorgung in Pflegeeinrichtungen des Rems-Murr-Kreis

Pflegeheime sind Einrichtungen, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) anbieten. Dabei können in den Einrichtungen diese Angebote auch parallel angeboten werden. Stationäre Dauerpflege ist die intensivste Form der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Diese bieten zu jeder Zeit eine umfassende pflegerische, soziale und hauswirtschaftliche Betreuung und Versorgung an. Auch wenn Pflegeeinrichtungen zunehmend zusätzliche Dienstleistungen anbieten, liegt ihr Schwerpunkt weiterhin im Bereich der Dauerpflege.

Abb. 30: Übersicht vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Rems-Murr-Kreis Stand 30.06.2021

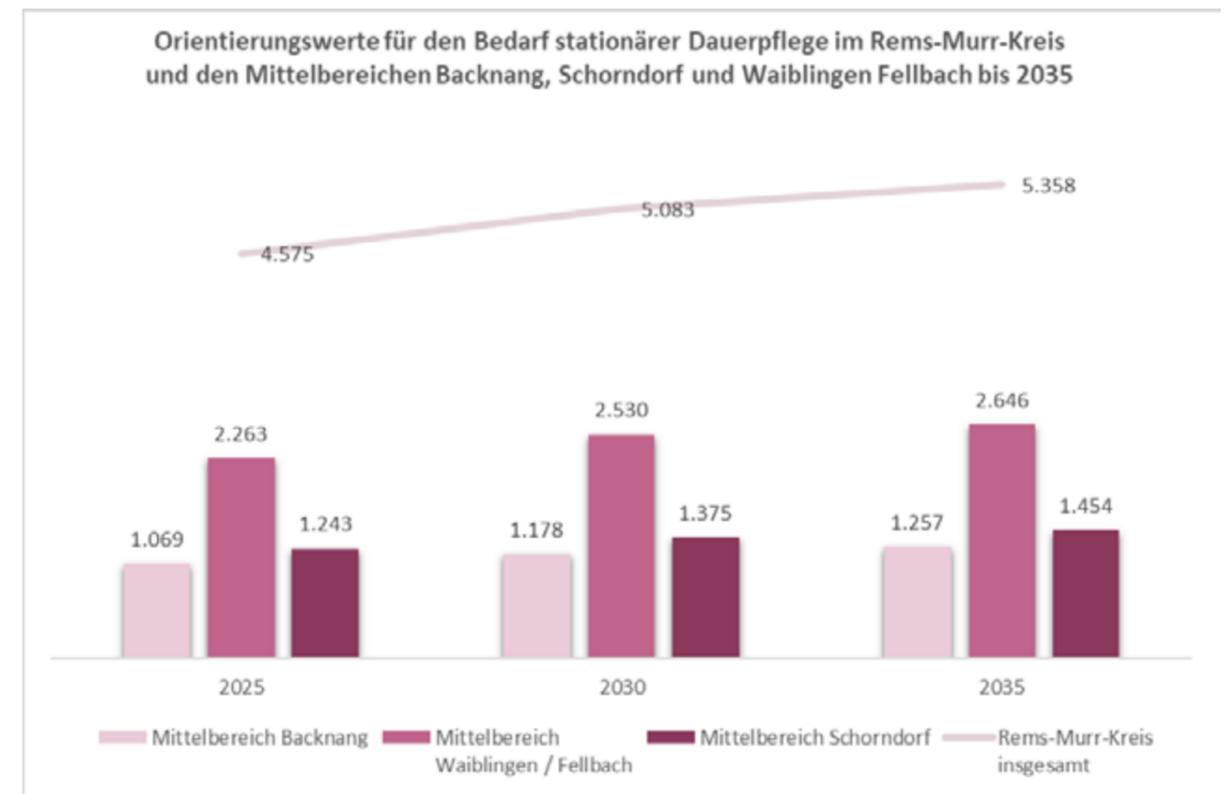


Quelle: Erfassung aller Pflegeeinrichtungen im Kreis der Sozialplanung Stand 30.06.2021
 Grafik: Geoinformationssystem (GIS) des Landratsamt Rems Murr Kreis

⁸² Siehe: KVJS Fokus Pflege 2019-2030 S.7f.
⁸³ Siehe: Pflegestatistik 2019 RMK der StaLa: „mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege“ und „nachrichtlich: teilstationäre Pflege (Grad 2-5)“.

Stationäre Pflege wird immer auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen erbracht. Die Pflegekassen schließen mit den Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre Dauerpflege ab. Grundlage dessen ist die landesweite Rahmenvereinbarung zur stationären Pflege zwischen Trägern und Pflegekassen.⁸⁴ Sozialhilfeträger (Amt für Soziales und Teilhabe und KVJS) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind an der Ausgestaltung des Rahmenvertrags beteiligt. Die ordnungsrechtliche Abgrenzung zu anderen unterstützenden Wohnformen erfolgt im Rahmen des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG), das 2014 das Landesheimgesetz (LHeimG) ersetzt hat. Die rechtliche Überwachung von Pflegeeinrichtungen obliegt der auf Landkreisebene angesiedelten Heimaufsicht. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, beispielsweise zu ambulanten Versorgungsformen, erfolgt auf der Basis des Pflegeversicherungsgesetzes, das seit seiner Einführung durch zahlreiche Änderungen und Ergänzungen - zuletzt das Pflegestärkungsgesetz III⁸⁵ - erweitert wurde.

Abb. 31: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der Dauerpflege im Rems-Murr-Kreis und seinen Mittelbereichen von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

⁸⁴ Vgl. hierzu Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI.
⁸⁵ Verweis auf PSG III im vorliegenden Kreispflegeplan RMK 2022.

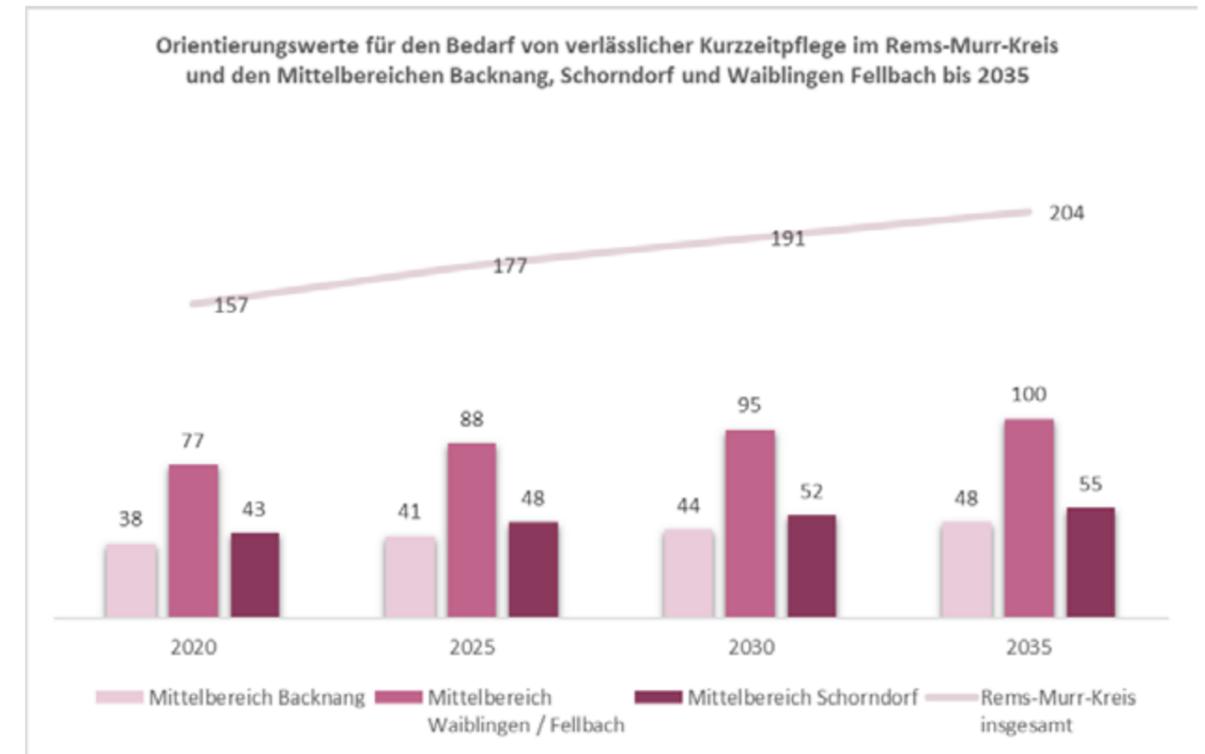
Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege gehört zum Angebotsportfolio von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Kurzzeitpflege zeichnet sich dadurch aus, dass Pflegebedürftige die in der eigenen Häuslichkeit leben für eine befristete Zeit (Urlaub der pflegenden Angehörigen, zeitweiser erhöhter Pflegebedarf nach Krankheit u.Ä.) stationäre Pflege in Anspruch nehmen. Kurzzeitpflege ist dementsprechend eine Ergänzung der häuslichen Pflege durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste. Sie kann den Verbleib älterer Menschen im eigenen Zuhause oder bei Angehörigen sichern oder auch stabilisieren. Analog zur Kurzzeitpflege gibt es die Übergangspflege im Krankenhaus, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt, ambulanten Operationen oder Rehabilitation das selbstverantwortliche Wohnen in der Häuslichkeit noch nicht gewährleistet werden kann.

Bestimmt durch den hohen Aufwand bei der Dokumentation der Leistungen, ökonomischer Anreize und dem Wunsch nach flexibler Auslastung der vorhandenen Pflegeplätze werden Kurzzeitpflegeplätze von den Trägern zumeist in den anpassungsfähigen „eingestreuten“ oder „integrierten“ Plätzen vorgehalten. In der Praxis haben Pflegekassen und Träger Vereinbarungen getroffen das diese Pflegeplätze individuell nach Bedarfslage zur Dauer- oder Kurzzeitpflege genutzt werden können. Erfahrungsgemäß wird bei ausreichender Nachfrage einer Belegung im Rahmen der Dauerpflege, i.d.R. aufgrund des geringeren Aufwands der Dokumentation und Neubelegung, der Vorrang erteilt.

Folgerichtig bedeutet das, dass diese Pflegeplätze nur dann verlässlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, wenn diese nicht bereits durch Bewohner*innen in Dauerpflege bereits belegt sind. Der Entlastungseffekt freie Dauerpflegeplätze mit Kurzzeitpflege zu belegen hat sich durch eine faktische Vollauslastung und langen Wartelisten für Dauerpflegeplätze negiert. Eine Ausnahme bilden sogenannte „solitäre“ Kurzzeitpflegeplätze, die verlässlich das gesamte Jahr ausschließlich der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Allerdings werden diese „solitären“ Kurzzeitpflegeplätze aufgrund der schwierigen Refinanzierung durch die fehlende Flexibilität bundesweit selten Angeboten. Entsprechende Fördermaßnahmen und Modellprojekte durch das Land waren bisher nicht attraktiv genug, um die solitäre Kurzzeitpflege im notwendigen Maße auszubauen.

Abb. 32: Orientierungswerte für den Bestand und Bedarf der verlässlichen Kurzzeitpflege im Rems-Murr-Kreis und seinen Mittelbereichen von 2020 bis 2035



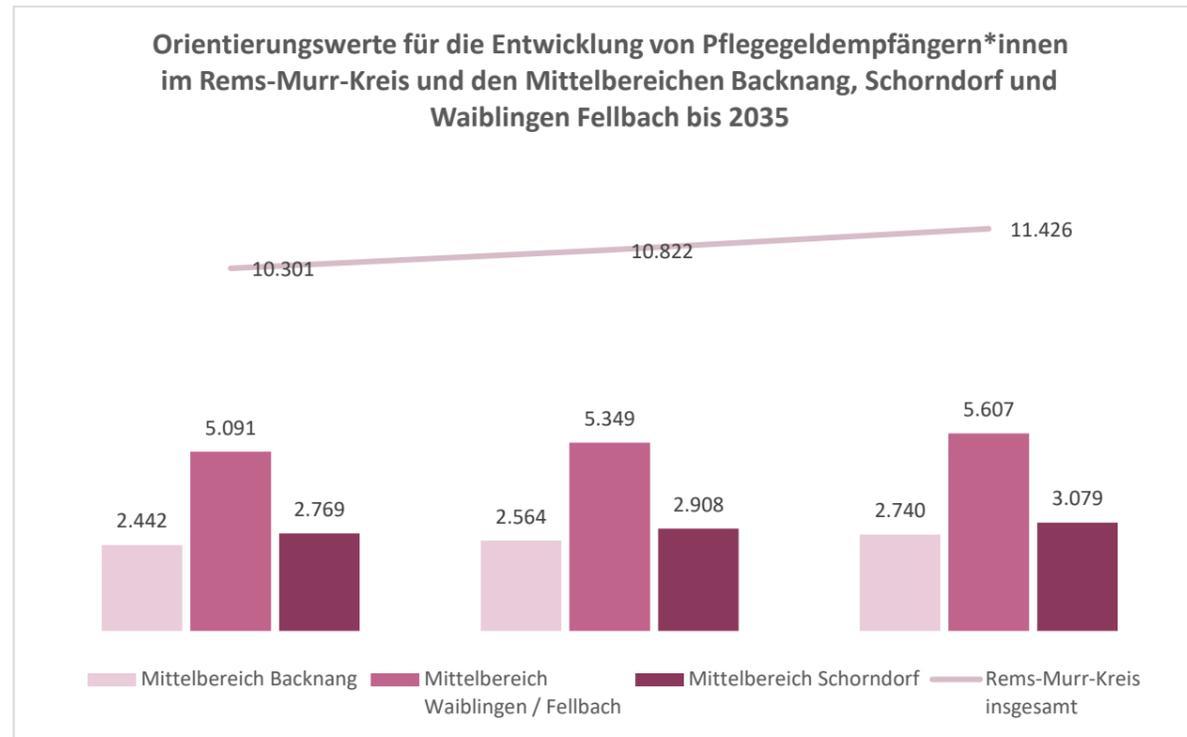
Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

3.7. Pflege in der Häuslichkeit

Als "Pflege in der Häuslichkeit" wird die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ihrer häuslichen Umgebung, also außerhalb von teil- oder vollstationären Einrichtungen, bezeichnet. Die häusliche Pflege sorgt dafür, dass Betroffene so lange wie möglich in ihrem Zuhause und familiären Umfeld bleiben können. Derzeit werden etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen im Rems Murr Kreis im häuslichen Umfeld betreut.

Auch der Gesetzgeber räumt der häuslichen Pflege den Vorrang ein. Der Grundsatz der Leistungsträger lautet im Einklang mit dem mehrheitlichen Interesse der älter werdenden Menschen: „ambulant vor stationär“ in der Versorgung. Die Pflegeversicherung fördert insbesondere Leistungen diese die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn stärkt. Der Umfang dieser Leistungen richtet sich individuell nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Abb. 33: Orientierungswerte für bestehenden und künftigen Bedarf der Pflegegeldempfänger*innen (Pflege in der Häuslichkeit) im Rems-Murr-Kreis und seinen Mittelbereichen von 2020 bis 2035



Quelle: Vorausberechnung der Sozialplanung Senioren Rems-Murr-Kreis, Datenbasis: „Pflegestatistik 2019“ StaLa

In der häuslichen Pflege erhält die zu pflegende Person von der Pflegekasse eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen je nach Pflegegrad zuzüglich eines Entlastungsbetrages. Der Entlastungsbetrag kann für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach §45 SGB XI genutzt werden. Außerdem zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen, die wegen der Pflege nicht mehr oder in verminderter Form erwerbstätig sind und einen Pflegebedürftigen in seinem häuslichen Bereich pflegen. Pflegebedürftige Personen haben zudem Anspruch auf bis zu vier Wochen Ersatzpflege für den Fall, dass die ehrenamtliche Betreuungsperson, durch Urlaub oder Krankheit vorübergehend ausfällt.

Alle Pflegesparten sind mit Ausnahme der vollstationären Versorgung in Einrichtungen auf die Unterstützung durch häusliche Pflege angewiesen. Sie funktionieren nur in Kombination durch die Mithilfe von Verwandten, Freunden und Ehrenamtlichen Helfern und bilden 80 % des realen Pflegebedarfs ab. Die in der Vergangenheit erfolgte Fokussierung auf (teil-) stationäre Pflegeeinrichtungen leitet sich durch deren Sichtbarkeit und Konzentration von pflegebedürftigen Menschen ab. Sie übersieht jedoch die Verhältnismäßigkeit in der Bewältigung des Pflegeaufkommens. Um den Menschen die in der häuslichen Tätigkeit „tätig“ sind und denen die Sie pflegen gerecht zu werden, ergreift der Landkreis zahlreiche Maßnahmen um diesen Personenkreis zu entlasten und zu unterstützen. Zu diesen Maßnahmen zählen die Fortsetzung der Quartiersentwicklung, die Weiterentwicklung und Förderung ehrenamtlicher und digitaler Netzwerke, Nachbarschaftshilfen sowie Maßnahmen des Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Darüber hinaus tritt die gesamte Kreisverwaltung des Rems-Murr-Kreis in Gremien, Fachausschüssen und politischen Tagungen dafür ein, dass auf Ebene von Land und Bund die Gesetzgebung dahingehend verändert wird, dass eine signifikante Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege zeitnah umgesetzt wird. Nur unter dieser Prämisse und durch angemessene, sowohl finanzielle als auch soziale Wertschätzung pflegender Angehöriger und professioneller ambulanter Pflege können die Herausforderungen des demografischen Wandels im Rems-Murr-Kreis bewältigt werden.

Handlungsempfehlungen zur Begegnung des Demografischen Wandels sowie des drohenden Pflegenotstands:

- Der Landkreis stellt Orientierungswerte für den Pflegebedarf im Rems Murr Kreis und den Mittelbereichen bereit
- Der Landkreis berät und begleitet die Städte und Gemeinden beim bedarfsgerechten Ausbau von Angeboten der Pflege
- Der Landkreis begleitet die Städte und Gemeinden beratend beim Bau und Weiterentwicklung von inklusiven Quartieren
- Kommunen und Landkreis als öffentliche Träger von Pflegeeinrichtungen: Der Landkreis erarbeitet bei Bedarf ein Konzept für ein Investitionsmodell: Kommunen und/oder der Landkreis betreiben als öffentliche Träger Pflegeeinrichtungen
- Der Landkreis unterstützt die Kreiskliniken bei der Umsetzung der Übergangspflege, um Behandlungspflege zu gewährleisten, Übergang in Dauerpflege zu vermeiden und die nachfolgende Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen
- Der Landkreis prüft die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Beratungsangebotes für Menschen über dem 65. Lebensjahr
- Der Landkreis prüft in Zusammenarbeit mit den Kommunen die Möglichkeiten zur Refinanzierung und Etablierung von Fachstellen in den Verwaltungen zur kommunalen Quartiersentwicklung sogenannte: „Kommunale Kümmerer“
- Koordination der generalistischen Pflegeausbildung: hierdurch gewinnt der Rems- Murr- Kreis als attraktiver Arbeitsstandort mehr Auszubildende und Quereinsteiger. Der Landkreis initiiert und koordiniert darüber hinaus einen Verbund zur Pflegeausbildung

3.8. Informations- und Beratungsangebote

3.8.1. Pflegestützpunkt Rems-Murr-Kreis

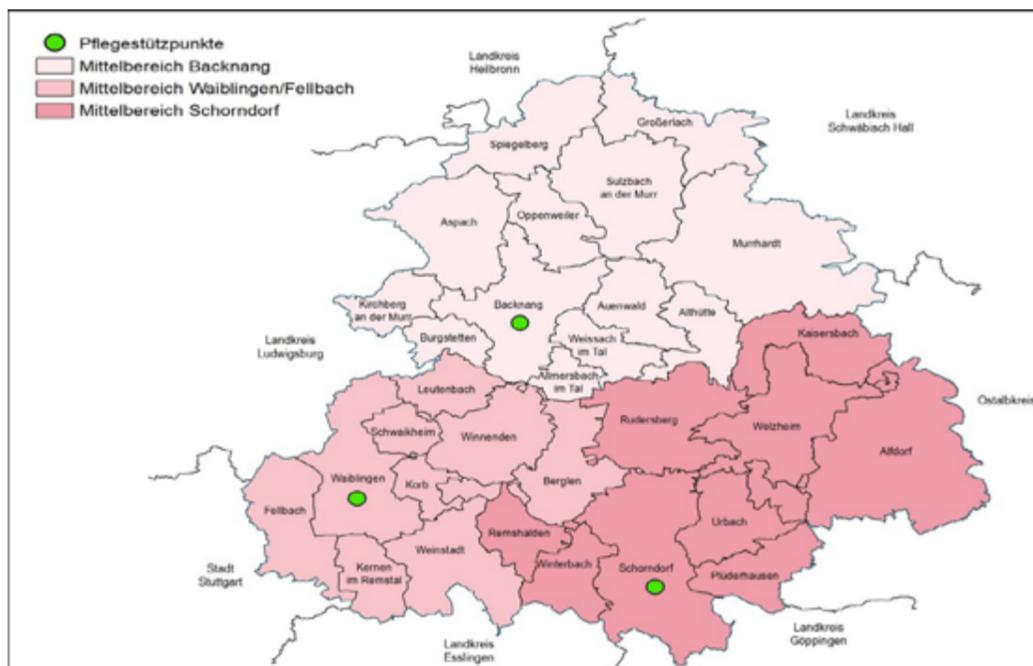
Die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kommunalen Landesverbände haben einen Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs.6 SGB XI in Baden-Württemberg geschlossen. Das Einigungsergebnis der Rahmenvertragspartner über den Ausbau der Pflegestützpunkte nach § 7 c Abs.1 a sieht vor, dass in Baden-Württemberg weitere Vollzeitstellen geschaffen werden können. Die Rahmenvertragspartner haben sich im Rahmen des Ausbaus der Pflegestützpunkte auf eine Stellenanzahl von 203,55 Vollzeitkräften geeinigt. Bei der Vereinbarung der Gesamtstellenzahl wurden die Einwohnerzahl, die Altersstruktur und die Einwohnerdichte sowie ein Mindestausbau von einer Vollzeitkraft je Stadt- und Landkreis als Parameter berücksichtigt. Für den Rems-Murr-Kreis ergibt sich eine Gesamtzahl von 8 Vollzeitkräften.

Die Mitarbeitenden kommen aus den Fachbereichen der Sozialen Arbeit, der Gesundheits- und Krankenpflege/Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege. Alle Mitarbeitenden haben die Weiterbildung zum Pflegeberater*innen § 7a SGB XI absolviert und verfügen über mehrjährige Berufserfahrung.

Der Sozialausschuss beschloss im Mai 2019 den Ausbau des Pflegestützpunktes Rems-Murr-Kreis in drei Schritten.

- Eröffnung Außenstelle in Backnang zum 01.12.2019 mit 1,5 Vollzeitäquivalente auf 01.10.2020 auf 2,5 Vollzeitäquivalente
- Eröffnung Außenstelle Schorndorf zum Oktober 2020 mit 2,5 Vollzeitäquivalente. Geplant war die Eröffnung zum 01.07.2020, was durch die pandemische Lage verschoben werden musste.
- Der bereits bestehende Pflegestützpunkt in Waiblingen wurde ab 01.09.2020 auf 3 Vollzeitäquivalente erweitert.

Abb. 34: Mittelbereiche und Standorte des Pflegestützpunkt Rems Murr Kreis



Bei der Planung der Kapazitäten wurden die drei Mittelbereiche Schorndorf, Backnang und Waiblingen anhand der Einwohnerzahlen berücksichtigt. Aufgrund der Heterogenität der Siedlungsstruktur des Kreises sind in den Mittelbereichen Backnang und Schorndorf jedoch vergleichsweise weitere Wege zurückzulegen. Dies wurde in der Gesamtbewertung der personellen Ausstattung ebenfalls mit bedacht.

Zusätzlich wurden 2021 im September in Welzheim und im Oktober in Murrhardt Außensprechstunden etabliert. Dadurch soll auch in diesen Bereichen eine niederschwellige und wohnortnahe Beratung ermöglicht, und lange Anfahrtswege für Ratsuchende vermieden werden. Die Außensprechstunden finden zweiwöchentlich statt und können ohne vorherige Anmeldung beansprucht werden.

Der Pflegestützpunkt unterstützt maßgeblich das Ziel des „lebenswerten Landkreises“ mit dem Amtsziel: „Die wohnortnahe und individuelle Beratung pflegebedürftiger und demenzbetroffener Menschen wird gestärkt und weiter ausgebaut.“

Die Maßnahmen hierzu „Beratungsfrequenz des Pflegestützpunkts durch weiteren Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung steigern“ werden vollumfänglich umgesetzt. Kennzahlen hierbei sind die durchgeführten Beratungsgespräche, Netzwerkveranstaltungen und Hausbesuche.

Unter Berücksichtigung der pandemischen Lage veränderten sich die Beratungssettings im Pflegestützpunkt. Nur unter strenger Einhaltung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen konnten die Beraterinnen und Berater persönliche Kontakte mit den Ratsuchenden wahrnehmen, da es sich bei den Bedürftigen um eine besonders vulnerable Gruppe handelt.

Dies muss Berücksichtigung bei der Auswertung der Zahlen für 2020 und 2021 finden.

Die aktuelle Situation stellt sich wie folgt dar:

- 2021 wurden insgesamt 4835 Beratungen im Pflegestützpunkt geführt, davon 3181 anonyme oder Kurzberatungen
- Im Vergleich 2019 konnten 1661 Beratungen durchgeführt werden.

Die Beratungsanzahl von im Jahr 2019 konnte um beinahe 200 % gesteigert werden.

- Die Beratungen zu den Leistungen nach dem SGB XI sind bei den inhaltlichen Themen stark gefragt, genauso wie die Beratungen zu den ambulanten Betreuungs- und Pflegeleistungen.
- In 274 Fällen wurden Hausbesuche im häuslichen Umfeld der Ratsuchenden durchgeführt. In 2019 waren es 190 Hausbesuche.

Exkurs: Erfahrungsbericht aus dem Pflegestützpunkt

Weitere Zunahme von Fällen mit Beteiligung von Sozialamt, Eingliederungshilfe, Betreuungsbehörde etc. Dies lässt den Rückschluss zu, dass bei „kniffligeren“ Fällen der Pflegestützpunkt angefragt wird.

- Durch schnelles Entlassungsmanagement kommen Patienten vermehrt nach Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege oder müssen durch Familienangehörige überbrückend zuhause gepflegt werden. Die Beratung, ob danach eine dauerhafte häusliche Versorgung möglich ist, sich eine Reha Maßnahme anschließen kann oder eine Dauerpflege im Pflegeheim erforderlich wird, wird häufig von Angehörigen angefragt.
- (Plötzliches) Wegbrechen der Pflegeperson durch Krankheit, Tod erfordert kurzfristige Lösungen durch Einbindung von Pflegeanbietern. Trotz guter Vernetzung des Pflegestützpunktes ist es oftmals sehr erschwert, kurzfristig verfügbare Leistungsanbieter zu finden (v.a. Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste).
- Fokussierung der Pflege auf nur einen pflegenden Angehörigen, ohne Unterstützungssysteme und ohne Alternative bei Verhinderung, Pflegealternativen müssen gesucht werden.
- Fehlende Pflegepersonen, da die „Sandwichgeneration“ noch mit Familiengründung, Kinderbetreuung beansprucht ist und daher die Pflege der Elterngeneration neben der Berufstätigkeit nicht übernommen werden kann.
- Teilstationäre Angebote oder Pflegedienstleistungen müssen koordiniert und deren Finanzierung mit überlegt werden. Das aufgrund der beruflichen Mobilität und gesellschaftlichen Veränderungen zunehmend erforderliche „Distance Caregiving“ kommt natürlich schneller an die Grenze, als die Möglichkeit Unterstützung der Angehörigen vor Ort Zunahme der komplexen Pflegesituationen bei Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Problemlagen und stark erhöhtem speziellen Pflegeberatungsbedarf.
- Durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II mit verbesserten, aber auch diffizileren Versorgungsmöglichkeiten, hat die Beratungszeit zugenommen.
- Durch die daraus resultierende Änderung der Pflegebegutachtung haben nun vermehrt auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen die Chance, ein Pflegegrad zu erhalten, und dadurch auch Anspruch auf Beratung im Pflegestützpunkt.
- Inanspruchnahme der Beratungen nach § 7 a Abs. 3 SGB XI, als lebensweltorientierte, standardisierte, strukturierte Beratungsform
- Grundsätzlich zu wenig Kapazitäten an Pflegeanbietern (ambulant/teil- und voll stationär), so dass oftmals passende Lösungen nicht sofort umgesetzt werden können.

3.8.2. Demenzfachberatung

Demenz ist eng mit dem Älterwerden verbunden, die demografischen Zusammenhänge sind hinlänglich bekannt und ein zukünftig deutlicher Anstieg von Menschen mit Demenz wird prognostiziert.

Der Rems Murr Kreis ist seit nunmehr 20 Jahren mit der Fachberatung Demenz dabei, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu erfassen, entsprechende Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen. Die Demenzfachberatung ist organisatorisch als Teil der Sozialplanung im Landratsamt eingebunden und beschäftigt sich daher mit strategischen Fragestellungen und Lösungsansätzen. Die

Zielsetzung ihrer Arbeit orientiert sich konkret an der Verbesserung der Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit kognitiven Veränderungen.

Denn trotz aller Defizite, mit denen ein Mensch durch die Diagnose Demenz konfrontiert wird, bleibt er immer noch eine Person mit den gleichen Bedürfnissen wie Menschen ohne Demenz, auch wenn er auf Hilfe angewiesen ist. Dementsprechend gilt es zu prüfen, wie das Leben zu Hause, im Kreis der Angehörigen, in der Gemeinde oder Stadt, aber auch mit Hilfe professioneller Dienstleistungen gelingen kann, damit Menschen mit Demenz weiter einfach „dazugehören“.

