



Senioren

Seniorenpolitisches Konzept



Gliederung

Vorwort	6
A Situationsanalyse: Bayerische Seniorenpolitik vor großen Herausforderungen	8
A.1 Demographische Entwicklung	9
A.2 Entwicklung der Pflegebedürftigenzahlen	10
A.3 Altern und Gesundheit	15
A.4 Altern in einer Gesellschaft im Wandel	16
A.4.1 Jugendzentrierte Beschäftigungspolitik	16
A.4.2 Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen	18
A.5 Ökonomische Situation älterer Menschen/Problematik Rentenversicherung	19
A.5.1 Einkommens- und Vermögensbereich	19
A.5.2 Transferleistungen zwischen den Generationen	21
A.5.3 Reformvorstellungen	22
B Leitlinien bayerischer Seniorenpolitik	24
B.1 Heterogenität des Alters bedingt Differenziertheit seniorenpolitischer Lösungen	25
B.2 Potenziale des Alters erlauben und erfordern Stärkung der Eigeninitiative	26
B.3 Vorrang von Selbstbestimmung und Selbsthilfe vermeidet Unterforderung und Überversorgung	26
B.4 Qualitätsoffensive als Antwort auf verschärfte und neuartige Bedarfslagen	27

C	Ziele und Lösungen	28
C.1	Lebensgestaltung im Alter	29
C.1.1	Gesellschaftliches Leben	30
C.1.2	Begegnung, Bildung, Kultur	33
C.1.3	Wohnen	36
C.2	Altern und Gesundheit	43
C.2.1	Prävention	45
C.2.2	Rehabilitation	48
C.3	Altern und Pflegebedürftigkeit	51
C.3.1	Pflegeinfrastruktur: Bedarfsplanung	51
C.3.1.1	Pflegeinfrastruktur: Ambulante soziale Dienste	56
C.3.1.2	Pflegeinfrastruktur: Kurzzeitpflege	59
C.3.1.3	Pflegeinfrastruktur: Tages- und Nachtpflege	60
C.3.1.4	Pflegeinfrastruktur: Dauerpflege	62
C.3.1.5	Dauerpflege: Gesund im Heim	66
C.3.2	Ausgewählte Alterserkrankungen: Demenzen	68
C.3.3	Vernetzung	70
C.3.4	Berufe in der Altenpflege und Altenhilfe	72
C.3.4.1	Ausbildung	74
C.3.4.2	Personalsituation	76
C.3.4.3	Fort- und Weiterbildung	78
C.3.5	Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	80
C.3.5.1	Leistungsgerechte Vergütungen in der ambulanten und stationären Pflege	81
C.3.5.2	Förderung einer nachhaltigen internen Qualitätssicherung	83
C.3.5.3	Förderung der wirtschaftlichen und wirksamen Leistungserbringung	84
C.3.5.4	Schaffung von Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz	86
C.3.5.5	Stärkung der externen Qualitätssicherung	87
C.3.6	Sonderaspekte	90
C.3.6.1	Angehörigenarbeit	90
C.3.6.2	Ehrenamtliches Engagement in der Altenpflege	92
C.3.6.3	Alt werdende Menschen mit Behinderung	93
C.3.6.4	Ausländische Seniorinnen und Senioren	95
C.3.6.5	Hospizarbeit und Palliativmedizin	97
C.4	Gerontologie-, Geriatrie- und Pflegeforschung in Bayern	100
D	Reformbedarf in der sozialen Pflegeversicherung	102

Im Auftrag des Bayerischen Landtags, den Landesaltenplan zu einem „Seniorenpolitischen Konzept Bayern“ weiterzuentwickeln, kommt die durch Demographie und medizinischen Fortschritt vorgegebene Dynamik im Bereich Seniorenpolitik zum Ausdruck. Das vorgelegte seniorenpolitische Konzept ist deshalb mehr als eine bloße Fortschreibung des Vierten Bayerischen Landesplans für Altenhilfe: Es ist fachlich breit angelegt und soll die Vielfalt der Lebenswelten bayerischer Senioren widerspiegeln. Zugleich ist es Ausdruck einer für frühere Generationen unvorstellbar gestiegenen Bedeutung des Alters, verbunden mit vielfältigen neuen Chancen, aber auch mit einem quantitativ und qualitativ völlig neuartigen Bedarf an Hilfe und Versorgung. Das Konzept kann – wie im Beschluss des Bayerischen Landtags vorgesehen – im Rahmen der im Staatshaushalt vorhandenen (Plan-)Stellen und Mittel realisiert werden.

Anders als bei herkömmlichen Landesaltenplänen geht es dabei weniger um eine eher statistisch-statische Beschreibung der aktuellen oder kurzfristig-zukünftigen Versorgungssituation, sondern vielmehr um zukunfts-feste, Folgen abschätzende Leitlinien und prozessorientierte Konzepte, da nur auf diese Weise der Dynamik der Entwicklung Rechnung getragen werden kann.

Die Offenheit modern verstandener Seniorenpolitik ergibt sich nicht nur aus der Heterogenität der individuellen Lebenslagen mit höchst unterschiedlichen Bedarfen und Kompetenzen. Sie spiegelt auch die Tatsache wider, dass Alter kein kalendarisch fest zu definierender Begriff ist und somit Politik für alte bzw. ältere Menschen per se keine fest abgegrenzte Personengruppe

betreffen kann. Selbst der Versuch, Abgrenzungsschwierigkeiten mit Begriffen wie „drittes“ oder „viertes“ Lebensalter, wie „junge“ oder „alte“ Alte zu begegnen, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass moderne Seniorenpolitik im Grunde genommen alle Menschen – und somit gerade auch die „Noch nicht Alten“ – betrifft:

Damit ist sowohl die Frage der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Generationen angesprochen als auch die Frage, wie die jungen Menschen von heute Jahrzehnte später – „im Alter“ – leben wollen. Denn für die Lebenslagen und Lebensumstände, die sie dann antreffen, werden die Weichen bereits heute – fachplanerisch, politisch, im Konflikt mit anderen Zielen – gestellt. Nachhaltige Seniorenpolitik ist weit mehr als nur die klassische Politik für Menschen ab deren Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Das Wissen um die Vielschichtigkeit und Offenheit nachhaltiger Seniorenpolitik entbindet allerdings nicht von der Erkenntnis der Grenzen landespolitischer Gestaltungsmacht: Diese Grenzen sind in Zeiten knapper öffentlicher Kassen keineswegs nur finanzieller Art, auch wenn sich angesichts der schwierigen Finanzlage staatliches ebenso wie kommunales Handeln in erster Linie an der Notwendigkeit der Maßnahme orientieren muss; sie betreffen insbesondere die bundesstaatliche Kompetenzordnung, aber auch den Subsidiaritätsgedanken. Gerade Letzterer weist den Einzelnen, seine Familie und sein Umfeld, die Gemeinde vor Ort, die lokalen Vereine und Initiativen, die kreisfreien Städte, Landkreise und Bezirke, die Wohlfahrtsverbände und auch die Sozialversicherungsträger als die wesentlichen senio-

renpolitischen Akteure aus. Gerade im Bereich der Entwicklung örtlicher Initiativen und Modellförderungen ist hier eine enge Einbindung der Kommunen unabweisbar. Die gleichwohl bestehenden landespolitischen Herausforderungen und Handlungsstrategien werden im Folgenden dargestellt.



Christa Stewens

Christa Stewens
Staatsministerin



Jürgen W. Heike

Jürgen W. Heike
Staatssekretär



Eine Weiterentwicklung des Landesaltenplans hin zu einem Konzept für eine nachhaltige Seniorenpolitik muss zunächst den Fokus auf den strukturellen Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft vor dem Hintergrund einer sich rasant verändernden Altersstruktur der Bevölkerung richten.

A.1 Demographische Entwicklung

Mehrfaches Altern

Unsere Gesellschaft altert kollektiv in mehrfacher Hinsicht: absolut in der Gesamtzahl der älteren Menschen, relativ im Verhältnis der Generationen untereinander und strukturell bezogen auf ein höheres Durchschnittsalter und deutlich steigende Hochaltrigkeit. Dieser bundesweite Trend trifft Bayern wegen der hohen innerdeutschen Wanderung zwar etwas abgeschwächt, was aber nur einen Aufschub um wenige Jahre bedeutet:

Langfristige Entwicklung

- Die Gesamtzahl der älteren Menschen steigt beispielsweise in der Altersgruppe ab 60 Jahren von 2,9 Mio. im Jahr 2002 auf etwa 4,25 Mio. bzw. 4,59 Mio. im Jahr 2050 und damit um 45 bis 48 %.¹
- Bis 2020 wird sich in Bayern die Relation der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-Jährigen (Erwerbspersonenpotenzial) von heute 28 zu 100 auf rund 33 zu 100 verschieben. Die Bevölkerungsgruppe der 20- bis 60-Jährigen, die im Wesentlichen das Erwerbspersonenpotenzial stellt, wird auf lange Sicht nur noch 47 bis 49 % der Gesamtbevölkerung betragen.

- Mitte des 21. Jahrhunderts wird gut jeder dritte Einwohner Bayerns bereits 60 Jahre oder älter sein (gegenüber gut einem Fünftel derzeit).
- Die Anzahl der über 80-Jährigen wird sich bundesweit im Verhältnis zum Basisjahr 2001 fast verdreifachen und könnte 2050 bei ca. 12 % liegen.

Eine Umkehr dieses Alterungsprozesses der Gesellschaft ist mittelfristig nicht zu erwarten. So ist z. B. eine jüngere Gesellschaft aufgrund höherer Geburtenziffern (heute 1,4 bundesweit, Erhalt der Bevölkerungsgröße ab etwa 2,1) in absehbarer Zeit schwerlich zu erwarten, ein Trend zu mehr Kindern nicht vorhersehbar. Von den 40-Jährigen (alte Länder) sind heute über 26 % kinderlos, in großen Städten fast 40 %.

Die Lebenserwartung wird weiter ansteigen. Für 60-Jährige wird für das Jahr 2050 eine Lebenserwartung von 84 Jahren für Männer bzw. 88 Jahren für Frauen angenommen.

Begleitet wird diese demographische Alterung von einer sinkenden Bevölkerungszahl, wobei sich Bayern aufgrund der hohen innerdeutschen Wanderung von diesem bundesweiten Trend bis 2030 abkoppeln wird.

¹ s. Ergebnisse der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, veröffentlicht in Zeitschrift des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung 4/2004, S. 129 ff.; die beiden unterschiedlichen Varianten resultieren aus unterschiedlichen Annahmen hinsichtlich des Zuwanderungsvolumens.

Pflegebedürftigenzahlen

Wachsende Zahl der Pflegebedürftigen

Zwar ist höheres Lebensalter keineswegs zwingend mit Pflegebedürftigkeit oder Krankheit verbunden, aber die gesundheitlichen Risiken steigen erheblich an. Der prognostizierte Anstieg der Bevölkerungszahlen in den hohen und höchsten Lebensaltern hat somit unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung des Bedarfs an Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen. Die Korrelation zwischen steigendem Lebensalter und Pflegewahrscheinlichkeit zeigt sich etwa an der aktuellen Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung. Danach setzen sich die Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung (Anteil an der Altersgruppe) wie folgt zusammen (65 Jahre und älter, Stichtag 15.12.2003):

65- bis unter 70-Jährige	2,5 % (2001: 2,7)
70- bis unter 75-Jährige	4,8 % (2001: 4,9)
75- bis unter 80-Jährige	9,5 % (2001: 10,0)
80- bis unter 85-Jährige	20,1 % (2001: 19,7)
85-Jährige und Ältere	47,0 % (2001: 46,0)

Angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung muss deshalb – bei unveränderten Rahmenbedingungen – von einer deutlichen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden.

Nach der „Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern 2002 bis 2020 (Variante 4) – Entwicklung der Pflegefälle“ wird – bei Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit – die Zahl der Pflegebedürftigen in Bayern im Schnitt um 19,3 % steigen (vgl. im Einzelnen die folgende Tabelle).

Diese Prognose ist allerdings mit Unsicherheiten behaftet. Die Modellrechnungen zeigen, dass bereits moderate Veränderungen der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten die prognostizierten Steigerungen erheblich reduzieren: Soweit es in Zukunft gelingt, durch gesündere Lebensführung und gezielte Prävention und Rehabilitation den Eintritt der altersspezifischen Pflegehäufigkeit in ein höheres Lebensalter hinauszuschieben, kann der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen deutlich schwächer ausfallen.



Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern 2002 bis 2020 (Variante 4) – Entwicklung der Pflegefälle –

Landkreisschlüssel	Landkreis bzw. kreisfreie Stadt	Pflegefälle je 1000 Einwohner 2002	Pflegefälle je 1000 Einwohner 2020	Veränderung in %
1. Oberbayern				
162	Stadt München	21	23	10,0
161	Stadt Ingolstadt	25	28	11,6
172	Berchtesgadener Land	27	31	11,6
180	Garmisch-Partenkirchen	24	27	11,7
189	Traunstein	24	28	14,5
183	Mühldorf a. Inn	30	34	14,7
182	Miesbach	20	24	16,2
173	Bad Tölz-Wolfratshausen	19	22	17,2
171	Altötting	29	34	18,5
187	Rosenheim	24	29	18,6
190	Weilheim-Schongau	20	23	18,6
181	Landsberg am Lech	19	23	19,5
186	Pfaffenhofen a. d. Ilm	22	26	20,2
185	Neuburg-Schrobenhausen	24	29	20,5
163	Stadt Rosenheim	24	29	20,8
184	München	21	25	21,4
176	Eichstätt	23	28	21,4
188	Starnberg	24	29	21,9
174	Dachau	20	25	22,1
177	Erding	14	18	22,2
178	Freising	14	18	27,9
175	Ebersberg	19	25	29,8
179	Fürstenfeldbruck	19	25	30,2

2. Niederbayern

278	Straubing-Bogen	26	30	14,4
274	Landshut	23	27	14,5
263	Stadt Straubing	26	30	15,4
275	Passau	31	36	15,5
277	Rottal-Inn	34	39	16,4
261	Stadt Landshut	23	27	17,4
273	Kelheim	22	26	18,9
262	Stadt Passau	31	37	19,4
272	Freyung-Grafenau	32	39	19,7
276	Regen	32	38	20,0
279	Dingolfing-Landau	27	33	21,3
271	Deggendorf	32	39	23,6

3. Oberpfalz

362	Stadt Regensburg	26	28	7,7
361	Stadt Amberg	27	30	11,1
371	Amberg-Sulzbach	27	30	13,1
363	Stadt Weiden	27	31	14,8
377	Tirschenreuth	27	32	16,5
374	Neustadt a. d. Waldnaab	27	31	16,5
372	Cham	27	32	17,9
376	Schwandorf	28	33	18,8
373	Neumarkt i. d. Opf.	24	30	24,1
375	Regensburg	20	25	26,6

4. Oberfranken

475	Hof	34	35	2,7
464	Stadt Hof	34	35	2,9
479	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	32	34	5,6
463	Stadt Coburg	32	35	9,4
473	Coburg	32	35	9,6
461	Stadt Bamberg	24	27	12,5
462	Stadt Bayreuth	32	36	12,5
476	Kronach	35	39	12,9
472	Bayreuth	32	36	14,2
471	Bamberg	24	27	14,6
477	Kulmbach	31	36	15,0
478	Lichtenfels	30	36	17,3
474	Forchheim	22	27	22,0

5. Mittelfranken

564	Stadt Nürnberg	25	28	10,4
561	Stadt Ansbach	28	32	14,3
571	Ansbach	28	32	14,5
576	Roth	26	30	14,7
562	Stadt Erlangen	20	23	15,2
565	Stadt Schwabach	26	30	15,4
575	Neustadt a. d. Aisch - Bad Windsheim	29	33	15,4
563	Stadt Fürth	25	29	16,9
577	Weißenburg-Gunzenhausen	25	29	17,2
574	Nürnberger Land	27	32	20,5
572	Erlangen-Höchstadt	17	22	25,8
573	Fürth	22	28	26,0

6. Unterfranken

663	Stadt Würzburg	30	33	8,4
672	Bad Kissingen	30	33	10,5
678	Schweinfurt	23	26	12,4
662	Stadt Schweinfurt	23	26	13,0
679	Würzburg	19	22	15,5
675	Kitzingen	29	34	16,7
673	Rhön-Grabfeld	25	29	17,0
661	Stadt Aschaffenburg	24	29	20,8
677	Main-Spessart	28	34	20,9
671	Aschaffenburg	24	29	21,0
674	Haßberge	25	31	23,0
676	Miltenberg	24	30	25,7

7. Schwaben

761	Stadt Augsburg	29	31	6,9
776	Lindau (Bodensee)	25	27	7,7
778	Unterallgäu	23	26	12,2
777	Ostallgäu	22	25	12,9
764	Stadt Memmingen	23	26	13,0
762	Stadt Kaufbeuren	22	25	13,6
763	Stadt Kempten (Allgäu)	21	24	14,3
780	Oberallgäu	21	24	15,3
779	Donau-Ries	22	27	20,2
771	Aichach-Friedberg	21	25	21,4
772	Augsburg	21	26	21,5
775	Neu-Ulm	19	23	22,6
773	Dillingen a. d. Donau	26	33	26,3
774	Günzburg	24	30	27,5

901	Oberbayern	22	26	20,9
902	Niederbayern	28	34	19,8
903	Oberpfalz	25	30	18,1
904	Oberfranken	30	34	15,2
905	Mittelfranken	25	29	16,9
906	Unterfranken	25	30	19,2
907	Schwaben	23	27	17,3
999	Bayern	24	29	19,3

A.3 Altern und Gesundheit

Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung schließt allerdings eine Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes nicht aus. Vielmehr ist zu differenzieren:

Einerseits erfolgreiches Altern ...

- Die heute 70-Jährigen sind im Durchschnitt fünf Jahre gesünder als die 70-Jährigen vor drei Jahrzehnten. Die Ursache liegt u. a. darin, dass typische sog. Alterskrankheiten (z. B. Arthritis, hoher Blutdruck, Schlaganfälle) in ihrer Häufigkeit rapide zurückgehen bzw. sich erst später einstellen. Verantwortlich hierfür sind medizinische und pharmakologische Fortschritte ebenso wie ein gesundheitsbewussterer Lebensstil. Wissenschaftliche Studien sprechen deshalb übereinstimmend von einem „erfolgreichen Altern“ der im „dritten Lebensalter“ (Zeitspanne von 60 bis 75 Lebensjahren) stehenden Menschen.²

... andererseits leidvolles Altern ...

- Im Bereich der Hochaltrigkeit bzw. im sog. „vierten Lebensalter“ (etwa Zeitspanne ab dem 75. bis zum 80. Lebensjahr) muss die gesundheitliche Situation nach einhelliger Auffassung³ wesentlich negativer eingeschätzt werden, da dann das Risiko für chronische körperliche Erkrankungen, Multimorbidität und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wegen einer erhöhten Anfälligkeit deutlich zunimmt. Ganz besonders stark betroffen von dieser erhöhten Verletzbarkeit ist das Zentralnervensystem, so dass insbesondere die Häufigkeit schwerer und mäßig schwerer Demenzen mit steigendem Alter erheblich steigt (von nahezu 0 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis zu rund 35 % bei Menschen über 90 Jahren!).

² 3. Bericht zur Lage der älteren Generation (im Folgenden: 3. Altenbericht), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S. 50
³ vgl. nur 3. Altenbericht, a.a.O.

... aber auch kompetentes Altern

- Andererseits sollte man das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen nicht überschätzen: 70 von 100 Hochbetagten sind noch in der Lage, allein und kompetent ihren Alltag zu meistern.⁴



⁴ So Ursula Lehr, Vortrag vor Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München, 19.06.2002, unter Berufung auf eine aktuelle Infratest-Studie

A.4 Altern in einer Gesellschaft im Wandel

Die älteren Menschen stehen nicht nur im Mittelpunkt einer veränderten Altersstruktur; ihre Situation ist zusätzlich gekennzeichnet durch gewandelte Beschäftigungs- und Familienstrukturen.

A.4.1 Jugendzentrierte Beschäftigungspolitik

Ein Dreiklang von Rentenrecht, Lage auf dem Arbeitsmarkt und betrieblicher Personalpolitik hat in den vergangenen Jahrzehnten ein erstaunliches Paradoxon hervorgebracht: Trotz zunehmenden Durchschnittsalters sowohl der Bevölkerung als auch der Erwerbstätigen ist der Anteil der über 50-Jährigen an der Erwerbsbevölkerung deutlich gesunken.

Gesunkener Anteil an der Erwerbsbevölkerung ...

- Die Erwerbsquote sinkt bei den Altersgruppen von 50 bis unter 55 Jahren auf 84,2 %, bei den 55- bis 60-Jährigen auf 72,0 % und bei den 60- bis unter 65-Jährigen auf 30,4 % (2002). Sie liegt damit im internationalen Vergleich niedrig.
- Nach einer Untersuchung von INIFES (Internationales Institut für empirische Sozialökonomie), die auf dem IAB-Betriebspanel aufbaut, beschäftigen nur rund 60 % aller bayerischen Betriebe 50-Jährige und Ältere.
- Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt bei 60,7 Jahren.



... trotz in der Summe unveränderter Leistungsfähigkeit

Diese Entwicklung ist umso augenfälliger, als es für den allgemein zur Erklärung vorgebrachten Hinweis einer generellen, mit zunehmendem Alter stärker werdenden Einbuße der Leistungsfähigkeit keine wissenschaftlichen Belege gibt. Im Gegenteil: Untersuchungen zeigen, dass erfahrungsgebundenes Wissen und gewachsene Fertigkeiten dazu beitragen, andere altersbedingte Einbußen (der Körperkraft, der Sinnesleistungen, des Gesundheitszustandes, der Reaktionsgeschwindigkeit, der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung) zu kompensieren.⁵

Baldige Trendwende

Allerdings spricht die demographische Entwicklung dafür, dass die Betriebe künftig wieder mehr mit älteren Belegschaften arbeiten müssen, da das Angebot an Arbeitskräften nach dem Jahr 2010 deutlich zurückgehen dürfte:⁶

- Bereits im Jahr 2006 wird es erstmals unter den Erwerbspersonen mehr über 50-Jährige als unter 30-Jährige geben.
- Bis zum Jahr 2020 wird der Anteil der über 50-Jährigen auf über 30 % steigen, denn es ist nicht damit zu rechnen, dass der Arbeitskräftebedarf hauptsächlich durch die Anwerbung junger Arbeitskräfte aus dem Ausland zu decken sein wird.

Die Unternehmen müssen sich somit auf ein älter werdendes Arbeitskräftepotenzial einstellen und entsprechend ihre personalpolitischen Strategien überdenken.

Beschäftigungspolitisches Gegensteuern

Auch vorausschauende Beschäftigungspolitik ist dem Ziel verpflichtet, wieder mehr ältere Arbeitnehmer in den Betrieben zu halten bzw. arbeitslose ältere Arbeitnehmer wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Dazu müssen vor allem die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in den Betrieben nach dem Prinzip des „lebenslangen Lernens“ ausgebaut werden und frühzeitiger einsetzen. Dem „Jugendwahn“ in den Betrieben muss umso mehr entgegengewirkt werden, als es nicht zutrifft, dass ältere Menschen weniger leistungsfähig sind (s. o.). Der im Gang befindliche Umdenkungsprozess in den Betrieben ist durch gezielte Kampagnen zu unterstützen. Um Anreize für die Frühverrentungen zu beseitigen, sind Vorruhestandsregelungen, insbesondere das Altersteilzeit-Blockmodell, abzubauen.

Positive Beschäftigungseffekte durch demographische Entwicklung

Bei all dem bietet der demographische Wandel auch zahlreiche neue Beschäftigungschancen etwa im Hinblick auf den steigenden Fort- und Weiterbildungsbedarf (C.3.4.3), die speziellen Wohnbedürfnisse Älterer (C.1.3), die Gesundheitsversorgung im Alter (C.2), den Bedarf an Pflegekräften (C.3.4.2) und Forschung (C.4).

⁵ 3. Altenbericht, S. 176 ff.

⁶ Vetter, in: Gesundheit und Gesellschaft, 2003, S. 17

A.4.2 Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen

Soziologische Veränderungen

In der Kombination von sinkenden Geburtenziffern, nachlassender Heirats- bzw. Wiederverheiratuingsneigung, einer Zunahme alleinstehender verwitweter Menschen im hohen Lebensalter sowie einer erhöhten gesellschaftlichen Mobilität verändern sich die Formen des Zusammenlebens. Künftig wird die ältere Generation weniger in traditionelle familiäre Strukturen eingebettet sein. Die Veränderungen sind an verschiedenen Trends festzumachen:⁷

Haushalte kleiner

- Ein-Personen-Haushalte nehmen zu und machen bereits rund ein Drittel der Privathaushalte aus, wobei sich mit zunehmendem Alter ein immer deutlicherer Unterschied zwischen Männern und Frauen zeigt: Beispielsweise führen 76 % der Frauen ab 60 Jahre einen Ein-Personen-Haushalt, gegenüber nur 15 % der Männer (Mikrozensus 2003).

Familie mit mehr Generationen

- Die Familienstrukturen haben sich vertikalisiert und zugleich verschmälert; d. h., es gibt eine hohe Häufigkeit von vier Generationen in der Familienabfolge und der langen gemeinsamen Lebenszeit von älteren Menschen mit ihren Kindern, Enkeln und Urenkeln (während es an Querverbindungen, etwa zu Tanten, Onkeln oder Cousins, vielfach fehlt). Diese historisch einmalige Generationentiefe ist eine Folge des jungen Alters beim Übergang zur Elternschaft und Großelternschaft in den drei Nachkriegsjahrzehnten, die sich jedoch aufgrund des Trends zum biographischen Hinausschieben der Elternschaft und der wachsenden Kinderlosigkeit nicht fortsetzen wird.

- Eine wichtige Ausprägung der Häufigkeit der Mehrgenerationenfamilie ist, dass schon heute 40 % aller 60-Jährigen noch einen Elternteil besitzen; dies bedeutet u. a., dass die gegenwärtige Großelterneneration nicht mehr die älteste ist und sich für diese Generation (zumeist kurz vor dem Ruhestandsalter) im Bedarfsfall die Frage nach der Versorgung und Pflege der betagten Eltern stellt. Engpässe im Hinblick auf die Familienangehörigen werden insbesondere ab 2030 deutlich werden (so 4. Altenbericht, S. 201).
- Dabei sinkt aufgrund steigender Frauenerwerbstätigkeit die Zahl „pflegender Töchter“ als bisher klassische Hilfekonstante der Vergangenheit. Dieser Trend trifft Bayern – mit der bundesweit höchsten Frauenerwerbstätigenquote von 41,2 % (Mikrozensus 2003) – ganz besonders.

⁷ 3. Altenbericht, S. 216 ff.

A.5 Ökonomische Situation älterer Menschen/Problematik Rentenversicherung

A.5.1 Einkommens- und Vermögensbereich

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und Beamtenpensionen stellen nach wie vor den größten Einkommensanteil der älteren Generation dar. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2004 in Deutschland 15,37 Mio. Frauen und Männer, die 65 Jahre und älter waren. Der größte Teil von ihnen bestritt den Lebensunterhalt durch Altersbezüge und Hinterbliebenenleistungen in Form von Renten und Pensionen, wobei die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung dominierten. Nach den Ergebnissen der Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland“ (ASID) von 2003 machten in den alten Bundesländern die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Durchschnitt einen Anteil am Gesamtbruttoeinkommen von 60 % bei alleinstehenden Rentnern, 68 % bei alleinstehenden Rentnerinnen und 57 % bei Rentner-Ehepaaren aus.

Renten und Pensionen größter Einkommensanteil

Am 31.12.2003 wurden nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund (bis 30.09.2005: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – VDR) in Bayern von allen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung

insgesamt die folgenden durchschnittlichen Rentenleistungen (Rentenzahlbeträge) wegen Alters und an Witwen und Witwer gezahlt:

Rentenzahlbeträge mehrheitlich unter Standardrente

Die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge, in die auch (teilweise sehr niedrige) Renten von Versicherten mit lückenhafter Erwerbsbiographie mit einfließen, sind sicherlich aussagekräftiger als die sog. Standardrente; darunter versteht man die Rente, die einem fiktiven Versicherten zusteht, der 45 Jahre lang genau den Durchschnittsverdienst aller Versicherten (im Jahr 2005 beispielsweise geschätzte 29.569 € brutto) erreicht und daraus Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat. In der Zeit vom 01.07.2003 bis 31.12.2005 beträgt die Standardrente in den alten Ländern 1.175,85 € brutto bzw. 1.066,50 € netto. Daraus ergab sich im Vergleich zum Nettoerwerbseinkommen für das Jahr 2003 ein Nettorentenniveau von 70,1 %. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund für das frühere Bundesgebiet bezogen im Jahr 2003 deutlich über 50 % der Rentner und mehr als 95 % der Rentnerinnen eine Versichertenrente mit einem Zahlbetrag unter der Standardrente.

Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag

	Rente wegen Alter		Rente wegen Todes	
	Männer	Frauen	Witwenrente	Witwerrente
Oberbayern	1025,47	534,67	562,73	229,67
Niederbayern	909,89	405,49	479,01	197,30
Oberpfalz	936,99	416,98	508,31	200,17
Oberfranken	966,45	503,61	516,52	235,47
Mittelfranken	1027,74	530,62	556,89	234,36
Unterfranken	1001,88	423,91	537,37	203,08
Schwaben	994,84	486,00	536,67	217,23

Weitere Alterseinkünfte

Zu berücksichtigen ist dabei aber, dass die Rente oftmals nicht das alleinige Einkommen im Alter darstellt. Weitere Alterseinkünfte, die ebenfalls von erheblicher Bedeutung für die finanziellen Verhältnisse älterer Menschen sind, stammen z. B. aus betrieblicher Altersversorgung, privaten Lebensversicherungen, Zinseinnahmen aus Vermögen, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung oder beruflicher Tätigkeit. Wie die Einkommens- und Vermögensstichprobe (EVS) 2003 ergab, bezogen von den befragten westdeutschen Rentnerhaushalten gut jeder zweite Ein-Personen-Haushalt und gut zwei Drittel der Zwei-Personen-Haushalte Betriebs- oder Werksrenten und/oder Renten aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes bzw. Pensionen. Darüber hinaus verfügten Rentnerhaushalte im Westen durchschnittlich über 42.700 € Geldvermögen pro Haushalt.



Sicherung der Finanzgrundlage als Schwerpunktaufgabe

Die Ausgaben der Rentenversicherungsträger beliefen sich im Jahr 2004 bundesweit auf insgesamt 210.532 Mrd. € für Rentenleistungen. Hinzu kamen noch 14,81 Mrd. € für Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherung und 729 Mio. € für Kindererziehungsleistungen an Frauen der Geburtsjahrgänge 1920 und älter. Allein diese Zahlen verdeutlichen die überragende Bedeutung der Renten für die Einkommenssituation der älteren Generation. Die Sicherung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung stellt daher eine Schwerpunktaufgabe der Sozialpolitik für ältere Menschen dar.

