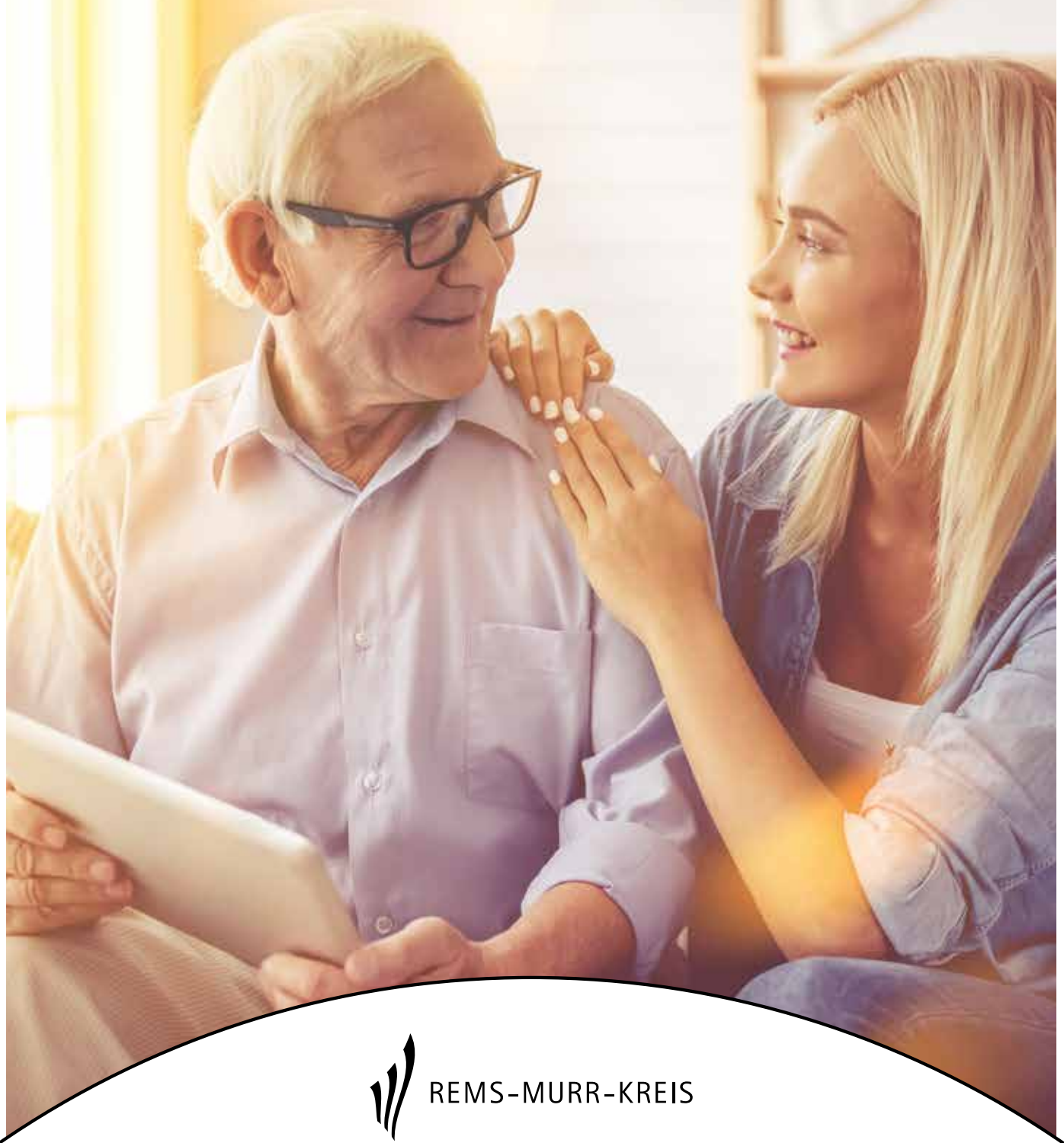


Älter werden im Rems-Murr-Kreis

Den demografischen Wandel erheben, planen und gestalten



REMS-MURR-KREIS



Liebe Leserin, lieber Leser,

was ist im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge notwendig und welche Versorgungsstrukturen in den Bereichen Mobilität, Gesundheit, Pflege und Wohnen braucht es, um älteren Menschen ein selbstbestimmtes, gutes Leben in gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen? Dies sind die Fragen, die uns bei der Erstellung des Kreispflegeplans „Älter werden im Rems-Murr-Kreis – Den demografischen Wandel erheben, planen und gestalten“ beschäftigt haben. Das vorliegende Planwerk, ein Ergebnis ämterübergreifender Zusammenarbeit, ist gekennzeichnet durch das breite Spektrum der bearbeiteten Themen, einen möglichst kleinräumigen Planungsansatz und das Einbeziehen der Wünsche und Bedarfe der älteren Generation.

Unser Planungsansatz deckt sich mit dem Inhalt des Siebten Altenberichts der Bundesregierung, der Ende 2016 erscheint. Unter dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wird auch dort die Bedeutung gewachsener kommunaler Strukturen und Lebenswelten für die Lebensqualität und Teilhabe der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger in den Fokus gestellt.

Dieser Kreispflegeplan soll für die Jahre bis 2020 und darüber hinaus ein Instrument sein, welches der Kreisverwaltung, den Trägern der Altenhilfe, den kommunalen Entscheidungsträgern und allen Bürgerinnen und Bürgern zahlreiche Handlungsansätze und -möglichkeiten aufzeigt. Thematisiert werden aber auch derzeit noch offene Fragen. Wir werden mit den beteiligten Akteuren aus der Kreisverwaltung, den Kommunen, der Ärzteschaft und den Altenhilfeträgern weiterhin aktiv das Gespräch suchen, um die erarbeiteten Handlungsempfehlungen gemeinsam umzusetzen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle allen danken, die an diesem Plan mitgewirkt haben und sich an dessen Umsetzung aktiv beteiligen werden.

Dr. Richard Sigel
Landrat des Rems-Murr-Kreises

Herausgeber

Landratsamt
Rems-Murr-Kreis
Kreissozialamt
Alter Postplatz 10
71332 Waiblingen
www.rems-murr-kreis.de

Redaktion	Monika Amann und Thomas Herrmann, Demenzfachberatung Werner Geiser, Altenhilfefachberatung Dr. Henrike Merx, Gesundheitsberichterstattung
Titelbild	Fotolia

Dezember 2016

I	Einleitung	7
II	Zusammenfassung	8
1	Soziodemografische und sozioökonomische Eckdaten	11
	1.1 Bevölkerungsstruktur	11
	1.1.1 Altersstruktur	11
	1.1.2 Nationalität und Migrationshintergrund	12
	1.1.3 Lebenserwartung	12
	1.2 Bevölkerungsentwicklung	12
	1.3 Finanzielle Ressourcen und Armutsgefährdung	13
	1.3.1 Einkommen und frei zur Verfügung stehende finanzielle Mittel	13
	1.3.2 Grundsicherung im Alter (4. Kap. SGB XII)	14
	1.3.3 Hilfe zur Pflege (7. Kap. SGB XII)	15
	1.4 Haushaltsbezogene Lebensformen	16
	1.4.1 Derzeitige Lebensform	16
	1.4.2 Gewünschte zukünftige Lebensform	17
	1.5 Pflegebedürftige Personen im Rems-Murr-Kreis	17
	1.6 Menschen mit Demenz	20
	1.6.1 Anzahl der Menschen mit Demenz	20
	1.6.2 Inzidenz Demenz	21
	1.6.3 Demenz, deren Formen und Ursachen – Hintergrundwissen	21
2	Altern in der Kommune	23
	2.1 Demenz in der Gesellschaft und in der Kommune (Teilhabe)	24
	2.2 Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung	25
	2.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand der Senioren	25
	2.2.2 Planungsgrundlagen der medizinischen Versorgung im Rems-Murr-Kreis	31
	2.2.3 Bedeutung der medizinischen Grundversorgung vor Ort	35
	2.2.4 Inanspruchnahme des Versorgungssystems	35
	2.3 Individuelle Mobilität und Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)	38
	2.3.1 Individuelle Mobilität	38
	2.3.2 Öffentlicher Personennahverkehr	41
3	Altenhilfe- und Kreispflegeplanung	42
	3.1 Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II	43
	3.2 Beratungsstellen und Interessenvertretungen für Senioren	45
	3.2.1 Altenhilfefachberatung	45
	3.2.2 Demenzfachberatung	46
	3.2.3 Pflegestützpunkt	48
	3.2.4 Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis	49

3.3 Ambulante Versorgung	50
3.3.1 Ambulante Dienste	50
3.3.2 Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz	51
3.3.3 Diagnostik und Therapie von Demenz	54
3.4 Teilstationäre Angebote	55
3.4.1 Betreutes Wohnen	55
3.4.2 Neue Wohnformen	57
3.5 Stationäre und teilstationäre Pflegeangebote	58
3.5.1 Bedarfe und derzeitige Angebote	58
3.6 Stationäre Pflege von Menschen mit Demenz	62
3.6.1 Situation von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege	62
3.6.2 Situation von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitation	63
3.7 Medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner	64
3.7.1 Medizinische Versorgung der Heimbewohner - Sicht der Trägereinrichtungen	64
3.7.2 Medizinische Versorgung der Heimbewohner - Sicht der Hausärzte	70
3.8 Ältere Migranten	73
4 Handlungsempfehlungen des Rems-Murr-Kreises	74
4.1 Pflegestützpunkt	74
4.2 Leben/Wohnen	74
4.2.1 Neue Wohnformen	74
4.2.2 Ambulante Versorgung	75
4.2.3 Entlastungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz:	75
4.2.4 Pflegeheime	75
4.2.5 In Privathaushalten lebende Senioren	76
4.2.6 Leben von Menschen mit Demenz in der Kommune	76
4.3 Medizinische Versorgung	76
4.4 Ältere Migranten	77
4.5 Kreispflegeplanung	77
Anlage Wichtige Links	78

I **Einleitung**

Im Jahr 1975 erstellte die Kreisverwaltung den ersten Kreissozialplan für den Rems-Murr-Kreis, welcher den gesamten Aufgabenbereich des Kreissozialamtes darstellte und behandelte. Der Kreissozialplan wurde im Abstand von 4 bis 5 Jahren neu aufgelegt.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung änderten sich die Rahmenbedingungen, der Schwerpunkt der Planung lag seitdem auf der pflegerischen Versorgung Äterer. Gemäß dem Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz - LPfIG), § 4 Kreispflegeplan, haben die Stadt- und Landkreise entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne zu erstellen, die den Bestand, den Bedarf und erforderliche Maßnahmen zur Bedarfsdeckung beinhalten. Neben der gesetzlichen Verpflichtung dient die Kreispflegeplanung als Grundlage wirkungsorientierter Steuerung im Bereich der Altenhilfeangebote.

In den letzten Jahren hat sich die Landschaft der Altenhilfeangebote nicht zuletzt durch die Aktivitäten des Kreises und vieler Akteure im Bereich der Altenhilfe, aber auch durch weitere Gesetzesänderungen verändert. Der Erkenntnis, dass „Älterwerden“ nicht zwangsläufig ein defizitärer Prozess, sondern eine soziale wie auch kulturelle Herausforderung im gesamtgesellschaftlichen Sinne ist, muss bei Planungen deutlich mehr Raum eingeräumt werden. Ähnlich sieht es mit den Belangen der steigenden Zahl älterer, (noch) in Privathaushalten lebender Einwohner mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus.

Um auch zukünftig eine adäquate, dem Bedarf einer „alternden Gesellschaft“ angepasste Infra- und Versorgungsstruktur sicherzustellen, hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Gesundheitsberichterstattung, Demenzfachberatung und Altenhilfefachberatung, die bisherige Kreispflegeplanung neu konzipiert und weiterentwickelt. Der vorliegende Bericht ist Ergebnis dieser intensiven fachübergreifenden Kooperation.

Das nachfolgende Schema diene als Arbeitsgrundlage und wurde im Sozialausschuss am 04.05.2015 vorgestellt.

Älter werden im Rems-Murr-Kreis		
Planerische Grundlagen	Kreispflegeplan	Geriatricplan
• Empfänger Hilfe zur Pflege und Grund-sicherung • "Altersarmut", Armut insgesamt • Demografie • Zahlen Demenz • Prognosen Pflege-bedürftigkeit	• Bestand Angebot Pflege ambulant & stationär • Bedarfsplanung stationär nach Mittelbereichen • Situation der Pflege allgemein ▪ Pflegekräfte halten und gewinnen ▪ Ärzte • Pflege und Migration	• Umfrage mit KSR in Kooperation mit Ortschaftsräten in Gemeinden • Ärztliche Versorgung in Heimen • Geriatricische Abteilung im RM-Klinikum Winnenden • Reha-Klinik

Die Ergebnisse der einzelnen Module sollen zunächst den jeweiligen Kooperationspartnern wie dem Kreissenorenrat, den Ärzteschaftsvorsitzenden und den Vertretern der Heime und ambulanten Dienste vorgestellt werden, um gemeinsam die nötigen Schlussfolgerungen abzuleiten und nachhaltige Maßnahmen anzustoßen.

II Zusammenfassung

Die deutliche Zunahme älterer Mitbürger sowie zahlreiche Veränderungen in der Gesellschaft und der Versorgungslandschaft stellen Kreis und Kommunen vor neue Herausforderungen. In allen Arbeitsfeldern dieses Berichts spielen die Aspekte **Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe eine zentrale Rolle**.

Arbeitsfeld Gesundheitsberichterstattung

Sowohl die steigende Zahl gesunder aktiver älterer Menschen als auch die Zunahme der gesundheitlich beeinträchtigten und der pflegebedürftigen Älteren werden in den nächsten Jahren zu Veränderungen u. a. in der Nachfrage und Inanspruchnahme des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems und der kommunalen Infrastruktur führen. Über die Lebens- und Versorgungssituation der Generation 65+, aber auch über ihre Wünsche, Bedarfe und Erwartungen ist allerdings nur wenig bekannt. Hier eine Lücke zu schließen ist Ziel der Ende 2014 unter Federführung der Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung durchgeführten kreisweiten **repräsentativen Bürgerbefragung „Altern im Rems-Murr-Kreis“**. Fokussiert wird in der Befragung auf die Dimensionen

- **Gesundheitszustand und medizinische Versorgung**
- **individuelle Mobilität und Öffentlicher Personennahverkehr sowie**
- **Wohnumfeld und Unterstützungsbedarf,**

die für ein selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit wesentlich sind. Eine kleinräumige Datenauswertung trägt der heterogenen Kreisstruktur Rechnung.

Erste Ergebnisse der Bürgerbefragung sind bereits in die beiden anderen Arbeitsfelder dieses Berichtes eingeflossen. In Form von 4 Kurzberichten wird die Kreisverwaltung auch den für **die kommunale Daseinsvorsorge** zuständigen Akteuren sukzessive sämtliche Ergebnisse zur weiteren Verwendung zur Verfügung stellen. Sofern für konkrete Planungsschritte erforderlich, können auch gezielte weitergehende Auswertungen der Umfrage durchgeführt werden.

Im Rems-Murr-Kreis bestehen deutliche regionale Unterschiede bei der Pflegebettendichte und dem hausärztlichen Versorgungsgrad. Um die Frage zu klären, wie gut die **ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner in den einzelnen Kreisregionen** ist, führte die Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung im 2. Halbjahr 2013 eine kreisweite Befragung der Trägereinrichtungen (Pflegeheimleitung/Pflegedienstleitung) sowie der praktizierenden Hausärzte zu der Thematik durch. Prinzipiell wurde die hausärztliche Versorgung – bei einigen regionalen Problemkonstellationen und sich abzeichnenden zukünftigen Schwierigkeiten – noch als zufriedenstellend bezeichnet. Deutlich ungünstiger fiel allerdings die Beurteilung der fachärztlichen Versorgung (Ausnahme Neurologie) aus. Sowohl Heimträger als auch Ärzte benannten zahlreiche Optimierungsvorschläge, die sich an unterschiedliche Akteure richten.

Arbeitsfeld Altenhilfefachberatung

Der Anstieg der Zahl der Hochaltrigen und das damit zwangsläufig verbundene Risiko der Pflegebedürftigkeit stellt hinsichtlich der Personalpflege und –gewinnung wie auch bei der Qualitätssicherung enorme Herausforderungen an die Träger der Altenhilfe. Die Umsetzung des neuen Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) ab 01.01.2017 stellt zum einen eine Verbesserung für alle Betroffenen und ihre Angehörigen dar, ist aber gleichzeitig eine große Herausforderung für die Träger der Alten- und Sozialhilfe, da die Auswirkungen, speziell die Kosten, im Moment nicht klar kalkulierbar sind. Es geht im Wesentlichen darum, den Menschen Hilfen an die Hand zu geben bzw. Möglichkeiten zu eröffnen, mit denen sie dem Wunsch nach einem lebenswerten und selbstbestimmten Altern nachkommen können.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit den benannten Schwerpunkten ist die Aufgabe der kommenden Jahre.

- Umfangreiche Beratungsangebote im Kreis sind bereits vorhanden. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene neutrale Beratung wird durch den **Pflegestützpunkt (PSP)** gewährleistet. Aufgrund der Größe unseres Landkreises ist aber ein weiterer PSP notwendig, um die zukünftigen Aufgaben zu bewältigen.
- Die **ambulante Versorgung** wird vor allem durch die Familien erbracht. Pflegedienste kommen statistisch betrachtet erst an 2. Stelle und tragen mit dem im Rems-Murr-Kreis flächendeckend vorhandenen Angebot zur Entlastung der Angehörigen und der Betroffenen bei. Hier ist auf das PSG II zu verweisen, steigende Nachfrage und Fachkräftmangel sind bereits erkennbar.
- **Betreutes Wohnen und neue Wohnformen (Mehrgenerationenwohnen, Senioren-WG, ambulant betreute Wohngemeinschaften, quartiersbezogene Konzepte)** sind nach wie vor im Fokus der Altenhilfeplanung, da die vielfältigen Konzepte alle das Ziel haben, vor allem die Selbständigkeit der älteren Menschen möglichst lange zu erhalten. Der demografisch bedingte Anstieg der Nachfrage nach Pflegeheimplätzen könnte zumindest gemindert werden. Planungs- und Entwicklungsprozesse finden auf kommunaler Ebene statt und müssen verbessert werden, indem z. B. einfachere Rahmenbedingungen für die genannten Modelle geschaffen werden.
- Ganz ohne **stationäre und teilstationäre Angebote** wird es jedoch nie gehen, da auch die familiären Systeme einem Wandel unterliegen und nur bis an gewisse Grenzen belastbar sind. Der Rems-Murr-Kreis verfügt bis auf 2 Ausnahmen in jeder Kommune über mindestens ein Pflegeheim und erfüllt rein statistisch die Bedarfsanforderungen für 2020. Dies gilt auch für die Kurzzeitpflege und die Tagespflege, wobei bei allen 3 Bereichen die Nachfrage bereits jetzt immer wieder zu Engpässen führt. Eine engmaschige Begleitung und Beobachtung der Gesamtsituation muss zeigen, ob weitere Handlungsschritte notwendig sind. Allerdings ist auch hier auf den erkennbaren Fachkräftmangel zu verweisen.
- **Ältere Migranten** verdienen mit Blick in die Zukunft ein besonderes Augenmerk. Viele, die in den 60-iger Jahren zum Arbeiten nach Deutschland gekommen sind, sind inzwischen im Besitz einer deutschen Staatsbürgerschaft und werden nicht mehr als ausländische Mitbürger erfasst, manche sind wieder in ihre alte Heimat zurück oder möchten dies und können nicht, da sich auch bei ihnen die familiären Systeme verändert haben. Trotzdem sind sie der Kultur und Tradition ihrer alten Heimat noch verbunden. Hier gilt es, gemeinsame Wege zu finden, damit die Versorgungsangebote auch für diese Personengruppe zur Verfügung stehen, d. h. Teilhabe und Inklusion ermöglicht wird.

Arbeitsfeld Demenzfachberatung

Demenz ist eng mit dem Älterwerden verbunden, die demografischen Zusammenhänge sind hinlänglich bekannt und ein zukünftig deutlicher Anstieg von Menschen mit Demenz wird prognostiziert. Der Landkreis ist seit nunmehr fast 15 Jahren mit der Fachberatung Demenz dabei, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu erfassen, entsprechende Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen.

Die Zielsetzung der Arbeit im Landkreis orientiert sich konkret an der Verbesserung der Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit kognitiven Veränderungen. Trotz aller Defizite, mit denen ein Mensch durch die Diagnose Demenz konfrontiert wird, bleibt er immer noch eine Person mit den gleichen Bedürfnissen wie Menschen ohne Demenz, auch wenn er auf Hilfe angewiesen ist. Dem entsprechend gilt es zu prüfen, wie das Leben zu Hause, im Kreis der Angehörigen, in der Gemeinde oder Stadt, aber auch mit Hilfe professioneller Dienstleistungen gelingen kann, damit Menschen mit Demenz weiter einfach „dazugehören“.

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

- Einer Stigmatisierung von Menschen mit Demenz muss weiter entgegen gewirkt werden. Daher muss die Aufklärung der Öffentlichkeit über das, was unter Demenz verstanden wird, und die Sensibilisierung dazu, mit welcher Haltung Menschen mit Demenz begegnet werden sollte, weiter betrieben werden.
- Menschen mit Demenz brauchen Strukturen, die das Zusammenleben in der Gemeinde fördern. Daher sind weitere, nachhaltige Initiativen auf dem Weg zu „demenzfreundlichen Kommunen“ in den Städten und Gemeinden im Rems-Murr-Kreis notwendig.
- Eine gesicherte Diagnose „Demenz“ eröffnet dem Betroffenen Zugang zum sozialen Sicherungssystem u. a. im Bereich der Pflegeversicherung. Die Optimierung in den Bereichen der medizinischen (Differential-)Diagnostik und Therapie scheint erforderlich.
- Der Rems-Murr-Kreis verfügt über ein gutes und nahezu flächendeckendes Angebot niederschwelliger Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Der weitere Ausbau und die Förderung dieser Angebote sowie die Sicherstellung der Qualität anerkannter Angebote sind zu gewährleisten. Die Arbeit Ehrenamtlicher in diesem Bereich gilt es weiter zu fördern.
- Menschen mit Demenz und deren Angehörigen stehen eine Vielzahl an Wohnformen im Landkreis zur Verfügung, neue Wohnformen wie z. B. Demenzwohngemeinschaften gibt es jedoch noch nicht. Initiativen zu Angeboten neuer Wohnformen sind daher wünschenswert, ebenso die Förderung von Maßnahmen zum Verbleib in den eigenen vier Wänden durch Wohnraumanpassung, Lösungen zur Verbesserung von Sicherheit und Kompetenz sowie Einbindung von Familie, Nachbarn, sozialer Dienste etc..
- Demenz ist die häufigste Ursache, um im Verlauf der Erkrankung und des Voranschreitens der kognitiven Veränderungen pflegebedürftig zu werden. Wenn die Pflege und Versorgung Zuhause nicht mehr möglich ist, sind stationäre Pflegeheime und spezialisierte Wohnbereiche eine zumeist gute Alternative. Die Sicherung qualitativ guter Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist allerdings vor dem Hintergrund des aktuellen (Fach-)Personalmangels gefährdet. Träger von Pflegeeinrichtungen sind in ihrer Führung und Leitung dennoch weiterhin verantwortlich für die Sicherung qualitativer Standards für Pflege und Betreuung und die Sorge um ihre Mitarbeiter.

Die aufgeführten Ergebnisse der Analyse sind im folgenden Bericht ausführlich begründet und mit Handlungsempfehlungen verknüpft. Alle Empfehlungen und Hinweise folgen der Überzeugung, dass in einem Leben mit Demenz Lebensqualität und Wohlbefinden prinzipiell möglich sind – für die Betroffenen wie auch diejenigen, die sie unterstützen – und dass Demenz uns alle angeht!

1 Soziodemografische und sozioökonomische Eckdaten

Der demografische Wandel, die drohende Altersarmut – Argumente, die in jede Diskussion zum Thema „Altern“ eingebracht werden. Wie sieht die Situation aber ganz konkret bei uns im Rems-Murr-Kreis aus? Bei der Bearbeitung dieser Frage zeigt sich, dass bereits für die Kreisebene häufig keine Daten aus amtlichen Routinestatistiken abrufbar sind. Die folgenden für Planungszwecke unerlässlichen Grunddaten basieren daher auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen und stammen aus unterschiedlichen Datenquellen.

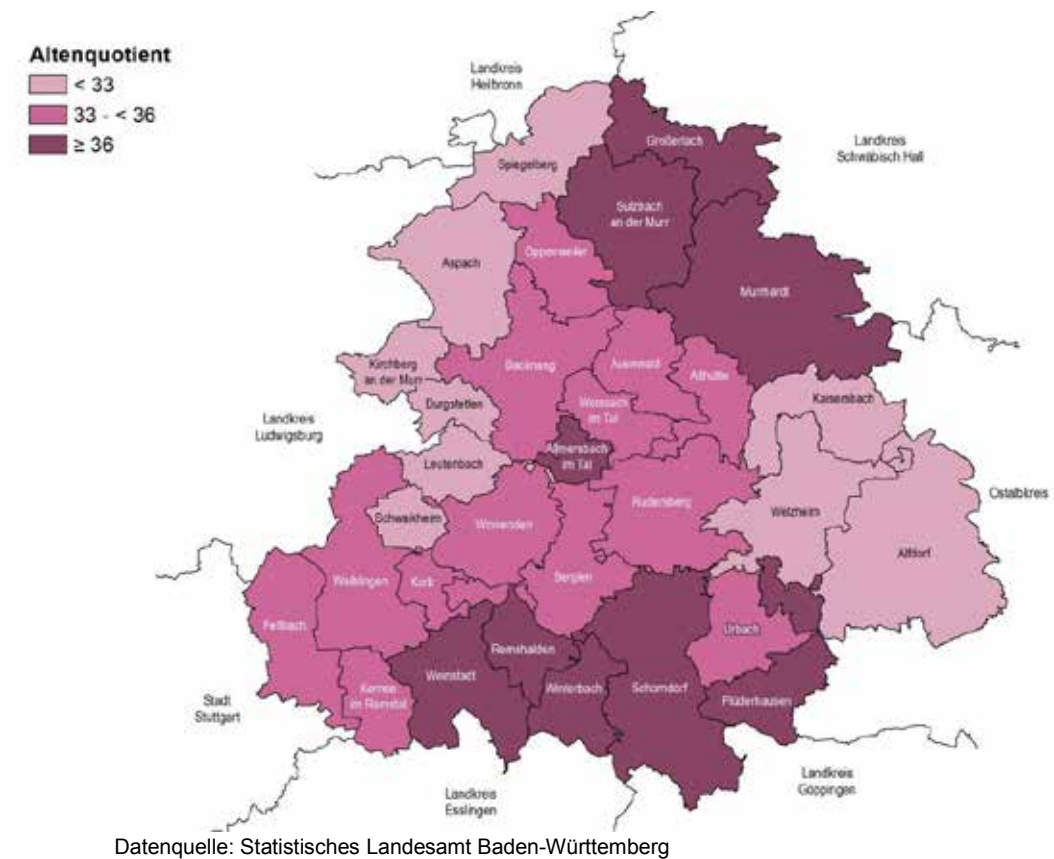
1.1 Bevölkerungsstruktur

1.1.1 Altersstruktur

Am Stichtag 31.12.2014 lebten nach Angaben des Statistischen Landesamtes im Rems-Murr-Kreis ca. 414.000 Personen. Ca. 80.650 Einwohner waren jünger als 20 Jahre, knapp 86.000 älter als 65 Jahre. Im Jahr 2011 überstieg die Zahl der Senioren im Rems-Murr-Kreis erstmals die der Kinder und Jugendlichen (unter 20 Jahre).

Der Altenquotient¹ im Rems-Murr-Kreis lag 2014 bei 34,8 und damit etwas über dem Landesdurchschnitt von 32,5. Innerhalb des Rems-Murr-Kreises weisen wiederum einige Gemeinden im Schwäbischen Wald sowie im Remstal derzeit einen etwas höheren Anteil älterer Mitbürger auf.

Abb. 1 Altenquotient im Jahr 2014 in den Gemeinden des Rems-Murr-Kreises



¹ Verhältnis der Anzahl der ≥ 65 -Jährigen zur Anzahl der 20- bis 64-Jährigen

1.1.2 Nationalität und Migrationshintergrund

Erfasst wird in amtlichen Routinestatistiken nur die Nationalität und nicht der Migrationshintergrund der Bevölkerung. Der Ausländeranteil der Bevölkerung in Baden-Württemberg liegt nach Angaben des Statistischen Landesamtes bei 12,6 %, im Rems-Murr-Kreis bei 13,2 % (Stand: 31.12.2014). Einen Migrationshintergrund weisen nach Ergebnissen aus dem Mikrozensus² allerdings 27,1 % der Bevölkerung in Baden-Württemberg auf, davon sind nach dieser Datenquelle 14,9 % Deutsche und 12,2 % Ausländer. Rechtliche Vorgaben (z. B. § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz) und das Einbürgerungsverhalten beeinflussen den Anteil ausländischer Mitbürger stark.

Von der ≥ 65-jährigen Bevölkerung des Rems-Murr-Kreises besitzen 7,4 % eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Zu beobachten ist eine deutliche Altersabhängigkeit. Gehören bei den 80-Jährigen und Älteren nur 3,0 % einer anderen Nationalität an, so sind es bei den 65- bis 79-Jährigen 8,9 %. Im Unterschied zur Bevölkerungsstruktur der deutschen Einwohner übertrifft bei den ausländischen Mitbürgern die Zahl der Männer in allen Altersgruppen > 65 Jahre die der Frauen.

1.1.3 Lebenserwartung

Zwischen 2006 und 2014 stieg mittlere Lebenserwartung im Kreis um ca. ein Jahr

Die Lebenserwartung der Frauen im Rems-Murr-Kreis stieg im Zeitraum zwischen 2006 und 2014 von 83,2 auf 84,2 Jahre, bei den Männern von 78,5 auf 79,4 Jahre. Mit 84,2 Jahren werden Frauen im Rems-Murr-Kreis derzeit im Durchschnitt etwas älter als in Baden-Württemberg (83,9 Jahre), während Männer im Kreis und im Land eine identische mittlere Lebenserwartung haben.

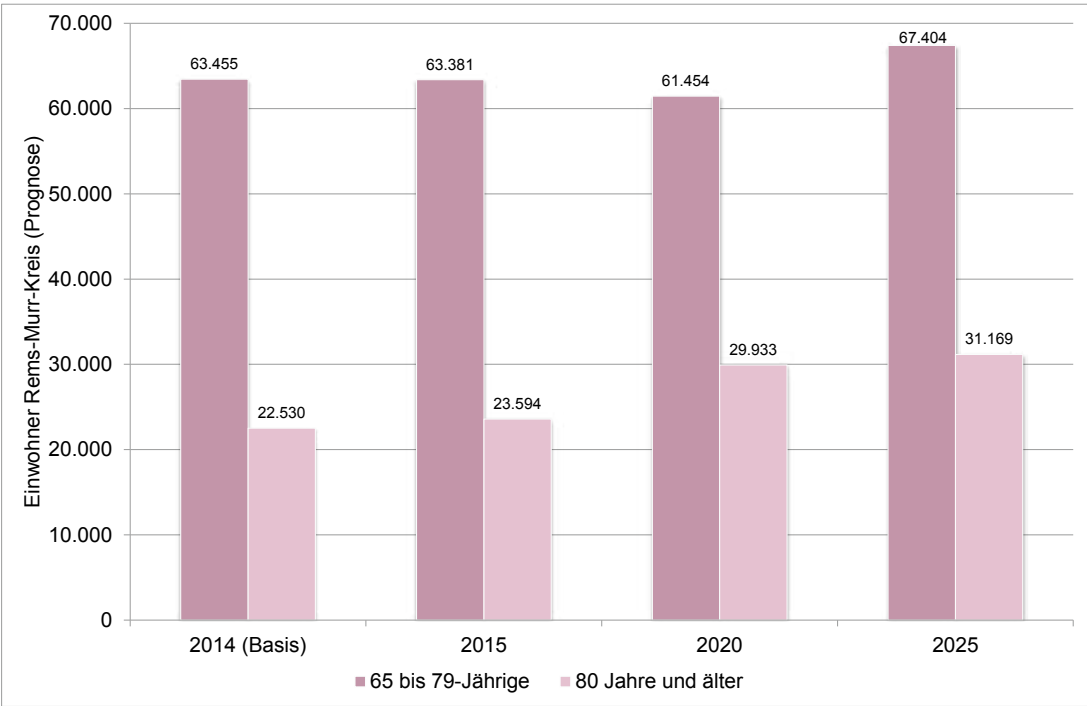
1.2 Bevölkerungsentwicklung

Zahl der ≥ 80-Jährigen steigt von 20.450 in 2011 auf ca. 29.950 in 2020

Die nächsten Jahre, d. h. der Zeitraum bis 2020, werden nach Prognosen des Statistischen Landesamtes durch einen deutlichen Anstieg der ≥ 80-Jährigen gekennzeichnet sein. 2020 werden im Rems-Murr-Kreis fast 30.000 ≥ 80-Jährige leben, das entspricht einer Zunahme um 50 % in der Dekade zwischen 2010 und 2020. Ab 2020 erreicht die Babyboomer-Generation das Rentenalter, so dass der Zeitraum bis 2035 u. a. durch einen deutlichen Anstieg der 65- bis 79-Jährigen (auf ca. 84.000 Personen) geprägt sein wird.

² eine jährlich durchgeführte Befragung von einem Prozent aller Haushalte in Deutschland. Bundesweit nehmen etwa 380.000 Haushalte mit 820.000 Personen an der Mikrozensus-erhebung teil. Der Mikrozensus beinhaltet wichtige Strukturdaten über die Bevölkerung zur Erwerbstätigkeit, zum Einkommen und zur schulischen und beruflichen Ausbildung. Für den Großteil der Fragen besteht Auskunftspflicht. Die Ergebnisse werden nicht auf Kreisebene runtergebrochen.

Abb. 2 Entwicklung der Anzahl der 65-Jährigen und Älteren bis 2025 (Prognose des Statistischen Landesamtes³)



1.3 Finanzielle Ressourcen und Armutsgefährdung

1.3.1 Einkommen und frei zur Verfügung stehende finanzielle Mittel

Bei 46 % der Seniorinnen liegt Nettoeinkommen unter 900 Euro

Das monatliche Nettoeinkommen von Männern und Frauen in der Generation 65+ unterscheidet sich in Baden-Württemberg nach Angaben des Statistischen Landesamtes⁴ deutlich. Während knapp ca. 46 % der Frauen dieser Altersgruppe mit weniger als 900 Euro auskommen müssen, sind dies bei den Männern knapp 12 % (s. Abb. 3). Daten des Mikrozensus werden nicht auf Kreisebene heruntergebrochen, so dass für den Rems-Murr-Kreis keine derartigen Angaben zur Verfügung stehen.