Handlungsfelder und Lösungsansätze

Die Analyse der Herausforderungen zur Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit Demenz kommt zu folgenden allgemeinen Lösungsansätzen:

- Einer Stigmatisierung von Menschen mit Demenz muss weiter entgegengewirkt werden. Daher muss die Aufklärung der Öffentlichkeit über das, was unter Demenz verstanden wird, und die Sensibilisierung dazu, mit welcher Haltung Menschen mit Demenz begegnet werden sollte, weiter betrieben werden. Mit öffentlichen Vorträgen und Informationsveranstaltungen trägt die Demenzfachberatung Ihren Teil zur Sensibilisierung der Einwohnerschaft bei.
- Menschen mit Demenz brauchen Strukturen, die das Zusammenleben im Quartier, in der Gemeinde und in der Stadt inklusiv fördern und gestalten. Daher sind weitere, nachhaltige Initiativen auf dem Weg zu „demenzaktiven Quartieren/Kommunen“ in den Städten und Gemeinden im Rems-Murr-Kreis notwendig. Die Demenzfachberatung setzt hier gezielt Impulse, berät und begleitet die Kommunen und Institutionen bei der Umsetzung.
- Eine gesicherte Diagnose „Demenz“ eröffnet dem Betroffenen Zugang zum sozialen Sicherungssystem u. a. im Bereich der Pflegeversicherung. Die Optimierung in den Bereichen der medizinischen (Differential-)Diagnostik und Therapie scheint erforderlich. Durch fachbezogene Netzwerkarbeit, Moderation und Initiierung thematischer Arbeitskreise wirkt die Demenzfachberatung nach ihren Möglichkeiten auf die Verbesserung im Bereich Diagnostik und Therapie hin. Im Bereich der Einzelfallberatung im Vor- und Umfeld von Pflege kooperiert die Demenzfachberatung mit dem Pflegestützpunkt Rems-Murr-Kreis und weiterer Beratungsangebote.
- Der Rems-Murr-Kreis verfügt über ein gutes und nahezu flächendeckendes Angebot zumeist ehrenamtlich getragenen Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Der Erhalt, der weitere Ausbau und die Förderung dieser Angebote sowie die Sicherstellung der Qualität anerkannter Angebote sind dabei das Ziel. Die Arbeit Ehrenamtlicher Bürgerschaftlich Engagierter/Tätiger in diesem Bereich gilt es weiter zu erhalten und zu fördern.
- Menschen mit Demenz und deren Angehörigen stehen eine Vielzahl an Wohnformen im Landkreis zur Verfügung, neue Wohnformen wie z. B. Demenzwohngemeinschaften gibt es jedoch noch nicht. Initiativen zu Angeboten neuer Wohnformen sind daher wünschenswert, ebenso die Förderung von Maßnahmen zum Verbleib in den eigenen vier Wänden durch Wohnraumanpassung, Lösungen zur Verbesserung von Sicherheit und Kompetenz sowie Einbindung von Familie, Nachbarn, sozialer Dienste etc. Kommunen, Investoren und Institutionen, die sich mit dem Ausbau alternativer Wohnformen für Menschen mit Demenz beschäftigen steht die Demenzfachberatung als ergänzende Beratungsstelle zur Verfügung.

- Demenz ist die häufigste Ursache, um im Verlauf der Erkrankung und des Voranschreitens der kognitiven Veränderungen pflegebedürftig zu werden. Wenn die Pflege und Versorgung Zuhause nicht mehr möglich ist, sind stationäre Pflegeheime und spezialisierte Wohnbereiche eine zumeist gute Alternative.
- Die Sicherung qualitativ guter Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist allerdings vor dem Hintergrund des aktuellen (Fach-)Personalmangels gefährdet. Träger von Pflegeeinrichtungen sind in ihrer Führung und Leitung dennoch weiterhin verantwortlich für die Sicherung qualitativer Standards für Pflege und Betreuung und die Sorge um ihre Mitarbeiter. Die Politik muss dafür Sorge tragen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen und die Finanzierbarkeit zu ermöglichen.

Alle Handlungsfelder und Lösungsansätze folgen der Überzeugung, dass ein Leben mit Demenz mit guter Lebensqualität und Wohlbefinden prinzipiell möglich ist und zwar für die Menschen, die von Demenz betroffen sind, als auch für diejenigen, die sie unterstützen und begleiten.

3.8.3. Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis

Die Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis gehört zur Stabstelle Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt und ist Anlaufstelle für Menschen, die sich für Selbsthilfe sowie die Gründung einer Selbsthilfegruppe interessieren.

Selbsthilfegruppen sind inzwischen neben ambulanter und stationärer Versorgung, Beratung, und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, eine wichtige Säule im Gesundheitswesen. Diese bieten einen geschützten Rahmen für Gleichbetroffene und deren Angehörige um sich auszutauschen und soziale Kontakte aufzubauen.

Die Mitarbeiter*innen informieren über bestehende Selbsthilfegruppen, unterstützen bei Gruppengründungen, beraten zu organisatorischen und finanziellen Fragen der Selbsthilfe sowie zu Öffentlichkeitsarbeit und Mitgliederwerbung.

Die Beratung ist kostenfrei und - auf Wunsch - anonym.

Bislang sind über 100 Selbsthilfegruppen- und Initiativen für den Rems-Murr-Kreis registriert.

Im Gesundheitswegweiser des Rems-Murr-Kreis sind Selbsthilfegruppen und gesundheitsbezogene Beratungsstellen sowie fremdsprachige Gesundheitsangebote mittels Online-Datenbank abrufbar:

Homepage: www.gesundheit-rmk.info

Kontakt: selbsthilfe@rems-murr-kreis.de

3.8.4. Krisen-, Klärungs- und Vermittlungsdienst (KKV-Dienst) für psychisch kranke Menschen im Rems-Murr-Kreis

Mit dem Krisen-, Klärungs- und Vermittlungsdienst für psychisch kranke Menschen – getragen vom Gesundheitsamt des Landratsamts und den beiden Trägern des Sozialpsychiatrischen Dienstes – wurde eine Lücke im Hilfesystem für psychisch kranke Menschen geschlossen. Die Hilfe des KKV-Dienstes soll diejenigen psychisch kranken Menschen erreichen, die sich in einer krisenhaften Entwicklung befinden, jedoch nicht in der Lage sind, von sich aus Hilfe zu holen, zum Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen.

Beim Krisen-, Klärungs- und Vermittlungsdienst können sich all jene Menschen melden, die auf die Notlage einer psychisch kranken Person aufmerksam machen möchten.

Die Mitarbeiter des Dienstes kontaktieren die erkrankte Person, werben bei ihr um Vertrauen und Kooperation, versuchen sie zu beraten und geeignete Hilfe zu vermitteln. Auf diese Weise soll einer Verschlimmerung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen entgegengewirkt und Zwangsmaßnahmen vermieden werden.

3.8.5. Weiterentwicklung passgenauer Beratungsstrukturen im Rems-Murr-Kreis

Im höheren Lebensalter wächst die Gruppe von Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und körperliche Komorbidität. Fachliche Schätzungen gehen von ca. 25% der Menschen über 65 Jahre aus, die zum Teil gravierende Einschränkungen der psychischen Gesundheit (Demenz, Depressionen, Ängste) haben. Rückzugstendenzen, Vereinsamung, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch können mögliche Folgen sein. Oftmals gestaltet sich eine Alltagsbewältigung dann zunehmend schwierig. Betroffene verlieren den Kontakt zu Familie und Freunden und können nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

Im Rems-Murr-Kreis wurde von zahlreichen Einrichtungen und Diensten, Bedarfe für gerontopsychiatrische Beratung und Begleitung gemeldet, die derzeit nicht gedeckt werden können. Bisher gibt es im Landkreis kein niedrigschwelliges Beratungs- und Unterstützungsangebot für den Personenkreis der älteren Menschen, die im Alter psychisch erkrankt sind.

Um diesen Bedarf adäquat darstellen zu können haben die Sozialplanung und das Gesundheitsamt gemeinsam eine entsprechende Erhebung durchgeführt und alle relevanten Akteure (Beratungsstellen, freie Träger, Amtsgericht, Pflegestützpunkt, Kreisseniorerrat u.v.m.) nach dem jährlichen Anfragen für diesen Personenkreis befragt.

Die Auswertung der Rückmeldungen der etablierten Beratungs- und Anlaufstellen des Landkreises ergab eine Anzahl sozial-psychiatrischer Beratungsanfragen von ca. 680 Anfragen pro Jahr. Im Austausch mit vergleichbaren Beratungsangeboten in Nachbarlandkreisen und der Expertise von Fachleuten wurde dieser Wert ebenfalls als valide für den Rems-Murr-Kreis eingeschätzt.

Die Sozialplanung macht sich in Kooperation mit dem Amt für Soziales und Teilhabe und dem Gesundheitsamt gemeinsam auf den Weg, die Umsetzbarkeit über ein solches Beratungsangebot zu sondieren.

In einer ersten Implementierung eines sozial-psychiatrischen Beratungsangebotes für Menschen im Rentenalter könnte der Fokus auf akuter Krisenbegleitung, Vermittlung akkurater Hilfen sowie Beratung und Einordnung herausfordernder Verhaltensweisen sein.

Ein solcher Dienst muss folgende Hilfen anbieten können:

- Unterstützung im Alltag
- offenes Ohr für Probleme
- Suche nach Lösungsmöglichkeiten für Probleme
- Klärung von Fragen der Tagesgestaltung
- Krisenbegleitung
- Vermittlung von pflegerischen, hauswirtschaftlichen, ärztlich-therapeutischen oder anderen Unterstützungsangeboten
- Beratung der Angehörigen
- Unterstützung bei der Suche nach Entlastungsangeboten
- Leiten von Angehörigengruppen

Viele dieser Unterstützungsangebote müssen aufsuchend stattfinden, einige werden bereits durch andere Beratungsstellen des Kreises abgedeckt, jedoch nicht für Menschen im Rentenalter.

Solch ein sozialpsychiatrischer Dienst soll Senioren*innen im Alltag unterstützen und ihnen pflegerische, hauswirtschaftliche, ärztlich-therapeutische oder andere Unterstützungsangebote vermitteln. Entscheiden sind dabei Fachkenntnisse über psychiatrische Erkrankungen sowie deren Symptome und Diagnostik.

Ziel des geplanten Beratungsangebotes Arbeitstitel: „SpDi65+“ muss es sein, den Betroffenen ein möglichst selbstständiges Leben zu erhalten, das Befinden zu verbessern und ihre Lebensqualität zu steigern und letztendlich ein Verbleiben in der eigenen Wohnung sowie im Wohnumfeld möglichst lange zu ermöglichen.

4. Generalistische Pflegeausbildung

4.1. Einführung in die Generalistik

Seit 2020 wurde in der professionellen Pflege durch das vereinheitlichende Pflegeberufegesetz (PflBG) ein neues Kapitel aufgeschlagen. Das Gesetz regelt neben den beruflichen Rahmenbedingungen auch die Voraussetzungen für eine einheitlich zusammenfassende pflegerische Grundausbildung – die generalistische Pflegeausbildung.

Die generalistische Pflegeausbildung ist ein Meilenstein in der Entwicklung eines modernen und kompetenten Pflegeberufes, indem sie zum ersten Mal die drei ehemals bekannten Ausbildungsberufe aus der Kinder-, Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege im Rahmen einer Grundausbildung standardisiert und nach Ausbildungsende eine Arbeit in jedem Versorgungsbereich ermöglicht. Die Ausbildung erfüllt nicht nur die verbindliche Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments, sondern ist hiermit durchaus dem demografischen Wandel gewachsen, welcher bis heute eine der am häufigsten diskutierten Kontroversen im deutschen Bundestag darstellt.

Die Pflegeberufereform

Dem demografischen Wandel geschuldet, bedurfte es einer grundlegenden Auseinandersetzung mit der bisherigen Anerkennung professionell Pflegender und einer zugleich damit einhergehenden Pflegeberufereform in Deutschland. Die Reform verfolgte mit der Umsetzung der o. g. Richtlinie das Ziel, eine Basis zu bilden, welche für eine nachhaltige Pflegefachkräfteentwicklung am Standort Deutschland in der Zukunft steht. Diese beinhaltet unter anderem die Unterstützung für die an der Grundausbildung beteiligten Akteure und gleichzeitig aber auch die Anforderung an diese, die nötigen Rahmenbedingungen zu erbringen.

Laut aktuellen Zahlen des BARMER-Pflegereport 2021⁸⁶ steigt die Zahl der Pflegebedürftigen (in Pflegegrad 1-5) von 4,6 Mio. in 2020 auf 5,9 bis 6,0 Mio. in 2030 sprunghaft an, während gleichzeitig bis 2030 mit einem bundesweit zusätzlichen Gesamtbedarf an 510.000 dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften gerechnet wird.

Unter dem Aspekt der in der Zukunft zu erwartenden Renteneintritte noch berufstätiger Pflegefachkräfte, gewinnt die Fachkräfteentwicklung und Sicherung vor Ort im Pflegesektor eine somit noch bedeutungsvollere Rolle. Diese, für die Pflegebranche grundsätzlich zukunftsweisende Gesetzesreform wurde auch in der Fachpraxis kontrovers diskutiert.

Kritische Stimmen warnten damals im Bundestag davor, bei einer Vereinheitlichung der bisherigen Ausbildungen, Spezialwissen in der Alten- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu verlieren. In der Folge seien zukünftige Pflegefachkräfte nicht ideal auf die Arbeit mit der jeweiligen Zielgruppe vorbereitet.

⁸⁶ [BARMER-Pflegereport 2021 Grafik 1 und 2](#)

Ebenfalls wurde befürchtet, dass es im Zuge der Pflegeberufereform mit einer generellen Neuausrichtung der Ausbildung, zu einer Abwanderung aus der Altenpflege in den akutstationären Versorgungsbereich kommt, was den Pflegefachkräftemangel in der Altenpflege erheblich zuspitzen würde.

Dem entgegen stand die Argumentation, dass bisherige sowie zukünftige Absolventen erstmals per Gesetz Kompetenzen zugesprochen bekommen, welche zulassen, sich schnell in die vielfältigen Einsatzbereiche der Pflege einzuarbeiten. Damit verbunden sind Tätigkeiten, welche fortan nur den Pflegefachkräften vorbehalten sind (z. B. Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs sowie die Analyse, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege).

Die in der Grundausbildung erfolgenden Einsätze fördern ein umfassenderes Verständnis der medizinisch-pflegerischen Versorgung, als dies durch die zuvor getrennten Pflegeausbildungen geschehen ist. Modellhafte Erprobungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe⁸⁷ zeigten, dass die gemeinsamen Anteile der in allen drei Ausbildungen zuvor vermittelten Fachinhalte zwischen 80 % und 90 % lagen.

Durch diese breit angelegte Kenntnisvermittlung innerhalb der Grundausbildung sind angehende Pflegefachkräfte nun auch in der Lage, während ihrer beruflichen Karriere einfacher zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu wechseln, was das Ziel eines langfristigen Verbleibs im Beruf unterstützt. Insgesamt überwiegen die argumentierten Vorteile der neuen Grundausbildung den Nachteilen.

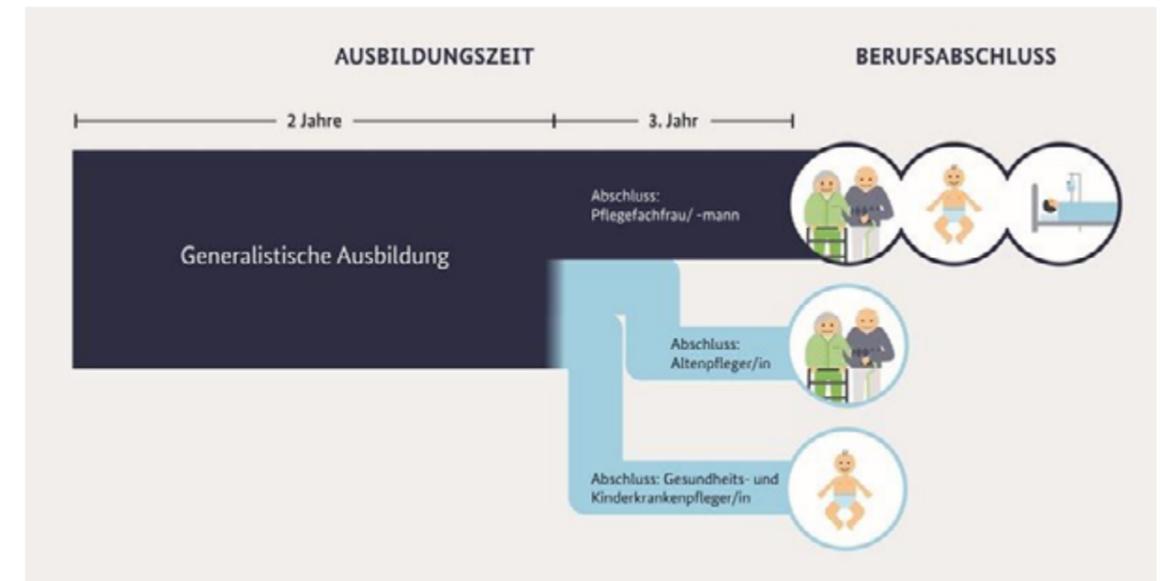
Das neue Format der generalistischen Ausbildung in der Pflege

Nach einer ausführlichen Debatte eines Für und Wider durch Politik und Praxis, wurde das Pflegeberufereformgesetz am 22.06.2017 durch den Bundestag verabschiedet und trat zum 01.01.2020 mit einem Kompromiss in Kraft. Mit Verabschiedung des Pflegeberufegesetzes durch den Bundestag stand fest, dass neben einer generalistischen Ausbildung mit EU-weiter Anerkennung zwischen zwei zusätzlichen Ausbildungswegen über ein sog. Wahlrecht entschieden werden kann. Das Wahlrecht umfasst dabei entweder eine Vertiefung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege und wird im letzten Ausbildungsdrittel praktisch umgesetzt.

Bei Auswahl einer Vertiefung kann ausschließlich im gewählten Bereich ohne zusätzliche EU-weite Anerkennung gearbeitet werden (vgl. Abb. 35 Ausbildungswege in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)).

⁸⁷ Pflegeausbildung in Bewegung Abschlussbericht

Abb. 35: Ausbildungswege in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz



Quelle: BMFSFJ, 2022

Inwieweit die angebotenen Vertiefungen in der pflegerischen Grundausbildung in Zukunft eine Rolle spielen, ist der nun kommenden Generation an Auszubildenden in den nächsten Jahren überlassen. Wie viele Personen schlussendlich einen der Sonderwege wählen und diese dadurch als attraktiv zu bewerten sind oder nicht, kann erst in den nächsten Jahren beurteilt werden. Auf Bundesebene sind bereits Evaluationen geplant.

Das nun bestehende Pflegeberufegesetz legt fest, dass alle zukünftigen Pflegefachkräfte dieselbe Grundausbildung durchlaufen. Grundsätzlich richtet sich diese nach den aufgelisteten fünf Pflichteinsatzbereichen aus sieben Anlagen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)⁸⁸.

Diese sind im Folgenden:

- stationäre Langzeitpflege (LZP)
- ambulante Akut-/Langzeitpflege (AD)
- stationäre Akutpflege (KH)
- pädiatrische Versorgung (Pädiatrie; Versorgung von Kindern und Jugendlichen)
- psychiatrische Versorgung (Psych.)

Dabei haben die ersten vier Bereiche in den ersten beiden Ausbildungsdritteln sowie der letzte Bereich im letzten Ausbildungsdrittel zu erfolgen. Sofern vom Wahlrecht Gebrauch gemacht wird, erfolgt der letzte Bereich schwerpunktmäßig im gewählten Vertiefungsbereich.

⁸⁸ Anlage 7 PflAPrV

Folgen der gesetzlichen Änderungen für die Pflegeausbildung

Auf Basis des Pflegeberufegesetz und der der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe ergeben sich daher ganz neue gesetzliche Herausforderungen für alle pflegerischen Versorgungsbereiche und die dort beschäftigten Pflegefachkräfte. Unter der Betrachtung eines Mangelberufs, vor allem in Pandemiezeiten, wirkt der Sachverhalt noch dramatischer. Mit Arbeitsgruppe 1 „Ausbildungsoffensive Pflege“, der konzertierten Aktion Pflege⁸⁹ (KAP), begann die Bundesregierung in der vergangenen Legislaturperiode für bessere Ausbildungsbedingungen und mehr Nachwuchs in der professionellen Pflege zu sorgen. Gesamtziel der konzertierten Aktion Pflege war die Stärkung der Attraktivität der Pflege durch mehr Pflegepersonal, eine Aufwertung des Pflegeberufes durch mehr Verantwortung sowie die Schaffung besserer Arbeitsbedingungen und Entlastung der beruflich Pflegenden.

Arbeitsgruppe 1 setzte sich zum Ziel, eine Steigerung der bisherigen Auszubildendenzahlen um 10 % im Bundesdurchschnitt bis 2023 gegenüber dem Referenzjahr 2019 zu erreichen, um den o. g. Fachkräftebedarf sicherzustellen.

Die wohl bekannteste Aktion der Arbeitsgruppe 1 war unter dem Namen „Ausbildungsoffensive Pflege“ bekannt, welche mit der Werbekampagne „Mach Karriere als Mensch!“ Insgesamt 111 flankierende Maßnahmen ab 2019 umsetzte bzw. zum Zeitpunkt dieser Berichterstellung bis Ablauf des Jahres 2023 umsetzt.

Beispiele für bisherig umgesetzte Maßnahmen waren die bis Ende 2021 bestellbaren Kampagnenmaterialien zur Bewerbung der Grundausbildung sowie das vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) in den Ländern bereitgestellte „Beratungsteam Pflegeausbildung“, welche nach wie vor maßgeblich an der Umsetzung der Pflegeberufereform vor Ort beteiligt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legte im August 2021 den zweiten Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 vor⁹⁰.

Aus diesem geht zwar hervor, dass es in 2020 im Vergleich zum schulischen Vorjahr 2019/2020 bundesweit 1.176 Neueintritte in die Pflegeausbildung gab, jedoch in Baden-Württemberg die Anzahl an Neueintritten im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 537 Neueintritte zurückging.

Eine Erklärung zum vorliegenden Sachverhalt gibt der zweite Bericht der konzertierten Aktion Pflege nicht. Jedoch setzen sich die Partner der Ausbildungsoffensive Pflege zum Ziel, fördernde und hemmende Faktoren für die Entwicklung der Ausbildungszahlen zu identifizieren.

Vor diesem Hintergrund wird einmal mehr verdeutlicht, dass der Bund sowie das Land bei der Umsetzung der Pflegeberufereform sowie der darin enthaltenen neuen Ausbildung nur einen Baustein darstellen, auf dessen Basis die weitere Arbeit fortgesetzt werden muss. Hier kommt den Kreisen mit ihren angesiedelten Einrichtungen eine besonders hohe Bedeutung zu. Die Grundausbildung kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn regionale Zusammenarbeit gelebt und sich den Bedürfnissen des Ausbildungsbetriebs mit hoher Aufmerksamkeit zugewandt wird.

Im zweiten Kapitel dieses Berichts wird daher ausführlicher auf die Situation im Kreis eingegangen und zur bisherigen Umsetzung berichtet.

⁸⁹ KAP Bundesregierung

⁹⁰ KAP Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5

4.2. Situation im Rems-Murr-Kreis

Mit der Einführung der Pflegeberufereform auf Bundes- und Länderebene zeichnete sich auch eine bewusste Reaktion zur Neugestaltung der Pflegeausbildung auf regionaler Ebene ab.

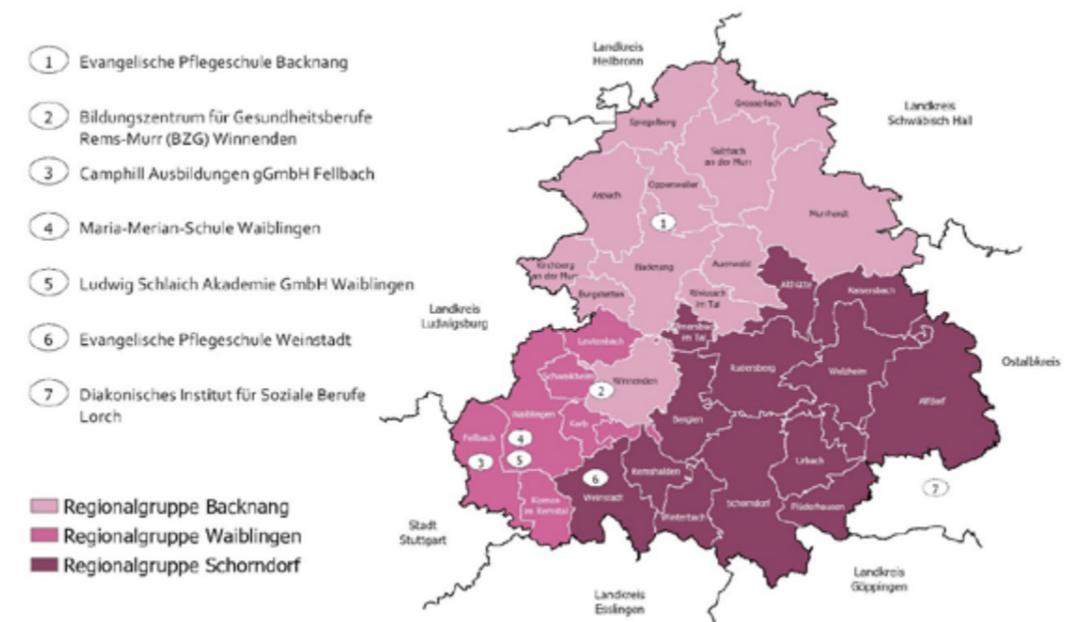
Arbeitsgruppe (AG Masterplan) der Pflegeschulen

Im Rems-Murr-Kreis schlossen sich hierfür in 2018 sieben vor Ort bestehende Pflegeschulen zu einer Arbeitsgruppe (AG-Masterplan) zusammen, welche mit unterschiedlichen Trägerhintergründen das gemeinsame Ziel der erfolgreichen Umsetzung der neuen generalistischen Pflegeausbildung einschließlich der Vermeidung eines Verlusts an Ausbildungsplätzen verfolgen.

Zum einen beteiligte sich die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Rems-Murr-Kliniken, welche auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung nach dem alten Gesetz angeboten hat und mit der Pflegeschule des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) im gemeinsamen Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (BZG) aufging. Zum anderen beteiligten sich sechs ehemalige Altenpflegeschulen, zu welchen auch eine anthroposophische Schule in Fellbach sowie die Maria-Merian-Schule als staatliche Pflegeschule gehören. Zum 01.01.2020 übernahmen die in Abbildung 2 genannten Schulen die Bezeichnung Berufsfachschule für Pflege (Pflegeschule), welche die o. g. vorherigen Bezeichnungen ablöste.

Für die Durchführung einer Standortnahmen und geregelter Akquise neuer Einrichtungen, arbeiten die Pflegeschulen in drei Regionalgruppen zusammen. Das Diakonische Institut für Soziale Berufe ist der Regionalgruppe Schorndorf zugeordnet.

Abb. 36: Standorte der Pflegeschulen nach Regionalgruppe im Rems-Murr-Kreis



Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

Die AG-Masterplan wurde mit der Niederschrift einer gemeinsamen Absichtserklärung untermauert, an welchem sich auch das Landratsamt bei Gründung durch einen vorherigen Impuls der Fachpraxis und Pflegeschulen, vertreten durch das Amt für Schulen, Bildung und Kultur mit einer zusätzlich seit dem 01.04.2020 besetzten und durch bisher Bundes- und Ländermittel geförderten Kreiskoordinationsstelle (Koordinationsstelle), beteiligt.

Mit den Ausbildungsträgern machten die Pflegeschulen auf die durch die Umsetzung der Gesetzesreform entstandenen regionalen Probleme bzgl. der praktischen Rahmenbedingungen innerhalb der Grundausbildung aufmerksam und arbeiten seither mit der Kommunalverwaltung in bereits fünf erfolgten Sitzungen der AG-Masterplan an gemeinsamen Bedarfen und damit verbundenen Lösungen.

Unter optimalen praktischen Rahmenbedingungen können im Kreis pro Jahr 250 Ausbildungsplätze angeboten werden, wenn die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen gegeben sind und zuvor identifizierte Probleme beseitigt werden.

Ausbildungszahlen im Vergleich

Laut aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamts rangiert der Rems-Murr-Kreis auf Platz 3 im Vergleich der tatsächlichen Auszubildendenzahlen im Startjahrgang 2020 nach den Stadt- und Landkreisen Stuttgart (1.) und Esslingen (2.) mit sich zum Zeitpunkt der Berichterstellung 199 in Grundausbildung befindlichen Personen in der Region Stuttgart (vgl. Tabelle 1).

Abb. 37: Pflegefachkräfte in Ausbildung in Baden-Württemberg am 31.12.2020 nach Kreiszugehörigkeit des Trägers der praktischen Ausbildung sowie der Pflegeschule, Region Stuttgart

Landkreis	Anzahl Auszubildende	Gesamtanteil in Prozent
Stuttgart	585	39,7 %
Esslingen	224	15,2 %
Rems-Murr-Kreis	199	13,5 %
Böblingen	194	13,2 %
Ludwigsburg	137	9,3 %
Göppingen	134	9,1 %
Gesamt:	1.473	100 %

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2021⁹¹

Im regionalen Vergleich stellt sich der Rems-Murr-Kreis somit als starker Ausbildungsstandort auf, welcher zum einen die pflegerische Grundausbildung fördert und zum anderen dadurch aufbauend ein kräftiges Ausbildungsinteresse zukünftiger Pflegefachkräfte ausdrückt.

⁹¹ STALA Zahlen zur Pflegeausbildung nach Stadt-/Landkreis in Baden-Württemberg

Mangel an praktischen Einsatzstellen

Zu Beginn der gemeinsamen Zusammenarbeit galt es, den Mangel an praktischen Einsatzstellen in der pädiatrischen und ambulanten Versorgung (Engpassbereiche) zu beseitigen sowie gleichzeitig eine verlässliche und einheitliche Dokumentationsstruktur für die Abbildung der Gesamtausbildung aufzubauen, bevor weitere Maßnahmen folgen konnten.

Die seit April 2020 eingesetzte Koordinationsstelle fungiert hierbei als neutrale Schnittstelle, welche seither unter Abwägung der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten auf gemeinsame Lösungen bezüglich der genannten Probleme lenkt.