A.5.2 Transferleistungen zwischen den Generationen

Steigender Altenquotient

Durch den starken Geburtenrückgang der letzten 30 Jahre, aber auch als Folge einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung müssen immer mehr Rentner von immer weniger Berufstätigen versorgt werden. Hatten nach den Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes bei den Geburtsjahrgängen von 1901 bis 1910 die Männer noch eine Lebenserwartung von durchschnittlich 44,82 Jahren und die Frauen von 48,33 Jahren, so haben die von 2001 bis 2003 geborenen Männer im Vergleich dazu bereits im Durchschnitt 75,6 Lebensjahre, die in dieser Zeit geborenen Frauen sogar 81,3 Lebensjahre vor sich. Stehen heute 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 42 Personen im Alter von 60 Jahren und darüber gegenüber, so wird sich der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ zufolge dieses Verhältnis bereits im Jahr 2030 auf etwa 100 : 70 verschärfen.

Veränderte Erwerbsbiographien, längere Rentenbezugsdauer, steigende Beitragssätze

Aber nicht nur das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Rentnern hat sich verschoben, auch die Erwerbsbiographien haben heute einen anderen Verlauf als noch vor einer Generation. So erfolgt der Eintritt in die Versicherung wegen immer längerer Ausbildungszeiten deutlich später. Häufiger als früher werden die Versicherungsverläufe zusätzlich durch Phasen einer nicht versicherten selbständigen Tätigkeit oder Arbeitslosigkeit unterbrochen. Gleichzeitig führt die Frühverrentung im Zusammenwirken mit der steigenden Lebenserwartung zu einer deutlich längeren Rentenbezugsdauer. So ist nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund das durchschnittliche Eintrittsalter bei Altersrenten von 64,7 Jahren im Jahr 1960 auf heute 63,1 Jahre gesunken. Gleichzeitig stieg die Rentenbezugsdauer von 9,9 Jahre 1960 auf heute 16,9 Jahre. Da ferner auch das Rentenniveau im Verhältnis zum Netto-

arbeitseinkommen von 63,2 % im Jahr 1960 auf heute etwa 70 % ausgebaut wurde, war eine Erhöhung des Beitragssatzes von 14,0 % im Jahr 1960 auf heute 19,5 % unumgänglich.

A.5.3 Reformvorstellungen

Finanzielle Stabilität bei angemessenem Leistungsniveau

Ziel aller Reformmaßnahmen muss es sein, die Alterssicherung unter Beachtung der Generationengerechtigkeit zukunftssicher zu gestalten und die demographischen Belastungen zu bewältigen. Die finanzielle Stabilität der Rentenversicherung muss erhalten, gleichzeitig aber die Lohn- und Beitragsbezogenheit der Rente – die zur Akzeptanz des Systems stets entscheidend beigetragen hat – gewahrt bleiben.

Notwendige Ergänzungen der Altersvorsorge

Um sicherzustellen, dass sich das Niveau der Alterssicherung insgesamt nicht verschlechtert, muss die Beitragsbezogenheit der Alterssicherung durch eine zusätzliche private Vorsorge und betriebliche Altersversorgung gestärkt werden.

Die verstärkte Nutzung der kapitalgedeckten Altersvorsorge ist die logische Folge eines destabilisierten Generationenvertrages. Durch private Vorsorge und betriebliche Altersvorsorge kann das sinkende Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung zumindest ausgeglichen werden. Die demographischen Lasten dürfen jedoch nicht alleine auf die junge beitragszahlende Generation abgewälzt werden. Die Rentenausgaben müssen sich daher an den Einnahmen orientieren. Stabile Beiträge belassen der jüngeren Generation den notwendigen Spielraum für zusätzliche Altersvorsorge.

Attraktivere Ausgestaltung der „Riester-Rente“

Seit 01.01.2002 ist nun zwar erstmals eine staatliche Förderung für eine zusätzliche private Altersvorsorge möglich; allerdings nimmt der förderberechtigte Personenkreis diese derzeit noch in zu geringem Umfang in Anspruch. Durch eine attraktivere Ausgestaltung der

Förderung (insbesondere durch höhere Kinderzulagen zugunsten von Familien sowie eine gleichwertige Förderung der Wohnimmobilie als wichtiger Form der Altersabsicherung und Altersvorsorge) soll der Verbreitungsgrad der zusätzlichen privaten bzw. betrieblichen Altersvorsorge deshalb künftig gesteigert werden.

Drei-Generationen-Modell

Das Rentensystem baut darauf auf, dass die heutigen Beitragszahler nicht nur für die Renten der Älteren einstehen, sondern auch das Nachwachsen einer neuen Generation gewährleisten. Die Rentenversicherung muss daher von ihrer zweiseitigen Ausrichtung auf die Erwerbstätigen- und Rentnergeneration auf ein Drei-Generationen-Modell umgestellt werden.

Generationengerechte Lastenverteilung

Nach Auffassung der Bayerischen Staatsregierung wird in Zukunft vor allem das Geburtendefizit zu Abstrichen bei den Renten zwingen.

Bereits heute aber gerät die Rentenversicherung durch eine anhaltend schwache Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage erheblich unter Druck. Diese Lasten müssen unter Berücksichtigung der Interessen der jüngeren wie der älteren Generation gerecht verteilt werden.

Längere Lebensarbeitszeit und bessere Erwerbschancen für Ältere

Zur Erarbeitung einer soliden Finanzbasis für die Rentenversicherung ist eine nachhaltige Verbesserung der wirtschaftlichen Situation unerlässlich. Einen Beitrag hierzu kann die Rentenversicherung selbst durch einen stabilen Rentenbeitrag und begrenzte Lohnnebenkosten leisten.

Mit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch früheren Berufseintritt und späteres Ausscheiden kann

die Rentenkasse erheblich entlastet werden. Die geplante Anhebung der Regelaltersgrenze auf das 67. Lebensjahr setzt bessere Erwerbschancen insbesondere auch für Ältere voraus.



Seniorenpolitik als Ausdruck nachhaltig aktivierender Gesellschafts- und Sozialpolitik

Bayerische Seniorenpolitik muss sich messen lassen an den Anforderungen moderner, den tiefgreifenden strukturellen Problemen begegnender allgemeiner Gesellschafts- und Sozialpolitik. Diese Politik, will sie weiterhin maßgeblichen Grundwerten wie Menschenwürde, Freiheit, soziale Gerechtigkeit und Solidarität verpflichtet bleiben, muss sich zu einer nachhaltig aktivierenden Gesellschafts- und Sozialpolitik hin entwickeln. Unerlässliche Orientierungsmaximen sowohl zukunftsfester Gesellschafts- und Sozialpolitik im Allgemeinen wie auch moderner, gestaltender und generationenumfassender Seniorenpolitik im Besonderen sind deshalb Partizipation, Vermeidung von Über- wie Unterforderung, Subsidiarität und Selbsthilfe, Erschließung von Verantwortungspotenzialen, Förderung der Eigeninitiative, Verknüpfung von Eigenengagement mit Fremdhilfe und – als Ultima Ratio – umfassende Betreuung und Versorgung.

Dieser untrennbare Zusammenhang zwischen allgemeingemeinschafts- und sozialpolitischen Erfordernissen und seniorenpolitischen Leitlinien stellt somit auch den gedanklichen Ausgangspunkt dar für die notwendigen Antworten auf die im Teil A dargestellten Herausforderungen:

B.1 Heterogenität des Alters bedingt Differenziertheit seniorenpolitischer Lösungen

Pluralität aufgrund Heterogenität

Ältere Menschen bilden – wenn überhaupt – eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich deutlich in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, ihrer Lebenszufriedenheit, ihren Lebensbedingungen und Lebensstilen sowie ihrem sozialen Engagement. Es gibt keine Altersnorm, vielmehr sind in den einzelnen körperlichen, seelischen und kognitiven Funktionen unterschiedliche Alternsprozesse erkennbar.

Diese Komplexität des Alterns und die Verschiedenheit der Alternsformen bedingen vielschichtige politische Lösungen, die in ihrer Pluralität den unterschiedlichsten Ausprägungen des Alters und des Alterns gerecht werden müssen.

B.2 Potenziale des Alters erlauben und erfordern Stärkung der Eigeninitiative

Zusammenhang von Potenzialen, Eigeninitiative, Verantwortung und Selbsthilfe

„Alt werden“ ist heute angesichts der stark angestiegenen Lebenserwartung nicht mehr nur die Sache einer möglichst hohen Zahl erreichter Lebensjahre, sondern wegen des medizinischen Fortschritts zunehmend die Frage eines möglichst gesunden und zufriedenen Alterns. Dabei bildet sich in der Regel mit wachsendem Alter zwar in der körperlichen Dimension eine erhöhte Verletzbarkeit aus, dafür kann andererseits in Bereichen des Denkens und des Gedächtnisses Altern neben auftretenden Schwächen durchaus auch mit einer Weiterentwicklung von Stärken gleichgesetzt werden.

Die realistische Wahrnehmung von Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Existenz sowie die Neubewertung des persönlichen und sozialen Alternsprozesses führt zur Frage einer Ressourcenorientierung: Die vorhandenen Potenziale gilt es individuell und gesamtgesellschaftlich zu nutzen (zu erschließen, zu vermitteln und weiterzugeben). Dies ist auch die Voraussetzung dafür, dass der für den nachhaltig aktivierenden Sozialstaat grundlegende Zusammenhang von Verantwortungsbereitschaft und Unterstützungsanspruch generationengerechtigkeitsstiftend gestärkt werden kann.

B.3 Vorrang von Selbstbestimmung und Selbsthilfe vermeidet Unterforderung und Überversorgung

Aktivierende Angebotsstrukturen

Hilfe darf nicht zur Abhängigkeit und damit wiederum zur Ursache von Hilfebedürftigkeit führen, sie muss „aktivierend“ wirken.

Selbsthilfe vor Fremdhilfe

Erforderlich sind deshalb Angebotsstrukturen, die es auch alten und hochbetagten Menschen ermöglichen, trotz partieller Einschränkungen möglichst und weitestgehend unabhängig zu bleiben und selbst bestimmt, selbständig und selbstverantwortlich zu leben. Auch aus diesem Grund – und keineswegs nur aus Kostengründen – besitzen Grundsätze wie „Prävention vor Intervention/Kuration“, „Rehabilitation vor Pflege“, „ambulant vor stationär“ und „dezentral vor zentral“ große Bedeutung.



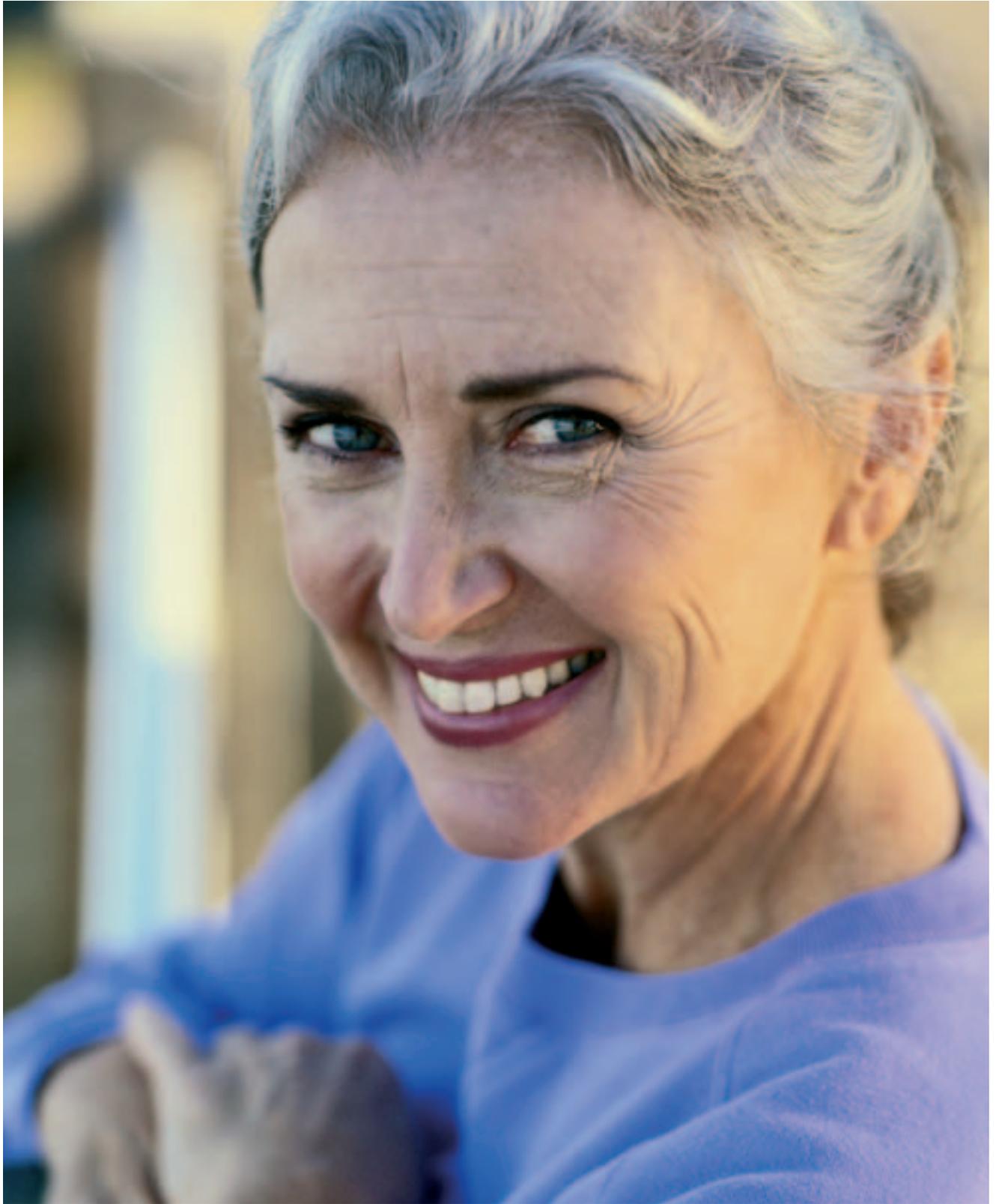


B.4 Qualitätsoffensive als Antwort auf verschärfte und neuartige Bedarfslagen

Neuen Bedarfslagen mit Qualität begegnen

Die Betonung von Selbsthilfepotenzialen und Eigenverantwortung bezieht ihre Rechtfertigung nicht zuletzt aus einem korrespondierenden Bemühen um effektive Antworten auf verschärfte und neuartige Bedarfslagen.

Zunehmend anspruchsvolle geriatrische Versorgungslagen erfordern deshalb gerontologische Kompetenz in allen Gesundheitsberufen und neue Wege in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie im Personalmanagement von Pflegeeinrichtungen.



C.1 Lebensgestaltung im Alter

Kompetenz im Alter

Die „Lebensgestaltung im Alter“ beruht auf der Nutzung wichtiger Kompetenzen. Dabei steht „Kompetenz“ in erster Linie für Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens notwendig sind. Das schließt auch die Möglichkeit ein, Begrenzungen und Behinderungen zu akzeptieren und dabei nach möglichen Verbesserungen der Situation zu suchen. Dieses moderne Kompetenz-Modell⁸ des Alterns unterscheidet sich ganz wesentlich vom Defizitmodell oder Defektmodell, das Altern als zwangsläufigen Abbauprozess im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich deutet.

Demgegenüber kommt es ganz entscheidend darauf an, die vorhandenen Fertigkeiten und Potenziale einer selbständigen, selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu stärken, damit Altern in vielen Bereichen auch Gewinn bedeutet. Dazu gehört, Unabhängigkeit und Autonomie zu unterstützen und mit sinnvollen Anforderungen weder zu unter- noch zu überfordern. Zur rechtlichen Absicherung der Autonomie im Alter muss zudem verstärkt auf die privatautonome Vollmacht zur Vermeidung von rechtlicher Betreuung gesetzt werden.

Anfang der 90er Jahre prägte die WHO den Begriff „add life to years“. Dieses „die gewonnenen Jahre mit Leben füllen“ beschreibt treffend eine neue Qualität des dritten und vierten Lebensabschnitts: für sich selbst Verantwortung übernehmen, den Prozess des Alterns akzeptieren (lernen), aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben und Wissen und Erfahrung einbringen.

⁸ s. Lehr, Thomaes 2000: Psychologie des Alterns;
Mayer, Baltes, 1996: Die Berliner Altersstudie

C.1.1 Gesellschaftliches Leben

Bedeutung der sozialen Netzwerke für aktives Altern

Die steigende Lebenserwartung geht vor allem mit einem Gewinn an aktiven Jahren einher.⁹ Wichtig für eine aktive Lebensführung, für Wohlbefinden und Zufriedenheit sind das Ausmaß und die Qualität sozialer Kontakte und damit auch die Frage, wie es dem Einzelnen gelingt, auch im Alter sein gesellschaftliches Leben mit Hilfe von sozialen Netzen auszugestalten. Doch auch für die Gruppe der Hochaltrigen sind die Strukturen des sozialen Netzwerks äußerst bedeutsam, da sie häufiger von Verlusten im unmittelbaren Lebensumfeld betroffen ist und zusätzlich einen größeren Unterstützungs- und Hilfebedarf aufweist.

Netzwerke gefährdet

Der gesellschaftliche Wandel wirkt sich zwangsläufig auch auf die familialen und außerfamilialen Netzwerkstrukturen aus. Einer Studie zufolge¹⁰ verfügen beispielsweise bereits knapp die Hälfte der über 75-Jährigen nur mehr über ein Netzwerk mit diffusen Bindungen, können also weder über ein festes Angehörigen-Netzwerk noch über ein auf Freunde zentriertes Netzwerk zurückgreifen.

Moderne Seniorenpolitik verfolgt deshalb insoweit folgende Ziele:

Strukturen für frühe Netzwerke

- Angesichts der sich verkleinernden familialen Netze gilt es, Strukturen zu initiieren, die es der älteren Generation ermöglichen, soziale Kontakte bereits in jüngeren Jahren aufzubauen und auszubauen. In späteren Jahren muss angestrebt werden, diese sozialen Beziehungen längerfristig aufrechtzuhalten.

⁹ s. Kruse 2003, S. 26

¹⁰ 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (im Folgenden: 4. Altenbericht), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 202

Bürgerschaftliches Engagement

- Lebenslang erworbene Kompetenzen können individuell und gesamtgesellschaftlich gewinnbringend eingesetzt werden. Ältere Menschen sind heute so gut qualifiziert und so lange leistungsfähig wie keine Generation vorher. Die alternde Gesellschaft kann es sich nicht mehr länger erlauben, dieses Erfahrungswissen außen vor zu lassen, zumal es dem Wunsch vieler Senioren entspricht, ihre Kompetenzen durch eine sinngebende Tätigkeit weiter einzubringen. Deshalb ist auf Möglichkeiten für bürgerschaftliches Engagement hinzuwirken.

Neue Verantwortungsrollen

- Dieses Engagement kann sich in den tradierten Bahnen des Ehrenamts abspielen; zugleich ist aber auch veränderten Einstellungen und einem gewandelten Rollenverständnis Rechnung zu tragen. Diese Chance für die ältere Generation, eine neue Verantwortungsrolle in der Gesellschaft zu übernehmen, bezieht sich sowohl auf die Vermittlung und Weitergabe von Erfahrung und Kompetenz an jüngere Generationen als auch auf eine Vielzahl unterschiedlichster sozialer, kultureller oder politischer Aktivitäten, durch die ältere Menschen einen Beitrag für das Gemeinwesen leisten.

Diese Zielsetzung schlägt sich in den folgenden Maßnahmen nieder:

(1) Orte der Begegnung und Kommunikation initiieren

Seniorenbüros

Seniorenbüros oder Kommunale Fachstellen für Seniorenfragen sind zwischenzeitlich wichtige Instrumente einer offenen Altenpolitik. Sie haben in der Regel die Aufgabe, interessierte Bürgerinnen und Bürger über die aktuellen Entwicklungen in seniorenrelevanten

Themen aufzuklären und die regionale Angebotsstruktur in den Bereichen Altenarbeit, Engagement im Alter, Altenhilfe und Altenpflege zu überblicken. Bewährt hat sich in größeren Städten bzw. Landkreisen die Einrichtung einer Fachstelle für Seniorenfragen, die das fachliche Wissen und die Kompetenz bündelt und in regem Austausch sowohl mit den Anbietern von Leistungen als auch mit den Bürgern steht. Aufgrund der zahlreichen Fragestellungen, die speziell ältere Bürger tangieren, bedarf es einer wohnortnahen und regional ausgerichteten Einrichtung, die nicht interessengeleitet, sondern neutral Auskunft gibt.

Altenservicezentren

Altenservicezentren/Altentagesstätten gehen mit ihrer Ausrichtung noch einen Schritt weiter. Neben Beratungsangeboten sind Begegnung (auch interkulturell und generationenübergreifend), Kommunikation, Bildung und Kultur zentrale Aufgabenbereiche. Solche Einrichtungen dienen älteren Menschen zur Information, Vermittlung von Diensten und Partizipation. Der Freistaat Bayern gewährte nach Maßgabe der bis 31.12.2003 gültigen „Grundsätze für die Förderung von Altenservicezentren“ Zuwendungen für die Errichtung (alternativ den Umbau) und Erstausrüstung.

Die Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) wurde 2003 beauftragt, eine Evaluation der bayernweit mehr als 200 Altenservicezentren und Altentagesstätten durchzuführen. Ziel dieser wissenschaftlichen Untersuchung war, die Unterschiede zwischen den Einrichtungen (konzeptionelle Zielsetzungen, Organisationsstrukturen, Personal, Räumlichkeiten, Finanzierung und Trägerschaft), aber auch die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde ein Leitfaden entwickelt, mit dem Ziel, ein Basiswissen zur Entwicklung und Organisation dieser offenen Einrichtungen der Altenhilfe zu vermitteln.

(2) Förderung von freiwilligem Engagement

„Erfahrungswissen für Initiativen“

Im Rahmen des vom Freistaat kofinanzierten Bundesmodellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ können in Bayern zwei überörtliche Bildungsträger und sechs örtliche Anlaufstellen Kurse zur Qualifizierung von sog. seniorTrainern anbieten. Im Kern geht es darum, dass ältere Menschen auf der Grundlage ihres Erfahrungswissens bestehende Gruppen und Initiativen beraten und begleiten bzw. in bislang noch nicht abgedeckten Engagementbereichen neue Initiativen anstoßen. Die ersten 40 Kursteilnehmer wurden im April 2003 nach drei vorangegangenen Kursmodulen mit der Seniorenehrenamtskarte (Seneka) ausgezeichnet. Der Philosophie des Modellprojekts zufolge sollten diese 40 seniorTrainer – und die weiteren noch auszubildenden 80 – bayernweite Multiplikatoren werden für neue Verantwortungsrollen in der Zeit nach dem Beruf bzw. nach der aktiven Familienphase.

Im Zuge der zahlreichen Veranstaltungen und Initiativen zum Internationalen Jahr der Freiwilligen 2001 entstand ein „Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement“ (Geschäftsstelle in Nürnberg, unterstützt vom „Zentrum aktiver Bürger“ – ZAB). Ziele des Landesnetzwerks sind insbesondere

- Information und Weitergabe von Wissen zum bürgerschaftlichen Engagement (vor allem benutzerfreundliches Internetportal)
- Beratung, Coaching und Fortbildung
- Vernetzung aller Aktivitäten von der Selbsthilfe über Freiwilligenagenturen bis zu Mütterzentren.

Engagierte Senioren und deren Organisationen stellen eine wichtige Zielgruppe des Landesnetzwerks dar.

Ehrenamtliches Engagement im Altenheim

Einen Eindruck von der großen Verbreitung des freiwilligen Engagements Älterer im sozialen Bereich vermittelte der Landeswettbewerb „Nicht allein im Pflegeheim“. Gesucht wurden originelle und beispielhafte Projekte bestehender und konkret geplanter Initiativen zur ehrenamtlichen Mitarbeit in bayerischen Seniorenheimen. Die große Resonanz zeigte, dass aktuell nahezu jedes vierte Pflegeheim in Bayern von Freiwilligen unterstützt wird, wobei überwiegend Frauen ab 50 Jahren aktiv sind. Um das soziale Engagement anzustoßen und die Motivation aufrechtzuhalten, bieten viele Pflegeheime und Organisationen im Rahmen der Erwachsenenbildung Qualifizierungskurse und fachliche Begleitung der Freiwilligen an, die bei der Ausgestaltung des Alltags im Pflegeheim eine wichtige Rolle spielen. Mit dem Materialordner „Freiwilliges Engagement im Altenheim“ steht allen Interessierten eine ausführliche und praxiserprobte Materialsammlung zur Verfügung, die eine Fülle von Anregungen für die praktische Freiwilligenarbeit in Alten- und Pflegeheimen bietet.

(3) Senioren als politische Aktivbürger

Politische Bildung

Demographische Entwicklung und gesellschaftlicher Wandel führen zu einer – nicht nur zahlenmäßig – stärkeren Beteiligung der älteren Bürger am politischen Geschehen. Diese kann sich in den unterschiedlichsten Organisationsformen (Parteien, örtliche Senioreninitiativen, Vereine) vollziehen. Der Freistaat Bayern unterstützt die politische Bildung interessierter Senioren, die in den kommunalen Seniorenbeiräten die speziellen Anliegen der älteren Bürger vertreten.

C.1.2 Begegnung, Bildung, Kultur

Lebenslanges Lernen

Das erfolgreiche, gesunde Altern geht einher mit einer gestiegenen Lernbereitschaft: „Lebenslanges Lernen“ ist auch jenseits der Erwerbstätigkeit eine Herausforderung für den modernen Menschen. Somit gewinnen Bildung und Schulung für ältere Menschen immer mehr an Bedeutung, und zwar in zweierlei Richtung: Als Lehrende stellen sie ein reichhaltiges Erfahrungs- und Berufswissen zur Verfügung und lassen andere davon profitieren. Als Lernende sind sie am Puls der gesellschaftlichen Entwicklung und nehmen am gesellschaftlichen Leben teil.

Veränderter Bildungsbedarf

Es findet ein Paradigmenwechsel statt. Die Anforderungen der jüngeren Seniorengeneration an Bildung und Engagement verändern sich. Die heute 50- bis 70-Jährigen gehören der sogenannten „Aufbaugeneration“ (geboren zwischen 1930 und 1939) und der



„68er-Generation“ an. Die Aufbaugeneration konnte nach Kriegsende selten ihre Berufs- und Bildungswünsche erfüllen, viele holen dies im fortgeschrittenen Alter nach. Autonomie und Gestaltungswille sind Werte, die die heute 50-Jährigen offensiv vertreten. Gewünscht wird eine aktive Beteiligung am Bildungsprozess, eine Auseinandersetzung mit alltags- und lebensrelevanten Fragen und mit anderen Menschen. Entgegen den Inhalten und Formen traditioneller Seniorenbildung sind heute fundierte Qualifikation, gesprächsorientierte Methoden (z. B. Kommunikationstraining, Gruppenarbeit) und Möglichkeiten zur Selbstreflexion Themen eines modernen Kurs- und Weiterbildungsangebots.

Schlüsselrolle für luK

Eine Schlüsselrolle bei der Integration älterer Menschen in die Gesellschaft nimmt die Fähigkeit des Umgangs mit den Informations- und Kommunikationstechnologien (luK-Technologien) ein: Stichworte wie E-Learning, E-Government, E-Mail oder Online-Banking machen deutlich, dass es sich bei den luK-Technologien um einen immer bedeutenderen Kulturstandard handelt. Im Übrigen werden moderne Technologien zunehmend auch in der häuslichen Krankenversorgung, vor allem bei chronischen Erkrankungen, sowie bei der Ausgestaltung von häuslicher Pflege eine zentrale Rolle spielen.

Gefahr einer Zugangssperre für Ältere

Es zeichnet sich eine folgenschwere Entwicklung ab: Eine relativ kleine Gruppe, nämlich diejenigen Senioren, die während ihres Berufslebens einschlägige Erfahrungen mit den neuen Medien sammeln konnten, findet relativ schnell den Zugang zur luK-Technologie und nutzt diese im privaten Bereich. Den wesentlich größeren Anteil machen allerdings diejenigen Senioren aus, denen bislang der Zugang zu Computern und Internet verschlossen geblieben ist. Sie sind von den Chancen und Möglichkeiten, die neue luK-Technologien älteren Menschen bieten, zunächst ausgeschlossen.



Aus dieser Ausgangssituation resultiert folgende Zielsetzung:

Senioren-spezifische Konzepte

Neben den bekannten und bewährten Formen und Methoden der Seniorenbildung, wie Veranstaltungen und Vorträgen, bedarf es der Entwicklung und Ausgestaltung neuer Konzepte der Fort- und Weiterbildung im Seniorenbereich. Weiterbildungskonzepte im EDV-Bereich müssen auf das Lernverhalten der Zielgruppe „Senioren“ zugeschnitten werden. Eine Begleitung nach besuchtem Kurs ist äußerst zweckmäßig.

Nutzen von Potenzialen

Es gilt, die hohe Kompetenz von Senioren, deren Zeitpotenziale und Einsatzbereitschaft verstärkt zu nutzen und dafür öffentliche Foren zu schaffen. Referententätigkeit, Seminare und Veranstaltungen werden künftig in weit größerem Maße unter Beteiligung der Senioren geplant und von diesen durchgeführt. Bei entsprechender Ausbildung (Mentorenausbildung, Moderatorenausbildung, Projektentwicklung) können

Senioren Mediationsprozesse in der Gesellschaft begleiten und steuern.

Diese Ziele werden mit den folgenden Maßnahmen gefördert:

(1) Vermittlung von Multimedia-Kompetenz

Projekt „Vernetzen und Lernen“

Mit dem äußerst erfolgreichen Projekt „SeniorenNetz Erlangen“ (SNE) wurde unter Federführung aktiver Seniorinnen und Senioren seit 1997 vor Ort eine leistungsstarke Infrastruktur zur Heranführung Älterer an die IuK-Technologien aufgebaut. Besonders hervorzuheben ist die integrative Wirkung des SNE: Dieses basiert fast vollständig auf ehrenamtlicher Tätigkeit von Senioren für Senioren und für andere Teile der Gesellschaft. Den Modellcharakter des Erlanger Projektes für eine flächendeckende Struktur in ganz Bayern betont eine mit Landesmitteln geförderte wissenschaftliche Begleitstudie, die weitere Vorteile herausgearbeitet hat: Die Nutzung neuer Medien durch die ältere Generation stärkt deren Handlungsfähigkeit in unserer Gesellschaft, sie schafft Beziehungen, hält geistig fit, trägt zur Lebensqualität bei und ist somit als aktive Prävention zu werten.

Das vom Freistaat Bayern geförderte Nachfolgeprojekt „Vernetzen und Lernen“ stellt sich zwei wesentlichen Aufgaben:

- Der prototypischen Weiterentwicklung des Erlanger Modells, bezogen auf neuartige Ansätze zur Wissensvermittlung. Schwerpunkte: Zielgruppenbezogene Lernkonzepte, Lernnachsorge, Lernen behinderter Älterer.
- Der Wahrnehmung bayerischer Multiplikatoren- und Vernetzungsaufgaben, um IuK-Initiativen im Rahmen örtlicher Seniorenarbeit im Freistaat voranzutreiben. Schwerpunkte: Fortführung und Optimierung der

bisherigen Aktivitäten, Bündelung des Know-hows, Vermittlungsagentur, Durchführung des „Bayerischen SeniorenNetzForums“ (jährlich), Öffentlichkeitsarbeit.