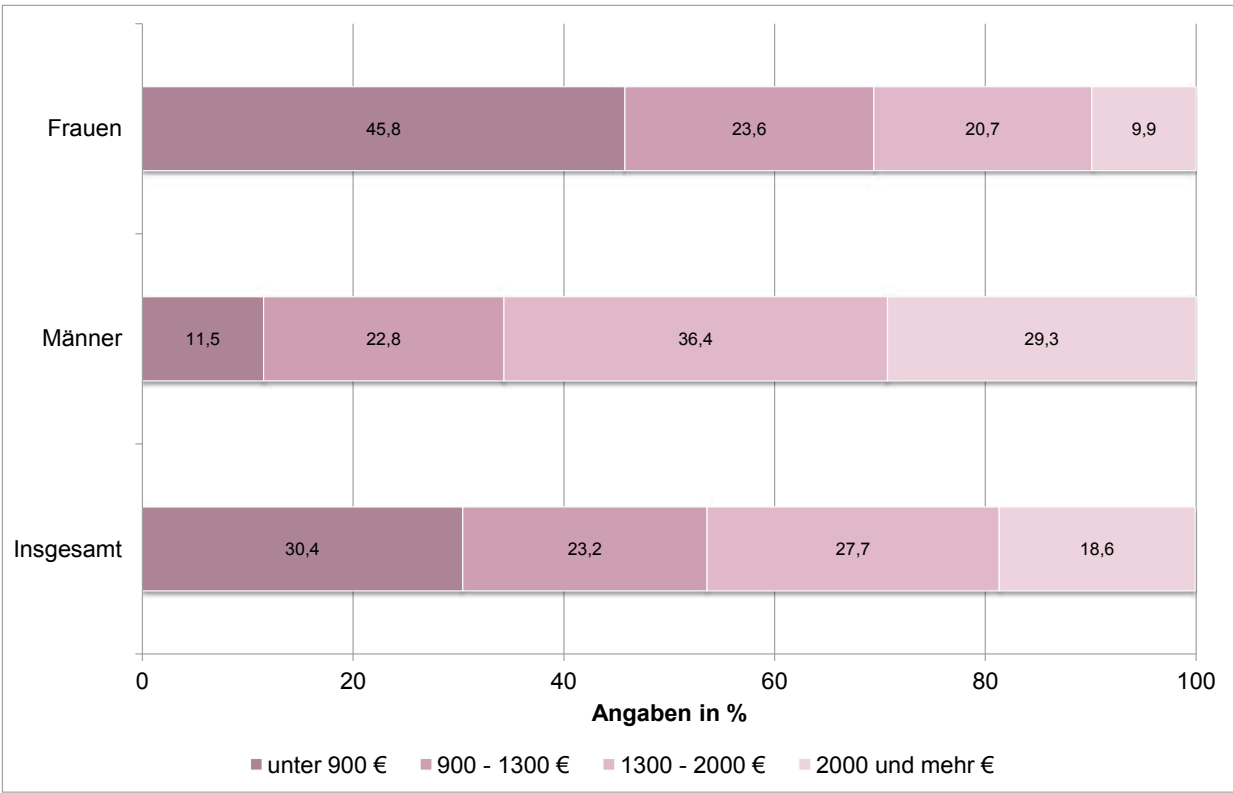
Die deutlichen geschlechterspezifischen Unterschiede der finanziellen Situation in der Generation 65+ spiegeln sich allerdings auch in einer 2014 vom Landratsamt Rems-Murr-Kreis durchgeführten repräsentativen kreisweiten Umfrage⁵ wieder. Ca. 23 % der Seniorinnen und 15 % der Senioren geben in dieser Umfrage an, im Bedarfsfall max. 50 € für Hilfs- und Unterstützungsleistungen ausgeben zu können. Mehr als 200 € stehen indes knapp einem Drittel der Männer, aber nur knapp einem Fünftel der Frauen für diese Zwecke zur Verfügung.

³ Basis der Prognose: 19 Altersgruppen mit Wanderungen – Prognosen ohne Wanderungen unterscheiden sich bei den über 65-Jährigen bis 2025 nicht wesentlich.

⁴ Angaben basieren auf Mikrozensus-Daten aus dem Jahr 2014

⁵ Landratsamt Rems-Murr-Kreis: „Altern im Rems-Murr-Kreis – Modul I“

Abb. 3 Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter nach monatlichem Nettoeinkommen und Geschlecht (Bezug: Baden-Württemberg)



Datenquelle: Statistisches Landesamt (Mikrozensus 2014)

1.3.2 Grundsicherung im Alter (4. Kap. SGB XII)

Die Grundsicherung im Alter ist eine bedürftigkeitsabhängige Leistung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Anspruch auf Grundsicherung im Alter haben Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und die die Altersgrenze (65 Jahre bzw. 65 Jahre + x Monate) erreicht haben, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus ihrem Einkommen und Vermögen sicherstellen können. Die Grundsicherung im Alter soll dazu beitragen, die sogenannte versteckte Armut abzumildern. In der Regel werden daher keine Unterhaltsansprüche gegenüber den Kindern geltend gemacht.

Zunahme der Leistungsempfänger in den letzten Jahren

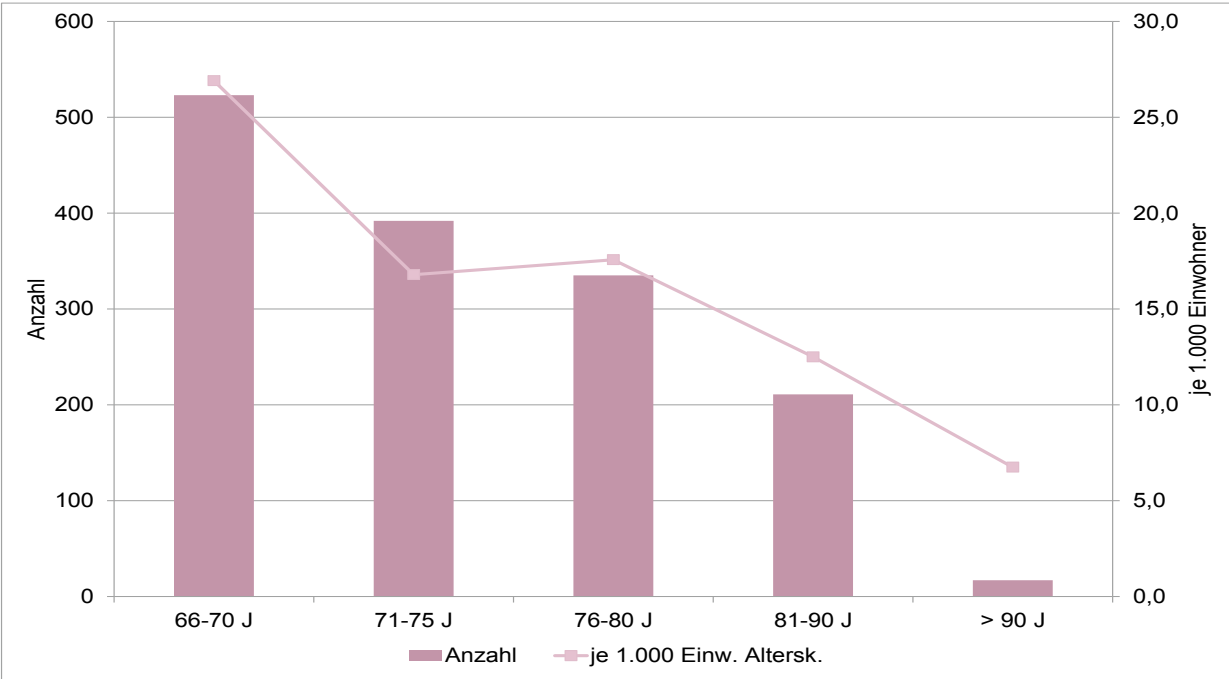
Ende 2015 erhielten in Baden-Württemberg ca. 52.600 Personen Grundsicherung im Alter. Der Frauenanteil liegt derzeit bei ca. 60 %. Der überwiegende Anteil der Leistungsempfänger (≈ 86 % bzw. gut 45.000 Personen) lebt in Privathaushalten. Sowohl die Zahl der Leistungsempfänger als auch die Leistungsempfängerquote sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen.

Jüngere Senioren erhalten häufiger Grundsicherung als ältere

Zum Stichtag 31.12.2015 bezogen im Rems-Murr-Kreis 1.478 Personen, die mindestens 66 Jahre alt waren und außerhalb von Einrichtungen wohnten, Grundsicherung im Alter. Analog zum bundes- und landesweiten Trend ist auch im Kreis eine Zunahme der Leistungsempfänger in den letzten Quartalen zu beobachten. In der Altersgruppe der 66- bis 70-Jährigen beziehen sowohl absolut (Anzahl) als auch relativ (Anzahl/1.000 Einwohner) mehr Personen Grundsicherungsleistungen als in den höheren Altersgruppen (s. Abb. 4). Ob die höhere Rate bei den jüngeren Rentnern bereits den Beginn der

prognostizierten Zunahme von Leistungsempfänger aufgrund unterbrochener Erwerbsbiografien, prekärer Beschäftigungsverhältnisse, Änderungen im Rentenrecht usw. darstellt, wird die Entwicklung in den nächsten Jahren zeigen.

Abb. 4: Altersstruktur der Grundsicherungsempfänger außerhalb von Einrichtungen im Rems-Murr-Kreis (Stand 31.12.2015)



Quelle: Sozialamt (Stand 31.12.2015), Statistisches Landesamt – eigene Berechnungen

1.3.3 Hilfe zur Pflege (7. Kap. SGB XII)

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Diese Sozialleistung soll den nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung gedeckten Bedarf an Pflegehilfe auffangen und übernehmen.

Kontinuierlicher Anstieg der Hilfeempfänger

Die Zahl der Empfänger Hilfe zur Pflege (alle Leistungsarten, alle Altersgruppen) stieg in Baden-Württemberg im Zeitraum zwischen 2006 und 2013 kontinuierlich an von 33.670 Personen auf 44.078 Personen.

Ältere Senioren sind häufiger Hilfeempfänger

Am 31.12.2015 erhielten im Rems-Murr-Kreis 762 Personen, die älter als 65 Jahr waren, Hilfe zur vollstationären Pflege. Sind in der Altersgruppe der 76- bis 85-Jährigen 1 % auf diese Hilfeleistung angewiesen, so sind es bei den über 85-Jährigen 3,2 %. Der steigende Anteil Hilfeempfänger mit zunehmendem Lebensalter beruht auf mehreren Faktoren wie der häufigeren Versorgung im Pflegeheim (siehe Abb. 8), dem etwas höheren Pflegebedarf im höheren Lebensalter u. ä. Aufgrund der prognostizierten deutlichen Zunahme der Generation 80+ (s. Abb. 2) und Änderungen in der Gesetzgebung (PSG II/III) ist in naher Zukunft mit einem Anstieg der Hilfeempfänger zur vollstationären Pflege und den damit verbundenen Aufwendungen zu rechnen.

1.4 Haushaltsbezogene Lebensformen

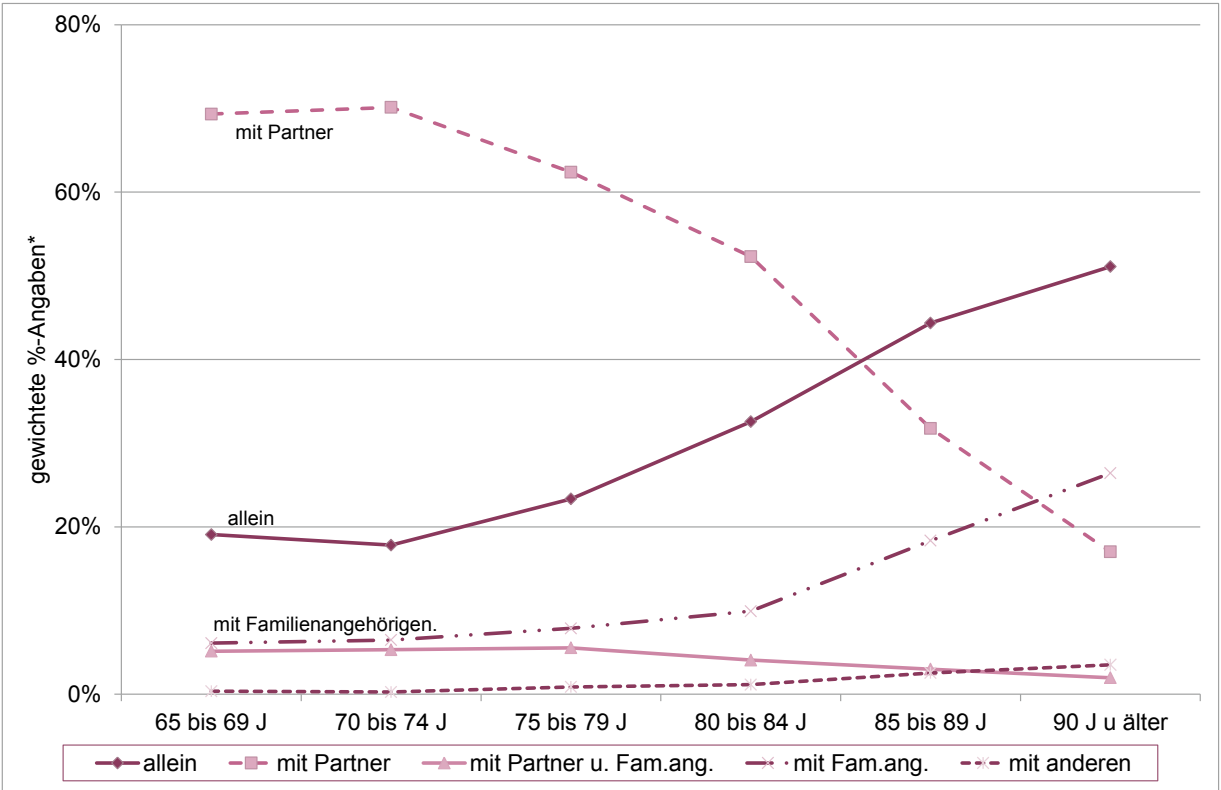
1.4.1 Derzeitige Lebensform

Ca. 25 % der Senioren im Kreis sind alleinlebend

Ca. 61 % der Generation 65+ gaben in einer 2014 im Rems-Murr-Kreis durchgeführten repräsentativen Umfrage⁶ an, mit ihrem (Ehe-)Partner zusammenzuleben, bei weiteren 9 % bzw. 5 % wohnen Familienangehörige bzw. Partner und Familienangehörige mit im Haus. Allein in ihrer Wohnung bzw. ihrem Haus leben ca. 25 % der Senioren (35 % der Frauen und 17 % der Männer). Andere Wohnformen spielen mit knapp 1 % keine Rolle.

Im höheren Lebensalter steigt durch den Verlust des Partners der Anteil der Alleinlebenden deutlich an (s. Abb. 5). Auch wohnen ältere Senioren deutlich häufiger mit Familienangehörigen in einem Haus zusammen als jüngere.

Abb. 5 Wohnsituation der Senioren im Rems-Murr-Kreis in Abhängigkeit vom Lebensalter



Quelle: Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

⁶ Landratsamt Rems-Murr-Kreis „Altern im Rems-Murr-Kreis“ – Modul I

1.4.2 Gewünschte zukünftige Lebensform

Ein zentrales Anliegen der Senioren bundesweit ist, so lange wie möglich ein selbständiges Leben in den eigenen vier Wänden zu führen. Auch im Rems-Murr-Kreis haben Senioren ähnliche Zukunftsvorstellungen, wie die Ergebnisse in Abb. 6 veranschaulichen.

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

Abb. 6 Zukunftsvorstellungen der Senioren im Rems-Murr-Kreis in Abhängigkeit des Lebensalters

	unter 80 Jahre	≥ 80 Jahre	Gesamt
in derzeitiger Wohnung bleiben (ggf. mit Unterstützung)	75,2 %	83,1 %	77,1 %
in altersgerechte Wohnung umziehen	5,3 %	1,1 %	4,2 %
zu Kindern ziehen	0,6 %	0,5 %	0,6 %
Haus-/Wohngemeinschaft	0,3 %	0,1 %	0,2 %
betreutes Wohnen	4,1 %	2,1 %	3,6 %
Pflegeheim	0,9 %	1,8 %	1,1 %
Sonstiges	2,1 %	0,5 %	1,7 %
mehrere Antworten, davon	11,5 %	10,7 %	11,3 %
- derzeitige Wohnung/betreutes Wohnen	3,0 %	2,7 %	2,9 %
- derzeitige Wohnung/Pflegeheim	1,2 %	2,8 %	1,6 %

Quelle: Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

1.5 Pflegebedürftige Personen im Rems-Murr-Kreis

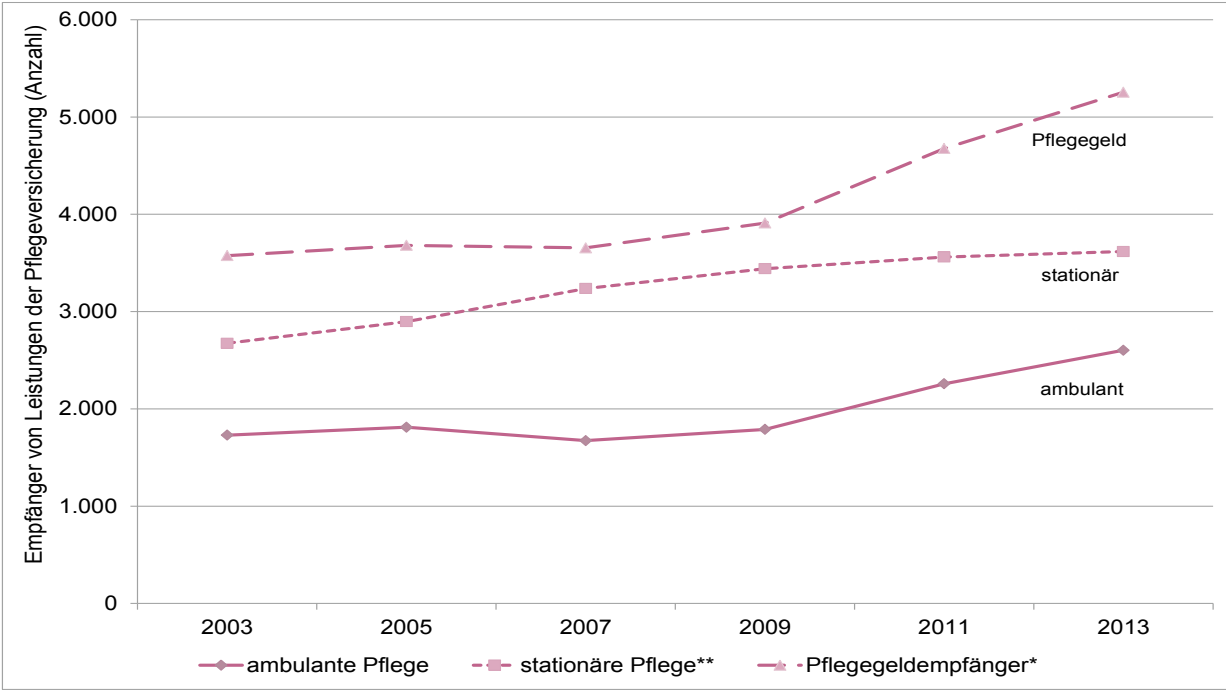
Anstieg der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren

Zwischen 2003 und 2013 stieg der Anteil aller Pflegebedürftigen⁷ an der Gesamtbevölkerung im Rems-Murr-Kreis von 1,9 % auf 2,8 %. Die Zahl der Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen) nahm in diesem Zeitraum von knapp 8.000 auf knapp 11.500 Personen zu. Dabei erhöhte sich seit 2009 insbesondere die Zahl der in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und/oder ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen (s. Abb. 7).

Mit 2.792 Pflegebedürftigen/100.000 Einwohner entspricht die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung im Rems-Murr-Kreis in etwa dem Landesdurchschnitt von 2.810 Pflegebedürftigen/100.000 Einwohnern.

⁷ definiert als Zahl der Leistungsempfänger (Statistisches Landesamt - Pflegestatistik über die Pflegeversicherung Z1.1)

Abb. 7 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im Rems-Murr-Kreis im Zeitraum 2003 - 2013 nach Leistungsarten (Datenquelle: Statistisches Landesamt - Pflegestatistik über die Pflegeversicherung Z1.1)



* Pflegebedürftige, die nicht bereits bei der ambulanten bzw. stationären Pflege berücksichtigt sind
** seit 2009 ohne teilstationäre Pflege

Ab dem 75. Lebensjahr steigt das Pflegerisiko deutlich an

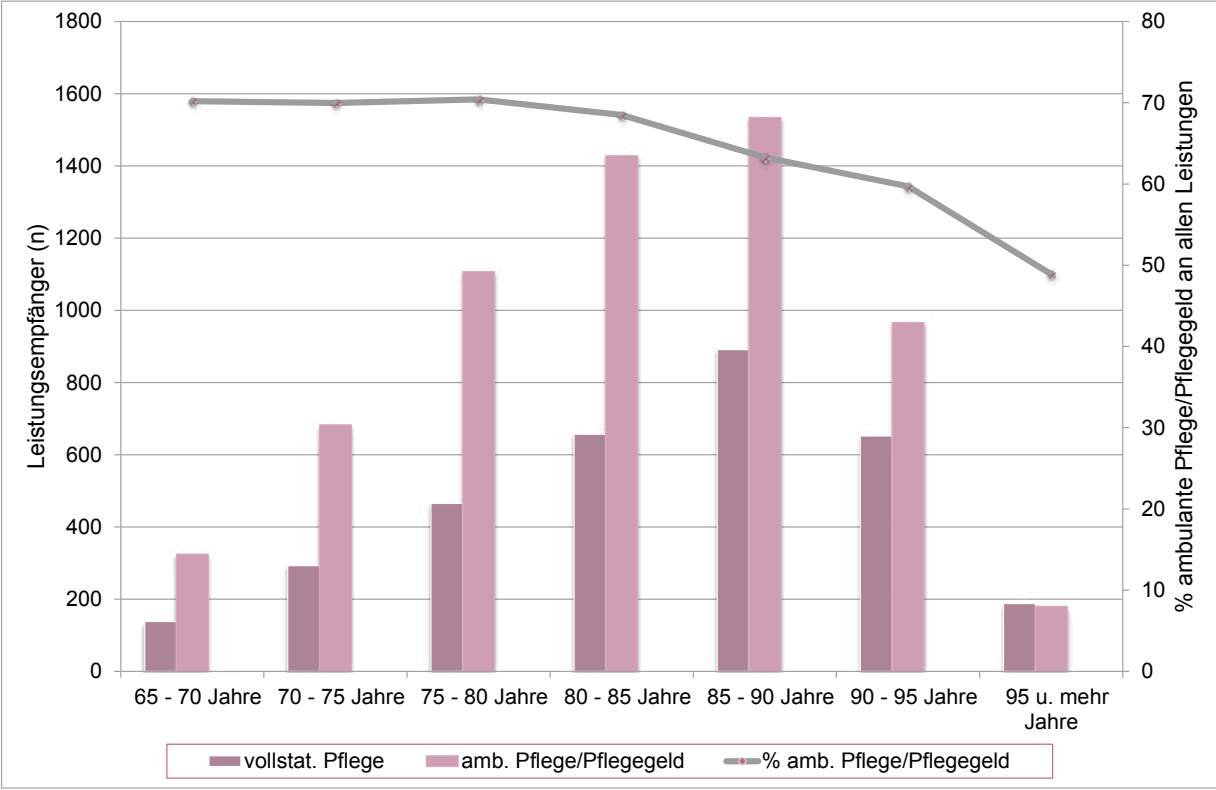
Nach Angaben der Pflegestatistik über die Pflegeversicherung bezogen im Rems-Murr-Kreis am Stichtag 15.12.2013 insgesamt ca. 9.500 Personen der Generation 65+ Leistungen der Pflegeversicherung. Dies entspricht einem Anteil von gut 11 % in dieser Bevölkerungsgruppe. Nach dem 75. Lebensjahr steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich an. Sind in der Altersgruppe der 70- bis 74-jährigen gut 4 % der Bevölkerung auf Pflege angewiesen, so sind es bei den 85- bis 89-Jährigen bereits 34 % und bei den 90-Jährigen und Älteren knapp 60 %. Auffallend ist, dass Frauen ab dem 75. Lebensjahr laut Statistik deutlich häufiger pflegebedürftig sind als Männer. Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Verfassung kann ein Grund sein, dass Frauen im höheren Lebensalter deutlich häufiger allein leben und bei Pflegebedürftigkeit sofort einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen.

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Von den insgesamt ca. 9.500 Leistungsempfänger der Generation 65+ im Rems-Murr-Kreis erhalten knapp 3.300 Personen Leistungen im Bereich der vollstationären Pflege. Dies entspricht einem Anteil von ca. 35 % (Männer 29 %, Frauen 37 %). Mit steigendem Alter gewinnt dabei die Betreuung im Pflegeheim an Bedeutung. Werden bis in die Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen ca. 30 % der Pflegebedürftigen im Heim versorgt, sind es bei den ≥ 95-Jährigen gut 50 % (s. Abb. 8).

Gut 6.200 Senioren im Rems-Murr-Kreis wurden am Stichtag 15.12.2013 zu Hause gepflegt. Über 3.800 dieser Personen erhalten ausschließlich Pflegegeld, d. h., sie werden allein durch Angehörige versorgt. Während dies auf knapp 46 % der pflegebedürftigen Männer zutrifft, sind es bei den Frauen nur knapp 38 %. Weitere 2.400 Personen erhalten Leistungen zur ambulanten Pflege, d. h., sie werden im häuslichen Umfeld zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut.

Abb. 8 Leistungsempfänger aus dem Rems-Murr-Kreis am 15.12.2013 nach Altersgruppen und Leistungsarten

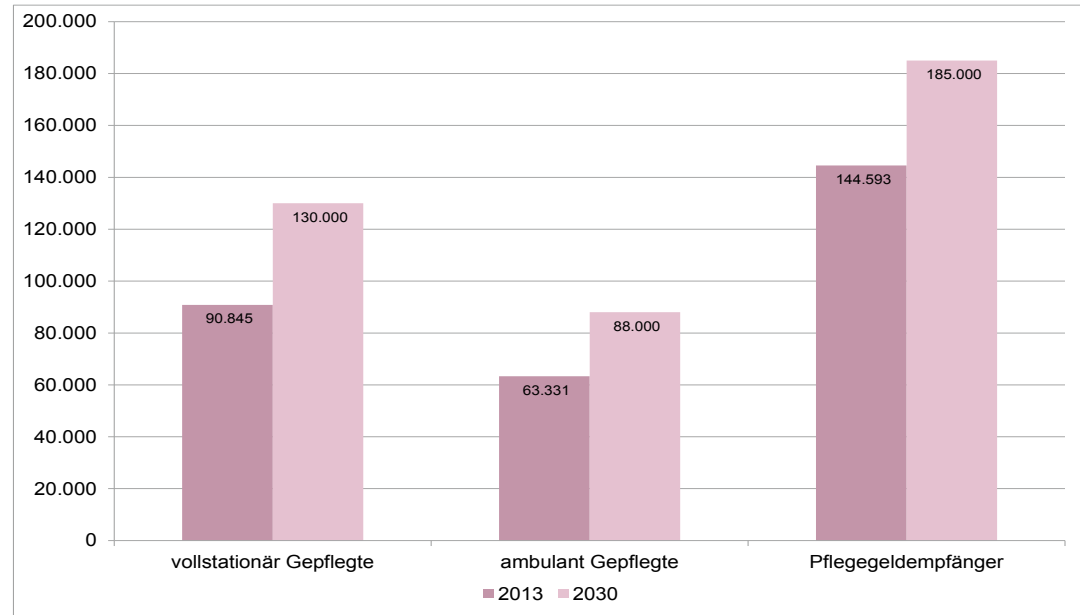


Quelle: Statistisches Landesamt - Z1-Statistik, eigene Berechnung

Weiterer Anstieg der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren zu erwarten

In den nächsten Jahren ist u. a. aufgrund der prognostizierten deutlichen Zunahme insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung (s. Abb. 2) und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auszugehen. Die Prognosen des Statistischen Landesamtes für das Land Baden-Württemberg sind in Abb. 9 dargestellt.

Abb. 9 Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2013 und 2030* nach Art der Pflege



* Prognose des Statistisches Landesamtes

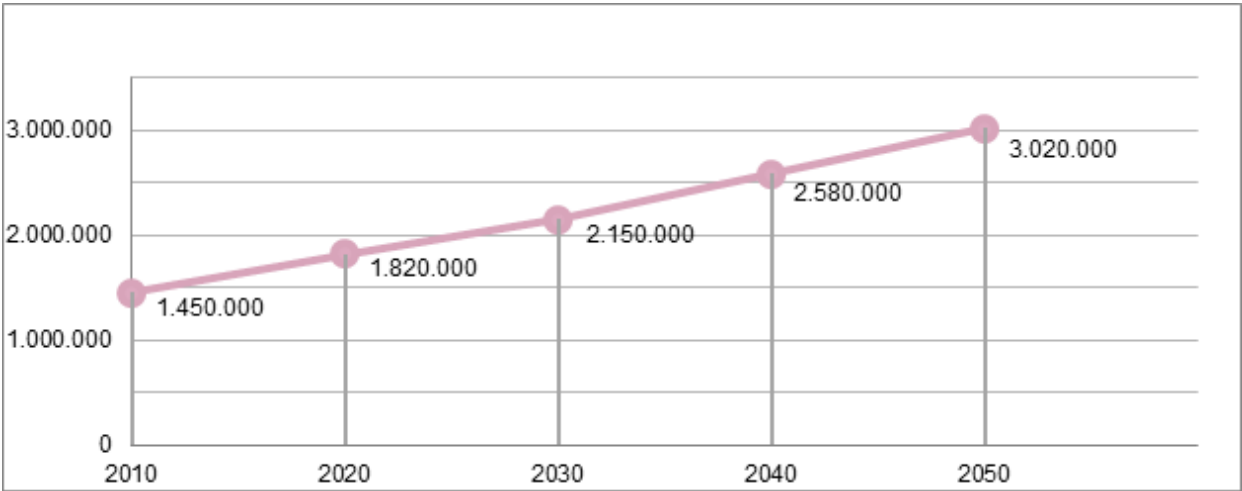
1.6 Menschen mit Demenz

1.6.1 Anzahl der Menschen mit Demenz

Studien zufolge sind heute bis zu 1,6 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt. Ihre Versorgung stellt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. In Abhängigkeit von statistischen Grundannahmen, z. B. zur zukünftigen Entwicklung der altersbezogenen Prävalenzraten, könnte sich die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 verdoppeln (BMG 2016). Für Baden-Württemberg hält der Bericht der Pflege-Enquete 2016 eine Prävalenz von 200.000 Betroffenen in 2015, im Jahr 2030 eine Zahl von 260.000 fest. Dies entspricht einem prognostischen Zuwachs von ca. 31 % in diesem Zeitraum.

Die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen zeigt sich Untersuchungen zufolge regional sehr unterschiedlich verteilt: Über dem Bundesdurchschnitt liegen die Krankheitsraten in den neuen Bundesländern, unterdurchschnittlich hingegen sind die Raten in Baden-Württemberg (Versorgungsatlas.de, Newsletter 1/2016, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung [Zi]).

Abb. 10 Geschätzte Zunahme der Demenzpatienten zwischen 2010 und 2050 in Deutschland

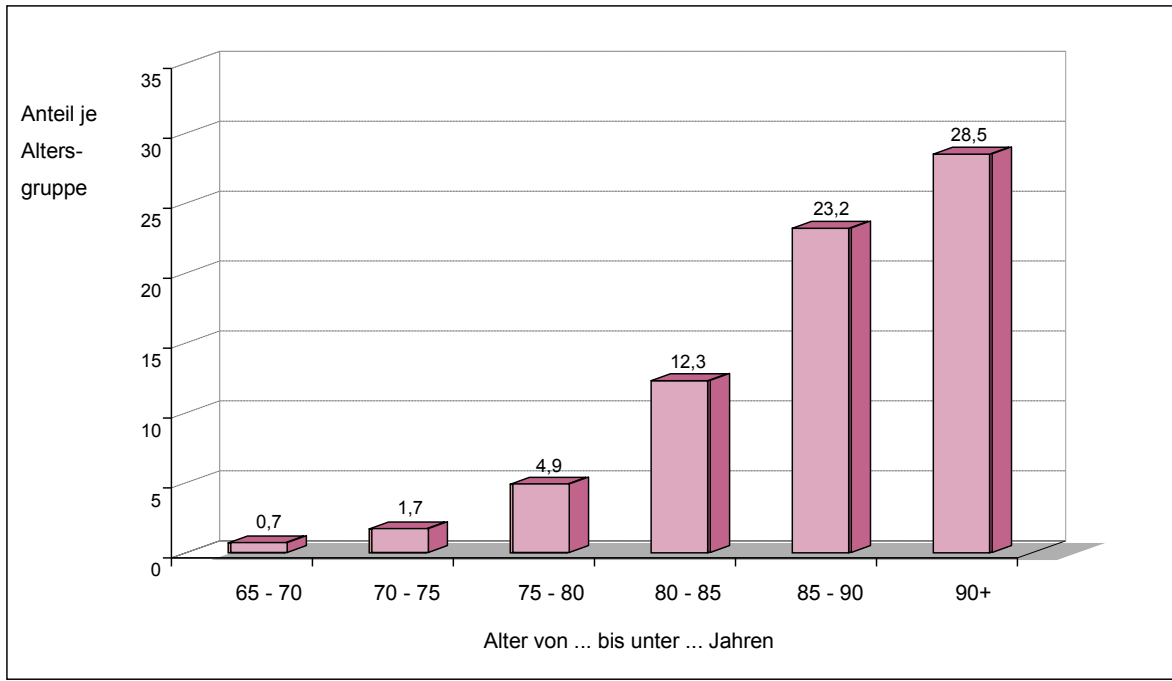


Quelle: Versorgungsatlas.de, Newsletter 1/2016, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Bevölkerungsprognosen zeigen, dass die Gruppe der ab 60-Jährigen zunehmen wird. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit wie auch das Risiko, an Demenz zu erkranken. Demenz ist demzufolge eng mit dem Älterwerden verbunden. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit dem Erreichen eines höheren Lebensalters. Hochbetagte Menschen (90 Jahre plus) sind besonders betroffen.

Wie die Abb. 11 zeigt, leidet ca. jeder Vierte der 85- bis 90-Jährigen und ca. jeder Dritte aller über 90-Jährigen an einer mittelschweren bis schweren Demenz.

Abb. 11 Verbreitung mittelschwerer und schwerer Demenzerkrankungen in Deutschland



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

1.6.2 Inzidenz Demenz

Unter der Inzidenz wird die Anzahl der zuvor gesunden Personen verstanden, die im Verlauf eines Jahres erkranken. Angaben zur Zahl der Neuerkrankungen haben noch nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie Angaben zur Prävalenz. Inzwischen wurden aber weltweit viele Studien durchgeführt, die eine hinreichend genaue Schätzung erlauben. Für den World Alzheimer Report 2015 wurden nach methodischen Qualitätskriterien 18 europäische Studien ausgewählt und die mittleren altersspezifischen Inzidenzraten errechnet. Demzufolge steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,53 % unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf über 12 % unter den Höchstbetagten (90 Jahre und älter) an. Übertragen auf Deutschland, ist pro Jahr mit einer Gesamtzahl von rund 300.000 oder pro Tag mit einer Zahl von mehr als 800 Neuerkrankungen an Demenz zu rechnen.