Den sieben genannten Pflegeschulen stehen zum jetzigen Zeitpunkt insgesamt 117 Einrichtungen gegenüber, welche gemeinsam die Bereitstellung der praktischen Ausbildungskapazitäten in allen zuvor genannten Pflichteinsatzbereichen stemmen.

Von den 117 Einrichtungen entfallen 63 Einrichtungen auf die Langzeitpflege, 51 Einrichtungen auf Ambulante Dienste und 3 Einrichtungen auf den Bereich Krankenhaus.

Ergänzt werden diese zum aktuellen Zeitpunkt durch 48 weitere Einrichtungen im Kreis, welche den pädiatrischen Pflichteinsatz als sogenannte Einrichtungen praktischer Ausbildung (EpA) unterstützen und aus nicht originären Pflegebereichen (z.B. Kindertagesstätten) kommen. Durch die Umstellung der alten Ausbildungen auf einen einheitlichen Grundausbildungsberuf müssen wie zuvor beschrieben, alle Auszubildende auch einen Einsatz in der ambulanten sowie pädiatrischen Versorgung durchlaufen.

Zum einen war das Angebot an pädiatrischen Einsatzstellen zum Start der neuen Ausbildung 2020 nicht ausreichend, da die Rems-Murr-Kliniken die Kapazitäten für die eigenen Auszubildenden benötigten. Zum anderen waren die Ausbildungsstrukturen in der ambulanten Versorgung so schwach ausgebaut, dass auch hier eine nichtausreichende Anzahl an praktischen Einsatzstellen den insgesamt 250 Ausbildungsplätzen der Pflegeschulen gegenüberstand.

Mangel an Praxisanleiter*innen

Maßgeblich für diesen Mangel an Einsatzstellen ist einerseits die Tatsache, dass in der früheren Altenpflegeausbildung kein Einsatz in der Pädiatrie durchlaufen werden musste, andererseits die überwiegend klein organisierten ambulanten Pflegedienste über weniger zur Ausbildung befähigtes Personal (sog. Praxisanleiter*innen) verfügten, als dies der Fall in den größeren Organisationseinheiten der Versorgungsbereiche der Langzeitpflege und Krankenhaus ist.

Praxisanleiter*innen sind nach § 4 Abs. 3 PflAPrV im Rahmen von 300 Stunden berufspädagogisch Zusatzqualifizierte Pflegefachkräfte, welche von den Trägern der praktischen Ausbildung und originären Pflegeeinrichtungen nach § 7 Abs. 1 PflBG bei einer Beteiligung an der generalistischen Ausbildung i. S. v. § 6 Abs. 3 Satz 3 PflBG vorzuhalten sind. Diese müssen zudem nach o. g. gesetzlicher Regelung eine jährlich 24-stündige Fortbildungspflicht erfüllen, welche pädagogische- und berufsfachliche Inhalte umfasst.

Lösungsansätze und Maßnahmen gegen den Mangel an Praxisplätzen und Praxisanleiter*innen

Entsprechend wurden beide Engpassbereiche prioritär mit unterschiedlichen Maßnahmen durch die AG-Masterplan und die Koordinationsstelle in Angriff genommen, um das Ziel, alle potenziell besetzbaren 250 Ausbildungsplätze zu halten und einem ggf. damit verbundenen Ausbau entgegenzusteuern.

Bisher gemeinsam erfolgte Projekte sind bspw. der gemeinsame Ausbildungsnachweis der Pflegeschulen (vgl. mit einem Berichtsheft), regionalgruppenbezogene Zusammenarbeit der Pflegeschulstandorte bzgl. Engpassbereiche und die von der Koordinationsstelle durchgeführte Akquise neuer Kooperationspartner einschließlich deren Hinführung und Aufbau von Strukturen zur pflegerischen Grundausbildung.

Weitere flankierende Maßnahmen, stellen bspw. das gemeinsame Fort- und Weiterbildungsprogramm für (zukünftige) Praxisanleiter*innen der Pflegeschulen sowie Flyer bzgl. der Bewerbung der generalistischen- und ausbildungsintegrierten Pflegeausbildung (Ausbildung und Studium), einschließlich der im Kreis angebotenen Pflegehilfesausbildungen sowie eine virtuelle und interaktive Standortkarte von Ausbildungseinrichtungen, dar.

Die Pflegeschulen und die Träger der praktischen Ausbildung wurden für die Erstellung zu Arbeitsgruppen eingeladen und beteiligten sich gleichermaßen aus den unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Weitere in der Zukunft liegende Arbeitsaufträge der Koordinationsstelle ergeben sich durch die gemeinsame Zusammenarbeit in der AG-Masterplan und den Impulsen der anlassbezogenen Arbeitsgruppen. Eine zwischen den Pflegeschulen und der Koordinationsstelle kreisweit angelegte Einrichtungssuche Mitte 2020 (Ausgangssituation) aller Einrichtungen stellte diejenigen Organisationen fest, die originär ausbildeten bzw. sich grundsätzlich für ein Ausbildungsangebot in der pädiatrischen Versorgung eigneten. Alle dadurch aufgefundenen Einrichtungen wurden im Nachhinein durch die Koordinationsstelle für eine Akquise angesprochen. Neben der Akquise führten die Pflegeschulen Gespräche mit ihren Trägern durch, um über deren Verbindungen zu potenziell geeigneten Einrichtungen zusätzliche pädiatrische Einsatzstellen zu gewinnen. Durch die bisherig erfolgte Zusammenarbeit zwischen Kommunalverwaltung und Pflegepraxis entstand ein partizipativer Prozess, bei dem jeder der bisher Beteiligten einen Beitrag zur nachweislichen Schließung der pädiatrischen Einsatzlücke beitragen konnte. Begleitet wurde die bisherige Arbeit durch die Corona-Pandemie, welche neben einem erheblichen Druck für alle professionellen Pflegefachkräfte im Gesundheitswesen und an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen auch zu einem begründeten und zögerlichen Verhalten der neu zu gewinnenden Einrichtungen in der Pädiatrie führte. Aufbauend auf die o. g. Einrichtungssuche in der Pädiatrie, führte die Koordinationsstelle eine Einsatzstellenabfrage (ESA) ein, welche im nächsten Abschnitt als repräsentative Umfrage in ihrer Methode und mit ihren Ergebnissen vorgestellt wird.

4.3. Methode und Ergebnisse der Einsatzstellenabfrage 2021

Die auf die Einrichtungssuche aufbauende ESA berücksichtigt seit 2021 alle Pflichteinsatzbereiche in der generalistischen Pflegeausbildung und erfasst die pro Schuljahr verfügbaren praktischen Ausbildungskapazitäten einschließlich der Praxisanleiter*innen-Kapazität im jeweiligen pflegerischen Versorgungsbereich. Dies ist insbesondere für den Bereich AD wichtig, um den dort weiterhin bestehenden Engpass an praktischen Ausbildungskapazitäten abzubauen und zukünftig, anhand der jährlichen Ergebnisse und gesetzlichen Vorgaben auszubauen.

Aus der Erfassung der Praxisanleiter*innen in allen Versorgungsbereichen kann der erforderliche Mindestbedarf an fachweitergebildeten Pflegefachkräften in der Praxisanleitung abgeleitet und den zur Verfügung stehenden praktischen Ausbildungsplätzen gegenübergestellt werden. Dies repräsentiert in Zukunft eine der wichtigsten Komponenten für eine zielgerichtete Pflegefachkräfteentwicklung.

Die ESA schafft einen Überblick über die zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehende Ausbildungsinfrastruktur und die innerhalb dieser liegenden Probleme und Hindernisse. Das Resultat der Ableitung spiegelt sich in strategischen Aufgaben wieder. Diese sind bspw. die Erhöhung der Praxisanleiterkapazitäten (gedeckt durch Refinanzierung der Ausbildung), speziell im ambulanten Dienst, der Ausbau an Einsatzstellen in den verschiedensten Einrichtungen der Pädiatrie, und die Betreuung dieser neu gewonnenen Einrichtungen wie die dort für die Ausbildung verantwortlichen Fachkräfte.

Die Teilnahme an der ESA 2021 basierte auf Freiwilligkeit und erfolgte mittels Fragebogen, welcher den Einrichtungen digital mit der Bitte zugestellt wurde, die aktuelle Ausbildungssituation vor Ort zu den folgenden Punkten zu beschreiben.

Abb. 38: Abfragebereiche der Einsatzstellenabfrage 2021

Nr.	Abfragebereich
1.	Allgemeine Daten (z. B. Adresse, Ansprechperson)
2.	Eigene, unter Ausbildungsvertrag stehende Auszubildende
3.	Anzahl der für extern zur Verfügung gestellten praktischen Einsatzplätze
4.	Praxisanleiter*innen (z. B. Anzahl, Stellen und Beschäftigungsumfang)
5.	Weitere Fragen (z. B. Gründung eines regionalen Verbundvertrags)

Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

Einrichtungen, welche sich nicht an der digitalen Abfrage beteiligten, wurden ein zweites Mal persönlich auf dem Postweg angeschrieben. Die ESA erfolgt anhand der o. g. Auflistung aller im Kreis vorhandenen Einrichtungen, welchen auf Grundlage § 7 Abs. 1 PflBG die Eigenschaft zur Durchführung der praktischen Ausbildung zugeschrieben wird. Hinzu kommen diejenigen Einrichtungen, die nach § 7 Abs. 2 PflBG als pflegefremde Einrichtungen gelten (z. B. Kindertageseinrichtungen mit U3-Gruppen und Kinderärzte) und bereits generalistische Auszubildende für einen Einsatz aufgenommen haben.

Diese Einrichtungen berichten, zumeist als Pileteinrichtungen für weitere Einrichtungen, von ihren bisherigen Erfahrungen in der Begleitung von Auszubildenden aus einem für sie bisher unbekanntem Berufsbild. Anhand der Auflistung kann gleichzeitig geprüft werden, wie viele Einrichtungen bzw. Einsatzstellen durch die Akquise der Pflegeschulen und Koordinationsstellen zum Vorjahr neu hinzugewonnen oder verloren wurden. Die letztjährige Abfrage erstreckte sich über einen Gesamtzeitraum von drei Monaten (Juni bis August) und umfasste zwei Abfragezeiträume (erster Monat

digitales- und zweiter Monat schriftliches Anschreiben) einschließlich einer Gesamtauswertung aller Rückmeldungen (dritter Monat).

4.3.1. Ergebnisse der Einsatzstellenabfrage

Durch einen Vergleich der Ergebnisse aus dem Jahr 2021 und 2020 wird deutlich, welche bisher ergriffenen Maßnahmen ausgebaut werden konnten und wo weiteres Potenzial vorhanden ist. Nachdem aus dem Ersterhebungsjahr 2020 hervorging, welche Einrichtungen im Kreis grundsätzlich ausbilden können, wurden in 2021 gezielt Einrichtungen befragt, welche bisher generalistische Auszubildende begleiteten und für die Ausbildung gewonnen werden konnten.

Nachfolgende Tabelle 3 führt hierbei die nach Pflichteinsatzbereich ausbildenden und an der Abfrage teilgenommenen Einrichtungen in Prozent auf. Ebenso werden trägereigene Auszubildende nach Teilbereich aufgeführt.

Abb. 39: Anzahl teilgenommener Einrichtungen und Trägereigene Auszubildende nach Pflichteinsatzbereich

Einsatzstellenabfrage Schuljahr 2021/2022		Trägereigene Auszubildende nach Pflichteinsatzbereich		
Pflichteinsatzbereich	Anzahl Rücklauf	Pflichteinsatzbereich	2020	2021
63 LZP, Psych. und weitere	45 (71 %)	LZP einschl. Psych.	155	77
51 AD	25 (51 %)	AD	32	7
3 KH	2 (67 %)	KH	50	49
48 Pädiatrie (ohne KH)	24 (63 %)	Psych. KH	8	6
Gesamtsumme: 165	96 Einrichtungen	Gesamtsumme:	245	139

(Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022)

Mit einer Gesamtrücklaufquote von 63 % bei ursprünglich 153 befragten Einrichtungen ergibt sich eine repräsentative Momentaufnahme der Ausbildungsinfrastruktur bei laufendem (Ausbildungs-)Betrieb unter Pandemiebedingungen. Die Anzahl der befragten Einrichtungen von der Gesamtanzahl ausbildender Einrichtungen weicht aus dem Grund ab, dass zum Zeitpunkt der Erhebung noch kein Praxiseinsatz in der Einrichtung erfolgt ist. Dies trifft überwiegend auf Einrichtungen der pädiatrischen Versorgung zu. Im Bereich der trägereigenen Auszubildenden lässt sich erkennen, dass zum Startjahr der neuen Ausbildung mehr Auszubildende angefangen haben, als im Folgejahr.

Am schwächsten ist dabei die Anzahl Auszubildender im AD ausgeprägt, im Gegensatz zu den Einrichtungen der LZP (einschließlich angebundener Psych.) und KH.

Praxiskapazitäten

Neben den trägereigenen Auszubildenden sind zusätzliche Praxiskapazitäten zu beachten, die für die Aufnahme von Trägerfremden Auszubildenden benötigt werden. Wanderbewegungen aus angrenzenden Landkreisen sowie jeweils laufende Probezeiten sind ebenso zu berücksichtigen. Nachfolgende Tabelle 4 schlüsselt die Ausbildungseinrichtungen nach Pflichteinsatzbereich auf. Die genannten Unter- und Obergrenzen definieren dabei jeweils pro Schuljahr die Mindest- und Höchstzahl

an zur Verfügung stehenden praktischen Ausbildungsplätzen für externe Auszubildende, welche für einen Pflichteinsatz in die jeweilige Einrichtung entsendet werden.

Von den Einrichtungen in der LZP werden hierbei die Einrichtungen, welche zum psychiatrischen Pflichteinsatz zugelassen sind, in Tabelle 4 (anders als in Tabelle 3) gesondert betrachtet. Zum einen, da der Pflichteinsatz Psych. erst im letzten Ausbildungsdrittel erfolgt, zum anderen aber auch der Fall besteht, dass in der Praxis entweder ein Versorger aus der stationären LZP, kombiniert mit einem Angebot für psychiatrische Erkrankungen oder eine rein psych. Einrichtung vorzufinden ist.

Abb. 40: praktische Einsatzkapazitäten Pflegeausbildung im Schuljahr 2020/2021 und 2021/2022 Rems-Murr-Kreis

Pflichteinsatzbereich	Einsatzkapazität 2020/2021		Einsatzkapazität 2021/2022		Gewinn/Verlust zum Vorjahreswert
	Obergrenze	Untergrenze	Obergrenze		
63 Einrichtungen LZP	174	46	152		- 22 ↓
51 Einrichtungen AD	101	56	138		+ 37 ↗
3 Einrichtungen KH	nicht erhoben	keine Angabe	115		nicht vergleichbar
48 Einrichtungen Pädiatrie (ohne KH)	nicht erhoben da Akquise laufend	26	73		+ 73 ↗
26 Einrichtungen Psych.	nicht erhoben	0	167		nicht vergleichbar

Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

Der Wert „Obergrenze LZP“ aus dem Schuljahr 2021/2022 wird hier als Richtwert für die noch mindestens zu erreichende Mindestanzahl an Praxiseinsatzplätzen in den vorliegenden Engpassbereichen herangezogen, um einen zeitgleichen Einsatz von drei parallel erfolgenden Jahrgängen unter angestrebter maximaler Auslastung sicherzustellen.

Die Annäherung an diesen Wert gewinnt im ambulanten und pädiatrischen Bereich deshalb an Bedeutung, da hier bezogen auf die Pädiatrie im Ausbildungsverlauf weniger Stunden erbracht werden müssen und insgesamt überwiegend kleinere Strukturen bestehen. Daraus resultierend ist in der Praxis mit teilweise wiederkehrenden und vorübergehenden Aufnahmepausen von generalistischen Auszubildenden zu rechnen.

Da die Teilnahme an der ESA auf Freiwilligkeit basiert, bildet die obenstehende Tabelle nur einen Teil der insgesamt im Kreis verfügbaren praktischen Einsatzstellen ab.

Die folgende Tabelle 5 führt die derzeitige Situation in Bezug auf vorhandene bzw. noch zu entwickelnde Praxisanleiter*innen auf, die die originären pflegerischen Versorgungsbereiche obligatorisch aufgrund von § 18 Abs. 1 Punkt 3 i. S. v. § 4 Abs. 3 PflAPrV benötigen. Benötigen in der Hinsicht, dass durch die

Bereitstellung von Praxisanleiter*innen auch dauerhaft praktische Einsatzplätze bereitgestellt werden können und die damit o. g. Anforderung von 10 % Praxisanleitung entsprechend der individuell pro Auszubildende geplanten Stunden gewährleistet werden kann.

Um die dauerhafte Anzahl benötigter praktischer Pflichteinsatzstellen zu gewährleisten muss sichergestellt werden, dass auch in Zukunft eine ausreichende Anzahl an Praxisanleiter*innen je Teilbereich existiert. Es wurden daher in 2021 die folgenden drei Bereiche voneinander abgegrenzt:

1. Anzahl der Praxisanleiter*innen nach Versorgungsbereich
2. Anzahl der in einer Weiterbildung zur Praxisanleitung befindlichen Pflegefachkräfte
3. Anzahl der von den Betrieben benötigten Weiterbildungsplätze in 2021

Abb. 41: Situation der Praxisanleitung im Rems-Murr-Kreis

Anzahl der Praxisanleiter*innen nach Versorgungsbereich		In einer Weiterbildung befindliche Personen		Anzahl benötigter Weiterbildungsplätze	
Einrichtungstyp	Anzahl	Einrichtungstyp	Anzahl	Einrichtungstyp	Anzahl
LZP, Psych. und weitere	158	LZP, Psych., Wahl	9	LZP, Psych., Wahl	15
AD	48	AD	4	AD	5
KH	100	KH	8	KH	15
Gesamtsumme	306	Gesamtsumme	21	Gesamtsumme	35

Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

Anhand der angezeigten Zahlen lässt sich ableiten, dass der ambulante Versorgungsbereich am wenigsten über qualifizierte sowie nachkommende Praxisanleiter*innen verfügt als im Vergleich die LZP und KH. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die tatsächliche Anzahl an Praxisanleiter*innen aufgrund fehlender Rückmeldungen befragter Einrichtungen höher liegen kann.

Mehrheit für einen Verbundvertrag inklusive Ausgleichszuweisungen

Zuletzt wurde in der Erhebung gefragt, ob die an der Ausbildung teilnehmenden Einrichtungen einen möglichen Verbundvertrag sowie ein einheitliches Formular (als Instrument) für Ausgleichszuweisungen für die Aufnahme von Fremdauszubildenden im Landkreis befürworten oder nicht.

Ausgleichszuweisungen sind laut § 34 PflBG Finanzmittel, welche der TpA von einem Ausgleichsfonds erhält und nach Abs. 2 dieses Gesetzes an die weiteren an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen für einen erfolgten praktischen Außeneinsatz weiterleiten muss. Ein Verbundvertrag stellt die Möglichkeit dar, die Pflegeausbildung auf regionaler Ebene (bspw. bezogen auf einen Land- oder Stadtkreis) mit allen an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen unter einheitlichen Bedingungen zu regeln und eine gleichermaßen einheitliche Grundausbildung anzubieten. Einzelverträge zwischen den einzelnen Einrichtungen und dadurch entstehender bürokratischer Aufwand wird dadurch vermieden. Themenbereiche, die der Verbundvertrag regelt, sind bspw. die Teilnahmebedingungen, die

Finanzierung, Verteilung der praktischen Einsatzkapazitäten auf die Pflegeschulen sowie das Zusammenwirken der theoretischen sowie praktischen Ausbildungspartner.

Angrenzende Landkreise wie bspw. Göppingen verfügen bereits über einen o. g. Verbundvertrag und regulieren über diesen die Zusammenarbeit im Landkreis mit der dortigen Koordinationsstelle als neutrale Schnittstelle.

Dies kommt insbesondere den vor Ort bestehenden Problemen in der Einsatzplanung der praktischen Pflegeausbildung entgegen. Tabelle 6 führt das jeweilige Stimmverhältnis zur Gründung eines Verbundvertrags im Rems-Murr-Kreis auf, als auch das Ergebnis der Befragung zum Formular für Ausgleichszuweisungen.

Abb. 42: Stimmenverteilung für oder gegen einen Verbundvertrag sowie ein einheitliches Formular für Ausgleichszuweisungen

Verbundvertrag			Formular für Ausgleichszuweisungen		
Ja	Nein	Enthaltung	Ja	Nein	Enthaltung
41	14	41	50	15	31
Gesamt:	96 Stimmen		Gesamt	96 Stimmen	

Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

Aus den Stimmverhältnissen geht hervor, dass sich die gleiche Anzahl an Einrichtungen einen Verbundvertrag befürworten, als die, die ihn ablehnen.

Die überwiegende Anzahl an Enthaltungen begründet sich im pädiatrischen Pflichteinsatzbereich (ohne KH), dem die Hintergründe eines Verbundvertrags nicht immer bekannt sind. drei Einrichtungen ist der Nutzen eines Verbundvertrags nicht nachvollziehbar. Befürwortet wurden einheitliche Formulare, wie bspw. das Formular für die Regelung von gegenseitigen Ausgleichszuweisungen. Die Koordinationsstelle hat hier bereits ein entsprechendes Formular auf der Seite des Landratsamtes zur Verfügung gestellt. Vor diesem Sachverhalt wird der Wunsch ausgedrückt, einen Ausbildungsverbund im Kreis zu gründen. Bisher bestehende Strukturen in der pflegerischen Grundausbildung sind jedoch vor Schließung eines regionalen Verbundvertrags zu berücksichtigen. Im letzten Abschnitt wird auf Handlungsempfehlungen für die Gestaltung der zukünftigen pflegerischen Grundausbildung eingegangen, die sich aus der bisherigen Arbeit der Koordinationsstelle und der ESA ergeben haben.

4.4. Strategische Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung

Die im letzten Kapitel beschriebenen Inhalte zielen zunächst darauf ab, die im Kreis bestehenden Ausbildungskapazitäten zu halten und allen bisherigen und zukünftigen Auszubildenden eine nach den gesetzlich geforderten Rahmenbedingungen organisierte pflegerische Grundausbildung zukommen zu lassen, die mit dem Berufsabschluss Pflegefachfrau bzw. einer etwaigen o. g. gewählten Vertiefung abschließt. Es wird auf die folgenden Themengebiete eingegangen, welche gleichzeitig strategische Handlungsempfehlungen für die operative Umsetzung darstellen:

1. Praxisanleitung
2. Finanzierung der Ausbildung
3. Ausbildungsverbund
4. Auszubildendengewinnung und Fachkräftesicherung

4.4.1. Praxisanleitung

Dem oben beschriebenen Volumen an schulischen Ausbildungsplätzen steht im Kreis in zwei Pflichteinsatzbereichen ein Unterangebot an praktischen Ausbildungskapazitäten (Engpassbereiche in der pädiatrischen und ambulanten Versorgung) gegenüber.

Für beide Bereiche wurden die Gründe, die zu einem Engpass führen, identifiziert und können nun eingehender behandelt werden.

Grundsätzlich gilt: Erst wenn eine ausreichende Anzahl und Betreuung durch Praxisanleiter*innen besteht, in diesem Sinne Praxisanleitung auch zeitlich auf dem Stellen- und Dienstplan Berücksichtigung findet, kann das im Kreis bestehende Ausbildungspotenzial der Pflegeschulen ggb. der Träger der praktischen Ausbildung voll ausgeschöpft werden. Für den AD stellt die in 2021 durchgeführte ESA fest, dass 199 Auszubildende (aus Jahrgang 2020) 48 Praxisanleiter*innen gegenüberstehen (im Vergleich kommen diese im Krankenhaus auf 100 Praxisanleiter*innen und in der LZP auf 158 Praxisanleiter*innen). Zwar können diese knapp 200 Auszubildenden über zwei Jahre hinweg für Ihre Einsätze geplant werden, jedoch folgen neue Auszubildende im darauffolgenden Jahr, welche überschneidend ebenfalls eines Platzangebotes bedürfen. Um diesen Engpass daher aufzulösen, verlangt es in Zukunft einer höheren Anzahl an Praxisanleiter*innen für die Durchführung der praktischen Ausbildung.

Derzeit bestehen in Baden-Württemberg drei Möglichkeiten, die Praxisanleitung im Unternehmen auszubauen:

1. Pflegefachkräfte zur Praxisanleitung weiterbilden (Dauer ca. 1 Jahr)
2. Pflegefachkräfte zur gerontopsychiatrischen Fachkraft weiterbilden (Dauer ca. 2 Jahre)
3. Befristet bis 30.09.2022 angehende Praxisanleiter*innen, welche bis dahin mit der Weiterbildung abschließen, in der Praxisanleitung einsetzen

Anreize zur Weiterbildung für Praxisanleiter*innen

Zum ersten Punkt sind die bisher lokal bestehenden Weiterbildungsangebote der staatlichen Maria-Merian-Schule (kostenfrei) und der Ludwig Schlaich Akademie (kostenpflichtig) als Ressource zu benennen. Zu Punkt zwei ist zu ergänzen, dass in Baden-Württemberg zur Praxisanleitung in allen Bereichen auch gerontopsychiatrische Fachkräfte äquivalent zugelassen wurden. Dadurch kommt dieser Fachweiterbildung ebenfalls eine besondere Bedeutung innerhalb der Grundausbildung zu. Zu Punkt drei ist zu ergänzen, dass dieser als Übergangsregelung auf Grundlage eines Bundesgesetzes in Baden-Württemberg geschaffen wurde. Von einer Verlängerung dieser Ausnahmeregelung kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgegangen werden. Neben der Vermittlung der Lerninhalte kann durch die Praxisanleitung o. g. Pflegefachkräfte praktisch dargestellt werden, welche beispielhaften Weiterentwicklungsmöglichkeiten zukünftige Pflegefachkräfte (in der Organisation) haben. Einer bereits im Bewerbungsprozess häufig dargestellte Vielfalt an Karrierechancen wird dadurch auch in der Grundausbildung praktisch aufgezeigt.

In der Pädiatrie kommt es, solange die Rems-Murr-Kliniken noch keine praktischen Einsatzplätze für externe Auszubildende bereitstellen können, maßgeblich darauf an, Einrichtungen zu gewinnen, welche originär nicht dem Pflegebereich zuzuordnen sind.

Um auf Dauer eine Überlastung der neuen Einrichtungen mit Auszubildenden der Pflege (neben anderen Auszubildenden aus Mangelberufen) ausschließen zu können und bei vorübergehenden Aufnahmestopps bisherig gewonnener Einrichtungen Ausweichmöglichkeiten zu schaffen, ist es notwendig, die Akquise neuer Praxispartner weiter fortzusetzen. Dies geschieht über die folgenden drei Punkte:

1. Fortsetzung der Akquise neuer Einrichtungen durch die Koordinationsstelle und damit verbundene Standortnahe Zuteilung über genannte Regionalgruppen
2. Trägerinterne Gespräche zur Freigabe von Praxiseinsatzstellen in potenziellen an der Ausbildung noch nicht beteiligten Einrichtungen (z. B. Kindertagesstätten)
3. Aufnahme von Projekten wie Erasmus+, um einen „Blick über den Tellerrand“ zu ermöglichen

Zu Punkt drei ist zu ergänzen, dass sich die Pflegeschulen wie die Koordinationsstelle des Landratsamts derzeit um die Abklärung der Möglichkeiten bemühen. Die bisher bestehende ESA soll mit der, seither parallel erfolgenden Abfrage, aktueller Auszubildendenzahlen (bspw. zu den Zeitpunkten Ausbildungseinstieg, Probezeit und Zwischenprüfung) an Pflegeschulen in ein Ausbildungsmonitoring überführt werden, welches flankierend eine nachhaltige und erfolgreiche Durchführung Grundausbildung im Kreis unterstützt. Das Monitoring umfasst zunächst die folgenden zwei Punkte mit denen sich das Ausbildungssystem im Kreis ganzheitlich abbilden und gleichzeitig Schwachstellen identifizieren lässt:

1. Erhebung der praktischen Ausbildungsbedingungen in allen Pflichteinsatzbereichen in Orientierung an die o. g. gesetzlichen Bestimmungen und Übergangsregelungen
2. Erhebung der Auszubildendenzahlen an den Pflegeschulen unter Berücksichtigung bestimmter Meilensteine wie bspw. erfolgreiches Erreichen der Probezeit und absolvieren der Abschlussprüfung)

Die erhobenen Bedingungen können mit Stellschrauben verglichen werden, welche bei Veränderung eine eher abgesicherte oder eher problemfördernde generalistische Grundausbildung darstellen.

Übergangsregelungen von alter zu neuer Ausbildungsverordnung

Zudem werden aktuelle gesetzliche Entwicklungen in Bezug auf bundes- und landesrechtlichen Übergangsregelungen im Blick gehalten, welche durch die Pandemiesituation zumeist bis Ende des Jahres 2024 befristet sind und nach Ablauf zu Veränderungen oder gesteigerten Anforderungen im Ausbildungssystem führen. Die Ermittlung der in der Region beschäftigten Praxisanleiter*innen lässt sich durch bisher erhobene Daten des Statistischen Landesamts noch nicht nachweisen, was daher in Zukunft für ein abgesichertes Ausbildungssystem durch den Landkreis anhand der ESA erhoben werden muss. Personen, welche im Rahmen der Praxisanleitung zusätzlich qualifiziert sind und in originären pflegerischen Versorgungsbereichen arbeiten, haben zusätzlich einen jährlich wiederkehrenden 24-stündigen Fortbildungsnachweis nach § 4 Abs. 3 PflAPrV zu erbringen. Zwar ist die derzeitige Kontrolle von Fortbildungsnachweisen durch das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) über das Pflegeportal (Pandemiebedingt) nicht verpflichtend, darf jedoch durch diesen Status im Sinne einer nachhaltigen Absicherung und attraktiven Darstellung der Ausbildung ggb. anderer Ausbildungsberufe nicht außer Acht gelassen werden.