(2) Förderung des kulturellen Engagements

Projekt „Kulturführerschein“

Der Kulturführerschein ist ein neuartiges Fortbildungsprojekt für freiwillig engagierte jüngere Senioren. Frauen und Männer ab 50 Jahren werden qualifiziert, für Gruppen das kulturelle Angebot in München zu erschließen und Kulturveranstaltungen anzuleiten. Gleichzeitig werden Kooperationen mit Kulturinstitutionen, wie beispielsweise Museen und Theater, aufgebaut und diese Einrichtungen für die Bedürfnisse Älterer sensibilisiert. Das vom Freistaat Bayern geförderte Projekt regt die Teilnehmer zu eigener sozialer und kultureller Aktivität an. Durch das Medium Kultur werden Prozesse der Auseinandersetzung mit persönlichen Lebensthemen angeregt. Kulturelle Arbeit fördert die Entstehung neuer Netzwerkbeziehungen und wirkt Vereinsamung entgegen. Die Inhalte der Fortbildung beziehen sich auf die Kultursparten Literatur, Bildende Kunst, Schauspiel, Musik, Museum und Kino.

C.1.3 Wohnen

Herausragende Bedeutung des Wohnens

Wohnen hat – in jedem Lebensalter – für das körperliche und seelische Wohlergehen eine große Bedeutung. Qualität der Bausubstanz, Grundrissgestaltung sowie Ausstattung und Einrichtung, aber auch die Lage der Wohnung und das unmittelbare Umfeld bestimmen Selbständigkeit, Zufriedenheit und soziale Integration. Mit steigendem Lebensalter und zunehmend verengtem sozialem Aktionsradius wird die Qualität des Wohnens als Parameter für die individuelle Lebensgestaltung immer bedeutender: Studien belegen, dass ältere und hochbetagte Menschen ab 70 Jahren durchschnittlich 21 Stunden pro Tag in der eigenen Wohnung verbringen.¹¹ Insbesondere für ältere Menschen mit körperlicher und psychischer Beeinträchtigung besteht daher die Gefahr, vom sozialen Leben zunehmend ausgeschlossen zu sein.

Derzeit (noch) leben (nur) ca. 4 bis 5 % der über 65-Jährigen in Alten- oder Pflegeheimen;¹² dies ist nur deshalb möglich, weil ca. 70 bis 80 % der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. Fraglich ist, ob dies so bleibt, angesichts einer starken Entwicklung zum 1-Generationen- bzw. 1-Personen-Haushalt:¹³

- Nur 1,1 % von 34 Mio. Haushalten sind noch 3-Generationen-Haushalte.
- Schon ein gutes Drittel aller Haushalte sind bereits 1-Personen-Haushalte (zum Vergleich 1900: 5 %).

¹¹ vgl. 2. Altenbericht: Wohnen im Alter (im Folgenden: 2. Altenbericht), 1998, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Einleitung

¹² 2. Altenbericht, S. 94

¹³ Lehr, Deutsche Rentenversicherung 2000, S. 294

Selbstbestimmtes menschenwürdiges Wohnen

Es sind deshalb die Rahmenbedingungen für eine Wohnsituation zu schaffen, die den Wünschen und Bedürfnissen der älteren Menschen am meisten entsprechen, d. h. die Voraussetzungen

- für ein möglichst langes Wohnen in den eigenen vier Wänden bzw. in möglichst großer Selbständigkeit und Privatheit
- für ein menschenwürdiges, bedarfsgerechtes Wohnen im Heim
- unter Einbeziehung neuer kollektiver Wohnformen (Haus- und Wohngemeinschaften etc.).

An Maßnahmen sind daher eingeleitet:

(1) Barrierefreiheit als Maßstab vorausschauender Bauplanung und Bauförderung

Die generelle Berücksichtigung der Kriterien barrierefreien Bauens nach DIN 18025 (Teil 2 bzw. Teil 1, was die Nutzung eines Rollstuhls betrifft) bereits in der Planungs- und Bauphase trägt dazu bei, kostenintensive Anpassungsmaßnahmen bei späteren Funktionseinschränkungen zu vermeiden, und schiebt einen Umzug zumindest hinaus. Die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums nach DIN 18024 (Teil 1 und Teil 2) schafft die Voraussetzungen, um Menschen mit eingeschränkter Mobilität die selbständige und unabhängige Benutzbarkeit des Wohnumfeldes zu ermöglichen.

Die soziale Wohnraumförderung ist für Wohnungen, die für Rollstuhlfahrer oder ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung bestimmt sind, an das Vorliegen der Barrierefreiheit geknüpft. Aufgrund der Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen, der demographischen Entwicklung und auch der Kosteneffizienz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ist neuen Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige

Menschen ein besonderer Stellenwert beizumessen. Die soziale Wohnraumförderung trägt diesem Aspekt im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel bei der Schaffung von barrierefreiem Wohnraum Rechnung. Bei der Umsetzung von Städtebauförderungsmaßnahmen hat die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen und halböffentlichen Stadtraums einen besonderen Stellenwert.

Im Rahmen des experimentellen Wohnungsbaus hat die Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern bereits Anfang der 90er Jahre ein Modellvorhaben mit zwölf beispielhaften Projekten zum integrierten und barrierefreien Wohnen initiiert und gefördert, die wichtige Grundlage für die Ausgestaltung der DIN 18025 waren. Die bayerischen Modelle zeigen, dass barrierefreie Grundrisse nach DIN 18025 Teil 2 keine Mehrkosten verursachen, und demonstrieren, dass auch für mehrgeschossige Gebäude äußerst wirtschaftliche Erschließungslösungen mit nur einem Aufzug möglich sind. Gängige Vorurteile zum barrierefreien Bauen werden durch die zwölf Projekte anschaulich widerlegt. Die genannten Beispiele, aber auch Dokumentationen zu den Projekten in der Broschüre „Wohnen ohne Barrieren“ sowie eine Wanderausstellung, die derzeit mit großem Erfolg auf Deutschlandreise ist, tragen maßgeblich zur Information und Bewusstseinsbildung bei Bauherren und Architekten bei.

Aktuell werden in den realisierten Projekten Bewohnerbefragungen durchgeführt, um weitere Erkenntnisse über die Alltagstauglichkeit der DIN-gerechten Wohnungen als Grundlage für künftige Planungen, aber auch für die Weiterentwicklung der Normen zu barrierefreiem Bauen zu erlangen.

Die Ergebnisse des Landeswettbewerbs zum Bayerischen Wohnungsbaupreis 2003 mit dem Thema „Barrierefreies Bauen mit hoher Qualität“, der von der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern ausgelobt wurde, bestätigen die Vorbildwirkung der Modelle für den privaten Wohnungsbau.

Deshalb sollte zumindest bei der Beratung und Aufklärung der Bauherren bzw. der Aus- und Fortbildung der Architekten und bei der Förderung von Maßnahmen des Wohnungsneubaus und -umbaus den Bedürfnissen alter Menschen noch stärker Rechnung getragen werden. Dieser fachlichen Hilfestellung dienen auch zwei **Beratungsstellen der Bayerischen Architektenkammer** „Barrierefreies Bauen“ in München und Nürnberg.

Die generationenübergreifende Nutzbarkeit des öffentlichen Raums für alle Menschen, besonders für Senioren und Menschen mit körperlichen Einschränkungen, sollte zur Baukultur jeder Kommune und jeder Stadterneuerung gehören. Mit dem Ziel, die Verantwortlichen in den Kommunen, Architekten und Planer, die das Miteinander baulich gewährleisten können, für diese Notwendigkeit zu sensibilisieren, erstellte die Oberste Baubehörde das Faltblatt „Die Stadt für alle – barrierefreie Gestaltung in der städtebaulichen Sanierung und Erneuerung“ (im Internet abrufbar unter www.stmi.bayern.de/bauen/staedtebaufoerderung).

Die am 01.08.2003 aufgrund des Bayerischen Behindertengleichstellungsgesetzes in Kraft getretene Änderung der Bayerischen Bauordnung schreibt im Grundsatz vor, dass

- **in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen** die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sowie verschiedene Räume darin mit dem Rollstuhl zugänglich und
- **in öffentlich zugänglichen Gebäuden** und Einrichtungen die dem allgemeinen Besucherverkehr dienenden Teile für Menschen mit Behinderung, alte Menschen und Personen mit Kleinkindern barrierefrei erreichbar und ohne fremde Hilfe zweckentsprechend nutzbar

sein müssen.

(2) Wohnungsanpassung

Eine Anpassung der Wohnung an sich verändernde Bedürfnisse ist ein wichtiger Beitrag zum selbständigen Wohnen und Leben im Alter. Es gibt vielfältige Möglichkeiten, die Wohnung und das Wohnumfeld zu gestalten und somit einem gestiegenen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf gerecht zu werden. Beispiele hierfür sind Beseitigung von Barrieren, Verbreiterung von Türstößen, Anbringen von Haltegriffen oder Maßnahmen zur vermehrten Sicherheit im Badezimmer. Obwohl Maßnahmen zur Wohnungsanpassung zum Verbleib in der eigenen Wohnung beitragen, ist die Bereitschaft, sich beraten zu lassen, noch vergleichsweise gering. Die Gründe liegen nicht nur in einer mangelnden Information oder einer fehlenden fachkundigen Beratung vor Ort. Viele ältere Menschen haben oftmals Hemmungen, sich selbst einen entsprechenden Bedarf einzugestehen, oder fürchten als Konsequenz einen notwendigen Wohnungswechsel.

„Fachstelle für Wohnberatung“

Um die Qualität der Wohnberatung zu verbessern und das Wissen um Wohnungsanpassung breiter zu streuen, wurde 2002 bis einschließlich 2005 die „Fachstelle für Wohnberatung“ staatlich gefördert. Hier wurde fachliches Know-how (Materialien, Adressen, gelungene Beispiele) zusammengetragen, gebündelt und z. B. über Schulungs- und Fortbildungsangebote bayernweit zur Verfügung gestellt.

Broschüre „Wohnen im Alter – am liebsten zu Hause“

Um dieses Thema weiter zu verstetigen, wurde im Jahr 2004 in Zusammenarbeit mit der „Fachstelle Wohnberatung“ in Bayern die Broschüre „Wohnen im Alter – am liebsten zu Hause“ herausgegeben. Der nützliche Ratgeber gibt einen Überblick über Beratungsangebote, Finanzierungsmöglichkeiten und zeigt Beispiele und praktische Tipps der Wohnungsanpassung auf.

Wohnen in allen Lebensphasen

Im Rahmen der angewandten Forschung der sozialen Wohnraumförderung hat die Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern im Sommer 2005 das Modellvorhaben „Wohnen in allen Lebensphasen“ ausgelobt. Es beschäftigt sich mit altengerechten, d. h. anpassungsfähigen und flexiblen Gebäudekonzepten für Neubau und Bestand, die Spielraum für Entwicklungen und Veränderungen im Lebenszyklus der Bewohner wie auch des Bauwerks zulassen. Gemeinsam mit den Akteuren der Wohnungswirtschaft sollen alltagstaugliche und praxisnahe Wohnkonzepte entwickelt werden, die schon heute eine Antwort auf die gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen der Zukunft geben. Das Modellvorhaben stieß auf großes Interesse bei Bauherren und Wohnungsbaugesellschaften. Aus den 26 eingereichten Bewerbungen wurden im Herbst 2005 12 Projekte in Augsburg, Bamberg, Hof, Kaufbeuren, München, Nürnberg, Oberammergau, Regensburg, Rödental, Stein, Straubing und Würzburg ausgewählt. Fünf weitere Projekte wurden aufgrund ihrer hohen Qualität als Folgeprojekte unter der Federführung der Bewilligungsbehörden benannt.



Foto: Adi Stauf, München

(3) Alternative Wohnformen – Wohnen im Alter

Koordinationsstelle „Wohnen zu Hause – Konzepte, Initiativen und Visionen fürs Alter“

Ab dem Jahr 2006 startet das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen das Projekt „Koordinationsstelle Wohnen zu Hause – Konzepte, Initiativen und Visionen fürs Alter“. Dieses Projekt greift die Thematik „Wohnen im Alter“ noch umfassender auf. Ziel ist es, älteren Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen. Dabei soll deren Lebensqualität erhalten oder verbessert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden unterschiedliche Aufgabenkomplexe aufgegriffen und bearbeitet, wie beispielsweise die Weiterentwicklung von tragfähigen Wohnkonzepten im Alter oder das Erarbeiten von Handlungsempfehlungen und Qualitätsstandards zu neuen Wohnformen im Alter in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren.

(4) Chancen der Gerontotechnologie effektiver nutzen

Technologie als Hilfe beim selbstbestimmten Wohnen

Der Bereich Gerontotechnologie umfasst neue Entwicklungen, Erfindungen oder Techniken zur Besserung und Erleichterung der Rahmenbedingungen für das Leben im Alter. So kann ein sinnvoller Einsatz moderner Technologien einen längeren Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen. Allerdings bestehen auf Seiten der Nutzer Berührungsängste, die abgebaut werden können, wenn die Bedienerfreundlichkeit der Technologien zunimmt.

Die Nutzung neuer Technologien zum Erhalt der Selbstständigkeit oder im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist für eine präventive und innovative Versorgung im privaten Haushalt bedeutsam. Deshalb richtet sich die Aufmerksamkeit der Bayerischen Staatsregierung verstärkt auf die Erprobung und den Ausbau technischer

Lösungen im Hinblick auf eine selbständige Lebensführung im Alter.

Telematik

An dem Modellprojekt **SOPHIA (Soziale Personenbetreuung – Hilfen im Alter)** des kirchlichen Wohnungsunternehmens Joseph-Stiftung in Bamberg beteiligten sich bis zum 31.12.2004 rund 100 Haushalte: Dabei wird der Einsatz telematischer Lösungen für eine bedarfsgerechte und individuell abgestimmte Unterstützung und Versorgung im Alter erprobt. Den beteiligten Mietern soll der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz zunehmendem Hilfe- und Versorgungsbedarf ermöglicht werden. Über Bildschirmkommunikation kann rund um die Uhr mit einer Servicezentrale gesprochen werden, in der eine Fachkraft den Bedarf klärt und die Anfragen an Kooperationspartner (aus Pflege, Hauswirtschaft, Beratung, Seelsorge, Klinik etc.) im Versorgungsverbund weiterleitet. Auch die Kooperationspartner sind per Bildschirm in der Lage, direkten Kontakt zum Nutzer aufzunehmen. Aktuell wird an einer landesweiten Umsetzung gearbeitet.

Anwendungsorientierte Forschung

Aus Mitteln der High-Tech-Offensive Bayern gefördert wird das **Generation Research Program (GRP)** mit dem Ziel, stark anwendungsorientiert und in enger Kooperation mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort in Bad Tölz technologische Innovationen generationenübergreifend nutzbar zu machen. Einzelne Arbeitsgruppen innerhalb des GRP (z. B. AG Mensch-Maschine-Interaktion, AG Kompetenz im Alter, AG Gesundheit im Alter etc.) setzen dabei unterschiedliche Schwerpunkte.

(5) Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen kann Sicherheit und Selbständigkeit geben

„Betreutes Wohnen“ wird seit Anfang der 90er Jahre als Wohnform für ältere Menschen angeboten. Konzeptionell steht auch bei diesem Angebot das möglichst selbständige Wohnen im Vordergrund. Betreutes Wohnen hat zum Ziel, älteren Menschen gleichzeitig Autonomie, Privatheit und selbständige Lebensführung einerseits und Sicherheit und Pflege im Versorgungsfall andererseits zu bieten. In der Regel wird senioren-gerechtes Bauen mit dem Abschluss eines Betreuungs- oder Servicevertrages kombiniert.

Die monatliche Basisversorgung umfasst zumeist einen zentralen Notruf, Beratung oder Hausmeisterdienste. Diese Grundleistungen können in der Regel um weitere Wahlleistungen ergänzt werden, wenn sich der Unterstützungs- oder Hilfebedarf ändert, beispielsweise um hauswirtschaftliche Dienste, pflegerische Leistungen oder soziale Betreuung.

Einschätzungen über die Bedarfsentwicklung geben ein differenziertes Bild:

Derzeit ist in Deutschland von einem Stand von ca. 3.600 Wohnprojekten mit Serviceangeboten für ca. 200.000 Senioren (und damit immerhin von einer Verdoppelung seit 1995) auszugehen; dies würde einer Versorgungsquote von ca. 1,3 % der 65-Jährigen und Älteren entsprechen. Da beispielsweise Baden-Württemberg von einer Bedarfszahl von 1,5 bis 2 % der ab 70-Jährigen ausgeht, wären damit keine großen Wachstumsspielräume mehr gegeben.

Allerdings ging beispielsweise die Wüstenrot-Stiftung 1997 noch davon aus, dass die Potenziale die vorhandenen Kapazitäten derzeit um das 14- bis 31fache übersteigen.¹⁴

¹⁴ Alle Zahlen nach dem 4. Zwischenbericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe im Rahmen des Modellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“, S. 5

Letztlich wird die Entwicklung auch ganz wesentlich vom Erfolg der auf eine selbständige Lebensführung primär in den eigenen vier Wänden abzielenden Maßnahmen (s. o., Maßnahmen 1 bis 3) abhängen.

Bei allen Chancen, die im Zusammenhang mit „Betreuten Wohnformen“ zu nennen sind, dürfen Betreuungsgrenzen nicht außer Acht bleiben. Fragen wie etwa nach dem Umfang pflegerischer Leistungen im Versorgungsfall bzw. nach der Notwendigkeit eines Umzuges in eine Pflegeeinrichtung bei Pflegebedürftigkeit gilt es hier sowohl konzeptionell als auch vertraglich zu berücksichtigen.

Keine staatliche Reglementierung

Die Dynamik des Marktes des Betreuten Wohnens bei insgesamt unsicherer Nachfragestruktur und die Tatsache, dass das Betreute Wohnen im Regelfall nicht dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes unterfällt (vgl. § 1 Abs. 2 Heimgesetz), haben vereinzelt den Ruf nach einer staatlichen Reglementierung, etwa in Form von staatlich vorgegebenen Standards oder eines staatlich initiierten bzw. durchgeführten Zertifizierungsverfahrens, laut werden lassen. Aus ordnungspolitischen Gründen erscheint es aber ausreichend, wenn sich der Staat insoweit zurücknimmt und auf die bereits vorhandenen Verbraucherschützenden Orientierungshilfen verweist: Neben zahlreichen Informationsbroschüren von Verbraucherschutzzentralen ist dabei insbesondere an die „Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern zu Betreuten Seniorenwohnanlagen“ zu denken; damit liegen Mindeststandards an Barrierefreiheit und Wohnumfeld, Grund- und Wahlleistungen vor, denen sich die freie Wohlfahrtspflege – sofern sie als Bau- bzw. Betreuungsträger auftritt – quasi selbstverpflichtend unterwirft. Eine Umfrage bei den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege hat ergeben, dass sich die Leitlinien bewährt haben und ein staatlicher Regelungsbedarf deshalb nicht angezeigt ist.

Orientierungshilfen

Eine sachdienliche Abrundung der Angebotsstrukturen in Sachen Verbraucherinformation stellt aktuell das Zertifizierungsverfahren der privaten **Bayerischen Stiftung für Qualität im Betreuten Wohnen e. V.** dar.

Sonderform in der Modellförderung

Eine innovative Form des Betreuten Wohnens wird derzeit mit Mitteln des Freistaats in einem Modellprojekt in Germering erprobt, das sogenannte **Betreute Wohnen zu Hause mit Betreuungsvertrag**. Durch ein besonders gestaltetes und organisiertes Betreuungskonzept soll ein Umzug aus der angestammten Privatwohnung in eine Seniorenwohnanlage gar nicht erst notwendig werden. Um dies zu realisieren, wird eine zentrale Betreuungsstelle eingerichtet und ein engmaschiges Unterstützungs- und Hilfenetz geknüpft. Der Betreuungsstelle obliegen Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Das Modell soll klären, welchen Umfang eine ambulante Versorgungsstruktur vor Ort tatsächlich haben muss, damit die Menschen so lange wie möglich gut versorgt zu Hause verbleiben können.

Des Weiteren wird ein Leitfaden erarbeitet, mit dessen Hilfe das Betreuungskonzept auf andere Kommunen oder Einrichtungen übertragen werden könnte. Ferner soll Ziel sein, unterschiedliche Finanzierungsmodelle zu erarbeiten, die auch andere Dienstleistungsstrukturen berücksichtigt als die in Germering vorhandenen. Ein weiteres Ziel ist auch, eine eigenständige Finanzierung nach Ende der Projektförderung zu sichern.

(6) Erprobung und Entwicklung neuer kollektiver Wohnformen (s. auch C.3.1.4)

Wohnprojekttag

Als Alternative zum traditionellen Heim hat sich die Idee des **gemeinschaftlichen Wohnens** auch in Formen des generationenübergreifenden Wohnens entwickelt. Auch wenn solche neuen Wohnformen (noch) nicht typisch

sind für das heutige Wohnen der Älteren, sollten sie als wichtiger Ausdruck der fortschreitenden Ausdifferenzierung einer Alterskultur betrachtet werden. Zudem ist zu erwarten, dass die zukünftig Älteren gegenüber heute noch unkonventionellen Wohn- und Lebensformen eine zunehmende Aufgeschlossenheit zeigen werden. Der schon wiederholt vom Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen geförderte „Münchner Wohnprojekttag“ (Ausrichter: Urbanes Wohnen e. V.) stellt eine Informationsbörse für alle Interessierten dar, auf der die vielfältigsten gemeinschaftlichen Wohnprojekte vorgestellt und Erfahrungen ausgetauscht werden.

„Gemeinsam Bauen und Leben“

Im Rahmen des Modellvorhabens „Gemeinsam Bauen und Leben“ erprobt die Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern derzeit unterschiedliche Konzepte und Organisationsformen zum gemeinschaftlichen Wohnen in der Praxis.

(7) Altenhilfekonzepte in Kommunen

Kommunale Altenhilfekonzepte in Bayern für kleinere Gemeinden bis 8.000 Einwohner

Aufgrund der demographischen Entwicklung, begründet durch das Zurückgehen der Geburtenzahlen, und der damit verbundenen Veränderungen stehen gerade kleine Gemeinden vor der Frage, wie die Versorgung und Pflege von älteren und pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Gemeinde gewährleistet werden kann. Insbesondere ist es ein Anliegen, den älteren Menschen ein Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen („ambulant vor stationär“). In kleinen Gemeinden gibt es nicht immer ein Alten- und Pflegeheim vor Ort, so dass ältere Menschen, die pflegebedürftig werden, aus der gewohnten Umgebung gerissen werden müssen.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen fördert deshalb seit Herbst 2005 ein Modellprojekt, welches anhand der Analyse und Bewertung vorhandener Einrichtungen und Möglichkeiten „Kommunale Altenhilfekonzepte in Bayern für kleine Gemeinden bis 8.000 Einwohner“ erarbeiten soll.

Diese Konzepte sollen auf der Grundlage des bestehenden Versorgungsangebotes für ältere und pflegebedürftige Menschen eine auf die Gemeinden zugeschnittene Weiterentwicklung und Ergänzung des Versorgungsangebots anstoßen. Dabei spielt die gezielte Abstimmung der Angebote aufeinander und die Schaffung einer „Versorgungskette“ eine wichtige Rolle. Die Konzepte werden modellhaft in sieben Gemeinden erprobt und die Erfahrungen anschließend allen Gemeinden zur Verfügung gestellt.

(8) Ambulante Wohngemeinschaften für Demenzkranke

Wohnen und Leben mit Demenz wird uns künftig immer mehr beschäftigen. Die Lebenserwartung und damit auch der Anteil der Demenzkranken wird künftig weiter steigen. Die Zahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland liegt bereits heute bei über einer Million. Für Bayern geht der „Gesundheitsmonitor Bayern 1/2006“ des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit von derzeit 150.000 bis 160.000 Demenzkranken sowie einer demographisch bedingten Zunahme der Demenzerkrankungen bis zum Jahr 2023 auf ca. 225.000 Fälle aus.

Aus diesem Grund hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen die erste Wohngemeinschaft für demente ältere Menschen in Bayern, nämlich die Rothenfußer Wohngemeinschaft, fachlich begleitet und darüber hinaus die wissenschaftliche Begleitung finanziert.

Um weitere Erfahrungen zu gewinnen, fördert das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes jeweils eine halbe Koordinationsstelle für zwei ambulante Wohngemeinschaften in Mittel- und Unterfranken für insgesamt zwei Jahre. Die Praxismodelle, die wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden, sollen Aussagen darüber liefern, inwieweit die Interessen der älteren Menschen – ohne den Schutz des Heimgesetzes – nachhaltig gewahrt werden können. Darüber hinaus sind auch Aussagen über Finanzierbarkeit, Engagementbereitschaft bzw. -notwendigkeit der Angehörigen, Nachfrage, Wohndauer, und der Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Strukturen von Interesse, um das Konzept der Wohngruppen weiter unter qualitativen Gesichtspunkten etablieren zu können.

C.2 Altern und Gesundheit

Alternsspezifische Bedarfslagen

Mit der Ausdifferenzierung des Alters und insbesondere einem steigenden Anteil hochaltriger Menschen verändern sich Bedarf und Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen.

Ein großer Anteil der alten Menschen leidet unter einer Vielzahl gleichzeitig auftretender Erkrankungen. Das macht die Behandlung langwierig, schwierig und oftmals kostspielig. Zweitens beschränken sich gesundheitliche Beeinträchtigungen selten auf körperliche Beschwerden, vielmehr treten in vielen Fällen zusätzlich funktionelle, psychische und soziale Probleme auf. Charakteristisch ist drittens, dass bei einer gesundheitlichen Behandlung mit zunehmendem Alter die physischen und psychischen Reserven schnell erschöpft sind. Behandlungsdauer und Behandlungsintensität müssen auf diese verminderte Belastbarkeit abgestimmt werden. Dies alles erfordert eine völlig andere medizinische und pflegerische Intervention als bei jüngeren Patienten.

Kostenentwicklung und Einflusschancen

Die ökonomische Dimension der Problematik ist auf den ersten Blick gewaltig: In höheren Altersgruppen fallen deutlich höhere Pro-Kopf-Ausgaben an als in jüngeren Altersgruppen;¹⁵ bereits heute tragen die Rentner im Durchschnitt nur knapp die Hälfte ihrer eigenen Gesundheitsausgaben; angesichts der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Rentner-Selbstfinanzierungsquote im Zeitablauf tendenziell weiter sinken wird.¹⁶

Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, dass die Erwartung einer Kostenexplosion als Folge der demographischen Entwicklung auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustands der älteren Generation der Zukunft beruht und möglicherweise das sehr hohe Präventions- und Rehabilitationspotenzial gerade in Bezug auf chronische Erkrankungen vernachlässigt.¹⁷

¹⁵ vgl. Kruse 2003, S. 18

¹⁶ Kruse 2003, S. 35

¹⁷ Kruse 2003, S. 20 f. und S. 70 ff.



Keine Altersdiskriminierung

Jedenfalls ist einer altersdifferenzierenden (und damit diskriminierenden) Bereitstellung von Spitzentechnologie wie auch von sonstigen Gesundheitsgütern und Dienstleistungen aus ethischen wie rechtlichen Gründen eine unmissverständliche Absage zu erteilen!

C.2.1 Prävention

Präventionspotenziale nutzen

In der neueren Altersforschung wird an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass es bis ins hohe Alter möglich ist, eigene Ressourcen produktiv zu entwickeln. Ein Mehr an Gesundheit und eine Verzögerung bzw. Verlangsamung von Abbauerscheinungen sind möglich, wenn bislang brachliegende Potenziale im Bereich unspezifischer und spezifischer Prävention ausgeschöpft werden. Untersuchungen belegen, dass die Qualität der gewonnenen Lebensjahre bei wirksamer Flankierung durch Prävention und Gesundheitsförderung nicht zwangsläufig durch Funktionsbeeinträchtigungen, chronische Krankheit und Multimorbidität eingeschränkt sein muss.

Ganz im Gegensatz zu diesen Erkenntnissen waren ältere Menschen bislang nur in Ausnahmefällen Zielgruppe von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (die ihrerseits im Gesamtgefüge des Gesundheitssystems nur mit weniger als 10 % vertreten sind).¹⁸

Eine Gesundheitspolitik mit alternsspezifischer präventiver Zwecksetzung hat sich dabei die folgenden Ziele zu setzen:

Information

- Dem immer noch weit verbreiteten Altersbild einer Unveränderlichkeit von Einbußen im Alter (Defizitsichtweise, s. C.1) ist durch eine breit gestreute, offensive zielgruppenorientierte Information zu begegnen. Es muss gelingen, auf breiter Basis von einem krankheitsversorgenden zu einem gesundheitsfördernden Bewusstsein zu gelangen.

Selbstverantwortung fördern

- Prävention setzt an vorhandenen Ressourcen an und bezieht sich wesentlich auf die Selbstverantwortlichkeit für ein gesundes Altern. Primäres Ziel muss es dabei sein, alternsspezifische Krankheiten zu vermeiden bzw. deren Auftreten möglichst lang hinauszuzögern.

Kompetenz durch Kompensation

- Im Falle von vorhandener Hilfebedürftigkeit geht es vor allem um eine weitestmögliche Unabhängigkeit von pflegerischer Leistung bzw. um ein möglichst selbständiges Leben trotz einer chronischen Erkrankung oder dauerhaften Behinderung. Grundvoraussetzung hierfür ist die Vermittlung einer Einstellung und der entsprechenden Fähigkeit, Probleme durch gezielten Einsatz bestimmter Hilfsmittel kompensieren zu können. Derartige Bewältigungsstrategien können auch entscheidend der Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustands entgegenwirken.

Maßnahmen mit präventiver Zielrichtung sind auch:

(1) Sämtliche der unter C.1 beschriebenen Maßnahmen, die auch präventiven Charakter haben, wie z. B.

- Straßen, Wege und Plätze sowie den Zugang öffentlicher Gebäude ohne bauliche Hindernisse gestalten
- Barrierefreiheit im Wohnungsneubau als Grundvoraussetzung für langfristige Nutzbarkeit
- Wohnungsanpassung im Bestand, beispielsweise der Abbau von Schwellen und Hindernissen
- Quartierbezogene und mobilisierende Maßnahmen und Angebote im Rahmen des Städtebauförderungsprogramms „Soziale Stadt“

¹⁸ Kruse 2003, S. 70 f.

- Kurse mit seniorenspezifischen Themen
- bürgerschaftliches Engagement.

(2) Angebote wie Informationsveranstaltungen (zu altersspezifischen Gesundheitsthemen), Organisation von Selbsthilfegruppen (vor allem bei spezifischen Krankheitsbildern), Angehörigenberatung, Beratung der Pflegenden, Gedächtnistraining beziehen die Betroffenen gezielt mit ein und spielen eine wesentliche Rolle beim Aufbau einer niedrigschwelligen Pflegeinfrastruktur.