1.6.3 Demenz, deren Formen und Ursachen – Hintergrundwissen

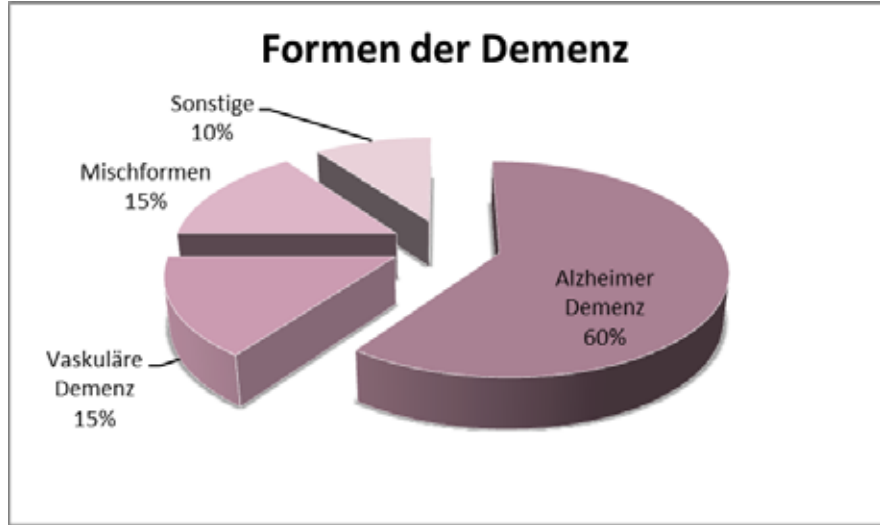
Demenz ist der Oberbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher demenziellen Erkrankungen, mit entsprechend vielfältigen Ursachen. Sie ist ein Syndrom als Folge einer meist chronisch fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen - einschließlich des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, der Auffassung, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache, des Sprechens und des Urteilsvermögens im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. In mindestens einer der genannten Funktionen des Gehirns muss über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten eine Störung deutlich erkennbar sein. Eine Demenz wird in der Regel durch Störungen im Kurz- und Langzeitgedächtnis bemerkt. Diese kognitiven Veränderungen führen zu Beeinträchtigungen sozialer Beziehungen, der emotionalen Kontrolle und zu voranschreitenden Einschränkungen selbständiger Lebensführung. Bei jungen Betroffenen führt dies sehr schnell zu einer Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit.

Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Formen der Demenz unterschieden. Nicht selten mischen sich auch einzelne Formen der Demenz (z. B. Alzheimer und vaskuläre Demenz).

Von primären Demenzen spricht man, wenn der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Bei diesem nach heutigem Stand irreversiblen Prozess gehen Nervenzellen allmählich verloren. Man spricht dann von neurodegenerativen Krankheiten, deren Ursachen bis heute erst teilweise bekannt sind.

Die Alzheimer-Krankheit ist mit ca. 60 % aller Fälle die häufigste Erkrankung. Dann folgen vaskuläre (gefäßbedingte) Demenzen, die Lewy-Körperchen-Krankheit, Demenz bei Morbus Parkinson sowie die Frontotemporale Demenz (s. Abb. 12).

Abb. 12 Formen der Demenz

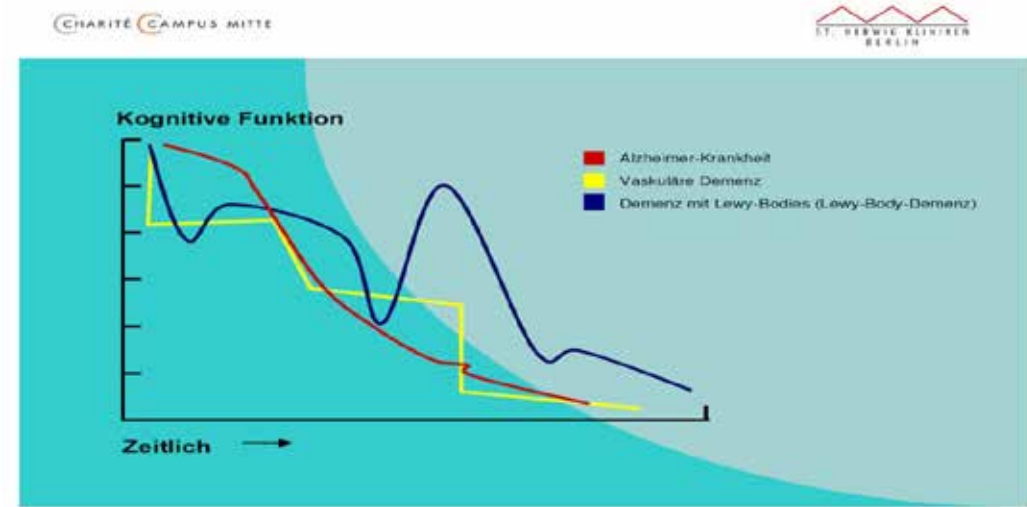


Quelle: Eigene Darstellung

Unter sekundären Formen sind Erkrankungen zu verstehen, bei denen die demenziellen Symptome als Folge einer anderen Grunderkrankung, wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangel, Hirntumore oder Medikamentenmissbrauch, erkennbar sind. Diese Grunderkrankungen sind zumindest zum Teil behandelbar. Sie machen ca. 10 % aller Krankheitsfälle aus.

Allen Demenzformen ist ein fortschreitender Verlauf, d. h. eine zunehmende Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit, gemeinsam (s. Abb. 13). In gleichem Maße wie die Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen über den zeitlichen Verlauf nachlassen, müssen auftretende Defizite durch entsprechende Kompensationsangebote durch Angehörige, Familie, Betreuer oder Begleiter ausgeglichen werden. Gelingt dies, dann ist Wohlbefinden und Lebensqualität für den Betroffenen trotz Demenz, so die fachliche Grundannahme, erlebbar und spürbar.

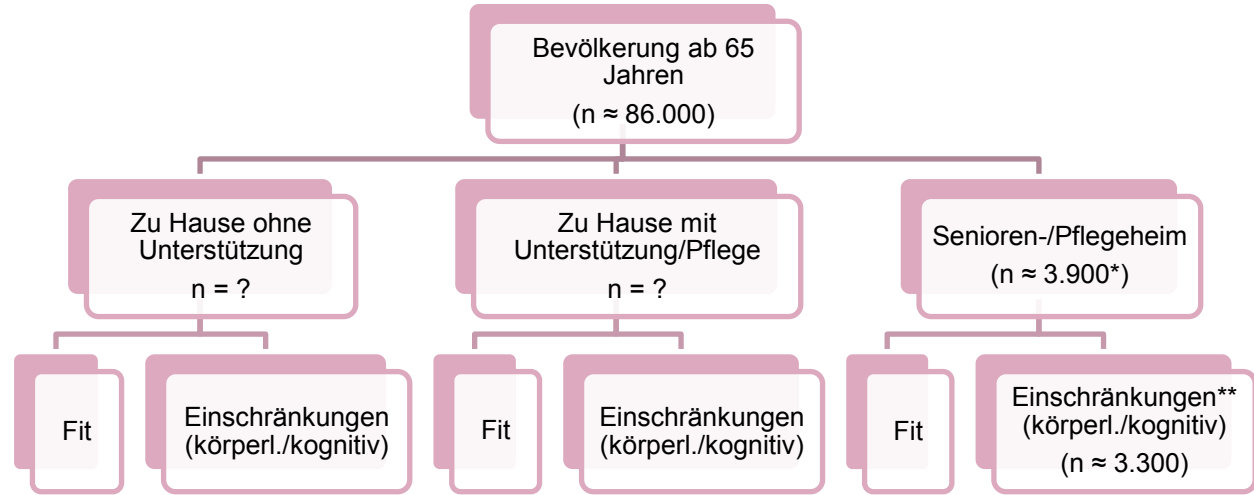
Abb. 13 Verlauf von Demenzen (Quelle: Charite Campus Mitte)



2 Altern in der Kommune

Die Gruppe der älteren Menschen ist äußerst heterogen. Sowohl die individuellen Voraussetzungen und Biografien, die jeweiligen Stärken und Ressourcen als auch die Lebenswelten und Vulnerabilitäten unterscheiden sich von Person zu Person außerordentlich.

Abb. 14 Bevölkerung der Generation 65+ im Rems-Murr-Kreis - unterschiedliche Zielgruppen



* Stand: 2015

** Zahl der Leistungsempfänger ab 65 Jahren vollstationäre Pflege (Pflegestufe I bis III) am 31.12. 2013 (Z1-Statistik)

Infolge der prognostizierten Zunahme der Generation 65+ (s. Kap. 1.2) sowie der steigenden Lebenserwartung (s. Kap. 1.1.3) sind in naher Zukunft sowohl eine steigende Zahl gesunder, aktiver älterer Menschen als auch eine Zunahme gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger Älterer zu erwarten. Demzufolge wird sich einmal die Nachfrage und Inanspruchnahme der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur verändern, gleichzeitig wird aber auch die Nachfrage nach gesundheitsfördernden oder kulturellen Angeboten für Senioren steigen. Diese mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen und Aufgaben betreffen insbesondere die kommunale und regionale Ebene, da die sozialen Netzwerke und die Infrastruktur vor Ort mitentscheidend sind für die Lebensqualität, Teilhabe sowie das gewünschte selbstbestimmte Leben in der eigenen Häuslichkeit (s. Kap. 1.4.2). Kenntnisse der Bedürfnisse, Wünsche und der (gesundheitlichen) Lage der Senioren sind für die Überprüfung und ggf. die Anpassung örtlicher Gegebenheiten und Angebote erforderlich.

Die derzeit und auch zukünftig weiter steigende Zahl von Menschen mit Demenz ist ein konkretes Beispiel für die zunehmenden Herausforderungen, die mit dem demografischen Wandel einhergehen. Erfreulicherweise haben sich der Rems-Murr-Kreis frühzeitig und zunehmend einzelne Kommunen des Kreises auf den Weg gemacht, um die in einer Gemeinde lebenden Bürger für das Thema Demenz zu sensibilisieren und Maßnahmen umzusetzen, die es Menschen mit Demenz sowie deren Angehörigen ermöglichen sollen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Hintergrundinformationen, derzeitiger Stand, aber auch Handlungsbedarfe sind in Kap. 2.1 zusammengefasst.

In den Kapiteln 2.2 und 2.3 werden zwei wesentliche Dimensionen für ein selbstbestimmtes, selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit näher betrachtet: die Gesundheit im Kontext der lokalen medizinischen Grundversorgung sowie die individuelle Mobilität im Kontext des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Die Ergebnisse auf personaler Ebene stammen aus einer Ende 2014 vom Landratsamt Rems-Murr in Kooperation mit dem Kreisseniorenrat durchgeführten repräsentativen

Umfrage der in Privathaushalten lebenden Generation 65+ zum Thema „Altern im Rems-Murr-Kreis“⁸. Informationen und geäußerte Bedarfe der Senioren liegen derzeit auf der Ebene von acht Raumschaften⁹ vor.

2.1 Demenz in der Gesellschaft und in der Kommune (Teilhabe)

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

Auch im RMK haben sich erfreulicherweise einige Kommune auf den Weg gemacht, unter diesem namentlichen Postulat konkret die in einer Gemeinde lebenden Bürger für das Thema Demenz zu sensibilisieren, zu informieren und Maßnahmen umzusetzen, die es Menschen mit Demenz sowie deren Angehörigen ermöglichen soll, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Gründe für dieses Engagement gibt es zur Genüge. Die Aktion Demenz e. V. skizziert die Ausgangslage wie folgt: „Gegenwärtig leben wir in einer Gesellschaft, die ausgesprochen „demenzunfreundlich“ ist. Unfreundlich deshalb, weil unser individuelles wie kollektives Selbstverständnis und Streben von der Vorstellung bestimmt wird, dass soziale Anerkennung durch Leistung, Konkurrenzfähigkeit und Konsum permanent verdient werden muss. Menschen, die in ihrer Leistungs- und Funktionsfähigkeit eingeschränkt sind, mit Gedächtniseinbußen leben müssen oder Hilfe benötigen, werden an den Rand gedrängt und nehmen häufig kaum noch am gemeinschaftlichen Leben teil. Insbesondere Menschen mit Demenz und ihre Familien geraten so in die Isolation oder ziehen sich aus Scham selbst zurück.“ (<http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/reflexionen/demenzfreundliche-kommune>).

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

Status quo und Problemstellungen im Bereich Teilhabe

Angestoßen durch die Initiativen und Programme „Demenzfreundlicher Kommune“ initiiert und moderiert die Demenzfachberatung im Rems-Murr-Kreis seit 8 Jahren einen Arbeitskreis „Demenzfreundliche Kommune“ mit der Zielsetzung, Wissen und Erfahrungen zu teilen, konstruktiv kritisch zu reflektieren, fachlich-kollegial zu beraten und neue Aktivitäten vorzubereiten. Die Vertretung der Gemeinden und

Städte im Arbeitskreis ist je nach Resort und personeller Kapazitäten unterschiedlich ausgestattet und besetzt. Entsprechend unterschiedlich bildet sich auch die konkrete Umsetzung der Ideen ab. Positive Entwicklungen waren jedoch in allen beteiligten Gemeinden zu erkennen. Seit ca. 3 Jahren ist jedoch eine rückläufige Tendenz zu beobachten. Aktuelle Aufgaben, wie z. B. im Kinder- und Jugendbereich sowie asylpolitische Maßnahmen, drängen den Sozialbereich „Altern und Demenz“ in den Hintergrund. Es sind aktuell weniger laufende und nachhaltig wirkende kommunale Projekte erkennbar. In den Gemeinden, in denen sich aber dennoch engagierte Menschen verantwortlich zeigen, gelingen in Kooperation mit der Demenzfachberatung und anderen Netzwerken und Förderstrukturen qualitativ hochwertige Ergebnisse. Voraussetzung für nachhaltiges Gelingen ist eben auch beim Thema Demenz eine verlässliche Personal- und Finanzausstattung. Fast als ein Garant für erfolgreiches Wirken hat sich erwiesen, wenn das „Tun“ zur Chefsache (z. B. Bürgermeister) erklärt wird.

Handlungsbedarfe im Bereich Teilhabe

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

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

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

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

2.2 Allgemeiner Gesundheitszustand und medizinische Versorgung

2.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand der Senioren

Gesundheit hat viele Dimensionen, die für Menschen aller Altersgruppen von Bedeutung sind. Neben der körperlichen und psychischen Gesundheit zählen hierzu u. a. auch die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit, Alltagskompetenzen und gesellschaftliche Teilhabe.

⁸ Kooperationsprojekt zwischen dem Gesundheitsamt (Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung), dem Sozialamt (Altenhilfeplanung und Demenzfachberatung) sowie dem Kreissenioresenrat. Bei ausgewählten Fragestellungen wurde zudem das Amt für Öffentlichen Personennahverkehr hinzugezogen. Des Weiteren wurde das Konzept bereits in der Planungsphase im Kreispflegebeirat sowie in der Bürgermeisterversammlung eingebracht. Die Federführung lag bei der Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung des Landratsamtes.

⁹ für Bildung der Raumschaften Unterteilung der Mittelbereiche Backnang und Schorndorf jeweils in einen verstädterten bzw. einen ländlichen Raum (nach LEP 2002) sowie Unterteilung des MB Waiblingen/Fellbach in die 4 Raumschaften Waiblingen, Fellbach, Unterzentren (UZ) Winnenden sowie Weinstadt/Kernen/Korb – nicht beteiligt: Alfdorf, da nicht im Zweckverband KDRS / RZRS GmbH

2.2.1.1 Subjektive Gesundheit

Hohe Aussagekraft des Indikators

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes – d. h. die subjektive Gesundheit – spiegelt nicht nur objektivierbare Fakten wieder wie z. B. diagnostizierte Krankheiten oder die körperliche Funktionsfähigkeit, sondern fasst körperliche, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit in der Sichtweise der Betroffenen zusammen. Dieser Indikator hat sich in zahlreichen Studien als prognostisch guter Faktor für die längerfristige Entwicklung des Gesundheitszustandes und für die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erwiesen.

Über 50 % der Senioren im Kreis beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut

Im Rems-Murr-Kreis beurteilten ca. 57 % der befragten Senioren ihren Gesundheitszustand als „(sehr) gut“, 35 % als „mittelmäßig“ und ca. 7 % als „(sehr) schlecht“. Dabei nehmen in Fellbach ca. 61 % der Generation 65+ ihren Gesundheitszustand als „(sehr) gut“ wahr, in den ländlichen Gemeinden des Mittelbereichs Schorndorf 49 %. Vergleichsweise gering sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Erwartungsgemäß nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand ab. Auch Senioren, die sich finanziell (stark) einschränken müssen bzw. die keinen beruflichen Abschluss haben, geben deutlich häufiger einen schlechten Gesundheitszustand an als gut situierte Personen.

➔ Insgesamt entsprechen die Ergebnisse denen einer 2012 in Stuttgart durchgeführten Studie in hohem Maße: Von einer guten Aussagekraft kann ausgegangen werden.

2.2.1.2 Sturzhäufigkeit

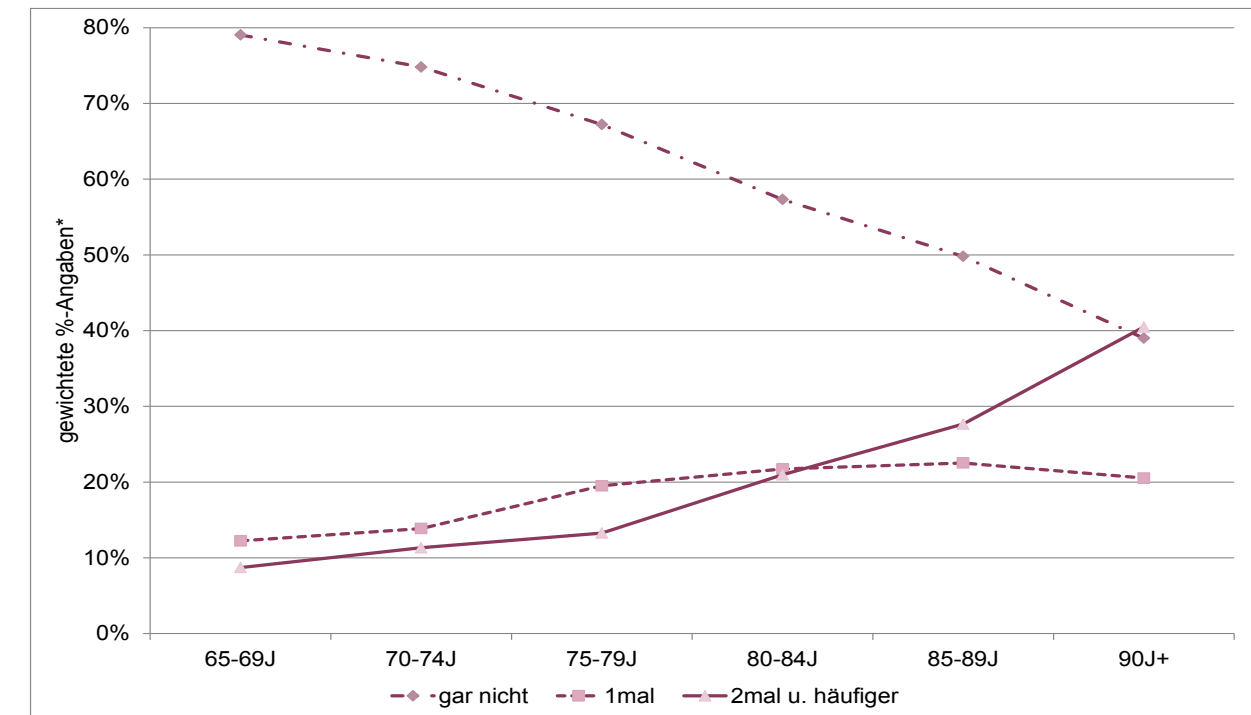
Stürze sind ein großes Problem

Stürze älterer Menschen sind wegen ihrer Häufigkeit und ihrer körperlichen, psychologischen und sozialen Konsequenzen ein bedeutendes Problem. Ein Sturz kann schwerwiegende Einschnitte in der bisherigen selbständigen Lebensführung zur Folge haben. 40 bis 70 % der älteren Gestürzten berichten über Angst vor weiteren Stürzen. Bei schwindendem Selbstvertrauen werden Alltagsaktivitäten zunehmend eingeschränkt, der Bewegungsradius verringert sich. Ein Teufelskreis aus nachlassender Kraft und erhöhter Sturzgefahr ist die Folge. Körperliche Auswirkungen eines Sturzes sind u. a. schmerzhafte Prellungen, Verstauchungen und/oder Frakturen mit z. T. bleibenden Funktionseinschränkungen. Als besonders gefährdet gelten Personen, die mehrfach stürzen.

Ca. 30 % der Senioren stürzten innerhalb der letzten 12 Monate

16 % der Umfrageteilnehmer gaben an, innerhalb des letzten Jahres einmal, weitere 14 % zweimal und häufiger gestürzt zu sein. Frauen (35 %) waren in allen Altersgruppen häufiger von Stürzen betroffen als Männer (26 %). Ähnlich wie beim allgemeinen Gesundheitszustand besteht auch zwischen der Sturzhäufigkeit und der sozialer Lage (Ausbildungsdauer, finanzielle Situation) ein Zusammenhang. Mit steigendem Lebensalter nimmt insbesondere der Anteil der Personen mit mehreren Stürzen in den letzten 12 Monaten zu.

Abb. 15 Sturzhäufigkeit der Bevölkerung im Rems-Murr-Kreis in Abhängigkeit vom Lebensalter



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Verstetigung von kostengünstigen niederschweligen Sturzprophylaxe-Angeboten

Evaluierte Programme und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe sind bekannt, sie haben u. a. Eingang in den Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege gefunden, den es gilt, flächendeckend umzusetzen. Einfluss hierauf haben u. a. die jeweiligen Trägereinrichtungen, die Verschreibungspraxis der niedergelassenen Ärzte usw. Mobile Personen mit und ohne Handicaps können zudem durch spezielle Kraft- und Balanceübungen das Sturzrisiko reduzieren, entsprechende Kurse werden vor Ort von verschiedenen Trägern angeboten. Insbesondere bei kostengünstigen, niederschweligen Angeboten ist eine Verstetigung wünschenswert und erforderlich.

2.2.1.3 Dauerhafte Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten

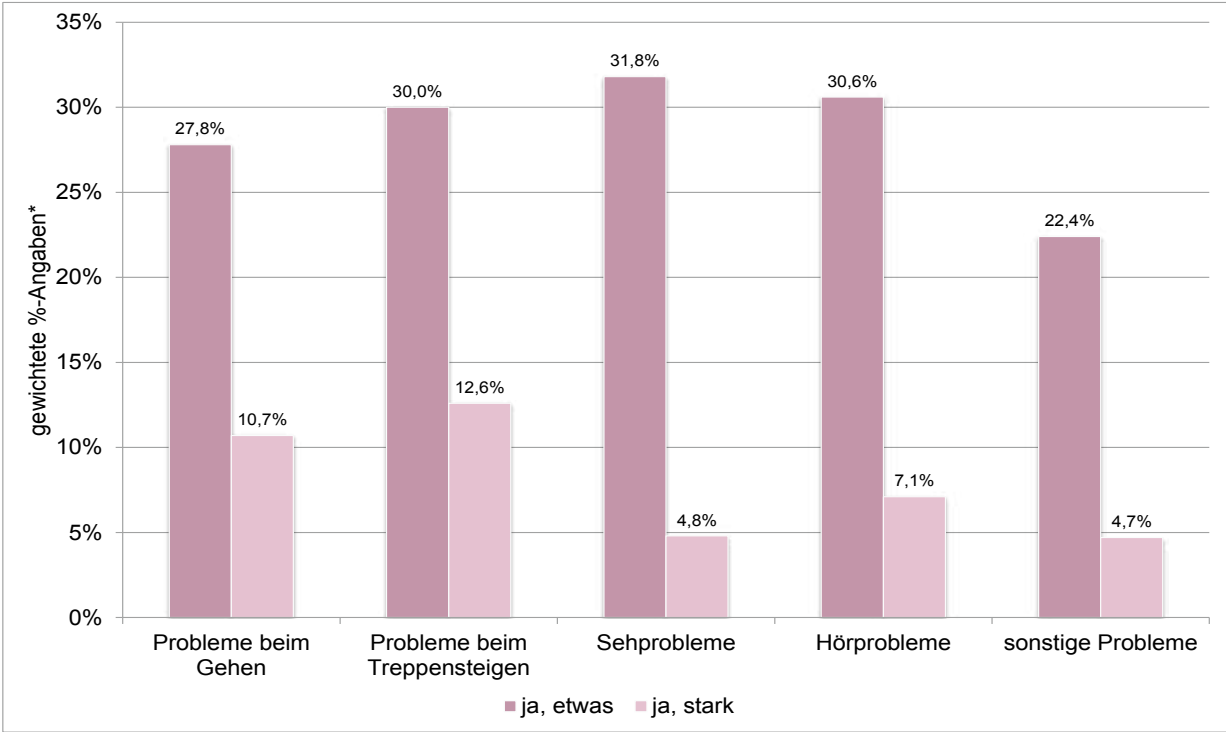
Die physiologischen Prozesse des Alterns bringen allmähliche Funktionseinbußen mit sich, die vor allem die Muskulatur, die Gelenke und die Sinnesorgane betreffen. Bei bereits eingetretenen Erkrankungen bestimmen häufig die verbleibenden Funktionsfähigkeiten die Selbstbestimmtheit und Teilhabe am Alltagsleben.

Bestehende dauerhafte Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten wurden differenziert erfasst nach

- Probleme beim Gehen
- Probleme beim Steigen mehrerer Treppenabsätze
- Sehprobleme
- Hörprobleme
- Sonstiges (z. B. Orientierung, körperliche Schwäche, Schwindel ...).

Der Grad der Beeinträchtigung der Senioren im Rems-Murr-Kreis durch einzelne gesundheitliche Probleme ist in der folgenden Abbildung zusammengefasst.

Abb. 16 Anteil der durch definierte gesundheitliche Probleme dauerhaft eingeschränkten Senioren



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Auf eine differenzierte Darstellung der einzelnen Handicaps wird an dieser Stelle verzichtet, sondern vielmehr ein Gesamtmaß der Einschränkungen betrachtet.

Definition

Im weiteren Verlauf bedeutet

keinerlei Einschränkungen:

Bei allen fünf Unterpunkten (Gehen, Treppe, Hören, Sehen, Sonstiges) wurde die Option nein angegeben.

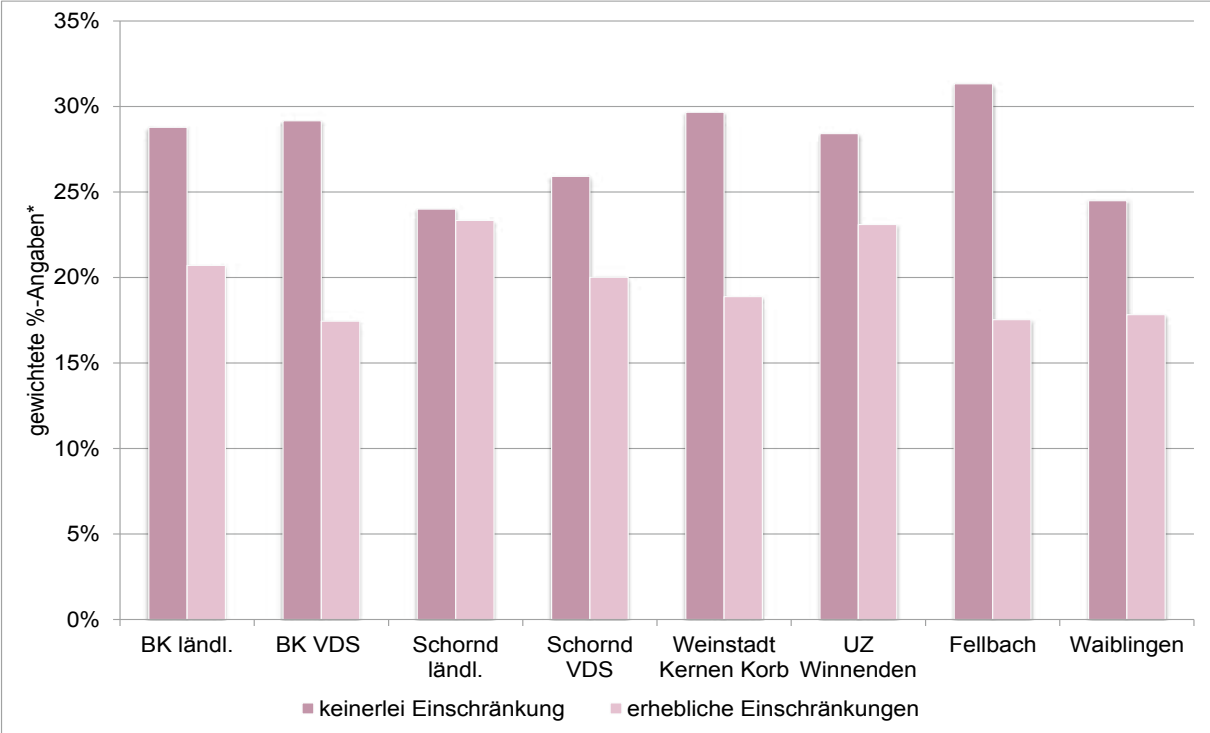
deutliche Einschränkung:

Bei mindestens einem der fünf Unterpunkte wurde die Option „Ja, starke Einschränkung“ angekreuzt.

... insgesamt ein Fünftel der Generation 65+ deutlich eingeschränkt

Nach dieser Definition leben im Rems-Murr-Kreis ca. 28 % der Generation 65+ ohne, ein Fünftel allerdings mit deutlichen Einschränkungen in ihren Alltagsaktivitäten. Sind in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen unter 10 % der Senioren deutlich gehandicapt, so sind es ab dem 85. Lebensjahr ca. die Hälfte, ab dem 90. Lebensjahr ca. zwei Drittel der in Privathaushalten lebenden Personen. Von den Senioren mit erheblichen Einschränkungen haben 30 % max. 50 € monatlich für den „Einkauf“ von notwendigen Hilfs- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung. Mit der steigenden Zahl hochaltriger Mitbürger sowie der prognostizierten Zunahme einkommensarmer Senioren ist mittelfristig von einer Verschärfung dieser Problematik auszugehen. Ergebnisse der kleinräumigen Auswertung sind in Abb. 17 dargestellt.

Abb. 17 Anteil der bei alltäglichen Tätigkeiten erheblich bzw. gar nicht eingeschränkten Senioren in den Raumschaften des Rems-Murr-Kreises



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“
VDS: Verdichtungsraum Stuttgart

2.2.1.4 Freizeitaktivitäten und Alltagsgestaltung

Der Kontakt mit anderen Personen, das Sich-Austauschen und Helfen, aber auch gemeinsame Unternehmungen und Aktivitäten sind eine wichtige Quelle von Lebenszufriedenheit. Ebenfalls stellen soziale Beziehungen eine wichtige Ressource zur Bewältigung gesundheitlicher und emotionaler Belastungen dar.

Das Eingebundensein in ein soziales Umfeld im Rahmen der Alltagsgestaltung wird beispielhaft anhand der folgenden sechs Aspekte dargestellt:

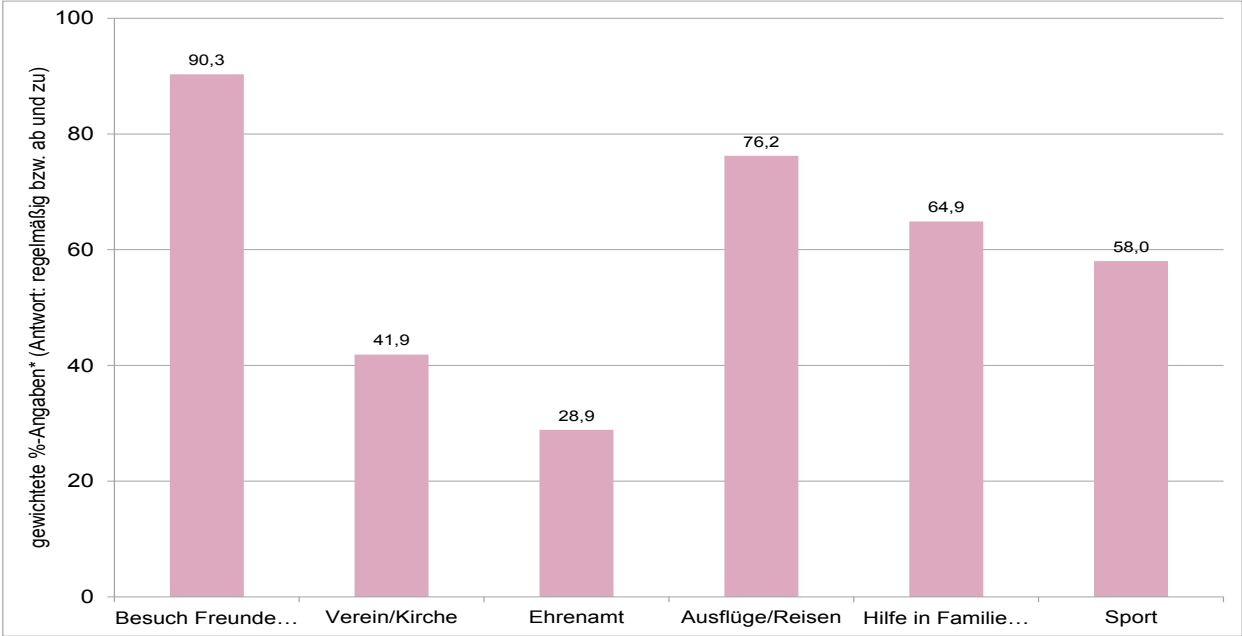
- Freunde, Verwandte, Bekannte besuchen
- im Verein oder in der Kirche aktiv sein
- ehrenamtlich tätig sein
- Ausflüge, kurze Reisen unternehmen
- in der Familie, Nachbarschaft aushelfen
- sich aktiv sportlich betätigen

Aktivitäten, denen am häufigsten nachgegangen wird, sind mit 90 % „Freunde, Verwandte, Bekannte besuchen“, gefolgt von „Ausflüge, kurze Reisen unternehmen“ mit 76 % (s. Abb. 18). Diese Betätigungen werden auch mit zunehmendem Lebensalter deutlich länger beibehalten als zum Beispiel sportliche Aktivitäten oder ehrenamtliche Aufgaben (s. Abb. 19).

