

SOZIALPLANUNG

Lebensqualität im Alter im Schwarzwald-Baar-Kreis

Teil 2: Pflege

Impressum

Februar 2014

Herausgeber

Landratsamt

Schwarzwald-Baar-Kreis

Sozialdezernat

Sozialplanung

Am Hoptbühl 2

78048 Villingen-Schwenningen

Bearbeitung

Mailin Dienes Kommunalverband für Jugend und Soziales

Werner Stocker Baden-Württemberg, Referat Sozialplanung

in Zusammenarbeit mit dem Sozialdezernat des Schwarzwald-Baar-Kreises



Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Bestand und Bedarf ambulanter, teil- und vollstationärer Pflegeangebote im Schwarzwald-Baar-Kreis.....	5
2.1	Zuständigkeit für die pflegerische Versorgung und die Pflegeplanung	5
2.2	Methodik der Bestandserhebung und Bedarfsvorausschätzung	6
2.3	Entwicklung von Anzahl und Versorgungsform pflegebedürftiger Menschen im Schwarzwald-Baar-Kreis	9
2.4	Häusliche und ambulante Pflege.....	10
2.4.1	Allgemeine Entwicklungen.....	10
2.4.2	Bestand an ambulanten Pflegediensten im Schwarzwald-Baar-Kreis .	11
2.4.3	Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der ambulanten Pflege.....	16
2.4.4	Bewertung von Bestand und Bedarf in der ambulanten Pflege.....	17
2.4.5	Handlungsempfehlungen häusliche und ambulante Pflege	19
2.5	Tagespflege	21
2.5.1	Allgemeine Entwicklungen.....	21
2.5.2	Bestand an Tagespflegeeinrichtungen und Tagespflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis	22
2.5.3	Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Tagespflege.....	25
2.5.4	Bewertung von Bestand und Bedarf in der Tagespflege	27
2.5.5	Handlungsempfehlungen Tagespflege.....	30
2.6	Kurzzeitpflege.....	30
2.6.1	Allgemeine Entwicklungen.....	30
2.6.2	Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis	32
2.6.3	Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Kurzzeitpflege	34
2.6.4	Bewertung von Bestand und Bedarf in der Kurzzeitpflege	36
2.6.5	Handlungsempfehlungen Kurzzeitpflege	37
2.7	Dauerpflege	38
2.7.1	Allgemeine Entwicklungen.....	38
2.7.2	Bestand an Dauerpflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis.....	40
2.7.3	Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Dauerpflege.....	46
2.7.4	Bewertung von Bestand und Bedarf in der Dauerpflege	49
2.7.5	Handlungsempfehlungen Dauerpflege.....	51

2.8	Alternativen zur stationären Pflege	52
2.8.1	Allgemeine Entwicklungen	52
2.8.2	Situation im Schwarzwald-Baar-Kreis	55
2.8.3	Handlungsempfehlungen ambulant betreute Pflegewohngruppen	56
2.9	Weitere Hinweise zur pflegerischen Versorgung	56
3	Palliativpflege und Hospiz	59
3.1	Allgemeine Entwicklungen	59
3.2	Ambulante Hospizdienste	59
3.3	Spezialisierte Palliativdienste	59
3.4	Stationäre Hospize	60
3.5	Situation im Schwarzwald-Baar-Kreis	61
3.6	Handlungsempfehlungen Palliativpflege und Hospiz	62
4	Versorgung behinderter alter Menschen	63
5	Pflegepersonal	67
5.1	Allgemeine Entwicklungen	67
5.2	Personalsituation in der Pflege im Schwarzwald-Baar-Kreis	69
5.2.1	Stationäre Pflege	69
5.2.2	Ambulante Pflege	71
5.3	Einschätzung der aktuellen Situation durch Fachleute aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis	73
5.4	Voraussichtliche Personalbedarfsentwicklung im Pflegebereich im Schwarzwald-Baar-Kreis	74
5.5	Handlungsempfehlungen Pflegepersonal	75
6	Schlussbemerkung	77

1 Einleitung

Nachdem im April 2010 der Bericht „Lebensqualität im Alter im Schwarzwald-Baar-Kreis, Teil 1 – Allgemeines“ veröffentlicht und vom Kreistag beschlossen wurde, liegt nun der zweite Teil der Sozialplanung zum Thema „Alter“ vor. Die vorliegende Pflegeplanung befasst sich mit der Versorgung alter Menschen, die pflegebedürftig sind und ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Pflege benötigen.

Der Schwarzwald-Baar-Kreis ist derzeit schon ein Landkreis mit vielen älteren Einwohnerinnen und Einwohnern, aber auch einem sehr guten Angebot der Unterstützung und Pflege für Menschen, die Hilfe brauchen. Pflegebedürftigkeit ist nur ein Teilaspekt, wenn man das Thema Alter betrachtet; wenn Hilfe benötigt wird, jedoch ein sehr wichtiger. Die Sicherheit, dass Betroffene und Angehörige ein bedarfsgerechtes Angebot zur Pflege vor Ort vorfinden, ist mit einer Grundlage, eine gute Lebensqualität im Alter so weit als möglich zu erhalten.

In der vorliegenden Pflegeplanung ist ausgehend vom derzeitigen Bestand an Hilfen hochgerechnet, welche weiteren ambulanten, teilstationären und stationären Plätze oder Dienste in Zukunft prognostisch gebraucht werden. Die Berechnung basiert auf der amtlichen Bevölkerungsvorausschätzung für 2020 und 2025. Die Darstellung der Bedarfskorridore für den Landkreis und seine Städte und Gemeinden ist das Hauptziel des Berichtes. Die Bedarfe sind rechnerisch auf die Einwohnerzahlen der einzelnen Städte und Gemeinden gerechnet, wohl wissend, dass Pflegebedarfe in der Regel interkommunal und räumlich beantwortet werden müssen. Gerade im ländlichen Raum werden die Bedarfe benachbarter Kommunen immer gemeinsam betrachtet werden müssen.

Zudem geht man in der mathematischen Hochrechnung der Bedarfe theoretisch davon aus, dass sich das Nachfrageverhalten der Menschen nicht wesentlich ändern wird. Dies bedeutet, dass alle Zahlen immer daraufhin reflektiert werden müssen, ob das Nachfrageverhalten und das Zusammenspiel von unterschiedlichen Hilfeleistungen und Marktsegmenten sich verändern. Es ist beispielsweise als wahrscheinlich zu betrachten, dass sich eine Ausweitung und Veränderung der Angebote im ambulanten Bereich auf die Nachfrage im stationären Bereich niederschlägt und umgekehrt. Sind die stationären Plätze knapp, entwickeln sich häufig andere Formen der Problemlösung und alternative Angebote.

Mit einbezogen wurde in die Berechnungen auch das Thema Fachkräftebedarf, da eine Veränderung in der Platzzahl der Pflegedienste und -einrichtungen natürlich auch Veränderungen im Fachkräftebedarf nach sich ziehen. Zudem werden durch gesellschaftliche Veränderungen bedingt zukünftig familiäre Ressourcen in der Pflege geringer werden.

Angesprochen in den einzelnen Bereichen der Pflegeplanung sind zudem fachliche Entwicklungen und Alternativen zu bestehenden Konzepten bzw. Möglichkeiten, in der dezentralen Versorgung alter Menschen neue Wege zu gehen.

Das wichtige Thema der Gesundheitsprävention und der Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie die Möglichkeiten der Rehabilitation konnten in diesem Bericht nicht mit einbezogen werden, dies hätte den Umfang der Planung gesprengt. Andererseits ist jedoch zu attestieren, dass intensivere Anstrengungen in der Rehabilitation und Prävention von Pflegebedürftigkeit insgesamt sehr wahrscheinlich einen nennenswerten Einfluss auf zukünftige Bedarfe haben werden. Der Bereich der Prävention müsste jedoch dezidierter untersucht werden, da einerseits der Angebotsmarkt sehr differenziert ist und zudem eine Einschätzung der direkten und indirekten Wirkungen nicht einfach ist. Zudem liegen die (Planungs-) Zuständigkeiten in diesen Feldern zu einem großen Teil nicht beim Landkreis.