Im Sinne des § 4 Abs. 3 PflAPrV wird daher empfohlen, die zukünftig vollständig geltenden Regelungen nach Möglichkeit sofort umzusetzen, um spätere Arbeitsspitzen zu vermeiden. Bereits geschaffene Maßnahmen des Landkreises finden sich bspw. in einer Fortbildung wieder, welche die für die Grundausbildung beauftragten Personen in Bezug auf die Erbringung der Nachweise und damit verbundenen Verfahren des Regierungspräsidiums schult und auf die o. g. Fortbildungspflicht anrechenbar ist. Weiter wird ein jährlich wiederkehrendes „Gemeinsames Fort- und Weiterbildungsprogramm der Berufsfachschulen für Pflege“ veröffentlicht, was das aus der Praxis stark nachgefragte lokale Angebot der Pflegeschulen für die Fortbildungspflicht als auch aktuell geltende Regelungen für die Praxisanleitung zusammenfasst. Zuletzt unterstützt die Koordinationsstelle die Pflegeschulen bei der Durchführung von Praxisanleiterkonferenzen, welche die Möglichkeit des Austausches auf regionaler Ebene fördert. Neben den aus der Kommunalverwaltung gebotenen Unterstützungen wird dringend empfohlen, Praxisanleiter*innen umfassend mit ausschließlich für ihr Tätigkeitsfeld zur Verfügung stehenden digitalen Arbeitsmitteln und Kommunikationsgeräten auszustatten. Übungsräume mit bspw. Demopuppen sowie Fachlehrmittel ergänzen die zur Durchführung der Tätigkeit Praxisanleitung notwendige Basisausstattung.

4.4.2. Finanzierung der Ausbildung

Mit der Umgestaltung der pflegerischen Grundausbildung hat sich auch die Finanzierung verändert. Für Auszubildende ist die berufliche Pflegeausbildung kostenlos. Im Vergleich zu früher wird kein Schulgeld erhoben und eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Den Ausbildungsbetrieben werden die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung refinanziert, welche in ihrer Höhe in einem Finanzierungsverfahren überprüft werden. Die Ausbildungsvergütung staffelt sich nach Ausbildungsjahr und kann je nach Träger der praktischen Ausbildung unterschiedlich ausfallen. In Baden-Württemberg obliegt dem bis ca. 2024 in Aufbau befindlichen Ausbildungsfonds Baden-Württemberg (AFBW) die Aufgabe, die Finanzierung der generalistischen Pflegeausbildung mittels Umlageverfahrens nach § 28 PflBG sicherzustellen. Weiter haben sich die Verbände der Leistungserbringer in Baden-Württemberg in 2019 und erneut in 2021 auf eine gemeinsame Empfehlung zur Erstattung (externer) Praxiseinsatzstellen geeinigt, welche folgende Regelungen für die Weiterleitung von Anteilen der vom AFBW überwiesenen Ausgleichszuweisungen enthält:

1. Vorgesehen ist die Vergütung der Pflichteinsatzstunden nach Anlage 7 PflAPrV. Die Berechnung von darüber hinaus angefallenen Stunden wird nicht empfohlen
2. AD werden vor Einrichtungen aus dem LZZP und KH Bereich höhere Verrechnungssätze pro Einsatzstunden zugeschrieben, da diese die höchsten Kosten bei der Gewährleistung der Praxisanleitung zu erwarten haben
3. Zuletzt wird empfohlen, die Erstattungsbeträge an externe Praxiseinsatzstellen nicht um Abzüge von Arbeitsleistungen zu mindern

Um die regionale Grundausbildung zukünftiger Pflegefachkräfte weiterhin erfolgreich umzusetzen empfiehlt die Koordinationsstelle, sich an die vereinbarten Regelungen der gemeinsamen Empfehlung der Leistungserbringerverbände zu halten und dabei insbesondere die Punkte 1 und 2 zu berücksichtigen. Zudem wird empfohlen, die Vorteile ggb. den Nachteilen, wie bspw. zusätzliche Finanzmittel für die Gestaltung besserer Ausbildungsbedingungen gegenüber den Kosten für die Einarbeitung ausländischer Pflegefachkräfte zu stellen um abzuwägen, welcher der beiden Bereiche prioritär behandelt wird.

4.4.3. Verbundvertrag

Wie zuvor beschrieben regelt ein Verbundvertrag die praktische Umsetzung der pflegerischen Grundausbildung in einer Region. Zumeist ist dieser auf Land- oder Stadtkreisebene geschlossen, was bereits in den Landkreisen Göppingen und Heidenheim mit unterschiedlichen Regelungen beobachtet werden kann. Die Kreiskoordinationsstelle regelt hier in beiden Fällen in Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen die hochkomplexe Verteilung der Auszubildenden in der Praxis. Auch hier liegen praktische Engpässe in den Pflichteinsatzbereichen vor. Göppingen ist mit 134 Auszubildenden aus dem Jahrgang 2020 Schlusslicht in der Region Stuttgart (vgl. Tabelle 1). Heidenheim plant aus 2020 71 Auszubildende in der Praxis. Dabei muss bedacht werden, dass immer drei parallel erfolgende Jahrgänge praktisch geplant werden. Unter Berücksichtigung des starken Ausbildungspotenzials des Rems-Murr-Kreises ist zunächst erforderlich, dass eine genaue Abwägung durchzuführen, was ein Verbundvertrag im Rems-Murr-Kreis in der praktischen Umsetzung tatsächlich bewirken soll und ob dafür bereits genügend Maßnahmen geschaffen wurden und zur Verfügung stehen. Mit der bisherigen Teilschließung der Engpassbereiche im AD und der Pädiatrie im Rems-Murr-Kreis wurden bereits erste Erfolge einer der gesetzlichen Vorgaben entsprechende Grundausbildung anzubieten, erzielt. Dies stellt jedoch noch keine optimale Voraussetzung für die Gründung eines Verbundvertrags dar.

Erst wenn es das gesamte Ausbildungssystem schafft, eine den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechende praktische Grundausbildung bereitzustellen, kann sich mit der Gründung eines Verbundvertrags beschäftigt werden. Pflegeschulen sowie Träger der praktischen Ausbildung sorgen im Kreis bisher gleichermaßen dafür, dass die richtigen Schritte für eine erfolgreiche Umsetzung gegangen werden. Die Gründung eines gemeinsamen Verbundvertrags erscheint daher in den nächsten Jahren als sehr wahrscheinlich.

4.4.4. Auszubildendengewinnung und Fachkräftesicherung

Um mit der Grundausbildung auch nachhaltig Pflegefachkräfte in der Zukunft zu gewinnen und nachfolgenden Ausbildungsgängen einen Beruf mit Perspektive zu zeigen, wird das o. g. Ausbildungsmonitoring ab Ende 2022 um eine praktische Erhebung zur Ausbildungszufriedenheit ergänzt. Als Medium der Erhebung sind Workshops im Rahmen eintägiger schulischer Veranstaltungen geplant, welche von der Koordinationsstelle im Landkreis durchgeführt werden. Die in den Workshops erhobenen Daten zur Ausbildungszufriedenheit und zum Verbleib im Beruf werden anschließend durch die Koordinationsstelle anonym und neutral ausgewertet. Die kurz vor Ende eines Ausbildungsjahrgangs gesammelten Ergebnisse geben den Trägern der praktischen Ausbildung Aufschluss über die Ausbildungswirkung, welche daraufhin die Rahmenbedingungen vor Ort zugunsten der Grundausbildung und in diesem Sinne der Fachkräftegewinnung verändern können. Um einen möglichst nachhaltigen und von Dauer geprägten Verbleib im Beruf zu sichern, wird empfohlen, aufbauend der Ausbildungszufriedenheit in den nächsten Jahren zusätzlich die Zufriedenheit im Beruf und in der Region zu ermitteln. Einem Positionspapier der Techniker Krankenkasse⁹² zufolge betrug die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf im Jahr 2017 8,4 Jahre in der Altenpflege sowie 13,7 Jahre in der Krankenpflege.

Dem Pflege-Report 2019 zufolge, beträgt die durchschnittliche Verweildauer in der Altenpflege 12,7 Jahre. Mit der durchschnittlichen Verweildauer zeichnet sich insgesamt eine Verkürzung ab und indiziert die Schaffung geeigneter Gegenmaßnahmen, um auch nach der Grundausbildung eine nachhaltige Fachkräftesicherung- und Entwicklung zu gewährleisten. Die Berufszufriedenheit soll auf Freiwilligkeit basierend ab 2024 im vierjährigen Rhythmus erfolgen und alle im Kreis beschäftigten Pflegefachkräfte mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach den § 1, 58 und 64 PflBG erfassen. Die o. g. Handlungsempfehlungen für die Absicherung der pflegerischen Grundausbildung sowie der damit verbundenen Absicherung der pflegerischen Grundversorgung in den kommenden Jahren werden in Abbildung 3 noch einmal der Reihe nach zusammengefasst. Das letzte Kapitel schließt mit einem Fazit zur bisherigen Ausbildungsumsetzung.

⁹² Positionspapier TK

Abb. 43: Handlungsempfehlungen Generalistik



Quelle: Amt für Schulen, Bildung und Kultur, 2022

4.5. Fazit

Aufgrund des bisher noch nicht abgeschlossenen ersten Jahrgangs der neuen Ausbildung aus 2020 kann noch keine sichere Prognose abgeleitet werden, wie viele Personen im Rems-Murr-Kreis ihre Grundausbildung nach den neuen Bestimmungen erfolgreich abschließen werden. Gesichert durch STALA-Daten ist jedoch, dass sich in Baden-Württemberg überwiegend Personen zwischen 17 und 22 Jahren, gefolgt von den 23 bis 27-Jährigen und danach von den 30 bis 50-Jährigen für die neue pflegerische Grundausbildung in Baden-Württemberg interessieren⁹³.

Die generalistische Pflegeausbildung stellt damit ein für jedes Alter interessante berufliche Perspektive dar und kann mit ihren vielseitigen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten punkten.

Wird davon ausgegangen, dass von den derzeitigen Auszubildenden aus 2020 (199) mindestens ein Drittel erfolgreich abschließt, so kann in den kommenden vier Jahren mit mindestens 600 neuen Pflegefachkräften gerechnet werden. Ausreichend ist diese Anzahl neuer Pflegefachkräfte unter Berücksichtigung der zukünftigen Berufsaustritte (z. B. aufgrund Renteneintritt) in den kommenden acht Jahren für die Praxis nicht, weshalb es gerade jetzt nötig ist, der Umsetzung der pflegerischen Grundausbildung und der damit verbundenen Gestaltung besserer Rahmenbedingungen eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Bessere Bedingungen lassen sich erfolgreicher vermarkten und lassen zu, bisher unbesetzte Ausbildungsplätze an den Pflegeschulen zu belegen.

⁹³ STALA Pflegefachkräfte in Ausbildung zum 31.12.2020

Eine höhere Anzahl an Auszubildenden bedeutet unter der Erfüllung geregelter Ausbildungsbedingungen auch mehr die Grundausbildung abschließendes Pflegefachpersonal.

Die partizipative Umsetzung der pflegerischen Grundausbildung ist dadurch ein im höchsten Maße wichtiger Prozess, welcher die zukünftige Versorgungssituation ganz maßgeblich beeinflusst. Projekte wie bspw. die Schließung eines Verbundvertrags oder andere in Abb. 43 genannte, stellen daher Meilensteine in der Entwicklung eines modernen und strukturierten Ausbildungswesens in der Pflege dar, welche nur gemeinsam in den kommenden Jahren erreicht werden können. Die Koordinationsstelle des Landkreises unterstützt weiterhin maßgeblich an den wichtigsten Schlüsselpunkten und bietet als Schnittstelle einen Knotenpunkt für alle Ausbildungseinrichtungen.

5. Ältere Menschen und Menschen mit besonderen Bedarfen

5.1. Menschen mit Demenz

Die demografische Entwicklung zeigt, wir werden immer älter. Das ist zunächst eine positive Entwicklung, die jedoch mit einem steigenden Risiko gesundheitlicher Einbußen verbunden ist. Unter anderem steigt die Wahrscheinlichkeit mit fortschreitendem Alter von einer kognitiven Veränderung betroffen zu sein. Mit dem Alter wächst generell das Risiko nicht übertragbarer Krankheiten, darunter eben auch Demenz.

Demenz ist meist eine fortschreitende Krankheit, in deren Verlauf Betroffene kognitive Fähigkeiten verlieren, etwa beim Gedächtnis, der Orientierung und der Sprache, dem Verstehen, Lernen, Planen und Einschätzen. Auch die emotionalen und sozialen Fähigkeiten können langsam verloren gehen.

Demenz gilt immer noch als unheilbar, aber viele Menschen können ihr persönliches Risiko, an Demenz zu erkranken, deutlich reduzieren. Dazu gehört ein gesunder Lebensstil mit ausreichend Bewegung und Sport und gesunder Ernährung, aber auch eine gute Schulbildung und intakte Sozialkontakte sind wichtig.

5.1.1. Epidemiologische Grundlagen - Häufigkeit und Alter

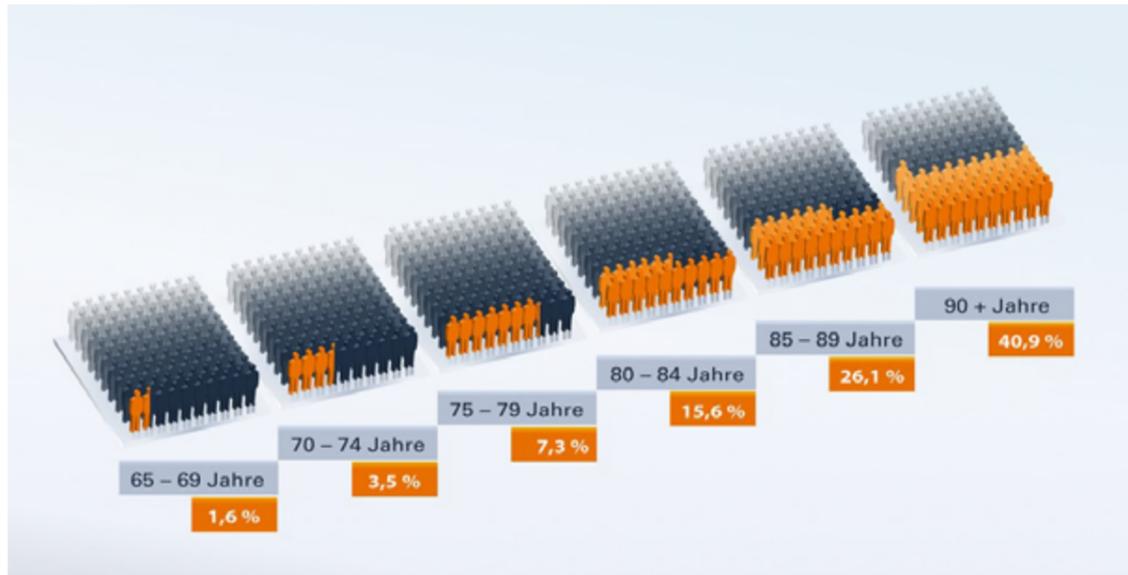
Nach epidemiologischen Schätzungen leben in Deutschland etwa 1,6 Mio. Menschen mit einer Demenzerkrankung, zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Im Durchschnitt erkranken pro Tag ca. 900 Menschen an Demenz, dies ergibt 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Erkennbar ist auch, dass im Rahmen des demografischen Wandels mehr Neuerkrankungsfälle als Sterbefälle bei den bereits Erkrankten vorkommen. Daher wird sich die Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 deutlich erhöhen: Insgesamt werden dann rund 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen an Demenz leiden, wenn bis dahin keine wirksamen Präventions- oder Therapiemaßnahmen gefunden werden⁹⁴.

Weitaus mehr Frauen als Männer sind an einer Demenz erkrankt. Etwa zwei Drittel der Demenzen im höheren Lebensalter entfallen auf die Frauen und nur ein Drittel auf die Männer. Der Hauptgrund dafür liegt in der unterschiedlichen Lebenserwartung.

Nach den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) zeigt sich bei den Prävalenzen eine erhebliche Altersabhängigkeit, was das Attribut der altersbedingten Krankheit rechtfertigt: Insgesamt wiesen 1,6 % der 65- bis 69-Jährigen, 7,3 % im Alter von 75 bis 79, 6,1% im Alter von 85 bis 89 sowie 40,9 % der Personen im Alter 90 Jahren und mehr eine Demenz auf.

⁹⁴ vgl. „Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen“ in (deutsche-alzheimer.de)

Abb.44: Anteil von Menschen mit Demenz in den Altersgruppen zwischen 60 und über 90 Jahren.

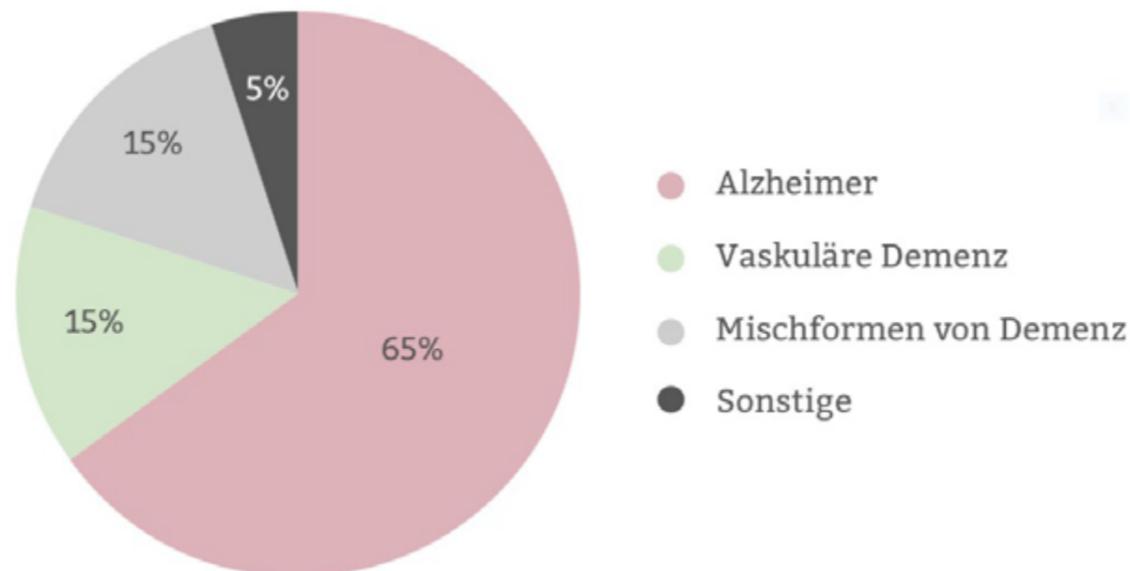


Quelle: Deutsche Alzheimergesellschaft

5.1.2. Demenzielles Syndrom – Formen der Demenz

Demenz ist ein Überbegriff zusammengefasst im medizinischen Begriff „Demenzielles Syndrom“, also einer Vielzahl von Demenzarten, die sich nach Ursache und Verlauf unterscheiden lassen. Unter allen Demenzerkrankungen kommt die Demenz vom Alzheimer-Typ am häufigsten vor – auf sie entfallen rund zwei Drittel aller Demenzen, gefolgt von der vaskulären Form und den Mischformen des degenerativ-vaskulären Typs (jeweils ca. 15 %) sowie von Erkrankungsformen, die auf einer Vielzahl sonstiger Ursachen beruhen und bis zu 5 % ausmachen können – hierzu gehört auch die Demenz vom Lewy-Körper-Typ.

Abb. 45: Anteil und Formen von Demenzerkrankungen



Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten altersbedingten Erkrankungen. Im mittleren Lebensalter sind Demenzen vergleichsweise selten. Nur 2 bis höchstens 4 Prozent der bestehenden Erkrankungen entfallen auf ein Alter von unter 65 Jahren. Internationale Schätzungen beziffern die Prävalenzrate in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren auf 0,1 Prozent oder etwas darüber. In Deutschland wären demnach mehr als 25.000 Personen von früh beginnenden Demenzen betroffen. Schreibt man die im höheren Alter beobachtete exponentielle Zunahme nach unten hin fort, könnte die Krankenzahl bis zu 60.000 betragen. Daten aus Behandlungseinrichtungen deuten ebenfalls auf eine Zahl zwischen 25.000 und 60.000 hin, so zum Beispiel eine der jüngsten Studien aus Norwegen⁹⁵.

5.1.3. Prävalenz und Entwicklung

Weltweit waren im Jahre 2015 nach Schätzungen 47 Mio. Menschen an Demenz erkrankt, die jährliche Inzidenz liegt bei 7,7 Mio. Die vorausgesagten Prävalenzen verdoppeln sich nahezu alle 20 Jahre – für das Jahr 2030 werden 65,7 Mio., für das Jahr 2050 115,4 Mio. erkrankte vorausgesagt.

Für eine Vorausschätzung der mittel- und langfristig zu erwartenden Krankenzahlen müssen Annahmen über die Bevölkerungsentwicklung und über das Erkrankungsrisiko getroffen werden. Als Annahmen zur demografischen Entwicklung wurden den Berechnungen in Abbildung 16 die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt.

Dabei wird auch von einem zukünftig eher geringen Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt (bis zum Jahr 2060 auf 82,5 Jahre bei den Männern und auf 86,4 Jahre bei den Frauen) und von einer hohen Nettozuwanderung um durchschnittlich 311.000 Personen pro Jahr ausgegangen.

Abb. 46: Geschätzte Veränderung der Altenbevölkerung und der Anzahl von über 65-jährigen Menschen mit Demenz in Deutschland zwischen 2020 und 2040⁹⁶

Jahr	Anzahl von über 65-Jährigen in Mio.	Geschätzte Krankenzahl
2020	18,28	1.5900.000
2030	21,42	1.834.000
2040	22,57	2.093.000

Gelingt kein Durchbruch in der Prävention und Therapie von Demenzen, wird die Zahl der Erkrankten in Deutschland auf mehrere Jahrzehnte hinaus beträchtlich zunehmen. Jahr für Jahr wird es zu einem durchschnittlichen Anstieg von Menschen mit Demenz um 25.000 bis 40.000 kommen. Bis zum Jahr 2050 werden sich die Krankenzahlen um 0,8 bis 1,2 Millionen erhöht haben.

Das entspricht einer Zunahme zwischen 70 und mehr als 100 zusätzlichen Krankheitsfällen an jedem einzelnen Tag im Verlauf der nächsten drei Jahrzehnte. Erst nachdem die letzten geburtenstarken

⁹⁵ Vgl. S. 479-487, Kvello-Alme, M., Brathen, G., White, L. R., Sando, S. B. (2019): The prevalence and subtypes of young onset dementia in central Norway: a population-based study. Journal of Alzheimer's Disease 69.

⁹⁶ Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsvorausberechnungen: Tabelle 12421-0002. Prävalenzraten nach Alzheimer Europe, Yearbook 2019.

Jahrgänge der Baby-Boom-Generation auf die allerhöchsten Altersstufen vorgerückt sind, wird der Anstieg der Krankenzahlen nachlassen können. Abhängig von der künftigen Entwicklung der Lebenserwartung wird dieser Zeitpunkt nach dem Jahr 2050 oder sogar erst nach dem Jahr 2060 erreicht sein.⁹⁷

Die globalen Kosten wurden schon für das Jahr 2017 auf 818 Mrd. Dollar geschätzt – die Ausgaben werden weltweit dramatisch ansteigen. 85 % der Kosten kommen vor allem durch familiäre und soziale Belastungen zustande, weniger durch medizinische Interventionen.⁹⁸ Daher müssen alle Anstrengungen auch dazu führen, durch präventive Aktivitäten (z. B. mehr Bildungsangebote, Erhalt und Förderung von ambulanten Entlastungs- und Unterstützungsangeboten die Kosten zu senken.

Weil der Zuwachs an Menschen mit Demenz über Jahrzehnte zunimmt und weil Demenz alle Lebensbereiche betrifft, muss die Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien von vielen Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft, des öffentlichen Lebens, des Sozial- und Gesundheitssystems zukünftig gesichert werden.

Die meisten Länder seien auf die wachsende Zahl von Demenzkranken nicht genügend vorbereitet, heißt es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es müsse mehr getan werden, um Betroffene bei einem Leben in Würde zu unterstützen und Betreuerinnen und Betreuer nicht allein zu lassen.

Die WHO stellt die seit 2019 in Deutschland entwickelte nationale Demenzstrategie als gutes Beispiel vor. Sie soll dafür sorgen, dass Menschen mit Demenz "in der Mitte der Gesellschaft" bleiben, wie es darin heißt⁹⁹.

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland in allen Lebensbereichen nachhaltig zu verbessern. Dazu soll der Blick insbesondere auf die Maßnahmen gerichtet werden, die für die Alltagsgestaltung und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz vor Ort von Bedeutung sind.

Vier Handlungsfelder stehen dabei im Mittelpunkt:

1. Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen
2. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen
3. Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln
4. Exzellente Forschung zu Demenz fördern

Die Ziele und Maßnahmen stehen im Kontext aktueller Entwicklungen in der Pflege- und Gesundheitspolitik sowie der Forschung und der Wissenschaft. Eine wichtige Basis ist die Einführung und weitere Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

5.1.4. Die Situation im Landkreis

Anhand der ersten drei Handlungsfelder der nationalen Demenzstrategie soll nachfolgend die Situation für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen im Rems-Murr-Kreis beschrieben werden.

⁹⁷ vgl. „Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen“ in (deutsche-alzheimer.de)

⁹⁸ vgl. [hkk Demenzreport 2020 Web.pdf \(uni-bremen.de\)](http://hkk.de/demenzreport-2020-web.pdf)

⁹⁹ [Nationale Demenzstrategie \(nationale-demenzstrategie.de\)](http://nationale-demenzstrategie.de)

Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort

Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz ist nicht nur eine fachliche, sondern auch eine kulturelle Herausforderung unserer Gesellschaft. Sie wird spürbare Veränderungen im Zusammenleben in einer Stadt oder Gemeinde mit sich bringen. So sind durch den Fokus auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in den letzten Jahren eine Vielzahl von Initiativen und Aktivitäten bundesweit entstanden, welche die Sicherung von Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit Demenz fördern und ermöglichen sollen. Projekte unter dem Namen „Allianzen für Demenz“ oder unter dem Begriff „Demenzfreundliche Kommune“ lösten geradezu eine Welle weiterer Initiativen aus.

Auch im Rems-Murr-Kreis haben sich Städte und Kommunen auf den Weg gemacht, unter diesem namentlichen Postulat konkret die in einer Gemeinde lebenden Bürger*innen für das Thema Demenz zu sensibilisieren, zu informieren und Maßnahmen umzusetzen, die es Menschen mit Demenz sowie deren Angehörigen ermöglichen soll, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Gründe für dieses Engagement gibt es zur Genüge. Die Aktion Demenz e. V. skizziert die Ausgangslage wie folgt: „Gegenwärtig leben wir in einer Gesellschaft, die ausgesprochen „demenzunfreundlich“ ist. Unfreundlich deshalb, weil unser individuelles wie kollektives Selbstverständnis und Streben von der Vorstellung bestimmt wird, dass soziale Anerkennung durch Leistung, Konkurrenzfähigkeit und Konsum permanent verdient werden muss. Menschen, die in ihrer Leistungs- und Funktionsfähigkeit eingeschränkt sind, mit Gedächtniseinbußen leben müssen oder Hilfe benötigen, werden an den Rand gedrängt und nehmen häufig kaum noch am gemeinschaftlichen Leben teil. Insbesondere Menschen mit Demenz und ihre Familien geraten so in die Isolation oder ziehen sich aus Scham selbst zurück.“ (<http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/reflexionen/demenzfreundliche-kommune>)

Das kommunale „Sich Kümmern“ um Menschen mit Demenz ist nicht mit dem Vorhalten eines Pflegeheims oder eines ambulanten Pflegedienstes am Ort abgetan. Es braucht vielmehr ein Umdenken, eine Kultur der Wertschätzung jedes Menschen, ein Verstehen durch Wissen um die Belange des Anderen und daran ausgerichtet den Willen zu unterstützen. Barrierefreiheit beginnt in den Köpfen! Anstoßen können dies vorbildhafte und engagierte Vertreterinnen der Kommunen und Bürgerinnen aus der Gemeinde, welche die Würde des Menschen und sein Recht auf Teilhabe ernsthaft in den Mittelpunkt stellen. Dieses Recht leitet sich direkt vom Kerngedanken der UN-Behindertenkonvention ab, die auch von Deutschland unterzeichnet wurde.

Status quo und Problemstellungen im Bereich Teilhabe

Angestoßen durch die Initiativen und Programme „Demenzfreundliche Kommune“ initiiert und moderiert die Demenzfachberatung im RMK seit über zehn Jahren einen Arbeitskreis „Demenzfreundliche Kommune“ mit der Zielsetzung, Wissen und Erfahrungen zu teilen, konstruktiv kritisch zu reflektieren, fachlich-kollegial zu beraten und neue Aktivitäten vorzubereiten. Die Vertretung der Gemeinden und Städte im Arbeitskreis ist je nach Resort und personeller Kapazitäten unterschiedlich ausgestattet und besetzt. Entsprechend unterschiedlich bildet sich auch die konkrete Umsetzung der Ideen ab. Positive Entwicklungen waren jedoch in allen beteiligten Gemeinden zu erkennen. Seit fünf Jahren ist jedoch eine rückläufige Tendenz zu beobachten.

Gleichzeitig haben sich rund um das Thema Demenz verschiedene regionale Netzwerke auf den Weg gemacht. So geschehen beispielweise im Demenznetzwerk Schorndorf¹⁰⁰ mit welchen die Demenzfachberatung im Kreis eng kooperiert und engagiert.

In den Gemeinden, in denen sich Menschen verantwortlich zeigen, gelingen in Kooperation mit der Demenzfachberatung und anderen Netzwerken und Förderstrukturen qualitativ hochwertige Ergebnisse. Voraussetzung für nachhaltiges Gelingen ist eben auch beim Thema Demenz eine verlässliche Personal- und Finanzausstattung. Fast als ein Garant für erfolgreiches Wirken hat sich erwiesen, wenn das „Tun“ zur Chefsache (z. B. Bürgermeister*innen) erklärt wird.