Diese Ergebnisse weisen einmal auf das Potenzial hin, das in der Förderung von Bewegung liegt. Hiermit sind nicht nur „sportliche“ Aktivitäten zu verstehen, sondern auch sämtliche Maßnahmen innerhalb einer Gemeinde, die die Mobilität fördern wie z. B. verkehrssichere Wege ohne Stolperquellen, Beleuchtung, multifunktionale Plätze etc. Angaben, dass über 20 % der 85- bis 90-Jährigen und über

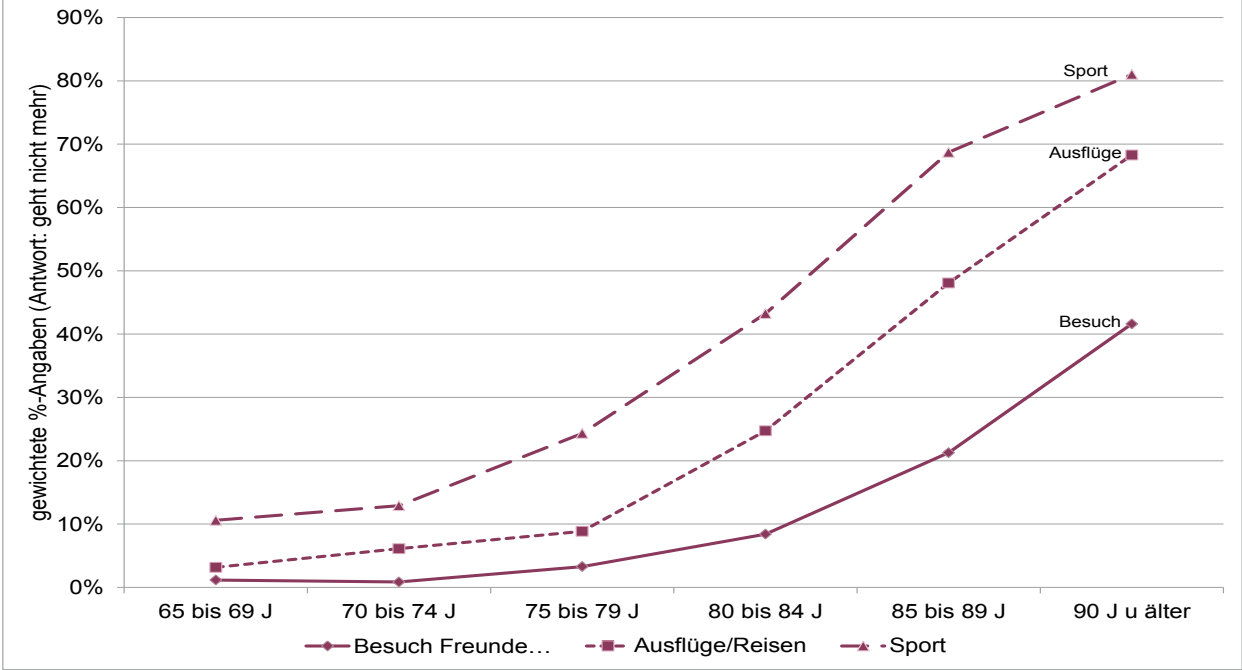
40 % der Generation 90+ nicht mehr in der Lage sind, Besuche durchzuführen, offenbaren aber auch die Notwendigkeit von unterstützenden Personen und/oder aufsuchenden Leistungen für die soziale Einbindung und die Versorgung dieser Menschen.

Abb. 18 Prozentsatz der Senioren, der regelmäßig bzw. ab und zu den angeführten Aktivitäten nachgeht



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Abb. 19 Prozentsatz der Senioren, der altersabhängig an ausgewählten Aktivitäten nicht mehr teilnehmen kann (Antwortoption: geht nicht mehr)



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

2.2.2 Planungsgrundlagen der medizinischen Versorgung im Rems-Murr-Kreis

2.2.2.1 Bedarfsplanung und Versorgungsgrad Hausärzte

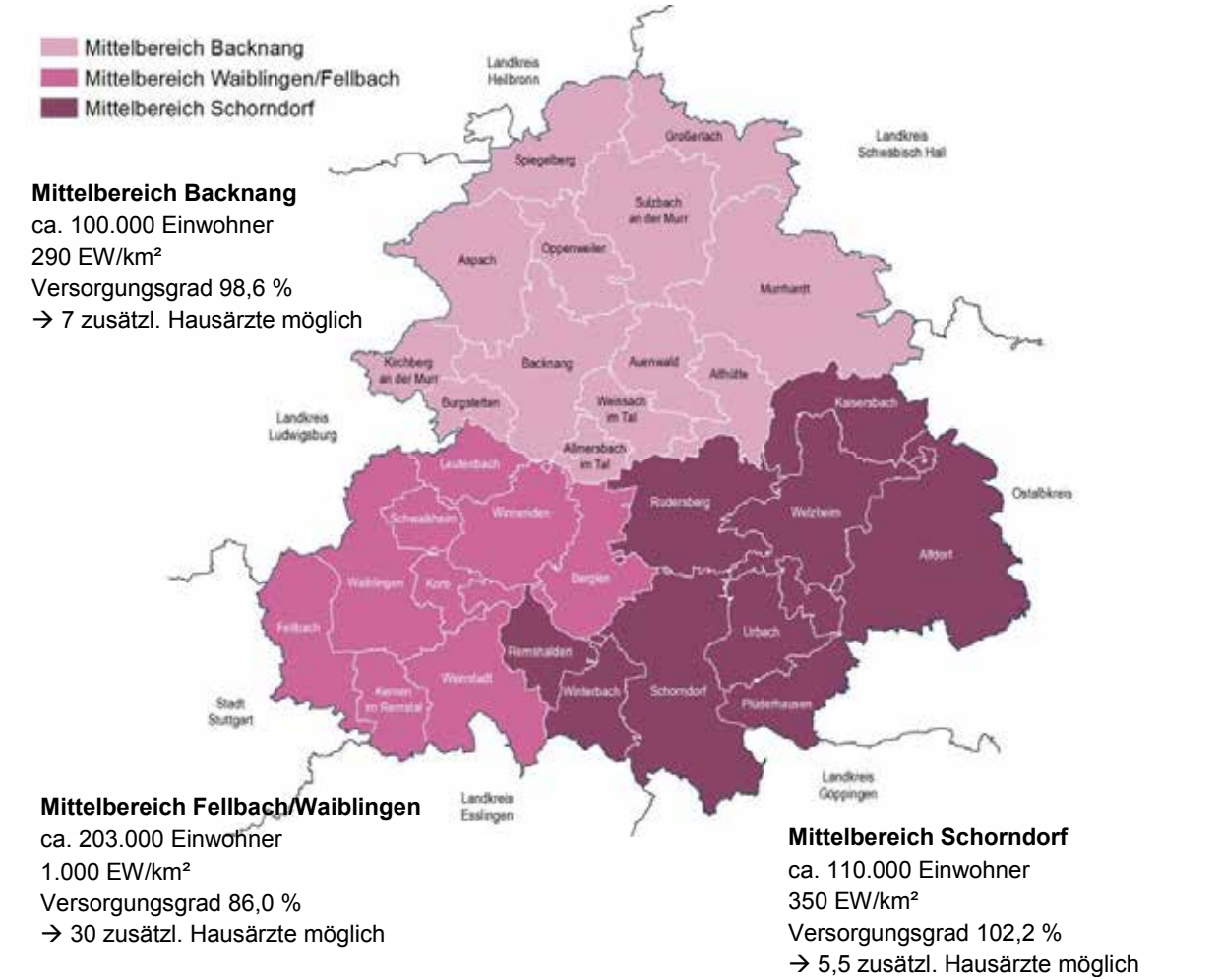
Bedarfsplanung der Hausärzte erfolgt auf Mittelbereichsebene

Entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt seit Juni 2013 die Bedarfsplanung der Hausärzte im Rems-Murr-Kreis auf der Ebene der 3 Mittelbereiche (MB) Waiblingen/Fellbach, Schorndorf und Backnang. Bei einem Versorgungsgrad von 100 % ist in den 3 Mittelbereichen ein Hausarzt im Durchschnitt für 1.670 bis 1.680 Einwohner zuständig.

Versorgungsgrad in den Mittelbereichen schwankt zwischen 86 % und 102 %

Der tatsächliche Versorgungsgrad liegt derzeit (Stand 06.07.2016) im MB Schorndorf bei 102,2 %, im MB Backnang bei 98,6 % und im MB Waiblingen/Fellbach bei 86,0 % (s. Abb. 20). Damit können sich laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg weitere 7 Hausärzte im MB Backnang, 5,5 im MB Schorndorf sowie weitere 30 im MB Waiblingen/ Fellbach niederlassen¹⁰. Tatsächlich gestaltet sich allerdings in den letzten Jahren deutschlandweit bereits die Wiederbesetzung bestehender Arztstellen häufig (sehr) schwierig. Gründe hierfür sind u. a. der hohe Anteil der über 60-jährigen Ärzte, die vergleichsweise geringe Anzahl von Nachwuchsmediziner, die den Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, veränderte Lebensvorstellungen (Teilzeitarbeit, Angestelltenverhältnis ...) usw.

Abb. 20 Mittelbereiche im Rems-Murr-Kreis – Einwohner, Bevölkerungsdichte (Stat. Landesamt, Stand: 10/2014) und hausärztliche Versorgung (KVBW, Stand: 07/2016)

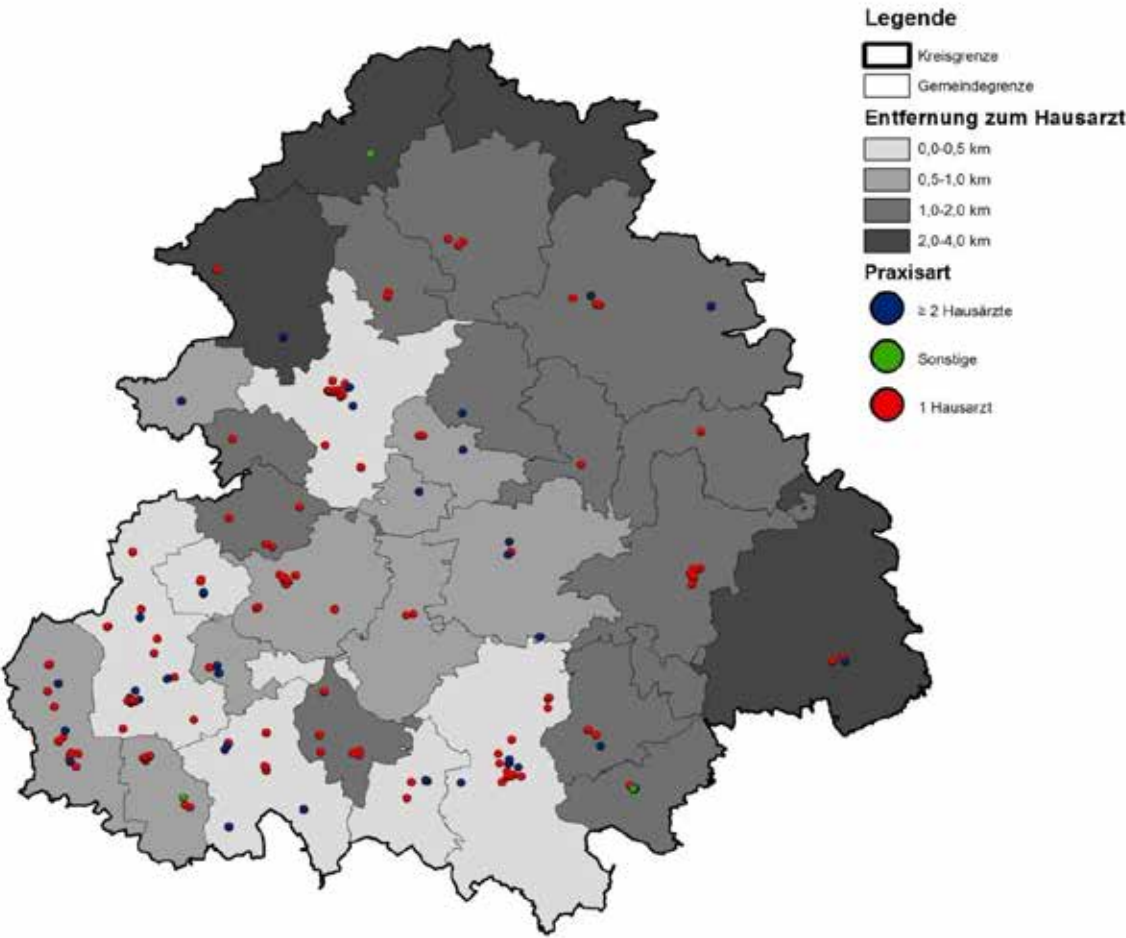


¹⁰ Bei einem Versorgungsgrad von über 110 % beginnt die Überversorgung, der Planungsbezirk wird für weitere Niederlassungen gesperrt.

Versorgungslage unterhalb der Mittelbereichsebene

Eine differenziertere Betrachtung der Hausärzteversorgung innerhalb der einzelnen Mittelbereiche (Stand: 10/2014) zeigt, dass im MB Schorndorf sowohl der ländliche als auch der verstädterte Teilbereich hausärztlich gut versorgt sind (1.380 Einw./Hausarzt bzw. 1.520 Einw./Arzt). Größere Differenzen sind im MB Backnang zu beobachten, hier tragen insbesondere die sehr gute Versorgungslage der beiden bevölkerungsreichsten Gemeinden Backnang und Murrhardt mit einer Hausarztichte von 1.250 Einw./Arzt bzw. 1.360 Einw./Arzt zum Versorgungsgrad von 99 % bei. Im MB Waiblingen/Fellbach mit seiner unterdurchschnittlichen Arzt-Einwohner-Relation von 1:1.810 liegt eine vergleichsweise homogene Ärztedichte vor.

Abb. 21 Lage, Praxisart¹¹ sowie durchschnittliche Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis¹²



Während in den Städten und Gemeinden der Mittelbereiche Backnang und Schorndorf Hausarztpraxen eher in zentraler Lage des Hauptortes lokalisiert sind, haben sich im MB Waiblingen/Fellbach Hausärzte häufig auch (noch) in den Ortssteilen der Gemeinden niedergelassen (s. Abb. 21). Diese Unterschiede in der Lokalisation der Arztpraxen tragen ebenso wie deutliche Unterschiede in der infrastrukturellen Anbindung einzelner Gemeinden bzw. Ortsteile zu einer unterschiedlichen Erreichbarkeit der Hausärzte bei. In Abb. 21 ist ebenfalls die durchschnittliche Entfernung der Einwohner der einzelnen Gemeinden zum nächsten Hausarzt in Kilometern im Jahr 2014 dargestellt. Die Entfernungsangaben wurden dem Ergebnisbericht zur Weiterentwicklung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg zur vertragsärztlichen Versorgung (IGES Institut, Berlin) entnommen.

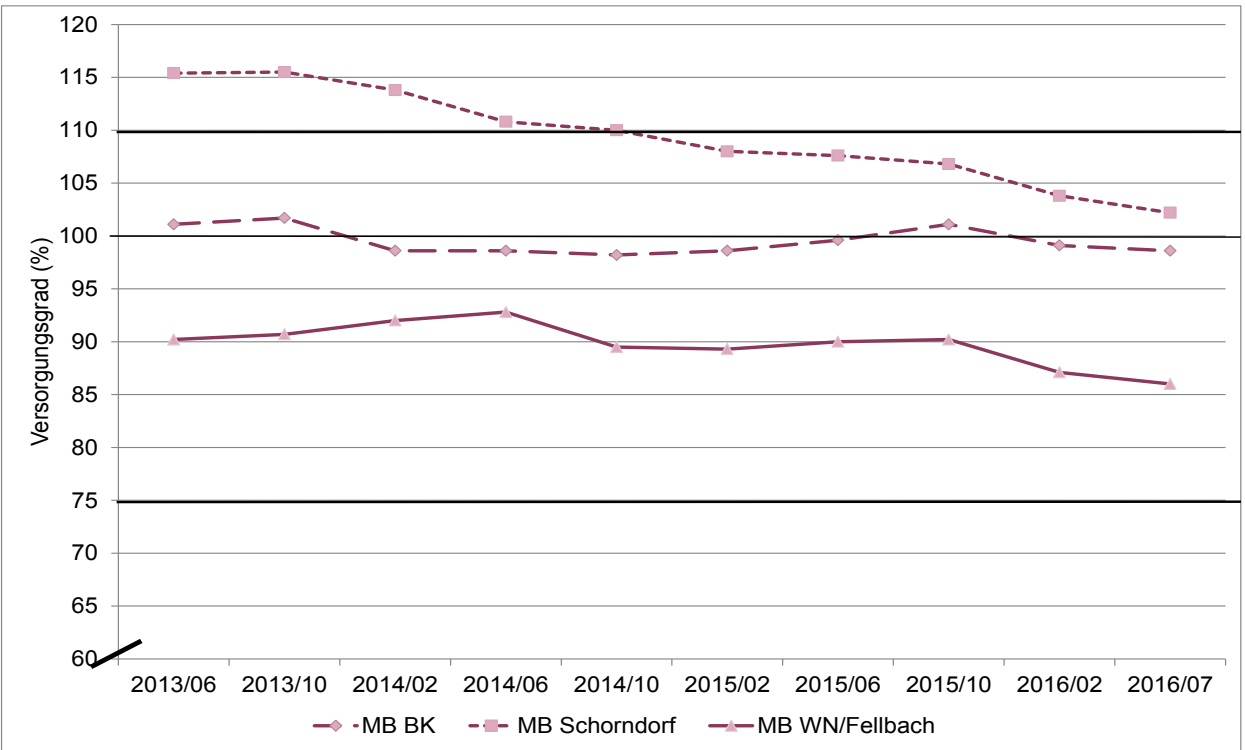
¹¹ Quelle: <http://www.arztsuche-bw.de/> Stand: 27.02.2015

¹² Datenhalter: Sozialministerium Baden-Württemberg <http://109.228.29.51/dataviews/view?viewId=153>

Tendenziell Rückgang des Versorgungsgrades

Die Entwicklung des hausärztlichen Versorgungsgrades in den drei Mittelbereichen des Kreises ist in Abb. 22 dargestellt. Deutlich wird, dass auch im Rems-Murr-Kreis die Wiederbesetzung der Arztsitze nicht in jedem Fall gelingt und dass dies keinesfalls nur ein Problem des ländlichen Raumes ist. Der MB Waiblingen/Fellbach mit 4 Großen Kreisstädten, einer entsprechenden Infrastruktur und einer guten Verkehrsanbindung an die Landeshauptstadt Stuttgart zählt derzeit (Stand Juli 2016) mit einem Versorgungsgrad von 86 % zu den ca. 10 Planungsregionen (von ca. 100) in Baden-Württemberg mit dem niedrigsten Versorgungsgrad (VG < 90 %).

Abb. 22 Entwicklung des Versorgungsgrades¹³ mit Hausärzten im Rems-Murr-Kreis im Zeitraum Juni 2013 bis Juli 2016



Datenquelle: KVBW

2.2.2.2 Bedarfsplanung und Versorgungslage Zahnärzte

Die Bedarfsplanung bei Zahnärzten erfolgt wie bei den Hausärzten auf der Ebene der Mittelbereiche. Bei einem Versorgungsgrad von 100 % ist 1 Zahnarzt für 1.680 Einwohner zuständig. Ende 2014 waren nach Angaben der KZVBW im Rems-Murr-Kreis über 260 Vertragszahnärzte bzw. angestellte Zahnärzte tätig. Mit Ausnahme von Kaisersbach und Großerlach sind in sämtlichen Städten und Gemeinden des Kreises Zahnarztpraxen vor Ort. Der Versorgungsgrad im MB Fellbach/Waiblingen lag bei 109,4 %, im MB Backnang bei 91,4 % und im MB Schorndorf bei 114,9 %.

2.2.2.3 Bedarfsplanung und Versorgungslage Fachärzte

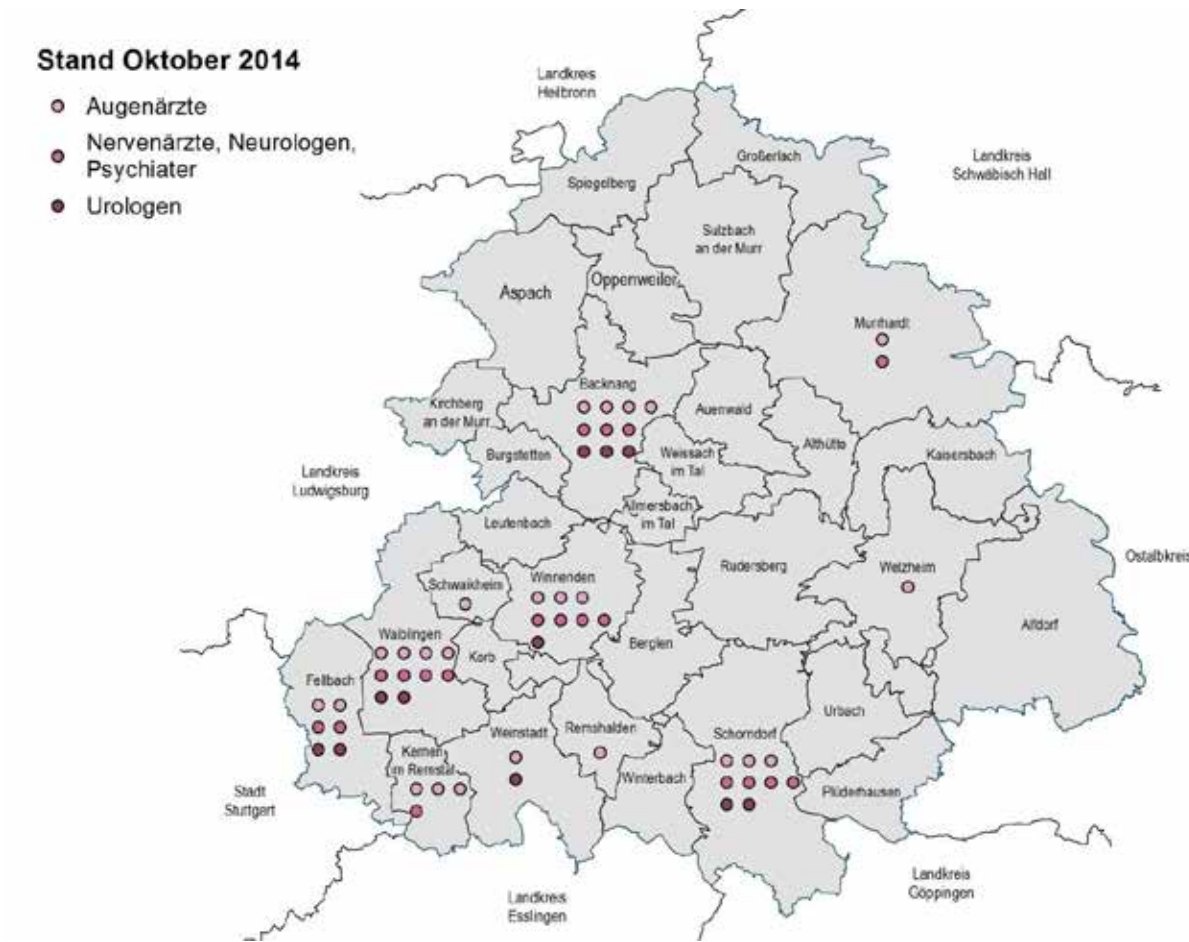
Bei den der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordneten Facharztgruppen (Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen) ist die Kreisebene der zu betrachtende Planungsbereich. Abgesehen von den Hautärzten herrscht nach den vorgegebenen Planungskriterien bei sämtlichen angeführten Facharztgruppen im

¹³ Überversorgung: Versorgungsgrad > 110 %, Unterversorgung: Versorgungsgrad < 75 %

Rems-Murr-Kreis Überversorgung (KV-Angaben Stand 06.07.2016), d. h. eine Niederlassung zusätzlicher Ärzte ist (im Regelfall) nicht möglich. Bei den Hautärzten liegt der Versorgungsgrad bei 99,9 %, hier könnten 1,5 weitere Dermatologen zusätzlich im Kreis tätig werden.

Üblicherweise sind Praxen der Fachärzte, die nach den gesetzlichen Vorgaben sehr viele Einwohner zu betreuen haben, wie z. B. Urologen oder Hautärzte¹⁴, ausschließlich bzw. schwerpunktmäßig in den verkehrstechnisch gut zu erreichenden einwohnerstarken Gemeinden (Großen Kreisstädten) angesiedelt. Fachärzte, die häufiger konsultiert werden und dementsprechend weniger Einwohner zu versorgen haben (z. B. Frauenärzte, Augenärzte), haben sich darüber hinaus in weiteren größeren Gemeinden des Kreises wie z. B. Murrhardt, Welzheim oder Kernen niedergelassen (s. Abb. 23). Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Einwohner insbesondere aus den „Randgemeinden“ des Rems-Murr-Kreises Facharztpraxen in Stuttgart bzw. in nahe gelegenen Gemeinden benachbarter Kreise wie z. B. Schwäbisch Gmünd aufsuchen.

Abb. 23 Niedergelassene Fachärzte ausgewählter Fachgebiete in den Gemeinden des Rems-Murr-Kreises (Datenquelle: KVBW)



¹⁴ Bei einer 100%-Versorgung ist ein Urologe im Rems-Murr-Kreis für ca. 45.000 Einwohner zuständig, ein Hautarzt für ca. 35.700 (Stand 07/2016).

2.2.3 Bedeutung der medizinischen Grundversorgung vor Ort

Der medizinischen Grundversorgung vor Ort wird von den Senioren des Kreises eine sehr hohe Bedeutung beigemessen. Für 78 % der Senioren ist der Hausarzt vor Ort „sehr wichtig“ (80 % der Frauen und 74 % der Männer), für 19 % „wichtig“ (17 % der Frauen und 22 % der Männer). Die beigemessene hohe Bedeutung der Grundversorgung vor Ort ist unabhängig vom Wohnort der Senioren.

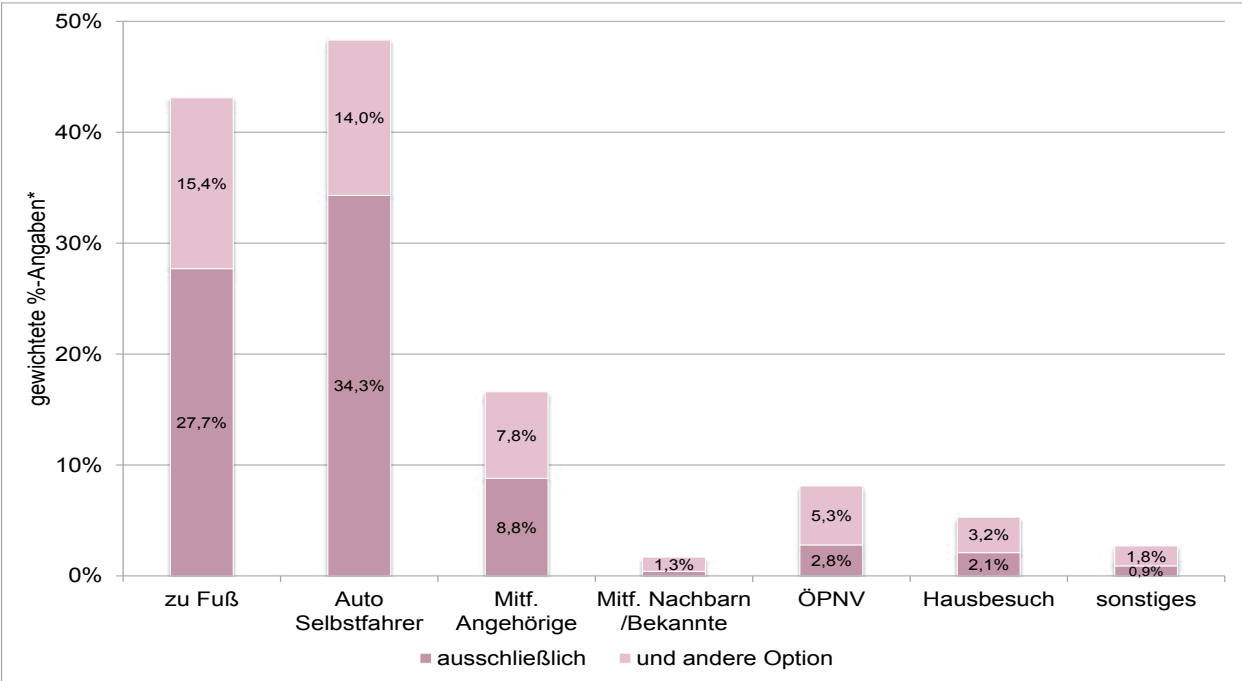
In Übereinstimmung mit der hohen Bedeutung, die dem Hausarzt vor Ort beigemessen wird, haben über 96 % der Senioren einen Hausarzt, den sie bei gesundheitlichen Problemen zuerst fragen. In Fellbach bejahten dies 94,7 % der Senioren, in den ländlichen Gemeinden des Schorndorfer Mittelbereiches 98,7 %.

2.2.4 Inanspruchnahme des Versorgungssystems

2.2.4.1 Wie erreichen Senioren ihren Hausarzt

Der größte Teil der Senioren erreicht die Hausarztpraxis mit dem Auto (Selbstfahrer) oder zu Fuß, mit weitem Abstand folgt der Transferdienst durch Angehörige (s. Abb. 24). Ca. 8 % der Senioren im Kreis nutzen (auch) den ÖPNV, um zum Hausarzt zu kommen, gut 5 % der Arztkontakte erfolgen (auch) durch Hausbesuche.

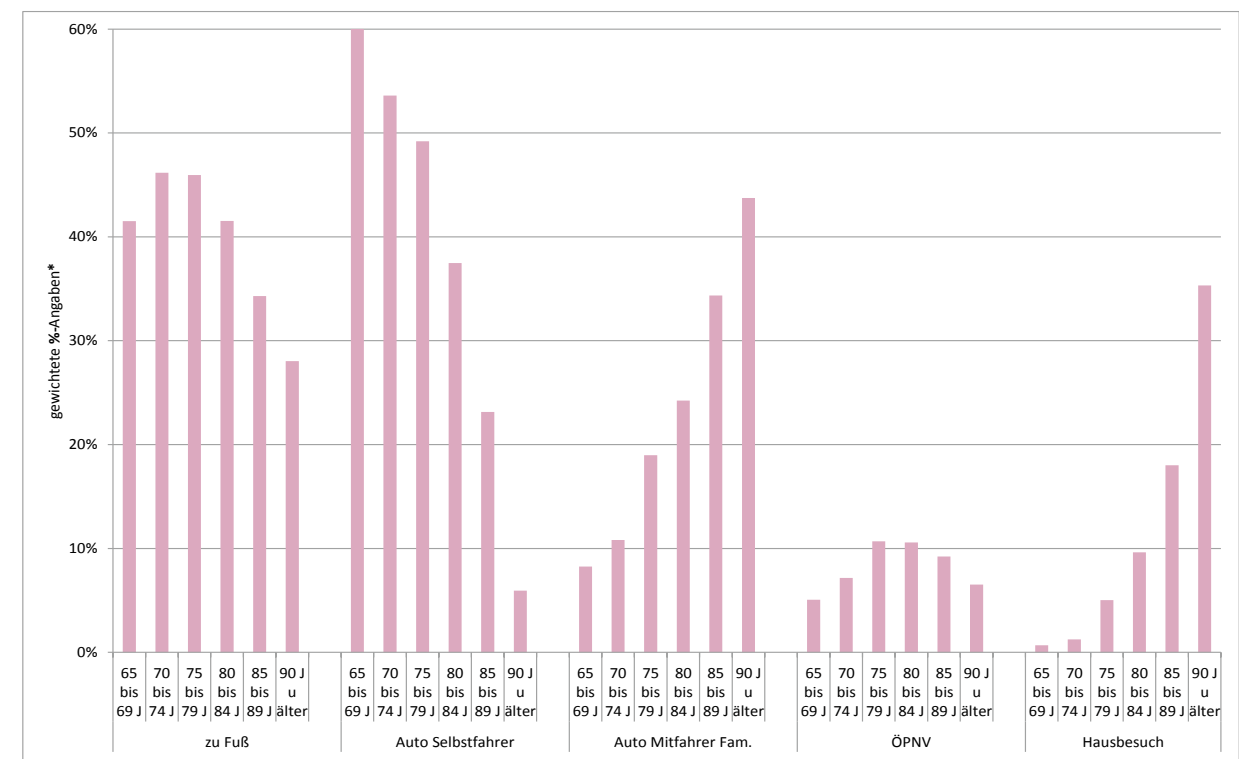
Abb. 24 Wie erreichen Senioren im Rems-Murr-Kreis in der Regel ihren Hausarzt



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Männer fahren erwartungsgemäß deutlich häufiger (selber) mit dem Auto zum Hausarzt als Frauen (61 % vs. 38 %, s. auch Abb. 30), Frauen sind dementsprechend häufiger auf Transportdienste durch Angehörige, den ÖPNV und Hausbesuche angewiesen. Ab dem 80. Lebensjahr werden Fahrdienste von Angehörigen sowie Hausbesuche der Ärzte zunehmend wichtiger, sie sind in der Altersgruppe der über 90-Jährigen von entscheidender Bedeutung.

Abb. 25 Wie erreichen Senioren im Rems-Murr-Kreis in der Regel ihren Hausarzt (nach Lebensalter) – Mehrfachangaben möglich



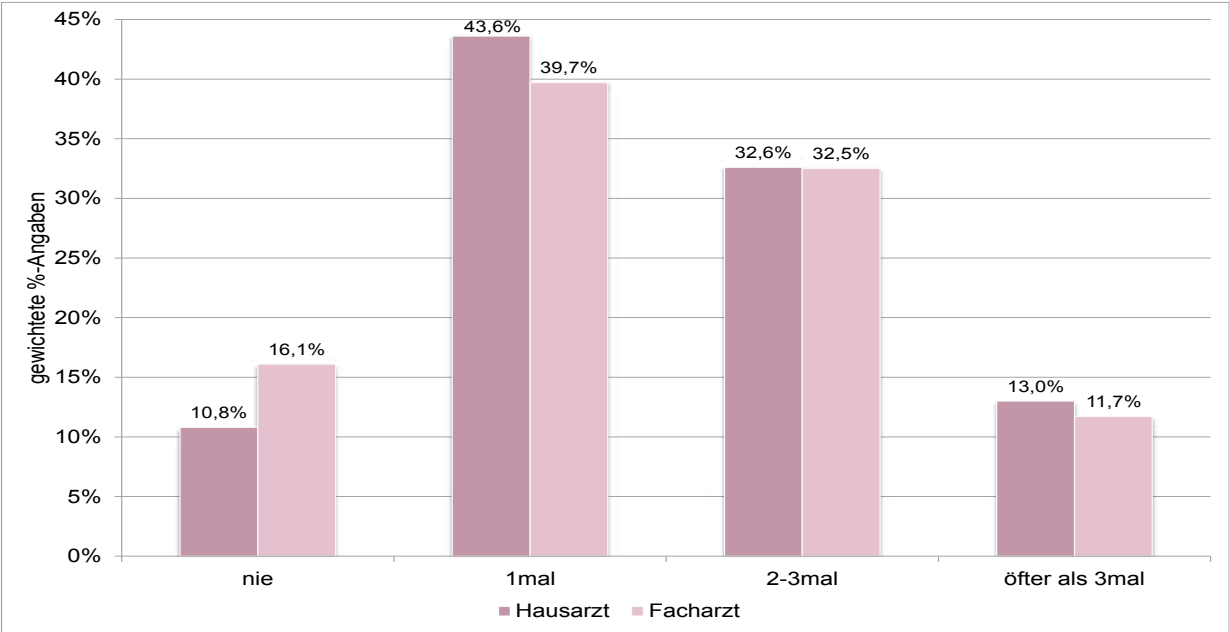
Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

In den dicht besiedelten Großen Kreisstädten Waiblingen und Fellbach mit Hausarztniederlassungen auch in den Ortsteilen (s. Abb. 21) und einer gut ausgebauten ÖPNV-Infrastruktur ist über die Hälfte der Senioren (auch) zu Fuß zum Arzt unterwegs. Ebenfalls spielt in diesen Gemeinden der ÖPNV mit über 10 % eine deutlich größere Rolle als in den ländlich geprägten Raumschaften.