Die vorliegende Pflegeplanung ist zum größten Teil als Auftragsarbeit vom Kommunalverband für Jugend und Soziales erstellt worden, der auch die Befragungen, die notwendig waren, durchgeführt hat. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales hat sich dabei stets eng mit der Sozialplanung des Landkreises abgestimmt und hat zudem die neuen Daten des Stadt- und Landkreistages zur Vorausschätzung der Pflegebedarfe mit einbezogen.

Unter Punkt 4 werden auch die Bedarfe älter werdender behinderter Menschen angesprochen. Diesen Teil der Planung hat die Sozialplanung des Landkreises eigenständig erarbeitet.

Grundlage der Pflegeplanung sind Befragungen der Dienste und Einrichtungen über Fragebögen, ein Fachgespräch mit Diensten der Altenhilfe sowie ambulanten Diensten, ein Fachgespräch mit Trägern der Altenhilfe und Behindertenhilfe, sowie vorliegende Daten und Hochrechnungen des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, des Stadt- und Landkreistages, des internen Berichtswesens und einschlägiger fachlicher Veröffentlichungen.

Wir sind überzeugt davon, dass mit der vorliegenden Pflegeplanung eine informative und differenzierte Grundlage der weiteren sozialpolitischen Diskussion und Altenhilfeplanung im Landkreis und vor Ort in den Kommunen gelegt ist.

Wir bedanken uns herzlich bei allen die mitgewirkt haben und in den kommenden Monaten in der Diskussion der Ergebnisse und in der Umsetzung Ihre Fachlichkeit und Ihr Engagement noch mitwirken werden.

2 Bestand und Bedarf ambulanter, teil- und vollstationärer Pflegeangebote im Schwarzwald-Baar-Kreis

2.1 Zuständigkeit für die pflegerische Versorgung und die Pflegeplanung

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird auf Bundesebene im Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch/SGB XI) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, Tagespflege und Pflegeheime) und die Pflegekassen haben demnach die Aufgabe, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und unter Federführung der Länder gemeinsam eine leistungsfähige, regional gegliederte, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Baden-Württemberg hat im Landespflegegesetz von 1995 festgelegt, dass das Land und die Stadt- und Landkreise gemeinsam für die Planung und die finanzielle Förderung der pflegerischen Infrastruktur zuständig sind. Das Land gibt durch den Landespflegeplan grundlegende quantitative und qualitative Rahmenbedingungen vor, die Stadt- und Landkreise konkretisieren diese in ihrer Kreispflegeplanung. Auf der Grundlage des Landespflegegesetzes hatten sich das Land und die Kommunen außerdem über die öffentliche Investitionskostenförderung für bedarfsgerechte teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen wirksame Steuerungsmöglichkeiten gesichert, die in den vergangenen Jahren landesweit zu einem weitgehenden Ausbau der Pflegeinfrastruktur und zur Schaffung vor allem kleinerer, wohnortnaher Pflegeheime geführt haben. Diese Möglichkeit der Einflussnahme auf die Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur ist mit der Abschaffung der Pflegeheimförderung zum Ende des Jahres 2010 weggefallen. Für Länder, Kreise und Kommunen stellt sich damit verschärft die Frage, wie sie in Zukunft ihrer Versorgungsverantwortung nachkommen und ihre sozialpolitischen Ziele im Bereich Pflege umsetzen können. Dies gilt besonders für das Vor- und Umfeld der stationären Pflege sowie für ländlich geprägte Regionen, zwei Bereiche, in denen private Investoren wegen unsicherer Gewinnaussichten eher zögerlich investieren. Hauptträger der Verantwortung für eine funktionierende Infrastruktur sind letztlich die Kommunen als die Wohn- und Lebensorte der älteren Bürger. Kommunales Handeln orientiert sich dabei am Sozialraum und verfolgt das Ziel, die gesellschaftliche Teilhabe aller Gemeindeglieder am Wohnort zu ermöglichen. Da die Kommunen dies jedoch kaum alleine schultern können, sind neben der Klärung der Finanzierungsproblematik interkommunale Kooperationen und eine koordinierende Unterstützung auf Kreisebene notwendig.

Die Pflegekassen schließen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ihrer Versicherten Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen ab, wobei jeder Träger, der die vorgegebenen Voraussetzungen erfüllt, unabhängig von einer Bedarfsprüfung einen Rechtsanspruch auf die Erteilung eines Versorgungsvertrages hat. Die Pflegeeinrichtungen haben ihrerseits die Verpflichtung, die Pflegebedürftigen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-

pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen und eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten. Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können (Grundsatz „ambulant vor stationär“). Wenn die häusliche Pflege nicht bzw. nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn es zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, können Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) gewährt werden. Reichen sowohl die häusliche als auch die teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf (Kurzzeit-)Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Welche Form der Pflege für einen Menschen „passend“ ist, sollte in jedem Einzelfall sehr genau überlegt und geprüft werden (Fallmanagement). Zu beachten ist auch, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist, sondern mehr oder weniger starken Veränderungen, beispielsweise im Zusammenhang mit medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, unterliegt.

2.2 Methodik der Bestandserhebung und Bedarfsvorausschätzung

Für die qualifizierte Planung ambulanter, teil- und vollstationärer Altenhilfeangebote im Schwarzwald-Baar-Kreis sind zunächst eine genaue Kenntnis der bestehenden Angebotslandschaft sowie deren quantitative wie qualitative Bewertung notwendig. Für die Bestandserhebung werden die Angaben der Pflegekasse über die Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag sowie ergänzend die Ergebnisse der schriftlichen Erhebung des Landkreises und des KVJS bei den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen im Kreis zu Grunde gelegt. An dieser Erhebung haben sich zwar nicht alle Einrichtungen beteiligt (Beteiligung stationär 83 Prozent, teilstationär 53 Prozent, ambulant 60 Prozent), trotzdem liefert sie einige wichtige Detailinformationen. Diese beiden Datenquellen dienen - ergänzt durch Einschätzungen aus der Fachwelt sowie ggf. Bundes- und Ländervergleiche - auch der Bestandsbewertung. Weiterhin wurden zwei Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von einigen ambulanten Diensten und Beratungsstellen aus dem Landkreis durchgeführt. Das daraus gewonnene Meinungsbild wird zur Ergänzung der Bestandsbewertung herangezogen.

Grundlage für die Prognose des künftigen Bedarfs im (teil-)stationären Bereich ist zunächst die Fortschreibung des Landespflegeplans von 2007, der kreisbezogene Bedarfszahlen bis zum Jahr 2015 enthält.¹ Ergänzend wird im vorliegenden Seniorenplan zur Berechnung des ambulanten und (teil-)stationären Bedarfs in der Folgezeit die Anzahl der Pflegebedürftigen in den 20 Kommunen des Schwarzwald-Baar-Kreises, die voraussichtlich im Jahr 2020 bzw. 2025 durch einen Pflegedienst ambulant versorgt werden oder ein teil- oder vollstationäres Angebot benötigen, durch den KVJS vorausgeschätzt. Basis der

¹ Fortschreibung Landespflegeplan Teil III - Stationäre Pflege, Vorlage für die Sitzung des Landespflegeausschusses am 16.05.2007 (die Vorlage wurde dort beschlossen).