Sturzprävention

(3) Durch das in Neu-Ulm durchgeführte Modellprojekt „Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden, hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen“ werden durch Bewegungsprogramme, Umgebungsanpassung, den Einsatz von Hüftprotektoren und Beratung sturzbedingte Unfälle vermieden.

Die Dimension der Problematik wird deutlich, wenn man bedenkt, dass rund ein Drittel aller älteren Menschen einmal pro Jahr stürzen und über 80 % der bundesweit mehr als 100.000 Oberschenkelbrüche sich zu Hause ereignen.

Gesundheitsinitiativen „Bayern aktiv“ und „Gesund. Leben. Bayern.“

(4) In dem Trainingsprogramm „Standfest im Alter“, einem Projekt des Instituts für Sportwissenschaften und Sport der Universität Erlangen-Nürnberg, werden ca. 180 selbständige Menschen im Alter zwischen 70 und 90 Jahren betreut, um mit abgestimmten Übungseinheiten den komplexen Zusammenhängen von altersbedingten Stürzen gerecht zu werden und diesen vorzubeugen.

Das Modellprojekt ist mit einem vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesund-

heit und Verbraucherschutz im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“ geförderten Symposium im November 2003 gestartet.

Depression im Alter

(5) Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz hat im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Gesund. Leben. Bayern.“ das Projekt „Altenpflegekräfte als Partner in der Suizidprävention“ gefördert.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Parallel dazu steigt das Suizidrisiko drastisch an. Auch in Seniorenheimen kommt es aufgrund unerkannter und unbehandelter Depressionen immer wieder zu Suiziden. Deshalb wurden bayernweit spezifische Fortbildungen für Altenpflegekräfte zum Thema „Depression und Suizidalität“ durchgeführt, um den Kenntnisstand der Mitarbeiter zu verbessern und sie für das Erkrankungsbild „Depression“ zu sensibilisieren. Dadurch werden sie in ihrer zentralen Vermittlerfunktion zwischen Arzt, Angehörigen und Betroffenen gestärkt. Dies wird von der durchgeführten Evaluation bestätigt. Auch Monate danach zeigten die geschulten Pflegekräfte eine wesentlich höhere Sensibilität für die Thematik. Fast doppelt so viele Pflegekräfte wie vor der Schulung haben den Arzt mindestens einmal auf einen Verdacht auf Depression hingewiesen. Projektträger ist das Bündnis gegen Depression e. V.

Ab 2006 werden mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen flächendeckend 200 Fortbildungen für Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste durchgeführt.

(6) Osteoporose, auch Knochenschwund genannt, gehört zu den weltweit häufigsten Erkrankungen. In höherem Lebensalter leidet jede dritte Frau und etwa

jeder fünfte Mann an Knochenschwund. Auch hier gilt: Vorbeugen ist besser als Heilen. Das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz hat daher zum seniorenpolitisch wichtigen Gesundheitsthema „Osteoporose“ eine Broschüre herausgegeben, in der Tipps zur Verhütung dieser Erkrankung, aber auch zur allgemeinen Kräftigung der Muskulatur und zur Sturzverhütung im Alter erläutert sind.

Die Vermeidung von Oberschenkelhalsbrüchen und anderen osteoporotisch bedingten Brüchen ist ein wesentlicher Beitrag zur Erhaltung der Selbständigkeit im Alter. Diese Veröffentlichung soll möglichst vielen, vor allem auch älteren Menschen in Bayern Informationen und Anregungen zur Vorbeugung der Volkskrankheit Osteoporose geben.

„Zentrum für seelische Gesundheit im Alter“

(7) Mit dem mit Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen umgebauten und mit Bundesmitteln modellhaft betriebenen Zentrum für seelische Gesundheit im Alter in Kaufbeuren wurde ein wohnortnahes, niedrighschwelliges und modernes regionales gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot für gesunde und kranke ältere Menschen geschaffen. Dabei wurden unterschiedliche Versorgungsformen unter einem Dach zusammengefasst: eine Aktions- und Begegnungsstätte, Vorsorge-, Beratungs-, Selbsthilfe- und Koordinationsangebote sowie gemeinsames Wohnen.

C.2.2 Rehabilitation

Geriatrische Reha zunehmend wichtig

Gesetzeslage (§ 5 SGB XI: Reha vor Pflege) und Demographie (Zunahme hochbetagter Menschen mit altersspezifischen Bedarfslagen, s. o. vor C.2.1) weisen der geriatrischen Rehabilitation einen hohen, sogar steigenden Stellenwert zu. Dies gilt umso mehr, als mit Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRGs) nach allen Prognosen die Verweildauer in den Krankenhäusern weiter sinken dürfte.

Die Auswirkungen dieser Systemumstellung sind derzeit noch nicht absehbar und müssen ggf. zu einem späteren Zeitpunkt entsprechend berücksichtigt werden. Grundsätzlich aber gilt, dass die vielfach unterschätzten Rehabilitationspotenziale alter, insbesondere hochaltiger Menschen in der Regel nicht ausgeschöpft werden.

Rehapotenziale nicht ausgeschöpft

Hauptursachen dafür sind

- ein lückenhaftes geriatrisch-rehabilitatives Fachwissen mancher Hausärzte¹⁹
- Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen akut-medizinischer und rehabilitativer Versorgung
- eine lückenhafte leistungsrechtliche Verankerung etwaiger Koordinations- und Steuerungsleistungen des Hausarztes
- eine zurückhaltende Bewilligungspraxis der Krankenkassen (Nutznießer ist die Pflegeversicherung, Kostenträger aber die GKV)
- eine im ambulanten und aufsuchenden Bereich noch unzureichende Versorgungsinfrastruktur.

¹⁹ vgl. Kruse/Wachter, KrV 2002, S. 324 ff.

Mobile Reha mit vielen Vorteilen

Demgegenüber haben zahlreiche, von staatlicher Seite geförderte Modellprojekte die Vorteile insbesondere der mobilen (aufsuchenden) geriatrischen Rehabilitation belegt:

- Sie orientiert sich am Alltag und der Lebenswelt des Patienten, der deshalb sein Rehabilitationspotenzial besser ausschöpfen kann.
- Sie stellt für viele, insbesondere in der Mobilität eingeschränkte Patienten die einzige Chance für eine Rehabilitationsmaßnahme dar.
- Sie kann Wohnraumanpassung mit integrieren.
- Sie verursacht in der Regel weniger Kosten als der Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder im Heim.

Stationäre Rehabilitation erfolgreich

Im stationären Bereich wurde seit 1990 ein Netz wohnortnaher geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen geschaffen, das im Bayerischen Geriatriekonzept gesetzte Ausbauziel von 2.400 Betten ist bereits überschritten. Die Ergebnisse der mit Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und der Bayerischen Landesstiftung aufgebauten Datenbank Geriatrie in Bayern (GiBDAT) belegen den Erfolg der stationären geriatrischen Rehabilitation:

- Die Selbsthilfefähigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens konnte deutlich gesteigert werden.
- Bei über 84 % der Patienten konnten Mobilitätsdefizite verringert werden.
- Nach durchschnittlich 25 Tagen Behandlung konnten 85 % der Patienten wieder in einen Privathaushalt zurückkehren.



Versorgungssystem optimieren insbesondere durch Stärkung der mobilen Reha

Ziel ist ein abgestuftes und vernetztes Versorgungssystem mit mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, das eine wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen, gute Erreichbarkeit und individuelle Zugangsmöglichkeiten eröffnet. Bei der Weiterentwicklung des Bayerischen Geriatriekonzepts kommt der Vernetzung der vorhandenen stationären Strukturen mit ambulanten Angeboten eine besondere Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund und angesichts der aktuellen Angebotsstruktur ist dem Aufbau ambulanter und insbesondere mobiler geriatrischer Rehabilitationsdienste ein Schwerpunkt beizumessen.

Als Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

„Reha vor Pflege“

- Der bislang nicht ausreichend praktizierte Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ – einschließlich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilita-

tion – ist durch sachgerechte Zuordnung von Leistungen und deren Finanzierung besser zur Geltung zu bringen.

Datenbank

- Die Datenbank „GiBDAT“ leistet einen entscheidenden Beitrag bei der Erfassung und Auswertung geriatrischer Behandlungsfälle; derzeit sind 80 % der Kliniken und 90 % der Behandlungskapazität erfasst. Der Umsetzungsgrad und die Ergebnisqualität der Geriatrieplanung können damit evaluiert werden. Damit stehen repräsentative und valide Daten zur Verfügung, die fundierte Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Bayerischen Geriatriekonzepts ermöglichen.

Leistungsrechtliche Anreize

- Ansprechpartner im Hinblick auf eine Stärkung der mobilen Rehabilitation bleiben die Landesverbände der Krankenkassen. Für beide nach einer vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in Auftrag gegebenen Vergleichsstudie grundsätzlich möglichen Varianten

(1) Vernetzung und Koordination vorhandener ambulanter Angebote (mit dem Hausarzt als eine Art Case-Manager) oder

(2) eigenständiger mobiler Reha-Arzt mit Therapeutenteam

fehlen derzeit noch tragfähige gesetzliche Grundlagen, die eine Finanzierung verbindlich sicherstellen. Vor möglichen legislativen Änderungen ist deshalb in Gesprächen auszuloten, unter welchen Bedingungen die Kostenträger bereit sind, die Refinanzierungslücken zu schließen. Eine interessante Weiterentwicklung ist der Patient-Partner-Verbund. Im Juni 2005 wurde ein Integrationsvertrag unter besonderer Berücksichtigung des Geriatriemoduls mit der AOK

Bayern abgeschlossen. Damit werden erstmals qualitätsgesichert Koordinationsleistungen zwischen Hausarzt, Pflegedienst und Therapeuten vergütet.

Anbindung an Akuthäuser

Gerade auch vor dem Hintergrund der DRG-Einführung könnte als neue Versorgungsvariante auch die Möglichkeit einer Anbindung der mobilen Reha an Akuthäuser in Betracht kommen. Aufgrund der notwendigen Ermächtigung des im Krankenhaus anzusiedelnden Reha-Arzt sind dazu Verhandlungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung notwendig.

C.3 Altern und Pflegebedürftigkeit

C.3.1 Pflegeinfrastruktur: Bedarfsplanung

Verantwortung Pflege

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Länder und Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen schaffen die strukturellen Rahmenbedingungen für eine lückenlose pflegerische Versorgung und unterstützen die Bereitschaft zur Pflege.

Dies umfasst die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur ebenso wie die Weiterentwicklung der Pflege. Strukturelle Ungleichgewichte sind auszugleichen, gerontologisches Wissen fachgerecht umzusetzen, Innovationen anzuregen und die Inangriffnahme neuer Aufgabenbereiche zu fördern.



Ortsnahe Planung

Planung für Menschen muss möglichst nahe am Menschen erfolgen. Nur so können unterschiedliche Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Mit dem Bayerischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz wurde 1995 den Landkreisen und kreisfreien Gemeinden die Aufgabe übertragen, durch kommunale Bedarfsplanung eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten. Die Kommunalisierung der Altenhilfe bietet den Landkreisen und kreisfreien Gemeinden die Chance, eine umfassende Sichtweise zukunftsorientierter Altenhilfeplanung auf örtlicher Ebene zu entwickeln.

Pflegeinfrastruktur als Teil der Daseinsfürsorge

Eine bedarfsorientierte Angebotsplanung für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende pflegerische Infrastruktur erfordert Flexibilität und eine ständige Überprüfung des Bedarfs und Bestands an Diensten und Einrichtungen. Sie muss auf der Grundlage überprüfbarer Parameter erfolgen. Nur so lassen sich die Unterschiedlichkeiten der jeweils örtlichen Bedingungen ausreichend berücksichtigen und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung einleiten. Das Maßnahmenspektrum reicht vom Erhalt des selbständigen Wohnens, der Stärkung von Selbsthilfe und familiärem Helferpotenzial über abgestufte Hilfe- und Unterstützungsformen bis zur bürgernahen Schaffung erforderlicher Dienste und Einrichtungen und ihrer Vernetzung.

Dieser Aufgabe sind die Landkreise und kreisfreien Gemeinden in den vergangenen Jahren nachgekommen und haben kommunale Bedarfsplanungen entwickelt und fortgeschrieben.

Fehlende Vergleichbarkeit kommunaler Planung

Allerdings ergibt sich bayernweit aufgrund unterschiedlicher Vorgehensweisen und Planungszeiträume kein einheitliches Bild, was Vergleiche der örtlichen Pflegeinfrastrukturen und den Ausgleich regionaler Ungleichgewichte erschwert.

Kommunale Bedarfsplanung als wichtiges Instrument zur regionalen, aber auch landesweiten Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur setzt vergleichbare Bedarfsfeststellungsverfahren und eine Synchronisierung der Planungszeiträume voraus, wobei die Datenbasis mindestens alle fünf Jahre aktualisiert und die Bedarfslage neu ermittelt werden sollte.

Überprüfung und Neuausrichtung der staatlichen Investitionskostenförderung

Der Freistaat Bayern hat sich seit 1962 mit hohem finanziellem Engagement für einen bedarfsgerechten Ausbau der teil- und vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe eingesetzt. Seitdem wurden insgesamt 1,34 Mrd. € aus Mitteln des Landesaltenplanes und der sozialen Wohnraumförderung aufgewendet. Allein von 1992 bis 2005 konnten durch Neu- und Umbaumaßnahmen rund 19.000 Pflegeplätze geschaffen werden.

Es wird davon ausgegangen, dass damit der Bedarf an Pflegeheimplätzen gedeckt ist und weitere Kapazitäten primär durch das Engagement privater Investoren entstehen.

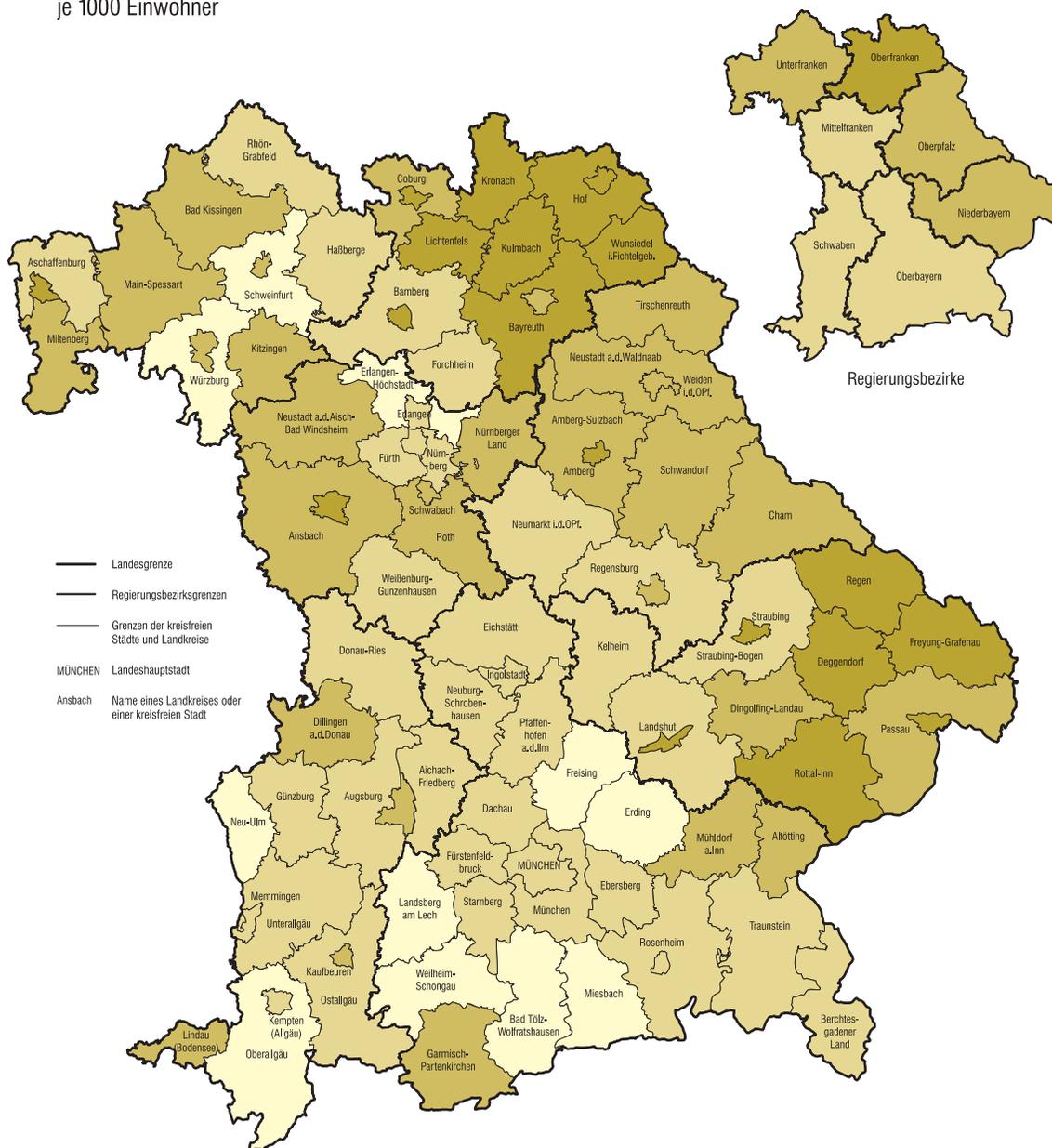
Die Bayerische Staatsregierung wird bis Ende 2009 auf der Grundlage der Erkenntnisse über private Investitionstätigkeiten im Altenpflegeheimbau und der demographischen Entwicklung die Situation im stationären Pflegeheimbereich überprüfen.

Zu beobachten sind dabei insbesondere die Entwicklung von Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie die Sicherung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Entsprechend dem Gesetzesauftrag zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Dienstleistungen liegt ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung neuer Wege in der stationären Versorgung, der Vernetzung von Versorgungsstrukturen und der Anpassung und Flexibilisierung der Pflegeangebote entsprechend den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, auch im Hinblick auf die Einführung persönlicher Pflegebudgets.

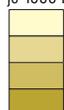
Pflegebedürftige Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns am 15. Dezember 2003

je 1000 Einwohner



- Landesgrenze
- Regierungsbezirksgrenzen
- Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise
- MÜNCHEN Landeshauptstadt
- Ansbach Name eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt

Leistungsempfänger
je 1000 Einwohner

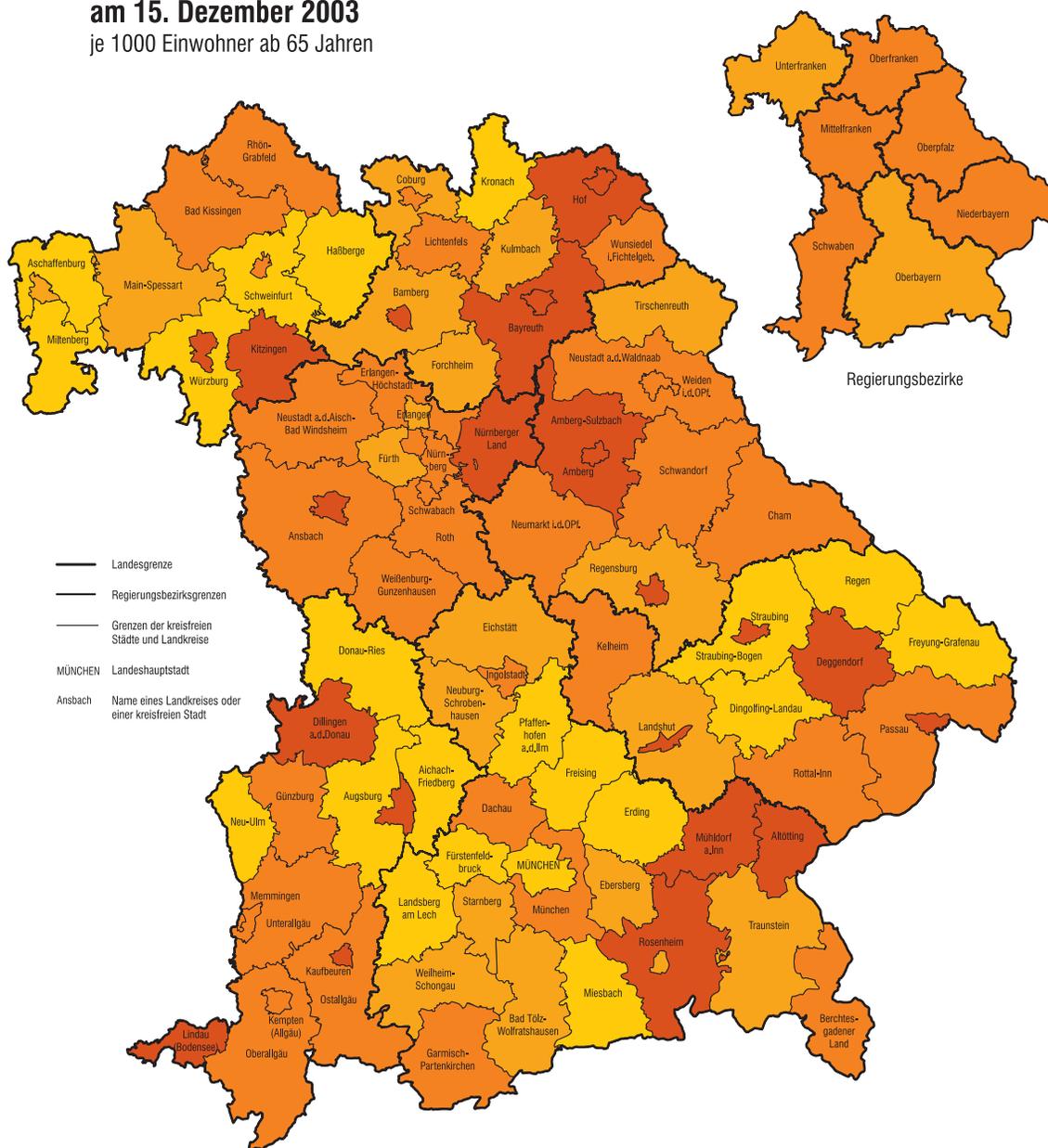


Leistungsempfänger je 1000 Einwohner	Häufigkeit
bis unter 20	11
20 bis unter 25	37
25 bis unter 30	29
30 oder mehr	19

Minimum: Lkr Freising 13
 Maximum: Krfr. St Passau 43
 Bayern: 24

Verfügbare Plätze in Pflegeheimen für vollstationäre Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns am 15. Dezember 2003

je 1000 Einwohner ab 65 Jahren



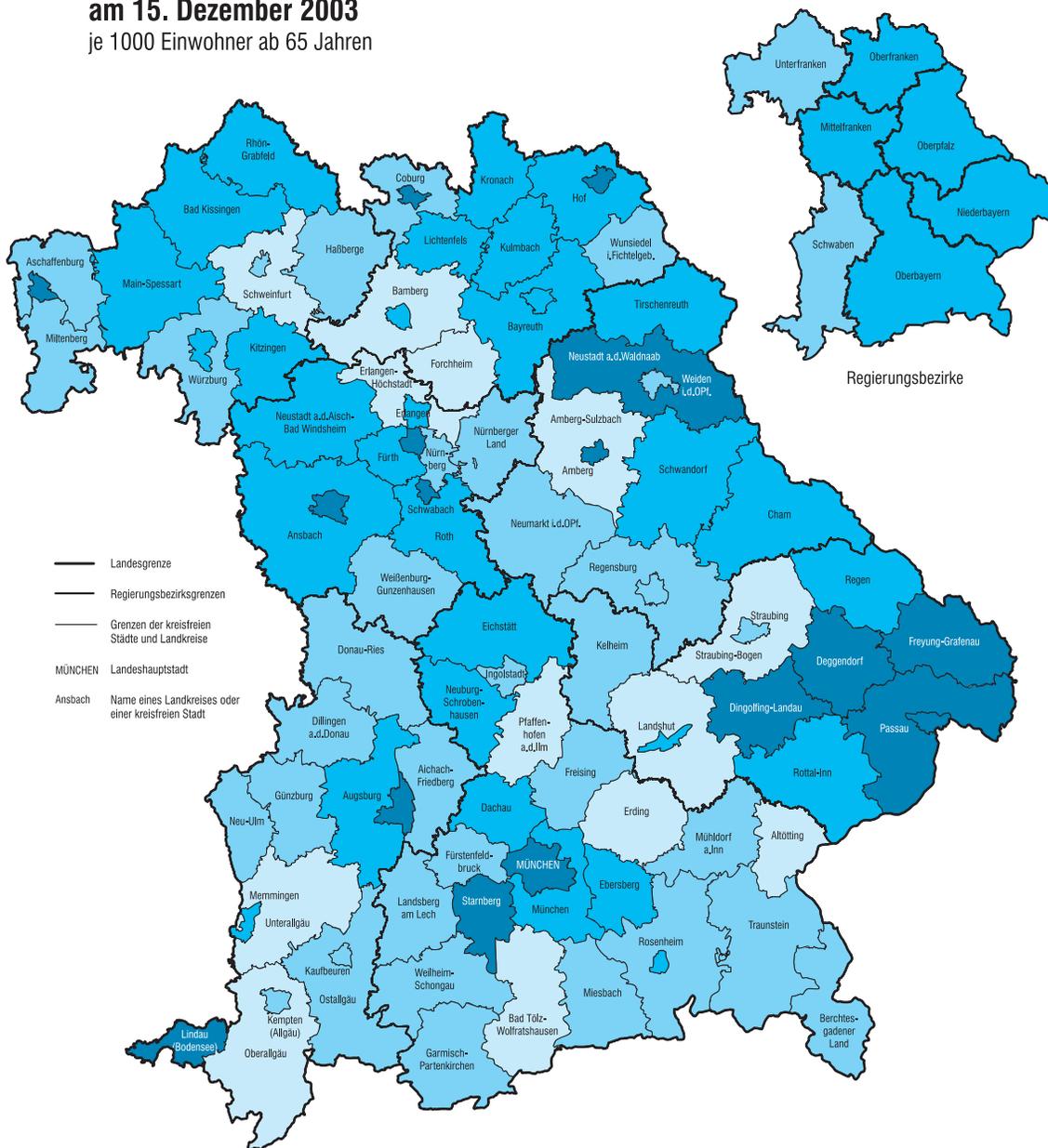
Verfügbare Plätze je 1000 Einwohner ab 65 Jahren	Häufigkeit
bis unter 40	21
40 bis unter 50	19
50 bis unter 60	33
60 oder mehr	23

Minimum: Lkr Aschaffenburg und Lkr Würzburg 22
 Maximum: Krfr. St. Passau 101
 Bayern: 50

Pflegebedürftige, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns

am 15. Dezember 2003

je 1000 Einwohner ab 65 Jahren



- Landesgrenze
- Regierungsbezirksgrenzen
- Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise
- MÜNCHEN Landeshauptstadt
- Ansbach Name eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt

Pflegebedürftige Leistungsempfänger je 1000 Einwohner ab 65 Jahren		Häufigkeit		
	bis unter 20	13	Minimum: Lkr Landshut	12
	20 bis unter 25	35	Maximum: Krfr. St Passau	62
	25 bis unter 30	31	Bayern:	25
	30 oder mehr	17		

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

C.3.1.1 Pflegeinfrastruktur: Ambulante soziale Dienste

Bayernweit guter Versorgungsgrad

Bayern verfügt heute über ein flächendeckendes Netz mit rund 1.600 ambulanten sozialpflegerischen Diensten, dessen Auf- und Ausbau in den letzten Jahrzehnten mit rund 150 Mio. € aus staatlichen Mitteln gefördert wurde. Seit Inkrafttreten der sozialen Pflegeversicherung und den dazu ergangenen bayerischen Ausführungsbestimmungen erfolgt die Förderung der Investitionskosten der ambulanten Pflegedienste durch die Landkreise und kreisfreien Städte.

Durch diese Dichte an Hilfseinrichtungen können ältere Mitbürger heute fast 20 Jahre länger in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung bleiben als noch vor 25 Jahren. Das durchschnittliche Heimeintrittsalter ist von 68 auf 86 Jahre gestiegen. Das sind 20 Jahre mehr Selbständigkeit und mehr Lebensqualität.

Die ambulanten sozialpflegerischen Dienste befinden sich überwiegend in gemeinnütziger Trägerschaft, die Anzahl privater Anbieter steigt allerdings kontinuierlich.

„Ambulant vor stationär“

Der Wunsch vieler Pflegebedürftiger, in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben zu können, unterstreicht den Vorrang ambulanter Pflege vor stationärer Versorgung.

Die Nutzer von ambulanten Pflegediensten setzen in deren Arbeit hohe Erwartungen. Dies gilt auch für die Erbringung prophylaktischer Maßnahmen oder sozialer Betreuung.

Ein funktionierendes soziales Umfeld, bedarfsgerechte Angebote von Dienstleistungen und nicht zuletzt die finanziellen Ressourcen unter Einbeziehung gesetzlicher Ansprüche und Eigenmittel sind ausschlaggebend für die Sicherstellung einer ausreichenden Pflege und

Versorgung. Die ambulante Pflege ist damit in ihrer Qualität und Effizienz wesentlich stärker als stationäre Einrichtungen vom Zusammenspiel der Beteiligten, wie Angehörige, Ehrenamtliche, Hausärzte, ambulante Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen sowie der gesetzlichen Leistungssysteme bestimmt.

Die Zunahme alleinstehender und multimorbider älterer Menschen erhöht die Anforderungen an die ambulante Pflege und erfordert eine Qualifizierung und Weiterentwicklung ambulanter Versorgungskonzepte. Ähnliche Auswirkungen wird auch die Einführung der sogenannten DRGs in den Krankenhäusern haben, die voraussichtlich zu kürzeren stationären Aufenthalten, aber auch zu einem erhöhten medizinisch-pflegerischen Nachsorgeaufwand nach der Entlassung führen werden.

Die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege einschließlich der palliativpflegerischen Versorgung muss diesen steigenden pflegerischen Anforderungen an die häusliche Pflege Rechnung tragen.



Ambulante Netzwerke aufbauen

Die ambulante Pflege bedarf einer verstärkten Einbindung in ein stützendes Netzwerk und ergänzende Versorgungsstrukturen. Dies gilt insbesondere für:

- die Stärkung der Angehörigenarbeit und des ehrenamtlichen Engagements
- den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote
- die stärkere Vernetzung medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Dienste für ältere Menschen und
- die Angebote der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege.