2.2.4.2 Anzahl der Arztkontakte

Knapp 90 % der Senioren (91 % der Frauen und 88 % der Männer) waren nach eigenen Angaben in den letzten 3 Monaten in hausärztlicher Behandlung, ca. 84 % (85 % der Frauen und 83 % der Männer) in fachärztlicher. Die Behandlungshäufigkeit durch Haus- bzw. Fachärzte im letzten Quartal ist in Abb. 26 zusammengefasst.

Abb. 26 Anzahl der Arztkontakte in den letzten 3 Monaten

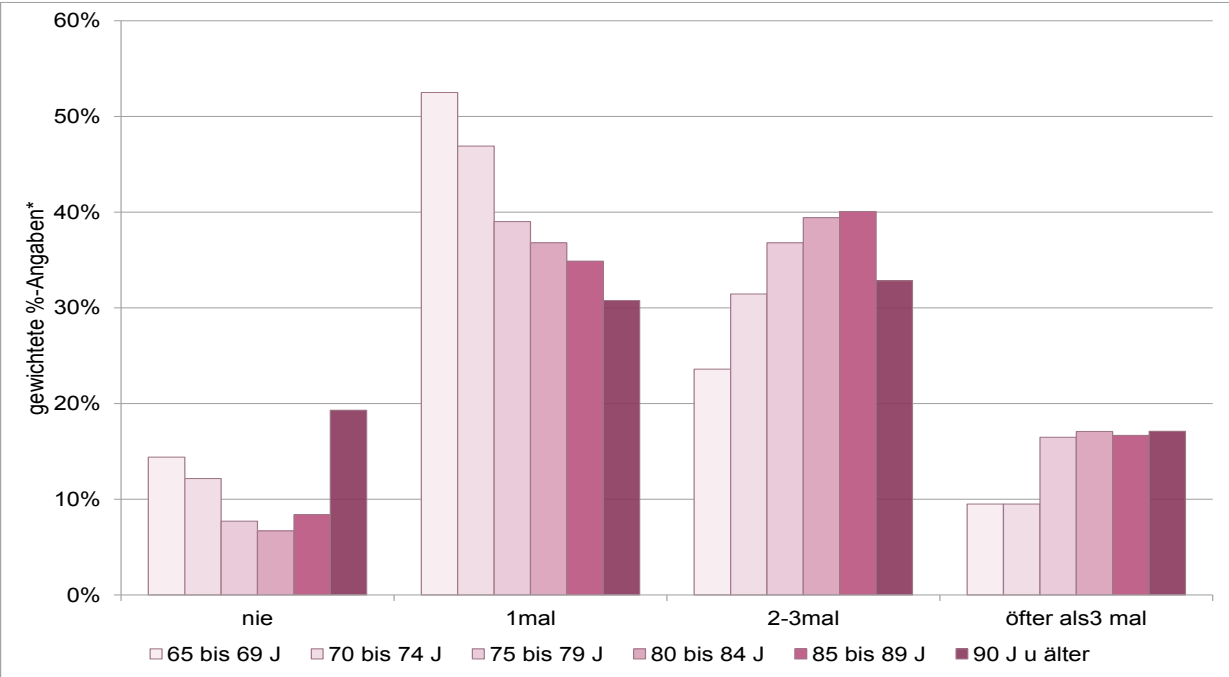


Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Die Häufigkeit der Arztbesuche ist nicht nur vom Gesundheitszustand, sondern auch vom Alter abhängig (s. Abb. 27). Auffallend ist, dass in der Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren der Anteil, der im letzten Quartal keinen Arzt kontaktierte, doppelt so hoch ist wie in der Altersgruppe der 75- bis 89-Jährigen. Diese Aussage bezieht sich sowohl auf die Haus- als auch auf die niedergelassenen Fachärzte. Ebenfalls nimmt die Generation 90+ seltener regelmäßig an zahnärztlichen und augenärztlichen Kontrolluntersuchungen teil. Zu vermuten ist, dass Mobilitätsaspekte zumindest teilweise eine Rolle spielen.

Trotz deutlich unterschiedlicher Entfernung zum nächsten Facharzt (s. Abb. 23) ist die Inanspruchnahme augenärztlicher Untersuchungen aber weitgehend unabhängig vom Wohnort. Ähnlich sieht es bei zahnmedizinischen Kontrolluntersuchungen aus.

Abb. 27 Hausarztkontakte in den letzten 3 Monaten in Abhängigkeit des Lebensalters



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

2.3 Individuelle Mobilität und Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

2.3.1 Individuelle Mobilität

2.3.1.1 ... beim Verlassen der Wohnung

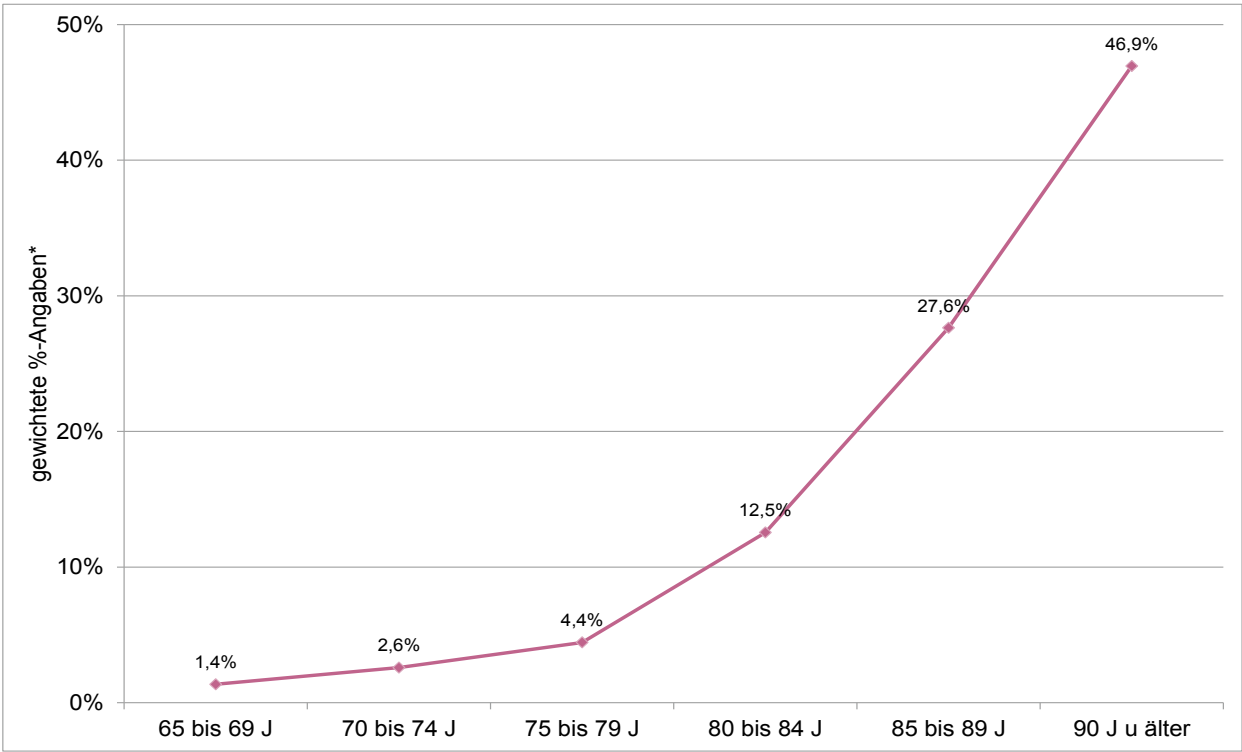
Im Rems-Murr-Kreis sind nach eigenen Angaben gut 7 % der Generation 65+ beim Verlassen des Hauses auf Hilfe einer Begleitperson angewiesen (Männer 4,8 %, Frauen 9,1 %). Dieser Zustand kann für die Betroffenen eine erhebliche Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe bedeuten.

9 % der alleinlebenden Senioren benötigen Unterstützung beim Verlassen der Wohnung

Überdurchschnittlich häufig benötigen jene Senioren Hilfestellung, die mit Familienangehörigen unter einem Dach leben. Vermutlich ist der Unterstützungsbedarf zumindest bei einem Teil ein Grund für das Zusammenwohnen. Von den alleinlebenden (häufig älteren) Senioren können ca. 9 % ihre Wohnung bzw. das Haus nicht mehr allein verlassen. Durch zusätzliche Auswertungen sollen hier weitere Informationen gewonnen werden bezüglich des sozialen Netzwerkes und der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe.

Wie in Abb. 28 dargestellt, steigt insbesondere bei den über 80-Jährigen der Prozentsatz der Personen deutlich an, der beim Verlassen des Hauses Hilfestellung benötigt. Analog zu dem in Kap. 2.2. skizzierten Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand benötigen Senioren, die sich finanziell (stark) einschränken müssen und damit weniger Geld für den „Einkauf“ von unterstützenden Dienstleistungen zur Verfügung haben, genau diese Unterstützungsleistungen häufiger als gut situierte Senioren.

Abb. 28 Anteil der Generation 65+, der beim Verlassen des Hauses auf Hilfe angewiesen ist



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

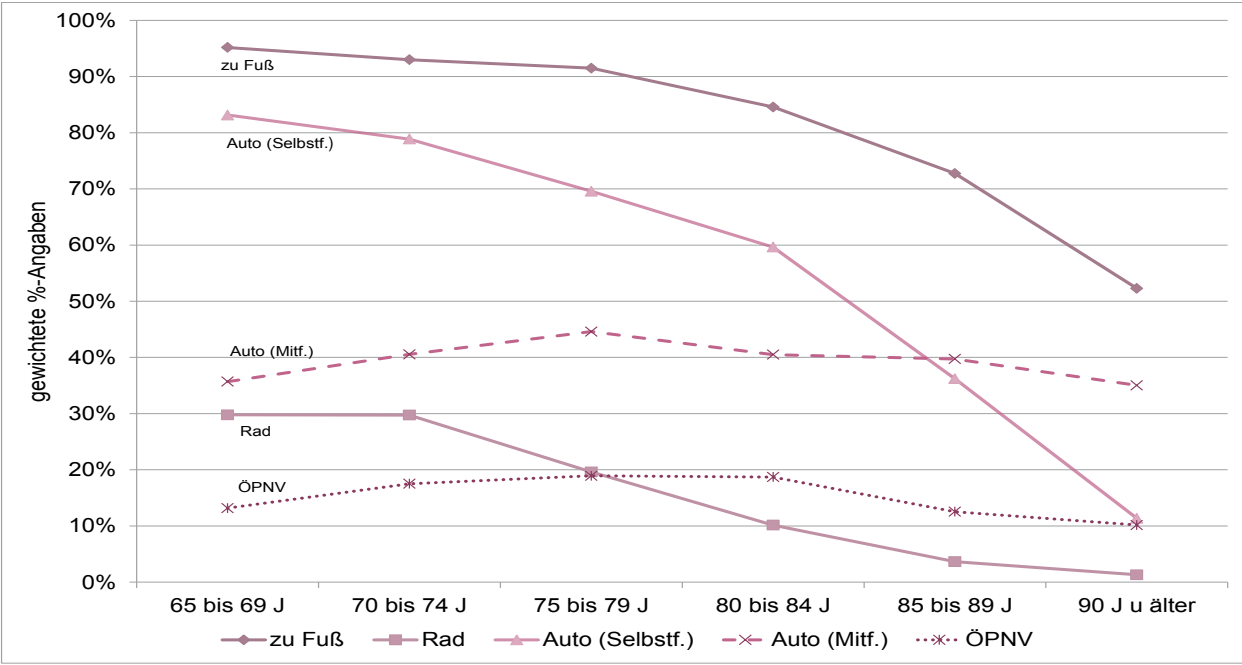
2.3.1.2 ... außerhalb der Wohnung

82 % der Senioren sind regelmäßig (im Folgenden definiert als mindestens einmal wöchentlich) zu Fuß außerhalb ihrer Wohnung unterwegs, 62 % nutzen regelmäßig (als Selbstfahrer) das Auto. Der öffentliche Nahverkehr (ÖPNV) spielt mit knapp 14 % eine deutlich geringere Rolle als das Mitfahren im PKW (27 %).

52 % der über 90-Jährigen sind regelmäßig zu Fuß unterwegs, 11 % mit dem Auto

Mit zunehmendem Alter geht der Anteil der Personen, die regelmäßig außerhalb ihrer Wohnung zu Fuß unterwegs sind bzw. selber Auto fahren bzw. Fahrrad fahren, kontinuierlich und z. T. deutlich zurück (s. Abb. 29). Bei den 90-Jährigen und Älteren sind noch 52 % regelmäßig zu Fuß unterwegs, 11 % fahren mindestens einmal in der Woche Auto.

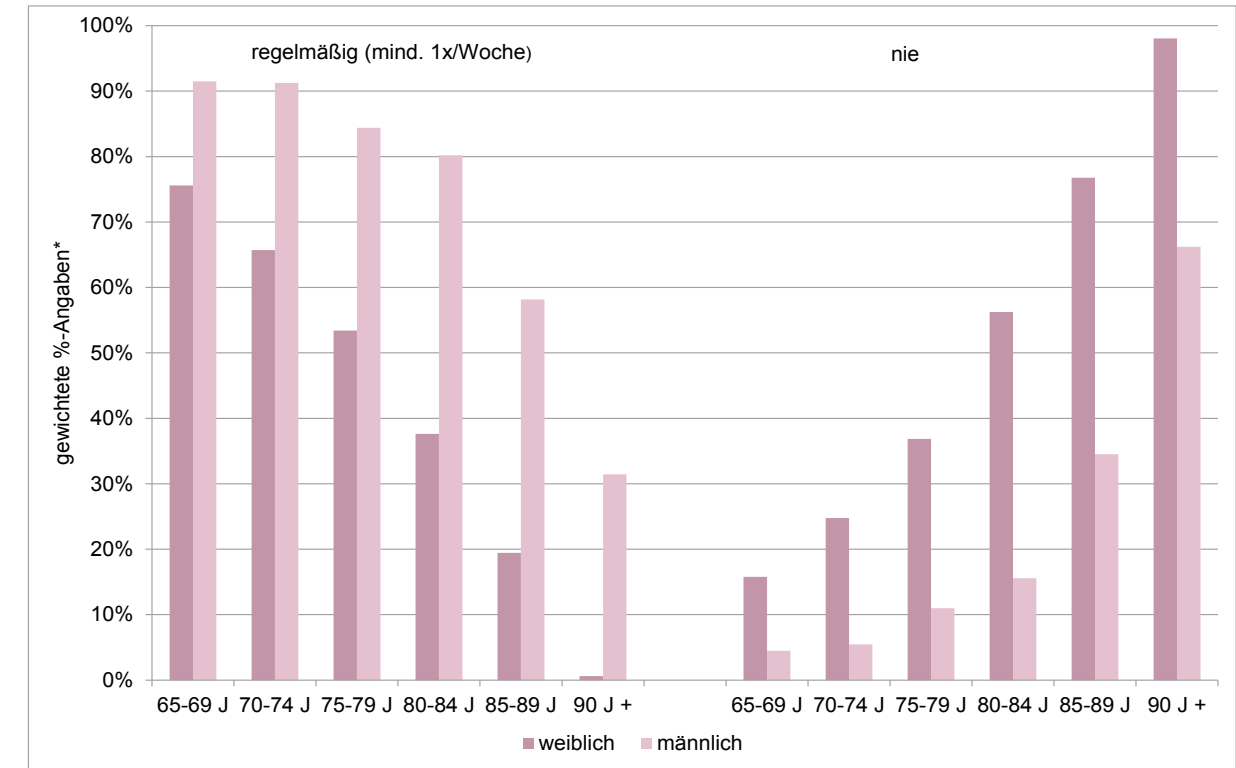
Abb. 29 Mobilität (mind. 1-mal/Woche) in Abhängigkeit des Alters



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Bei der PKW-Nutzung sind deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht zu beobachten. Während 85 % der über 65-jährigen Männer regelmäßig selber Auto fahren, sind es bei den Frauen knapp 57 %. Dementsprechend höher liegt der Anteil der Frauen, die im Auto mitgenommen werden bzw. die den ÖPNV nutzen. Geschlechterspezifische Unterschiede bei der Nutzung des PKWs sind in allen Altersgruppen zu beobachten, sie sind allerdings in der Generation 80+ besonders ausgeprägt.

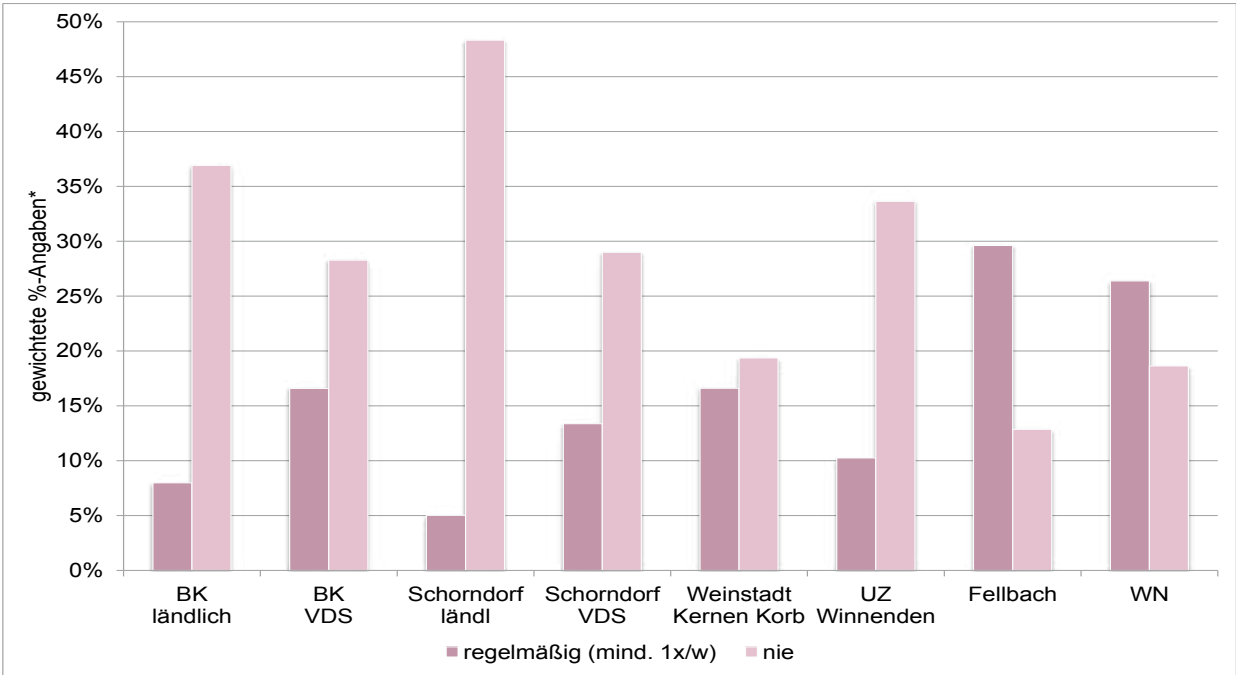
Abb. 30 Nutzung des PKWs als Selbstfahrer in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“

Die großen (infra-)strukturellen Unterschiede im Kreis spiegeln sich im ÖPNV-Nutzungsverhalten wieder. In den Großen Kreisstädten Fellbach und Waiblingen mit einem dichten Bus- und Bahnnetz nutzen 25 bis 30 % der Generation 65+ mind. 1-mal/Woche den ÖPNV, in der Raumschaft „Schorndorf ländlich“ nur 5 % (s. Abb. 31). Für knapp die Hälfte der Bevölkerung ist in dieser ländlichen Raumschaft der ÖPNV keine Option (Antwortkategorie nie).

Abb. 31 Nutzung des ÖPNV in den Raumschaften des Rems-Murr-Kreises



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Altern im Rems-Murr-Kreis“
VDS: Verdichtungsraum Stuttgart

2.3.2 Öffentlicher Personennahverkehr

2.3.2.1 Erreichbarkeit

Knapp 88 % der Generation 65+ stufen kreisweit die Erreichbarkeit der nächsten Bushaltestelle als gut ein, wobei in stark verdichteten Räumen wie z. B. Fellbach die positive Beurteilung der Erreichbarkeit mit über 95 % erwartungsgemäß über den Angaben aus den ländlichen Regionen der Mittelbereiche Backnang bzw. Schorndorf (jeweils ca. 80 %) liegt.

Analog zur deutlichen Zunahme der Einschränkungen beim Gehen wird im höheren Lebensalter die Entfernung zur nächsten Bushaltestelle zunehmend als problematisch eingestuft. Auch bei einer guten ÖPNV-Infrastruktur liegt diese Problematik vor, wie beispielhaft folgende Freitextangaben aus Fellbach veranschaulichen: „... wohne mittig zwischen zwei Haltestellen, langer Weg, Einstieg in Bus schwierig ...“ bzw. „Ungelöstes Problem für Gehschwache ohne Auto sind die Wege Haus-Haltestelle bzw. Haltestelle-Zielpunkt (z. B. Geschäft), denkbar wäre die Einrichtung eines elektromobilen Kreisverkehrs“.

2.3.2.2 Barrierefreiheit

Ungünstiger als die Erreichbarkeit der nächsten Bushaltestelle fällt die Beurteilung der Barrierefreiheit der Bahnen und Busse aus. Ca. 45 % der Befragten stufen die Barrierefreiheit als gut oder ausreichend ein, 18 % als mangelhaft, keine Bewertung gaben 38 % ab. Vermehrte Kritik an der Barrierefreiheit kam aus der Raumschaft Kernen/Korb/Weinstadt und den Gemeinden des Mittelbereiches Backnang, die laut Landesentwicklungsplan zum Verdichtungsraum Stuttgart gehören.

2.3.2.3 Vorschläge und Kritikpunkte

Gut 20 % der Umfrageteilnehmer (ca. 750 Personen) nutzten das Freitextfeld, um Wünsche, Anmerkungen, Kritikpunkte zum ÖPNV zum Ausdruck zu bringen. Da diese Vorschläge und Kritikpunkte erst im konkreten lokalen Bezug sinnvoll aufgegriffen und bearbeitet werden können, werteten wir sämtliche Freitextangaben auf der kleinräumigsten Ortsangabe aus, die die Befragten zu ihrer Wohnung machten (i. d. R. Wohnort oder Ortsteil). Die Ergebnisse wurden zwischenzeitlich dem Amt für Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zur Verfügung gestellt. An dieser Stelle daher nur eine kurze Zusammenfassung der Freitextangaben.

Rückmeldungen aus zahlreichen Gemeinden bzw. dem gesamten Kreisgebiet liegen u. a. zu folgenden Aspekten vor:

- Pünktlichkeit/Zuverlässigkeit insbesondere der S-Bahn (pünktlichere Abfahrtszeiten, keine/weniger Streiks ...)
- Preisgestaltung (zu teuer – günstigere Preise für Senioren – Einführung einer Jahreskarte – kostenlose Nutzung z. B. ab 70, dann könnte man Führerschein abgeben ...)
- Abstimmung (S-)Bahn/Bus (Busfahrer sollten auf einfahrende Züge achten - (verspätete) S-Bahn kommt an, Bus fährt ab ...)
- Rücksichtnahme (erst anfahren, wenn alle im Bus sitzen – Sitzplatz für Ältere - mehr Zeit beim Ein- und Aussteigen ...)
- Taktfrequenz (kürzere Taktzeiten, häufigerer Busverkehr, ausgedünnter Fahrplan am Wochenende ...)

Die Verbesserung der Barrierefreiheit an S-Bahn-Stationen (z. B. Rommelshausen, Winterbach), an Bahnhöfen (z. B. Plüderhausen, Oppenweiler) bzw. in Bussen ist ein sehr häufig genanntes Anliegen der Bewohner aus den jeweiligen Gemeinden. Bezüglich der Situation in Backnang äußerten - entsprechend der Bedeutung dieses Bahnhofs für die Anbindung weiter Teile des eher ländlich strukturierten

Mittelbereichs an den Großraum Stuttgart - sowohl Senioren aus der Stadt Backnang als auch aus den Umlandgemeinden Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Barrierefreiheit und der Abstimmung der Regionalbusse mit der S-Bahn (Umsteigezeit zu kurz).

Vorschläge, die sich auf konkrete ortsspezifische Gegebenheiten beziehen, waren u. a. Fragen der Linienführung und Haltestellen, der S-Bahn-Verlängerung, der Krankenhausanbindung, häufigere Kleinbusangebote, Ruf-/Sammeltaxi, Unterstellmöglichkeiten an Wartestellen, Ringverkehr.

3 Altenhilfe- und Kreispflegeplanung

Ausgehend von einer gesetzlichen Vorgabe aus dem Jahr 1995 obliegt dem Landkreis die Aufgabe, einen Kreispflegeplan zu erstellen. Im Rems-Murr-Kreis wurde dies mittels einer Bestandsanalyse, einer Bedarfsanalyse und einem daraus resultierenden Maßnahmenkatalog umgesetzt. Die stetige Weiterentwicklung der Versorgungsansprüche und dem damit korrespondierendem Zuwachs an Versorgungselementen wurde im jetzigen Planungswerk Sorge getragen. Die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II und das Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III zum 01.01.2017 bringen Veränderungen mit sich, die zum augenblicklichen Zeitpunkt nicht absehbar sind.

Die Kapitel Altenhilfefachberatung und Demenzfachberatung zeigen die Entwicklung von ehemals reinen Beratungsstellen zu modernen Planungs- und Entwicklungsstellen auf. Im Anschluss werden die sich daraus modifizierten aktuellen Beratungsstellen wie Pflegestützpunkt und Selbsthilfekontaktstellen dargestellt.

Die ambulante Versorgungslandschaft des Rems-Murr-Kreises spiegelt sich in der reichhaltigen Vielfalt der Angebotspalette wieder. Vor allem im Bereich der Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz lässt sich eine kontinuierliche Ausweitung sowohl in der Anzahl, wie auch im Angebotsspektrum nachlesen. Unterlegt werden die Ausführungen mit Daten und Fakten bezüglich der Diagnostik und Therapie von Demenz.

Im Sektor der Teilstationären Angebotslandschaft treten neben der Ausweitung der Tagespflege besondere Wohnformen, wie z. B. „Betreutes Wohnen“ oder „Neue Wohnformen“, in den Fokus.

Die Situation der stationären Pflegelandschaft des Kreises wird fokussiert auf die besonderen Herausforderungen im Bereich der Kurzzeitpflege und der Umsetzung demenzgerechter Konzepte. Abgerundet wird diese Darstellung von Erläuterungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitation.

Die erstmals in diesem Bericht eingebundenen Informationen zur medizinischen Versorgung von Heimbewohnern basieren auf einer vom Geschäftsbereich Gesundheit durchgeführten Befragung. Aus ihr lassen sich sowohl Rückschlüsse bezüglich der Ärzteversorgung sowie weitere Handlungsbedarfe ableiten.

Abschließend richtet sich der Blick auf die Situation älterer Migranten im Rems-Murr-Kreis.

3.1 Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II

Im gesamten Bereich der ambulanten Angebote, zu denen auch die Beratungsangebote zählen, aber natürlich auch im stationären Bereich, zeichnet sich ein deutlicher Wandel für die kommenden Jahre ab, verursacht durch die Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II).

Wesentliche Änderungen durch das Pflegestärkungsgesetz II¹⁵

„Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zum 1. Januar 2017 eingeführt. Die Selbstverwaltung in der Pflege ist beauftragt, im Jahr 2016 die Umstellung auf die fünf neuen Pflegegrade und die neuen Leistungsbeträge in der Praxis vorzubereiten, so dass die neuen Leistungen den 2,7 Millionen Pflegebedürftigen ab 2017 zugutekommen. Wichtige Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind bereits seit dem 1. Januar 2016 in Kraft.

Verbesserungen bereits zum 1. Januar 2016

- Die **Beratung Pflegebedürftiger** und ihrer Angehörigen wird verbessert. Die Pflegekassen benennen feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung. Pflegenden Angehörigen erhalten einen eigenen Beratungsanspruch. Die Zusammenarbeit aller Beratungsstellen vor Ort wird gestärkt.
- Die **ärztliche Versorgung** der Bewohner von Pflegeheimen wird verbessert. Durch das Hospiz- und Palliativgesetz werden stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzten zu schließen.
- Der Zugang von Pflegebedürftigen zu **Maßnahmen der Rehabilitation** wird gestärkt, indem die Pflegekassen und Medizinischen Dienste wirksame Verfahren zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs anwenden müssen.
- Die Pflegekassen werden zur Erbringung von **primärpräventiven Leistungen** in stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet. Ziel ist, die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Durch das Präventionsgesetz werden die Pflegekassen hierzu im Jahr 2016 insgesamt rund 21 Millionen Euro zur Verfügung stellen.
- Die **Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung** in der Pflege wird weiterentwickelt. Dabei wird der so genannte Pflege-TÜV grundsätzlich überarbeitet und vor allem der Ergebnisqualität wird größere Bedeutung gegeben. Dazu wird wissenschaftlicher Sachverstand herangezogen und die Entscheidungsfindung durch einen entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss beschleunigt.
- Seit Ende 2014 unterstützt der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigte für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, die flächendeckende Einführung einer **vereinfachten Pflegedokumentation** (Strukturmodell) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das PSG II stellt klar, dass die zeitliche Entlastung der Pflegekräfte durch das neue Pflegedokumentationsmodell nicht zu Personalkürzungen führen darf.
- Anspruch auf Übergangspflege (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Kurzzeitpflege) als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Regelungen im Krankenhausstrukturgesetz

Am 1. Januar 2017 tritt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft eine fachlich gesicherte und individuelle Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade. Die Pflegesituation von Menschen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen etwa bei demenziellen Erkrankungen wird bei der Begutachtung künftig in gleicher Weise berücksichtigt wie die Pflegesituation der Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument können die Beeinträchtigungen und die vorhandenen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen genauer erfasst und die individuelle Pflegesituation in den fünf neuen Pflegegraden zielgenauer abgebildet werden. Viele Menschen erhalten mit dem Pflegegrad 1 erstmals Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.

¹⁵ Übernommen von <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html>

- Die neuen Leistungsbeträge bedeuten für viele Menschen **höhere Leistungen**. Die spürbaren Leistungsverbesserungen zum 1. Januar 2015 werden durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz weiter ausgeweitet. Insgesamt stehen ab 2017 jährlich rund fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung. Die gesetzlich vorgeschriebene Dynamisierung der Leistungen wird um ein Jahr auf 2017 vorgezogen. Damit stehen weitere rund 1,2 Milliarden Euro für bessere Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Die Hauptleistungsbeträge ab dem 1. Januar 2017 (in Euro)					
	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant	125*	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag stationär	125	770	1262	1775	2005

*Hier keine Geldleistung, sondern eine zweckgebundene Kostenerstattung

- Die Leistungen **in der ambulanten Pflege** werden ausgeweitet und an den Bedarf angepasst. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld werden als Regelleistung der Pflegeversicherung eingeführt.
- Auch in stationären Pflegeeinrichtungen gibt es Verbesserungen für alle Pflegebedürftigen. Ab 2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein **einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil**. Der pflegebedingte Eigenanteil steigt künftig nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Zudem erhalten alle Pflegebedürftigen einen Anspruch auf **zusätzliche Betreuungsangebote** in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Finanzierung erfolgt durch die soziale Pflegeversicherung.
- Rund 2,7 Millionen Pflegebedürftige werden zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der **neuen Pflegegrade übergeleitet**. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen werden automatisch von ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Menschen, bei denen eine dauerhafte erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden in den übernächsten Pflegegrad überführt. Alle, die bereits Pflegeleistungen erhalten, erhalten diese daher mindestens in gleichem Umfang weiter, die allermeisten erhalten mehr Unterstützung.
- Die soziale Absicherung von **pflegenden Angehörigen** wird verbessert. Die Pflegeversicherung wird für deutlich mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge entrichten. Dabei kommt es darauf an, in welchem Umfang die Pflege durch Pflegepersonen erbracht wird und in welchen Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen im Bereich der Arbeitslosen- und der Unfallversicherung wird verbessert.
- Die regionale Zusammenarbeit** in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vor Ort wird verbessert. Pflegekassen können sich an selbst organisierten Netzwerken für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen und diese mit bis zu 20.000 Euro je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise/kreisfreien Städte fördern. Damit werden auch Ergebnisse des Forschungsprojekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt.
- Die Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung in den Ländern sind von den beteiligten Partnern der Selbstverwaltung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Die Pflegesätze für stationäre Einrichtungen werden zum 1. Januar 2017 neu verhandelt oder mit einer Auffangregelung übergeleitet, damit es **einen reibungslosen Übergang in das neue System gibt**.
- Darüber hinaus wird die Selbstverwaltung verpflichtet, bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich abgesichertes Verfahren zur **Personalbedarfsbemessung** zu entwickeln. Damit soll künftig festgestellt werden, wie viele Pflegekräfte die Einrichtungen für eine gute Pflege benötigen.

Der **Beitragssatz** der Sozialen Pflegeversicherung steigt zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.“

Die Experten sind sich einig, dass durch die Umsetzung des PSG II eine stärkere Nachfrage vor allem bei ambulanten Pflegediensten und Tagespflegen erfolgen wird, da durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff den Bedürfnissen von Personen Rechnung getragen wird, deren Beeinträchtigung eher geistige als körperliche Ursachen zu Grunde liegen (klassisches Beispiel Demenz). Wie viele Personen von den neuen Möglichkeiten Gebrauch machen werden, lässt sich zuverlässig zum jetzigen Zeitpunkt nicht sagen. Letztendlich werden die Sozialhilfeträger einen Anstieg der Fallzahlen und höhere finanzielle Belastungen zu erwarten haben. Das folgende PSG III wird neben Verbesserung für die Anspruchsberechtigten in den kommenden Jahren eine Herausforderung für die Verwaltungen mit sich bringen.

Die wichtigsten Regelungen des PSG III in Stichworten

- Sicherstellung der Versorgung
- Beratung
- Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Hilfe zur Pflege
- Regelung der Schnittstellenproblematik zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe
- Maßnahmen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege

Mehr Information zu dem bislang nur im Entwurf vorliegenden PSG III, welches im Frühjahr 2017 in Kraft treten soll, und den vorangegangenen Pflegestärkungsgesetzen finden sich unter dem Link <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html>.

3.2 Beratungsstellen und Interessenvertretungen für Senioren

Die Interessenvertretung der Senioren im Landkreis nimmt in erster Linie der Kreissenorenrat wahr. Der Kreissenorenrat ist ein eingetragener Verein, dessen Mitglieder sich nicht aus Einzelpersonen (Ausnahme: die Ehrenmitglieder), sondern aus überwiegend in der Altenarbeit tätigen Institutionen, Trägern und Verbänden zusammensetzen. Der Kreissenorenrat ist parteipolitisch unabhängig und konfessionslos und ist Mitglied im Landessenorenrat Baden-Württemberg. Aufgabe des Kreissenorenrates ist es, Probleme und Anliegen älterer Menschen im Landkreis aufzugreifen und an deren Lösung mitzuarbeiten. Dies geschieht beispielsweise durch Öffentlichkeitsarbeit. Der Kreissenorenrat wird zu allen Sitzungen der Kreisgremien eingeladen und ist in allen seniorenrelevanten Arbeitsgemeinschaften mit mindestens einem Mitglied vertreten.