Berechnung sind die Daten der aktuellen Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes bezogen auf die Kommunen des Schwarzwald-Baar-Kreises.²

Neben den Daten zur Bevölkerungsentwicklung werden in einem zweiten Schritt Daten zur Pflegehäufigkeit aus der Landespflegestatistik, die alle zwei Jahre erhoben wird, in die Berechnung des künftigen Bedarfs an Angeboten der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege einbezogen. Diese Daten beschreiben, wie groß der Anteil der in eine Pflegestufe eingestuften Menschen in den einzelnen Altersstufen ist. Für die Bedarfsberechnung hat der KVJS aus der Landespflegestatistik 2011 folgende landesbezogene Angaben in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht verwendet:

Pflegebedürftige bezogen auf 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2011 nach Alter und Geschlecht³

Altersgruppen ... bis unter	männlich	weiblich
unter 60	5	5
60-65	15	13
65-70	26	22
70-75	41	38
75-80	77	85
80-85	148	201
85-90	258	376
90-95	409	598
95 und älter	211	519

Datenbasis: Landespflegestatistik 2011. Berechnungen: KVJS.

Die Daten zur Pflegehäufigkeit zeigen einen sich verstärkenden Anstieg ab 75 Jahren, wobei der Anstieg bei den Frauen deutlich höher ausfällt und bei den über 80-Jährigen weit über den Raten der Männer liegt. Ein Grund für die große Differenz könnte darin zu suchen sein, dass auf Seiten der Männer eine gewisse Dunkelziffer zu vermuten ist, weil Männer im Alter häufig von ihren Frauen versorgt werden, ohne dass immer eine Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse beantragt wird.

Für die Einschätzung, zu welchen Anteilen die pflegebedürftigen Menschen zukünftig die unterschiedlichen Pflegearten nutzen werden, wird auf die auf Versorgungsarten bezogenen Pflegequoten aus der Pflegestatistik 2011 (Stichtag 15.12.2011) zurückgegriffen. Diese Quoten liegen nach Geschlecht und Kreisen differenziert vor. Der vorliegenden Vorausschätzung der ambulant, teil- oder vollstationär zu versorgenden Pflegebedürftigen liegt somit die tatsächliche bisherige Nutzung des Angebots durch die pflegebedürftigen Menschen im Schwarzwald-Baar-Kreis zugrunde. Um für jede Versorgungsform einen Bedarfskorridor für die Anzahl der voraussichtlich zukünftigen pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer zu erhalten, werden in Anlehnung an das Vorgehen des statistischen Landesamts zwei Varianten berechnet. Bei der „Status-quo-Modellrechnung“⁴ werden die

2 Die aktuelle Bevölkerungsvorausschätzung basiert auf dem Bevölkerungsstand in den Kommunen zum 31.12.2008. Die Berechnung der Bevölkerungsentwicklung wird in zwei Varianten - mit und ohne Wanderungsbewegungen - durchgeführt. Für die Bedarfsberechnung im Schwarzwald-Baar-Kreis werden nur die Annahmen zu Geburten und Sterbefällen berücksichtigt, da für Gemeinden unter 5.000 Einwohnern keine zuverlässigen Wanderungsdaten berechnet werden können.

3 http://www.statistik-bw.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/Pflege_05.asp

4 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Presseheft, Vorausberechnung der Pflegebedürftigen sowie des Pflegepersonals bis zum Jahr 2031, Dezember 2009.

aus der tatsächlichen Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsformen zum Stichtag 15.12.2011 berechneten Pflegequoten zu Grunde gelegt und fortgeschrieben, die „Trendberechnung“⁵ hingegen basiert auf den durchschnittlichen Pflegequoten je Versorgungsform seit 2001 und schreibt diese fort. Grundlage für die „Status-quo-Modellrechnung“ sind folgende Pflegequoten des Jahres 2011 für den Schwarzwald-Baar-Kreis:

Status-quo-Verteilung	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Pflege-geld
Männer	22 %	25 %	1 %	1 %	52 %
Frauen	23 %	39 %	1 %	2 %	38 %
gesamt	22 %	34 %	1 %	2 %	43 %

Datenbasis: Statistisches Landesamt 2011. Tabelle: KVJS.

Der „Trendberechnung“ liegt die durchschnittliche Verteilung der Pflegequoten für den Schwarzwald-Baar-Kreis von 2001-2011 zu Grunde:

Trend-Verteilung	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Pflege-geld
Männer	21 %	26 %	1 %	1 %	53 %
Frauen	21 %	41 %	1 %	2 %	37 %
gesamt	21 %	36 %	1 %	2 %	43 %

Datenbasis: Statistisches Landesamt 2011. Tabelle: KVJS.

Die Einbeziehung des Entwicklungstrends aus den Vorjahren ergibt eine etwas niedrigere Quote bei der ambulanten und eine etwas höhere Quote bei der stationären Versorgung, da die reale Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen im Schwarzwald-Baar-Kreis in den Jahren von 2005-2009 über der Quote von 2011 lag. Für den Schwarzwald-Baar-Kreis scheint die Status-quo-Variante die wahrscheinlicheren Ergebnisse zu liefern, da mit der Trendberechnung die vergangene - inzwischen nicht mehr reale - und im Landesvergleich hohe Inanspruchnahme stationärer Versorgungsangebote für die Zukunft fortgeschrieben würde. Eine Bedarfsvorausschätzung auf Basis der Status-quo-Variante unterstreicht außerdem den politischen Willen des Schwarzwald-Baar-Kreises, pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und die Schaffung einer dementsprechenden ambulanten Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeinfrastruktur zu unterstützen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der Bedarfsvorausschätzung ist zu berücksichtigen, dass eine genaue Vorhersage der künftigen Entwicklung grundsätzlich nicht möglich ist. Eine Vorausrechnung zeigt eine mögliche und unter gegebenen Voraussetzungen und Annahmen wahrscheinliche Entwicklung auf. Die wahrscheinliche Entwicklung lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten mit Hilfe eines Bedarfskorridors, innerhalb dessen sich die wahrscheinliche Zahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich bewegen wird, hinreichend genau aufzeigen. Da Baden-Württemberg im Bundesvergleich bereits die geringste Pflegehäufigkeit aufweist, ist ein weiteres Absinken hier nicht zu erwarten. Allerdings kann die

5 Ebenda.

Nutzung der Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten auf örtlicher Ebene die beschriebene Entwicklung beeinflussen, so dass es schließlich zu Abweichungen von den Vorausrechnungen kommen kann.

2.3 Entwicklung von Anzahl und Versorgungsform pflegebedürftiger Menschen im Schwarzwald-Baar-Kreis

Am 15.12.2011 lebten im Schwarzwald-Baar-Kreis 5.615 pflegebedürftige Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten. Davon lebten 3.665 in Privathaushalten und 1.950 in vollstationären Pflegeeinrichtungen. 100 Personen nutzten ein teilstationäres Angebot.⁶ Berücksichtigt wurden bei dieser Zählung auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im Schwarzwald-Baar-Kreis, die aus anderen Kreisen stammen, nicht aber die Menschen aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis, die in Pflegeheimen außerhalb des Kreises leben, da hierzu keine Daten vorliegen.

Mit 27 Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im Schwarzwald-Baar-Kreis leicht über dem Landesdurchschnitt Baden-Württembergs (Landesdurchschnitt 26 Pflegebedürftige pro 1.000 Einwohner). Dies hängt damit zusammen, dass die Landkreisbevölkerung heute im Schnitt bereits relativ alt ist und ältere Menschen ein deutlich höheres Pflegerisiko haben als Jüngere. Mit einem Durchschnittsalter von 44,1 Jahren war der Schwarzwald-Baar-Kreis Ende 2011 der viertälteste Kreis in Baden-Württemberg.