5.1.5. Handlungsbedarfe im Bereich Teilhabe

Um den dafür erforderlichen Bewusstseinswandel anzuregen und Menschen mit Demenz ein sozial eingebundenes Leben zu ermöglichen, könnten im konkreten Handeln vor Ort beispielsweise folgende Punkte wichtig sein:

- Gewinnung der örtlichen Prominenz (z. B. Bürgermeister*innen, Stadt-/Gemeinderäte)
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit (z. B. Schulungen Einzelhandel, Handwerk, Vereine)
- Förderung der Begegnung von Menschen mit und ohne Demenz in möglichst allen Bereichen des Alltags
- Entwicklung von Ideen und Formen einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme und Zusammenarbeit aller lokalen Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger
- Örtliche Rahmenbedingungen (z. B. Barrierefreiheit, technische Infrastruktur, nachbarschaftliche Hilfen) bedürfnisorientiert gestalten
- Kreative Zugänge durch den Einbezug künstlerischer und kultureller Formen erschließen
- Demütigungen von Menschen mit Demenz im Alltag, beispielsweise in Form von Gleichgültigkeit, Misshandlungen, Sedierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen soll vorgebeugt und entgegengewirkt werden (Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige ausbauen)
- Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Demenz und Behinderungen bei öffentlichen Vorhaben (erfordert Wissen und fachbereichsübergreifendes Denken und Handeln).

Gefordert und verantwortlich ist jeder Einzelne, seine Einstellung zu überprüfen und seine persönlichen Möglichkeiten in die Waagschale zu werfen.

Je nach Themenschwerpunkt ist die Demenzfachberatung des Kreises begleitend, beratend und unterstützend in der Verantwortung. Wenn nötig, übernimmt sie auch die Rolle des Initiators.

¹⁰⁰ Demenznetzwerk | Stadt Schorndorf

Gute Praxis: Bewegungsangebote für Menschen mit und ohne Demenz

Durch Initiative werden im Rems-Murr-Kreis seit Jahren durch ehrenamtlich geschulte Engagierte an sieben Standorten die „Fünf-Esslinger“ angeboten. Die „Fünf Esslinger“ sind ein Bewegungsprogramm, das zum Ziel hat, Muskeln, Knochen und Bewegungen so lange wie möglich fit zu halten. Das Programm wird seit mehreren Jahren von vielen Menschen erfolgreich angewendet. Es basiert auf den Forschungen der Altersmedizin, sowie auf der Physik und Physiologie der Bewegung und wurde von Dr. Martin Runge¹⁰¹ entwickelt. Die Demenzfachberatung ermöglicht Engagierten Anleiterinnen den Zugang zur Ausbildung verbunden mit einer Zusatzfortbildung zu „Demenz und Bewegung“. Dadurch ist ein inklusives Angebot für Menschen mit und ohne Demenz entstanden, welches von vielen Teilnehmerinnen besucht wird.

Das Bewegungsangebot findet in der Regel ganzjährig im Freien statt. Ein öffentlich zugängliches WC ist in der Nähe. Die Übungen werden an die Fähigkeiten und das Können der Teilnehmerinnen angepasst. Neben dem körperlichen Trainingseffekt profitieren alle Teilnehmerinnen vom Miteinander in Bewegung – ein Elixier für Körper & Geist.

Stadtspaziergang für Menschen mit Demenz

Ebenfalls durch Initiative der Demenzfachberatung haben sich in Backnang und in Murrhardt zwei Angebote für inklusive, bewegte Stadtspaziergänge für Menschen mit und ohne Demenz etabliert. Im Zusammenhang mit diesen „Bewegungsangeboten“ werden en passant Erinnerungen und Geschichten für die Teilnehmer erlebbar und im gemeinsamen Tun das Gefühl von „Dabei Sein“ gestärkt.

Handlungsempfehlung

- Ausbau und Erhalt der ehrenamtlichen Angebote zur Teilhabe
- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen

5.1.6. Unterstützung und Selbsthilfe im Anfangsstadium

Menschen mit Demenz leiden nicht schlagartig unter dem Verlust von kognitiven Fähigkeiten. Die Beeinträchtigungen gestalten sich höchst individuell vor dem Hintergrund der jeweiligen Form demenzieller Veränderung im Gehirn und individueller Disposition.

So stehen am häufigsten Personen mit stark ausgeprägten Beeinträchtigungen, einem hohen Unterstützungsbedarf sowie auch höherem Alter in der Regel im Fokus des fachlichen Diskurses und der Gestaltung und Ausrichtung von Unterstützungsangeboten. Der Anteil jüngerer Menschen unter 65 Jahren, der mit geschätzt 2 % aller Demenzerkrankungen in einer Größenordnung von ca. 25.000 Menschen in Deutschland angegeben wird¹⁰² (DAIzG) erscheint gering, ändert aber nichts am Anspruch dieser Menschen auf umfassende Unterstützung.

¹⁰¹ [Übungen \(privatpraxis-dr-runge.de\)](http://privatpraxis-dr-runge.de)

¹⁰² Deutsche Alzheimer Gesellschaft - [Infoblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen \(deutsche-alzheimer.de\)](http://deutsche-alzheimer.de)

Belegt ist, dass all diese „Frühbetroffenen“ Personen spezielle Bedarfe/Bedürfnisse haben (z. B. weil sie teilweise noch berufstätig sind) und herkömmlichen Unterstützungsangeboten (Betreuungsgruppen, Tagespflege, Pflegeunterstützung) nicht entsprechen. Jedoch verfügen diese Menschen in herausragender Weise über Kompetenzen, derer es bedarf, diese als Ressourcen anzuerkennen und zu stützen sowie diese zu fördern. Hierbei steht in der Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten die gesellschaftliche Teilhabe dieser Personen, ein inklusives Miteinander, an erster Stelle.

Ein erster Impuls in diesem gesellschaftlichen Lernprozess wurde vor ca. zehn Jahren in Deutschland mit den Initiativen „Ich spreche für mich Selbst“ gesetzt, den es heute noch weiter zu führen gilt. Wer Menschen mit Demenz unterstützen und helfen möchte sollte demnach erst einmal Verstehen Lernen, Hinhören, und Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Selbstvertreter aktiv einbeziehen. Ziel sollte sein eine unterstützende Assistenz für und Selbstvertretung von Menschen mit Demenz zu ermöglichen.

Handlungsempfehlung

- Strukturen unterstützter Selbsthilfe fördern
- Anschlussfähigkeit der Verwaltung im Sinne des BTHG ermöglichen
- Anpassung der Arbeitsplätze an die Fähigkeiten und Ressourcen von Menschen mit Demenz und Schutz von Diskriminierung am Arbeitsplatz

5.1.7. Unterstützung und Hilfe bei fortgeschrittener Demenz

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz stellt mit zunehmendem Abbau der kognitiven Fähigkeiten für Angehörige eine große Herausforderung dar.

Das Wichtigste in Kürze:

- Es ist wichtig, Menschen mit Demenz eine sichere Umgebung zu schaffen.
- Denn: Menschen mit Demenz können sich nicht mehr an ihre Umwelt anpassen. Deshalb muss sich die Umwelt anpassen.
- Pflegenden Angehörige sollten so früh wie möglich Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen.

Eine Demenz beeinflusst die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen, z.B. das Gedächtnis, die Orientierung, die Auffassung, das Denken, Rechnen, die Lernfähigkeit, die Sprache und das Urteilsvermögen. Im Verlauf der demenziellen Erkrankung gehen Erinnerungen an aktuelle Ereignisse verloren. Auch nahestehende Personen werden nicht mehr erkannt. Dagegen sind lange zurückliegende Ereignisse häufig sehr präsent.

Angehörige können versuchen, diese Erinnerungen zu nutzen und in das Alltagsleben mit dem Menschen mit Demenz einzubeziehen. Gespräche über schöne Erinnerungen oder das Hören alter Lieder kann hierbei hilfreich sein. Das schafft oft wieder einen näheren Kontakt.

Doch manchmal eskalieren Situationen auch, wenn der Mensch mit Demenz sich unwohl fühlt und Situationen nicht passend einordnen kann. Der Mensch mit Demenz ist dann nicht mehr in der Lage, Anpassungsleistungen zu erbringen. Das muss seine Umwelt für ihn übernehmen.

Auch körperliche Symptome im Zuge eines fortschreitenden Abbauprozesses im Gehirn kann pflegende Angehörige zunehmend belasten. Eine Verschiebung im Tag/Nachtrhythmus oder das Unvermögen Urin und Stuhlgang zu kontrollieren (Inkontinenz) machen den Alltag für Betroffene und für Angehörige schwer.

Entlastung und Unterstützungsangebote

Die Kernleistungen in der häuslichen Pflege werden von den pflegenden Angehörigen, ergänzt durch die Leistungen der Pflege- und der Krankenversicherung, erbracht. Wie das Statistische Bundesamt zum bundesweiten Aktionstag „Pflegende Angehörige“ am 08.09.2019 mitteilt, wurden gut drei Viertel (76 % oder 2,59 Mio.) aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Davon wurden 1,76 Millionen Pflegebedürftige in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,83 Mio. Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. Knapp ein Viertel aller Pflegebedürftigen (24 % oder 0,82 Mio. Pflegebedürftige) wurden vollstationär in Pflegeheimen betreut¹⁰³.

Entlastungs- und Unterstützungsangebote in der Häuslichkeit sind ein wesentlicher Baustein für die Entlastung Angehöriger und können die Inanspruchnahme professioneller ambulanter Pflegeleistungen sinnvoll ergänzen, bestenfalls einen notwendigen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung hinauszögern. Diese Angebote stärken bestenfalls die Ressourcen und Fähigkeiten von Menschen mit Demenz und tragen zu einer Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens sowohl der Pflegenden als auch der Menschen mit Demenz bei. Damit lässt sich i.d.R. eine wirkungsvolle Verlangsamung des kognitiven Abbauprozesses bewirken.

Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II und ab 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz III sind die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme niederschwelliger Unterstützungsangebote im Alltag durch § 45 SGB XI erheblich erweitert worden. Der Landkreis beschäftigt sich schon seit Jahren mit der Förderung und dem Ausbau von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten. Die Fachberatungsstelle Demenz hat hier im Zuge der Novellierung der Verordnung im Jahr 2017 bis dato verwaltungsrechtliche Aufgaben im Bereich der Antragsstellung und Genehmigung vorhandener wie auch neuer Angebote, entsprechend der Verordnung der Landesregierung über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag¹⁰⁴, nach der Unterstützungsangebote-Verordnung (UstA-VO) übernommen.

Sowohl quantitativ als auch qualitativ ist der Auf- und Ausbau der Angebotsvielfalt im Kreis erkennbar. So stieg seit dem Jahr 2002 die Anzahl an Betreuungsgruppen von 10 auf nunmehr 28 im gesamten Landkreis. Gleichzeitig wuchs auch das Angebot ehrenamtlicher, häuslicher Besuchsdienste von 7 im Jahr 2007 auf 10 in 2020. Dieser leichte Rückgang Ehrenamtlicher Angebote zwischen den Jahren 2018 und 2020 ist wahrscheinlich auf die Verbesserungen in der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Tagespflege durch das PSG II zurückzuführen. Welche Auswirkungen die Corona-Pandemie bei der Förderung und dem Ausbau ehrenamtlicher Strukturen mit sich bringt kann derzeit noch nicht quantitativ beschrieben werden. Einzelne Träger ehrenamtliche Angebote berichten von vermehrtem Ausstieg ehrenamtlich Engagierter und über Schwierigkeiten bei der Rekrutierung Ehrenamtlich Tätiger.

¹⁰³ Drei Viertel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt - Statistisches Bundesamt ([destatis.de](https://www.destatis.de))

¹⁰⁴ Verordnung der Landesregierung nach § 45a Absatz 3 SGB XI, zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte nach § 45c Absatz 7 SGB XI sowie über die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI

Gleichzeitig zeigt sich im Bereich der entsprechend UstA-VO seit 2017 anerkannten Serviceleistungen für haushaltsnahe Dienstleistungen ein Anstieg professioneller Anbieter im Landkreis von aktuell 12 Unternehmen.

Abb. 47: Entwicklung der Unterstützungs- und Entlastungsangebote im Rems-Murr-Kreis

Angebotsform	2002	2009	2016	2018	2020
Betreuungsgruppen*	10	22	27	30	28
Häusliche Besuchsdienste*	0	7	4	11	10
Gesprächskreise	6	8	9	9	6
Betreuter Urlaub	0	1	1	1	1
Bewegungsangebote	0	0	8	8	7
Seniorennetzwerke/Initiativen der Selbsthilfe*	0	0	1	2	3
Serviceleistungen für haushaltsnahe Dienstleistungen*	0	0	0	4	12
Familienentlastende Dienste*	0	0	0	5	7
Summe Σ	16	38	50	70	74

*entsprechend §45a SGB XI Quelle: Erhebung der Sozialplanung Stichtag 01.07.2021

Ehrenamtliche Betreuungsgruppen und häusliche Besuchsdienste

Im Rems-Murr-Kreis finden Menschen mit Demenz in 28 Betreuungsgruppen ein stundenweises Betreuungsangebot durch Ehrenamtliche unter fachlicher Anleitung. Ebenso bieten zehn häusliche Besuchsdienste Begleitung und Betreuung im gewohnten Umfeld, in der Häuslichkeit, an. Beide Angebotsformen geben den Angehörigen bei guter Passung Freiräume zur Selbstsorge als auch aktivierende, auf die Person abgestimmte Betreuungsangebote.

Gesprächskreise für Angehörige von Menschen mit Demenz

Gesprächskreise für Angehörige von Menschen mit Demenz erleben viele pflegende Angehörige als Entlastung. Dort findet ein Austausch mit anderen Zu- und Angehörigen statt, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Pflegende Angehörige, die sich sonst immer zurücknehmen, stehen im Mittelpunkt und können sich in einer verständnisvollen Atmosphäre austauschen und voneinander lernen.

Im Rems-Murr-Kreis bieten sechs Ehrenamtliche Gesprächskreise Unterstützung, Austausch und Reflexion für Angehörige von Menschen mit Demenz an. Die Treffen sind kostenfrei nach telefonischer Anmeldung. In Pandemiezeiten wurde der Kontakt in telefonischen Einzelgesprächen von den geschulten und erfahrenen Ehrenamtlichen angeboten.

Betreuter Urlaub

In Kooperation mit der AWO Rems-Murr haben jährlich 12 Paare die Möglichkeit für 5 Tage eine Auszeit vom Alltag in der Häuslichkeit zu nehmen. Das Konzept der Demenzfachberatung zur 24h-Betreuung der Menschen mit Demenz zusammen mit deren Angehörigen in „Vollpension“ Urlaub im schwäbisch-fränkischen Wald zu machen ist seit über 10 Jahren im Landkreis etabliert. Interessierte können sich jeweils zu Beginn des Jahres bei AWO Rems-Murr über die Konditionen und Möglichkeiten zur Teilnahme informieren¹⁰⁵.

Seniorennetzwerke

Im Mittelpunkt von Seniorennetzwerke stehen Initiativen des Ehrenamts, in deren Mittelpunkt der Aufbau und die Vorhaltung von Angeboten zur Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen sowie pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden stehen. Im Rems-Murr-Kreis haben sich entsprechend §45a/c/d SGBXI in der Stadt Schorndorf und in den Gemeinden Kernen und Burgstetten anerkannte Angebote etabliert.

Handlungsbedarfe im Bereich Unterstützungs- und Entlastungsangebote:

- Förderung und Erhalt, wo möglich Ausbau von Unterstützungs- und Entlastungsangebote
- Sicherstellung der Qualität anerkannter Angebote für Menschen mit und ohne Demenz
- Maßnahmen zum Verbleib in den eigenen vier Wänden: Wohnraumanpassung (räumliche Strategie), Lösungen zur Verbesserung von Sicherheit und Kompetenz (technische Strategien) sowie Einbindung von Familie, Nachbarn, soziale Dienste etc. (soziale Strategien im Sinne von Quartiersentwicklung)

Die beiden ersten Handlungsbedarfe fallen in die Verantwortungsbereiche des Kreises (Demenzfachberatung) in enger Kooperation mit den Akteuren vor Ort.

Unter Berücksichtigung individueller Ressourcen braucht die dritte Maßnahme eigenverantwortliches Engagement der Bürger*innen und kommunale Unterstützung vor Ort durch die Gemeinden und Städte im Landkreis.

5.1.8. Medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz

Diagnostik und Therapie von Demenz

Diagnostische Verfahren liefern wichtige Informationen zur Feststellung der Art und des Schweregrads der Demenz sowie der darauf aufbauenden therapeutischen Maßnahmen. Gleichzeitig werden Erkrankungen entdeckt, deren Symptomatik ähnlich einer Demenz gelagert ist, die oft behandelbar bzw. bei Früherkennung heilbar wären, unbehandelt jedoch in einer Demenz enden würden. Deshalb ist eine gute Diagnostik unverzichtbar.

Trotzdem liegt die Leistungsdichte testpsychologischer Messverfahren bei neuerkrankten Demenzpatienten in Baden-Württemberg bei nur etwa 40 %.

¹⁰⁵ [Kontakt \(awosozialstation.de\)](http://awosozialstation.de)

Eine Labordiagnostik erhielten im Mittel 79 % der Patienten. Der Anteil der Patienten mit spezifischen Blutuntersuchungen schwankte in den einzelnen Bundesländern zwischen 8 % und 39 %. Berichtet wird überdies, dass Frauen weniger Diagnoseverfahren als Männer erhalten und seltener fachärztlich betreut werden. Bildgebende Verfahren wie MRT und/oder CT kamen unabhängig vom Geschlecht bundesweit bei ca. 18 % zum Einsatz, in städtische Regionen tendenziell häufiger als in ländlichen Regionen.¹⁰⁶

Die Kernergebnisse einer aktuellen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung und des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Aufgrund nur mäßig erfolgreicher medikamentöser Therapiestrategien auf dem der demenziellen Erkrankungen rückten sekundärpräventive Therapien in frühen Phasen der Demenzerkrankung nach Ansicht von medizinischen Experten immer stärker in den Fokus der medizinischen Versorgung. Leichte kognitive Störungen bei Patienten schnell zu diagnostizieren und insbesondere durch Hausärzte und neuropsychiatrische Fachärzte zielgerichtet zu behandeln sei ist daher besonders wichtig. Denn trotz der Zunahme in der Behandlungsprävalenz wird MCI nach wie vor zu selten diagnostiziert und dokumentiert.¹⁰⁷

Status quo und Problemstellungen im Bereich Diagnostik und Therapie

Die Notwendigkeit einer fundierten und differenzierten Diagnose und die Einleitung von Maßnahmen zur Behandlung scheinen ebenso dringlich wie notwendig angezeigt. Über 60 % der Betroffenen in Baden-Württemberg durchlaufen keine spezifische Demenzdiagnostik, die aber für den weiteren Verlauf der Behandlung und die Beratung der Patienten und deren Angehörigen maßgeblich ist. Diese Versorgungslücke der Früh- und Erstdiagnostik sollte vorrangig geschlossen werden.

Für den Rems-Murr-Kreis liegen keine verlässlichen Daten zur Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen vor (Demenz unterliegt keiner Meldepflicht). Dennoch kann vor dem Hintergrund der skizzierten, deutschlandweiten Inzidenzraten von einer Zunahme von Menschen mit Demenz in ähnlichem Verhältnis ausgegangen werden.

Für die therapeutischen Interventionen ist das Augenmerk bei Menschen mit Demenz in allen Stadien der kognitiven Veränderungen und in allen ambulanten und stationären Versorgungssektoren zu berücksichtigen.

Im Rems-Murr-Kreis stehen Betroffenen neben den Hausärzten lediglich zwei niedergelassene Fachärzte mit Schwerpunkt Geriatrie zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Mit insgesamt 19 Fachärzten aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie geht man davon aus, dass der Bedarf an Fachärzten im Kreis mit über 100 % abgedeckt ist (Versorgungsgrad laut KVBW, Stand Juli 2016).

Ein wichtiger Baustein in Diagnostik, Therapie und Beratung für die Betroffenen im RMK stellen die Einrichtungen der Klinik für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie im ZfP Winnenden dar. So steht Patienten über 65 Jahre mit komplexem und multiprofessionellem Hilfebedarf die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) für Diagnostik, Weiterbehandlung und Angehörigenberatung zur Verfügung. Eine spezifisch auf Demenz ausgerichtete Station mit 24 Betten für Menschen mit Demenz hat insbesondere zum Ziel, Ansätze zur Behandlung von herausfordernden Verhaltensweisen für die Häuslichkeit und/oder stationäre Pflege zu finden. Eine Tagespflege für leichte kognitive Beeinträchtigungen sowie eine zukünftige Tagesklinik für Menschen mit Demenz runden das Angebotsspektrum im ZfP ab.

¹⁰⁶ Versorgungsatlas.de, Newsletter 1/2016, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung

¹⁰⁷ [PI_Zi-Demenz-Bericht_2019-11-22.pdf](#)

Bei der konzeptionellen Weiterentwicklung und fachlichen Begleitung der Verantwortlichen und Teams in der Klinik für Alterspsychiatrie wirkt die Demenzfachberatung aktiv mit. In den Rems-Murr-Kliniken Winnenden und Schorndorf, erfolgt die Diagnosestellung häufig als Nebendiagnose zur eigentlichen Einweisungsdiagnose (z. B. nach Oberschenkelhalsbruch oder nach Schlaganfall).

Handlungsbedarf für die Bereiche Diagnostik und Therapie

- Zugang zu Diagnostik und Therapie optimieren
- Bessere Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten
- Gewinnung/Weiterqualifizierung von Geriatern
- Einbindung der Ärzteschaft in die Aufklärung über das Syndrom Demenz und dessen Folgen für Betroffene und deren Angehörige
- Stärkung der Rolle der Angehörigen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und bei Therapieentscheidungen (Fremdanamnese etc.)

Verantwortlich sind die entscheidenden Disziplinen oder auch gesetzgebende Entscheidungsträger. Im Einzelfall kann die Demenzfachberatung unterstützend mit einbezogen werden.

Situation von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitation

Deutsche Krankenhäuser verfügen allgemein momentan noch nicht über die optimalen Rahmenbedingungen zum Aufenthalt von Menschen mit Demenz. Dabei sind Menschen mit Demenz in Kliniken keine Randerscheinung mehr. Lag der Anteil der über 75-jährigen stationär behandelten Patienten im Jahr 2000 noch bei 18 %, so waren es 2012 bereits 25 %¹⁰⁸. Rund 40 % der älteren Patienten weisen kognitive Störungen auf, fast jeder Fünfte leidet an Demenz, so die Zahlen.¹⁰⁹

Doch die meisten Kliniken sind bisher nicht auf Demenzkranke eingestellt, wie die dip-Studie durch eine bundesweite Umfrage bei über 1.800 Stations- und Abteilungsleitungen ermittelte. „Vielfach werden Demenzerkrankungen erst während des Klinikaufenthaltes bemerkt“, analysiert die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die wachsende Anzahl von Patienten mit Demenz stellt die Mitarbeiter der Akutkrankenhäuser vor neue Herausforderungen. Derzeit ist der Klinikalltag kaum auf Menschen mit Demenz eingestellt, was für Patienten und Mitarbeiter negative Folgen haben kann¹¹⁰.

Demenzranke fühlen sich in der ungewohnten Umgebung oft orientierungslos und entwickeln Ängste. Sie versuchen, die Klinik zu verlassen, können bei Diagnose, Behandlung, Körperpflege nicht mitwirken. Sie benötigen mehr Zeit, Zuwendung und Beaufsichtigung. Nachts und vor allem auch tagsüber an den Wochenenden ist die Versorgung von Menschen mit Demenz unzureichend gesichert, so der Studienbericht des dip. Diese Mangelsituation führt nicht selten zu unnötiger Verabreichung von Schlafmedikamenten und häufig zu fragwürdigen Fesselungen von Patienten. Häufig scheint auch noch die Integration der Angehörigen nicht ausreichend bedacht und berücksichtigt. Dabei gibt es bereits eine Vielzahl wirksamer Konzepte, die diesen Mängeln entgegenwirken könnten.

¹⁰⁸ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. [dip] - Pflege thermometer 2014

¹⁰⁹ Robert- Bosch Stiftung 2016

¹¹⁰ Demenz im Allgemeinkrankenhaus – Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie

In den Rems-Murr-Kliniken sind derzeit im Krankenhaus Winnenden 20, in Schorndorf 15 Betten für geriatrische Patienten ausgewiesen. Es gibt derzeit keine bettenführende Demenzstation. Ein spezifisches Konzept zur Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz wird derzeit in keiner der beiden Kliniken umgesetzt.

Für die geriatrische Rehabilitation steht den Bürgerinnen und Bürgern des Landkreises die Geriatrische Reha-Klinik Bethel in Welzheim zur Verfügung. Insgesamt 70 Planbetten für den Rems-Murr-Kreis und die anliegenden Gebiete bieten Rehabilitation nach Diagnosen wie Schlaganfall und dessen Folgen, Frakturen, Operationen und/oder Gelenkersatz, verzögerte Rekonvaleszenz, neurologische Alterserkrankungen (Demenz etc.), Herz-, Stoffwechselerkrankungen oder chronische Schmerzen an. Mit einem multiprofessionellen Rehabilitationsansatz und in Kooperation mit den Rems-Murr-Kliniken arbeitet die geriatrische Reha-Klinik in Welzheim an der Förderung höchstmöglicher Selbständigkeit vor dem Hintergrund von Multimorbidität und einer Vielzahl geriatrischer Syndrome. Im Bereich der Demenzen gelingt hierbei oftmals die notwendige Differenzialdiagnostik zu anderen Erkrankungen, hauptsächlich der Behandlung von Delir.

Handlungsbedarfe in den Akutkliniken des Rems-Murr-Kreises

- Vorhalten von ausgewiesenen Behandlungsbetten für Menschen mit Demenz möglichst einer bettenführenden Akut-Geriatrischen Station, inkl. Übernachtungsangebot für Angehörige
- Qualifizierung und Fortbildung aller Mitarbeiter in den Akutkliniken zu Demenz
- Akquise von Fördermitteln zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Ressortübergreifendes Denken und Handeln in den einzelnen medizinischen Disziplinen
- Umsetzung wirksamer Konzepte zur Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz in den Kliniken des Rems-Murr-Kreises
- Ambulante Rehabilitation für Menschen mit Demenz

In erster Linie sind in diesen Bereichen die Träger der entsprechenden Einrichtungen gefordert und verantwortlich. Beratend und unterstützend kann die Demenzfachberatung hinzugezogen werden.

Stationäre Pflege von Menschen mit Demenz

Situation von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim ist für Menschen mit Demenz einerseits Sinnbild für Ausgrenzung bei Hochaltrigkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, andererseits aber auch eine Versorgungsform, die noch trägt, wenn alle anderen Versorgungsoptionen überfordert sind.

Der Rems-Murr-Kreis verfügt nahezu flächendeckend über spezifische Angebote zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz im Pflegeheim. Die zumeist „geschlossenen“ bzw. „beschützen“ Wohnbereiche unterscheiden sich in Konzeption, Größe, Organisation und baulichen Gegebenheiten. Die qualitative Prüfung unterliegt der zuständigen Heimaufsicht und dem medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Seit Bestehen der Demenzfachberatung hat sich mit fast allen Einrichtungen eine gute, konstruktive Zusammenarbeit entwickelt. In wechselnder Intensität werden zu den unterschiedlichsten Demenzthemenfeldern Beratung oder Schulungen von der Demenzfachberatung erbeten und erbracht.

Handlungsbedarfe für stationäre Pflege

- Qualifizierung und Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter und Fachkräfte in der stationären Pflege zu den besonderen Bedarfen von Menschen mit Demenz, insbesondere zu herausforderndem Verhalten, Fallbesprechungen und palliativen Pflegekonzepten
- Umsetzung des „State of Art“ in der stationären Demenzpflege (bauliches, organisatorisch-strukturelles und personelles Milieu)
- Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen
- Einbindung teil-/vollstationärer Einrichtungen ins Quartier

In erster Linie sind in diesen Bereichen die Träger der entsprechenden Einrichtungen gefordert und verantwortlich. Beratend und unterstützend kann die Demenzfachberatung hinzugezogen werden.

Exzellente Forschung zu Demenz fördern

In diesem Schwerpunkt entsprechend der nationalen Demenzstrategie ist die Verwaltung im Landkreis, die Sozialplanung, nicht aktiv.

In der zugeordneten Demenzfachberatung erarbeitet der Landkreis jedoch zusammen mit Praxispartnern in Projekten zusammen und erhält explorative Erkenntnisse zu Bedarfen von Menschen mit Demenz.

Die fachliche Expertise der Demenzfachberatung befördert somit nicht eigenständig Forschung, wohl aber ist sie im Sinne eines (evidenzbasierten) Wissenstransfer in der Folge exzellenter Forschung aktiv. Dies bezieht sich zumeist auf den Bereich der Grundlagenforschung und überwiegend auf die sogenannte Versorgungsforschung.

Kooperative Zusammenarbeit, exemplarisch sei hier die Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg und die Demenz Support Stuttgart gGmbH genannt, ist wichtiger Bestandteil für eine fachbezogene Netzwerkarbeit, die den Wissenstransfer sinnvoll ergänzt.

5.2. Ältere Migrantinnen und Migranten

Herausforderung

Die aktuellen Entwicklungen der älter werdenden Bevölkerung rückt parallel dazu ältere Menschen mit Migrationshintergrund immer mehr in das Bewusstsein des Altenhilfesystems. Die Migration, die räumliche Verlegung des Lebensmittelpunkts eines Menschen, wird als zunehmend zentrales Thema in der Gesellschaft wahrgenommen.

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund umfasst alle Personen, die selbst nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind oder Personen bei denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Rund ein Viertel der Bevölkerung Deutschlands umfasst die Personengruppe Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Hierzu gehören Ausländerinnen und Ausländer, (Spät-) Aussiedlerinnen und Aussiedler, Eingebürgerte, Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption erhalten haben sowie die mit deutscher Staatsangehörigkeit geborenen Kinder dieser vier Gruppen.¹¹¹

Laut Berechnungen des Statistischen Landesamtes verfügen rund 3,7 Mio. Menschen der Bevölkerung in Baden- Württemberg in allen Altersklassen einen Migrationshintergrund. Dies entspricht rund 33,8 % der Bevölkerung in Baden-Württemberg.¹¹²

Immer mehr Menschen, die vor rund 50 Jahren im Rahmen von Anwerbeabkommen nach Deutschland migriert sind, kommen in das Seniorenalter. Folglich trifft das erhöhte Risiko, von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein, ebenso auf die Bevölkerungsgruppe der älteren Migranten*innen zu.