Darüber hinaus gibt es vielfältige Beratungsangebote sowie Selbsthilfegruppen, Hospizhilfen und Ansätze des Bürgerschaftlichen Engagements. Nähere Informationen können dem Seniorenwegweiser entnommen werden. Die aktuellsten Daten finden sich auf der Homepage des Kreises unter www.rems-murr-kreis.de und auf der Homepage des Kreissenorenrates www.ksr-rems-murr.de. Der Seniorenwegweiser ist unter dem Link http://www.total-lokal.de/city/waiblingen/data/71328_57_06_15/index.html abrufbar.

3.2.1 Altenhilfefachberatung

Beratung und Planung

Die Altenhilfefachberatung ist zuständig für Beratung und Planung in nahezu allen Altersfragen, speziell Kreispflege-, Altenhilfe- und Geriatrieplan, was auch die konzeptionelle Weiterentwicklung des Pflegestützpunktes beinhaltet. Träger und Investoren sowie Institutionen werden hinsichtlich der Bedarfssituation im Rems-Murr-Kreis beraten.

Die Altenhilfefachberatung arbeitet eng mit der Demenzfachberatung und dem Pflegestützpunkt zusammen, aber auch mit der Heimaufsicht sowie der Gesundheitsberichterstattung.

Gremienarbeit

Leitung des Kreispflegebeirats. Der Kreispflegebeirat ist zum einen fachliches Gremium für den Pflegestützpunkt, zum anderen beratendes Gremium für die Kreispflegeplanung. Der Kreispflegebeirat tagt zwei Mal jährlich bzw. nach Bedarf.

Runder Tisch "Fachkräftemangel in der Pflege". Dieser Arbeitskreis entstand aus der Erkenntnis, dass der demografische Wandel und der damit verbundene Mangel an Fachkräften bereits zum Alltag der Einrichtungen der Altenpflege gehören. Diesem Arbeitskreis gehören Vertreter der Verwaltung, der ambulanten und stationären Altenhilfe, der Altenpflegeschulen und der Agentur für Arbeit an. Bei Bedarf werden zusätzliche Fachreferenten eingeladen. Ein Ergebnis des Runden Tisches war die Einführung der 4-jährigen Ausbildung für Altenpflegehelfer an der Marie-Merian-Schule, die vor allem Wiedereinsteiger die berufsbegleitende Ausbildung erleichtern soll.

Arbeitskreis "Ältere Migranten". Der Arbeitskreis ist seit über einem Jahr aufgrund von personellen Wechseln nicht aktiv. Hier sind vor allem die Ausländerbeauftragten der Städte und Gemeinden sowie sachkundige Vertrauenspersonen mit Migrationshintergrund vertreten. Der Arbeitskreis wird mit neuer Besetzung seine Arbeit wieder aufnehmen.

Beisitz im Kreissenienerrat. Die Altenhilfefachberatung ist Verbindungsglied zwischen Kreissenienerrat und Kreisverwaltung. Sie unterstützt und berät den Kreissenienerrat bei seinen Vorhaben bzw. regt auch Kooperationen an.

Öffentlichkeitsarbeit

- Herausgabe des Seniorenwegweisers
- Veranstaltung von Seniorenfachtagen
- Mitwirkung an Seniorenmessen
- Ansprechpartner für Bürger

3.2.2 Demenzfachberatung

Der Bedarf an einem niedrigschwelligen Zugang zu Beratung oder überhaupt an adäquaten Angeboten für demenziell Erkrankte wurde vom Landkreis bereits vor längerem erkannt. Deshalb wurde 2002 die Fachberatung Demenz als Anlaufstelle zu allen Fragen dieses Themengebietes beim Landkreis eingerichtet. Aufgrund der anfallenden Fragestellungen und der zunehmenden Inanspruchnahme entwickelte sich die Fachberatungsstelle sehr schnell zu einem umfassenden Kompetenzzentrum bezüglich Demenz im Rems-Murr-Kreis.

Die Arbeitsschwerpunkte dieser Anlaufstelle lassen sich in fünf Schwerpunktbereiche untergliedern:

Strategie und Planung:

Mittels einer kontinuierlichen Bedarfsanalyse werden erforderliche Strategien entwickelt, um nachhaltige Versorgungsangebote zu initiieren. Festgehalten und fortgeschrieben wird dies in der Kreispflegeplanung. Entwicklungen durch Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen werden beobachtet und analysiert. Gegebenenfalls wird durch entsprechende Maßnahmen reagiert (aktuell Anpassung bezüglich Anerkennungs- und Förderverfahren nach § 45 SGB XI). Überregional sind die Demenzfachberater Mitglied und Mitarbeiter in Gremien wie z. B. in der Pflege-Enquete des Landtags oder in Arbeitsausschüssen des Landkreistags.

Beratung:

Die Beratungssituation im Einzelfall bezieht sich in der Regel seit Einführung des Pflegestützpunktes auf demenzspezifische Fragestellungen im persönlichen Umgang mit Menschen mit Demenz oder spezieller Krisenintervention. Die Beratung von Kommunen und Gemeinden bezieht sich sowohl auf professionelle Pflegeangebote wie auch auf die Umsetzung einer „Demenzfreundlichen Kommune“ (siehe Kap. 2.1 - Teilhabe). Des Weiteren werden Institutionen wie z. B. Pflegeheime, Krankenhäuser, ambulante Dienste oder niederschwellige Angebote begleitet. Diese Beratungen sind am Bedarf der jeweiligen Einrichtung ausgerichtet und reichen von der Einzelfallbesprechung über Erarbeitung neuer Konzepte bis zur baulichen Gestaltung. Meist wird diese Tätigkeit durch Schulungsangebote für das Personal ergänzt.

Netzwerkarbeit:

Koordination und Zusammenführung (Netzwerkbildung) einzelner Angebote im Kreis. Regionale Gremienarbeit sowie Aufbau und Pflege von Arbeitskreisen. Überregional pflegt die Demenzfachberatung den Erfahrungsaustausch und die Mitarbeit in Arbeitskreisen mit Demenzexperten, z. B. in der Alzheimer Gesellschaft Baden Württemberg.

Projektmanagement:

Zu den Aufgaben der Fachstelle gehört die Planung und Ausführung von Gesundheitsfachtagen, Thementagen wie z. B. dem Welt-Alzheimerstag und vieles mehr. Des Weiteren Planung und Aufbau von neuen Angeboten wie z. B. der Aufbau eines „Kümmerer“-Projektes für alleinstehende Menschen mit Demenz oder ein Kooperationsprojekt mit der Polizei für Menschen mit Weglauftendenzen.

Öffentlichkeitsarbeit:

Mittels guter Zusammenarbeit mit den Medien, wie z. B. Zeitungen, Rundfunk und regionalen Fernsehsendern, vor allem aber durch regelmäßige, kreisweite Informationsveranstaltungen und Schulungen für interessierte Bürger. Abgerundet wird die Öffentlichkeitsarbeit durch die Konzeption und Erstellung von Informationsbroschüren. Diese sowie die Broschüre „Was tun bei Demenz?“ sind für alle Bürger auch über den Internetlink http://www.rems-murr-kreis.de/2737_DEU_WWW.php abrufbar.

Handlungsempfehlungen Demenzfachberatung

Um die Demenz-Angebote auch weiterhin am Leben zu erhalten, bedarf es einer verlässlichen Förderung des Kreises. Es darf nicht übersehen werden, dass Entlastungsangebote trotz öffentlicher Förderung selten kostendeckend zu führen sind und die Träger vor große finanzielle Herausforderungen stellen. Gleichzeitig ist es bei den meisten Fördermöglichkeiten gesetzlich so geregelt, dass eine kommunale Co-Förderung Voraussetzung zur Förderung überhaupt ist. Darüber hinaus gibt es auch noch zahlreiche Angebote, welche - um existieren zu können - auf weiterführende Unterstützung angewiesen sind. Der Kreis leistet dies z. B. durch Schulungsangebote für Ehrenamtliche. Schon 2009 wurde diese Notwendigkeit von den damaligen Mitgliedern des Pflegebeirates erkannt und mit 40.000 Euro Budgetzuweisung dotiert. Gleichzeitig bestätigten sie die Notwendigkeit der flexiblen Verwendungs- und Einsatzmöglichkeit der Mittel durch die Fachberatung Demenz.

Der Themenbereich Demenz unterliegt unter anderem in seiner Entwicklung maßgeblich der Dynamik des Pflegestärkungsgesetzes II und III. So stellen beispielsweise der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit verbundene Begutachtungsinstrument eine unbekannte Größe dar, deren Auswirkungen momentan nicht abgesehen werden können. Sicher ist jedoch schon heute, dass das Anerkennungsverfahren der zukünftigen Entlastungsangebote und die Öffnung der Angebote für alle Menschen mit einer Pflegestufe (bisher nur für Menschen mit eingeschränkter Alltagsfähigkeit) einen sprunghaften Anstieg der Bearbeitungssequenz mit sich bringen werden. Parallel dazu will der Gesetzgeber für alle diese Angebote ein öffentliches Portal einführen, welches von den Anerkennungsbehörden (Landratsamt) zu pflegen ist.

3.2.3 Pflegestützpunkt

Zum 01.07.2008 trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in Kraft. Eine ganz wesentliche Änderung mit Auswirkung auf die Landkreise ist die gemäß § 92 vorgesehene Einrichtung von Pflegestützpunkten.

Nachdem sich die Verantwortlichen im Land relativ schnell einig waren, dass in Baden-Württemberg eine historisch gewachsene Beratungs- und Versorgungsstruktur bereits vorhanden ist, war auch klar, dass nach Möglichkeit keine Doppelstrukturen entstehen dürfen.

Nach umfangreichen Verhandlungen zwischen Land, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und den zukünftigen Trägern der Pflegestützpunkte wurde im Oktober 2008 als Arbeits- und Diskussionsgrundlage ein sogenanntes Konsenspapier vorgelegt und am 15.12.2008 der Kooperationsvertrag zwischen den beteiligten Trägern unterzeichnet.

- Am 01.01.2011 nahm der Pflegestützpunkt Rems-Murr seine Tätigkeit offiziell auf, die Einweihung erfolgte am 17.01.2011. Der Pflegestützpunkt ist mit 1,5 Vollzeitstellen besetzt, die sich drei Kolleginnen zu je 50 % aufteilen (eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Studium Pflegemanagement, eine Sozialpädagogin und eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Zusatzausbildung Case- und Caremanagement).
- Das Angebot des Pflegestützpunktes wurde von Anfang an sehr gut angenommen. Bereits nach dem ersten Jahr hat sich herausgestellt, dass die anfänglich eher auf Beratung und Information ausgerichteten Klientenkontakte sich mehr in Richtung Fallberatung veränderten und mittlerweile Case- und Caremanagement einen Großteil der Fälle ausmacht. Die Komplexität der Fälle steigt an. Eine größere Zahl an Hausbesuchen ist wünschenswert, kann aber aufgrund der Kreisgröße und der dadurch langen Wege im Rahmen der vorhandenen Personaldecke nicht angeboten werden.

Die aktuelle Situation stellt sich wie folgt dar:

- Kaum Kurzberatungen. Dies lässt den Rückschluss zu, dass benötigte Informationen dem Rat-suchenden durch unsere Netzwerkpartner mitgeteilt werden (ambulante Pflegedienste, Seniorenbüros etc.). Zudem informieren sich Angehörige zunehmend über Internet.
- Zunahme von Fällen mit Beteiligung von Sozialamt, Eingliederungshilfe, Betreuungsbehörde etc. Dies lässt den Rückschluss zu, dass bei „kniffligeren“ Fällen der Pflegestützpunkt angefragt wird.
- Durch schnelles Entlassmanagement (Krankenhaus) kommen Patienten vermehrt nach Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege oder müssen durch Familienangehörige überbrückend zuhause gepflegt werden. Die Beratung, ob danach eine dauerhafte häusliche Versorgung möglich ist, sich eine Rehamassnahme anschließen kann oder eine Dauerpflege im Pflegeheim erforderlich wird, wird häufig von Angehörigen angefragt.
- (Plötzliches) Wegbrechen der Pflegeperson durch Krankheit, Tod erfordert sofortige Beratung bis hin zur neuen Pflegeorganisation, die in dieser Situation oft nicht von den Angehörigen alleine geschultert werden kann; kurzfristige Lösungen sind gefragt, die durch die gute Vernetzungsarbeit der Pflegestützpunktmitarbeiterinnen gefunden werden können.
- Überalterung der Pflegepersonen (70-Jährige pflegen 90-Jährige, obwohl sie selbst schon gesundheitliche Beeinträchtigungen haben) stellt die häusliche Pflege auf „wackelige Beine“, die immer wieder kurzfristig ausfallen. Pflegealternativen müssen gesucht werden.
- Fehlende Pflegepersonen, da die „Sandwichgeneration“ noch mit Familiengründung, Kinderbetreuung beansprucht ist und daher die Pflege der Eltern generation neben der Berufstätigkeit nicht auch noch schultern kann. Teilstationäre Angebote oder Pflegediensteinsätze müssen koordiniert und deren Finanzierung mit überlegt werden.

- Zunahme der Vortragsanfragen. Lässt den Rückschluss zu, dass Institutionen, Vereine und Gruppen aller Art sich gerne vom neutralen, wertfreien Pflegestützpunkt beraten lassen, um bei aktuellen oder zukünftigen Pflegesituationen gut gewappnet zu sein.
- Zunahme von Beratungen im Vorfeld von Pflege: Um den Angehörigen nicht zur Last zu fallen oder weil keine Angehörigen vorhanden sind, wollen Menschen in der Ruhestandsphase vor ihrer möglichen Pflegebedürftigkeit beraten werden.
- Durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes mit verbesserten, aber auch diffizileren Versorgungsmöglichkeiten, hat die Beratungszeit im Ganzen zugenommen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (LAG) hat sich 2015 darauf geeinigt, 22 weitere Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg zuzulassen.

Resultierend aus den bisherigen Erfahrungen sowie den Anfragen des Kreissenorenrats und auch der Stadt Murrhardt, wurde 2015 ein Antrag auf die Einrichtung eines 2. Pflegestützpunktes bei der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte gestellt. Die Personalkosten wurden bereits im Haushalt 2016 beantragt (2/3 durch Kranken- und Pflegekassen finanziert) und genehmigt. Eine Entscheidung durch die LAG steht noch aus.

3.2.4 Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis

Die Selbsthilfekontaktstelle Rems-Murr-Kreis ist Anlaufstelle für Menschen, die sich für Selbsthilfe interessieren. Die Beratung ist kostenfrei und - auf Wunsch - anonym. Die Mitarbeiterinnen informieren über bestehende Selbsthilfegruppen und unterstützen bei Gruppengründungen. Im Internet bietet die Kontaktstelle eine Datenbank zur Selbsthilfe an: www.gesundheit-rmk.info.

Die Kontaktstelle bietet Beratung für alle Menschen, die ...

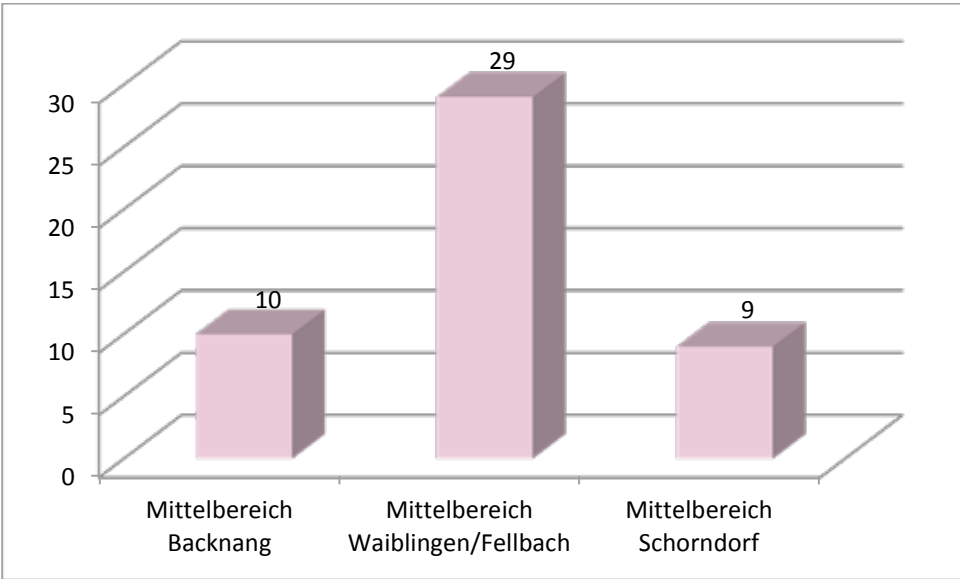
- mehr über Selbsthilfe erfahren und ggfs. Kontakt zu bestehenden Selbsthilfegruppen knüpfen möchten,
- Mitbetroffene suchen und evtl. eine neue Selbsthilfegruppe gründen wollen,
- sich fragen, welchen Weg sie weiter verfolgen wollen: eine Selbsthilfegruppe finden und/oder professionelle Hilfe wahrnehmen,
- Unterstützung suchen für ihre Selbsthilfegruppenarbeit, bei der Suche nach Räumen, bei der Öffentlichkeitsarbeit,
- Fördermöglichkeiten suchen,
- Fachleute für eine Zusammenarbeit finden möchten.

Kontakt: selbsthilfe@rems-murr-kreis.de

3.3 Ambulante Versorgung

3.3.1 Ambulante Dienste

Abb. 32 Ambulante Dienste nach Mittelbereichen



Quelle: eigene Erhebung

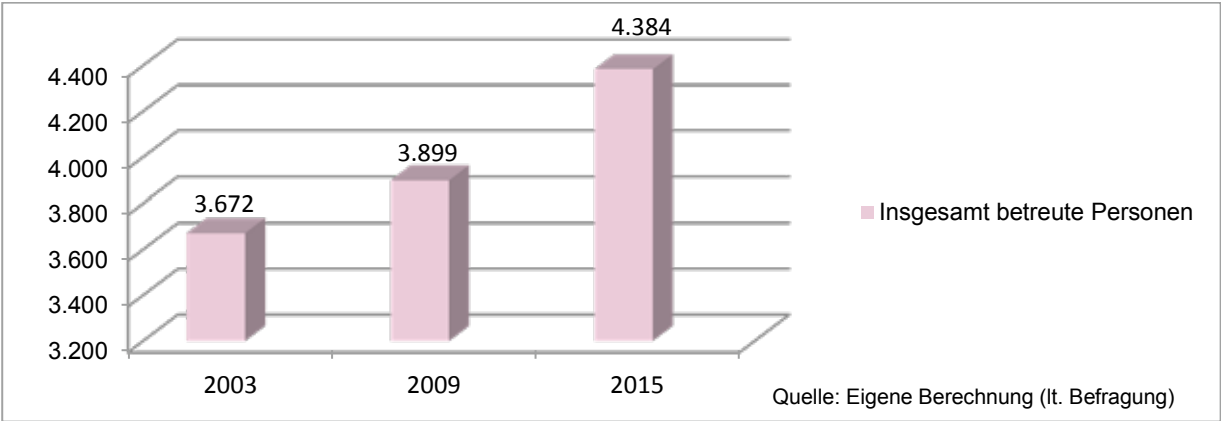
Im Rems-Murr-Kreis sind insgesamt 48 ambulante Dienste in freigemeinnütziger bzw. kommunaler und privater Trägerschaft registriert.

- Rund 4.400 Personen werden von den Pflegediensten betreut;
- von rd. 900 Mitarbeitern
- und 250 Ehrenamtlichen.

Die Angaben weisen lediglich eine Tendenz auf, da erfahrungsgemäß der Rücklauf bei der Befragung der Dienste bei ca. 60 % liegt. Das heißt, die Zahlen der betreuten Personen liegen mit Sicherheit höher. Da jedoch ambulante Anbieter personell sehr unterschiedlich ausgestattet sind, lassen sich keine Rückschlüsse auf konkrete Pateintenzahlen ziehen.

- Seit 2004 Zunahme der Inanspruchnahme der ambulanten Dienste um 10 % (erfasste Dienste). Die Unterschiede zu 2004 erklären sich daraus, dass mehrere Dienste fusioniert haben, d. h. die Personaldecke gleich oder stärker ist.
- Zunahme der Pflegebedürftigkeit um 39 % bis zum Jahr 2020.

Abb. 33 Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Personen



Quelle: Eigene Berechnung (lt. Befragung)

Der Kreispflegeplan 2004 wies für das Jahr 2010 einen Pflegebedarf bei rd. 7.000 Personen aus.

Wenn wir, wie vom Statistischen Landesamt prognostiziert, von einem Zuwachs der Pflegebedürftigen von 39 % von den Jahren 2005 - 2020 ausgehen, so ergibt sich daraus eine Steigerung von durchschnittlich 200 Personen pro Jahr, die zusätzlich pflegebedürftig werden. Wenn wir diese Hochrechnung fortführen, ergibt sich für 2020 eine Zahl von mindestens 9.000 Pflegebedürftigen im Rems-Murr-Kreis.

Die Abbildung zeigt, wie bereits erwähnt, eine Tendenz auf. Klar erkennbar ist jedoch eine deutliche Steigerung in den letzten Jahren. Die Herausforderungen für die Träger der ambulanten und stationären Altenhilfe liegen vor allem bei der Gewinnung und Haltung von Fachpersonal für die kommenden Jahre. Der an anderer Stelle erwähnte Runde Tisch „Fachkräftemangel in der Pflege“ setzt sich intensiv mit dieser Problematik auseinander. Eines der Ergebnisse ist die Erweiterung der Pflegehelferausbildung an der Maria-Merian-Schule auf vier Jahre, womit die berufsbegleitende Qualifizierung für Quereinsteiger erleichtert werden soll.

Das Angebot im ambulanten Bereich ist auf die Einzugsbereiche bezogen flächendeckend. Im ländlichen Bereich sind die Wahlmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen geringer, da sich erfahrungsgemäß im Ballungsbereich mehr Dienste ansiedeln.

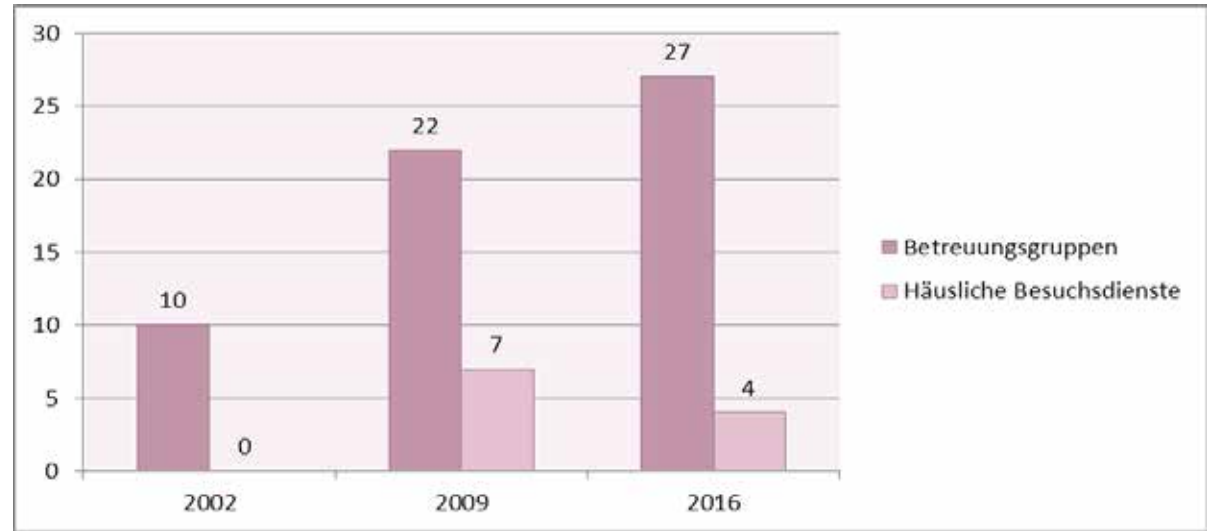
3.3.2 Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz

Die Kernleistungen in der häuslichen Pflege werden von den pflegenden Angehörigen (70 % Pflegebedürftige werden zu Hause versorgt), ergänzt durch die Leistungen der Pflege- und der Krankenversicherung, erbracht. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II und ab 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz III sind die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme niederschwelliger Unterstützungsangebote im Alltag durch § 45 SGB XI erheblich erweitert worden.

Der Landkreis beschäftigt sich schon seit Jahren mit der Förderung und dem Ausbau niederschwelliger Betreuungsangebote. Die Fachberatungsstelle Demenz hat hier verwaltungsrechtliche Aufgaben im Bereich der Antragsstellung und Genehmigung vorhandener wie auch neuer Angebote.

Sowohl quantitativ als auch qualitativ ist der Auf- und Ausbau der Angebotsvielfalt im Kreis erkennbar. So stieg seit dem Jahr 2002 die Anzahl an Betreuungsgruppen von 10 auf nunmehr 27 im gesamten Landkreis. Gleichzeitig reduzierte sich das Angebot ehrenamtlicher, häuslicher Besuchsdienste von 7 im Jahr 2007 auf 4 in 2016 (s. Abb. 34). Dieser leichte Rückgang ist wahrscheinlich auf die Verbesserungen in der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Tagespflege durch das PSG II zurückzuführen.

Abb. 34 Betreuungsgruppen und ehrenamtliche, häusliche Besuchsdienste



Quelle: Eigene Erhebung

Abb. 35 Tagespflegeeinrichtungen



Quelle: Eigene Erhebung

Abb. 36 Betreuungsgruppen im Rems-Murr-Kreis

Betreuungsgruppen RMK			
Ort	Anzahl	Ort	Anzahl
Backnang	2	Schorndorf	2
Fellbach	3	Waiblingen	4
Kernen	1	Weinstadt	2
Leutenbach	1	Weissach i. T.	2
Murrhardt	1	Welzheim	2
Plüderhausen	1	Winnenden	2
Remshalden	1	Winterbach	1
Rudersberg	2		
Gesamt:			27

Handlungsbedarfe im Bereich niederschwelliger Betreuungsangebote:

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

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

Die dritte Maßnahme fällt unter die Rubrik „Eigenverantwortung“. Die Bürger benötigen dazu jedoch die kommunale Unterstützung vor Ort (Gemeinde/Stadt).

Weitere Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Parallel zu den typischen Betreuungsgruppen und den häuslichen Besuchsdiensten für Menschen mit Demenz ist es im Rems-Murr-Kreis gelungen, weitere Angebote nachhaltig zu implementieren. So können Angehörige auf insgesamt 9 Gesprächskreise zurückgreifen, die auf ihre speziellen Bedarfe zugeschnitten sind. In Kooperation mit einer lokalen Sozialstation ist es seit 8 Jahren für 12 bis 13 Paare möglich, an einem betreuten Urlaub unter dem Motto „Ferien vom Alltag“ teilzunehmen. Dieses Angebot ist im Landkreis und weit darüber hinaus in Konzeption und Durchführung einzigartig. Zielsetzung dieser Initiative, die auch mit Mitteln des Landkreises gefördert wird, ist der möglichst lange Verbleib im eigenen Zuhause. Die „eigenen 4 Wände“ haben höchste Wertepriorität. Ein weiterer Baustein auf diesem Weg ist die seit 2012 begonnene Anstrengung der Demenzfachberatung, im Kreis offene Bewegungsangebote für Menschen mit und ohne Demenz aufzubauen. Mit aktuell 8 Angeboten befindet sich der Ausbau auf einem guten Weg.

Abb. 37 Weitere Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Familien



Quelle: Eigene Erhebung

Abb. 38 Angehörigengesprächskreise und Bewegungsangebot im Rems-Murr-Kreis

Angehörigengesprächskreise RMK	
Ort	Anzahl
Backnang	1
Fellbach	1
Murrhardt	1
Rudersberg	1
Schorndorf	2
Waiblingen	1
Weinstadt	1
Welzheim	1
Gesamt:	9
Stand 04/2016	

Bewegungsangebote RMK	
Ort	Gruppen
Fellbach	2
Fellbach-Oeffingen	1
Murrhardt	1
Schorndorf	2
Waiblingen	1
Weissach im Tal	1
Gesamt:	8
Stand 04/2016	

3.3.3 Diagnostik und Therapie von Demenz

Diagnostische Verfahren liefern wichtige Informationen zur Feststellung der Art und des Schweregrads der Demenz sowie der darauf aufbauenden therapeutischen Maßnahmen. Gleichzeitig werden Erkrankungen entdeckt, deren Symptomatik ähnlich einer Demenz gelagert ist, die oft behandelbar bzw. bei Früherkennung heilbar wären, unbehandelt jedoch in einer Demenz enden. Deshalb ist eine gute Diagnostik unverzichtbar. Trotzdem liegt die Leistungsdichte testpsychologischer Messverfahren bei neuerkrankten Demenzpatienten in Baden Württemberg bei nur etwa 40 %. Eine Labordiagnostik erhielten im Mittel 79 % der Patienten. Der Anteil der Patienten mit spezifischen Blutuntersuchungen schwankte in den einzelnen Bundesländern zwischen 8 % und 39 %. Berichtet wird überdies, dass Frauen weniger Diagnoseverfahren als Männer erhalten und seltener fachärztlich betreut werden. Bildgebende Verfahren wie MRT und/oder CT kamen unabhängig vom Geschlecht bundesweit bei ca. 18 % zum Einsatz, in städtische Regionen tendenziell häufiger als in ländlichen Regionen (Versorgungsatlas.de, Newsletter 1/2016, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung [Zi]).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kommt ebenso zum Ergebnis, dass Demenz-Patienten, ebenfalls regional unterschiedlich, selten spezifische Medikamente („Antidementiva“) und unerwartet häufig „Antipsychotika“ erhalten, die ausschließlich Begleiterecheinungen der Demenz dämpfen. Geschlechtsspezifische Unterscheidungen stellen fest, dass Frauen eine um 19 % geringere Chance haben als Männer, ein Antidementivum zu erhalten, aber eine um 74 % höhere für die Gabe eines Antidepressivums. Zuletzt vermerkt der Bericht im Zusammenhang mit der Verordnung adäquater Medikation die Notwendigkeit effizienter Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten (Zi ebenda).

Status quo und Problemstellungen im Bereich Diagnostik und Therapie

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

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

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

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

In den Rems-Murr-Kliniken Winnenden und Schorndorf (s. Kap. 3.6.2), erfolgt die Diagnosestellung häufig als Nebendiagnose zur eigentlichen Einweisungsdiagnose (z. B. nach Oberschenkelhalsbruch oder nach Schlaganfall).

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

stationäre Pflege zu finden. Eine Tagespflege für leichte kognitive Beeinträchtigungen sowie eine angestrebte Tagesklinik für Menschen mit Demenz runden das Angebotsspektrum im ZfP ab.

Bei der konzeptionellen Weiterentwicklung und fachlichen Begleitung der Verantwortlichen und Teams in der Klinik für Alterspsychiatrie wirkt die Demenzfachberatung aktiv mit.

Handlungsbedarf für die Bereiche Diagnostik und Therapie

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

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

3.4 Teilstationäre Angebote

3.4.1 Betreutes Wohnen

Nach einer Untersuchung im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. (AgV) verknüpft das Betreute Wohnen das Wohnen im Privathaushalt mit Dienstleistungsangeboten. Diese Wohnform stünde konzeptionell für "Eigenständigkeit, Sicherheit, Service und Kommunikation". Allerdings ersetze das Betreute Wohnen nicht das Pflegeheim, sondern sei eine Angebotsform zwischen Privathaushalt und Pflegeheim. Art und Umfang der Serviceleistungen werden völlig frei in sogenannten Betreuungsverträgen geregelt, die zwischen Service-Anbietern und Wohnungsmietern abgeschlossen werden. Die Zielgruppe für das Betreute Wohnen ist in der Gruppe der älteren Menschen zu sehen, die "einerseits nicht mehr isoliert in einem Privathaushalt leben können oder wollen, die aber andererseits nicht grundsätzlich durch schwere Pflegebedürftigkeit oder Demenz in der eigenständigen Führung eines Haushaltes beeinträchtigt sind".¹⁶

Zum Bedarf an Betreutem Wohnen gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Die Bedarfszahlen werden aber auf der Basis neuerer Informationen eher nach unten korrigiert. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe führt hierzu aus: "Hinsichtlich der Einschätzung über die Bedarfsentwicklung gehen die Auffassungen sehr auseinander. Ein Anteil in Höhe von drei bis vier Prozent der über 60-Jährigen, die angeblich ihren Lebensabend am liebsten im Betreuten Wohnen verbringen wollen, wurde lange Zeit als Orientierungsgröße genannt. Die Verlässlichkeit dieser Größe wird aber zunehmend in Frage gestellt. Baden-Württemberg nennt als Bedarfszahl 1,5 bis 2,0 % der ab 70-Jährigen; andere schätzen das Gesamtpotenzial weitaus höher." Befragungen von Senioren im städtischen Raum zeigen "bei Befragten (Senioren!) derzeit einen gewissen Spielraum oberhalb der 1%-Marke, was das konkrete Interesse an Betreutem Wohnen angeht" auf. Im ländlichen Raum ist der Bedarf aufgrund familiärer Bindungen sowie aufgrund starker Bindungen an das Eigenheim, das sich meist seit längerem in Familienbesitz befindet, vermutlich noch geringer einzuschätzen.

¹⁶ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Deutscher Mieterbund (2000), S. 21.

Legt man die Orientierungsgröße des Landes Baden-Württemberg zugrunde, die besagt, dass ca. 1,5 bis 2,0 % der ab 70-Jährigen betreute Wohnungen nachfragen, dann beliefen sich der voraussichtliche Bedarf im Jahr 2015 rein rechnerisch auf ca. 1.027 bis 1.369 Betreute Wohnungen.

Abb. 39 Voraussichtlicher Bedarf an Betreuten Wohnungen im Rems-Murr-Kreis im Jahr 2020

	Voraussichtlicher Bedarf an Betreuten Wohnungen im Rems-Murr-Kreis im Jahr 2020			
	Mittelbereich Backnang	Mittelbereich Waiblingen/ Fellbach	Mittelbereich Schorndorf	Rems-Murr- Kreis insgesamt
1,5 % der ab 70-Jährigen	249	503	275	1.027
2,0 % der ab 70-Jährigen	331	671	367	1.369

Derzeit gibt es im Rems-Murr-Kreis 46 Einrichtungen, die Betreutes Wohnen in insgesamt 1.406 Wohnungen anbieten.

Abb. 40 Angebot Betreuter Wohnungen im Rems-Murr-Kreis 2015

	Betreute Wohnungen im Rems-Murr-Kreis im Jahr 2015			
	Mittelbereich Backnang	Mittelbereich Waiblingen/ Fellbach	Mittelbereich Schorndorf	Rems-Murr- Kreis insgesamt
Anzahl Wohnungen	277	766	363	1.406

Das Angebot an Betreuten Wohnungen sollte jedoch nicht allein aus quantitativer Sicht, sondern auch in qualitativer Hinsicht betrachtet werden. Hierzu lässt sich folgendes sagen:

In der Mehrzahl der Einrichtungen werden Hausmeisterdienste, Hausnotrufe sowie die Betreuung durch eine regelmäßig anwesende Betreuungskraft angeboten. Lage, verkehrsmäßige Anbindung, Infrastruktur usw. sind entscheidende Faktoren bei der Entscheidung für den Umzug in Betreutes Wohnen.