Betrachtet man die Pflegesituation der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bietet sich für den Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011 das folgende Bild:

	Pflege- geld	Ambulante Pflege	Dauer- pflege	Kurzzeit- pflege	Gesamt (ohne teil- stationär)	Teilstationä- re Pflege
Anzahl	2.409	1.256	1.898	52	5.615	100
in %	43%	22%	34%	1%	100%	2%

Datenbasis: Statistisches Landesamt 2011. Tabelle: KVJS.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden (Pflegegeldempfänger), lag im Schwarzwald-Baar-Kreis mit 43 Prozent deutlich unter dem Landesdurchschnitt (47,7 Prozent). Folglich lag der Anteil der durch einen ambulanten Dienst versorgten Personen mit 22 Prozent sowie insbesondere der Anteil der pflegebedürftigen Menschen im Pflegeheim mit 34 Prozent über dem Landesdurchschnitt (20,7 bzw. 31,6 Prozent)⁷. Die Annahme, dass sich in ländlichen Regionen die eher noch

6 Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2011. Die Nutzer teilstationärer Angebote sind in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger nicht berücksichtigt. Seit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008 ist eine kombinierte Nutzung von Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege möglich, so dass es hier sonst zu Doppelzählungen kommen könnte.

7 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pflegestatistik 2011.

traditionellen Familienstrukturen und ein daraus resultierender größerer Familienzusammenhalt dämpfend auf die Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Pflegeleistungen auswirken, ist für den Schwarzwald-Baar-Kreis offensichtlich nicht zutreffend.

Bis zum Jahr 2030 wird mit einem weiteren Anstieg des Durchschnittsalters auf 47,3 Jahre gerechnet. Der Landkreis wird dann voraussichtlich der neuntälteste Kreis in Baden-Württemberg sein.⁸ Entsprechend wird auch künftig mit großer Wahrscheinlichkeit die Gesamtzahl pflegebedürftiger Menschen über dem Landesdurchschnitt liegen.

2.4 Häusliche und ambulante Pflege

2.4.1 Allgemeine Entwicklungen

Häusliche Pflege, die von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn ohne professionelle Hilfe erbracht wird, ist die häufigste Unterstützungsform für pflegebedürftige Menschen. Aktuell werden rund 43 Prozent aller Pflegebedürftigen im Schwarzwald-Baar-Kreis privat gepflegt und erhalten dafür Pflegegeld von der Pflegeversicherung. Allerdings werden die familiären Hilfe- und Unterstützungsnetze aufgrund der verschiedenen Ausprägungen des gesellschaftlichen Wandels (u.a. Singularisierungstendenzen mit sinkenden Eheschließungs- und steigenden Scheidungszahlen, Trend zu wachsenden Entfernungen zwischen Eltern- und Kinderhaushalten, Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl) voraussichtlich geringer werden bei einem gleichzeitig steigenden Bedarf an Pflege- und Unterstützungsleistungen bedingt durch die Alterung der Bevölkerung. Generell gilt als Leitmaxime der Seniorenpolitik, die selbständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, was auch dem Wunsch der meisten älteren Menschen entspricht. Der Ausbau außerfamiliärer informeller Hilfe- und Unterstützungssysteme (z.B. Nachbarschaftshilfe) gewinnt daher ebenso wie professionelle Pflege- und Unterstützungsleistungen an Bedeutung. In der häuslichen Pflege ist die Überforderung der Betreuungspersonen nicht selten, woraus u.a. unzureichende Versorgungssituationen resultieren können. Daher sind neben der Sensibilisierung für diese Problematik auch geeignete Unterstützungsangebote - wie beispielsweise die aufsuchende Beratung, Pflegekurse, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige etc. - unverzichtbar.

Die professionelle ambulante Pflege wird von Pflegediensten geleistet, die bei Vorliegen der gesetzlich festgelegten Voraussetzungen mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag schließen. Es muss sich u.a. um selbständig wirtschaftende Einrichtungen handeln, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung versorgen. Ambulante Dienste haben sich in vielen Fällen zu generellen Dienstleistern für ältere, kranke und pflegebedürftige Menschen entwickelt, die sehr umfangreiche und vielfältige Unterstützungsleistungen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich bieten, um ein möglichst langes Leben in der eigenen Häuslichkeit auch bei

⁸ Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Durchschnittsalter der Bevölkerung und regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung Basis 2008.

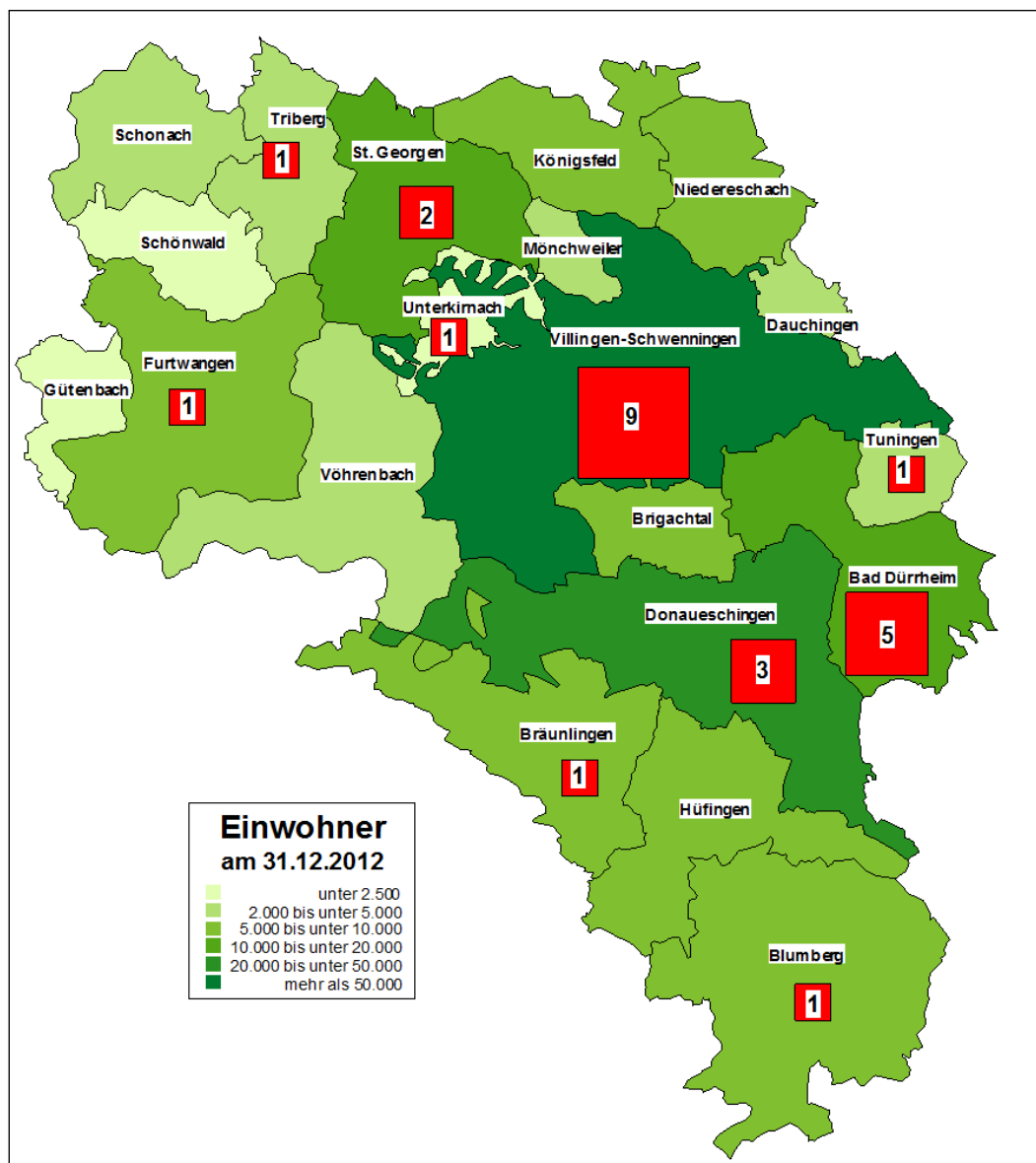
Hilfe- und Pflegebedarf zu ermöglichen. Neben der ambulanten Pflege und Krankenpflege werden hauswirtschaftliche Hilfen, Kurse für pflegende Angehörige, Gesprächsgruppen und Betreuungsgruppen für Demenzkranke angeboten. Grundsätzliche Aufgabe der ambulanten Dienste ist zudem die Beratung sowie Information zu Pflegefragen. In einigen Fällen gehören auch weitere Dienstleistungen wie 24-Stunden-Betreuung zu Hause, Hausnotruf, Sturzpräventionstraining u.a. zum Angebot. Träger von ambulanten Diensten sind Kirchen- oder weltliche Gemeinden (Diakonie- und Sozialstationen) sowie Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände und Privatpersonen. Die ambulante Pflege und Unterstützung hat gemäß des Pflegeversicherungsgesetzes Vorrang vor teil- und vollstationären Versorgungsformen.⁹ Sie wird häufig in Ergänzung zur familiären Pflege durch Angehörige geleistet (Kombination von Sachleistung und Pflegegeld der Pflegeversicherung).