Eine Zunahme der Senioren*innen mit Migrationshintergrund bedingt durch die demografische Entwicklung der heute 30 bis 50- jährigen Personen in das Pflegerrelevante Alter 65+ ist zu erwarten.

Hinzu kommt, dass Einwohner*innen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 65+ gegenüber den Einwohnern*innen ohne Migrationshintergrund derzeit deutlich unterrepräsentiert sind.

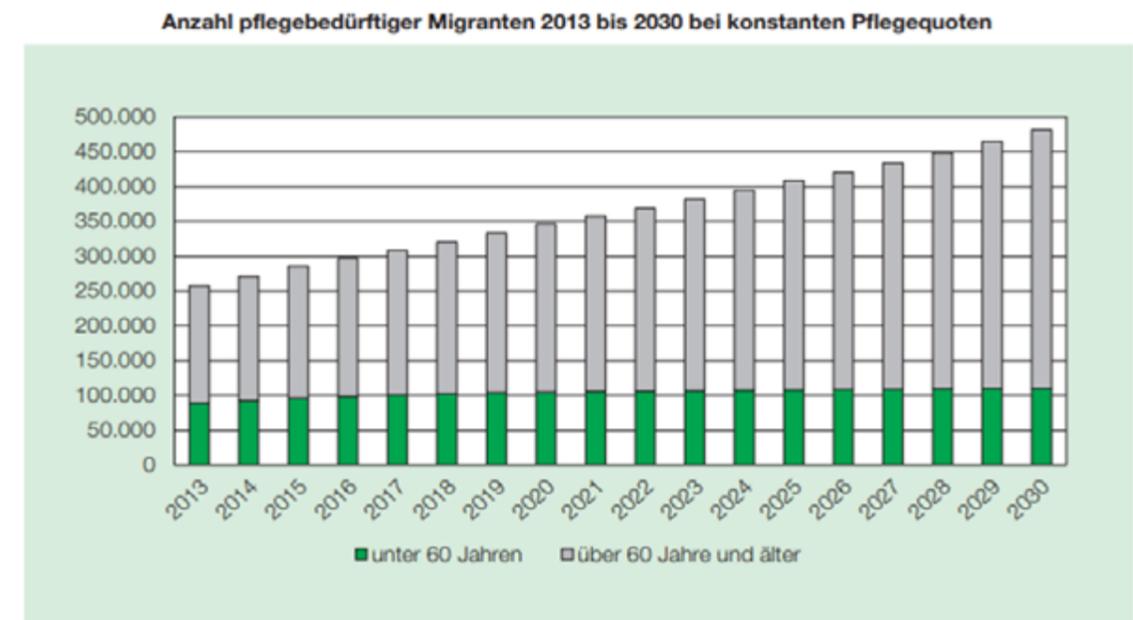
Verlässliche und aktuelle Zahlen zum Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund an den Pflegebedürftigen insgesamt liegen nicht vor, da die Pflegestatistiken den Migrationshintergrund nicht ausdifferenziert erfassen.

¹¹¹ Statistisches Landesamt BaWü/ Monatsheft 5/2019: Ausländische Staatsangehörige in Baden-Württemberg

¹¹² Statistisches Landesamt BaWü 2021/ Monatsheft 7/2021: Migrationshintergrund – Die zugewanderte Bevölkerung in Baden-Württemberg (Claudia Kuhnke)

Unterstellt man für Migranten*innen dieselben Pflegequoten wie für die Gesamtbevölkerung, kann die Anzahl pflegebedürftiger Migranten*innen bis 2030, insbesondere der über 60-Jährigen Migranten*innen wie folgt eingeschätzt werden¹¹³.

Abb. 48: Anzahl pflegebedürftiger Migranten*innen bis 2030 an Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistisches Bundesamt und ifo Dresden (2016), „Wenn Migranten alt werden“

Die Gründe von Migration sind vielfältig und unterscheiden sich durch verschiedene Lebenssituationen, geprägt von diverser religiöser, ethnischer und kultureller Herkunft.

Die heute älteren Menschen mit Migrationsgeschichte sind zu unterschiedlichen Zeiten und aus unterschiedlichen Gründen, wie z. B. aufgrund der Beschäftigungsperspektive, Familienzusammenführung, als Schutzbedürftige oder als Spätaussiedler nach Deutschland gekommen und bringen unterschiedlichste Erfahrungen im Integrationsprozess, differente Berufsbiografien und teilweise auch Diskriminierungserfahrungen mit.

In amtlichen Routinestatistiken wird zur Erfassung der Personengruppe unterschieden zwischen Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung sowie der Nationalität.¹¹⁴

¹¹³ Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen von Gesine Marquardt, Elma Delkic und Tom Motzek.

¹¹⁴ Demografische Beschreibung Migrationshintergrund und Migrationserfahrung auf Kreisebene im Vergleich BaWü Kap. 1.1.2.

5.2.1. Vorstellungen über Pflege und Versorgung im Alter

Ältere zugewanderte Menschen nutzen bisher die Institutionen der Altenhilfe kaum.¹¹⁵

Die Vorstellung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund über ihre Versorgung im Alter, unterscheidet sich im Wesentlichen kaum von den Vorstellungen der Senioren*innen ohne Migrationshintergrund.¹¹⁶

Der Pflege- und Unterstützungsbedarf wird hierbei sehr unterschiedlich definiert.

Gewünscht wird überwiegend, dass (Für)Sorge, Betreuung und Pflege mehrheitlich in der Familie erbracht wird und innerhalb von familiären Strukturen verbleibt.

Die Pflegeverantwortung wird auf diese Weise so lange wie möglich aufrechterhalten und durch soziale Unterstützung die Teilhabe der pflegebedürftigen Senioren*innen am Alltagsgeschehen sichergestellt.

Pflegebedürftigkeit wird in Familien mit Migrationshintergrund je nach kulturellem Hintergrund, als Alterserscheinung wahrgenommen und in der Regel nicht vorrangig als Problem verstanden.

Hierbei liegt der Schwerpunkt der Versorgung hauptsächlich auf Betreuung und dem Zusammenleben der Generationen, weniger auf die fachlich korrekte Pflege und medizinische Versorgung. Der häusliche Zugang professioneller „Fremder“ gewinnt bei medizinischer Notwendigkeit, wie z.B. notwendiger Behandlungspflege, eine höhere Akzeptanz als für die Körperpflege, da diese nicht grundsätzlich als professionelle Tätigkeit verstanden wird.

Auch wenn die Versorgung und Pflege bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund als Familiensache verstanden wird, werden pflegende Angehörige vor den gleichen Herausforderungen gestellt wie pflegende Angehörige ohne familiäre Migrationsgeschichte.

Der heutige Wandel von familiären Strukturen, höhere Frauenerwerbsquote und größere räumliche Distanzen zu den Eltern erfordern es, zunehmend Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sowie Möglichkeiten zur Verbesserung des Informationstransfers und Entlastung pflegender Angehöriger für alle Bevölkerungsgruppen zu schaffen.

Fehlende Informationen, sprachliche Barrieren, Diskriminierung- und Isolationserfahrungen sowie Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen beeinflussen die Inanspruchnahme vorhandener Hilfesysteme für Seniorinnen und Senioren mit Migrationsgeschichte und deren Angehörige.¹¹⁷

Hinzu kommen fehlende, auf die individuelle Lebenswelt und Alltagsroutinen angepassten, kultursensiblen Angebote im ambulanten und stationären Bereich.

Ergebnisse von Zukunftswerkstätten in Verbundprojekten rund um die Versorgung von Älteren Migranten*innen, weisen unterschiedlichste Erwartungen an Art und Ausmaß von personenbezogenen Dienstleistungen in den Bereichen der Beratung, Gesundheit und Pflege.¹¹⁸

¹¹⁵ Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe, 2009; Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“; KDA – Gefördert durch die Beauftragte der Bundesrepublik für Migration, Flüchtlinge und Integration

¹¹⁶ BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Forschungsberichte - Ältere Migrantinnen und Migranten

¹¹⁷ Diversitätssensible Altenhilfe- Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg, Feray Sahin, Prof.Dr.Dr.Hürrem Tezcan-Güntekin; 2020

¹¹⁸C.Bleck et al, Alter und Pflege im Sozialraum, 2018, Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung, Praxisforschungsverbund Projekt „OPEN“ Katholische Hochschule Mainz

5.2.2. Demenz und Migration

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken.

Für Menschen mit Migrationshintergrund stellt die Zunahme von Symptomen und dem alltäglichen Unterstützungsbedarf eine besondere Herausforderung dar.

Erkrankte sind durch Folgen der Migrationserfahrungen in Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung erneut Fremdheitsgefühlen ausgesetzt und werden an die Lebensereignisse vor, während und nach der Migration erinnert.

Betroffene sowie pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund haben unterschiedlichste Bedürfnisse hinsichtlich der Pflegesituation und der Gestaltung des Alltags.

Hinzu kommt, die Tabuisierung der Demenzerkrankung sowie bestehende normative Erwartungen an die Angehörigen, die Pflege ausschließlich innerhalb der Familie auszuführen.

Die damit einhergehenden psychischen und physischen Belastungen stellt die Familien häufig vor großen Herausforderungen.

Meist sind Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund zusätzlich mit besonderen Belastungen konfrontiert:

- Zunehmender Verlust der Sprache
- Unterschiedliches Verständnis über die Erkrankung Demenz
- Unzureichende diversitätssensible Strukturen
- fehlende kultursensible Angebote in der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe
- Überforderung der Angehörigen

Erkenntnisse vorhandener Studien zu beeinflussenden Faktoren¹¹⁹

- Familiäre Unterstützung spielt bei Migranten*Innen oftmals eine bedeutsame Rolle
- Pflegende Angehörige mit Migrationsgeschichte sind vielfach hohen Belastungen ausgesetzt da normative Erwartungen an die Pflege & Versorgung gestellt werden
- Zusätzliche sprachliche Barrieren erschweren den Zugang zu hilfreichen Informationen und Unterstützungsangebote, dadurch erhöht sich die Abhängigkeit der Betroffenen von pflegenden Angehörigen
- Häufig fehlende Informationen bei älteren Migranten*innen zu Angeboten der Altenhilfe
- Struktur der Angebote stellt für ältere Migranten*Innen eine große Hürde dar

¹¹⁹ Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten.pdf (bagso.de)

Ergebnisse des interdisziplinären Workshops- BmFSFJ

Selbstständige Lebensführung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland - Handlungsbedarfe und strukturelle Ansatzpunkte (bmfsfj.de)

Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel - Forschungsbericht 12 (bamf.de)

- Abnahme des intrafamiliären Unterstützungspotenzials durch eine steigende Frauenerwerbsquote
- Zunahme räumlicher Distanzen zwischen den Familienangehörigen ebenso bei Familien mit Migrationshintergrund
- Wandel der Familienkonstellationen beeinflusst familiäre Stabilität und verändert bestehende soziale Netzwerke
- Unterschiede bei der Wahrnehmung und Inanspruchnahme der Hilfesysteme in der Altenhilfe
- Lückenhafte Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen innerhalb der Gesundheits- und Pflegeversorgung, wie beispielsweise zwischen Artpraxen, Pflegedienste, Migrant*innenorganisationen und den lokalen Beratungsstrukturen.

5.2.3. Kultur- und diversitätssensible Versorgungsstrukturen

Vor dem Hintergrund der steigenden Bevölkerungsgruppe der alternden Migrantinnen und Migranten, wird der Bedarf zur kultursensiblen Ausrichtung der Vermittlungs- und Hilfestrukturen im Altenhilfesystem steigen.

In Kooperation mit öffentlichen Stellen, Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, regionalen Migrationsdiensten und Migrant*innenorganisationen, sollen Wege und Strategien zur Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und Information sowie Gesundheitsaufklärung und Prävention weiterentwickelt und angepasst werden.

Gebraucht werden aufsuchende und Gemeinwesen bezogene Strukturen in offenen ambulanten und stationären Einrichtungen. Über zugehende und partizipative Ansätze regionaler Akteure können Barrieren zwischen älteren Menschen mit Migrationshintergrund und Institutionen der Altenhilfe überwunden werden.¹²⁰

Die oft noch „Warten auf Nachfrage“ Struktur der Altenhilfe wird der generellen Lebenssituation älterer Menschen nicht gerecht.

Kommunen und Träger machen sich bereits auf dem Weg, Strukturen zur Einbindung passgenauer, verständlicher und präventiver Informationsvermittlung für Menschen mit Migrationshintergrund bereitzustellen.

Angebote im Rems-Murr-Kreis

- Mehrsprachige Angebote und online Verzeichnis der Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes
- Migrationsberatung in Kooperation mit freien Trägern in den Mittelbereichen Waiblingen, Backnang und Schorndorf mit dem Focus auf Zugewanderte und Spätaussiedler
- Veranstaltungen der Integrationsfachberatungsstellen & Kommunen zur interkulturellen Sensibilisierung (ohne Altersspezifizierung)

¹²⁰ Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe, 2009; Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“; KDA - Gefördert durch die Beauftragte der Bundesrepublik für Migration, Flüchtlinge und Integration

- Gesprächskreise für Frauen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrungen angebunden an Familienbildungsstätten der Kommunen
- Bestehendes kommunales und internationales Netzwerk zur interkulturellen Öffnung und Zugang älterer Menschen mit Migrationshintergrund

5.2.4. Vernetzung im Rems-Murr-Kreis

Die Sozialplanung Senioren unterstützt derzeit zwei Projekte im Rahmen der Erprobung und Erforschung von Zugänge für ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie zur Netzwerkausweitung im Bereich Migration und Demenz:

1. DeMigranz

Auf Länder- und Bundesebene werden im Projekt „DeMigranz“, als Bundesweite Initiative für Demenz und Migration, Netzwerke aufgebaut mit dem Ziel, unterschiedlichste Akteure aus verschiedenen Migrant*innenorganisationen, dem Gesundheitssystem und der Kommunen in Kontakt zu bringen.

In überregionalen Austauschveranstaltungen werden Praxiserfahrungen ausgetauscht, „Best-practice“ Beispiele vorgestellt, aus themenbezogenen Projekten berichtet, Themenschwerpunkte besprochen sowie kritische Fragen diskutiert.

Die Landkreisverwaltung ist mit der Sozialplanung und dem Pflegestützpunkt am Projekt beteiligt.

- #### 2. PflegeNetzwerk international
- der Stadt Fellbach mit dem Ziel, Pflegebegleiter und Brückenbauer für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen zu etablieren und auf diese Weise Zugänge zu schaffen und zu ermöglichen. Aktuell ist dies projektiert in der Aufbauphase zur Qualifizierung für ehrenamtliche Pflegelotsen.

Perspektiven

Die Sozialplanung des Rems-Murr-Kreis möchte gemeinsam mit weiteren Akteuren der Kommunen und Pflege auf diese anwachsende Gruppe mit ihren spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen aufmerksam machen und Vorschläge für geeignete Angebote und Unterstützungsleistungen entwickeln. Wichtig ist vor allem ein gleichberechtigter Zugang für ältere Migranten zu Teilhabe, Begegnung, Beratung, Unterstützung und Pflege zu ermöglichen, sowie Pflege- und Unterstützungsstrukturen für die Bedarfe älterer Migrant*innen sichtbar zu machen, weiterzuentwickeln und zu etablieren.

Impulse zur Weiterentwicklung

- Thematisierung besonderer Bedarfe älterer Migrant*innen auf kommunaler Ebene
- Interkulturelle Öffnung von Beratungsstrukturen
- Öffentlichkeitsarbeit kultursensibel ausweiten zur Informationsvermittlung
- Vernetzung innerhalb kommunaler Strukturen der Seniorenarbeit, der Integrationsförderung, der Engagement Förderung, der Stadtentwicklung unter Partizipation von lokalen Migrant*innenorganisationen
- Ermöglichung von Begegnung und Interaktion und Zusammendenken im Quartier

- Mehrsprachige Angebote der Gesundheitsförderung und Beratung zu relevanten Themen wie Pflege und Senioren weiterentwickeln
- Unterstützung von Familien mit Migrationshintergrund bei der Pflege ihrer Angehörigen durch Kompetenzerweiterung pflegender Angehöriger
- Vernetzung mit örtlichen Migrantenberatungsstellen, Migrantenvereinen, lokalen interkulturellen Vereinen und Anbietern der Pflege, Betreuung, Bildung sowie der medizinischen Versorgung
- Erfassung der Bedarfe pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund zur partizipativen Weiterentwicklung der bedarfsorientierten Versorgung
- Dienstleistungen der Akteure vor Ort kultursensibel weiterentwickeln und anpassen
- Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund und Migrationsgeschichte in der Altenhilfe

Die AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die ambulanten Pflegedienste) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Geschulte bürgerschaftlich engagierte Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) richtet sich an Palliativpatientinnen und -patienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliativ Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt, laut Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin, im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur.

Situation im Rems-Murr-Kreis

Die palliative Versorgung im Rems-Murr-Kreis ist maßgeblich durch die Aktivitäten und Angebote der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e.V. bestimmt. Das Anliegen der Hospizstiftung ist es, sich für die Belange von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen einzusetzen und ihnen ihrem Wunsch entsprechend beratend, begleitend und/oder versorgend zur Seite zu stehen. Ebenso steht die Weiterentwicklung bestehender als auch neuer Angebote auf dem Programm der Hospizstiftung Rems-Murr e.V., so beschäftigt sich der Verein aktuell mit der Planung und Umsetzung einer Tages-Hospizeinrichtung.

Weitere bestehende Angebote sind:

Ambulanter Hospizdienst

Die Hospizstiftung Rems-Murr e.V. hat einen Ambulanten Hospizdienst. Knapp 90 Ehrenamtlich Engagierte unter Zusammenarbeit mit 3 festangestellten Mitarbeiter*innen begleiteten ca. 120 Klienten im Rems-Murr-Kreis allein im Jahr 2020.

Kinderhospizdienst

Im Kreis haben sich zwei Angebote für Kinder mit palliativen Bedarfen entwickelt. Sowohl der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e.V. als auch der Verein Sternentraum 2000 e.V. teilen sich dabei die Sorge und das sich kümmern um schwerkranke Kinder mit ihren Familien.

Stationäres Hospiz

12 Plätze stehen schwerkranken und sterbenden Menschen im stationären Hospiz in Backnang zu Verfügung. Bei einer wirtschaftlichen Auslastung von ca. 80 % steht dieses stationäre Angebot den Bürgerinnen und Bürgern kreisweit zu Verfügung. Die Pflege und Begleitung wird durch knapp 18 VZÄ Pflegefachpersonen und Ehrenamtlicher Begleiter durch die Hospizstiftung Rems-Murr angeboten.

Demenzbetreuung

Mit insgesamt 4 Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz bietet die Hospizstiftung Rems-Murr e.V. in Waiblingen stundenweise Betreuung durch geschulte Ehrenamtliche unter fachlicher Leitung an. Ein häuslicher Besuchsdienst für Menschen mit Demenz ebenfalls am Standort Waiblingen befindet sich derzeit im Aufbau und soll ebenfalls mit Ehrenamtlich Engagierten unter fachlicher Leitung aufgestellt werden. Alle Angebote sind im Rahmen der Unterstützungsangebote-Verordnung durch den Rems-Murr-Kreis anerkannt und Co-gefördert.

5.3. Palliative Pflege und Hospiz

Herausforderung

So lange wie möglich ein selbständiges Leben in den eigenen vier Wänden zu führen ist die gewünschte zukünftige Lebensform der Senioren*innen im Rems-Murr-Kreis. Dieses Ergebnis lässt den Rückschluss zu, dass die meisten Menschen sich auch wünschen, zuhause in Würde zu sterben. Die Rahmenbedingungen müssen daher eine frühzeitige und kontinuierliche palliative Begleitung ermöglichen. Die Realität zeigt, dass zunehmend mehr Schwerstkranke Patienten in der Nähe des Lebensendes nach der Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können. So ist der Umzug in ein Pflegeheim und ein eher kurzer Verbleib in der Einrichtung bis zum Tode eine häufiger werdende Folge.

Damit hat sich auch das Anforderungsprofil an das Pflegepersonal in Bezug auf den Bedarf an palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen in der stationären Altenpflege erhöht. Dabei ist zu beachten, dass die palliative Versorgung nicht als analoger Bestandteil der allgemeinen pflegerischen Versorgung betrachtet werden darf, sondern weitergehende Anforderungen erfüllen muss.

Das Ziel sollte sein, auch in der letzten Lebensphase, die größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Palliative Kompetenzen müssen daher sowohl in der Häuslichkeit als auch in allen anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gestärkt und ausgebaut werden.

5.3.1. Formen der Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationäre Hospizen zu ermöglichen.

5.3.2. Information und Beratung

Die Hospizstiftung Rems-Murr e.V. bietet in Waiblingen, Schorndorf, Weinstadt, Backnang, Welzheim und Murrhardt Beratung und Information in Angelegenheiten der Vorsorge (Patientenverfügung) an.

Trauerarbeit

Neben verschiedenen Gruppenangeboten bietet die Hospizstiftung Rems-Murr e.V. auch ehrenamtliche Einzelbegleitung, Begegnungsmöglichkeit in Trauer-Cafes, Gestaltungsangebote speziell für Männer oder Familientag u.v.m. an. Auf Wunsch werden professionelle Trauerbegleiter und Trauerbegleiterinnen vermittelt.

Spezialisierter ambulanter Palliativdienst (SAPV)

Es gibt zwei SAPV-Angebote im Rems-Murr-Kreis. Einmal die „SAPV Daheim sein“ von der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e.V. so wie die „SAPV-Rems-Murr-Kreis e. V.“ (Kooperation von Ärzten und Pflegediensten). Beide Angebote arbeiten jeweils mit einer Palliativ-Ärztin und eine Palliativ-Care-Pflegekraft betreuen einen Patienten in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim. In der Regel werden ca. 90 Patienten ständig versorgt.

5.3.3. Handlungsempfehlungen

- kontinuierliche palliative Begleitung (so frühe wie möglich, sektorenübergreifend)
- Aus- und Weiterbildung (in allen beruflichen Sparten) inklusive Supervision
- Zugangsbarrieren abbauen (gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, Zugangsbarrieren für bspw. Migranten*innen abbauen)
- Beratungsarbeit intensivieren
- bestehende Angebote etablieren und festigen
- (Re)Finanzierung von Palliative Care Leistungen

5.4. Junge Pflegebedürftige

Pflegebedürftigkeit ist altersunabhängig und kann jede Person in jeder Altersphase und mit unterschiedlicher Schwere treffen.

Der Begriff der „jungen Pflege“ richtet sich im Folgenden an Personen, im Alter zwischen 0 und 65 Jahren und von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI, §14 ff betroffen. Aktuell leben in Baden- Württemberg fast 472.000 pflegebedürftige Personen, davon sind ca. 19 % junge pflegebedürftige Personen unter 65 Jahre¹²¹.

Pflegebedürftigkeit zeichnet sich bei älteren Menschen in der Regel durch altersbedingte, chronische Erkrankungen und Multimorbidität aus, während bei jungen pflegebedürftigen Menschen unter 65 Jahren oftmals andere Ursachen für Pflegebedürftigkeit bestehen.

Von unterschiedlichen Schicksalen wie z. B. durch Folgen eines Unfalls, Querschnittslähmung, Schlaganfall oder durch chronisch, fortschreitenden Erkrankungen wie z. B. Multiple Sklerose (MS), ALS, Tumorerkrankungen, etc. betroffen, benötigen junge Pflegebedürftige passend zur Schwere der Erkrankung gezielte Unterstützung und Förderung um ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Versorgungsform

Die Anforderungen an die Versorgung junger Pflegebedürftiger sind demnach gegenüber den Versorgungsanforderungen in der Altenhilfe unterschiedlich zu betrachten. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten werden von jungen Pflegebedürftigen in der Regel denen der stationären Möglichkeiten vorgezogen, nicht zuletzt aufgrund der fehlenden passgenauen Angebote in stationären Einrichtungen.

Eine ambulante Versorgung junger Pflegebedürftiger ist, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Mobilitätseinschränkung, von ausreichenden familiären Ressourcen sowie der lokalen Versorgungslandschaft und deren Versorgungskapazitäten abhängig.

Je nach Wohnort differiert das Versorgungsangebot sehr und Betroffene sind teilweise auf die Nutzung weniger Angebote angewiesen, diese oftmals nicht bedürfnisorientiert an die Altersgruppe angeboten werden können. Scheitern häusliche Pflegearrangements, wird ein Umzug in eine ambulant betreute Wohnform für junge Menschen oder eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig.

Junge pflegebedürftige Personen werden zunächst überwiegend von den Eltern und im familiären, sozialen Netzwerk versorgt, hierbei nehmen Angehörige in der häuslichen Unterstützungsgestaltung junger Betroffener einen anderen Stellenwert ein als bei Senioren.

Im Erwachsenenalter leben viele junge Pflegebedürftige allein, werden vom Partner versorgt, leben in Wohngruppen, in Behindertenwohnheimen oder auch im Pflegeheim¹²².

¹²¹ Statistisches Landesamt, Pressemitteilung 347/2020, Pflegestatistik Ba-Wü, 2019

¹²² Barmer Pflegereport 2017

Begrenzte Plätze für junge Pflegebedürftige

Die Plätze in Einrichtungen der jungen Pflege sind jedoch begrenzt, so dass junge Betroffene im Bedarfsfall oftmals in Einrichtungen der Altenhilfe oder in Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung einen Platz finden¹²³.

Die überwiegende Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen sind auf die Versorgung älterer Menschen ausgerichtet und bieten wenig Möglichkeiten für eine bedürfnisorientierte Versorgung der von Pflegebedürftigkeit betroffenen jungen Menschen.

Einen bundeseinheitlichen Anspruch auf gesonderte Leistungen der „Jungen Pflege“ für junge Betroffene gibt es aktuell nicht. Junge Pflegebedürftige werden häufig aufgrund längerer Verweildauer über viele Jahre begleitet, so dass die Verfügbarkeit von Plätzen in der Jungen Pflege häufig mit langjährigen Wartezeiten verbunden ist.

5.4.1. Anforderungen an die stationäre und ambulante Junge Pflege

Einrichtungen für junge Pflegebedürftige orientieren sich nach einem für junge Menschen ausgerichteten Betreuungskonzept und stellen die Bedürfnisse und Interessen junger Pflegebedürftiger in den Vordergrund der Alltagsgestaltung und Versorgung.

Tages- und Freizeitgestaltung, individuelle Interessen sowie die Gestaltung der restlichen Lebenszeit unterscheiden sich erheblich von denen älterer Menschen. Junge Menschen erhalten nicht nur Pflege, sondern auch Unterstützung, ihren Tag aktiv zu gestalten und soziale Kontakte zu pflegen und aufzubauen.

Im besten Fall verbessert sich durch die Anpassung der Pflege an die besonderen Bedarfe junger Menschen der Gesundheitszustand der Betroffenen und sie erlangen Selbstständigkeit zurück, dies wiederum bietet neue Chancen auf eine Rückkehr in ambulante, häusliche Versorgung der Betroffenen.

Junge pflegebedürftige Personen streben meist, neben der Versorgung im gewohnten Umfeld innerhalb der Familie, weitere Wohnformen wie die der Wohngruppen, betreute Wohngemeinschaften und Behindertenwohnheime an.

Eine Barmer-Versicherten-Befragung junger pflegebedürftiger Personen aus 2017, beschreibt die bevorzugte Wohnform junger pflegebedürftiger Personen.

Demnach zeigt sich die betreute Wohngemeinschaft und Wohngruppe in durchweg allen Altersgruppen, als gewünschte und bevorzugte Wohn- und Versorgungsform gegenüber der Versorgung im Pflegeheim oder Behindertenwohnheim¹²⁴.

¹²³ Junge Pflegebedürftige schlecht versorgt (aerzteblatt.de)

¹²⁴ Barmer Pflegereport 2017

Abb.49: Präferenzen junger Pflegebedürftiger bei den Unterbringungs- und Versorgungsformen



5.4.2. Junge Pflegebedürftige im Rems-Murr-Kreis

Nach Berechnungen der Pflegestatistik 2019 für den Rems-Murr-Kreis, sind 3.728 Menschen unter 65 Jahre von Pflegebedürftigkeit aufgrund unterschiedlicher Erkrankungen oder Schwerbehinderung betroffen und gehören der Gruppe der jungen pflegebedürftigen Personen „Junge Pflege“ im Rems-Murr-Kreis an. Davon sind rund 2.754 Personen zwischen 20 und 65 Jahren.

Die Inanspruchnahme der Unterstützungs- und Pflegeleistungen von Jungen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad im Rems-Murr-Kreis stellt sich wie folgt dar:

Aktuell werden 396 pflegebedürftige Personen ≤ 65 Jahre im ambulanten Bereich über einen ambulanten Pflegedienstleister versorgt und unterstützt, 426 pflegebedürftige Personen ≤ 65 Jahre im vollstationären Bereich. Der vollstationäre Bereich beinhaltet die Versorgung in Dauerpflege, sowie ebenso die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, diese findet überwiegend in Einrichtungen der Altenhilfe statt.

Rund 2.709 junge Pflegebedürftige werden in der Häuslichkeit ohne amb. Dienstleister versorgt¹²⁵.

¹²⁵ Statistisches Landesamt, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung Rems-Murr-Kreis 2019, eigene Berechnungen.

Die Pflegegeldleistung, also die Pflege im häuslichen Umfeld ohne die Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist bei den jungen Pflegebedürftigen durchweg die dominierende und bevorzugte Leistungsart.