Qualität der Versorgung fördern

Die ambulante Pflege ist nach Maßgabe des Haushalts insbesondere zu stärken durch:

- die Fortbildung, die Supervision und den Wissenstransfer im Rahmen von Fachtagungen für die ambulante Pflege insbesondere in den Bereichen Qualitätsentwicklung, rehabilitative und palliative Pflege
- den weiteren Aufbau von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (Fachstellen für pflegende Angehörige, Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen für altersverwirrte Menschen und ehrenamtliche Helferkreise)
- den Ausbau der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung (z. B. durch Fachhauswirtschaftler/in, Familienpfleger/in, Dorfhelfer/in, hauswirtschaftlichen Fachservice)
- die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenz-

kranke Pflegebedürftige im ambulanten Bereich im Rahmen von Modellprojekten. Um z. B. Alternativen zur vollstationären Unterbringung zu entwickeln und zu erproben, werden derzeit ambulante Wohngemeinschaften für verwirrte ältere Menschen gefördert

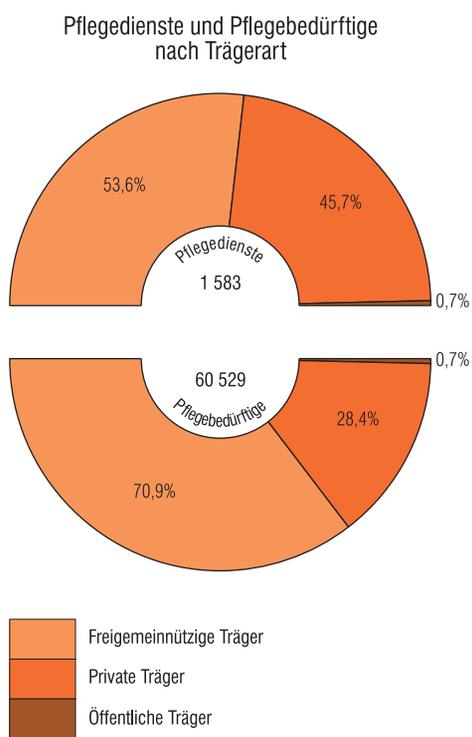
- die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege und eines ausreichenden Bestandes an ambulanten Einrichtungen.

Leistungsfähigkeit sichern

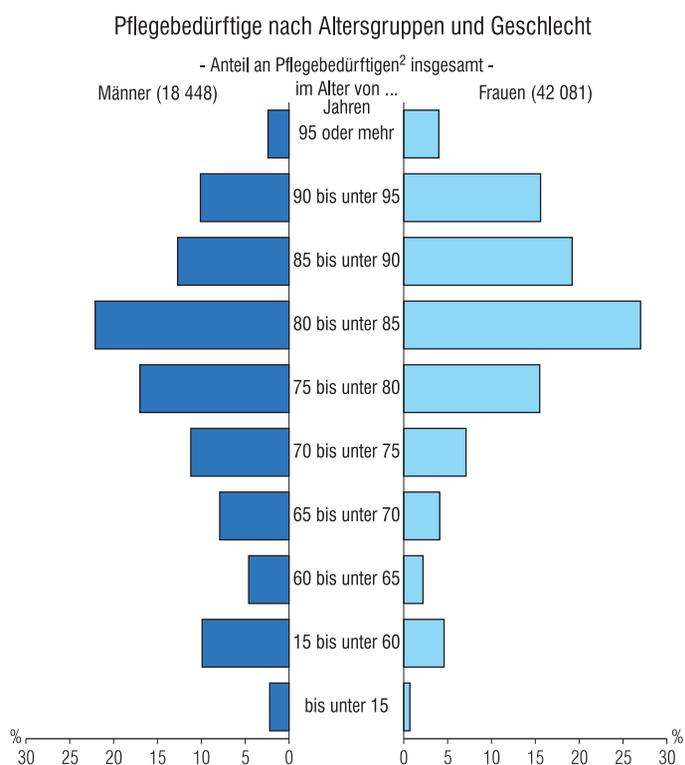
Die geforderte Qualität muss finanziell leistbar bleiben und in den Vergütungsvereinbarungen ihren Niederschlag finden. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von ambulanten Diensten bedingt

- eine exakte Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten von Kranken- und Pflegeversicherung im Bereich der Behandlungs- und Grundpflege
- eine Honorierung prophylaktischer Pflegemaßnahmen im Vergütungssystem des SGB V
- die Vereinbarung von angemessenen bzw. leistungsgerechten Vergütungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in den Bereichen häusliche Krankenpflege nach dem SGB V und ambulante Pflege im Sinne des SGB XI
- dem jeweiligen Versorgungsauftrag und dem Umfang der zu erbringenden pflegerischen Leistungen angepasste Standards zur räumlichen, personellen und sachlich-technischen Ausstattung von Pflegediensten.

Ambulante Pflegedienste und die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen in Bayern 2003¹



1 am 15. Dezember.
 2 gleichen Geschlechts.



Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

C.3.1.2 Pflegeinfrastruktur: Kurzzeitpflege

In Einrichtungen der Kurzzeitpflege erhalten Menschen, die zu Hause gepflegt werden, eine zeitlich begrenzte stationäre Betreuung.

Entlastung von Pflegepersonen durch Kurzzeitpflege

Wichtige Funktionen der Kurzzeitpflege sind insbesondere Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, Nachsorge nach Krankheit oder gezielte Aktivierung der Pflegebedürftigen.

Kurzzeitpflege wird aber auch dann in Anspruch genommen, wenn durch Überlastung, plötzliche Erkrankung oder Tod der Hauptpflegeperson die familiäre Pflege für eine gewisse Zeit nicht gewährleistet werden kann. Die vorübergehende Aufnahme des pflegebedürftigen älteren Menschen in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung kann in diesen Fällen eine Heimunterbringung vermeiden helfen. Sie ermöglicht auch notwendige Erholungsphasen der Pflegenden.

Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen

Zwischen 1991 und 2005 wurde die Schaffung von rund 1.500 Kurzzeitpflegeplätzen mit einem Fördervolumen von rund 23 Mio. € gefördert.

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist eine vordringliche sozialpolitische Aufgabe. Neben den bewährten Maßnahmen der offenen Altenhilfe und der sozialpflegerischen Dienste kommt Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege eine große Bedeutung zu.

Fachliche und finanzielle Rahmenbedingungen sichern

Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Pflege ist in der Kurzzeitpflege neben der ganzheitlichen und der aktivierenden Pflege ein therapeutisch-rehabilitatives Vorgehen zu entwickeln, das die körperlichen, psychischen und

sozialen Ressourcen des Pflegebedürftigen einbezieht und aktiviert.

Dieser fachliche Anspruch steht im Spannungsverhältnis zum laufenden Wechsel der Nutzer, dem schwankenden Auslastungsgrad im Jahresverlauf und dem damit verbundenen Druck der Rentabilität. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen, die nur Kurzzeitpflege vorhalten.

Personalschlüssel und leistungsgerechte Vergütungen bedürfen ebenso wie Kostenbelange und Wirtschaftlichkeitskriterien der weiteren fachlichen Diskussion aller Pflegepartner.

Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

Abweichend von der Systematik des Pflege-Versicherungsgesetzes, Leistungen nach dem Pflegebedarf zu bemessen, wird für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege ein Pauschalbetrag von bis zu 1.432 € im Kalenderjahr für alle Pflegestufen geleistet. Dies führt zur paradoxen Situation, dass Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf sich anteilig weniger Kurzzeitpflegeleistungen einkaufen können als Pflegebedürftige mit einem geringeren Pflegebedarf. Im Zuge der anstehenden Reform der sozialen Pflegeversicherung ist hier eine Spreizung der Leistungsbeträge zu diskutieren.

C.3.1.3 Pflegeinfrastruktur: Tages- und Nachtpflege

Teilstationäre Pflege

Tages- und Nachtpflege ergänzen die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit. Sie tragen dazu bei,

- pflegende Angehörige zu entlasten und die Pflegemotivation zu erhalten
- eine stationäre Unterbringung hinauszuzögern oder abzukürzen
- die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung nach einem Krankenhausaufenthalt wiederherzustellen und
- die Pflegebedürftigen durch entsprechende medizinische, therapeutische und pflegerische Angebote sowie durch soziale Beratung und Betreuung für das Leben in der häuslichen Umgebung zu stabilisieren.

Neben flexiblen Öffnungszeiten soll das Leistungsspektrum der Tagespflegeeinrichtungen grundsätzlich auch einen Hol- und Bringdienst für die Seniorinnen und Senioren umfassen, der, soweit möglich, durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie Zivildienstleistende bzw. Frauen und Männer im Freiwilligen Sozialen Jahr versehen werden soll.

In den Jahren 1991 bis 2005 wurden für die Entstehung von 1.400 Tagespflegeplätzen Haushaltsmittel des Freistaates Bayern in Höhe von rund 13,8 Mio. € eingesetzt.

Tagespflege stärkt Grundsatz „ambulant vor stationär“

Durch ein entsprechendes Angebot an Tagespflegeeinrichtungen kann die Lücke zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung geschlossen, der Umzug in ein Heim hinausgeschoben oder sogar vermieden werden; pflegende Angehörige können für einen oder mehrere Tage in der Woche entlastet werden. In stärkerem Umfang als in der häuslichen Umgebung sind dort auch Maßnahmen zur Rehabilitation möglich. Der konzeptionelle Ansatz der Tagespflege ist deshalb ein wichtiger Baustein zur Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

Wirtschaftlichkeit gefährdet

Trotz dieser Vorteile gestaltet sich der Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur und ihre Inanspruchnahme schleppend. Auf Seiten der Nutzer sind hier Kostengründe ausschlaggebend. Pflegebedürftige Menschen haben in Tagespflegeeinrichtungen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionsaufwendungen zu tragen, daneben bestehen aber – anders als in der vollstationären Pflege – Kosten für den Privathaushalt weiter. Neben der Tagespflege benötigen die Pflegebedürftigen in der Regel häusliche Pflege durch Angehörige oder Pflegedienste.

Mit den Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (Pflegestufe I: 384 €; Pflegestufe II: 921 €; Pflegestufe III: 1432 €) kann die Tagespflege nur partiell an einzelnen Wochentagen sichergestellt werden.

Der Anteil der Teilzeitnutzer in den Einrichtungen steigt, nur etwa ein Viertel der Tagespflegegäste nutzt die Einrichtung täglich. Schwankende Auslastung, höherer Organisationsaufwand und höherer Pflegeaufwand sind die Folge und erschweren der Einrichtung eine wirtschaftliche, kostendeckende Betriebsführung.



Der konzeptionelle Ansatz eingestreuter Tagespflegeplätze in vollstationären Einrichtungen wurde auf Initiative der Pflegekassenverbände in Bayern in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium „Wohnen im Alter“ modellhaft erprobt; die gewonnenen Erkenntnisse werden in Praxisanforderungen umgesetzt.

Um der Tagespflege einen angemessenen Stellenwert im Rahmen der pflegerischen Versorgung einzuräumen, wird sich die Bayerische Staatsregierung für eine Anpassung der Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz einsetzen.

Es ist auch dringend erforderlich, die an die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen zu stellenden Anforderungen sinnvoll zu konkretisieren und aus der Anwendung der Heimmindestbauverordnung und der Heimpersonalverordnung herauszunehmen.

Nutzung von Synergieeffekten

Daneben müssen Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Betriebsführung unter Ausschöpfung von Synergieeffekten genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise die Anbindung von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen an einen ambulanten sozialpflegerischen Dienst oder an ein Alten- und Pflegeheim oder eine Kurzzeitpflegeeinrichtung.

C.3.1.4 Pflegeinfrastruktur: Dauerpflege

Pflegeheime für ältere Menschen

Die stationäre Pflege übernimmt auf Dauer die Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger, wenn eine häusliche Betreuung nach Art und Ausmaß des Hilfebedarfs oder infolge fehlender oder unzureichender häuslicher Hilfsmöglichkeiten nicht mehr sichergestellt werden kann.

In rund 1.300 Heimen der Altenhilfe stehen derzeit rund 116.000 Plätze bereit. In diesen Einrichtungen leben rund 110.000 Menschen, davon rund 91.300 Pflegebedürftige, und damit etwa 5,3 % der bayerischen Bevölkerung im Alter von 65 oder mehr Jahren.

Der Freistaat Bayern unterstützte seit 1962 (1. Bayerischer Landesaltenplan) die Entstehung und den Umbau von rund 77.000 Heimplätzen in Alten- und Pflegeheimen mit Fördermitteln in Höhe von rund 1,25 Mrd. €. 2005 wurden einschließlich der Komplementärmittel der sozialen Wohnraumförderung staatliche Mittel von rund 13,8 Mio. € zur Verfügung gestellt.



Foto: Archiv Dittmann + Dittmann, Ebenhausen
Seniorenzentrum Tirschenreuth

Das Alten- und Pflegeheim als „Ultima Ratio“, als letzte Station?

Der „Deutsche Altenpflege-Monitor 2004“ befragte Tausend Menschen über 50 zu ihrer persönlichen Lebensplanung im Alter. Nur für 34 % war ein Umzug in ein Alten- und Pflegeheim überhaupt vorstellbar, davon würde nur ein Viertel die stationäre Altenpflege wirklich präferieren. Dagegen können sich 72 % der Befragten vorstellen, einmal in einer Anlage des Betreuten Wohnens zu leben. Wichtigste Gründe waren der Wunsch nach Privatheit sowie selbständiger und selbstbestimmter Lebensführung auch im Alter.

Wie alle Generationen bilden auch ältere Menschen – wenn überhaupt – eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich deutlich in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, ihrer Lebenszufriedenheit, ihren Lebensbedingungen und Lebensstilen sowie ihrem sozialen Engagement. Diese Komplexität des Alterns bedingt vielschichtige Lösungen, die in ihrer Pluralität den unterschiedlichsten Ausprägungen des Alterns gerecht werden müssen.

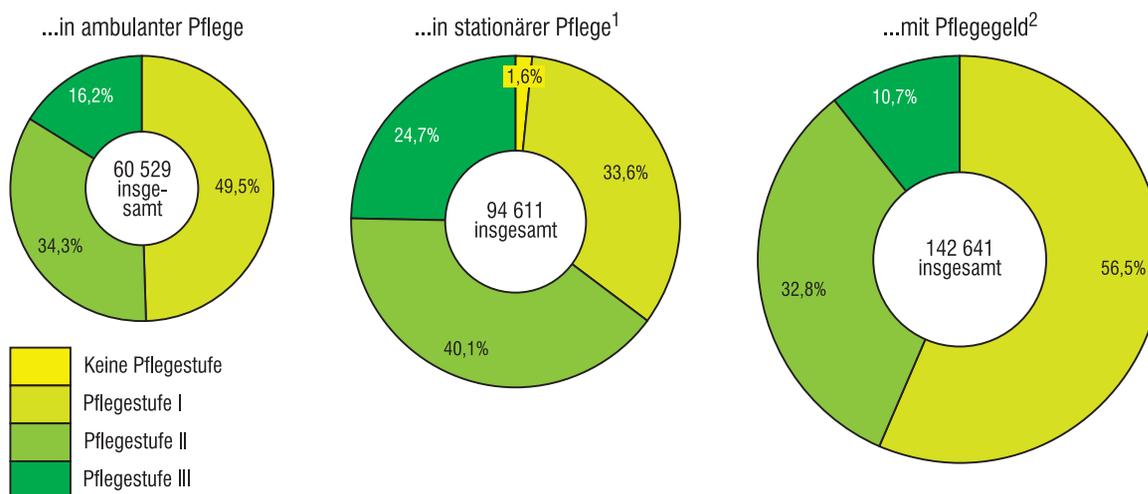
Erforderlich sind deshalb Angebotsstrukturen, die es auch alten und hochbetagten Menschen ermöglichen, trotz partieller Einschränkungen möglichst und weitestgehend unabhängig zu bleiben und selbstbestimmt, selbständig und selbstverantwortlich zu leben. Auch aus diesem Grund – und keineswegs nur aus Kostengründen – besitzen Grundsätze wie

- „Prävention vor Intervention und Kuration“
- „Rehabilitation vor Pflege“
- „ambulant vor stationär“ und
- „dezentral vor zentral“

große Bedeutung.

Pflegebedürftige Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in Bayern am 15. Dezember 2003 nach Leistungsarten und Pflegestufen

Leistungsempfänger...



¹ 1,6 % der Pflegefälle im stationären Bereich waren zum Stichtag noch keiner Pflegestufe zugeordnet.-

² Ohne Empfänger von Kombinationsleistungen, die bei der ambulanten Pflege enthalten sind, Stichtag: 31. Dezember 2003.

Die Konsequenz ist: Für eine moderne, offensive Seniorenpolitik stellen sich neue Aufgaben. Die bayrische Seniorenpolitik unterstützt deshalb ein Leben in Würde und Selbstbestimmtheit auch im Alter – orientiert am Wunsch der Senioren, ihr Leben so weit bzw. so lang als möglich selbständig und eigenverantwortlich zu gestalten.

Dieser Wunsch gilt insbesondere auch für den Bereich des Wohnens und gerade auch für den Fall, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zunehmen.

Die Heime der stationären Altenhilfe in Bayern sind derzeit ausgelastet. Angesicht der aufgezeigten demographischen Entwicklung wird auch bei Ausbau alternativer Wohnformen und der ambulanten Pflege der Bedarf an stationären Pflegeplätzen weiter zunehmen. Im Vergleich zu 2001 zeigt sich in der Pflegestatistik 2003 ein Trend zur professionellen Pflege in Pflegeheimen (+ 5,9 %) und ambulanten Einrichtungen (+ 3,9 %). Es wird davon ausgegangen, dass der durch die aufge-

zeigte Entwicklung entstehende weitere Bedarf an Pflegeplätzen durch private Investoren abgesichert werden kann.

Für die einzelne Einrichtung wird die Zukunft davon abhängen, wie sie sich innerhalb der örtlichen Versorgungsstruktur positioniert. Auch im Heim sind Haus- und Wohngemeinschaftskonzepte realisierbar, die den Wünschen der Menschen nach Privatheit einerseits und Teilhabe an einer Gemeinschaft andererseits Rechnung tragen. Ergänzende Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege können in Abstimmung mit den ambulanten Angeboten Menschen den Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Die Betreuungssituation in den Heimen hat sich grundlegend geändert. Waren noch vor 25 Jahren 75 % der Bewohnerinnen und Bewohner Rüstige und nur 25 % pflegebedürftig, hat sich heute dieses Verhältnis genau umgekehrt. Dies ist zum einen Folge der erfreulicherweise gestiegenen Lebenserwartung, zum anderen Ausdruck

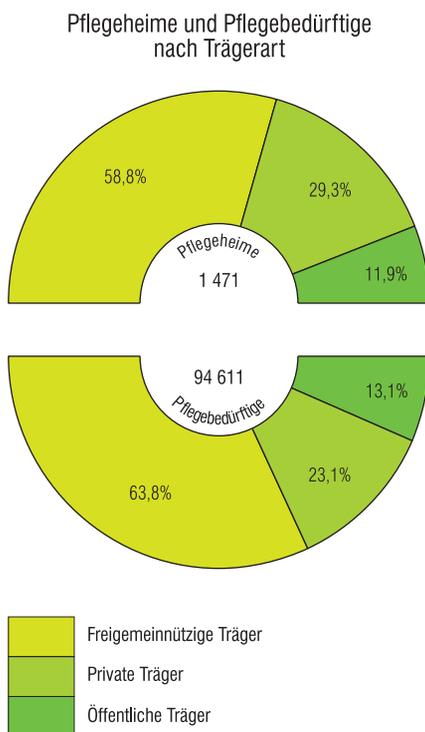
der erheblich verbesserten ambulanten Versorgung. Die Anforderungen an die Pflegekräfte haben sich aufgrund der veränderten Klientel vom pflegerischen auf den medizinischen Bereich verlagert. Weit mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen weisen gerontopsychiatrische Erkrankungen, zum Teil mit Weglauftendenzen, auf, denen durch adäquate Pflegekonzepte zu begegnen ist.

Angesichts dieser Entwicklung und der veränderten Klientel wird deutlich, vor welchen enormen Herausforderungen in personeller und organisatorischer Hinsicht die Heime der Altenhilfe in Bayern stehen.

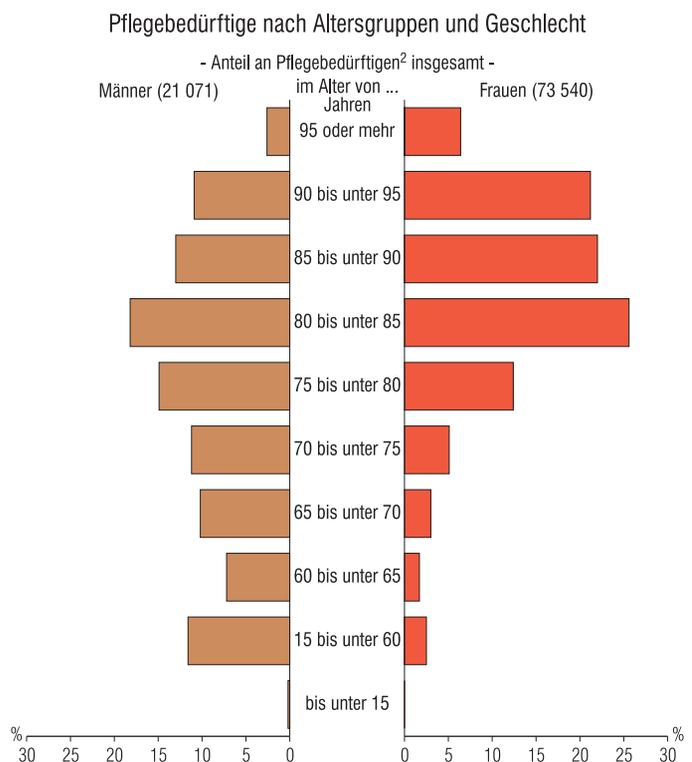
Pflegeheime für ältere Menschen sind nach Bau, Ausstattung und Personalbesetzung darauf auszurichten, körperliche, geistige und soziale Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu erhalten und zu verbessern, die erforderliche Pflege ständig zu gewährleisten und rehabilitativ zu gestalten. Dabei soll zumindest die Möglichkeit erhalten bleiben, dass eine Aufnahme nicht nur auf unbestimmte Zeit oder von vornherein endgültig, sondern, wo möglich, begrenzt ist.

Die räumliche und bauliche Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen ist darauf auszurichten, den Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend ihren besonde-

Pflegeheime und die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen in Bayern 2003¹



1 am 15. Dezember.
2 gleichen Geschlechts.



ren Bedürfnissen ein selbstbestimmtes Leben und ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen.

Bauliche und betriebliche Konzepte müssen ein Höchstmaß an Flexibilität ermöglichen, um auf neue Betreuungsformen, veränderte Benutzergruppen und individuelle Anforderungen der Klientel angemessen reagieren zu können. Sie sind so zu gestalten, dass jederzeit die Betreuung und Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen auf Dauer möglich ist. Sondereinrichtungen für Menschen mit Demenz sollten mit einer größeren Platzzahl nur in begründeten Ausnahmefällen geschaffen werden.

Die Einrichtungen sind gemeinde- und wohnortnah in überschaubaren Größen zu errichten und mit Angeboten der Tages- und Kurzzeitpflege sowie auch ambulanten Angeboten zu vernetzen. Eine solche Konzeption bietet dem Pflegebedürftigen die Perspektive, im Bedarfsfalle die geeigneten Hilfen zeitnah in Anspruch nehmen zu können, und erhält den Bezug zum gewohnten Lebensumfeld.

C.3.1.5 Dauerpflege: Gesund im Heim

Gesund im Heim

In der stationären Dauerpflege bedarf auch die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner eines besonderen Augenmerks.

Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung

Ähnlich wie im ambulanten Bereich wurden auch in der stationären Pflege nach Berichten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Qualitätsdefizite vor allem bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung festgestellt, die zu einer drastischen Steigerung der Mortalität, zu einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko sowie zu schlechteren kognitiven Leistungen bei den Betroffenen führten. Ursache der genannten Defizite ist oft ein unzureichender Kenntnisstand der Beteiligten im Bereich Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung.

Eine Erhebung der Heimaufsicht im Jahr 2003 hat deutlich gemacht, dass insbesondere die behandelnden Hausärzte für eine Verbesserung der Ernährungs- bzw. Flüssigkeitsversorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sensibilisiert werden müssen. Zu diesem Zweck haben die Heimaufsichtsbehörden auf der Grundlage der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen in ganz Bayern Informationsveranstaltungen durchgeführt, die sich sowohl an die Pflegekräfte als auch an die behandelnden Ärzte gerichtet haben. Weiterhin wurde von den Heimaufsichtsbehörden im Jahr 2005 schwerpunktmäßig die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner im Rahmen der Heimnachschaun geprüft und die Einrichtungen ggf. entsprechend beraten. Ab dem Jahr 2006 werden Inhouse-Schulungen zu diesem Themenkreis vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen bezuschusst.

Zahnmedizinische Versorgung

In den Alten- und Pflegeheimen leben nicht mehr ausschließlich Patienten mit einer vollprothetischen Versorgung, sondern in zunehmendem Maße mit teilprothetischer Versorgung, was in der Praxis zu erheblichen Problemen bei der Mundhygiene und Essensaufnahme führen kann. Aufgrund dieser geänderten Voraussetzungen bei der zahnmedizinischen Versorgung ist eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner notwendig. In Kooperation mit der Bayerischen Landeszahnärztekammer wurde daher ein flächendeckendes Netz mit sogenannten Patenzahnärzten aufgebaut. Die Patenzahnärzte erklären sich unter Verwendung mobiler Behandlungseinheiten bereit, für eine Anzahl von Heimen die regelmäßige, engmaschige Betreuung der Patienten in den betreffenden Heimen sicherzustellen. Ergänzend hierzu werden im Rahmen eines Modellvorhabens in München auch Leistungen ermöglicht, die bislang nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden konnten. Neben der mobilen Zahnbehandlung im Pflegeheim werden in Münchner Einrichtungen vor allem umfassende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, darunter die professionelle Zahnreinigung. Ist eine aufwändige Behandlung erforderlich, erfolgt diese in einem Kompetenzzentrum; es befindet sich im Harlachinger Krankenhaus des Städtischen Klinikums München, das ebenfalls Vertragspartner des Modellvorhabens ist. Auch hier können die sogenannten Patenzahnärzte die Behandlung übernehmen.

Sturzprophylaxe

In stationären Einrichtungen der Altenhilfe stürzen rund 50 % der Bewohnerinnen und Bewohner durchschnittlich zweimal im Jahr. Die Erfahrungen aus Modellprojekten belegen, dass mit präventiven Maßnahmen mehr als 40 % der Stürze in den Heimen vermieden werden können. Mit einer Fachtagung zur Sturzprophylaxe in stationären Einrichtungen der Altenhilfe wurden den Einrichtungen aktuelle Forschungsergebnisse und

praxisorientierte Trainingsprogramme zur Sturzvermeidung vorgestellt. Die Umsetzung von Konzepten zur Sturzvermeidung in den Einrichtungen wird auch weiter vorangetrieben werden. Es gilt, eine qualitätsgesicherte, präventiv orientierte gesundheitliche Betreuung und Versorgung der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen durch Aufklärung, Fortbildung und geeignete Organisationsformen sicherzustellen.

Sicherstellung der ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung im Heim

Auch wenn am Prinzip der freien Arztwahl festgehalten wird, führt im Zuge der veränderten Bewohnerstruktur mit immer mehr älteren, multimorbiden und psychisch kranken Menschen die derzeitige ärztliche Betreuung durch Hausärzte verstärkt zu negativen Konsequenzen. Dies wird unter folgendem Gesichtspunkt verständlich: Je mehr Ärzte in einem Heim die Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, desto geringer ist die Chance einer gelungenen Kommunikation zwischen den jeweiligen Ärzten und dem in der Einrichtung tätigen Pflegepersonal. Nachts und an Wochenenden muss der Notarzt gerufen werden. Eine Folge davon sind häufige, zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen.

Hausarztprinzip

Angestrebt wird eine integrierte und kontinuierliche ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung des Rechts auf freie Arztwahl, die eng mit dem Pflegebereich kooperiert.

Geriatrischer Praxisverbund

Zu diesem Zweck erprobte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns in den vergangenen Jahren im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für die ärztliche Versorgung in Heimen einen sogenannten „Geriatrischen Praxisverbund“. Nunmehr gilt es, die in einer Münchner Einrichtung gemachten Erfahrungen für die Etablierung eines neuen, bayernweiten Konzeptes zur Optimierung

der ärztlichen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen zu nutzen. So sollen Anreizsysteme geschaffen werden, die die ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner durch eine kleine Gruppe von betreuenden Ärzten umfassend erfolgen lassen, die Qualität der ärztlichen Versorgung durch „Spezialisierung“ fördern und die Kooperation und Koordination mit dem Pflegepersonal verbessern. Dadurch sollen vor allem unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und damit die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und -bewohner verbessert werden. Zur Verwirklichung dieses Konzeptes ist es notwendig, alle bayerischen Krankenkassen in das Vorhaben einzubinden. Hinsichtlich der Festanstellung von Heimärzten wird allein schon aus Finanzierungsgründen kein Lösungsansatz gesehen.

C.3.2 Ausgewählte Alterserkrankungen: Demenzen

Zunahme dementieller Erkrankungen

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt jenseits des 75. Lebensjahres deutlich zu. Deshalb wächst mit steigender Lebenserwartung auch die Zahl psychisch kranker Menschen. Die Zahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland liegt bereits heute bei über einer Million. Für Bayern geht der „Gesundheitsmonitor Bayern 1/2006“ des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit von derzeit 150.000 bis 160.000 Demenzkranken sowie einer demographisch bedingten Zunahme der Demenzerkrankungen bis zum Jahr 2023 auf ca. 225.0000 Fälle aus.

Demenz bezeichnet eine Krankheit, die mit einem Verlust individuell erworbener intellektueller Fähigkeiten in einem Ausmaß einhergeht, dass die Alltagsbewältigung und auch soziale und berufliche Funktionen beeinträchtigt sind.

Demenz ist eine der häufigsten Ursachen von Hilfebedürftigkeit im Alter. Trotz der gerade mit der Betreuung Demenzkranker verbundenen besonderen Belastungen werden 80 % der Betroffenen zu Hause von den Angehörigen versorgt. Je schwerer der Grad der Demenz wird, umso komplexer wird auch die Versorgung. Dies gilt für ärztliche Diagnose und Therapie genauso wie für Rehabilitation, Pflege, ambulante psychische und soziale Betreuung bis hin zu stationären Versorgungsformen in Kranken-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Modellansätze in der Dementenbetreuung

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Modellprojekte staatlich gefördert. Im Rahmen der Projekte (HALMA e. V. in Würzburg und der Gerontopsychiatrische Verbund in Schwaben) versuchten die Fachkräfte und ehrenamtlichen Mitarbeiter, Kontakte zu psychisch auffälligen alten Menschen aufzubauen, ihr

Vertrauen zu gewinnen, einen Hilfeplan aufzustellen, Kontakte zu den entsprechenden Professionen (Ärzte, Pflegedienste, Ergotherapeuten usw.) herzustellen, die einzelnen Disziplinen zu vernetzen und ehrenamtliche Helfer in die Betreuung einzubeziehen. Durch Tagesstrukturierung, Orientierungshilfen, verlässliche Bezugspersonen und medizinische Hilfen erhielten die Patienten eine „äußere Struktur“, so dass eine stationäre Unterbringung oder Krankenhausbehandlung häufig hinausgeschoben oder gar vermieden werden konnte.