2.4.2 Bestand an ambulanten Pflegediensten im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es insgesamt 25 ambulante Dienste, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach SGB XI abgeschlossen haben (Stand 31.12.2012). Die Standorte verteilen sich auf 10 der 20 Landkreiskommunen. Die Anbieterdichte in den Standortkommunen korreliert dabei nicht immer mit der Einwohnerzahl. Lediglich in Villingen-Schwenningen, der bevölkerungsreichsten Kommune, gibt es auch die meisten Anbieter. Alle Kreiskommunen liegen im Einzugsgebiet eines oder mehrerer Anbieter. Von den 25 ambulanten Diensten sind 11 freigemeinnützig und 14 privatwirtschaftlich organisiert. Sechs Dienste sind an ein Pflegeheim bzw. ein Wohnstift angebunden.

9 s. SGB XI, § 3.

Standorte der ambulanten Pflegedienste im Schwarzwald-Baar-Kreis zum 31.12.2012



Grafik: KVJS. Datenbasis: AOK-Pflegekasse 31.12.2012 (N= 25).

Von den 25 ambulanten Diensten haben sich 15, d.h. 60 Prozent, an der schriftlichen Erhebung des Landkreises und des KVJS im Rahmen der Seniorenplanung beteiligt. Aufgrund der Beteiligungsquote und der nicht immer vollständigen Beantwortung der Fragen liefern die Ergebnisse dieser Erhebung lediglich Annäherungswerte, die nur bedingt auf die Gesamtsituation schließen lassen. Unter den an der Erhebung beteiligten Anbietern gibt es 11 von kirchlichen Diakonie- und Sozialstationen oder von Wohlfahrtsverbänden getragene, 11 von privaten Anbietern betriebene und sechs an ein Pflegeheim angesiedelte ambulante Pflegedienste. Die befragten Einrichtungen bieten folgende pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen an:

- Grundpflege (z.B. Hilfe beim Waschen und Anziehen, Mobilitätstraining)
- Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)
- Hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Vor- und Zubereiten von Mahlzeiten, Versorgung des Haushaltes) sowie
- Beratung von Betroffenen und Angehörigen zu Angeboten und Hilfen.

Neben diesen Leistungen erbringen alle befragten Dienste noch weitere Unterstützungs- und Dienstleistungen:

Weitere Dienstleistungen	Anzahl der Dienste	Prozentsatz
Betreuung, stundenweise	14	93%
Nachbarschaftshilfe	11	73%
Hausnotruf	10	67%
Betreuung, 24h	8	53%
Essen auf Rädern	8	53%
Demenzbetreuungsgruppe	3	20%
Pflegeschulung	1	1%
Palliativversorgung	1	1%
Seniorenachmittage	1	1%
Fußpflege	1	1%

Datenbasis: Erhebung bei den ambulanten Diensten zum Stichtag 31.12.2012 (N=15). Tabelle: KVJS.

Vier der Dienstleister (27 Prozent) planen ihr Angebotsspektrum weiter auszubauen. Genannt wurden hier Betreuungsdienste, Mittagstisch, Tagespflege, ambulante Senioren-Wohngemeinschaft und Beratung nach § 45 SGB XI.

Die Einzugsgebiete der an der Erhebung beteiligten Dienste sind unterschiedlich groß, jedoch nicht im Detail festgelegt bzw. abgesprochen. Am häufigsten werden von den Dienstleistern zwei bis drei Landkreiskommunen versorgt, wobei die Bandbreite von einer bis hin zu 11 versorgten Kommunen reicht. Vier Dienste betreuen zudem auch Klienten aus anderen Landkreisen:

Einzugsgebiet	Anzahl der Dienste	Prozentsatz
in einer Kommune tätig	2	13%
in 2 Kommunen tätig	4	27%
in 3 Kommunen tätig	4	27%
in 4 bis 11 Kommunen tätig	5	33%
in anderen Landkreisen tätig	4	27%

Datenbasis: Erhebung bei den ambulanten Diensten zum Stichtag 31.12.2012 (N=15). Tabelle: KVJS.

Aus dem Ergebnis der Erhebung ergibt sich, dass insbesondere in folgenden Kommunen eine Vielzahl von Diensten tätig ist:

- 7 Dienste in Bad Dürkheim
- 6 Dienste in Villingen-Schwenningen
- 5 Dienste im Brigachtal
- 4 Dienste in Königsfeld sowie
- jeweils 3 Dienste in Dauchingen, Donaueschingen, Mönchweiler, Niedereschach, St. Georgen, Tübingen und Unterkirnach

Im Jahr 2012 betreuten die befragten Einrichtungen insgesamt 2.358 Klienten. Davon wurden 1.324 (56 Prozent) von freigemeinnützigen, 1.034 (44 Prozent) von Anbietern versorgt. Das Alter der Klienten gliederte sich folgendermaßen:

Alter der Klienten	Anzahl Klienten	Prozentsatz
< 65 Jahre	250	11%
65 bis < 75 Jahre	382	16%
75 bis < 85 Jahre	987	42%
> 85 Jahre	739	31%
Summe	2.358	100%

Datenbasis: Erhebung bei den ambulanten Diensten zum Stichtag 31.12.2012 (N=15). Tabelle: KVJS.

Mit 91 Prozent wurde die große Mehrheit der Klienten in der Privatwohnung versorgt, während 9 Prozent der Klienten in Betreuten Wohnanlagen lebten. Diese unterschiedlichen Quoten hängen u.a. damit zusammen, dass die häufigste Wohnform im Alter ab 65 Jahren die „normale“ Wohnung ist (93 Prozent).

Die Verteilung der Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:

Pflegestufe der Klienten	Anzahl Klienten	Prozentsatz
Pflegestufe beantragt	200	8%
Pflegestufe 0	122	5%
Pflegestufe 1	1105	47%
Pflegestufe 2	664	28%
Pflegestufe 3	266	11%
Härtefall	1	0,04%
Summe	2.358	100%

Datenbasis: Erhebung bei den ambulanten Diensten zum Stichtag 31.12.2012 (N=15). Tabelle: KVJS.

Das Fachgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern von sechs ambulanten Diensten aus Villingen-Schwenningen, Furtwangen und Triberg erbrachte ein ergänzendes - wenn auch subjektives - Meinungsbild zur ambulanten Pflege und Unterstützung im Landkreis. Die dabei geäußerten Wünsche können daher nicht als objektiver Bedarf interpretiert werden.