Trotz dieser Angebote sind dem Betreuten Wohnen Grenzen gesetzt. Hier einige Einschränkungen, wie sie vom Kuratorium Deutsche Altershilfe eingeschätzt werden:

- Bewohner des Betreuten Wohnens müssen beim Einzug zur selbständigen Haushaltsführung in der Lage sein und sind auch weiterhin mit der selbständigen Haushaltsführung belastet.
- Das Betreute Wohnen bietet anders als im Heim keine Vollversorgung und keinen regulierten Tagesablauf.
- Betreutes Wohnen kann nicht generell das Pflegeheim ersetzen. Wenn Bewohner schwerst pflegebedürftig oder stark verwirrt werden, müssen sie in vielen Fällen noch einmal ins Pflegeheim umziehen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass der voraussichtliche Bedarf im Jahr 2020 durch das derzeit vorhandene Angebot an Betreuten Wohnungen bereits gedeckt ist. Viel bedeutender erscheint jedoch die Erfahrung, dass oftmals das Angebot „Betreutes Wohnen“ fälschlicherweise als einheitliches Angebot vom Bürger verstanden wird. Das bedeutet in der Realität unter Umständen ein böses Erwachen, wenn sich das konkrete Angebot im Nachhinein als unbefriedigend oder zu teuer präsentiert. Das Angebotsspektrum unterliegt keinen verbindlichen Standards bzgl. Inhalt und Qualität. Bereits der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, jetzt Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS), hat das Gütesiegel Betreutes Wohnen entwickelt, mit dem hinsichtlich der baulichen Voraussetzungen und auch des Betreuungskonzepts ganz klare Kriterien vorgegeben werden, die eine Einrichtung erfüllen sollte – die Zertifizierung erfolgt allerdings auf freiwilliger Basis. Stand 2016 waren in ganz Baden-Württemberg 60 Einrichtungen zertifiziert. Der KVJS gibt das Gütesiegel nur noch als Empfehlung heraus, Neuzertifizierungen erfolgen nicht mehr.

3.4.2 Neue Wohnformen

Das Thema „Neue Wohnformen“ wurde im Kreispflegebeirat mehrfach diskutiert, bekräftigt durch einen entsprechenden Antrag der CDU-Kreistagsfraktion aus dem Jahr 2005. Ein klares Handlungskonzept wurde allerdings nicht erarbeitet. 2006 legte eine Arbeitsgruppe von Experten unter Federführung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg einen Bericht vor, der die unterschiedlichen Angebote darstellt und bewertet.

Im Rems-Murr-Kreis gibt es Initiativen, die sich mit dem Thema sowohl theoretisch als auch praktisch auseinandersetzen:

- Das Mühlbachhaus in Schorndorf – ein Mehrgenerationenwohnhaus – wurde nach intensiver Planungsphase 2007 fertiggestellt und bezogen. Es ist das erste realisierte Projekt.
- In Waiblingen gab es nach 2005 mehrere Veranstaltungen zum Thema „Neue Wohnformen“/ Mehrgenerationenwohnen/Senioren-WG. Aus diesem Kreis entstand inzwischen ein eingetragener Verein, der ebenfalls ein Mehrgenerationenprojekt realisiert und bereits erweitert hat: WOGI I und II - Waiblingen.
- Im Zuge der Nachnutzung des ehemaligen Krankenhausareals in Backnang hat sich ebenfalls eine Initiative aus interessierten Bürgern gebildet, die konkret plant.

Der Rems-Murr-Kreis kann für Interessierte mit verschiedenen Angeboten im baulichen Bereich und in Sachen Seniorenwohnen beratend und vor allem als Moderator fungieren. Erfahrungsgemäß entwickeln sich Initiativen auf kommunaler Ebene im Rahmen der kommunalen Bauplanung bzw. Ortsteilsanierung, so dass entsprechende Anfragen auch eher dort landen. Aus Sicht der Experten sind die im Bericht „Neue Wohnformen“ benannten Möglichkeiten keine Alternativen zum Pflegeheim, sondern eine Erweiterung des Angebotsspektrums für Senioren, die unter den angesprochenen Voraussetzungen (lange Planungsphase, Suche nach Bauträger, Finanzierung) dazu beitragen, eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung möglichst lange zu ermöglichen.

Neue Wohnformen für Menschen mit Demenz

Grundlage für neue Wohnformen (ambulant betreute Wohngruppen) für Menschen mit Demenz ist eine gesetzliche Regelung, das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG). In diesem Gesetz wird festgelegt, wann eine Wohnform der Heimaufsicht anzuzeigen ist bzw. kontrolliert wird. Die Idee dahinter ist, eine mögliche Selbständigkeit zu fördern, aber gleichzeitig eine Betreuungs- und Pflegequalität zu sichern.

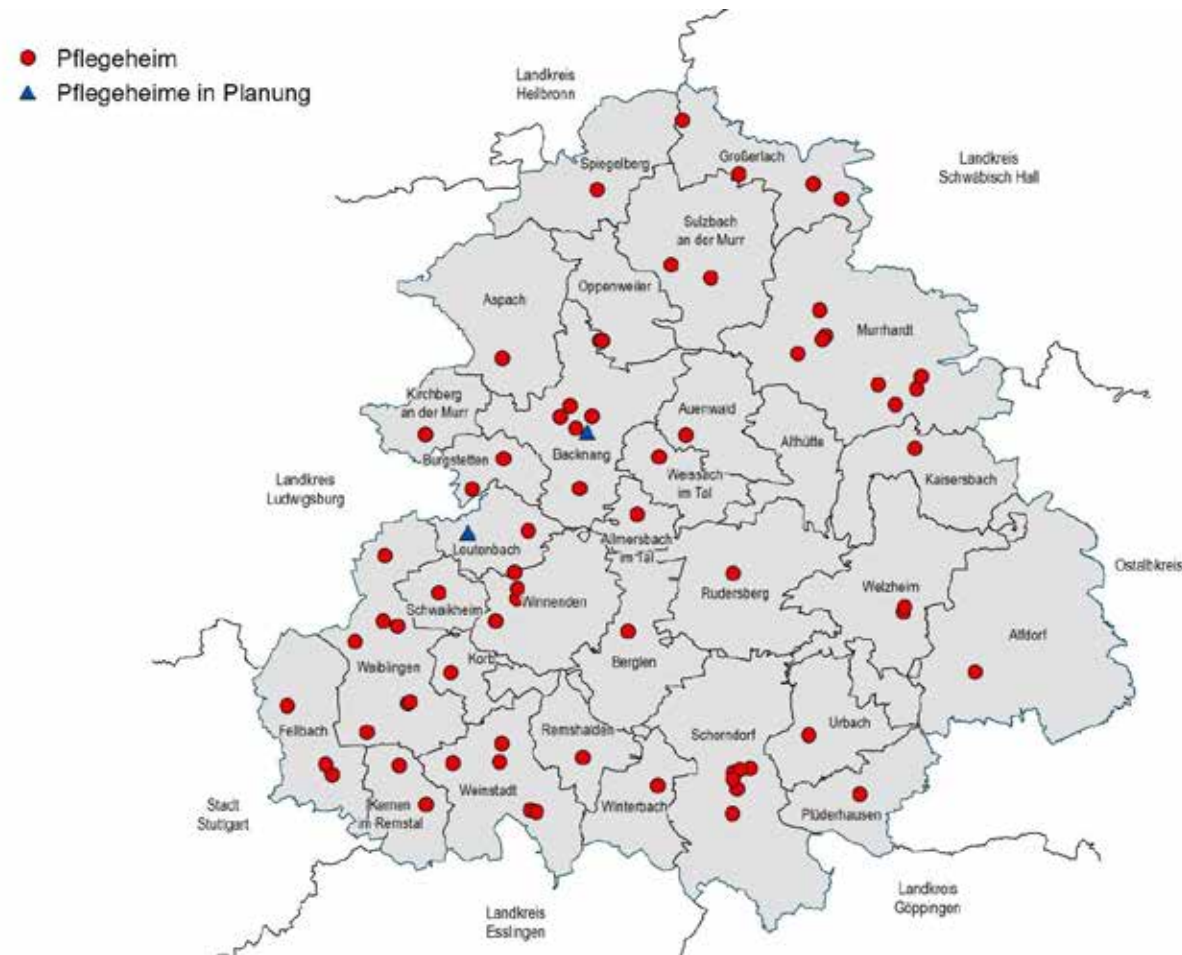
Diese ambulant betreuten Wohngruppen erfordern entweder einen enormen Einsatz der Angehörigen (häufig Gründung eines Vereins) oder eine entsprechende Finanzierung dieser Leistungen (Pflegedienste). Es ist ein Irrglaube, dass sich diese Wohnform zum Kostensparen eignet. Betreuung erfordert

immer einen großen Personaleinsatz und ist somit kostenintensiv. Dies ist auch der Grund, dass es in Baden-Württemberg bisher nur wenige betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz gibt. Im Rems-Murr-Kreis ist es bislang nicht gelungen, „Mitsstreiter“ zu gewinnen. Generell könnte eine derartige Wohngruppe die Angebotsvielfalt bereichern, wird aber nach Einschätzung der Experten aller Voraussicht nach auch zukünftig nur ein kleiner Teil im Versorgungsangebot bleiben.

Im Rems-Murr-Kreis bemüht sich die Demenzfachberatung schon seit einiger Zeit, Menschen für dieses Engagement zu gewinnen.

3.5 Stationäre und teilstationäre Pflegeangebote

Abb. 41 Pflegeheime im Rems-Murr-Kreis



Quelle: GIS-Rems-Murr-Kreis

3.5.1 Bedarfe und derzeitige Angebote

Zur Ermittlung des quantitativen Bedarfs an stationären und teilstationären Angeboten im Rems-Murr-Kreis im Jahr 2020 wird die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes zu Grunde gelegt. Auf Grundlage dieser Bevölkerungsprognose wird in Anlehnung an die Inanspruchnahmequoten und die Siedlungsstrukturfaktoren, die auf der Basis des Landespflegeplans Baden-Württemberg fortgeschrieben wurden, der Bedarf berechnet. Dabei orientiert sich der Landkreis Rems-Murr aufgrund eines Beschlusses des Kreispflegebeirates an der sogenannten oberen Berechnungsvariante.

Entsprechend diesem Berechnungsverfahren ergeben sich für den Rems-Murr-Kreis im Jahr 2020 voraussichtlich folgende Bedarfszahlen für den stationären und teilstationären Bereich:

Abb. 42 Voraussichtlicher Bedarf an stationären und teilstationären Angeboten im Rems-Murr-Kreis im Jahr 2020 insgesamt

	Voraussichtlicher Bedarf an stationären und teilstationären Plätzen im Jahr 2020			
	Mittelbereich Backnang	Mittelbereich Waiblingen/Fellbach	Mittelbereich Schorndorf	Rems-Murr-Kreis insgesamt
Dauerpflege	925	2.138	1.096	4.159
Kurzzeitpflege	31	57	33	121
Tagespflege	63	118	68	249

Wie die Abbildung zeigt, wird der Bedarf an stationären Plätzen demnach bei ca. 4.160 Plätzen liegen. Der Bedarf an Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätzen würde sich auf ca. 121 bzw. 249 Plätze belaufen.

Diese quantitativen Bedarfsprognosen sind allerdings immer mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten. Die Bedarfsprognose beschränkt sich auf einen Einflussfaktor - nämlich die Bevölkerungsentwicklung - und geht von der Annahme aus, dass sich die Inanspruchnahmequoten bis zum Jahr 2020 nicht verändern werden. Die Inanspruchnahme unterliegt aber ebenfalls verschiedenen Einflüssen und kann sich so im Laufe der Zeit verändern. So kann sie beispielsweise durch die vorhandenen Angebote mit beeinflusst werden. Unzureichende ambulante Angebote können zu einer höheren Inanspruchnahme stationärer Angebote führen wie auch umgekehrt.

Insgesamt muss gesagt werden, dass es, wie bereits erwähnt wurde, eine Vielzahl an Einflussfaktoren gibt, die den Bedarf an Hilfeangeboten mit bestimmen. Aus diesem Grund kann nicht mit 100%-iger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2020 tatsächlich dieser errechnete Bedarf besteht. Die Prognose kann lediglich Tendenzen aufzeigen.

Die Bestandserhebung im Rems-Murr-Kreis ergab, dass derzeit insgesamt 3901 Dauerpflegeplätze, 61 Kurzzeitpflegeplätze fest und 193 Kurzzeitpflegeplätze eingestreut sowie 217 Tagespflegeplätze vorhanden sind. Darüber hinaus verfügen viele Einrichtungen über betreute Altenwohnungen, auf die jedoch an anderer Stelle eingegangen wird.

Abb. 43 Stationäre und teilstationäre Angebote im Rems-Murr-Kreis 2015

	Stationäre und teilstationäre Angebote im Rems-Murr-Kreis 2015			
	Mittelbereich Backnang	Mittelbereich Waiblingen/Fellbach	Mittelbereich Schorndorf	Rems-Murr-Kreis insgesamt
Dauerpflege	1.567	1.316	1.018	3.901
Kurzzeitpflege	18/82*	30/52*	13/59*	61/193*
Tagespflege	62	94	41	197

* Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze

In Anlage 2 zum Alten- und Kreispflegeplan ist ein Link zu den Einrichtungen aufgeführt: http://www.total-lokal.de/city/waiblingen/data/71328_57_06_15/index.html. Hier ist der derzeit aktuelle Seniorenwegweiser des Rems-Murr-Kreises abgebildet.

Die folgenden Abbildungen stellen den derzeitigen Bestand an stationären und teilstationären Plätzen sowie den derzeit bekannten geplanten Bestand im Vergleich zu dem voraussichtlichen Bedarf im Jahr 2020 dar.

Abb. 44 Derzeitiger Bestand und voraussichtlicher zukünftiger Bedarf an Dauerpflegeplätzen

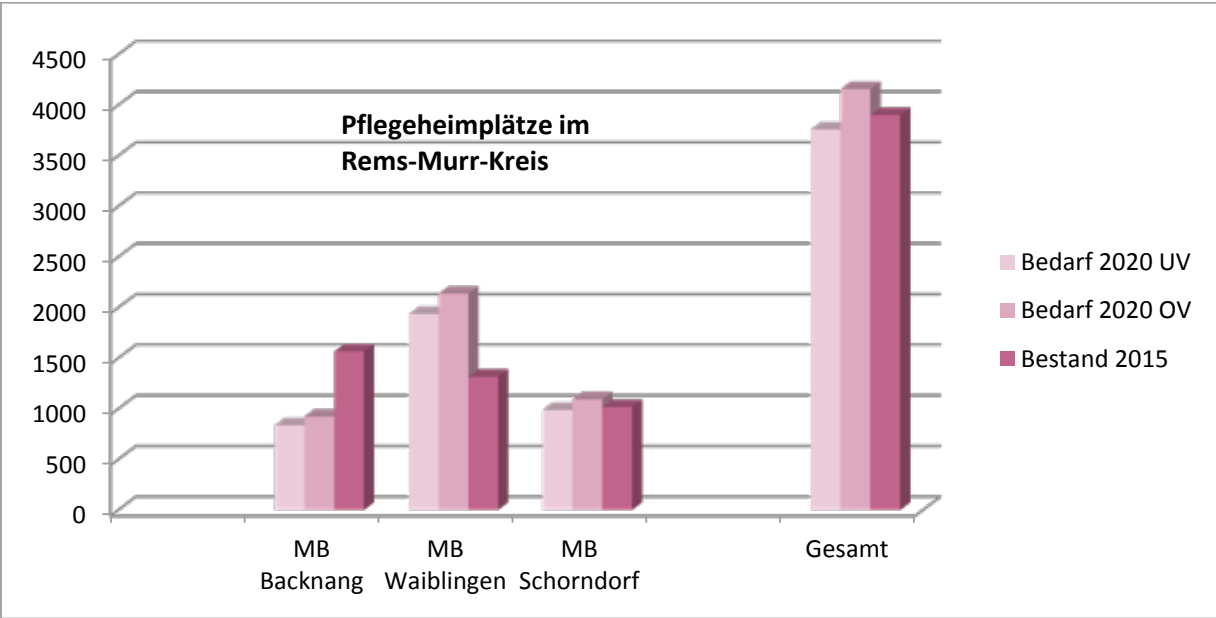
	Dauerpflegeplätze			Plätze für schwer demenziell Erkrankte		
	Bestand 2015	Geplante Platzzahl bis 2020*	Bedarf im Jahr 2020	Bestand 2015	Geplante Platzzahl in 5 Jahren	Bedarf im Jahr 2020
Mittelbereich Backnang	1.567	1.632 (+65)	925	127	127	55
Mittelbereich Waiblingen/Fellbach	1.316	1.370 (+54)	2.138	106	106	128
Mittelbereich Schorndorf	1.018	1.037 (+19)	1.096	105	105	66
Rems-Murr-Kreis insgesamt	3.901	4.039 (+138)	4.160	338	338	249

* voraussichtlich

Der derzeitige Bestand an Plätzen für demenziell erkrankte Menschen beruht auf Angaben der Träger. Bei den 338 Plätzen handelt es sich nicht um Plätze, die den Kriterien des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege für das Land Baden-Württemberg (Verbesserung der Lebenssituation für Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen mit einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz) entsprechen. Der Handlungsbedarf ist gegeben, d. h., die Bedarfsvorgaben scheinen sich nicht mit der Tatsache zu decken, dass für 1.758 Bewohner die Diagnose Demenz feststeht.

Allerdings muss hierbei gesagt werden, dass die Landkreis- bzw. Mittelbereichsgrenzen planerische Grenzen darstellen. Für welche Einrichtung sich der Betroffene entscheidet, richtet sich i. d. R. nicht nach diesen Grenzen, sondern hängt von anderen Gründen ab, wie z. B. den bisherigen Gewohnheiten und dem Preis der Einrichtung. So können Plätze im Rems-Murr-Kreis von Personen aus angrenzenden Landkreisen belegt werden und Personen aus dem Rems-Murr-Kreis können Einrichtungen in anderen Landkreisen wählen. Diese Ströme in und aus angrenzenden Landkreisen können jedoch bei der Bedarfsbetrachtung nicht berücksichtigt werden. Dies ist auch der Grund dafür, dass der Landkreis im Zuge seiner Planungen den Bedarf im Rems-Murr-Kreis immer insgesamt betrachtet und mögliche Über- bzw. Unterdeckungen in den einzelnen Mittelbereichen miteinander verrechnet.

Abb. 45 Bestand und Bedarf an stationären Plätzen



Der **errechnete Bedarf** ist in dieser Abbildung einmal in der unteren Berechnungsvariante (UV) und einmal in der oberen Variante (OV) dargestellt. Der augenblickliche Bestand liegt einschließlich der erhobenen Planungen ziemlich genau in der Mitte dieses Planungskorridors, so dass bis 2020 hier kein Handlungsbedarf ersichtlich wird. Aus Sicht der Altenhilfefachberatung ist die Umsetzung der Landesheimbauverordnung, die bis 30.09.2019 verbindlich für alle Pflegeheime Einzelzimmer vorschreibt, bedenklich. Aus heutiger Sicht besteht keine weitere Übergangsregelung mehr. Bei der Erhebung der Bestandszahlen wurde auch die Umsetzung und die damit möglicherweise verbundene Reduzierung der Platzzahlen angesprochen. Das Ergebnis war, dass im gesamten Kreisgebiet lediglich 100 Plätze wegfallen, die durch langfristige Planung jedoch wieder kompensiert werden. Die Entwicklung muss genau beobachtet werden.

Abb. 46 Derzeitiger Bestand und zukünftiger Bedarf an Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen

	Kurzzeitpflegeplätze			Tagespflegeplätze		
	Bestand 2015	Geplante Platzzahl in 5 Jahren	Bedarf im Jahr 2020	Bestand 2015	Geplante Platzzahl in 5 Jahren	Bedarf im Jahr 2020
Mittelbereich Backnang	18/82*	10	31	62	0	63
Mittelbereich Waiblingen/Fellbach	30/52*	0	57	114	20	118
Mittelbereich Schorndorf	13/59*	10	33	41	14	68
Rems-Murr-Kreis insgesamt	61/193*	28	121	217	34	249

* bei der 2. Zahl handelt es sich um sogenannte eingestreute Plätze

Im Gegensatz zur Dauerpflege zeigt sich im Bereich der Kurzzeit- und Tagespflege ein anderes Bild. Hier ergibt sich rein rechnerisch für das Jahr 2020 ein über dem derzeitigen Bestand liegender Bedarf, wobei anzumerken ist, dass speziell im Bereich der Kurzzeitpflege die Einrichtungen in den letzten Jahren verstärkt dazu übergegangen sind, eingestreute Plätze anzubieten. Ein Kurzzeitpflegeangebot speziell für Demenzkranke fehlt weiterhin.

Gemessen an den Bedarfseckwerten bestehen keine quantitativen Versorgungslücken an Dauerpflegeplätzen. Was aber nicht bedeutet, dass in jedem Fall der gewünschte Platz zur Verfügung steht. Es besteht allerdings im Mittelbereich Backnang und Murrhardt eine Überversorgung an Dauerpflegeplätzen, während im Mittelbereich Waiblingen/Fellbach eher eine Unterversorgung zu bemerken sei.

Defizite werden in der Versorgung von bestimmten Zielgruppen gesehen, z. B. Schwerstpflegebedürftige, Apalliker, schwer demenziell erkrankte Menschen mit Weglauftendenzen. Auch im qualitativen Bereich sind nach wie vor Unterschiede vorhanden. Positiv muss erwähnt werden, dass im Pflegeheim Staigacker 2008 ein Haus für MS-kranke Menschen in Betrieb genommen wurde, ein spezielles Pflegeheim für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in Großlachen besteht sowie mehrere Einrichtungen, die spezielle Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen anbieten. Besonders erwähnenswert ist das Hospiz in Backnang, in dem schwerst- und unheilbar kranke Menschen versorgt werden. Aktuell hat 2016 das Philipp-Paulus-Haus in Fellbach nach umfangreichem Umbau und Sanierung eine Station für „Junge Pflege“ eingerichtet und somit die Angebotspalette im Kreis erweitert.

3.6 Stationäre Pflege von Menschen mit Demenz

3.6.1 Situation von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege

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

Der Rems-Murr-Kreis verfügt nahezu flächendeckend über spezifische Angebote zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz im Pflegeheim. Die zumeist „geschlossenen“ bzw. „beschützen“

Wohnbereiche unterscheiden sich in Konzeption, Größe, Organisation und baulichen Gegebenheiten. Die qualitative Prüfung unterliegt der zuständigen Heimaufsicht und dem medizinischen Dienst der Krankenkassen.

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

Handlungsbedarfe für stationäre Pflege

- Qualifizierung und Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter und Fachkräfte in der stationären Pflege zu den besonderen Bedarfen von Menschen mit Demenz
- Umsetzung des „State of Art“ in der stationären Demenzpflege (bauliches, organisatorisch-strukturelles und personelles Milieu)
- Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen

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

3.6.2 Situation von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitation

Deutsche Krankenhäuser verfügen momentan noch nicht über die optimalen Rahmenbedingungen zum Aufenthalt von Menschen mit Demenz. Dabei sind Menschen mit Demenz in Kliniken keine Randerscheinung mehr. Lag der Anteil der über 75-jährigen stationär behandelten Patienten im Jahr 2000 noch bei 18 %, so waren es 2012 bereits 25 % (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. [dip] - Pflegebarometer 2014). 40 % der älteren Patienten weisen kognitive Störungen auf, fast jeder Fünfte leidet an Demenz, so die neuesten Zahlen (Robert Bosch Stiftung 2016).

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

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

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

Für die geriatrische Rehabilitation steht den Bürgern des Landkreises die Geriatrische Reha-Klinik Bethel in Welzheim zur Verfügung. Insgesamt 70 Planbetten für den Rems-Murr-Kreis und die anliegenden Gebiete bieten Rehabilitation nach Diagnosen wie Schlaganfall und dessen Folgen, Frakturen, Operationen und/oder Gelenkersatz, verzögerte Rekonvaleszenz, neurologische Alterserkrankungen

(Demenz etc.), Herz-, Stoffwechselerkrankungen oder chronische Schmerzen an. Mit einem multiprofessionellem Rehabilitationsansatz und in Kooperation mit den Rems-Murr-Kliniken arbeitet die geriatrische Reha-Klinik in Welzheim an der Förderung höchstmöglicher Selbständigkeit vor dem Hintergrund von Multimorbidität und einer Vielzahl geriatrischer Syndrome. Im Bereich der Demenzen gelingt hierbei oftmals die notwendige Differenzialdiagnostik zu anderen Erkrankungen, hauptsächlich der Behandlung von Delir.

Handlungsbedarfe in den Akutkliniken des Rems-Muss-Kreises

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

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

3.7 Medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner

Wie an anderer Stelle bereits ausgeführt, bestehen im Rems-Murr-Kreis deutliche regionale Unterschiede bei der Pflegebettendichte sowie dem hausärztlichen Versorgungsgrad (s. Kap. 2.2.2.1). Diese Unterschiede verlaufen nicht immer kongruent, d. h., eine hohe Pflegebettendichte in einer Region ist nicht immer mit einem guten hausärztlichen Versorgungsgrad gekoppelt und umgekehrt. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Optimierungsvorschläge zur medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner stammen aus einer im 2. Halbjahr 2013 vom Landratsamt Rems-Murr-Kreis durchgeführten kreisweiten Befragung¹⁷ der Verantwortlichen der Trägereinrichtungen (Pflegeheimleiter/PDL) sowie der praktizierenden Hausärzte (Allgemeinmediziner/praktische Ärzte sowie hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin)¹⁸.

3.7.1 Medizinische Versorgung der Heimbewohner - Sicht der Trägereinrichtungen

3.7.1.1 Informationen zum Gesundheitszustand der Heimbewohner

Gut 75 % der Heimbewohner in der Dauerpflege weisen nach Angaben der Heim- bzw. Pflegedienstleitung eine eingeschränkte Mobilität auf, ca. 63 % leiden an Demenz oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung. Komplett immobil sind ca. 14 % der Bewohner. Zum Stichtag 30.6.2013 waren nach Angaben aus 52 Einrichtungen ca. 38 % der Bewohner Leistungsempfänger der Pflegestufe I, ca. 40 % der Pflegestufe II und ca. 14 % der Pflegestufe III.

¹⁷ Auswertbare Fragebögen liegen von 56 der 63 kontaktierten Heime (89 %) sowie 102 der 248 kontaktierten Hausärzte (41 %) vor.

¹⁸ Ausführlichere Ergebnisse liegen bei der Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung des Landratsamtes vor.

3.7.1.2 Hausärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner

Zahl der betreuenden Hausärzte schwankt zwischen 1 und 24 Hausärzten/Heim

Die medizinische Betreuung der Heimbewohner erfolgt in knapp einem Fünftel der Einrichtungen durch maximal 2 Hausärzte, während in einem weiteren Fünftel mindestens 15 Hausärzte tätig sind. Diese sehr große Spanne bei der Zahl der Hausärzte bringt, wie weiter unten ersichtlich, unterschiedliche Problemkonstellationen mit sich. Wie aufgrund der unterschiedlichen Pflegebetten- bzw. Ärztedichte zu erwarten, sind in den ländlichen Gebieten des Backnanger bzw. Schorndorfer Mittelbereichs in nahezu sämtlichen Heimen (19 von 20) weniger als 10 Hausärzte für die Betreuung der Bewohner zuständig, während z. B. die Bewohner der Einrichtungen in der Raumschaft „MB Schorndorf verstädtert“¹⁹ ausnahmslos von mehr als 10 Hausärzten betreut werden.

Zunehmende Schwierigkeiten, Hausarzt zu finden

Bei ihrem Einzug ins Pflegeheim hatten Bewohner von 13 der 56 Pflegeheime Schwierigkeiten, einen Hausarzt zu finden (Stand 2. Halbjahr 2013). Bei dem betreuenden Arzt handelt es sich zudem nicht in jedem Fall um den Wunscharzt. Ihre Sorge bezüglich der zukünftigen Entwicklung brachten einige Pflegeheimleiter/PDL durch Randnotizen zum Ausdruck wie „... es werden zunehmend mehr Patienten, die Schwierigkeiten haben...“ oder der folgenden Situationsbeschreibung:

„... Im Prinzip waren wir im letzten Jahr mit der hausärztlichen Versorgung sehr zufrieden, da wir einen Hausarzt vor Ort hatten. Dr ... hat seine Praxis zum ... geschlossen. Seitdem gestaltet sich die Suche nach einem Arzt, der auch Hausbesuche bei uns durchführt, sehr wenig zufriedenstellend. Unsere PDL und deren Stellvertretung haben persönlich bei sage und schreibe 15 (!!!) Arztpraxen in der näheren Umgebung nachgefragt, ob von dort aus Hausbesuche in unserer Einrichtung durchgeführt werden könnten. Nur eine Praxis hat zugesagt ... Bei allen anderen erhielten wir die Absage mit der Begründung, dass sich das für die Praxis nicht lohne ... Wir betrachten diese Entwicklung mit großer Sorge, da in naher Zukunft zahlreiche Praxen in der näheren Umgebung altershalber schließen werden. Vermutlich gestaltet sich deren Nachfolge ähnlich schwierig wie in ...“

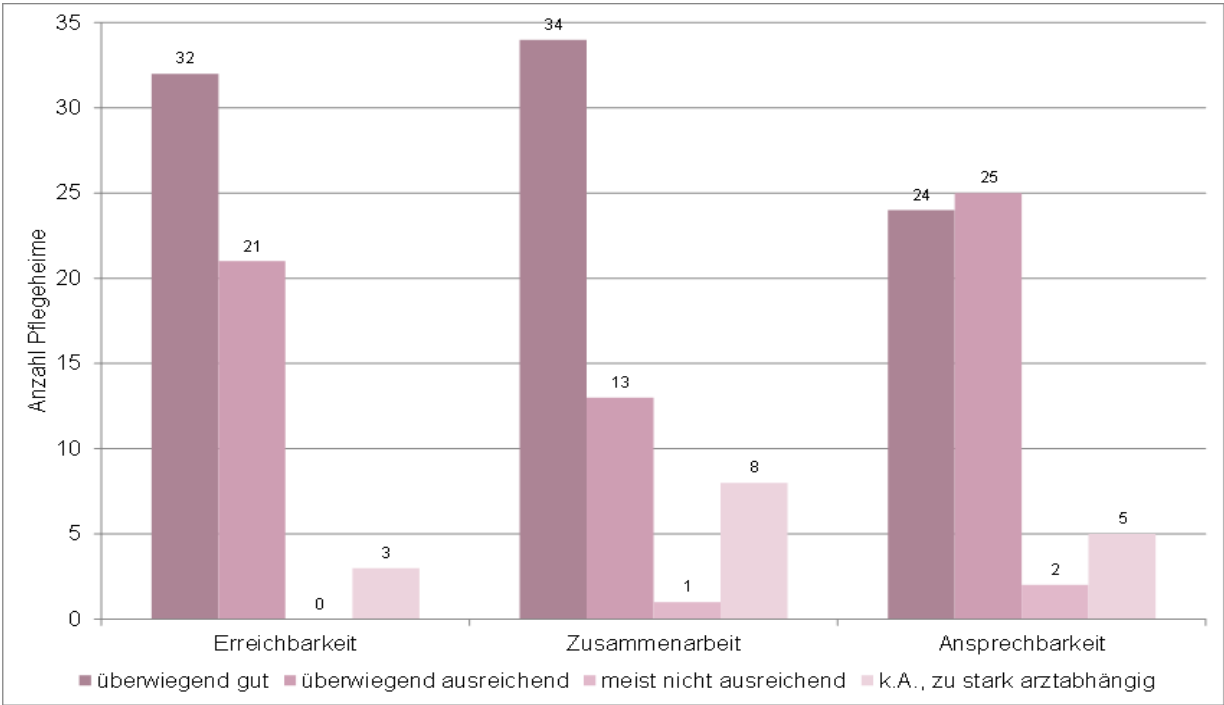
Recht positive Beurteilung der Erreichbarkeit und Zusammenarbeit

Die Aussage, dass die Visiten bedarfsgerecht entsprechend der individuellen Situation der Pflegeheimbewohner erfolgen, konnten 46 von 56 Heimverantwortlichen bejahen - eine insgesamt positive Bewertung. Gründe für eine negative Beurteilung der Visitenhäufigkeit waren u. a. „weil in Vertretungssituationen (Ferien) die Bereitschaft zur Arztvisite nicht gegeben ist“ oder „sich manche Ärzte nicht auf einen festen Visitentag einlassen“.

Auch die Erreichbarkeit der Ärzte im Bedarfsfall bzw. die Zusammenarbeit mit den Hausärzten wird im Wesentlichen positiv gesehen, etwas ungünstiger fällt die Einschätzung bei der „Ansprechbarkeit der Hausärzte für das Pflegepersonal“ aus.

¹⁹ Bildung der Raumschaften: Unterteilung der Mittelbereiche Backnang und Schorndorf jeweils in einen verstädterten bzw. einen ländlichen Raum (nach LEP 2002) sowie Unterteilung des MB Waiblingen/Fellbach in die 4 Raumschaften Waiblingen, Fellbach, Unterzentren (UZ) Winnenden sowie Weinstadt/Kernen/Korb

Abb. 47 Beurteilung der Erreichbarkeit, Ansprechbarkeit und Zusammenarbeit



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Ärzteversorgung im Pflegeheim“

Vorschläge zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung

Den größten Optimierungsbedarf sehen die Heim- bzw. Pflegedienstleitungen bei der hausärztlichen Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten (s. Abb. 48). Der Optimierungsbedarf bezieht sich dabei sowohl auf die Wochenenden/Feiertage als auch auf die Nachtstunden bzw. den Mittwochnachmittag. Vorschläge zur „Organisation“ betreffen insbesondere das Weiterleiten von Verordnungen bzw. Rezepten und der (vermehrte) EDV-Einsatz.

Abb. 48 Übersicht über die genannten Optimierungsvorschläge zur hausärztlichen Versorgung

	Nennungen (n)
Notdienst außerhalb der Sprechstunden	10
Organisatorisches	8
Feste Visitenzeiten	7
Urlaubsvertretung	6
Zeitnahe Erreichbarkeit	5
Derzeitige Situation gut	5
Regelmäßige Visiten	3
Schulungen	2
Sonstiges	15

Der Wunsch nach festen Visitetermenin wird - nicht ganz unerwartet - ausschließlich von Heim-/Pflegedienstleitungen geäußert, deren Heimbewohner von vergleichsweise vielen Hausärzten (≥ 7) betreut werden. Probleme bei der Urlaubsvertretung geben hingegen vorwiegend Heimverantwortliche an, deren Heimbewohner von nur sehr wenigen Hausärzten (≤ 3) versorgt werden. 5 dieser 6 Heime befinden sich im ländlichen Backnanger Raum. Angeregt werden hier u. a. bessere Urlaubsabsprachen, keine überschneidende Urlaube und/oder eine bessere Vertretungsregelung.

Mögliche Maßnahmen zur Sicherstellung der zukünftigen Ärzteversorgung im Pflegeheim

Aspekte der finanziellen Vergütung der Hausbesuche werden mit Abstand am häufigsten angeführt als Maßnahme zur Sicherstellung der Ärzteversorgung (s. Abb. 49). Die Kategorie „Heimarztmodell“ beinhaltet auch Umschreibungen wie „Benennung von 1-2 Ärzten aus der Gemeinde“ oder „Zusammenarbeit des Heimes mit nur 2-3 Hausärzten, die auch Hausbesuche machen. Entspricht natürlich nicht einer ‚freien‘ Arztwahl, die ist aber im Krankenhaus auch nicht gegeben“.