Modellergebnisse

Als Ergebnis dieser Modellprojekte ist festzustellen:

- Der Verbleib in der häuslichen Umgebung entspricht dem Wunsch der älteren Menschen.
- Auch ältere Menschen mit leichten bis mittelschweren psychischen Erkrankungen sind rehabilitationsfähig.
- Eine ambulante Versorgung psychisch kranker älterer Menschen ist sehr lange möglich. Die Versorgung ist vergleichsweise kostengünstig.

In der stationären Pflege konnte durch veränderte Betreuungsformen (z. B. Hausgemeinschaften) und biographieorientierte Pflegekonzepte die Lebens- und Betreuungsqualität dementiell erkrankter alter Menschen erhöht werden.

Versorgungssituation demenzkranker Menschen

Die Versorgungssituation von demenzkranken Mitmenschen zu verbessern ist eine umfassende Aufgabe. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer spürbaren Verbesserung zu kommen, ist groß: Defizite in quantitativer und qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und der ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im

Bereich der Pflege und Betreuung sowie in der angemessenen Beratung.

Lösungsansätze in der Dementenversorgung

Durch innovative Konzepte gilt es für psychisch kranke alte Menschen eine adäquate und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur aufzubauen. Es soll dem demenzkranken Menschen eine wohnortnahe und zentrale Informations- und Beratungsmöglichkeit mit einer nahtlosen Versorgungskette zur Verfügung stehen, die vom medizinischen und ambulanten pflegerischen Angebot bis zum vollstationären Aufenthalt reicht.

Dabei kommt einem umfassenden und präventiv orientierten Konzept der Angehörigenarbeit mit differenzierter Ausprägung (wie z. B. freiwillige Helfer, Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen – s. Teil C.3.6.1), einer gesicherten fachärztlichen Diagnosestellung sowie einer medikamentösen Behandlung ein hoher Stellenwert zu.

Dies gilt ebenso für die Vernetzung (s. Teil C.3.3) aller an der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter beteiligten Dienste und Einrichtungen (Hausärzte, Fachärzte, medizinische, pflegerische und soziale Berufsgruppen, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen), insbesondere aber auch von Psychiatrie und Altenhilfe.

Modellprojekt Kooperations- und Koordinationszentrum

Zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen werden in Bayern im Rahmen der verfügbaren Mittel auf der Grundlage des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes modellhaft geeignete Projekte unterstützt. Ziel ist es, in ganz Bayern Netzwerke im Sinne von gemeinwesenorientierten Verbundsystemen zur ambulanten Betreuung von Demenzkranken zu schaffen. Anfang 2004 konnten neun Projekte mit einem Fördervolumen von 1,44 Mio. € (kofinanziert durch Pflegeversicherung und Land/Kommunen) starten.

Seit 2005 werden auch zwei ambulante Wohngemeinschaften für Demenzkranke als Modellprojekte gefördert (s. Teil C.1.3 Nr. 8).

Auch soll eine modellhaft zu schaffende Dienstleistungseinrichtung als Kooperations- und Koordinationszentrum die adäquate Versorgung Demenzkranker sicherstellen und die Möglichkeiten einer regional wirksamen Vernetzung aller für die Demenzkranken erforderlichen Hilfen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation ausschöpfen. Die Bildung gerontopsychiatrischer Schwerpunkte im Sinne von Referenzzentren dient auch dem Wissenstransfer sowie der Fort- und Weiterbildung.

Gerontopsychiatrische Basisversorgung und Fortbildung

Daneben wird weiterhin der Aufbau einer bedarfsgerechten gerontopsychiatrischen Basisversorgung auf der Grundlage des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes und des Bayerischen Netzwerks Pflege unterstützt. Dies umfasst insbesondere den Auf- und Ausbau von Fachstellen für pflegende Angehörige sowie von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen und ehrenamtliche Helferkreise) und die Fort- und Weiterbildung mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkten.

C.3.3 Vernetzung

Nebeneinander – miteinander – aneinander vorbei?

Alte Menschen sind in der Regel multimorbid erkrankt. Das hat zur Folge, dass die Patienten von mehreren Leistungserbringern betreut werden, deren reibungsloses Zusammenwirken wesentlich das Behandlungsergebnis bestimmt. Insbesondere beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche oder auch stationäre Pflege erfolgt die Weitergabe von Informationen häufig nur schleppend und lückenhaft. Gleichzeitig ist das spezialisierte und ausdifferenzierte Leistungsangebot für den Betroffenen und seine Angehörigen nur noch schwer oder gar nicht mehr zu überblicken.

Probleme in der berufs- und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit entstehen u. a. als Folge von Machtunterschieden und unausgeglichene Abhängigkeitsverhältnissen sowie aufgrund unterschiedlicher Situationswahrnehmungen, Prioritätensetzungen und Interessen der an der Versorgung älterer Menschen Beteiligten. Neben gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen tragen vor allem auch unterschiedliche Handlungslogiken der verschiedenen Institutionen und durch Ausbildung und berufliche Sozialisation erworbene individuelle Einstellungen und Wahrnehmungsmuster bei den Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen zur Entstehung von Kooperationsproblemen bei.

Um hier Abhilfe zu schaffen, ist es notwendig, dass die verschiedenen Leistungserbringer ein gut organisiertes, aufeinander eingespieltes Team bilden. Erst in einer starken integrierten medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsstruktur können komplexe, bisher getrennte ambulante und stationäre Dienstleistungen patientenorientiert gesteuert werden. Auch aufgrund des neuen Krankenhausabrechnungssystems (DRG) ist eine engere und bessere Kooperation unerlässlich.

Erfahrungen nutzen

Zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung wurden verschiedene Modellprojekte unterstützt.

Das Projekt „Virtuelles Altenheim – well at home“ Nürnberg, beinhaltet den Aufbau eines vernetzten Versorgungssystems mit fachübergreifenden Dienstleistungen unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Als Informations- und Serviceeinrichtung steuert die Koordinierungsstelle HomeCare Nürnberg die medizinische und pflegerische Versorgung im Sinne eines umfassenden Case-Managements. Gleichzeitig werden alltagspraktische Dienstleistungen und Kontakte wie z. B. hauswirtschaftliche Versorgung, Reparaturen, Einkaufsservice, Besuchsdienste vermittelt. Das Projekt wird vom Praxisnetz Nürnberg Nord e. V. getragen und wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziell unterstützt. Die Modellförderung endete am 30.06.2003, das Projekt konnte jedoch in die Verstetigung geführt werden. Die Koordinierungsstelle HomeCare Nürnberg vom Praxisnetz Nürnberg Nord e. V. wird im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung mit der AOK getragen.

In der Region Augsburg läuft noch bis 31.03.2006 das Modellprojekt „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“, das vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen finanziell gefördert wird. Ziel dieses Projektes ist es, die Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer im Bereich der geriatrischen Versorgung zu verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei die Optimierung der Kommunikation und Kooperation der am Projekt beteiligten Krankenhäuser (Zentralklinikum Augsburg, Kreiskrankenhaus Friedberg, Städtisches Krankenhaus Bobingen) mit den Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Therapeuten und Hausärzten der jeweiligen Versorgungsregion.

Weitere Schwerpunkte sind:

- Die Verfestigung der bisherigen Kooperationsstrukturen und Einbeziehung möglichst aller – auch der bisher noch nicht beteiligten – Anbieter/Einrichtungen in den Modellregionen.
- Verbreitung der Ergebnisse über die Modellregionen hinaus.
- Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte und Apotheker in allen Modellregionen.
- Verbesserung der Kooperationsstrukturen bei der Begleitung und Versorgung sterbender Patienten in allen Modellregionen. Dazu gehört auch die Verbesserung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung, z. B. durch die Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes.

Versorgungsstrukturen vernetzen

Ziel ist es, die Vorurteile und Hemmschwellen der einzelnen Einrichtungen und Berufsgruppen gegeneinander abzubauen und die Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen durch eine stärkere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Aus dem bisherigen Verlauf der Modellprojekte wird deutlich, dass

- der Aufbau einer Kommunikationsstruktur zwischen Einrichtungen und Diensten, Leistungs- und Kostenträgern sowie den einzelnen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen
- der Abbau von Vorurteilen und Hemmschwellen der genannten Beteiligten und
- die Festlegung auf eine verbindliche Form der Zusammenarbeit

wesentliche Voraussetzungen für eine vernetzte und integrierte Versorgung sind.

Kooperatives Denken gefragt

Eine wirksame Vernetzung der Versorgungsstrukturen beginnt immer mit dem kooperativen Denken aller Akteure. Der Staat stößt hier mit seinen Möglichkeiten der Einflussnahme an seine Grenzen. Es werden jedoch

- allen Interessierten, insbesondere den Entscheidungsträgern im stationären und ambulanten Bereich, die Ergebnisse der Modellprojekte zur Verfügung gestellt und in die Fachdiskussion eingebracht
- im Rahmen der Förderung von Fortbildungsmaßnahmen dem Thema „Vernetzung“ Schwerpunkte eingeräumt
- bei der Vorgabe von Qualitätsstandards oder Vereinbarungen Überlegungen erfolgen, wieweit Mindeststandards vorgegeben bzw. Kooperationsstrukturen „belohnt“ werden können
- staatliche Förderprogramme, wo immer möglich, mit der Bedingung zur Kooperation und Vernetzung verknüpft.

C.3.4 Berufe in der Altenpflege und Altenhilfe

Ausbildung in der Altenpflege

Die Qualität der Altenpflege wird wesentlich durch das betreuende Personal bestimmt. Die Fachkräfte spielen mit ihrem Wissen, ihren Fähigkeiten und ihrem Engagement eine zentrale Rolle, um alten Menschen in der ambulanten wie auch in der teilstationären und stationären Pflege gute Versorgung und echte Geborgenheit zu geben. Die Tätigkeit in der Altenpflege setzt dabei ein hohes Maß an sozialer, persönlicher und fachlicher Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit sowie eine fundierte, am aktuellen Stand der Wissenschaft orientierte Ausbildung voraus.

Dazu werden in Bayern im Bereich der Altenpflege folgende Ausbildungen für Fach- und Zweikräfte angeboten:

Die 1991 eingeführte Ausbildung zum **Sozialbetreuer** bzw. zur **Sozialbetreuerin** vermittelt in einer zweijährigen Erstausbildung an Berufsfachschulen für Sozialpflege grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten zur



sozialpflegerischen Mitarbeit in den Bereichen der Alten- und Behindertenarbeit. Sie bietet jungen Menschen einen Einstieg in den sozialpflegerischen Bereich, ohne sich von vornherein auf ein Tätigkeitsfeld festlegen zu müssen.

In der einjährigen Berufsfachschule für Altenpflegehilfe kann der Berufsabschluss als **Altenpflegehelfer** bzw. **Altenpflegehelferin** erworben werden.

Die Ausbildung zum **Altenpfleger** bzw. zur **Altenpflegerin** ist seit 1. August 2003 durch das Altenpflegegesetz neu geregelt. Sie qualifiziert in einem dreijährigen Ausbildungsgang zum **Altenpfleger** bzw. zur **Altenpflegerin** und befähigt, selbständig und eigenverantwortlich alte Menschen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe zu betreuen, zu pflegen und zu beraten.

Steigenden Anforderungen begegnen

Die demographische und gesellschaftliche Entwicklung verändert das Tätigkeitsfeld Altenpflege. Die Gesundheitsentwicklung im 21. Jahrhundert mit erhöhter Lebenserwartung, Multimorbidität und zunehmender Pflegebedürftigkeit stellt an die Pflegeberufe neue Ansprüche. Ausbildungsstätten, Einrichtungsträger und Pflegekräfte sehen sich vor der Herausforderung, den gestiegenen Anforderungen in der Pflege mit begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen adäquat zu begegnen.

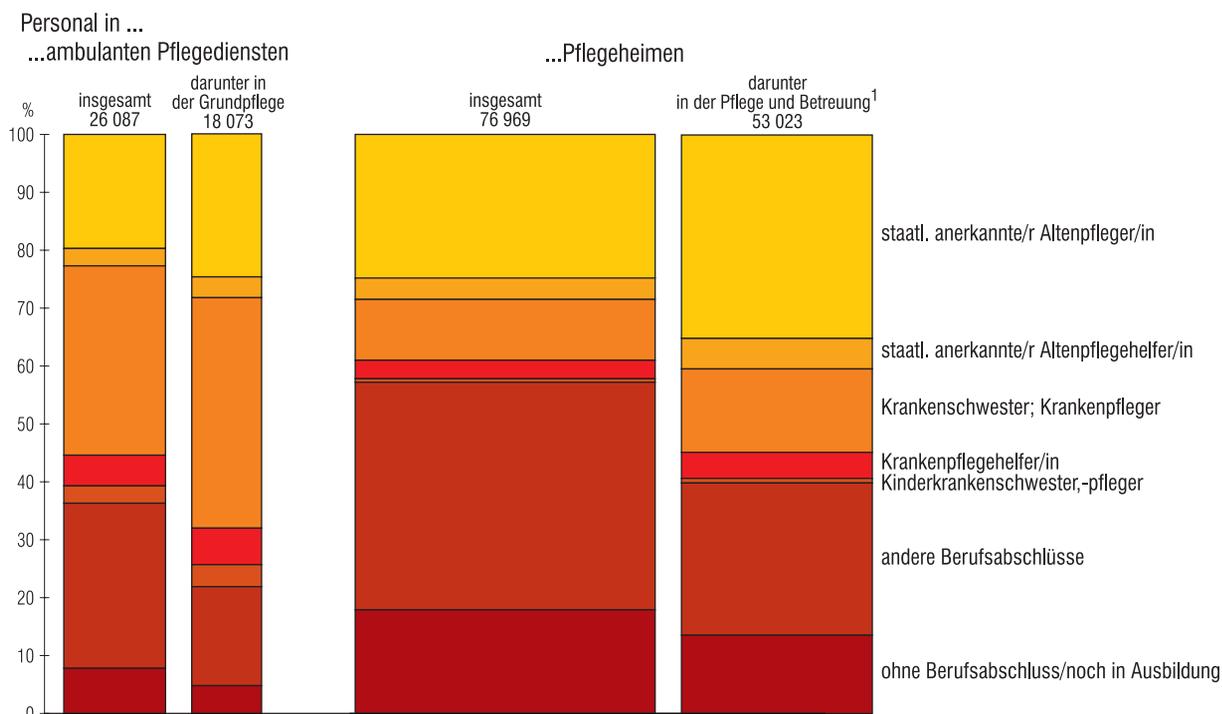
Pflegeberufe stärken

Gemeinsam mit den Leistungserbringern und den Kostenträgern wird die Bayerische Staatsregierung darauf hinwirken,

- den Pflegeberufen einen angemessenen Stellenwert in unserer Gesellschaft zu verschaffen, ihr Ansehen zu verbessern und die Attraktivität dieser Berufe zu erhöhen

- die Ausbildung in den Pflegeberufen entsprechend den gestiegenen Anforderungen weiterzuentwickeln
- die Rahmenbedingungen für die Ausübung der Pflegetätigkeit zu verbessern, insbesondere einer physischen und psychischen Überlastung des Pflegepersonals durch geeignete Maßnahmen vorzubeugen und
- ein ausreichendes, qualifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot zu erhalten.

Personal in den ambulanten Pflegediensten sowie Pflegeheimen in Bayern am 15. Dezember 2003 nach Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss



¹ Ohne Personal für soziale Betreuung (2171)

C.3.4.1 Ausbildung

Bundes- und Länderkompetenz

Die in der Vergangenheit auf Länderebene geregelte Ausbildung für Fachkräfte in der Altenpflege ist seit 1. August 2003 durch das Altenpflegegesetz bundeseinheitlich geregelt. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurde im November 2002 vom Bundesfamilienministerium erlassen.

Die Ausbildung in der Altenpflege ist als dreijährige berufliche Erstausbildung an Berufsfachschulen konzipiert. Die praktische Ausbildung (zwingend in stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen) überwiegt. Die Altenpflegeschüler und -schülerinnen erhalten nunmehr – analog zur Krankenpflege – eine Ausbildungsvergütung.

Die Neuregelung der Altenpflegeausbildung bedingt tiefgreifende Veränderungen der organisatorischen, fachlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Ausbildung in Bayern. Dies galt insbesondere für die notwendige Umwandlung der Fachschulen in Berufsfachschulen sowie die Finanzierung der Ausbildung und der Ausbildungsvergütungen.

Zugangswege zur Altenpflege

Um einem großen Bewerberkreis den Zugang zur Altenpflegeausbildung zu ermöglichen bzw. zu erleichtern, werden verschiedene zusätzliche Zugangswege eröffnet. Neben dem direkten Einstieg in die Altenpflegeausbildung, der in der Regel über einen mittleren Schulabschluss ermöglicht wird, besteht für Hauptschulabsolventen mit einem bestimmten Mindestalter die Möglichkeit, über den Beruf der Altenpflegehelferin und des Altenpflegehelfers eine – bei guten Leistungen um ein Jahr verkürzte – Ausbildung zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin zu absolvieren.

Zudem ist der Einstieg in die Altenpflege in Bayern über die zweijährige Ausbildung zur Sozialbetreuerin und zum Sozialbetreuer möglich. Mit einem guten Abschluss kann auch hier eine Verkürzung der Altenpflegeausbildung beantragt werden.

Die Ausbildungen in der Altenpflegehilfe sowie zum Sozialbetreuer/zur Sozialbetreuerin verbleiben weiterhin in der Kompetenz der Länder. Eine Neugestaltung der Helfer-Ausbildungen ist geplant.

Anforderungen an die Pflegeberufe

Im Zuge der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts nimmt die Zahl der sehr alten Menschen erheblich zu. Die Anforderungen an ein fachlich qualifiziertes Pflegepersonal verändern sich insbesondere im Hinblick auf

- die Pflege multimorbider alter Menschen
- die Behandlungspflege
- die Pflege gerontopsychiatrisch kranker alter Menschen und
- die geriatrische sowie gerontopsychiatrische Behandlung und Rehabilitation.

Diesen Veränderungen muss die Ausbildung Rechnung tragen.

Den inhaltlichen und zeitlichen Rahmen der Ausbildung bestimmt nun die bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die in bayerische Lehrplanrichtlinien umgesetzt wurde.

Zur Anpassung der Altenpflegeausbildung an die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen und an das veränderte Tätigkeitsfeld gilt es, die Ausbildung in engem Dialog mit den Schul-, Einrichtungs- und Kostenträgern sowie den Berufsverbänden für Pflegeberufe

entsprechend den fachlichen Anforderungen weiterzuentwickeln. Dies umfasst insbesondere den Praxisanforderungen entsprechende Lerninhalte, die Zusammenarbeit von schulischer und praktischer Ausbildungsstätte und eine qualifizierte Praxisanleitung. Der vom Landespflegeausschuss empfohlene Ausbildungsrahmenplan unterstützt die Einrichtungen dabei, ihren Auftrag zur praktischen Ausbildung inhaltlich und organisatorisch zu strukturieren. Er soll insbesondere den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern einen Rahmen für ihre Ausbildungstätigkeit bieten und die Erstellung eines Ausbildungsplans für die Auszubildenden erleichtern.

Heim- und Kostenträger haben dafür Sorge zu tragen, dass bei den Schülerinnen und Schülern in der Altenpflege die Ausbildung im Vordergrund steht und nicht die Arbeitsleistung.

Integrierte Ausbildung in den Pflegeberufen

Das Altenpflegegesetz und die dazu ergangene Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes ordnen den Beruf des Altenpflegers bzw. der Altenpflegerin den Heilberufen zu. Dabei darf das sozialpflegerische Profil der Altenpflege nicht verloren gehen. Altenpflege darf nicht auf Altenkrankenpflege reduziert werden, sondern muss – in dem Verständnis, dass Alter keine Krankheit, sondern ein Lebensabschnitt ist – sozialpflegerische Betreuung, Beratung, Unterstützung, Versorgung und Pflege umfassen.

Allerdings ist die Überschneidung von Lerninhalten der Kranken- und Altenpflege insbesondere in der Grund- und Behandlungspflege sowie im organisatorischen Bereich für Synergieeffekte zu nutzen (Integrierte Ausbildung). Die Experimentierklauseln im Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz werden zur Erprobung gemeinsamer Ausbildungsabschnitte in der Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege genutzt werden, um richtungsweisende Erkenntnisse über eine gemeinsame Ausbildung in der Pflege zu erhalten. Bayernweit laufen derzeit

acht Modellprojekte zur integrierten Pflegeausbildung. Davon bieten zwei Schulen sogar eine generalistische Ausbildung an, das heißt, am Ende der Ausbildung soll die Erlaubnis sowohl für die Kranken- und Kinderkrankenpflege wie auch für die Altenpflege erteilt werden.



C.3.4.2 Personalsituation

Entspannung der Personalsituation

Die Personalsituation im Bereich der Altenpflege hat sich im Vergleich zu früheren Jahren entspannt. Selbst in den Ballungsräumen kann derzeit nicht mehr von einem Personalmangel gesprochen werden. Zurückzuführen ist dies insbesondere auf den vermehrten Stellenabbau in den Krankenhäusern und die damit verbundene Freisetzung von Krankenpflegekräften.

Diese Entwicklung ist unter anderem auch Grund dafür, dass die Voraussetzungen für die Schaffung einer Ausgleichsabgabe nach § 25 Altenpflegegesetz – deren Erhebung im Übrigen mit erheblichen Vollzugsproblemen verbunden wäre – zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege derzeit als nicht gegeben betrachtet werden. Der Landespflegeausschuss in Bayern hat eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die – alternativ zu einem Ausgleichsverfahren – Vorschläge für eine praxistaugliche Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege erarbeiten soll, um die derzeit geringe Ausbildungsbereitschaft der Träger der praktischen Ausbildung zu verbessern.

Personalschlüssel

Der Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe gibt das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte unterteilt nach Pflegestufen vor.

Die Personalschlüssel werden von der Landespflegesatzkommission vorgegeben. Die konkrete Umsetzung erfolgt in den Pflegesatzverhandlungen für die jeweilige Einrichtung.

Die Pflegekassen und Bezirke bieten den Heimen **seit 2002 im Bereich der allgemeinen Pflege folgende Personalschlüssel** an: Stufe I: 1 zu 3,0; Stufe II: 1 zu 2,25; Stufe III: 1 zu 1,9. Rein rechnerisch entspricht dies

bayernweit einem durchschnittlichen allgemeinen Personalschlüssel von **1 zu 2,4**. Dieses Angebot der Kostenträger wurde von etwa 67 % der Heime angenommen.

Im Bereich der **Gerontopsychiatrie** stellt sich der **Personalschlüssel wie folgt dar**: Stufe I: 1 zu 2,7; Stufe II: 1 zu 2,1; Stufe III: 1 zu 1,9. Diese speziellen Personalschlüssel wurden mit rund 96 % der Heime vereinbart, die für den gerontopsychiatrischen Bereich einen eigenen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Fachkräfte gewinnen und erhalten

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Zunahme der Hochaltrigen (s. Teil B), die mit einem Anstieg der altersbedingten Demenzerkrankungen und zunehmender Pflegebedürftigkeit verbunden ist, müssen die Bemühungen zur Gewinnung von Fachkräften in der Altenpflege aufrechterhalten werden, um die Qualität der Pflege in Bayern zu verbessern und zu sichern.

Dabei gilt es,

- die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und möglichst viele Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildung in der Altenpflege zu gewinnen und
- bewährte Pflegekräfte in den Einrichtungen zu halten, vorzeitig ausgeschiedene Fachkräfte zurückzugewinnen

aber auch

- Fachkräfte von pflegefremden Tätigkeiten zu entlasten und durch qualifiziertes Management und effiziente Organisationsformen reibungslose Arbeitsabläufe zu gewährleisten und
- die Entwicklung von Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.

Initiativen zur Fachkräftegewinnung

Ausgehend davon, dass dem aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartenden Fachkräftebedarf langfristig nur auf möglichst vielen Ebenen begegnet werden kann, wurden – teilweise in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege sowie den Kostenträgern – u. a. folgende Initiativen verfolgt bzw. unterstützt:

- Kommunikationskampagne „Altenpflege in Bayern. Mitdenken. Mit handeln“ (später weitergeführt mit dem Slogan „Lebenswert Altern“) zur Verbesserung des gesellschaftlichen Ansehens der Pflege sowie der Attraktivität der Altenpflegeberufe (siehe auch www.altenpflege-bayern.de)
- Umsetzung des Forschungsprojektes zur Schnittstellengestaltung Hauswirtschaft/Pflege in stationären Einrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals von pflegefremden Tätigkeiten
- Modellprojekt „Pflege der Profis“ zur Entwicklung eines anwendungsbezogenen Leitfadens zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen
- Konzept für eine reduzierte und effektivere Gestaltung der Pflegedokumentationspflichten.



C.3.4.3 Fort- und Weiterbildung

Lebenslanges Lernen

Pflegefachkräfte benötigen über die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinaus eine kontinuierliche Vertiefung erlernten Wissens und Anpassungsfortbildungen an neue Erkenntnisse. Dies gilt in gleichem Maße auch für Pflegehilfskräfte.

Die ausreichende und dem individuellen Qualifizierungsbedarf entsprechende Förderung des Pflegepersonals obliegt den Einrichtungsträgern. Fort-, Weiterbildung und Supervision dürfen dabei keine von persönlichem Durchsetzungsvermögen oder Wohlwollen abhängigen Zufallsprodukte sein, sondern sind kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen verantwortlicher personaler Entwicklung und Qualitätssicherung.

Weiterentwicklung und Qualitätssicherung

Den gesellschaftlichen und gesetzlichen Anforderungen an eine qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und kostengünstige, aber auch humane und individuelle Pflege ist in den Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Handlungsstrategien zu begegnen, die wiederum vom Pflegepersonal mit Leben erfüllt werden müssen.

Dies erfordert von der Leitungsebene ebenso wie von den Pflegenden eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Pflegemodellen und Instrumenten der Qualitätssicherung.

Zur Übernahme von Leitungs- und Managementfunktionen in der Pflege können sich Altenpfleger bzw. Altenpflegerinnen mit Fachhochschulreife über den Studiengang „Pflegermanagement“ an den Fachhochschulen Würzburg-Schweinfurt, Nürnberg und München qualifizieren. Für Lehrkräfte, die den fachpraktischen Unterricht in Berufsfachschulen erteilen, ist ein pflegepädagogischer Studiengang eingerichtet. Zur Erteilung des

theoretischen Unterrichtes qualifiziert der Studiengang „Lehramt an beruflichen Schulen – Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ der TU München.

Expandierender Weiterbildungsmarkt

Der zunehmende Bedarf an Fort- und Weiterbildungen in der Pflege führt zu einem expandierenden Weiterbildungsmarkt, dessen Angebote schwer überschaubar sind und hinsichtlich ihrer Qualität und Inhalte differieren.

Mit den im Auftrag des Landespflegeausschusses erarbeiteten Konzepten zur Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der stationären und ambulanten Altenhilfe, zur Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege und zum Heimmanagement konnten landesweit einheitliche Empfehlungen zur Gestaltung der Fortbildung vorgelegt werden.

Die Bayerische Staatsregierung wird sich – gemäß der vom Bayerischen Landtag beschlossenen „Eckpunkte für eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung in der Pflege“ – auch weiterhin für die Umsetzung und Weiterentwicklung dieser Konzepte sowie für ein ausreichendes, qualifiziertes und dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechendes Qualifizierungsangebot einsetzen und darauf hinwirken, dass die Fort- und Weiterbildungsangebote in der Pflege den erforderlichen Strukturveränderungsprozess hin zum Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung unterstützen.

Selbstregulierung des Weiterbildungsmarktes

Um Qualität, Vergleichbarkeit und Überschaubarkeit des Weiterbildungsangebotes sicherzustellen, sind von einem breiten Konsens aller Beteiligten – Anbieter, Anstellungsträger, Hochschulen und Vertreter der Pflegeberufe – getragene Festlegungen erforderlich.

Staatliche Weiterbildungsvorschriften widersprechen allerdings den Zielen des Abbaus von Staatsaufgaben sowie der Entbürokratisierung und Deregulierung. Sie stehen darüber hinaus dem Subsidiaritätsprinzip entgegen. Danach steht es dem Staat nicht zu, Regelungen zu treffen, die von den Verbänden in Eigenverantwortung getroffen werden können.

Außerdem erfordern gesetzliche Regelungen ein relativ aufwändiges Verfahren. Vor dem Hintergrund der raschen Entwicklung im Weiterbildungssektor sind Regelungen notwendig, die flexible und zeitnahe Anpassungen und Änderungen von Weiterbildungsvorschriften ermöglichen. Subsidiären Regelungen ist hier der Vorzug zu geben.

Förderprogramm Fortbildung

Die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals wird im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel weiterhin finanziell unterstützt. Entsprechend den o. g. Zielsetzungen gelten derzeit folgende Schwerpunkte in der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen in der Altenpflege:

- Fort- und Weiterbildung Heimmanagement: Den Pflegenden müssen unter den derzeitigen belastenden Rahmenbedingungen in der Altenpflege Lösungswege und Möglichkeiten zur Gestaltung ihres beruflichen Alltags aufgezeigt werden. Eine wichtige Rolle kommt hierbei dem Heimmanagement zu. Eine gute Personalführung ist Voraussetzung für eine angemessene Pflege und die Berufszufriedenheit der Pflegenden. Sie hat entscheidenden Einfluss auf Krankheits- und Ausfallzeiten beim Personal sowie auf wirtschaftliches Arbeiten auf allen Ebenen. In den Jahren 2002 bis 2005 wurde dieses Sonderprogramm vom Freistaat Bayern initiiert und gefördert mit dem Ziel, die Inhalte langfristig in den trügereigenen Fortbildungsprogrammen zu etablieren.
- Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege: Immer mehr alte Menschen leiden an psychiatrischen Krankheitsbildern. Nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern auch in den Heimen gestaltet sich die angemessene Betreuung zunehmend schwieriger. Von entscheidender Bedeutung ist deshalb eine Betreuung, die sich auf profunde Fachkenntnisse gepaart mit ausgeprägten sozialen, persönlichen und ethischen Kompetenzen seitens der Pflegenden stützt.
- Supervision als ein gezieltes Instrument der Personalentwicklung: Supervision beugt nicht nur dem gefürchteten „Burnout“ von Pflegekräften vor, sondern dient erweiterten Handlungsspielräumen. Sie unterstützt damit die Effektivität, Effizienz und Freude an der pflegerischen Arbeit.
- Palliativ- und Hospizpflege/ambulante Hospizarbeit: Die Begleitung und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender ist eine der schwersten ehrenamtlichen Aufgaben und bedarf einer qualifizierten Vorbereitung.
- „Pflege der Profis“: Die Qualität der Pflege wird nicht nur vom Fachwissen der Pflegekräfte, sondern auch von ihrer Motivation und Leistungsfähigkeit bestimmt. Pflegekräfte müssen lernen, sich selbst zu schützen und zu stärken. Dies führt zu mehr Freude in der Arbeit, kann dem gefürchteten „Burnout“ entgegenwirken und so auch die Fluktuation in diesem Berufsfeld eindämmen helfen.
- Ab 2006: Förderschwerpunkt im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung sowie der Dekubitusprophylaxe und Dekubitusversorgung pflegebedürftiger Menschen.