Abb. 50: Junge Pflegebedürftige Rems-Murr-Kreis

Junge Pflegebedürftige Rems-Murr-Kreis	Stand 12.2019
Pflegebedürftige (alle Altersgruppen) RMK gesamt	18.306
Junge Pflegebedürftige (≤ 65 Jahre) RMK gesamt	3.728
Bezug von Sachleistungen ambulant	396
Bezug von Pflegegeld (häusliche Versorgung) ohne Pflegedienst	2.709
vollstationär	426

Quelle: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung Rems-Murr-Kreis 2019¹²⁶

Es zeigt sich, die am stärksten genutzte Versorgungsform bei jungen pflegebedürftigen Personen innerhalb der Pflegegrade 1-5, ist mit 77 % die der häuslichen Versorgung ohne ambulante Dienstleister.

Einrichtungen Junge Pflege im Rems-Murr-Kreis

Innerhalb der ambulanten Versorgung von jungen, pflegebedürftigen Personen übernehmen ambulante Pflegedienste, Hospizdienst, Assistenzdienste sowie Betreuungsdienstleister verschiedene Formen der Unterstützung, Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit.

Hierfür stehen die nach SGB XI anerkannten Pflegedienstleister im Kreis sowie verschiedene niedrigschwellige Angebote der Alltagsbetreuung- und Unterstützung zur Verfügung.

Aufgrund von Fachkräftemangel und Begrenzungen der Versorgungszeiten der ambulanten Dienstleister, ist die ambulante, bedürfnisorientierte Pflege mit altersgerechter Tagesgestaltung, die dem Bedarf pflegebedürftiger junger Menschen auf verschiedenen Ebenen entsprechend gerecht wird, nicht immer möglich.

Zusammenfassend zeigt sich ein vorwiegend geriatrisch ausgerichtetes Pflegeversicherungs- und Versorgungssystem.

¹²⁶ Statistisches Landesamt, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung Rems-Murr-Kreis 2019, eigene Berechnungen

Im Rems-Murr-Kreis bieten verschiedene Pflegeeinrichtungen mit separaten Wohnbereichen und Apartments eine bedarfs- und altersgerechte Versorgung und Tagesgestaltung für junge, pflegebedürftige Menschen an.

Abb. 51: Bedarfs- und altersgerechte Versorgung für junge, pflegebedürftige Menschen im Rems- Murr- Kreis

Stadt/ Gemeinde	Träger	Einrichtung	Plätze	Junge Pflege	Schwerpunkt
Fellbach	Evangelische Altenheimat	Philipp-Paulus-Heim	11	18 – 60 Jahre	Diagnoseunabhängig
Backnang	Stiftung Altenheime Backnang und Wildberg	Staigacker/ Appartementshaus Bonnhöfer	12	18 – 60 Jahre	Diagnoseunabhängig ab PG2
Backnang	Stiftung Altenheime Backnang und Wildberg	Johannes-Brenz Haus	16	18 – 60 Jahre	für Betroffene von Multiple Sklerose ab PG 2

Die Anzahl der verfügbaren Plätze sind begrenzt, die Verweildauern in den Pflegeeinrichtungen jeweils länger so dass notwendige Plätze in der stationären Versorgung mit langen Wartezeiten verbunden sind.

Angebote der Kurzzeitpflege werden in herkömmlichen Altenpflegeeinrichtungen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung angeboten, diese sind jedoch nicht spezifiziert auf junge Pflegebedürftige ausgerichtet.

Auf Grundlage der Pflegestatistik wird die stationäre Kurzzeitpflege von jungen Pflegebedürftigen Personen kaum in Anspruch genommen, nicht zuletzt aufgrund fehlender, passgenauer Angebote für junge Pflegebedürftige in der Kurzzeitpflege sowie im teilstationären Bereich.

Beratungsangebote zu Junge Pflege im Rems-Murr-Kreis

Beratungsangebote zur **altersspezifischen** Pflegebedürftigkeit und Leistungen Kranken-Pflegeversicherung stellt der Landkreis, die Kommunen, freie Träger sowie die Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung.

- Kreisweite Beratungsstelle Pflegestützpunkt
- Kranken- und Pflegeversicherungen
- Träger der Eingliederungshilfe/BTHG
- Unabhängige Teilhabeberatung – EUTB freie Trägerschaft

5.4.3. Handlungsempfehlungen zur Einbindung in kommunaler Bedarfsplanung

Alternative Wohnformen fördern

Förderung neuer Wohnformen für junge Pflegebedürftige wie z. B. Wohngruppen/Wohngemeinschaften, Ausweitung der ambulanten Pflegewohnformen sowie der Mehrgenerationenhäuser und Mehrgenerationenwohnen.

Junge Pflegebedürftige Personen sollen im Prozess der Quartiersentwicklung und städtebaulichen Entwicklung mitbedacht werden.

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Ergänzung der bestehenden pflegerischen Infrastrukturen bezogen auf die besonderen Bedürfnisse junger Pflegebedürftiger

- Stärkung ambulanter, individueller Versorgungsformen für junge Pflegebedürftige
- Schulungsangebote für Pflegefachkräfte und Hilfskräfte
- Flexibilisierung und Vergütung von Sonder-Arbeitszeiten (abends, Wochenende)
- Kapazitätsausweitung

Stationäre Versorgung

Strukturelle und einrichtungsbezogene Anpassungsmöglichkeiten in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe zur Stärkung und Unterstützung für junge Pflegebedürftige.

- Auf junge Pflegebedürftige ausgerichtetes oder ergänzendes Betreuungs- und Pflegekonzept innerhalb bestehender Strukturen der Altenhilfe
- Anpassung des Pflegepersonalschlüssels zu Ermöglichung der bedürfnisorientierten Versorgung und Betreuung für Junge Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Versorgungslücke schließen

- Weiterentwicklung von bedürfnisorientierten Kurzzeitpflegeangeboten als Überbrückungsmöglichkeiten von Lücken im familiären Versorgungssetting und als Ergänzung zu ambulanten Versorgungsformen
- altersgerechte Tagespflegeangebote, z. B. in bestehenden teilstationären Strukturen
- Gesundheitsförderung durch Stärkung in der Selbsthilfe junger pflegebedürftiger Personen.

5.5. Young Carer – Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung

Rund 479.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland versorgen und pflegen regelmäßig pflegebedürftige Angehörige laut dem Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).¹²⁷

Die englische Bezeichnung „young carer“ (YC) beschreibt Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre und junge Erwachsene mit Pflegeverantwortung als young adult carers (YAC).

Definition Young Carer ¹²⁸

Als junger Mensch mit Pflegeverantwortung gilt, wer regelmäßig die Pflege, Teilbereiche der Pflege, Fürsorge und Unterstützung für körperlich oder kognitiv Beeinträchtigte Angehörige, psychisch Erkrankte, behinderte oder suchtkranke Angehörige wie Eltern, Großeltern oder Geschwister übernimmt oder regelmäßig eingebunden wird.

Herausforderung

Junge Menschen mit Pflegeverantwortung werden bislang kaum wahrgenommen und erfordern mehr öffentliche Aufmerksamkeit. Young Carer müssen stärker ins gesellschaftliche Bewusstsein rücken. Die nicht altersgerechten Belastungen von pflegenden Kindern und Jugendlichen müssen sichtbar werden und durch gute Strukturen abgefangen und unterstützt werden.

Die Aufgaben junger Pfleger sind vielfältig und verändern sich im Laufe der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, verbunden mit oft maßgeblichen Veränderungen und Beeinträchtigungen, die junge Menschen in ihrer emotionalen, schulischen oder beruflichen Entwicklung und Ausbildung erfahren.

Die Aufgaben reichen von gelegentlichen Hilfestellungen bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung, meist auf Abruf. Die Kinder helfen bei der Mobilisation, bei Körper- und Intimpflege, bei der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung, sie übernehmen medizinische Tätigkeiten und leisten oftmals nebenbei emotionale Unterstützung.¹²⁹

Auswirkungen

Die natürliche Entwicklung als junger Mensch, wie die Konzentration und Zeit für Schule, Ausbildung, Hobbys, Freundschaften und soziale Netzwerke, wird aufgrund der Pflegeverantwortung maßgeblich beeinflusst.

Angst vor Ausgrenzung oder negative Konsequenzen für die Familie hindert Kinder und Jugendliche zusätzlich über ihre Situation offen zu sprechen.

¹²⁷ BMFSFJ - Beratung für pflegende Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende 2/2022

¹²⁸ Der englische Begriff „young carer“ wird gemäß dem deutschen Sprach- und schreibgebrauch angepasst und im Substantiv verwendet: „Young Carer“

¹²⁹ Abschlussbericht zum Projekt „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“, 2017, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, BMG

Ein Bewusstsein für die besondere Situation fehlt sowohl bei den jungen Leuten selbst als auch im Hilfesystem rund um Pflege, Beratung, Entlastung, und Schule und bleibt so für lange Zeit unsichtbar und verkannt.¹³⁰

Junge Pflegende Außenvor:

Das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz (FamPflZG) hat bereits konkrete Verbesserungen für Pflegende Angehörige zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf hervorgebracht. Unberührt davon bleiben bislang jedoch Regelungen für Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung, insbesondere zu Regelungen für Auszeit, Rehabilitation, Stressprävention oder Kompensation für die betroffenen Kinder und Jugendliche.

5.5.1. Überregionale Angebote

Verschiedene Studien des Bundesministeriums für Gesundheit stellen die Situation der Kinder und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung dar und beschreiben Entwicklungs- und Etablierungsmöglichkeiten von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung.

Eine Reihe an bundesweiten Hilfs- und Beratungsangeboten für junge Menschen mit Pflegeverantwortung sind bereits entstanden.

Dort finden Junge Pflegende Rat, wie sie sich Zeit und Raum für ihre eigenen Bedürfnisse schaffen, können über ihre Sorgen und Ängste sprechen und sich mit anderen Betroffenen austauschen.

Diese Angebote erreichen oftmals jedoch nicht die öffentliche Aufmerksamkeit und kommen bei den Kindern und Jugendlichen oftmals nicht an.

Die Notwendigkeit für das Thema zu sensibilisieren und in öffentliches Interesse zu bringen, steigt mit zunehmender Zahl der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen.

¹³⁰ Projekt EPYC- „Empowering Professionals to support **Young Carers**“, Pflege in Not, Diakonisches Werk Berlin. Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige, Pflegeverantwortung bei jungen Menschen erkennen; finanziert aus Mitteln der europäischen Kommission

▪ „Pausentaste- Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“

die Internetseite des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, will gezielt beraten und informieren. Bei dem seit 2018 bestehenden Projekt sind das Kinder- und Jugendtelefon sowie die Online-Beratung niedrigschwellige Anlaufstellen für Mädchen und Jungen, die sich um ihre Angehörigen kümmern oder diese zu Hause pflegen bzw. versorgen.

Die Webseite präsentiert Erfahrungsberichte, Interviews, Informationen zu Erkrankungen sowie Leseempfehlungen. Das Angebot wird mit einem Chat und Optimierung für mobile Endgeräte ergänzt und so Kinder und Jugendlichen leicht zugänglich gemacht werden.

Betroffene finden Linktipps und Beratungsstellen sowie Gesprächsgruppen in der Nähe.

Link: [Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe.: Pausentaste](#)

▪ „Pflegenetzwerk JUMP“

Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V.

Link: [Junge Pflege \(wir-pflegen.net\)](#)

▪ "Superhands"

ist eine Internetplattform der Johanniter für pflegende Kinder und Jugendliche. Sie finden hier Tipps für Notfall und Pflege, Infos zu Krankheiten, Buchtipps und eine kostenlose Telefonhotline.

Link: [Home \(johanniter-superhands.de\)](#)

▪ "Young Carers"

ist eine Austauschwebsite für minderjährige Kinder, die ihre Eltern oder Angehörige pflegen. Es gibt Broschüren und Flyer als Download, einen Blog sowie hilfreiche Links und Tipps. Auch die kranken Eltern finden hier Beratungsangebote.

Link: [Young Carer !\[\]\(be3664c701312e785b8df338d7a7b669_img.jpg\) Pflegende Kinder und Jugendliche !\[\]\(5fb8056deb716de5edd9d9054452381a_img.jpg\) Kinder kranker Eltern - young-carers.de](#)

▪ „Nummer gegen Kummer“

Kinder- und Jugendtelefon zur anonymen und kostenlosen telefonischen Beratung

Eine E-Mailberatung ist rund um die Uhr möglich.

Link: [Beratung für Eltern, Kinder und Jugendliche | Nummer gegen Kummer](#)

5.5.2. Beratung junger pflegender Angehöriger im Rems-Murr-Kreis

Regionale Angebote zur Beratung und Schulung von pflegenden Angehörigen allgemein, unabhängig von Altersgruppen, werden aktuell über gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Unfallkasse Baden-Württemberg in unterschiedlichen Formaten angeboten. Durch die pandemische Lage wurden parallel Möglichkeiten zur digitalen Beratung und Schulung geschaffen.

Weitere Angebote zur Schulung und Anleitung für pflegende Angehörige bieten regionale ambulante Pflegedienste, die geriatrische Rehabilitationsklinik und Angehörigenschule sowie die Klinik für Psychiatrie.

Diese richten sich nicht explizit an junge Pflegeverantwortliche, dadurch wird der Zugang zu Jungen Pflegenden zusätzlich erschwert.

Interessierte Kinder und Jugendliche müssen aktiv nach passenden, altersgerechten Hilfsangeboten vor Ort suchen und nutzen unterschiedliche Kanäle zur Informationsgewinnung.

Erschwerend hinzu kommt, dass Kinder und Jugendliche in einer bereits durch die Pflegeverantwortung entstandene Belastungssituation, zusätzliche externe Unterstützung, Zuspruch und Motivation benötigen um Unterstützung und Beratung in Anspruch zu nehmen.

Kinder und Jugendliche sind in Ihrer Pflegeverantwortung häufig alleingelassen.

Perspektive

Ziel der Landkreisverwaltung ist es, regionale Akteure auf Kinder und Jugendliche in der Rolle als pflegende Angehörige und unterrepräsentierte Personengruppe aufmerksam zu machen und für deren Bedarfe zu sensibilisieren.

Interessensbekundung und Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Schaffung von Angeboten für junge Pflegende sind im Rahmen von Expertengesprächen zwischen der Kreisverwaltung und relevanten regionalen und überregionalen Akteuren bereits eruiert worden.

Anlaufstellen im Rems-Murr-Kreis

Erste Anlaufstellen für betroffene Kinder und Jugendliche sowie für Eltern junger Pflegender sind aktuell Familienberatungsstellen, die Jugendhilfe, die Schulsozialarbeit sowie Pflegeberatungsstellen wie der regionale Pflegestützpunkt.

Arbeitsgruppen

Aktuell sind junge Menschen mit Pflegeverantwortung im Focus einzelner thematisch ausgerichteter Arbeitsgruppen. Innerhalb dieser, werden die Bedarfe der jungen Pflegenden eruiert, thematisiert und weiterentwickelt:

- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Kinder und Jugendliche von suchtkranken Eltern
- Kinder- und Jugendhospiz bieten Beratung für junge Pflegende im Rahmen der Versorgung schwerstkranker Familienangehöriger an

Aktive Austauschmöglichkeiten wie begleitete Gesprächskreise oder Austauschgruppen speziell für Young Carer sind im Kreis derzeit nicht bekannt.

Situation junger Pflegender

- Young Carer berichten über positive wie negative Erfahrungen bei der Pflege und Betreuung von Angehörigen sowie über unterschiedliche Belastungsgrenzen
- Laut Experten ist der Bedarf an Erfahrungsaustausch junger Pflegender sehr hoch
- Young Carer benötigen Angebote zum Austausch untereinander, sowohl persönlich wie digital, vorzugsweise im vertrauten Kreis der gleichen Altersgruppen
- Ängste vor negativen Konsequenzen hindern Kinder und Jugendliche daran, sich jemandem außerhalb des Familienumfeldes und den Lehrkräften anzuvertrauen, deshalb sind sie auf ein sensibles und aktives Zugehen und die Wahrnehmung in der Gesellschaft angewiesen
- Aus Expertensicht ist es erforderlich, Kinder und Jugendliche in Ihrer Belastungssituation die Angst vor Stigmatisierung zu nehmen, sowie Schaffung von Möglichkeiten zur Entlastung, Stressbewältigung und Kompensation anzubieten

Politischer Handlungsbedarf

Rechtliche Rahmenbedingungen müssen zum Schutz und zur Unterstützung pflegender Kinder und Jugendlicher geschaffen und angepasst werden.

Ökonomische Sichtweise

Die Unterstützung junger pflegender Kinder und Jugendlicher ist gleichwohl aus ökonomischer Sicht sinnvoll und soll als präventiver Ansatz betrachtet werden.

- Vorzeitiger Schulabbruch verursacht hohe individuelle, soziale und wirtschaftliche Kosten
- Eine unumgängliche Folge von Pflegeverantwortung ist das erhöhte Risiko schlechter psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, folglich ist dies ein Kostenfaktor für die Gesellschaft

Verortung der Pflege- und Betreuungsverantwortung

Indem Junge Pflegende unterstützt werden den Umgang mit der Situation der Pflegeverantwortung zu erlernen und die Sensibilisierung in der Öffentlichkeit zu voranzutreiben und zu schaffen, wird letzten Endes die Übertragung der Pflege- und Betreuungsverantwortung in der Gesellschaft befürwortet.

Im Grunde gehört den Kindern und Jugendlichen die Pflege- und Betreuungsverantwortung nicht auferlegt.

Wandel in der Pflegeverantwortungsrolle

Eine Befreiung aus der Pflegeverantwortungsrolle ist sinnvoll, es verbleibt jedoch unrealistisch, dass Kinder und Jugendliche keine Pflege- und Betreuungsrolle mehr innehaben in familiären Pflegekontexten.

Es braucht eine Stärkung der Pflege Zuhause durch individuelle Angebote für pflegende Angehörige, diese angepasst an die Anforderungen der Young Carers und gute regionale Pflegeangebote um den Kindern und Jugendlichen die Pflegelast abzunehmen und zu senken, im Besten Fall um eine Pflegelast im Voraus zu vermeiden.

Ebenso besteht Handlungsbedarf zu gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor unangemessener Pflege und Betreuung.

Hierzu ist es wichtig die pflegenden Kinder und Jugendlichen als solche zu erkennen und Anzuerkennen, die Bedarfe junger Pfleger zu eruieren und konkrete Angebote für junge Pfleger zu schaffen die in die Lebenswirklichkeit Junger Menschen passen.¹³¹

Handlungsbedarf besteht bei regionaler Vernetzung der Institutionen untereinander, wie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen wie z.B. Pflegedienstleister, Kliniken, Hausärzte und Beratungsstellen, Akteurinnen und Akteure aus gemeinnützigen Organisationen und aus der Kommune sowie aus den örtlichen Bildungsinstitutionen.

Junge Pfleger und deren Interessenvertretungen müssen hierbei partizipativ eingebunden werden.¹³²

5.5.3. Handlungsimpulse

Weiterentwicklung Vernetzung

Das Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) veröffentlichte im September 2021 einen Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung einer regionalen Vernetzung relevanter Akteure.

Der Leitfaden soll alle wichtigen Fragen zum Aufbau und zur Umsetzung einer regionalen Vernetzung beantworten und die Weiterentwicklung von Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung befördern.

Die Landkreisverwaltung empfiehlt in konstruktiver, regionaler Vernetzungsarbeit die Bedarfe von Young Carers zur erfassen und gemeinsam Lösungsstrategien und Angebote für den Kreis zu entwickeln.

Zur Weiterentwicklung kommen verschiedene Ansätze aus dem Leitfaden des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Betracht. (Abb. 52)

¹³¹ vgl. „Young Carers befähigen ihre Lebensziele zu verfolgen und ihre Potenziale voll auszuschöpfen- Forschungsergebnisse in politische Maßnahmen umsetzen“, MeWe Projekt 2018-2021 [CH-PB_de_v2.pdf \(me-we.eu\)](#)

¹³² BMFSFJ: Pausentaste; Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung einer regionalen Vernetzung, 2021, [211025_pausentaste_5.fachtag_Netzwerktreffen.pdf](#)

Abb. 52: Handlungsimpulse und Relevante Akteure

Handlungsimpulse	Relevante Akteure
Identifizierung junger Pfleger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegekassen ▪ Innerhalb Entlassungsmanagement und sektorenübergreifende Überleitung ▪ Unfallkasse Baden-Württemberg UKBW
Bedarfe junger Pfleger frühzeitig erfassen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinischer Dienst der Kassen MDK im Rahmen der Begutachtungen ▪ In der Schule erreichen- Schulsozialarbeit ▪ Jugendsozialarbeit
Thema ins öffentliche Interesse bringen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landkreisverwaltung ▪ berufliche Schulen, Kinder- & Jugendärzte, Jugendzentren, Familienzentren, amb. Pflegedienste ▪ Jugendzentren
Vorhandene Angebote für pflegende Angehörige altersgerecht anpassen, ergänzen und für Young Carers zugänglich machen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akteure in der Pflege und Betreuung
Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich, Jugend- und Bildungsarbeit befähigen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Europäisches Projekt EPYC (Empowering Professionals to support Young Carers)
Ausbau der Gesundheitsförderung und Selbsthilfe für Young Carer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung ▪ Selbsthilfe und Prävention

6. Digitalisierung für Senioren und Seniorinnen: Der Rems-Murr-Kreis vernetzt sich

6.1. „Gemeinsam statt Einsam“ - Mit Apps und virtueller Realität zum digitalen Rems-Murr-Kreis

Die Digitalisierung beeinflusst heute alle Bereiche unseres Lebens. Sie birgt Chancen und Risiken, auch für ältere Menschen - von der privaten Kommunikation bis hin zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit. Digitale Technologien müssen gut handhabbar, möglichst selbsterklärend, sicher und zudem für alle verfügbar und bezahlbar sein. Perspektivisch sollte es ein Recht auf technische Unterstützung geben, wenn diese möglich und gewünscht ist. Im gleichen Maße muss es jedoch ebenso ein Recht auf ein Leben ohne digitale Medien und autonome technische Systeme geben.¹³³

Der verlässliche Zugang ins World Wide Web wird zurecht als eine grundlegende Basisinfrastruktur gewertet. Solange die Möglichkeit, sich über das Internet zu vernetzen, nicht gewährleistet ist, können ältere Menschen auch nicht im vollen Umfang von digitalen Technologien profitieren. Zur digitalen Grundversorgung gehören Internetzugang, freies WLAN, internetfähige, intuitiv bedienbare Endgeräte (Tablets und Smartphones) und bei Bedarf eine dauerhafte, kompetente Begleitung in und durch die digitale Welt. Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung und den Wert der Digitalisierung in unserer Gesellschaft verstärkt aufgezeigt. Der Videoanruf bei der Familie ist längst Normalität geworden und auch digitale Arzt- und Amtsbesuche setzen sich zunehmend durch.¹³⁴

Digitalisierung hat besonders in ländlichen Regionen ein hohes Potenzial diese durch große räumliche Distanzen (Bereiche bei denen der ÖPNV an Grenzen stößt) geprägt oder „dünn besiedelt“ sind. Die Entwicklung, insbesondere der skandinavischen Länder, in den vergangenen zehn Jahren im Bereich E-Government und E-Partizipation zeigen die gewinnbringenden Möglichkeiten einer guten Digitalisierungsstrategie auf.¹³⁵

Die Pflegeversorgung in den Landkreisen sieht sich aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung, des demografischen Wandels und nicht zuletzt unter den Bedingungen der Corona-Pandemie veränderten Anforderungen ausgesetzt. Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung (Stichwort eHealth) kann hier Lösungen anbieten und mit digitalen Gesundheitsdienstleistungen zum einen die drängende Aufgabe des Infektionsschutzes unterstützen und zum anderen eine bessere, ortsnahe Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Räumen ermöglichen. Digitalen Instrumenten kommt insoweit eine dienende Funktion zu, sie ersetzen keine ärztlichen Entscheidungen, sondern erweitern deren Handlungsspektrum im Dienst der Patienten. Digitale Technologien können den Rems-Murr-Kreis dabei unterstützen, eine abgestimmte Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten, und

¹³³ 8. Altenbericht

¹³⁴ vgl. „Pflege und digitale Technik“ Stiftung ZQP in <https://www.zqp.de/digitalisierung-pflege/> (Zugriff 10.11.2021)

¹³⁵ vgl. Digitale Teilnahme könnte auf allen politischen Ebenen das Zusammenspiel von Staat und Gesellschaft neu definieren. Welche Länder können E-Partizipation aktuell am besten? in <https://www.bundesdruckerei.de/de/Fokusthemen/Magazin/Der-Wandel-der-E-Partizipation> (Zugriff 20.01.2022)

damit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse fördern und zugleich den eigenen Wirtschaftsstandort stärken.

Die Pandemie zwingt hier alle beteiligten Institutionen dazu, digital vernetzt zu kommunizieren und neue Softwarelösungen zur Pandemiebekämpfung zu erproben. Im Bereich der ambulanten Versorgung können telemedizinische Anwendungen gefördert werden, welche die Beratung durch niedergelassene Ärzte ergänzen. Hierzu zählen Instrumente wie die Telediagnose, Online-Videosprechstunden und Pflege-Apps.¹³⁶

6.2. Das Kreismedienzentrum als Motor digitaler Kompetenz für den Rems-Murr-Kreis

– nicht nur in der wertvollen Kinder- und Jugendarbeit und bei der Begleitung und Beratung von Schulen, sondern auch für älter werdende Menschen unter der Prämisse „Lebenslanges Lernen“.

Das Kreismedienzentrum Rems-Murr ist das kreisweite Kompetenzzentrum im Bereich der Förderung von medialen Kompetenzen. Als Bürgermedienzentrum unterstützt das Team des Kreismedienzentrums dabei alle Interessierten aus dem Kreis bei der Auswahl und dem Verleih von Medientechnik. Mit dem Projekt „Digitalisierung erlebbar machen“ hat das Kreismedienzentrum für Bürger*innen aus dem Landkreis für die Jahre 2022 und 2023 unterschiedliche Veranstaltungsformate konzipiert. Dabei sind eine der Zielgruppen auch Senioren*innen, um neue Technologien im sicheren Raum erlebbar zu machen.

Bedingt durch den Demografischen Wandel und den immer umfassenderen Einfluss der Digitalisierung auf das Leben aller Menschen rückt entsprechend auch die Fortbildung und Erfahrbarmachung von neuen Medien für Senioren*innen stärker in das Blickfeld des Kreismedienzentrums. Zur konkreten Umsetzung dieses zukunftsbestimmenden Auftrags hat sich das Kreismedienzentrum in sechs Kernbereichen mit zielgerichteten Projekten in Zusammenarbeit mit der Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung auf den Weg gemacht:

Digitalisierung zuhause (Wohnen und Bauen)

Sicher und selbstbestimmt im eigenen Zuhause leben ist ein Wunsch den die meisten älter werdenden Menschen teilen. Ein Schlüssel dazu kann bereits eine „barrierefreie“ Planung beim Wohnungsbau sein. Häufig ist eine solche vorausschauende Konzeption abstrakt und schwer anschaulich zu vermitteln. Eine Lösung dafür kann das „Ambient Assisted Living“ sein. Diese beinhaltet Systeme und elektronische Dienstleistungen, welche das alltägliche Leben älterer und auch eingeschränkte Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen. Das Kreismedienzentrum möchte in Kooperation mit der Sozialplanung Senioren und weiteren Partnerinnen (Haus der Zukunft in Tübingen und Demenz Support GmbH Stuttgart) im Rahmen einer Themenwoche „Virtual Reality (VR) City“ ab 2022 virtuelle Raumbegehungen für ein altersgerechtes, barrierearmes Wohnen anbieten. Ziel soll es sein, Interessierten zeitgemäße architektonische Konzepte dreidimensional vorzustellen und dadurch eine greifbare Vorstellung des eigenen künftigen Zuhauses zu schaffen. Dadurch kann auch die Bereitschaft gestärkt werden, barrierefreies und unterstütztes Wohnen anzunehmen.

¹³⁶ vgl. S.7ff. Digitalisierung und Gesundheit Handreichung zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung in Schriften des Deutschen Landkreistages, Band 146 <https://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/bd-146.pdf> (Zugriff 05.07.2021)

Exkurs: Eine App als Hilfe zu ersten Schritten der Digitalisierung „STARHILFE - DIGITAL DABEI“

Die allerersten Schritte mit dem eigenen Smartphone oder Tablet wagen? Die von der Landesanstalt für Kommunikation bereitgestellte Lern-App: STARHILFE - DIGITAL DABEI¹³⁷ ist eine gute Unterstützung für Älterwerdende die noch keine Erfahrung im Umgang mit Handys und Tablets haben. In geschützter Lernumgebung sind die wichtigsten Informationen zur Nutzung von mobilen Endgeräten, Apps und Messenger-Diensten Schritt für Schritt verständlich erklärt. Anschließend kann das Gelernte auch direkt geübt werden. Die Anwendung richtet sich gezielt an Menschen, die bisher keine Erfahrungen in der digitalen Welt gemacht haben und zwanglos ohne Sorge vor Schaden einen ersten Schritt bei der Digitalisierung wagen möchten.

6.3. Mobilität auch in zunehmend hohem Alter

Die Frage der Mobilität von Senioren und Seniorinnen umfasst ein breites Spektrum. Neben der eigenen körperlicheren Beweglichkeit und verlässlichen Anbindung an den ÖPNV ist für die Teilhabe am Alltagsleben auch der Zugang zum Internet ein signifikanter Aspekt.

Bewegungsangebote zur Beibehaltung der eigenen Tüchtigkeit sind für älterwerdende aber auch für hochbetagte sowie Menschen mit Demenz eine gute Form der Gesundheits- und Pflegeprävention. Gymnastik und Sport können selbstständig ausgeübt werden, Aktivierungsangebote vor Ort durch entsprechende Kurse des Deutschen Roten Kreuz, Volkshochschulen oder ähnliche inklusive Angebote im öffentlichen Raum gibt es im Kreis zahlreich. Eingeschränkte physische Mobilität aber auch pandemiebedingte Kontaktvermeidung machen diese Form von Aktivierungsangeboten häufig unmöglich.