Abb. 49 Maßnahmen zur Sicherstellung der zukünftigen Hausärzteversorgung im Pflegeheim

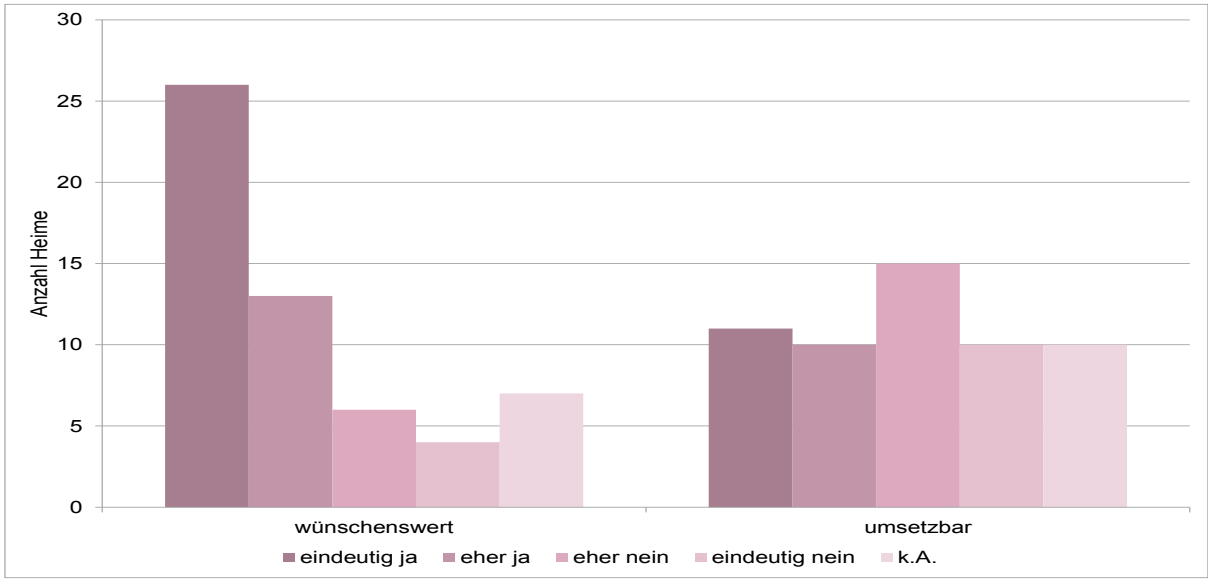
	Nennungen (n)
Bezahlung der Hausbesuche	18
Nachwuchsförderung/Nachfolge	3
Mehr Hausärzte	2
Heimarztmodell	5
Hausarzt vor Ort	3
Sonstiges	11

Modell des koordinierenden Hausarztes

Beim Modell des koordinierenden Hausarztes verpflichtet sich ein Hausarzt der Umgebung vertraglich, die Kooperation zwischen der Einrichtung und den Hausärzten der Umgebung zu verbessern. U. a. organisiert er den Bereitschaftsdienst, versucht gemeinsame Behandlungsstandards zu installieren, berät mit dem Pflegepersonal Möglichkeiten, die Versorgung zu verbessern.

Rund 70 % der im 2. Halbjahr 2013 befragten Heim- bzw. Pflegedienstleitungen hielten das Modell des koordinierenden Hausarztes für (eher) wünschenswert. Die Umsetzbarkeit beurteilten sie allerdings deutlich skeptischer.

Abb. 50 Beurteilung des Modells des „koordinierenden Hausarztes“



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis: Umfrage „Ärzteversorgung im Pflegeheim“

3.7.1.3 Fachärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner

Arztbesuche der Heimbewohner bei niedergelassenen Fachärzten

Laut Angaben der Heim- bzw. Pflegedienstleitungen suchte im letzten Monat vor der Umfrage ca. 740 mal²⁰ ein Heimbewohner einen Facharzt außerhalb des Heimes auf. Die Hälfte dieser Facharztbesuche (ca. 370) erfolgte mit Unterstützung des Pflegepersonals, wobei in der befragten Zeitspanne 40 Pflegeheime Personal für diese Aufgabe abstellten. Vergleichsweise häufig fanden so durchgeführte Facharztbesuche im ländlichen Backnanger Raum sowie in Waiblingen statt. Angehörige begleiteten im befragten Zeitraum ca. 250-mal Heimbewohner zu einem Facharzt. Entlastet wurden hierdurch 42 Heime. Diese Unterstützungsleistung durch Angehörige erfolgte in den städtisch geprägten Raumschaften des Kreises vergleichsweise häufiger als in den ländlichen. Ohne Begleitung von Angehörigen bzw. Pflegepersonal konnten ca. 15 % der Facharztbesuche (ca. 120) bewerkstelligt werden.

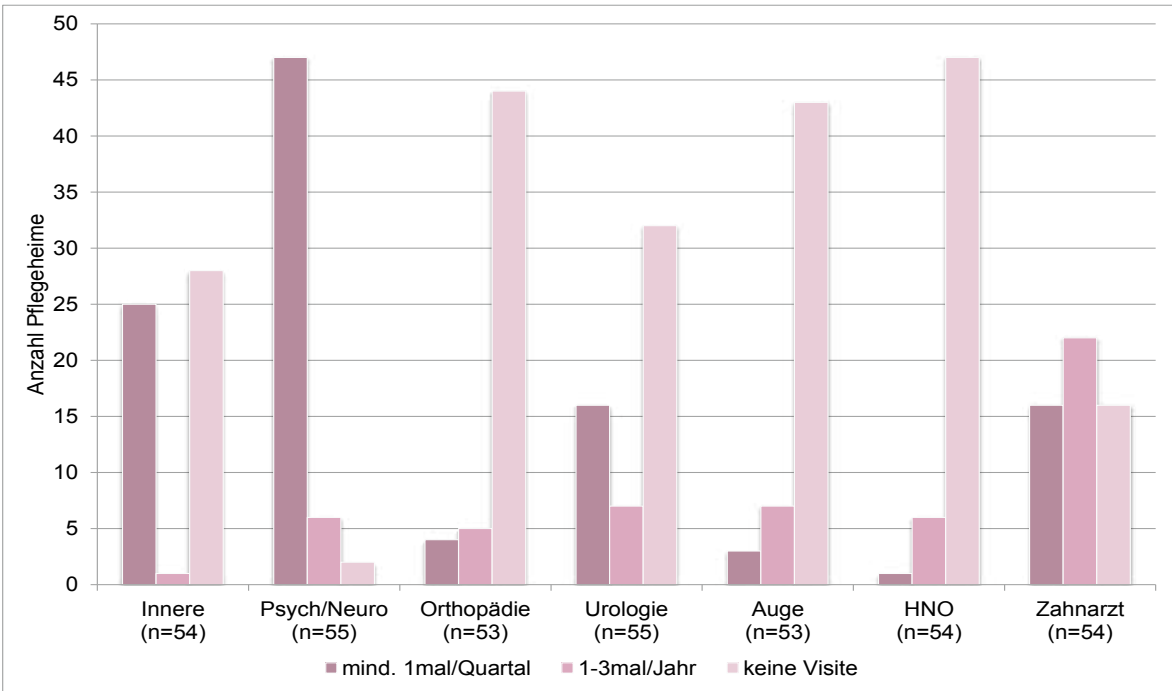
Facharzttrichtung ausschlaggebend für Visitenhäufigkeit

Bei der Visitenhäufigkeit im Pflegeheim bestehen sehr ausgeprägte Unterschiede zwischen den einzelnen Facharzttrichtungen (s. Abb. 51). Während in nahezu sämtlichen Pflegeheimen des Kreises Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie mehr oder weniger regelmäßig Hausbesuche machen²¹, sind Fachärzte für Innere Medizin in knapp 50 %, Zahnmediziner und Urologen in ca. 30 % der Heime mindestens einmal je Quartal vor Ort tätig. Augenärzte, Orthopäden und HNO-Ärzte sind in über 80 % der Heime gar nicht präsent. In der Regel haben größere Einrichtungen (mindestens 50 Plätze) eher Kontakt zu Fachärzten als kleinere.

²⁰ Fälle, (nicht Personen)

²¹ in 26 Heimen mindestens monatlich, in 21 Heimen 1- bis 2-mal pro Quartal, in 6 Heimen 1- bis 3-mal pro Jahr, keine Hausbesuche in 2 Heimen

Abb. 51 Präsenz der Fachärzte in den Pflegeheimen des Rems-Murr-Kreises



Quelle: Landratsamt Rems-Murr-Kreis Umfrage „Ärzteversorgung im Pflegeheim“

... und für die Beurteilung der fachärztlichen Versorgung

Wie nach den großen Differenzen bei der Visitenhäufigkeit zu erwarten, differiert die Beurteilung der fachärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner analog zur Visitenhäufigkeit der jeweiligen Fachärzte. 4 von 5 Heim- bzw. Pflegedienstleiter bezeichnen die ärztliche Versorgung ihrer Heimbewohner durch Psychiater/Neurologen als „vollständig bzw. überwiegend ausreichend“. Auch die Versorgung im Bereich der Inneren Medizin wird überwiegend positiv bewertet. Hingegen stuft eine (knappe) Mehrheit der Heimverantwortlichen die medizinische Versorgung der Bewohner in den Bereichen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde sowie Orthopädie nur als „teilweise bzw. nicht ausreichend“ ein. Zudem ergänzten 6 Heim-/Pflegedienstleitungen, dass die dermatologische Versorgung der Heimbewohner nicht bzw. nur teilweise ausreichend ist, zwei andere loben die dank PIA/ZfP gute Betreuung von Demenzkranken.

Vorschläge zur Optimierung der fachärztlichen Versorgung

Häufigster Optimierungsvorschlag sind Facharztvisiten im Heim. Neben allgemein gehaltenen Formulierungen werden häufiger auch Heimvisiten genau definierter Facharzttrichtungen wie z. B. der Zahnmediziner und Augenärzte gefordert. Wünsche für eine verbesserte Kommunikation/Kooperation beziehen sich insbesondere auf den Informationsrückfluss bzw. den Arztbrief auch an Einrichtungen und die direkte Kommunikation mit dem Arzt bei Telefonaten.

Abb. 52 Übersicht über Vorschläge zur Optimierung der fachärztlichen Versorgung

	Nennungen (n)
Facharztvisiten im Heim	24
Bezahlung Hausbesuche	6
Kommunikation, Kooperation	5
Behindertengerechte Praxen	4
Terminmanagement	4
Sonstiges	6

Des Weiteren wurden u. a. Kooperationsmodelle mit Kliniken oder niedergelassenen Fachärzten angeregt, der Ausbau der PIA vorgeschlagen und die Berücksichtigung des demenziellen Syndroms bei Untersuchungsabläufen angemahnt.

3.7.2 Medizinische Versorgung der Heimbewohner - Sicht der Hausärzte

3.7.2.1 Hausbesuche im Pflegeheim

Nahezu sämtliche Hausärzte betreuen (noch) Pflegeheimbewohner

Von den gut 100 Hausärzten, die sich an der Umfrage beteiligten, machen nach eigenen Angaben nur 3 keine Hausbesuche im Pflegeheim. Als Gründe wurden angegeben, dass Hausbesuche nicht ins Leistungsspektrum passen bzw. dass eine andere Aufgabenverteilung in der Praxis vorliegt. Kommentare wie „mache Hausbesuche, obwohl es sich nicht lohnt“ oder „ich lehne neue Patienten wegen Überforderung ab“ weisen aber auf bestehende bzw. zukünftige Probleme bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern hin.

Anzahl der zu betreuenden Einrichtungen und Pflegeheimbewohner

Die Anzahl Pflegeheimbewohner, die ein Hausarzt im Rems-Murr-Kreis betreut, schwankt zwischen 1 und 185 Personen. Erwartungsgemäß haben insbesondere Hausärzte im ländlichen Backnanger Raum viele Pflegeheimbewohner zu versorgen. Dabei betreuen ca. 20 % der Hausärzte ausschließlich Bewohner in einer Einrichtung, weitere 20 % sind in zwei Heimen tätig. Ca. ein Drittel der Hausärzte ist in fünf und mehr Einrichtungen unterwegs.

Die Fahrzeit zwischen Praxis und Pflegeeinrichtung liegt in ca. 50 % der Fahrten bei mindestens 10 Minuten. Vergleichsweise kurze Anfahrten gaben häufig Hausärzte in Waiblingen und den Remstal-gemeinden an.

Visitenhäufigkeit und Visitenablauf

Die Visitenhäufigkeit in den Pflegeheimen richtet sich neben dem Gesundheitszustand der Patienten bzw. individuellen Erfordernissen auch nach der Zahl der zu betreuenden Bewohner in der jeweiligen Einrichtung. Je mehr Bewohner in einem Haus von einem Arzt betreut werden, desto häufiger werden in der Regel Heimbesuche durchgeführt.

Die Visite erfolgt nach Aussage von gut 35 % der Hausärzte in der Regel immer gemeinsam mit einer Pflegefachkraft. Weitere 40 % der Hausärzte führen die Visiten situations- bzw. heimabhängig entweder

mit Pflegefachkräften oder ohne Heimpersonal durch. Wenige Ärzte geben an, immer ohne Heimpersonal zu visitieren. Eine Visite in Begleitung von Pflegehelfern findet nur in wenigen Ausnahmefällen statt.

Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und behandelndem Arzt wird – ähnlich wie auch von den Heim- bzw. Pflegedienstleitungen – insgesamt positiv beurteilt. Gut drei Viertel der Hausärzte bezeichnen sie als überwiegend gut, weitere 16 % als überwiegend ausreichend.

Vom Heimpersonal veranlasste Heimbesuche

Heimbesuche, die durch das Heimpersonal veranlasst worden sind, sind nach Ansicht von knapp einem Drittel der Ärzte in der Regel (d. h. in $\geq 90\%$ der Fälle) adäquat/erforderlich. Ca. 15 % der Hausärzte sind allerdings der Ansicht, dass nicht einmal die Hälfte dieser Visiten notwendig sei. Häufigste Gründe für nicht erforderliche Heimbesuche sind nach Meinung der Ärzte „Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes durch unsicheres bzw. unerfahrenes Personal“ (n=36) sowie der Aspekt der „juristischen Absicherung bzw. der Angst des Pflegepersonals“ (n=27). Auch Druck durch Angehörige führt zu einer inadäquaten Veranlassung von Heimbesuchen.

3.7.2.2 Vorschläge zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Neben dem Abbau der Bürokratie spielen Aspekte zur „Qualifizierung, Kompetenz und Schulung des Pflegepersonals“ eine wichtige Rolle. Häufiger angeregt wurden eine größere Kompetenzübernahme sowie einfache Diagnostik durch spezialisiertes bzw. speziell geschultes Pflegepersonal. Als mögliche Schulungs- bzw. Fortbildungsthemen wurden in diesem Kontext z. B. genannt: „Medikamentengabe bei Bedarf“, „Was ist ein echter Notfall?“ oder „Welche Diagnostik/Therapie kann ich selber machen?“

Abb. 53 Vorschläge der Hausärzte zur Optimierung der ärztlichen Versorgung bzw. der Zusammenarbeit (n=99)

	Nennungen (n)
Weniger Bürokratie	19
Qualifizierung, Kompetenz u. Schulung Pflegepersonal	19
Kommunikation Arzt/Pflegepersonal	10
Versorgung bzw. Zusammenarbeit ist gut	10
Vorbereitung der Visiten	9
Fahrdienst	6
Kommunikation Pflegepersonal untereinander	4
Klare Zuständigkeiten/Anweisungen für bestimmte häufige Situationen	3
Sonstiges	19

Auch die Nutzung von Kommunikationsstrukturen wie bspw. Telefon-Visiten sowie „feste Ansprechzeiten“ bzw. „regelmäßige, zeitlich festgelegte Visiten mit Pflegefachkraft“ können zur Optimierung der medizinischen Versorgung beitragen. Wünsche, die mit der Einführung eines Fahrdienstes durch das Pflegeheim verbunden sind, beziehen sich sowohl auf das Abholen von Rezepten/Überweisungen bzw. das Bringen von Körperflüssigkeiten als auch auf den Transport von Patienten in die Praxis. Der

elektronische Rezeptversand, Kartenlesegerät und Drucker in Heimen für Rezepte bzw. Überweisungen vor Ort, die Bevorratung mit Medikamenten für Notfälle am Wochenende (auch wenn nicht erlaubt) – drei weitere Beispiele aus den vielfältigen, unter Sonstiges zusammengefassten Anregungen.

3.7.2.3 Maßnahmen zur Sicherstellung der zukünftigen Ärzteversorgung im Pflegeheim

Die mit weitem Abstand wichtigste Maßnahme, um auch zukünftig die Ärzteversorgung im Pflegeheim sicherzustellen, ist aus ärztlicher Sicht die angemessene Vergütung bzw. eine bessere Finanzierung der Hausbesuche im Pflegeheim. Viele Hausärzte verweisen in diesem Zusammenhang auf den hohen Zeitaufwand, der sich aus Anfahrt, Fußweg, Sichten der Akten, Warten auf Pflegekraft und/oder der Multimorbidität vieler Patienten ergibt. Auch Forderungen wie ein höheres Arzneimittelbudget für die oft multimorbiden Patienten, eine höhere Honorierung der Hausbesuche für den Regelfall (EBM 01410) sowie Kommentare wie „jeder Besuch ist betriebswirtschaftlich ein Zuschussgeschäft“ werden unter diesen Begrifflichkeiten subsumiert.

Abb. 54 Maßnahmen zur Sicherstellung der zukünftigen Hausärzteversorgung im Pflegeheim (n=96)

	Nennungen (n)
Adäquate Vergütung	39
Mehr Pflegefachkräfte	12
Qualifikation, Kompetenz u. Schulung des Pflegepersonals	10
Heimarzt	9
„Round table“ Pflege/Ärztenschaft	3
Mehr Ärzte	2
Sonstiges	22

Die ebenfalls häufig geforderte hohe Fachlichkeit des Pflegepersonals lässt sich in zwei Aspekte untergliedern:

- den ausreichenden Schlüssel von Pflegefachkräften (mehr examiniertes Pflegepersonal) sowie
- die Qualifikation, Kompetenz und Schulung des Pflegepersonals. Hier vorgebrachte Vorschläge zur Entlastung der Ärzte durch speziell qualifiziertes bzw. geschultes Pflegepersonal ähneln dabei Anregungen aus Kap. 3.7.2.2.

Für die Anstellung von Heimärzten als eine Maßnahme der Sicherstellung der Ärzteversorgung im Pflegeheim sprachen sich 8 Hausärzte aus. Angeregt wird in diesem Kontext zudem, dass der Hausarzt besondere Geriatrie-, Schmerz- und Demenzkenntnisse aufweist, dass die Tätigkeit in Teilzeit bzw. auch in der Familienphase ausgeübt werden kann und dass ein Hausarzt mehrere Heime betreuen kann. Ein Arzt sprach sich wegen der freien Arztwahl explizit gegen dieses Modell aus.

Neben diesen häufiger genannten Maßnahmen gab es auch hier eine breite Palette weiterer äußerst unterschiedlicher Anregungen wie die Delegation von Leistungen an eine Arzthelferin, die bessere Vernetzung von betreuenden Ärzten oder das Organisieren eines ärztlichen Notdienstes, der im Hausarztvertretungsfall die Versorgung von Heimpatienten übernimmt.

3.8 Ältere Migranten

Das Thema „Ältere Migranten“ ist besonders in Ballungsräumen (hoher Ausländeranteil), aber mittlerweile auch im Rems-Murr-Kreis von Interesse.

Die Altersplanungen bei Migranten hängen eng mit der sozialen Integration, den verfestigten Familienbezügen in Deutschland und mit der Rückkehrabsicht ins Herkunftsland zusammen. „Kehrt man, wie es viele der Arbeitsmigranten der 1960er und 1970er Jahre ursprünglich geplant hatten, nach Beendigung des Erwerbslebens wieder in die alte Heimat zurück, oder hat man sich in Deutschland so gut eingelebt und seine sozialen Bezüge hier so stabil aufgebaut, dass dies zu der ‚neuen Heimat‘ geworden ist, in der man auch seinen Lebensabend verbringen möchte?“²²

Während lange Zeit bei vielen Mitbürgern ausländischer Herkunft noch verwandtschaftliche Bindungen in die Heimatländer vorhanden waren, was auch den Wunsch aufrecht erhielt, das Rentenalter und den Lebensabend dort zu verbringen, so ist heute zu beobachten, dass bei vielen Migrantenfamilien die Zeit, die sie in Deutschland verbrachten, insgesamt länger ist als die in der Heimat. Familiäre Bindungen dorthin existieren auch nicht mehr bzw. nicht in solchem Maß, dass eine Rückkehr sinnvoll erscheint.

Noch ist vor allem bei Migranten, insbesondere mit muslimischem Hintergrund, zu beobachten, dass die Inanspruchnahme von institutioneller Hilfe im Pflegefall traditionell unüblich ist. Allerdings werden in diesen Fällen über kurz oder lang die familiären Systeme nicht mehr ausreichen, um den Bedarf zu decken.

Von Seiten des Kreises wurden auch erste Maßnahmen veranlasst, so z. B. ein Online-Verzeichnis fremdsprachiger Gesundheitsangebote (www.gesundheit-rmk.info) und die Übersetzung der Kreisbroschüre „Demenz – was tun?“ in die türkische, russische und italienische Sprache. Der Abruf der übersetzten Broschüren war jedoch fast nicht wahrnehmbar. Um jedoch aktuelle Broschüren anbieten zu können, mussten laufend finanziell und logistisch aufwändige Übersetzungen veranlasst werden. 2013 wurde der Nachdruck aus diesem Grund eingestellt. Die persönliche Kontaktaufnahme mit Gruppierungen oder Einzelpersonen gestaltete sich eher schwierig.

Ein Arbeitskreis „Ältere Migranten“ existiert, hat aber aufgrund von mehrfachen personellen Wechseln an Kontinuität verloren.

Die Auswirkungen der aktuellen Flüchtlingssituation haben auf den Seniorenbereich zumindest aktuell keinen Einfluss, da vorwiegend nur jüngere Menschen in den Gemeinschaftsunterkünften leben.

²² Vgl. Befragung von Migranten über 50 Jahre in der Stadt Hamm, Ergebnisse einer aufsuchenden Befragung im Rahmen des KOMM-IN-Projektes; Dietrich Engels, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln 22.12.2009

4 Handlungsempfehlungen des Rems-Murr-Kreises

Die deutliche Zunahme älterer Mitbürger sowie zahlreiche Veränderungen in der Gesellschaft (z. B. Erwerbstätigkeit der Frauen, Umsetzung von Teilhabe, Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz) und in der Versorgungslandschaft stellen Kreis und Kommunen vor neue Herausforderungen. Die bisherige Altenhilfe- und Kreispflegeplanung mit ihren gesetzlich definierten Zuständigkeiten wurde daher im vorliegenden Bericht um einige Aspekte erweitert, so z. B. die Lebenslage und die spezifischen Bedürfnisse der in Privathaushalten lebenden Senioren oder auch die besonderen Bedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Die nachfolgende Aufzählung gibt einen konzentrierten Hinweis auf Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen. Häufig bedarf es zum Verständnis der formulierten Handlungsempfehlungen der Berücksichtigung der vorangestellten Fakten und Bezüge. Für die Maßnahmenplanung und –umsetzung der einzelnen Handlungsempfehlungen sind zumeist zahlreiche Akteure aufgefordert.

4.1 Pflegestützpunkt

Der bestehende Pflegestützpunkt blickt auf 5 Jahre Erfahrung zurück. In dieser Zeit hat sich die Komplexität der Beratung verändert, die Beratungsgespräche sind heute intensiver als am Anfang, was sicher auch damit zusammenhängt, dass rein informative Anfragen bereits durch Netzwerkpartner beantwortet werden können bzw. die Öffentlichkeitsarbeit dazu beiträgt, dass Informationen schneller gefunden werden.

Die Besonderheit des Rems-Murr-Kreises ist, dass er ein sehr heterogener Landkreis mit sehr unterschiedlichen Bewohnerstrukturen ist. Ein Teil liegt dicht am Ballungsraum Stuttgart und an den beiden S-Bahn-Linien mit einer relativ hohen Besiedlungsdichte, der andere Teil erstreckt sich bis weit in den Schwäbisch-Fränkischen Wald mit geringerer Besiedlungsdichte. Gerade in diesen Randbereichen fallen weitere Wege an. Für ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte Bürger ist es teilweise beschwerlich, den Pflegestützpunkt zu erreichen. Hausbesuche können nur in Ausnahmefällen geleistet werden, da aufgrund der hohen Beratungsdichte die personellen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen.

Aus diesem Grund, gestützt durch Anträge von Landesseniorenrat, Kreisseniorenrat und auch aus den Kommunen, halten wir einen zweiten Pflegestützpunkt für den Rems-Murr-Kreis für erforderlich und sinnvoll. Ein entsprechender Antrag bei der Landearbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (LAG) wurde gestellt.

4.2 Leben/Wohnen

4.2.1 Neue Wohnformen

Abgesehen vom Betreuten Wohnen, welches im Anschluss an bestehende Pflegeheime wie auch als solitäre Wohnanlage angeboten wird, gibt es im Rems-Murr-Kreis erst wenige Ansätze für weitere Wohnformen (Mehrgenerationenwohnen, Senioren-WG, ambulant betreute Wohngemeinschaften). Hier muss der Dialog mit den verantwortlichen Akteuren geführt werden. Quartiersbezogene Lösungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften müssen in den kommenden Jahren stärker in den Fokus der Planung für ältere Menschen rücken.

Modelle der neuen Wohnformen werden vom RMK erfasst und in der Auswertung begleitet, so sollen Best-Practice-Beispiele besonders honoriert und veröffentlicht werden.

Wohnformen für Menschen mit Demenz

Ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz bereichern die bisherige Angebotspalette um eine Möglichkeit der Lebensform, welche idealerweise von Individualismus und persönlichen Freiräumen geprägt ist. Erforderlich hierzu ist entweder ein enormer Einsatz der Angehörigen (häufig Gründung eines Vereins), oder eine entsprechende Finanzierung der benötigten Unterstützungsleistungen, welche gegebenenfalls auf z.B. Pflegedienste übertragen werden. Betreuung erfordert immer einen hohen Personaleinsatz und ist somit kostenintensiv. Im Rems-Murr-Kreis bemüht sich die Demenzfachberatung schon seit einiger Zeit, Menschen für dieses Engagement zu gewinnen.

Angesprochen sind sowohl Entscheidungsträger der Kommune wie auch der Bürger mit zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen. Die Demenzfachberatung des Kreises ist beratend, begleitend und unterstützend in der Verantwortung.

4.2.2 Ambulante Versorgung

Der Anstieg der Zahl der Hochaltrigen und das damit zwangsläufig verbundene Risiko der Pflegebedürftigkeit stellt enorme Herausforderungen an die Träger der ambulanten Altenhilfe hinsichtlich der Personalpflege und -gewinnung wie auch bei der Qualitätssicherung. Die Fortführung des Arbeitskreises „Runder Tisch – Fachkräftemangel in der Pflege“ ist notwendig.

4.2.3 Entlastungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz:

Die Entwicklung von Entlastungsangeboten für Angehörige von Menschen mit Demenz ist insgesamt positiv zu bewerten. Der quantitative Ausbau und der Erhalt bestehender Angebote ist vor dem Hintergrund der zumeist auch ehrenamtlichen Arbeit bemerkenswert, bedarf deshalb aber auch der besonderen Pflege und Sicherung. Um die Demenz-Angebote auch weiterhin am Leben zu erhalten, ist die verlässliche Förderung des Kreises erforderlich. Wie schon 2009 wurde diese Notwendigkeit von den damaligen Mitgliedern des Pflegebeirates erkannt und mit 40.000 Euro Budgetzuweisung dotiert. Gleichzeitig bestätigten sie die Notwendigkeit der flexiblen Verwendungs- und Einsatzmöglichkeit dieser Mittel durch die Fachberatung Demenz. Die Fortschreibung dieser Zuweisungen ist sicherzustellen.

4.2.4 Pflegeheime

Kein akuter Handlungsbedarf bezüglich der Platzzahlen, jedoch muss die Gesamtsituation beobachtet und begleitet werden. Da sich der Bestand 2015 innerhalb des sogenannten Planungskorridors bewegt, besteht hinsichtlich der Platzzahlen kein Handlungsbedarf. Die Auswirkungen der Heimbauverordnung können momentan noch nicht abgeschätzt werden, da die Heimträger hier keine präzisen Angaben machen. Heimaufsicht und Altenhilfefachberatung werden hier eng zusammenarbeiten und den weiteren Verlauf kontrollieren.

Bei Kurzzeitpflege und Tagespflege sind hinsichtlich der Bedarfszahlen für 2020 genügend Plätze vorhanden. Hier muss allerdings davon ausgegangen werden, dass die Neuerungen durch das Pflege-stärkungsgesetz II (PSG II), welches ab 01.01.2017 umgesetzt wird, sowie durch das PSG III (Entwurf) zu einer wesentlich stärkeren Nachfrage führen werden. Die Gesamtsituation ist mit den verantwortlichen Akteuren und der Altenhilfefachberatung zeitnah zu beobachten.

4.2.5 In Privathaushalten lebende Senioren

Die auf der Ebene von 8 Kreisregionen vorliegenden Ergebnisse der Umfrage „Älter werden im Rems-Murr-Kreis“ zeigen konkrete Handlungsbedarfe in unterschiedlichen Bereichen auf. Die potenziellen Handlungsfelder reichen von Maßnahmen zur Prävention (z. B. Bewegungsförderung) über den Versorgungssektor (z. B. Versorgung der hochaltrigen, z. T. immobilen Bevölkerung) bis hin zu infrastrukturellen Maßnahmen. Die Ergebnisse sind demzufolge für äußerst unterschiedliche Akteure der kommunalen Daseinsvorsorge wie z. B. Gemeinden, kassenärztliche Vereinigung/Ärzeschaft, Krankenkassen oder Wohlfahrts- und Sportverbände von Bedeutung.

Um mit den unterschiedlichen Akteuren ins Gespräch zu kommen, stellt die Kreisverwaltung den Verantwortlichen die Ergebnisse zur weiteren Verwendung sukzessive zur Verfügung. Derzeit sind vier Kurzberichte zu den Modulen sozioökonomische Grunddaten, Gesundheit und Medizinische Versorgung, individuelle Mobilität und ÖPNV, Wohnumfeld/Unterstützung in Arbeit. Die Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse in den entsprechenden Gremien ist geplant. Außerdem wird Mitte nächsten Jahres eine Veranstaltung mit Vertretern der o. a. Zielgruppen in Erwägung gezogen, um gemeinsam Hintergründe zu beleuchten und im Konsens eine Priorisierung von Handlungsfeldern bzw. vordringlich zu bearbeitender Themen festzulegen.

Sofern für konkrete Planungsschritte erforderlich, können auch weitergehende Auswertungen der Umfrage durch die Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung des Landratsamtes durchgeführt werden.

4.2.6 Leben von Menschen mit Demenz in der Kommune

Demenz ist vor allem eine soziale und kulturelle Herausforderung. Menschen mit Demenz brauchen eine gute medizinische und pflegerische Versorgung. Aber sie benötigen mehr als das: ein soziales Umfeld, in dem sie willkommen sind.

Maßnahmen und Handlungsempfehlungen, wie Teilhabe und Selbstbestimmung im öffentlichen Raum gelingen kann, sind im Kap. 2.1 näher ausgeführt.

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

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

4.3 Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung der Generation 65+ ist ein wichtiges Schlüsselement zur Sicherung von Lebensqualität im Alter. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung umfasst sowohl Maßnahmen der Prävention, der Diagnostik und Therapie, der Rehabilitation als auch der palliativen Versorgung.

Handlungsempfehlungen mit Vorschlägen zur Verbesserung im Bereich der Diagnostik und Therapie von Menschen mit Demenz finden sich in Kapitel 3.3.3.

Die relevanten Daten zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen erfordern Maßnahmen wie unter Kapitel 3.7 beschrieben. Demenzspezifische Maßnahmen und Empfehlungen zur Sicherung und Verbesserung guter stationärer Pflege von Menschen mit Demenz sind unter Kapitel 3.6 aufgeführt.

Verantwortlich für die kritische Reflexion und Umsetzung der Handlungsempfehlungen sind die entscheidenden Disziplinen oder auch gesetzgebende Entscheidungsträger.

4.4 Ältere Migranten

Um vertiefte Erkenntnisse über die Bedürfnisse und Probleme von Migranten zu erlangen sollte mit den Ausländerbeauftragten der Städte und Gemeinden im Rems-Murr-Kreis sowie mit Vertrauenspersonen aus dem Kreis der Migranten Kontakt aufgenommen werden um gemeinsam über Erfahrungsberichte und Aussprache weitere Planungsschritte zu überlegen.

Eine Heranführung an institutionelle Pflege könnte behutsam über den Kontakt von älteren Migranten mit Einheimischen in Form einer Begegnungsstätte gelingen, dies könnte z. B. durch gemeinsame Angebote gefördert werden. Es ist das perspektivische Ziel, Kooperationen von Seniorengruppen unterschiedlicher Ethnien zur Normalität werden zu lassen.

Dies bedarf, aufgrund von kulturell bedingten Unterschieden, zunächst einer pädagogischen Begleitung auf beiden Seiten, um kulturelle Stolpersteine auszuräumen bzw. um Missverständnisse zu verhindern oder auszuräumen. Vereine und Seniorengruppen sollten sich aktiv um Senioren mit Migrationshintergrund bemühen.

4.5 Kreispflegeplanung

Für die Fortschreibung der Kreispflegeplanung in der Zukunft kommt es nun darauf an, einen beteiligungs- und prozessorientierten Ansatz beizubehalten. Hierzu gehören im Einzelnen:

- Umsetzung der Handlungsempfehlungen zusammen mit den beteiligten Akteuren
- kontinuierliche Sitzungen bzw. Abstimmungsgespräche mit dem Kreispflegebeirat
- Regelmäßige Bestandserhebungen und Abgleich mit den vorliegenden Zielen und Planungen alle 5 Jahre
- Weiterentwicklung der Kreispflegeplanung und des Geriatriekonzepts durch Bildung einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe, bestehend aus Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung (Frau Dr. Merx), Altenhilfefachberatung (Herr Geiser) und Demenzfachberatung (Frau Amann, Herr Herrmann).

Anlage | Wichtige Links

www.statistik.baden-wuerttemberg.de

BevoelkGebiet/Demografie-Spiegel

www.total-lokal.de/city/waiblingen/data/71328_57_06_15/index.html

Seniorenwegweiser des Rems-Murr-Kreises

www.rems-murr-kreis.de/2737_DEU_WWW.php

Broschüre „Was tun bei Demenz?“

www.ksr-rems-murr.de

Homepage des Kreissenioresrates

www.rems-murr-kreis.de

Homepage des Landratsamtes

www.awosozialstation.de

Austauschforen für Angehörige und Fachleute

www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html

REMS-MURR-KREIS.DE

Landratsamt

Rems-Murr-Kreis
Kreissozialamt
Alter Postplatz 10
71332 Waiblingen
Telefon 07151 501-0
Telefax 07151 501-1525
soziales@rem-s-murr-kreis.de