C.3.5 Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Rahmenbedingungen verbessern – Qualität sichern

Der Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen und damit der Qualitätssicherung kommt ein besonderer Stellenwert zu. Die Bayerische Staatsregierung setzt sich für eine zukunftsorientierte und nachhaltige Ausgestaltung aller Rahmenbedingungen für die Qualität der Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen ein. Ziel ist es, eine dauerhafte Sicherung der Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen auf hohem Niveau bei gleichzeitiger hoher Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erreichen.



Maßgebliche Leitlinien hierbei sind:

- die Ausrichtung der Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte an den veränderten Anforderungen, die an Pflegeeinrichtungen gestellt werden (s. Teil C.3.4)
- die verstärkte Nutzung aller Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit (s. auch Teil C.2.2)
- die Vernetzung und Steigerung der Effektivität vorhandener Hilfeangebote (s. auch Teil C.3.3)
- die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur (s. Teil C.3.1)

sowie

- die Förderung und Stärkung einer nachhaltigen internen und externen Qualitätssicherung
- die Förderung der wirtschaftlichen und wirksamen Leistungserbringung und die Schaffung von Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz
- die Vereinbarung leistungsgerechter Vergütungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich
- die Förderung eines funktionierenden Wettbewerbs unter den Pflegeeinrichtungen,

auf die im folgenden Teil eingegangen werden soll.

C.3.5.1 Leistungsgerechte Vergütungen in der ambulanten und stationären Pflege

Leistungen der Pflegeversicherung und Pflegevergütung

Pflegebedürftige können bei häuslicher oder stationärer Pflege von der Pflegeversicherung finanzielle Leistungen beanspruchen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung, Betreuungsbetrag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Leistungen bei stationärer Pflege). Hiervon zu unterscheiden sind die Vergütungen, welche die Pflegebedürftigen an die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen für die erbrachten pflegerischen und sonstigen Leistungen bezahlen müssen (ambulante Vergütung, Heimentgelt).

Durch die ambulanten Pflegedienste werden insbesondere Leistungen aus den Bereichen Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Krankenpflege abgerechnet. Von den stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) werden Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sowie in der Regel gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen und ggf. Zusatzleistungen in Rechnung gestellt.

Da die Leistungen der Pflegeversicherung in jedem Fall der Höhe nach begrenzt sind und sich die Leistungen zudem gerade im stationären Bereich nicht auf die Bereiche Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen beziehen, muss die Differenz zu der zu zahlenden Vergütung von den Pflegebedürftigen selbst oder ggf. vom zuständigen Sozialhilfeträger oder sonstigen Kostenträgern bezahlt werden. Die bayerischen Bezirke haben dazu allein im Haushaltsjahr 2002 über 270 Mio. € aufgewendet, um die pflegerische Versorgung für über 25.000 Hilfeempfänger in der stationären Pflege in Bayern sicherzustellen.

Während die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt ist, muss die Höhe der Vergütungen (mit Ausnahme des Bereichs der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen) ausgehandelt werden:

- Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird zwischen dem Träger des Pflegedienstes, den Pflegekassen und dem örtlichen Sozialhilfeträger vereinbart. Die Preise für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege werden in Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern festgelegt.
- Die Entgelte der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen für Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung werden zwischen dem Träger des Pflegeheims, den Pflegekassen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger vereinbart.

Die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen bedarf bei den nach Landesrecht geförderten Pflegeeinrichtungen der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (Regierungen). In den übrigen Fällen ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, die gesonderte Berechnung der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

Kriterien der Vergütungsvereinbarung in der Pflegeversicherung

Wichtige Bestandteile der Vergütungsermittlung sind die Leistungsbeschreibung und die Vereinbarung eines bestimmten Qualitätsniveaus. Ziel muss es sein, ein leistungsgerechtes Vergütungssystem zu etablieren. Dies setzt vor allem voraus, dass sich die Leistungserbringer mit den Kostenträgern konkret über die zu erbringenden Leistungen und das dabei einzuhaltende Qualitätsniveau (einschließlich der Art und Weise der Leistungserbringung und der Qualifikation des Personals) einigen.

So kann ein funktionierender Markt für die Leistungen der Pflegeeinrichtungen entstehen, dessen verschiedene Preise die Unterschiede bei den Leistungen und der Qualität der Leistungserbringung widerspiegeln.

Gesetzliche Instrumentarien sinnvoll nutzen

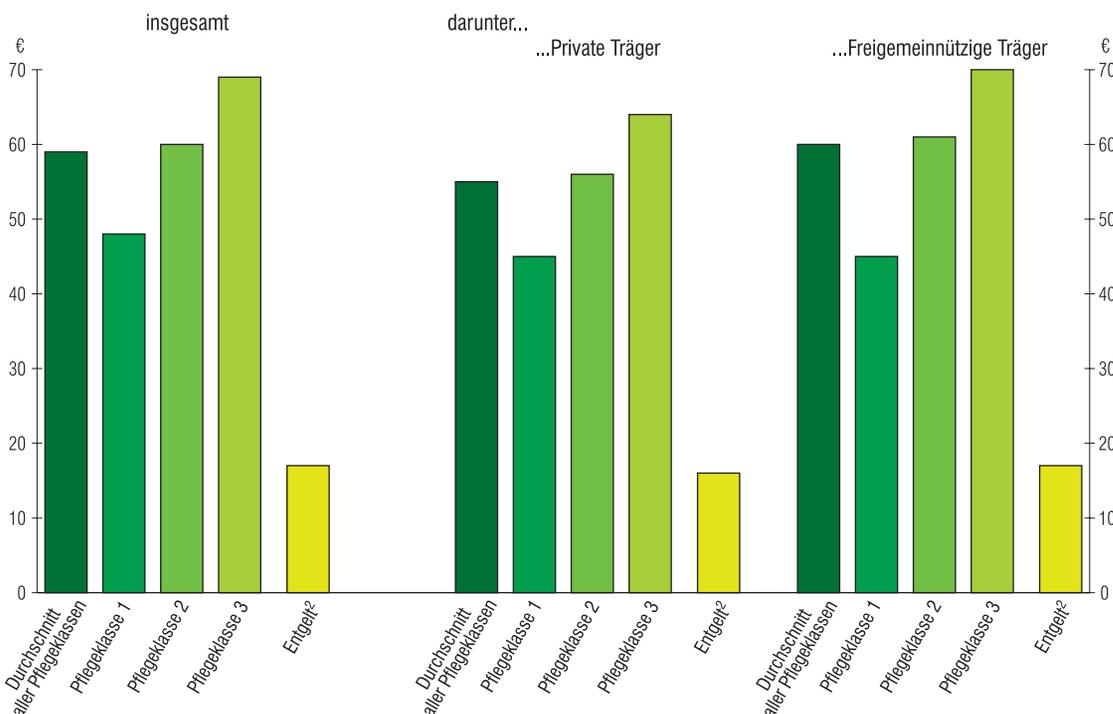
Leistungserbringer und Kostenträger sind deshalb darin zu unterstützen, die gesetzlichen Instrumentarien zur Leistungs- und Qualitätsbeschreibung sowie zur Vergütungsermittlung verbraucher- und wettbewerbsorientiert umzusetzen. Dies umfasst insbesondere die

- Rahmenverträge über die wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten

- Versorgungsverträge der Pflegeeinrichtungen
 - Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeheimen
 - Vergütungsvereinbarungen im ambulanten und stationären Bereich
 - Heimverträge und Pflegeverträge
- sowie
- landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten bzw. landesweite Personalrichtwerte.

Vergütungen¹ -Pflegesätze- in den stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern zum Jahresende 2003

Durchschnittliche Pflegesätze (nach Pflegeklassen) und Entgelte² pro Tag für vollstationäre Dauerpflege nach Trägergruppen



1 für allgemeine Pflegeleistungen (einschl. medizinische Behandlungspflege mit Sozialbetreuung) sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zur Finanzierung der Einrichtungen.
2 für Unterkunft und Verpflegung.

C.3.5.2 Förderung einer nachhaltigen internen Qualitätssicherung

Einrichtunginterne Qualitätssicherung

Die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen ist vorrangig Aufgabe der Träger und aller Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen. Sie sind dafür verantwortlich, innerbetriebliche Strukturen zu schaffen und auszufüllen, die es ihnen ermöglichen, vor dem Hintergrund der auf dem Markt der Pflegeleistungen bestehenden Rahmenbedingungen das gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Qualitätsniveau einzuhalten.

Externe Qualitätsprüfungen decken in den Pflegeeinrichtungen immer wieder Mängel auf, die sich auf die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität beziehen. In vielen Fällen sind die einzelnen Beanstandungen Folge einer fehlenden oder nicht ausreichend umgesetzten Strategie zur Vermeidung von Qualitätsmängeln. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern sieht im 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege vom November 2004 bereits deutliche Verbesserungen im Bereich des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements sowie der pflegetheoretischen Grundlagen, allerdings ist noch eine Diskrepanz bei der Umsetzung dieser Konzepte festzustellen.

Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen

Die Eigenverantwortung der Träger der Pflegeeinrichtungen für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung ist zu stärken. Jeder Einrichtungsträger ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und auch durchgeführt werden.

Durch die Optimierung und Nutzung der innerbetrieblichen Gestaltungsmöglichkeiten soll erreicht werden, dass von allen Pflegeeinrichtungen das gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Qualitätsniveau auf Dauer gehalten wird.

Der zügigen Einführung und ständigen Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen in den Pflegeeinrichtungen kommt deshalb eine große Bedeutung zu. Mit dem einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement soll die Qualitätsentwicklung in allen Bereichen der Einrichtungen dauerhaft in den Betriebsablauf eingebunden werden.

C.3.5.3 Förderung der wirtschaftlichen und wirksamen Leistungserbringung

Der Markt für soziale Dienstleistungen befindet sich im Umbruch.

Pflege und Wirtschaftlichkeit kein Widerspruch

Während in der Vergangenheit bei der Erbringung von Dienstleistungen an Pflegebedürftigen vorrangig der soziale Gedanke im Vordergrund stand, treten jüngst die Forderungen nach Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Qualität und Transparenz sowohl bei den Leistungen als auch bei den Kosten in den Vordergrund.

Letztlich besteht aber zwischen den genannten Zielen kein Widerspruch. Ein erfolgreiches und damit konkurrenzfähiges Handeln einer Pflegeeinrichtung hängt vielmehr davon ab, ob eine größtmögliche Zielerreichung auf allen Gebieten erreicht wird.

Optimale Ressourcennutzung sichert Bestand des Pflegesystems

Derzeit werden Instrumente zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit in Pflegeeinrichtungen sowie die hierfür notwendige Gestaltung der innerbetrieblichen Instrumente und Abläufe häufig mit dem Argument abgewehrt, dass dafür kein Geld und keine Zeit vorhanden wäre, weil man sich doch um die pflegebedürftigen Menschen kümmern müsse.

Dieses Argument verkennt, dass unter den gegebenen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nur eine optimale Ressourcennutzung langfristig die Finanzierbarkeit und die Qualität des gesamten Pflegesystems und damit den Bestand der einzelnen Pflegeeinrichtung sichert.

Die Abläufe, die Prozesse, die gesamte Leistungserbringung in den Pflegeeinrichtungen müssen deshalb auf ihre Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit untersucht

werden. Dies setzt die Zuordnung der entstehenden Kosten in einer Einrichtung zu den kostenverursachenden Stellen voraus.

Eine solche Vorgehensweise kann nur erfolgreich sein, wenn in der Pflegeeinrichtung Leistungs- und Kostentransparenz besteht. Zugleich muss innerbetrieblich das notwendige Instrumentarium vorhanden sein, um erkannte Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsdefizite effektiv und endgültig beseitigen zu können. In diesem Zusammenhang besteht noch ein erheblicher Nachholbedarf in den Einrichtungen. Insbesondere das Personal in den Führungspositionen ist dafür zu sensibilisieren und zu schulen.

ConSozial

Seit 1999 bietet das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen mit der jährlichen ConSozial, der Fachmesse und dem Kongress für den Sozialmarkt, den Führungs- und Fachkräften des sozialen Bereichs ein alle Felder der sozialen Arbeit und alle Fächer übergreifendes, managementorientiertes Forum und unterstützt damit auch die konzeptionelle Orientierung in der Seniorenhilfe.

Dieser Bereich wird auch künftig von besonderem Gewicht sein, gerade weil die ConSozial fachliche und betriebliche Probleme unter Managementgesichtspunkten in den Mittelpunkt stellt.

So wurden und werden im Kongress Organisations- und Managementfragen der Altenhilfe in verschiedenen Fachvorträgen, Praxisreferaten, Workshops und Projektpräsentationen thematisiert. Ziel ist es immer, Lösungsansätze aufzuzeigen und mit den Kongressteilnehmern zu diskutieren. Das Hochschulforum und die Jobbörse für Nachwuchskräfte der ConSozial sind dabei wichtige Voraussetzungen für Anstöße zur Entwicklung im Sozialmarkt. Die Fachmesse präsentiert jedes Jahr neu ein breites Spektrum an Dienstleistungen und Produkten rund um das Management und die Organisation sozialer Arbeit und der Pflege.

Einsatz von Controllinginstrumenten

Daneben wird das Vorgehen der Kostenträger, unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben durch gezielte Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen als Impulsgeber für entsprechende einrichtungsinterne Maßnahmen aufzutreten, unterstützt. Voraussetzung ist hier, dass entsprechende Prüfinstrumente von Einrichtungs- und Kostenträgern mit getragen werden.

Der MDK Bayern hat in Zusammenarbeit mit einer Beratungsgesellschaft im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern ein Instrument für integrierte Wirksamkeits-/Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt, das bereits in einer Pretestphase durchgeführt wurde. Um bestehende Differenzpunkte zwischen Kassen und Einrichtungsträgern auszuräumen und zu konsensfähigen Prüfkonzepthen zu kommen, hat die Landespflegesatzkommission eine Arbeitsgruppe „Wirksamkeitsprüfungen“ und eine Arbeitsgruppe „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ eingesetzt. Sofern kein Konsens erzielt werden kann, wird eine Schiedsstellenentscheidung angestrebt. Um eine effektive Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu gewährleisten, ist eine Novellierung des bestehenden § 79 SGB XI notwendig.

C.3.5.4 Schaffung von Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz

Verbraucherschutz durch Transparenz

Ein funktionsfähiger Markt für Pflegeleistungen setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und deren Kostenträger ausreichend darüber informiert sind, welche Leistungen von den Pflegeeinrichtungen in welcher Qualität und zu welchen Kosten angeboten werden. Hierfür sind im Wesentlichen folgende gesetzliche Regelungen geschaffen worden:

- Vergleichslisten über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen
- Pflegevertrag bei häuslicher Pflege
- Heimvertrag
- Befugnis der Pflegeeinrichtung, den Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über eine durchgeführte Qualitätsprüfung zu veröffentlichen
- Versorgungsvertrag, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (mit Pflegeheimen), Vergütungsvereinbarung
- Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über den Stand und die Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung
- Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Heimaufsichtsbehörden und Sozialhilfeträger bei der Zulassung und Überprüfung der Pflegeheime.

Transparenz als Vorteil für alle Beteiligten

Die Schaffung von Transparenz bei den Leistungen, den Kosten und dem jeweiligen Qualitätsniveau

- stärkt die Verbrauchersouveränität vor allem im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen
- fördert das wirtschaftliche Handeln der Pflegeeinrichtungen und
- dient als Grundlage für die Nachweise gegenüber den Kostenträgern.

In allen genannten Bereichen ist die Transparenz noch verbesserungsbedürftig. Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass bei der Beschreibung der Leistungen und des Qualitätsniveaus noch Defizite bestehen und die Offenheit im Hinblick auf die Kosten nur sehr zögerlich als Vorteil für alle Beteiligten begriffen wird.

Stärkung der Verbraucher

Ziel muss es sein, unter Beachtung der Unternehmerfreiheit der Pflegeeinrichtungen auf dem Markt der Pflegeleistungen eine größtmögliche Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz herbeizuführen.

Hierzu sind insbesondere die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Pflegekassen, die Krankenkassen, die Sozialhilfeträger, aber auch die Pflegebedürftigen als Verbraucher aufgerufen.

Wer die Leistung einer Pflegeeinrichtung in Anspruch nimmt, muss hinreichend darüber informiert sein, welche Leistungen er bzw. sie in welcher Qualität und zu welchen Kosten in Anspruch nimmt. Zugleich muss sichergestellt sein, dass alle Stellen, welche die Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen überprüfen, über alle Informationen verfügen, die bei den übrigen Qualitätsprüfungsinstanzen vorhanden sind.

C.3.5.5 Stärkung der externen Qualitätssicherung

Gestuftes Qualitätssicherungssystem

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz geht von einem gestuften Qualitätssicherungssystem aus. Basis ist die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu betreiben (s. C.3.5.2). Damit wird der inneren Qualitätssicherung Priorität eingeräumt.

In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung werden zwischen Kosten- und Leistungsträgern die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale einer Einrichtung festgelegt. Mit der Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung wird die gemeinsame Verantwortung der Pflegeselbstverwaltung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verdeutlicht und bezogen auf die einzelne Einrichtung konkretisiert.

Die externe Qualitätssicherung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Heimaufsicht gewährleistet. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass bei der Durchführung von Kontrollen die Überprüfung der Ergebnisqualität gegenüber der Prozess- und Strukturqualität im Vordergrund steht.

Über eine stichtagsbezogene Rückmeldung zum Stand der Leistungsqualität der Pflegeeinrichtungen hinaus kommt dem MDK und der Heimaufsicht eine wesentlich weiter gehende Impulswirkung zur Sicherung der Leistungsqualität zu. Diese üben sie zum einen durch ihre Beratungstätigkeit für die Pflegeeinrichtungen und zum anderen durch die von ihnen durchgeführten, in der Regel unangemeldeten Kontrollen aus.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der MDK vertritt einen beratungsorientierten Prüfansatz. Er versteht sich als Begleiter der Pflegeeinrichtung im

Prozess der Qualitätsentwicklung. Basis der Qualitätsprüfung ist eine umfassende Analyse der Pflegeeinrichtung anhand eines Prüfkonzepthes. Die Analyse und Bewertung umfasst dabei sowohl die Dimensionen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität.

Aufgabe der staatlichen Heimaufsicht

Aufgabe der staatlichen Heimaufsicht nach dem Heimgesetz ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen und Bedürfnisse der hilfebedürftigen Menschen in den Heimen der Altenhilfe erkannt, beachtet und geschützt werden.

In engem Zusammenwirken mit den Trägern, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Pflegekassen und Bezirken sind die Lebensräume der in den Einrichtungen wohnenden Menschen qualifiziert auszugestalten und auf Dauer zu sichern. In einem intensiven fachlichen Dialog beschreiben die Heimaufsichtsbehörden vor Ort die Kriterien für angemessene Lebensbedingungen in Heimen und wirken konstruktiv an der Lösung von Problemen in der Betreuung und Versorgung, im baulichen und personellen Bereich sowie in der Heimvertragsgestaltung mit.

Heimaufsicht als ortsnaher Ansprechpartner

Angesichts der zunehmenden Zahl hilfebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe kommt es auch darauf an, dass die Bürgerinnen und Bürger fachkompetente Ansprechpartner vor Ort haben, an die sie sich rasch und unbürokratisch wenden und ihre Sorgen persönlich vortragen können.

Seit dem 1. Januar 2002 obliegt diese Aufgabe deshalb den Kreisverwaltungsbehörden (Landratsämter und kreisfreie Städte), die als Anlauf- und Informationsstelle für sämtliche Fragen der Heimaufsicht zur Verfügung stehen und über umfassende Kompetenzen hinsichtlich der baulichen, fachlichen, pflegerischen und hygie-

nischen Anforderungen eines Heimbetriebes verfügen. Durch die Verlagerung konnten sowohl Prüfberichte als auch Präsenz der Heimaufsichten in den Einrichtungen deutlich verbessert werden.

Personal in der Heimaufsicht

Bei der Beratung und Durchführung von Heimbesichtigungen werden aus dem Bereich der Verwaltung Beamte/innen des gehobenen nichttechnischen Dienstes eingesetzt; zur Verbesserung der Qualität im ärztlichen und pflegerischen Bereich wirkt das Fachpersonal der bei den Kreisverwaltungsbehörden integrierten Gesundheitsämter mit. Im Bereich des Verwaltungspersonals hat sich die Anzahl der Bediensteten für die Heimaufsicht gegenüber den bereits vor dem 1. Januar 2002 Beschäftigten von 111 auf 160 erhöht, im Bereich des Fachpersonals von 141 auf 298 Bedienstete. Damit konnte die Zahl der für Aufgaben der Heimaufsicht zur Verfügung gestellten Stellen mehr als verdoppelt werden und dem Anliegen, durch eine Intensivierung der Aufsicht zu Qualitätsverbesserungen beizutragen, in vollem Umfang Rechnung getragen werden.

Die Staatsregierung unterstreicht die Bedeutung, die der staatlichen Heimaufsicht in der Altenhilfe zukommt, auch durch eine kontinuierliche Fortbildung der in der Heimaufsicht Tätigen, die Vereinheitlichung der Überprüfungspraxis bei Heimnachschaun sowie durch eine laufende Fortschreibung der Hinweise zum Vollzug des Heimgesetzes und Informationen über fachlich relevante Themen. Das im Zuge der Verlagerung der Heimaufsicht erstellte und mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmte Fortbildungskonzept umfasst gesetzliche Grundlagen und allgemeine Informationen zum Heimbetrieb (5Tage), fachliche Inhalte der Heimbetreuung und ihre Umsetzung mit Hospitation (4Tage) sowie Hinweise zum Auftreten und Verhalten bei der Überwachung der Heime (3Tage). Ergänzt wurde dieses Konzept 2003/2004 mit Angeboten für das mit Aufgaben der Pflegebegutachtung betraute Fachpersonal der Gesundheitsämter.

Die Fortbildung des in der Heimaufsicht tätigen Fachpersonals wurde im Jahr 2005 mit einem weiterentwickelten Konzept, u. a. gegliedert für die Zielgruppe der Ärzte/-innen und der Sozialmedizinischen Assistentinnen/Sozialmedizinischen Assistenten, fortgesetzt. Ziel ist es, Ärzte/-innen der Gesundheitsfachverwaltung verstärkt bezüglich der Begutachtung der Pflegequalität (mit Grund- und Behandlungspflege) und im sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln (insbesondere mit Medikamenten, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen) zu schulen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen ist durch staatliche Haushaltsmittel sichergestellt. Bei kommunalen Pflegekräften ist eine Teilnahme unter Kostentragung der Kommunen möglich.

Ziel und Umfang externer Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen haben zum Ziel, aktuell aufgetretene Mängel in den Pflegeeinrichtungen zu beseitigen und die Defizitenstehung durch eine Stärkung der internen Qualitätssicherung zu vermeiden.

Dabei ist insbesondere zwischen der beratenden Tätigkeit, den regelmäßig wiederkehrenden Heimüberprüfungen und der aufgrund eines konkreten Anlasses stattfindenden Kontrolltätigkeit zu unterscheiden. MDK und Heimaufsichtsbehörden gehen diesen Aufgaben konsequent nach; Synergieeffekte werden genutzt. Durch die im Jahr 2002 erfolgte Bündelung der Heimaufsicht bei den Landratsämtern und kreisfreien Gemeinden kann erheblich mehr Verwaltungs- und medizinisches Fachpersonal für die Heimnachschaun eingesetzt werden. Die Präsenz der Heimaufsichtsbehörden bei den Pflegeeinrichtungen und damit die Kontrolle der Pflegequalität hat sich dadurch deutlich erhöht. So wurden bei den rund 1.300 Alten- und Pflegeheimen im Jahr 2004 rund 1.800 Heimnachschaun durchgeführt. Um die Qualität der Heimnachschaun weiter zu steigern und ein realistisches Bild der geleisteten Pflege zu erhalten, werden die Heimnachschaun seit Oktober 2002 grund-

sätzlich unangemeldet durchgeführt. Dieser Praxis hat sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern seit dem Jahr 2003 angeschlossen.

Sondereinsatzteam Pflege

Der Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsicht kommt dabei insbesondere hinsichtlich der einheitlichen Beurteilung der pflegerischen Qualität von Pflegeeinrichtungen eine große Bedeutung zu. Mit der Schaffung von örtlichen Arbeitsgemeinschaften zwischen Heimaufsicht, MDK, Pflegekassen und Bezirken konnten bei den Heimüberprüfungen für alle Beteiligten Synergieeffekte erzielt und kurze Verfahrenswege ermöglicht werden. In Zweifelsfällen kann hier ein Sondereinsatzteam Pflege aus Vertretern vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, MDK, Heimaufsicht und der zuständigen Regierung beratend und unterstützend tätig werden. Aufgrund der guten Kooperationsstrukturen war dies bislang nicht erforderlich.

Um die Bürokratie für die Alten- und Pflegeheime weiter zu verringern, wird eine im Rahmen des Forums „Soziales Bayern“ eingesetzte Arbeitsgruppe weitere Vorschläge zur Entbürokratisierung und Deregulierung in der Pflege und Behindertenhilfe erarbeiten.

Insbesondere ist es notwendig, die Prüfkataloge von MDK und Heimaufsichtsbehörden inhaltlich abzustimmen sowie für alle prüfenden Instanzen einen Kerndatensatz für das jeweilige Heim anzulegen, auf den die einzelnen Behörden bzw. Institutionen Zugriff erhalten sollen.

C.3.6 Sonderaspekte

C.3.6.1 Angehörigenarbeit

Hohe familiäre Pflegebereitschaft

So lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben entspricht dem Wunsch der meisten alten Menschen. Dies gilt für die überwiegende Mehrheit auch dann, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt.

In Bayern leben rund 300.000 Menschen, die im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes pflegebedürftig sind. 203.000 davon leben zu Hause. Davon werden rund 143.000 Pflegebedürftige ausschließlich von Familienangehörigen, Nachbarn oder Freunden gepflegt. Rund 60.000 werden von Pflegediensten betreut.

Ziel der Angehörigenarbeit

Aufgabe der Angehörigenarbeit ist es, die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu sichern. Wesentliche Elemente der Angehörigenarbeit sind die psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastungsangebote.

Die Pflegekassen bieten für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Pflegekurse an, um Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. In Absprache mit der AOK Bayern wurde für diese Kurse ein Konzept entwickelt, das die Grundlage legt für eine stärkere Beachtung des psychosozialen Bereichs und des richtigen Umgangs mit Dementen.

Der stundenweisen Entlastung der Pflegenden dienen die Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie seit 2001 niedrigschwellige Betreuungsangebote wie ehrenamtliche Helferkreise und Betreuungsgruppen.

Zur Erhaltung und Förderung des familiären Pflegepotenzials sollen

- Angehörigengruppen und niedrigschwellige Betreuungsangebote in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt fest installiert werden
- Angebote der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege bedarfsorientiert weiterentwickelt werden und
- im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Leistung der pflegenden Angehörigen ein angemessener Stellenwert im Bewusstsein der Bevölkerung eingeräumt werden.

Bayerisches Netzwerk Pflege

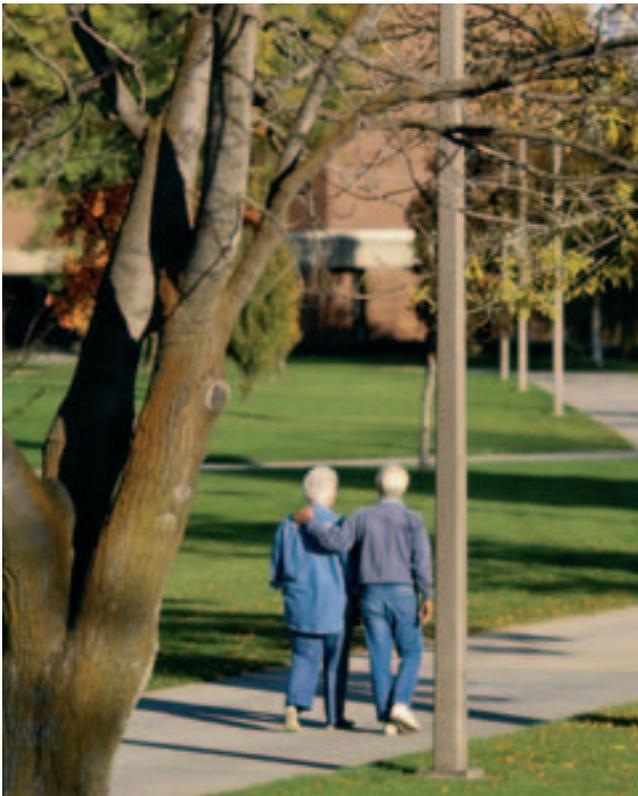
Seit 1998 wird im Rahmen des „Bayerischen Netzwerks Pflege“ Angehörigenarbeit mit 15.500 € je Kraft (eine Kraft je 100.000 Einwohner) gefördert. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ist 2003 die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wie Betreuungsgruppen und ehrenamtlichen Helferkreisen zur stundenweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen, insbesondere von Demenzkranken, hinzugekommen. Inzwischen werden 80 Angehörigenfachstellen, 143 Angehörigengruppen sowie 77 Betreuungsgruppen für verwirrte ältere Menschen und 40 ehrenamtliche Helferkreise finanziell unterstützt. Im Jahr 2004 wurden aus dem Förderprogramm „Bayerisches Netzwerk Pflege“ für den Bereich Angehörigenarbeit über 1 Mio. € aufgewendet.

Für die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden weitere 215.000 € aufgewendet. Dieser Betrag verdoppelt sich durch Leistungen der Pflegeversicherung.

Auch in Zukunft werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel

- die Förderung der Fachstellen für pflegende Angehörige im Rahmen des Förderprogramms „Bayerisches Netzwerk Pflege“ fortgeführt und
- niedrigschwellige Betreuungsangebote (Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen für altersverwirrte Menschen und ehrenamtliche Helferkreise) auf der Grundlage des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes und der entsprechenden bayerischen Ausführungsverordnung finanziell unterstützt.

Informationen für pflegende Angehörige enthält der Flyer „Hilfen für pflegende Angehörige“.



C.3.6.2 Ehrenamtliches Engagement in der Altenpflege

„Sorge-Kultur“

Ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement ist von grundlegender Bedeutung für eine auf Eigenverantwortung und Mitverantwortung aufgebaute Gesellschaft. Zugleich ist es besonders wichtig für die persönliche Befindlichkeit des Einzelnen und dessen soziale Integration. Freiwilligenarbeit kann organisiert oder informell geleistet werden; sie ergänzt in guter Zusammenarbeit die hauptamtliche Arbeit.

Auch in der Altenpflege kann das Pflegepersonal den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nach Kommunikation sowie sozialer und kultureller Integration alleine nicht gerecht werden. Menschenwürdige Pflege verlangt vielfältigen Einsatz, Einsatz von Familienangehörigen, von Freunden und Bekannten, von freiwilligen Helfern und von qualifizierten Fachkräften.