Ein Lösungsansatz kann hier die Aufzeichnung oder synchrone Übertragung (Streaming) von sportlichen Kursangeboten sein. Wie können Teilnehmerinnen an Onlineangeboten partizipieren? Die mediale adressatengerechte Aufbereitung von Kursen bspw. der „Fünf Esslinger für Menschen mit Demenz“ in Form von Videos und unterstützender Plattformen wie Moodle und Big-Blue-Button als Videokonferenztool können hier eine Lösung sein. Damit sind nicht nur etablierte Formate wie Vorführfilme möglich, sondern synchrone Kurstermine denen Teilnehmer*innen und Kursleiter*innen via Webcam und Mikrofon miteinander interagieren können. Der Einsatz von Videokonferenztools dient dabei nicht nur der bloßen Kompensation eines Präsenzkurses, sondern spiegelt auch die Lebenswelt der jüngeren Generationen wider. Gebrauch dieser Technologien fördert dadurch in einem natürlichen Setting den Austausch und das gegenseitige Verständnis der Generation.

¹³⁷ <https://www.lfk.de/medienkompetenz/seniorinnen-und-senioren/lern-app-starhilfe-digital-dabei> (Zugriff 06.01.2022)

6.4. Soziale Integration und die als Idee der Caring Community

Quartiersprojekt: „Ambulante Pflege im „Grünen Bereich“ in Rudersberg

Seit 2021 gestalten die Diakoniestation Wieslauftal und Welzheimer Wald in Kooperation mit dem Landratsamt Rems-Murr-Kreis gemeinsam das Quartiersprojekt „Ambulante Pflege im „Grünen Bereich“. Ziel des im Rahmen des D-Care Lab¹³⁸ begleiteten Projektes ist es Austauschangebote zu schaffen, die alleinstehende, einsame Menschen wieder in ein soziales Netzwerk einbindet. Dadurch sollen Ressourcen und Fähigkeiten gefördert, einer Vereinsamung aktiv entgegengewirkt und das Selbstwertgefühl gestärkt werden. In Zusammenarbeit der Kommune Rudersberg, dem Kreismedienzentrum und der Sozialplanung Senioren ist für 2022 ein regelmäßig stattfindendes „Stammtisch: Erzähl – Café“ geplant, das besonders alleinstehende ältere Männer präventiv vor sozialer Einsamkeit vorbeugen soll. Das „Frühshoppen“ Format soll thematische Bezüge der Digitalisierung beinhalten, bspw. kleine Videosequenzen mit zielgruppenbezogenen Themen und/oder einen Podcast mit dem Titel: „Sag mal, wie war das damals?“.

Senioren-Medienmentorinnen-Programm als Multiplikatoren digitaler Kompetenzen

Immer mehr Seniorinnen nutzen digitale Medien zur Alltagsorganisation, Kommunikation und Unterhaltung oder streben dies an. Mitunter scheuen sie sich, die neuen Technologien und medialen Angebote zu nutzen, weil vielfach vor allem über Probleme mit den digitalen Medien berichtet wird. Das Senioren-Medienmentoren-Programm des Landesmedienzentrums trägt dazu bei, dass ältere Menschen sich sicherer fühlen beim Umgang mit Computern, Smartphones, Internet und ihren vielen Anwendungsmöglichkeiten.¹³⁹

Die Sozialplanung Senioren, der Kreisseniorinnenrat und das Kreismedienzentrum des Rems-Murr-Kreises möchten die Initiative unterstützen und die Senioren Medienmentoren bei Ihrer wertvollen Arbeit in den Kommunen unterstützen. Neben der Vernetzung und Weiterbildungsangeboten für die bereits im Landkreis tätigen Mentorinnen, setzt sich das Kreismedienzentrum dafür ein, als neuer Ausbildungsstandort des Senioren-Medienmentoren-Programms zu dienen. So wird ein niedrigschwelliges und nachhaltiges Bildungsangebot und Netzwerk für die Seniorinnen des Rems-Murr-Kreis geschaffen.

¹³⁸ siehe: <https://social-innovation-lab.org/ueber-uns/> (Zugriff 15.12.2021)

¹³⁹ vgl. <https://www.lmz-bw.de/landesmedienzentrum/mentorenprogramme/senioren-medienmentoren-programm/> (Zugriff 23.12.2021)

6.5. Projektvorhaben Digitalisierung bis 2027

Für die kommenden fünf Jahre sollen zielgerichtete Angebote für Seniorinnen geschaffen werden, um die Chancen der Digitalisierung aufzuzeigen. Dabei gilt es die Zielgruppen eng zu begleiten, Ängste abzubauen und als Ansprechpartner mehr Akzeptanz zu schaffen. Die Fort- und Ausbildung von Multiplikatoren*innen in Medien- und Technikkompetenzen wird angestrebt und künftig begleitet.

Konkret bedeutet dies:

- Kreismedienzentrum: VR City 2022 in Kooperation mit der Sozialplanung und ggf. externen Partnern (Virtuelle Wohnungsbegehungen, barrierearmes Wohnen)
- Moodlekurse: 5 Esslinger für Menschen mit und ohne Demenz als Angebot für Zuhause.
- „Erzähl – Café“, Podcast und Themenabend: „Sag mal wie war das damals?“ zur Überwindung der Einsamkeit im Quartiersprojekt: „Ambulante Pflege im „Grünen Bereich“ in Rudersberg.
- KMZ als Ausbildungszentrum für Senioren-Medienmentor/innen, Sozialplanung Senioren und Kreissenorenrat unterstützen, bewerben und fördern dieses Ziel.
- Gesundheitsförderung von Bewohnerinnen und Personal: VR Auszeit, Erlebniswelt Reisen

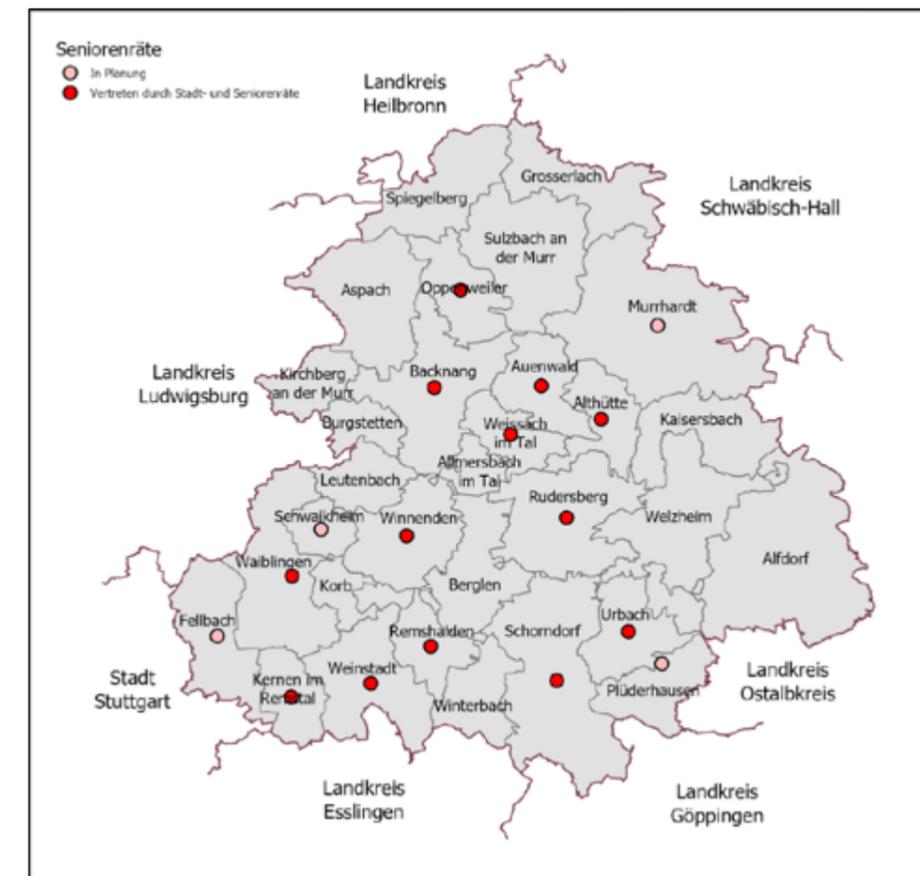
7. Interessensvertretung für Seniorinnen und Senioren

7.1. Der Kreissenorenrat Rems-Murr-Kreis e.V.

Aufbau und Struktur

Die Interessensvertretung der Senioren im Landkreis Rems-Murr nimmt in erster Linie der Kreissenorenrat Rems-Murr e.V. wahr. Engagierte, ehrenamtlich tätige Privatpersonen stellen die Stadt- und Ortssenorenräte, die wiederum den Kreissenorenrat bilden und setzen sich aktiv für die Belange der Senioren und Seniorinnen ein. Der Kreissenorenrat ist parteipolitisch unabhängig, konfessionslos sowie Mitglied im Landessenorenrat Baden-Württemberg, mit dem ein enger und intensiver Austausch gepflegt wird. Insgesamt sind derzeit 13 Standorte im Rems-Murr Kreis mit einem Stadt- oder Ortsbeirat im Kreissenorenrat vertreten.

Abb. 53: Bestehende und in Planung befindliche Seniorenräte im Rems Murr Kreis



Dem Vorstand gehören derzeit fünf Personen an. Die Vorstandsvorsitzende ist als erste Ansprechpartnerin des Vereins besetzt. Mit weiteren Funktionen durch stellvertretender Vorsitz (eine weitere Stellvertretung ist aktuell vakant), einer Schatzmeisterin, einer Pressesprecherin und einer Protokollführerin ist der Vorstand fachkundig besetzt. Der Kreissenorenrat erhält überdies fachliche Beratung und Unterstützung durch die Sozialplanung für Senioren und Demenzfachberatung im Dezernat für Soziales, Jugend und Bildung.

Aufgaben und Ziele

Die Aufgaben des Kreissenorenrats sind vielschichtig. Vorrangig geht es darum, Probleme und Anliegen älterer Menschen zunächst zu erkennen und konkrete Lösungen zu erarbeiten. Dies geschieht beispielsweise durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit und eine insgesamt gute Vernetzung. Der Kreissenorenrat wird zu allen Sitzungen der Kreisgremien eingeladen und ist in allen seniorenrelevanten Arbeitsgemeinschaften mit mindestens einem Mitglied vertreten. Einige der im Stadt- und Ortssenorenrat tätigen Personen sind sogar in den jeweiligen Gemeinderäten vertreten. Regelmäßige Treffen der Gremiumsmitglieder alle sechs bis acht Wochen fördern die Vernetzung der Stadt- und Ortssenorenbeiräte untereinander und bieten Gelegenheit zum direkten Austausch.

Über die Öffentlichkeitsarbeit sollen die Bedeutung und die Stellung des älteren Menschen in unserer Gesellschaft aufgezeigt und relevante Themen generationsübergreifend, verständlich und pragmatisch aufbereitet werden. Der Kreissenorenrat versteht sich als Organ der Meinungsbildung und des Erfahrungsaustausches auf sozialem, wirtschaftlichem, kulturellem und gesellschaftspolitischem Gebiet und unterstützt die örtlichen Mitgliedsverbände sowie engagierte Bürger*innen in der täglichen Seniorenarbeit.

Der Kreissenorenrat macht staatliche und kommunale Behörden, kirchliche Stellen und freie Wohlfahrtsverbände gezielt auf die Probleme älterer Menschen aufmerksam und arbeitet an Lösungsvorschlägen mit. Darüber hinaus steht er bei Seniorenbelangen dem Kreistag und der Verwaltung beratend zur Seite und kann eigene Vorschläge, Stellungnahmen und Gutachten abgeben. In Fragen der Sicherheit und Prävention ist der Kreissenorenrat mit dem Polizeipräsidium in Aalen und die für den Rems-Murr-Kreis verantwortliche Nebenstelle mit in Sitz in Fellbach vernetzt.

Die Situation von Menschen in der nachberuflichen und spätfamiliären Lebensphase sowie die Beachtung in der Gesellschaft hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. Das Bewusstsein in der älteren Generation für eine gewollt eigenständige, aktive Lebensphase und dem Wunsch nach Selbstbestimmung ist gestiegen. Vor diesem Hintergrund lassen sich wesentliche Themen ableiten, für die der Kreissenorenrat steht.

Dazu zählen präventive Bewegungs- und Sportangebote, sowie Trainings, zum Beispiel Angebote vor Ort für ein sicheres Fahren mit dem Fahrrad oder dem neuen E-Bike.

7.2. Wohnberatung

Ganz besonders hervorzuheben ist die Arbeit der aktiv tätigen, ehrenamtlichen und speziell geschulten Wohnberater*innen, die professionelle Unterstützung anbieten, wenn es um die Frage geht, das eigene Zuhause barrierefrei so umzugestalten, dass ein Verbleib in den eigenen vier Wänden möglich ist. Viele ältere Menschen wollen rechtzeitig die notwendigen Voraussetzungen schaffen. Durch entsprechende bauliche Maßnahmen sollte die Wohnung oder das Haus sicher und bequem eingerichtet sein und den altersbedingt veränderten Bedürfnissen gerecht werden.

Bevor allerdings die Umbaumaßnahmen vorgenommen werden, sollte eine fachkundige Beratung vorangestellt werden. Die Wohnberatung im Rems-Murr-Kreis ist in den großen Kreisstädten mit den Seniorenbüros vertreten und somit gut aufgestellt. Die Wohnberatung für die Bürgerinnen und Bürger ist hier kostenfrei.

„Ein Leben lang zu Hause wohnen – Wohnen ohne Barrieren für den Rems-Murr-Kreis“

So heißt die eigens vom Kreissenorenrat Rems-Murr e.V. erstellte Broschüre zu diesem Thema¹⁴⁰. Sie wurde als Arbeitshilfe verfasst und vermittelt einen umfassenden Überblick über mögliche Maßnahmen zur baulichen und technischen Wohnraumanpassung. Hier finden sich darüber hinaus eine Reihe von zusätzlichen Informationen, ob zum Thema Smart Home, zum Thema Sicherheit und ganz besonders in Sachen Finanzierung und den vielfältigen Töpfen die als Fördermöglichkeit zur Verfügung stehen. Ebenfalls in der Broschüre enthalten sind weitere nützliche Kontaktadressen, eine Checkliste, die potenzielle Problempunkte in der gegebenen Wohnsituation aufdeckt, auch im Falle einer diagnostizierten Demenz, sowie allgemeine Angaben zum Thema Pflege.

Die Broschüre kann online über die Homepage des KSR (www.ksr-remm-murr.de) eingesehen werden und elektronisch über die Adresse vorstand@ksr-remm-murr.de, aber auch telefonisch unter 07151/68180 bestellt werden.

Neben den Wohnberater*innen bietet der Kreissenorenrat auch für die aktiv tätigen Heimberatern und Heimberaterinnen Schulungsmaßnahmen an. Auch die Heimberater*innen bilden einen Teil des Netzwerkes. Der rege und offene Austausch ist wesentlich, um Informationen über die tägliche Arbeit und den besonderen Herausforderungen in den örtlichen Pflegeheimen zu erhalten.

Erwähnenswert ist auch die enge Zusammenarbeit mit den Rems-Murr-Kliniken. Hier stehen vor allem die speziellen Anforderungen im Umgang mit hochbetagten Patienten im Fokus.

Ein weiterer Baustein der Arbeit des Kreissenorenrates ist die Sensibilisierung älterer Menschen für die fortschreitende Digitalisierung. Die „Digitale Teilhabe“ ist ein wesentliches Element geworden in der täglichen Arbeit des Kreissenorenrates, nicht zuletzt forciert durch die Corona-Pandemie. Hier bietet der Seniorenrat gezielt Schulungen und jedwede Unterstützung an. An dieser Stelle ist es den Verantwortlichen des Kreissenorenrates wichtig zu betonen, dass man auch denjenigen zur Seite steht, die sich (noch) nicht mit den neuen Kommunikationstechnologien vertraut gemacht haben oder sich schwertun.

¹⁴⁰ [Ein Leben lang zu Hause wohnen im Rems-Murr-Kreis \(total-lokal.de\)](http://www.total-lokal.de)

Im Rahmen der Digitalisierung arbeitet der Kreissenorenrat eng mit dem Kreismedienzentrum (KMZ) in Waiblingen zusammen. Hier finden in geeigneten Räumlichkeiten auch die Schulungen der Seniorenräte statt. Darüber hinaus stellt das KMZ dem Kreissenorenrat die Partizipation an einer Kommunikationsmöglichkeit für Videokonferenzen zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kreissenorenrat einen wesentlichen Beitrag für das Wohlergehen und Wohlbefinden der Senioren und Seniorinnen im Rems-Murr-Kreis leistet. Sämtliche Anliegen finden hier Gehör und werden gezielt und mit Nachdruck an die entscheidenden Stellen weitergegeben.

8. Drei D: Demografie, Digitalisierung und Demenz als Agenda der Sozialplanung

8.1. Handlungsempfehlungen der Sozialplanung zur Umsetzung der im Kreispflegeplanung 2022 formulierten Ziele

Die Sozialplanung verfügt derzeit über ein Deputat von 2,5 VZÄ für den Bereich Senioren und Demenz. Aufgrund der gesetzlichen Pflichtaufgaben müssen die Maßnahmen und Projekte, die in der Kreispflegeplanung und den Handlungsempfehlungen benannt wurden, priorisiert und nacheinander bearbeitet werden.

Um diesen Umstand angemessenen zu begegnen, hat die Sozialplanung drei zentrale Arbeitsfelder ermittelt, die sie bis 2027 vorrangig bearbeiten wird.

Mit der Agenda „**Drei D: Demografie, Digitalisierung, Demenz**“ hat der Landkreis vorausschauende Lösungen in Form von kurz- und mittelfristig Projektvorhaben sowie langfristigen Maßnahmen als Kernelemente seiner Arbeit benannt.

Diese Handlungsempfehlungen umfassen klassische Ansätze wie Netzwerkarbeit und Arbeitskreise, aber auch progressive Ideen wie die Erschließung virtueller Angebote (Podcast, VR-Brillen u.v.m.) für Senioren*innen.

Der neue Fokus auf Digitalisierung ist nicht nur den Erfahrungen aus der Pandemie geschuldet, sondern richtet sich zielgerichtet auf die größte Gruppe der Pflegenden und Pflegebedürftiger im eigenen Zuhause aus.

Darüber hinaus sind die Handlungsempfehlungen den Kategorien „Maßnahmen“ und „Projekte“ zugeordnet.

Abb. 54: Handlungsempfehlungen der Sozialplanung

Bereich	Maßnahmen	Beteiligte Akteure
Demografie Pflegeinfrastruktur	Der Landkreis stellt Orientierungswerte für den Pflegebedarf im Rems Murr Kreis und den Mittelbereichen bereit. Der Landkreis berät und begleitet die Städte und Gemeinden beim bedarfsgerechten Ausbau von Angeboten der Pflege.	Landkreis Städte und Gemeinden
Demografie Quartiersentwicklung	Der Landkreis begleitet die Städte und Gemeinden beratend beim Bau und Weiterentwicklung von inklusiven Quartieren.	Landkreis Städte und Gemeinden
Demografie Kommunen und Landkreis als öffentliche Träger von Pflegeeinrichtungen	Der Landkreis erarbeitet bei Bedarf ein Konzept für ein Investitionsmodell: Kommunen und/oder der Landkreis betreiben als öffentliche Träger Pflegeeinrichtungen	Landkreis Städte und Gemeinden
Demografie Übergangspflege	Der Landkreis unterstützt die Kreiskliniken bei der Umsetzung der Übergangspflege, um Behandlungspflege zu gewährleisten, Übergang in Dauerpflege zu vermeiden und die nachfolgende Versorgung in der eignen Häuslichkeit zu ermöglichen	Landkreis Rems-Murr-Kliniken
Demografie Weiterentwicklung Beratungsangebot	Der Landkreis prüft die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Beratungsangebotes für Menschen über dem 65. Lebensjahr	Landkreis Freie Träger
Demografie Quartiersentwicklung	Der Landkreis prüft in Zusammenarbeit mit den Kommunen die Möglichkeiten zur Refinanzierung und Etablierung von Fachstellen in den Verwaltungen zur kommunalen Quartiersentwicklung sogenannte: „Kommunale Kümmerer“	Landkreis Städte und Gemeinden

Bereich	Maßnahmen	Beteiligte Akteure
Digitalisierung „Gemeinsam statt Einsam: Mit Apps und virtueller Realität zum digitalen Rems Murr Kreis“	Der Landkreis entwickelt anhand von Modellprojekten das ganzheitliches Konzept: „Gemeinsam statt Einsam: Mit Apps und virtueller Realität zum digitalen Rems Murr Kreis“ und zur digitalen Teilhabe von Senior*innen	Landkreis Kreissenorenrat Städte und Gemeinden
Demenz Leben und Wohnen	Der Landkreis berät die Städte, Gemeinden und Träger bei Ausbau und Gestaltung neuer, innovativer Wohnformen und Schaffung ambulant betreuter Wohngemeinschaften.	Landkreis Kreisbau Städte und Gemeinden
Demenz Unterstützungsangebote	Der Landkreis führt die wirksame Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkausbau und den Aufbau von Aktivierungsangebote weiter. Dazu zählt insbesondere auch die Weiterentwicklung der Angebote zur Unterstützung im Alltag (UstA §45 a,c,d) für Menschen mit Demenz.	Landkreis Städte und Gemeinden Freie Träger Ehrenamtlich Engagierte

Bereich	Projekte	Beteiligte Akteure
Demografie Generalistik Pflege	Koordination der Generalistischen Pflegeausbildung: hierdurch gewinnt der Rems Murr Kreis als attraktiver Arbeitsstandort mehr Auszubildende und Quereinsteiger. Der Landkreis initiiert und koordiniert darüber hinaus einen Verbund zur Pflegeausbildung.	Landkreis Freie Träger
Digitalisierung Quartiers- entwicklung	Umsetzung des Podcast „Sag mal wie war das damals?“ Vernetzung und Teilhabe von Senioren* innen gegen Einsamkeit im Alter.	Landkreis
Digitalisierung Senioren-Medien- mentoren	Durchführung des Senioren-Medienmentoren-Programms zur Aus- Fort- und Weiterbildung von digitalen Multiplikatoren.	Landkreis Kreissenorenrat
Digitalisierung Leben und Wohnen	Barrierearmes Wohnen digital Erleben durch VR Brillen im Rahmen von „Virtual City“.	Landkreis
Digitalisierung Virtuelle Realität erleben	„Auszeit vom Alltag“ digitale Urlaubsreisen für (immobile) Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen und pflegendes Personal in den Pausen.	Landkreis Freie Träger
Demenz Kurzzeitpflege +	„Ferien vom Alltag“ – Urlaub mit pflegebedürftigen Angehörigen Paare mit einem gesunden und einem an Demenz erkrankten Partner erhalten die Möglichkeit, gemeinsam Ferien zu machen	Landkreis Freie Träger
Demenz Ältere Menschen mit Migrations- hintergrund	Sensibilisierung der besonderen Bedarfe älterer Migranten auf kommunaler Ebene durch Arbeitskreise und Fachtage. Interkulturelle Öffnung von Beratungsstrukturen des Rems Murr Kreis.	Landkreis Städte und Gemeinden
Demenz Hospiz- und Palliativ- pflege	Das Modellprojekt: „Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im häuslichen Umfeld“ als direkte, aufsuchende Beratung mit dem Schwerpunkt auf Trauer und Verlustarbeit für Menschen mit Demenz.	Landkreis Hospizstiftung Rems- Murr e.V. Ehrenamtlich Engagierte

9. Fördermöglichkeiten und Förderprogramme

Wohnen/Wohnungsbau /-förderung:

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Baden-Württemberg - Förderprogramm „Wohnungsbau BW 2020/2021“

Mit dem neuen Förderprogramm und seinen attraktiveren Konditionen soll nach Wunsch des Landes, der soziale Wohnungsbau weiter vorangebracht werden. Das Förderprogramm beinhaltet auch eine neue Förderlinie für Unternehmen, die für ihre Beschäftigten preiswerte Wohnungen bauen. Bei den geförderten Wohnungen handelt es sich um sozial gebundenen Wohnraum, weshalb der Bezug dieser Wohnungen einen Wohnberechtigungsschein erfordert.

Link: [Förderprogramm „Wohnungsbau BW 2020/2021“ geht zum 1. April 2020 mit weiter verbesserten Förderkonditionen an den Start: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Altersgerecht Umbauen – KfW-Kredit

Förderkredit ab 0,69 % effektiver Jahreszins

Bis zu 50.000 Euro Kredit, unabhängig von Ihrem Alter

Für alle, die Barrieren in ihrer Wohnung reduzieren und sich vor Einbruch schützen wollen. Auch für den Kauf von umgebautem Wohnraum. Als Privatperson können Sie alternativ einen Zuschuss beantragen – für Barrierereduzierung (455-B) oder Einbruchschutz (455-E)

Link: [Altersgerecht Umbauen – Kredit \(159\) | KfW](#)

Förderaufruf „Gemeinsam unterstützt und versorgt wohnen 2022“

Mit dem Förderprogramm „Gemeinsam unterstützt und versorgt wohnen 2022“ fördert das Sozialministerium die Schaffung von barrierefreiem ambulant betreutem gemeinschaftlichen Wohnraum für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf sowie volljährige Menschen mit Behinderungen im Mietwohnungsbau in Baden-Württemberg.

Link: [Förderaufrufe und Vergabeveröffentlichungen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Teilhabe und Digitalisierung:

Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg - Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR)

Das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum, kurz ELR, bietet das komplette Paket der integrierten Strukturentwicklung. Zeitgemäße Wohnangebote, lebendige Ortskerne, einladende Plätze und

Grünanlagen, intakte Infrastrukturen – gute Ideen und durchdachte Maßnahmen halten den Ländlichen Raum auch in Zukunft attraktiv und können gefördert werden.

Link: [Förderung: Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg – Landesstrategie und Förderbaukasten „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten.“

Alle Kommunen in Baden-Württemberg können bei der Quartiersentwicklung von den Angeboten der Landesstrategie profitieren. Die Maßnahmen sind so gestaltet, dass Kommunen und weitere Akteure der Quartiersentwicklung die für ihr jeweiliges Quartier passenden Angebote der Strategie nutzen und kombinieren können.

Die Landesstrategie bietet in den Bereichen Beratung und Förderungen, Vernetzung, Informationsvermittlung und Qualifizierung vielfältige Angebote zur kommunalen Quartiersentwicklung.

Link: [Angebote der Landesstrategie: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg und Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband: Förderprojekt Genossenschaftlich getragene Quartiersentwicklung

Das Förderprojekt des Ministeriums für Soziales und Integration und des Baden-Württembergischen Genossenschaftsverbands „Genossenschaftlich getragene Quartiersentwicklung“ richtet sich an alle Initiativen und Projekte, die gemeinsam ihr Quartier gestalten und verwalten wollen.

Link: [Förderprojekt Genossenschaftlich getragene Quartiersentwicklung - BWGV \(wir-leben-genossenschaft.de\)](#)

Ministerium für Verkehr Baden-Württemberg – Förderung von Bürgerbussen

Im Rahmen der Busförderung unterstützt das Land Baden-Württemberg die Beschaffung von Fahrzeugen für Bürgerbusprojekte mit Festbeträgen. Das Förderprogramm wird jährlich fortgeschrieben. Anträge zur Fahrzeugförderung können jeweils vom 1. bis 31. Oktober zur Beschaffung im Folgejahr gestellt werden. Antragsberechtigt sind (Bürgerbus-) Vereine, Verkehrsunternehmen, Kommunen oder Landkreise.

Link: [Nahverkehrsfinanzierung | L-Bank](#)

Pflege und Unterstützung:

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg - Alltagsunterstützung in der Pflege

Das Land fördert Maßnahmen im Vor- und Umfeld der Pflege, die nach wie vor auf öffentliche Förderung angewiesen sind. Gefördert werden Dienste für Familienpflege und Dorfhilfe, Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, häusliche Betreuungsdienste für Menschen mit Demenz, ehrenamtliche Initiativen für pflege- und hilfebedürftige Menschen sowie Seniorennetzwerke und Pflegebegleiter-Initiativen.

Link: [Pflege: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg: Innovationsprogramm Pflege

Mit dem Innovationsprogramm Pflege fördert das Land neuartige Pflege- und Versorgungsmodelle, die Leuchtturmcharakter für die Pflegelandschaft haben. Ziel ist es, die Pflegeangebote vor Ort besser zu vernetzen, Pflege-Wohngemeinschaften aufzubauen und Nacht-, Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen gerade auch im ländlichen Raum auszubauen. Antragsberechtigt sind natürliche und juristische Personen.

Link: [Pflege: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Förderaufruf „Hospiz- und Palliativversorgung BW – Stärkung der Palliativkompetenz in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten“

Die Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Palliativkompetenz in Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg zu verbessern. Hierzu sollen entsprechende Weiterbildungsangebote zur Stärkung der palliativen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von stationären Pflegeeinrichtungen und von ambulanten Pflegediensten gefördert werden sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in ambulanten Hospizdiensten Leitungsfunktionen übernehmen sollen.

Link: [Förderaufrufe und Vergabeveröffentlichungen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Förderaufruf „Hospiz- und Palliativversorgung BW – Förderung der Trauerbegleitung in Baden-Württemberg“

Die Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Begleitung trauernder Menschen in Baden-Württemberg zu verbessern. Hierzu sollen entsprechende Weiterbildungsangebote in der Trauerbegleitung gefördert werden.

Link: [Förderaufrufe und Vergabeveröffentlichungen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

Förderaufruf „Palliative Care BW – Förderung von investiven Maßnahmen in Hospizen in Baden-Württemberg“

Die Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die wohnortnahe Hospiz- und Palliativversorgung auszubauen. Hierzu soll die stationäre und teilstationäre Hospizarbeit durch eine einmalige Förderung von Einrichtungskosten gestärkt werden.

Für jeden neu entstehenden Hospizplatz können investive Maßnahmen mit maximal 10.000 Euro bei einem Mindesteigenanteil von 10 Prozent der Kosten bezuschusst werden.

Link: [Förderaufrufe und Vergabeveröffentlichungen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#)

REMS-MURR-KREIS.DE

Landratsamt

Rems-Murr-Kreis
Alter Postplatz 10
71332 Waiblingen
Telefon 07151 501-0
Telefax 07151 501-1525
info@rems-murr-kreis.de