Die beteiligten Dienstleister berichteten von einer durchgängig starken Nachfrage, aber gleichzeitig auch von einer teilweise prekären Finanzlage bei den ambulanten Diensten aufgrund knapp bemessener Abrechnungssätze. Außerdem beklagten die befragten Anbieter einen hohen Verwaltungsaufwand und eine fehlende Flexibilität im Hinblick auf die Gestaltung der erforderlichen Dienstleistungen.

Die ambulanten Dienste offerieren in der Regel eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote (s.o.). Aus Sicht der am Fachgespräch beteiligten Fachleute bestehen aber dennoch Versorgungslücken. Handlungsbedarf für die Zukunft wurde vor allem im Bereich der Betreuung von Demenzkranken, bei der Alltagsbegleitung und 24-Stunden-Betreuung sowie in der Qualitätssicherung bei von Angehörigen oder sonstigen Personen privat erbrachter Pflege gesehen. Während es an Angeboten zur Alltagsbegleitung fehle, gäbe es zwar Angebote einer 24-Stunden-Betreuung, eine professionelle 24h-Betreuungskraft sei aber nur für die wenigsten Menschen finanzierbar. Problematisch ist dies insbesondere für alleinstehende ältere Menschen und solche, die (noch) keine Pflegestufe haben, aber hilfe-

bzw. betreuungsbedürftig sind. Die privat organisierte häusliche Betreuung durch ausländische Pflegekräfte wurde aus qualitativer Sicht kritisch beurteilt. Es gäbe insgesamt bei der privaten häuslichen Pflege Qualitätsprobleme, die aber durch Schulung bzw. Anleitung der Angehörigen bzw. ausländischen Pflegekräfte zu beherrschen seien. Als schwierig erweist sich für die befragten ambulanten Dienste die Gewinnung von Ehrenamtlichen, z.B. für Sitzwachen und Besuchsdienste. Gewünscht wird eine bessere und koordinierte Zusammenarbeit von Kommunen, Kirche und sozialen Einrichtungen, die Entwicklung von Quartierskonzepten (bisher ist nur eines in Villingen geplant) und die Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf die Folgen des demografischen Wandels durch die Kommunen bzw. den Landkreis. Auch die hausärztliche Versorgung - insbesondere die aufsuchende - müsse verbessert werden. Technische Hilfsmittel werden von den ambulanten Pflegediensten bisher nicht eingesetzt, eine Sozialstation berichtete aber von einer geplanten Kooperation im Bereich Ambient Assisted Living / Alltagsunterstützende Assistenz-Leistungen (AAL) mit der Hochschule Furtwangen.

Deutlich wurden in dem Fachgespräch auch einige Unterschiede zwischen der Situation der ambulanten Dienste im städtischen und im ländlichen Umfeld. Während die im städtischen Bereich angesiedelten Dienste über massive Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung klagten, scheint dies im ländlichen Raum weniger problematisch zu sein. Eine Gemeinsamkeit besteht hingegen darin, dass ambulante Dienste inzwischen viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigen, was z.T. zu Akzeptanzproblemen bei den Klienten führt (z.B. wegen Kriegserinnerungen, Verständigungsprobleme). Im städtischen Bereich gibt es eine Vielzahl an Anbietern, was zur Intransparenz des Gesamtangebotes führt und den dort ansässigen Diensten zusätzliche Lotsen- bzw. (trägerneutrale) Beratungsdienste wünschenswert erscheinen lässt. Auf dem Land hingegen hat häufig ein Anbieter quasi das Versorgungsmonopol für das Einzugsgebiet. Damit haben die Kunden im städtischen Umfeld in der Regel zwar eine höhere Wahlfreiheit, die Gesamt- bzw. Fallverantwortung ist aber häufig unklar. Im ländlichen Raum übernimmt der (alleinige) Anbieter häufig die gesamte Fallsteuerung und erfüllt dadurch eine zusätzliche Koordinierungsfunktion. Im ländlichen Raum erschweren die großen Einzugsgebiete und damit die weiten Wege bei unregelmäßiger Topografie die Tourenplanung und Versorgung (v.a. frühmorgens im Winter). Zusätzlich wird die ambulante pflegerische Versorgung auf dem Land durch Barrieren im Haus und im Wohnumfeld der Klienten behindert.

Einige Dienste sind in trägerbezogene oder auch regionale Vernetzungsstrukturen (z.B. kirchlich-ambulanter Pflegeverbund) eingebunden, für viele Dienste gilt dies jedoch nicht. Eine landkreisbezogene Abstimmung und Vernetzung wird als notwendig, aber in der bisherigen Form als nicht ausreichend empfunden. Zwar sind auf Landkreisebene ein „AK Pflege“ und ein „AK Demenz“ etabliert, Teilnehmer sind aber auch die stationären Pflegeeinrichtungen und bei Ersterem die Altenpflegeschule, so dass hier nicht spezifisch die Situation in der ambulanten pflegerischen Versorgung im Vordergrund steht, sondern aktuell beispielsweise der Fachkräftemangel im stationären Bereich.

2.4.3 Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der ambulanten Pflege

Gemäß der Landespflegestatistik 2011 gab es im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag der Erhebung 1.256 pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Pflegeversicherung, die von einem Pflegedienst ambulant versorgt wurden. Darunter waren 438 männliche und 818 weibliche Leistungsempfänger.

Um die Anzahl der Pflegebedürftigen, die voraussichtlich im Jahr 2020 bzw. 2025 durch einen Pflegedienst ambulant versorgt werden, voraus zu schätzen, hat der KVJS eigene Berechnungen vorgenommen (vgl. Kapitel 2.2 Methodik). Für den ambulanten Bereich wurde mit der beschriebenen Methode die im Folgenden aufgeführte Anzahl an ambulant Pflegebedürftigen in den Kreiskommunen für die Jahre 2020 und 2025 errechnet:

Pflegebedürftige mit ambulantem Pflegebedarf 2020 und 2025

	2020		2025		15.12.2011
Gemeinde	Status quo	Trend	Status quo	Trend	Bestand
Bad Dürkheim	107	102	109	103	
Blumberg	70	67	76	72	
Bräunlingen	37	35	40	38	
Dauchingen	25	24	27	26	
Donaueschingen	142	135	153	145	
Furtwangen, Stadt	64	60	67	63	
Gütenbach	9	9	10	9	
Hüfingen	46	43	49	46	
Königsfeld	45	43	46	44	
Mönchweiler	23	22	25	24	
Niedereschach	37	35	41	39	
St. Georgen	101	96	106	100	
Schönwald	19	18	20	19	
Schonach	32	31	35	33	
Triberg, Stadt	41	39	41	39	
Tuningen	17	16	19	18	
Unterkirnach	17	17	20	19	
Vöhrenbach	28	27	30	28	
Villingen-Schwenningen	599	568	632	600	
Brigachtal	33	31	37	35	
Landkreis gesamt	1.492	1.418	1.583	1.501	1.256

Datenbasis: 12. Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes, Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes. Berechnungen: KVJS.

Zum Stichtag der Pflegestatistik am 15.12.2011 gab es 1.256 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden (Daten werden vom Statistischen Landesamt nicht auf Gemeindeebene ausgewertet). Bei Annahme der Trend-Variante werden im Jahr 2025 voraussichtlich 1.501 pflegebedürftige Menschen Pflegeleistungen bei einem ambulanten Dienst nachfragen, bei Annahme der Status-quo-Variante werden es 1.583 Menschen sein. Dies entspricht einer Zunahme im Vergleich zum Stichtagsbestand der Pflegestatistik 2011 von 245 bzw. 327 pflegebedürftigen Personen (19,5 bzw. 26 Pro-

zent), die im Jahr 2025 voraussichtlich einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen werden.