Nur so kann eine „Sorge-Kultur“ aufgebaut werden, die eingebettet ist zwischen den Polen eines mitmenschlich tragenden sozialen Umfeldes einerseits und der Professionalität des örtlichen Versorgungssystems andererseits.

Professionalität und Ehrenamt

Bayernweit existiert eine Vielzahl unterschiedlichster Konzepte ehrenamtlicher Arbeit in der Altenpflege. Allein an dem im Jahr 2001 ausgeschriebenen Landeswettbewerb „Freiwilliges Engagement in bayerischen Seniorenheimen – Nicht allein im Pflegeheim“ beteiligten sich über 230 Initiativen, hinter denen mehr als 4.000 ehrenamtlich Engagierte in Seniorenheimen standen.

Der Schwerpunkt der ehrenamtlichen Aktivitäten liegt im sozialen Bereich. Insbesondere alleinstehende Bewohnerinnen und Bewohner bzw. solche, deren Angehörige

weit entfernt wohnen und die selten Besuch bekommen, werden durch die ehrenamtlich Tätigen regelmäßig betreut. Dies geschieht in ganz unterschiedlicher Form (z. B. durch Gespräche, Vorlesen, gemeinsame Einkäufe, Spaziergänge, Ausflüge) und ist im Sinne einer Patenschaft zu verstehen. Ehrenamtliche, die sich um die Bewohnerinnen und Bewohner kümmern, bauen zum Teil eine langfristige, intensive Beziehung auf und verstehen sich als wichtiges Bindeglied zum Pflegepersonal und der Heimleitung.

Die Einbindung Ehrenamtlicher bedingt jedoch auch eine Öffnung der Pflegeeinrichtung nach außen, Lebenswelt- und Gemeinwesenorientierung. Zeitlicher Mehraufwand bei sowieso knappen personellen Ressourcen, die Angst vor einer Vermischung von bürgerschaftlichem Engagement und professioneller Erwerbsarbeit oder auch das fehlende Know-how zur Gewinnung von Ehrenamtlichen behindern oder verhindern eine Öffnung der Pflegeeinrichtungen für ehrenamtlich Tätige.

Gemeinwesenorientierung

Auch Pflegeeinrichtungen sollen gerade mehr sein als Dienstleistungsbetriebe, die pflegebedürftigen Menschen Pflege, Unterkunft und Verpflegung bieten. Menschen, die nicht oder nicht mehr in ihrer eigenen Familie oder Wohnung leben können, sollen hier einen neuen Wohn- und Lebensraum finden, gleichzeitig aber auch gewachsene Beziehungen nicht verlieren und eingebunden bleiben in unser Gemeinwesen.

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer leisten hier einen wichtigen Beitrag gegen Vereinsamung, Langeweile und Isolation. Sie tragen bei zu einer neuen Qualität der Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen, Ehrenamtlichen und Mitarbeitern und zu einer gesunden Entwicklungsbasis für die Lebenszufriedenheit, nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern aller Beteiligten.

Stärkung des Ehrenamts in Altenpflegeeinrichtungen

Ziel ist es, ehrenamtliche und bürgerschaftliche Tätigkeiten in der Altenhilfe zu stärken und den engagierten Bürgerinnen und Bürgern sowie den beteiligten Einrichtungen nach Möglichkeit die notwendige Unterstützung zu gewähren, insbesondere auch Vorurteile und Hürden zu überwinden und dem ehrenamtlichen Engagement den entsprechenden Stellenwert im Netzwerk der Pflege zukommen zu lassen.

Zur Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen werden im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel neben der Förderung von Modellprojekten im Rahmen des Fortbildungsprogramms auch Fortbildungen für eine bessere Zusammenarbeit haupt- und ehrenamtlicher Kräfte gefördert. Ehrenamtliche Mitarbeit und freiwilliges soziales Engagement werden damit neben den professionellen Angeboten auch in Zukunft ein unverzichtbarer Bestandteil der Altenhilfe sein.



C.3.6.3 Alt werdende Menschen mit Behinderung

Obwohl Behindertenhilfe und Altenhilfe insbesondere unter dem Aspekt der Bewahrung und Selbständigkeit in Teilbereichen einander ähnlich sind, sind sie aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und von alten, nicht behinderten Menschen grundsätzlich voneinander abzugrenzen.

Aufgrund jeweils unterschiedlicher Bedürfnisse gilt generell:

- Menschen, die erst im Alter hilfebedürftig werden, zum Beispiel durch altersbedingte Einschränkungen oder durch eine chronische Krankheit, sind der **Altenhilfe** zuzuordnen
- Menschen, die bereits von Geburt an behindert waren oder in jungen Jahren bzw. im Erwachsenenalter von einer Behinderung betroffen wurden, sind in aller Regel der **Behindertenhilfe** zuzuordnen, insbesondere dann, wenn sie seit Jahren die speziellen Angebote der Behindertenhilfe in Anspruch genommen haben

Bei allen auf die Abgrenzung beider Politikbereiche bezogenen Überlegungen gilt es dennoch zu sehen, dass es Menschen mit Behinderung gibt, die trotz ihrer Behinderung erst im Alter zunehmend hilfebedürftig werden, zum Beispiel in Einzelwohnungen oder Wohngemeinschaften mit entsprechender Betreuung (und nicht im Heim) wohnende Menschen mit einer Sinnes- oder einer leichteren Körperbehinderung. Sie sollen im Alter deshalb auch die Angebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen können.

Die Bedürfnisse von alt werdenden Menschen mit Behinderung unterscheiden sich nicht von denen nicht behinderter Menschen im gleichen Alter, wie z. B.:

- nicht isoliert zu werden
- in vertrauter Umgebung unter Beibehaltung gewachsener sozialer Beziehungen zu leben
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung zu erfahren
- im Krankheits- und Pflegefall von vertrauten Mitmenschen betreut zu werden, ggf. bis zum Sterbebeistand.

Alt werdende Menschen mit Behinderung sollen daher nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt oder aus der Förderstätte (Ort für Tagesstrukturierung unterhalb dem Niveau der Werkstatt und außerhalb des Wohnbereichs) möglichst in ihrer bisherigen Wohnstätte verbleiben und ihre vorstehend beispielhaft aufgeführten, grundlegenden Bedürfnisse befriedigen können. Dies ist für die Erhaltung der Orientierung und Kompetenz sowie der im Lebenslauf entwickelten Fertigkeiten von größter Wichtigkeit. Zudem sollte stets geprüft werden, ob tagesstrukturierende Maßnahmen für den betroffenen Personenkreis im Normalfall nicht auch in Gemeinschaftsräumen der Wohnunterkünfte oder in Räumen der Werkstatt bzw. der Förderstätte durchgeführt werden können, bevor die Schaffung einer sog. Seniorenstätte zur Tagesstrukturierung ins Auge gefasst wird. Tagesstrukturierung in Werkstatt oder Förderstätte hätte zudem den Vorteil, dass Menschen mit Behinderung im Alter auch tagsüber nicht dauerhaft von den Jüngeren getrennt werden. Gewachsene menschliche Beziehungen könnten eher erhalten bleiben.

Alt werdende Menschen mit Behinderung sollten aus den dargelegten Gründen nicht in „Spezialaltenheimen“ oder gar generell in Altenpflegeheimen nach SGB XI untergebracht werden. Auch in den Fällen, in denen die pflegerische Versorgung im Laufe der Zeit eindeutig in den Vordergrund rückt, wäre es fachlich wünschenswert, wenn die Pflege in der bisherigen Einrichtung sichergestellt werden könnte, um einen Umzug des behinderten Menschen zu vermeiden. Hierzu sollten die Einrichtungs-

träger im Zusammenwirken mit den Kostenträgern ein ausreichendes Leistungsangebot zur Verfügung stellen. Eine Verlegung in eine andere Einrichtung ist nur im Benehmen aller Beteiligten zulässig, und zwar nur dann, wenn die Pflege in der bisherigen Einrichtung nicht sichergestellt werden kann (siehe §§ 9 und 55 SGB XII).

Der Freistaat Bayern war bisher, ebenso wie sämtliche Wohlfahrts- und Behindertenverbände und nahezu alle ihrer Träger auch, behindertenpolitisch der Auffassung, dass die ganzheitliche, qualifizierte Förderung und Betreuung von alt werdenden behinderten Menschen in den heilpädagogisch orientierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe (dokumentiert insbesondere durch Konzeption und durch überwiegend pädagogisches Personal – Erzieher, Heilerziehungspfleger, Sozialpädagogen) nicht gefährdet werden darf und dass die Unterbringung in einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI für einen alt werdenden Menschen mit Behinderung in den allermeisten Fällen nicht die fachlich angemessene und erforderliche Begleitung und Assistenz sicherstellen kann. Auch ein nicht behinderter Mensch wird nicht quasi automatisch nach seinem Ausscheiden aus dem Berufsleben zum Pflegefall.

Die ganzheitliche Förderung und Betreuung von alt werdenden behinderten Menschen in den Behinderteneinrichtungen der Eingliederungshilfe darf nicht ersetzt werden durch eine im Wesentlichen medizinisch ausgegerichtete Pflegeleistung (deutlich wird dies auch an der personellen Ausstattung; für die Pflege ausgebildetes medizinisch-pflegerisches Personal überwiegt).

Nach § 43 a SGB XI haben die Pflegekassen den Bezirken in den Eingliederungshilfeeinrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII zur Abgeltung der dort anfallenden Pflegeleistungen im Einzelfall 10 % des vereinbarten Heimentgelts bis zur Obergrenze von 256 € monatlich zu erstatten.

C.3.6.4 Ausländische Seniorinnen und Senioren

Anteil ausländischer Senioren

Im Jahr 1990 lebten in Deutschland rund 146.000 über 65-jährige Ausländerinnen und Ausländer, im Jahr 2000 waren es bereits rund 353.000. Ältere Migranten gehören zu der am stärksten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland.

In 1999 war die Bevölkerung in Deutschland im Schnitt 39,8 Jahre alt. Dabei betrug das Durchschnittsalter der Deutschen 40,8 Jahre und das der Ausländer 31,0 Jahre. Der Anteil der ab 60-Jährigen betrug bei der deutschen Bevölkerung 24,5 %, dagegen nur 7,8 % bei der ausländischen Bevölkerung. In den kommenden Jahren/ Jahrzehnten wird der Altenanteil der in Deutschland lebenden älteren Ausländer weiter anwachsen: So wird dieser bis zum Jahr 2050 auf 34,0 %, bei der deutschen Bevölkerung auf 36,9 % ansteigen.²⁰

In Bayern betrug der Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2003 9,51 %.

Inanspruchnahme von Angeboten der Altenpflege

In Einrichtungen der Altenhilfe sind ausländische Senioren vergleichsweise unterrepräsentiert. Als Gründe gelten

- eine hohe kulturell geprägte Erwartung, im Alter von der Familie versorgt zu werden
- Informationsdefizite und Verständnisschwierigkeiten über Angebote der Altenhilfe

- Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Altenhilfe auch aufgrund fehlender Berücksichtigung kulturspezifischer Besonderheiten in der Pflege.

Zugang erleichtern und Hemmschwellen senken

Um den ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern den Zugang zu pflegerischen Angeboten zu erleichtern, ist die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Strukturen der Altenhilfe notwendig.

Im Bericht „Ausländerintegration in Bayern“ vom Dezember 1999 wurden die Ziele einer kultursensiblen Altenpflege formuliert. Im Folgebericht vom April 2003 sind die inzwischen umgesetzten Maßnahmen, die die bereits vorhandenen und bewährten Strukturen nutzen, dargestellt:

- Interkulturelle Ausrichtung der Aus- und Fortbildung von Pflegekräften

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie die privaten Einrichtungsträger wurden vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen aufgefordert, im Rahmen ihrer Fortbildungsangebote verstärkt Fortbildungsmaßnahmen zur interkulturellen Altenpflege für Pflegefach- und Hilfskräfte anzubieten. Einen Beitrag zur besseren Berücksichtigung interkultureller Zusammenhänge leistet dabei ein Multimediapakete für die Aus- und Fortbildung in der Pflege, das unter dem Titel „Wenn ich einmal alt bin...“ entwickelt und im Januar 2003 der Fachöffentlichkeit präsentiert wurde. Die mit Förderung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauens entwickelten Materialien wurden den bayerischen Berufsfachschulen für Altenpflege kostenlos zur Verfügung gestellt.

²⁰ Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsentwicklung

- Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme der Angebote der Altenhilfe abbauen

Speziell in der Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten stellt die sprachliche Kompetenz eine hohe Herausforderung dar. So werden künftig vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Rahmen vorhandener Haushaltsmittel pflegespezifische Deutschkurse für ausländische Auszubildende und ausländische Pflegekräfte gefördert. Darüber hinaus gilt es Anreize zu schaffen, die Migrantinnen und Migranten bewegen, selbst Pflegeberufe zu ergreifen, um den Möglichkeiten gelebter Transkulturalität gerecht werden zu können. All diese Themen wurden im Dezember 2000 im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in einer Expertenanhörung zum Thema Interkulturelle Altenpflege erörtert. Die dort erarbeiteten Ergebnisse wurden in einer Dokumentation zusammengefasst, damit sie in die Weiterentwicklung von Maßnahmen und Konzepten für ausländische Seniorinnen und Senioren einfließen können, die der Vielfalt und Komplexität der Lebenslagen Raum und Entfaltung bieten.

C.3.6.5 Hospizarbeit und Palliativmedizin

Tabuthema Tod

Sterben und Tod sind zu Tabuthemen geworden. Werte wie Jugendlichkeit, Sportlichkeit und Leistungsfähigkeit stehen im Vordergrund. Auch die Medizin ist von solchen Tendenzen nicht frei. Der Hochleistungsmedizin fällt es schwer, den Tod anzunehmen und ihn nicht als Niederlage zu betrachten. Es kommt nicht von ungefähr, dass gerade in einem Zeitalter der Hochtechnologie und der Gerätemedizin der Wunsch nach menschenwürdigem Sterben im Kreis der Angehörigen, möglichst in der vertrauten Umgebung, immer lauter wird. Es wächst zudem das Bedürfnis danach, Fragen lebensverlängernder Maßnahmen privatautonom durch Patientenverfügung verbindlich zu regeln.

Sterben muss wieder als Teil des Lebens begriffen werden. Sterbende so weit wie möglich von Schmerzen zu befreien, sie menschlich zu begleiten und einen Abschied in Würde zu ermöglichen ist die Grundidee der Hospizbewegung.

Ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer leisten psychosozialen Beistand und unterstützen die Sozialstationen, wo den Pflegekräften die Zeit fehlt. Sie wollen und können keine pflegerischen Tätigkeiten übernehmen. Die Helfer leisten Beistand, indem sie ein paar Stunden am Bett sitzen, zuhören, Aufmerksamkeit, Nähe und Zuwendung geben, die Angehörigen entlasten, vorlesen, einkaufen, Familienmitglieder und Freunde mobilisieren, Nachtwache halten usw.

Hospizbewegung in Bayern

Obwohl 90 % der Menschen sich wünschen, zu Hause im Kreis ihrer Nächsten ihren Lebensweg zu beenden, sterben 50 % der Bevölkerung in Deutschland in einem Krankenhaus, 30 % in einem Alten- und Pflegeheim und lediglich 10 % zu Hause. Aus dem Bedürfnis heraus,

die Begleitung Sterbender zu verbessern, sind vor ca. 18 Jahren die ersten Hospizvereine in Bayern entstanden.

Inzwischen sind landesweit rund 18.500 Mitglieder in ca. 125 Hospizvereinen und -initiativen organisiert, wovon ca. 3.000 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer die Sterbenden sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen in ihren letzten Tagen und Wochen begleiten.

Bayerische Stiftung Hospiz

Am 21.09.1999 wurde die Bayerische Stiftung Hospiz gegründet. Stifter waren neben dem Freistaat Bayern der Bayerische Hospizverband e. V., der Christophorus-Hospizverein e. V. in München und der Orden der Barmherzigen Brüder. Aufgabe der Stiftung ist es, den Hospizgedanken zu verbreiten und die Sterbebegleitung zu verbessern. Das Grundstockvermögen in Höhe von 3,6 Mio. € (Stand 31.12.2004) wurde ganz wesentlich (zu 93 %) durch den Freistaat Bayern eingebracht.

Der Freistaat Bayern hat seit 1998 die ambulante Hospizarbeit im Rahmen des Bayerischen Netzwerks Pflege mit einer Pauschale von 1 € je Einsatzstunde gefördert. Ab dem Jahr 2002 hat die Bayerische Stiftung Hospiz die Förderung der ambulanten Hospizdienste übernommen. Im Jahr 2004 hat die Stiftung alleine dafür rund 63.000 € ausgereicht.



Sterben in Würde

Ziel ist es, das Sterben zu Hause, in Würde und weitgehend ohne Schmerzen zu ermöglichen. In Einklang mit dem Stiftungsgedanken treten wir deshalb ein für

- den Auf- und Ausbau eines Netzwerkes mit ambulanten, teilstationären und auch vollstationären Hospizeinrichtungen
- die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Tätigen
- die Unterstützung und Förderung der ehrenamtlichen Hospizbewegung
- die Qualifizierung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte und die ambulanten Pflegedienste
- und die Verbesserung der Sterbebegleitung in der stationären Pflege, insbesondere in den Krankenhäusern und den Alten- und Pflegeheimen.

Förderung des Hospizgedankens

Die Bayerische Stiftung Hospiz wird den flächendeckenden Aufbau von ambulanten Hospizdiensten auch in den nächsten Jahren durch einmalige und laufende Leistungen finanziell unterstützen. Für die Weiterentwicklung der ambulanten Hospizarbeit ist die seit 01.01.2002 mögliche Förderung der ambulanten Hospizdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung (§ 39 a Abs. 2 SGB V) ein wesentlicher Baustein, der allerdings nicht zum Rückzug anderer Finanziers führen sollte.

Dem interdisziplinären Ansatz der Sterbebegleitung wird durch ein vielfältiges Kursangebot der drei vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen geförderten Hospizakademien zur Fort- und Weiterbildung in Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Rechnung getragen. Das Programm der Akademien in München, Würzburg und Bamberg richtet sich an Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Seelsorger, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, ehrenamtliche Helfer und interessierte Bürger. Darüber hinaus sind auch die Hochschulen und die Bundesärztekammer bzw. die



Im Sterben das Leben reflektieren: „Irrwege“ heißt dieses Bild, das in einem bayerischen Hospiz entstand.

Landesärztekammer gefordert, die Sterbebegleitung und Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu einem Schwerpunktthema zu machen.

Um den Hospizgedanken in Alten- und Pflegeheimen zu integrieren, werden aus Stiftungsmitteln verschiedene Modellprojekte finanziell unterstützt. Den dabei gesammelten Ergebnissen hat die Stiftung im Rahmen ihrer Schriftenreihen vier Veröffentlichungen gewidmet.

Stationäre Hospize und Palliativstationen

Um Sterbenden individuell die für sie notwendige Betreuung gewähren zu können, müssen ehrenamtliche Begleitung, ambulante palliativpflegerische und medizinische Betreuung, stationäre Hospize und Palliativstationen im Sinne eines Netzwerks zusammenarbeiten. Dabei kommt jeder Einrichtung der ihr eigene Stellenwert zu. Neben der flächendeckenden ambulanten Sterbebegleitung ist es erforderlich, auch das palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuungsangebot im stationären Bereich weiter auszubauen.

Denn die Schwere einer Erkrankung mit ausgeprägten körperlichen Symptomen oder hohem pflegerischem Aufwand kann der häuslichen Betreuung Grenzen setzen. Je nach Ausprägung der Symptome wird der Aufenthalt auf einer Palliativstation im Krankenhaus notwendig, wenn der medizinische Aspekt im Vordergrund steht, oder in einem stationären Hospiz, wenn in erster Linie ein hoher pflegerischer Aufwand erforderlich ist. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen unterstützt daher seit 1997 im Rahmen der verfügbaren Mittel den Ausbau stationärer Einrichtungen der Sterbebegleitung.

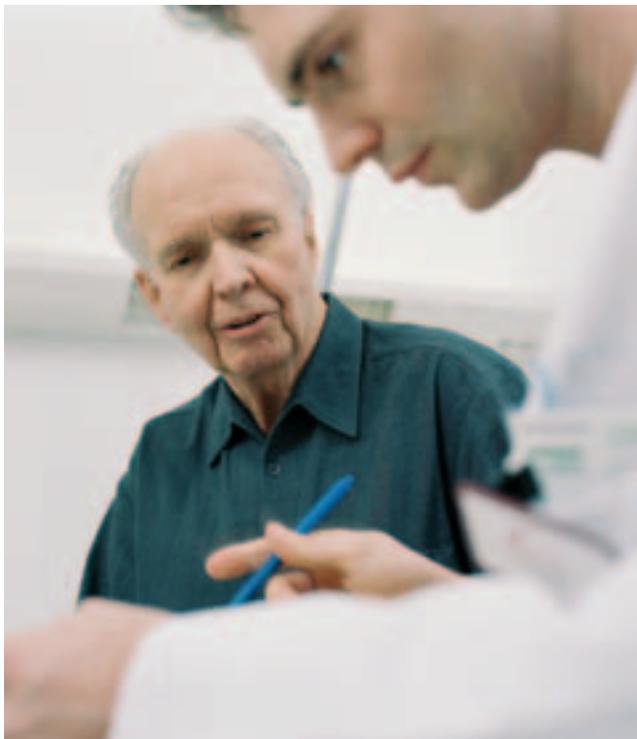
C.4 Gerontologie-, Geriatrie- und Pflegeforschung in Bayern

Koordination und Austausch

Aufgrund der demographischen Entwicklung und des Altersstrukturwandels sowie veränderter politisch-gesetzlicher Rahmenbedingungen werden in Zukunft geriatrische und gerontologische Fragestellungen weiter zunehmen.

In Bayern besteht ein breitgefächertes Angebot im Bereich der Gerontologie-, Geriatrie- und Rehabilitationsforschung; in bestimmten Bereichen wäre allerdings eine Vertiefung wünschenswert.

Neben der Intensivierung muss vor allem die Koordination und Zusammenarbeit der einzelnen Forschungsprojekte verbessert werden. Über die Bündelung geriatrischer und gerontologischer Probleme und Fragestellungen hinaus muss insbesondere der interdisziplinäre und europaweite Austausch forciert werden.



Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Präventions- und Rehabilitationsforschung sowie die molekularbiologische Altersforschung.

Forschungsschwerpunkte in Bayern

Gerontologie- und Geriatrieforschung wird an allen bayerischen Universitäten mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten betrieben:

- **Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg**

Seit 1979 besteht an der Medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gerontologie. Das an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität eingerichtete Institut für Psychogerontologie gehört zu einem der führenden gerontologischen Zentren der Bundesrepublik Deutschland. Schwerpunkt ist dort der inter- bzw. multidisziplinäre Zugang zu den unterschiedlichsten Fragestellungen, insbesondere aus dem klinisch-psychologischen Bereich, sowie zur Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen.

Der Diplom-Aufbaustudiengang Psychogerontologie ist der einzige seiner Art in Bayern. Forschungsschwerpunkte im Bereich der Gerontologie und Geriatrie werden auch am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Neurologischen Klinik und der Klinik für Frauenheilkunde gesetzt.

- **Julius-Maximilians-Universität
Würzburg**

Der Lehrstuhl für Psychotherapie und Medizinische Psychologie befasst sich in einem Forschungsprojekt mit der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Die Universität Würzburg koordiniert den Bayerischen Forschungsverbund Rehabilitation, an dem auch die Universität München, Rehabilitationseinrichtungen und Rentenver-

sicherungsträger beteiligt sind. Im Dezember 2000 wurde an der Universität Würzburg eine Stiftungsprofessur für Rehabilitationswissenschaft eingerichtet.

- **Universität Regensburg**

An der Medizinischen Fakultät beschäftigen sich mehrere Lehrstühle mit Fragestellungen der Gerontologie und Geriatrie. Schwerpunkte bilden dort vor allem die Bereiche Demenzerkrankungen, körperliche Selbständigkeit, mentale Leistungsfähigkeit sowie Unfallgefahren bei älteren Menschen.

- **Ludwig-Maximilians-Universität München**

Das Institut für Psychologie sowie der Lehrstuhl für medizinische Psychologie erforschen mit dem Forschungsprojekt Generation Research Program, inwieweit technische Innovationen generationenübergreifend nutzbar gemacht werden können (vgl. Teil C.1.3). Die Medizinische Fakultät betreibt einen ausgewiesenen Forschungsschwerpunkt „Neurowissenschaften, Kognitive Wissenschaften“. Er dient der Erforschung neurodegenerativer Erkrankungen, u. a. der Alzheimer- und Parkinson-Krankheiten.

- **Technische Universität München**

An der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde bereits 1979 eine gerontopsychiatrische Tagesklinik mit den Schwerpunkten Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen und Angststörungen im Alter eingerichtet.

Das Zentrum für Alzheimererkrankungen beschäftigt sich unter anderem mit der Diagnostik und Behandlung kognitiver Störungen in der zweiten Lebenshälfte sowie der Beratung von Angehörigen. Weitere Forschungsbereiche sind dort die Geronto-Epidemiologie, Biochemie und der Bereich der Demenz. Darüber hinaus finden sich an der Medizinischen

Poliklinik verschiedene klinische Projekte und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Geriatrie und Gerontologie.

- **Universität Bayreuth**

Sowohl der Studiengang Gesundheitsökonomie als auch der Lehrstuhl Wirtschaftsgeographie und Regionalplanung behandeln die Themenbereiche Gerontologie und Geriatrie.

- **Philosophische Fakultät der Universität Augsburg**

Wissenschaftliche Begleitung der Projektgruppe Betreutes Wohnen über einen mehrjährigen Zeitraum.

- **Otto-Friedrich-Universität Bamberg**

Forschungsschwerpunkte unter anderem im Bereich Management, Planung und Informationstechnologie im Sozial- und Gesundheitswesen, insbesondere Themenkomplexe wie Alter, (Geronto-)Technologie und Wohnen sowie weitere europaweite Projekte (s. auch Teil C.1.3, Projekt SOPHIA).

Pflegeforschung

Der prognostizierte Anstieg der Bevölkerungszahlen in den hohen und höchsten Lebensaltern hat unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung des Pflegebedarfs. Chronische Leiden und Multimorbiditäten werden zunehmen. Diese Entwicklung erfordert auch eine Intensivierung der Pflegeforschung.



Pflegeversicherung ein Erfolgsmodell

Die Pflegeversicherung, die 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung geschaffen wurde, hat sich bewährt. Während vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes für Pflege jährlich etwa 15 Mrd. DM zur Verfügung standen, sind es heute rund 17 Mrd. €, die die Pflegeversicherung jährlich an die Pflegebedürftigen ausschüttet. Die häusliche Pflege hat den gesellschaftlichen Stellenwert erhalten, der ihr gebührt: Zum einen wird die ehrenamtliche Pflege, deren Bedeutung nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, durch die Gewährung von Pflegegeld finanziell honoriert. Zum anderen entrichtet die Pflegeversicherung zugunsten der ehrenamtlich Pflegenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, was vor allem den vielen Frauen zugute kommt, die ihre Ehemänner, Eltern usw. pflegen. Dadurch ist es möglich, durch ehrenamtliche Pflege sowohl einen Rentenanspruch zu erwerben als auch einen schon bestehenden aufzubessern. Im vollstationären Bereich wird den meisten Pflegebedürftigen der unangenehme Weg zum Sozialamt erspart. Während vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes etwa 80 % der stationär Versorgten auf Sozialhilfe zurückgreifen mussten (in den neuen Ländern beinahe 100 %), ging seit 1995 der Anteil der Sozialhilfeempfänger um rund 35 % zurück.

Reformbedarf

Trotz dieser unbestritten positiven Bilanz besteht Reformbedarf. Seit 1999 übersteigen die Ausgaben die Einnahmen. 2003 belief sich das Defizit auf rund 690 Mio. €; im Jahr 2004 entstand ein Fehlbetrag von rund 820 Mio. €. Diese Entwicklung wird sich nicht nur fortsetzen, sondern sogar verschärfen. Ursächlich hierfür sind vor allem folgende drei Gründe:

- Die schlechte wirtschaftliche Situation, verbunden mit einem völlig unzureichenden Wirtschaftswachstum.
- Die demographische Entwicklung (vgl. hierzu Teil A.1), einhergehend mit der Zunahme der Zahl der Pflegefälle. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass der Anteil der stationär Versorgten immer größer wird. Lag er 1997 noch bei rund 28 %, liegt er heute bereits bei rund 32 % und wird – wenn nicht gegengesteuert wird – bis 2030 auf über 43 % ansteigen.
- Im häuslichen Bereich geht der Trend hin zur Inanspruchnahme der teuren Pflegesachleistungen. Wurden 1996 noch 4,4 Mrd. € für Pflegegeld ausgezahlt, waren es 2004 nur noch 4,1 Mrd. €. Parallel dazu erhöhten sich die Ausgaben für Pflegesachleistungen von 1,5 Mrd. € im Jahr 1996 auf 2,4 Mrd. € im Jahr 2004. Dieser Trend wird sich fortsetzen.

Reformziele

Um dieser Entwicklung gerecht werden zu können, sollten folgende Ziele verfolgt werden:

- Beibehaltung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung; keine Zusammenlegung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve.
- Überarbeitung der gegenwärtigen Spreizung zwischen den Leistungsbeträgen im ambulanten und stationären Bereich im Hinblick auf die Anreizwirkung für die stationäre Pflege.

Mögliche Leistungsverbesserungen

An folgende Leistungsverbesserungen ist im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten bzw. durch Umschichtungen innerhalb des Systems zu denken:

- Berücksichtigung des allgemeinen, den Bereich der Grundpflege übersteigenden Hilfe- und Betreuungsaufwandes von demenzkranken Menschen bei der Einstufung in die Pflegeversicherung. Dazu bedarf es auch einer Überarbeitung des Pflegebegriffs, um die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften zu berücksichtigen.
- Stärkung der häuslichen Pflege. Dabei ist auch die gegenwärtige Spreizung der Pflegeleistungen zwischen den einzelnen Pflegestufen im Hinblick auf die Anreizwirkung und die bedarfsgerechte Versorgung zu überprüfen.
- Stärkung der geriatrischen Rehabilitation (s. auch Teil C.2.2).
- Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung.



www.sozialministerium.bayern.de



Dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde durch die Beruf & Familie gemeinnützige GmbH die erfolgreiche Durchführung des Audits Beruf & Familie® bescheinigt: www.beruf-und-familie.de.



BAYERN DIREKT
ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel.: 0 18 01/ 20 10 10 (4,6 Cent pro Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom) oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Winzerstr. 9, 80797 München
E-Mail: kommunikation@stmas.bayern.de
Gestaltung: trio-group münchen
Bildnachweis: Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen,
Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern
Druck: Aumüller Druck KG
Stand: Mai 2006

Bürgerbüro: Tel.: 0 89/ 12 61-16 60, Fax: 0 89/ 12 61-14 70
Mo – Fr 9.30 bis 11.30 Uhr und Mo – Do 13.30 bis 15.00 Uhr
E-Mail: Buergerbuero@stmas.bayern.de

Hinweis: Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.