2.4.4 Bewertung von Bestand und Bedarf in der ambulanten Pflege

Grundsätzlich steht im Schwarzwald-Baar-Kreis ein ausreichendes Angebot an ambulanten Dienstleistungen, die einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung unterstützen, bereit. Die Vielzahl der Anbieter und das breite und stetig weiter wachsende Angebotsspektrum gewährleisten, dass in der Regel Lösungen für die unterschiedlichen Anfragen, Wünsche und Bedürfnisse der älteren Menschen gefunden werden. Allerdings gestaltet sich bisweilen die Vermittlung zwischen Hilfebedarf und Hilfeangeboten schwierig. Häufig fehlt den hilfebedürftigen Menschen der Überblick über das Angebotsspektrum. Hilfreich zur Verbesserung des Informationsstandes der Bürgerinnen und Bürger kann im ersten Schritt ein Wegweiser für Senioren sein, der über alle wichtigen Angebote im Landkreis informiert und sowohl in unterschiedlichen Sprachen erhältlich als auch im Internet verfügbar ist. Gleiches gilt für regelmäßige Hinweise in Tageszeitungen und Anzeigenblättern. Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es den Regio-Wegweiser „Alterszeit“, der allgemeine Informationen, Adressen von Beratungs- und Pflegediensten sowie stationären Einrichtungen für Ratsuchende und Interessierte bietet. Der Wegweiser liegt aktuell in der 5. Ausgabe als Broschüre in deutscher Sprache vor. Ein Download der „Alterszeit“ im Internet ist bisher jedoch nicht verfügbar.

Beratung ist jedoch mehr als reine Informationsvermittlung. Im Beratungsprozess müssen der tatsächliche individuelle Unterstützungsbedarf geklärt, passende Hilfen ausgewählt und auch vermittelt werden. Die komplexe und zeitintensive Aufgabenstellung kann die beratende Stelle nur in Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren des Versorgungssystems leisten. Während Informations- und Beratungsdienstleistungen im Schwarzwald-Baar-Kreis insgesamt umfangreich angeboten werden, scheint die Vernetzung der einzelnen Anbieter sowie die Angebotssituation auf dem Land noch ausbaufähig zu sein.

Neben der Beratung durch die Dienstleister ist auch eine angebotsneutrale, trägerunabhängige Beratung und Hilfevermittlung notwendig. Dies gewährleistet seit April 2010 der Pflegestützpunkt des Schwarzwald-Baar-Kreises in Villingen-Schwenningen. Um einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten, bedarf es neben Information, Beratung sowie Unterstützungs- und Pflegeleistungen auch einer möglichst barrierearmen Wohnung sowie ggf. technischer Hilfsmittel oder alltagsunterstützender Assistenzleistungen. Seit dem 01.12.2011 ist im Landratsamt des Schwarzwald-Baar-Kreises die erste Beratungsstelle „Alter und Technik“ in Baden-Württemberg etabliert. Diese wird vom Sozialministerium Baden-Württemberg im Rahmen des Pilotprojektes „Bedarfsgerechte technikgestützte Pflege in Baden-Württemberg“ noch bis zum 30.11.2014 teilweise unterstützt. Die Beratungsstelle ist eine zentrale Anlaufstelle für Senioren, Pflegebedürftige, Angehörige und Interessierte, die sich umfassend, neutral und unentgeltlich über technische Unterstützungsmöglichkeiten für ein sicheres, komfortables, selbstbestimmtes Le-

ben im Alter in den eigenen vier Wänden informieren möchten. Sie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung des selbständigen Wohnens älterer Menschen. Nicht zuletzt trägt auch eine professionelle Fallsteuerung dazu bei, dass Betroffene und Angehörige die individuell passenden Unterstützungs- und Pflegeangebote finden, die den pflegebedürftigen Menschen ein möglichst langes Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Die prognostizierte Zunahme der Pflegebedürftigen und die gesellschaftlichen Entwicklungen im Zuge des demografischen Wandels werden zu einem steigenden Bedarf an ambulanten Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeangeboten führen. Dies wird voraussichtlich verstärkt durch die finanziellen Verbesserungen, die im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes seit 01.01.2013 greifen. Aus der Bedarfsvorausschätzung für die ambulante Pflege kann nicht abgeleitet werden, wie viele ambulante Dienste notwendig sind bzw. wie viel zusätzliches Personal im ambulanten Bereich benötigt wird. Der Mehrbedarf kann zukünftig auch nicht allein durch die Entstehung weiterer professioneller Pflegedienste aufgefangen werden. Vielmehr muss die häusliche und ambulante Versorgung kleinräumig in den Kommunen bzw. im Sozialraum mit Hilfe individueller Lösungen gestaltet werden. Ein solcher Prozess sollte vom Landkreis moderiert und begleitet werden, wozu entsprechende Stellenanteile zur Verfügung stehen sollten. Gleichzeitig sind mehr Vernetzung und Kooperation der Pflegedienste untereinander, anderen Anbietern von Hilfe- und Unterstützungsleistungen, den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie mit den Kommunen erforderlich. Auch hier kann der Landkreis - entsprechende Personalressourcen vorausgesetzt - vermittelnd, koordinierend und moderierend wirken.

Um die Möglichkeit zu erhalten, im Alter trotz zunehmenden Pflege- und Betreuungsbedarfs bei zurückgehenden familiären Unterstützungsstrukturen lange selbstbestimmt zu Wohnen, ist die Förderung von Potenzialen wie Eigenverantwortung und ehrenamtliches Engagement der Bürgerinnen und Bürger von großer Bedeutung. Dies legt u.a. auch der bereits spürbare Fachkräftemangel nahe. Zum Aufbau und zum Erhalt tragfähiger ehrenamtlicher Strukturen bedarf es einer professionellen Begleitung und Steuerung. Auch hier bietet sich an, diese wichtige Aufgabe im Landkreis und vor allem auch in den Kommunen anzusiedeln und dafür entsprechende Stellenanteile zur Verfügung zu stellen.

Eine Verbesserung der ambulanten Unterstützungssituation kann auch durch sog. Quartierskonzepte erreicht werden, bei denen die Hilfe- und Unterstützungspotentiale eines Wohnquartiers gefördert und gebündelt werden. Ein Beispiel liefert das sog. „Bielefelder Modell“, das seit Ende der 1980er Jahre besteht. Es zeichnet sich durch die quartiersbezogene Organisation von Unterstützung und Pflege aus. Ausgehend von einem „Wohncafé“ mit Servicestützpunkt erhalten sowohl ältere Menschen wie Menschen mit Behinderungen im Quartier vielfältige Dienstleistungen bis hin zur Pflege. Ziel ist es, die Versorgungssicherheit in der eigenen Wohnung zu gewährleisten und die Kontakte sowie die Selbsthilfe unter den Quartiersbewohnern zu fördern.

Das Konzept basiert auf einer engen Zusammenarbeit von Wohnungsgesellschaft und ambulantem Pflegedienst. Ab einer Mindestzahl von sechs pflegebedürftigen Bewohnern

ist eine ausreichende Personalkapazität für einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr gewährleistet. Für Bereitschaftsdienst und Präsenzkraft/Ansprechpartner im „Wohncafé“ entstehen den Quartiersbewohnern (anders als beim Betreuten Wohnen mit der Grundservice-Pauschale) keine Kosten.

Voraussetzung für das Funktionieren ist eine Ausweitung der tradierten Aufgabenstellung der Beteiligten. So wie das Wohnungsunternehmen soziale Dienstleistungen wie Mieterberatung u.ä. erbringt, Wohnungen anpasst und das „Wohncafé“ zur Verfügung stellt, findet auch beim ambulanten Pflegedienst eine erhebliche Aufgabenausweitung statt: der ambulante Dienst nimmt Aufgaben wahr, für die üblicherweise unterschiedliche spezialisierte Dienste und Einrichtungen zuständig sind, wie z.B. Verhinderungspflege, Pflege von Menschen mit Behinderungen, Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement, Initiierung von ehrenamtlichem Engagement usw. Bei der Auswahl der Mieter hat der Pflegedienst ein Vorschlagsrecht. Interessant ist dabei, dass die Mitarbeiter des Pflegedienstes, der als Verein organisiert ist, als Selbständige tätig sind. Der ambulante Pflegedienst übernimmt quasi die Rolle eines Quartiersmanagers mit örtlich begrenzter Versorgungsverantwortung.¹⁰ Die in einigen Regionen des Schwarzwald-Baar-Kreises alleinzuständigen ambulanten Dienste (z.B. Sozialstation Oberes Bregtal e.V.) scheinen eine vergleichbare Rolle zu spielen.

2.4.5 Handlungsempfehlungen häusliche und ambulante Pflege

Zu vermuten ist, dass, ein langes Leben in der eigenen Häuslichkeit für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf möglich ist und damit auch stationäre Pflegebedarfe zurückgehen, wenn der ambulante Sektor mit den entsprechenden formellen wie informellen Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten gut ausgebaut und vernetzt ist. Dies entspricht dem Wunsch der betroffenen Menschen und bietet Potenziale für eine Kostenreduzierung in der Sozialhilfe. Der Schwarzwald-Baar-Kreis sollte daher insbesondere die kleinräumige Weiterentwicklung der ambulanten Strukturen fördern. Vordringlich sollten folgende Handlungsempfehlungen Berücksichtigung finden:

10 Für vergleichbare Projekte stehen Fördermittel des KDA zur Verfügung.

- Aufbau einer eigenen Internetseite für den Pflegestützpunkt mit aktueller, leicht verständlicher und ggf. mehrsprachiger Darstellung der Altenhilfeangebote im Landkreis inkl. Downloadmöglichkeit für die Broschüre „Alterszeit“
- Überführung der Beratungsstelle „Alter und Technik“ in die Regelfinanzierung des Landkreises und Ausbau der Wohnberatung
- Ausbau der individuellen Fallsteuerung mit entsprechender Erhöhung der Stellenanteile im Landratsamt
- Kleinräumige, sozialraumorientierte Analyse der häuslichen und ambulanten Versorgung im Landkreis, der formellen wie informellen Strukturen, Kooperationen und Vernetzungsaktivitäten vor Ort sowie Weiterentwicklung der Strukturen unter der Federführung des Landratsamtes; hierzu müssen personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (ca. 80 Prozent-Stelle)
- Weiterentwicklung des ehrenamtlichen Engagements im Landkreis durch professionelle Begleitung und Steuerung durch das Landratsamt; hierzu müssen personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden
- Mittelfristig Aufbau und Steuerung von Quartierskonzepten; begonnen werden sollte mit der Sichtung von best-practice-Beispielen wie z.B. dem „Bielefelder Modell“, um dann erste Projekte an ausgewählten Standorten zu starten

2.5 Tagespflege

2.5.1 Allgemeine Entwicklungen

Tagespflege ist ein Angebot für ältere Menschen, die zu Hause leben, aber tagsüber in dafür geeigneten Räumlichkeiten Betreuung und Pflege erhalten. Sie zielt darauf ab, Selbständigkeit zu erhalten, Tagesstruktur zu bieten und pflegende Angehörige zu entlasten. Sie ist damit ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für pflegebedürftige Menschen und kann deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wirksam unterstützen. Als teilstationäres Angebot ermöglicht die Tagespflege in vielen Fällen einen längeren Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit. Sie wird manchmal in eigenständigen Einrichtungen, meist jedoch in einem Pflegeheim angeboten. Dort sind neben Tagespflegeabteilungen bzw. -einrichtungen mit eigenem Raumprogramm, eigenem Mitarbeiterteam und eigenem Versorgungsvertrag auch sog. integrierte Tagespflegeplätze zu finden. Diese werden in Pflegeheimen bisher als Einzelplätze mit reduziertem Raumprogramm angeboten. Die Tagespflegegäste nehmen dann am normalen Tagesprogramm der Pflegeeinrichtung teil. Eine spezialisierte intensive Betreuung und Versorgung, wie sie Menschen mit schwerer Demenz benötigen, ist bei dieser Tagespflegeform häufig nur bedingt möglich. Die tatsächliche Nutzbarkeit der vereinbarten integrierten Tagespflegeplätze hängt zudem mehr oder weniger stark von der Belegungs- und Personalsituation des jeweiligen Pflegeheims ab.

Der Leistungsumfang der Tagespflege sowie die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung sowie die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in einer Rahmenvereinbarung¹¹ festgelegt. Danach ist die Pflege und Versorgung an mindestens 5 Tagen in der Woche für jeweils mindestens 6 Stunden zu gewährleisten. Die Öffnungszeiten in der Tagespflege sind in der Regel werktags zwischen 8 und 17 Uhr. In einzelnen Einrichtungen werden auch weitergehende Öffnungszeiten z.B. am Abend oder am Wochenende angeboten. Um in die Tagespflege zu gelangen, nutzen die Besucher meist einen Fahrdienst des Trägers, dessen Kosten im Tagessatz der Einrichtung bereits enthalten sind. Der Einzugsbereich einer Tagespflege sollte sich, um lange Anfahrtswege zu vermeiden, im Wesentlichen auf die nähere Umgebung konzentrieren. Die Fahrzeit für die einfache Strecke sollte möglichst für keinen Tagespflegegast länger als 30 Minuten dauern.

Ab Januar 2014 wird die Vernetzung stationärer Angebote mit der teilstationären Pflege durch eine neue Rahmenvereinbarung¹² unterstützt. Ziel ist die Verbesserung der wohnortnahen Versorgungsstruktur durch Ausbau und Weiterentwicklung der notwendigen Angebote. Unter anderem ist darin für integrierte Tagespflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen, dass ein eigenständiges Pflege- und Betreuungskonzept und ei-

11 Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 14.10.1997, zuletzt geändert am 14.02.2012.

12 Rahmenvereinbarung zur Förderung und Vernetzung von teilstationären und stationären Versorgungsangeboten der Altenhilfe in Baden-Württemberg vom 03.07.2013. Inkrafttreten am 01.01.2014.

gene Ruhemöglichkeiten sowie Gemeinschaftsräume für die Tagespflegegäste zur Verfügung stehen müssen. Außerdem muss die personelle und sächliche Ausstattung den einzelnen Leistungsangeboten zugeordnet werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden von vielen Nutzern nur tageweise besucht, so dass erhebliche Schwankungen in der wöchentlichen Auslastung auftreten können. Aber auch das Ausmaß der Gesamtauslastung unterscheidet sich zwischen den Tagespflegeangeboten sehr stark. Konkrete Gründe für eine gute oder weniger gute Auslastung sind im Einzelnen schwer festzustellen. Neben den Kosten scheinen die fachlich-konzeptionelle Qualität, der Standort der Einrichtung und der Grad der örtlichen Vernetzung und Verankerung eine nicht unwesentliche Rolle für die Akzeptanz des Angebots zu spielen. So sind beispielsweise Tagespflegeangebote mit sehr flexiblen Öffnungszeiten und Einrichtungen, die den Anforderungen demenziell erkrankter Menschen in besonderer Weise entsprechen, in der Regel besser ausgelastet. Auch eine gute Erreichbarkeit mit kurzen Anfahrtszeiten von maximal 30 Minuten spielt offenbar eine Rolle.

Um die Gebühren für die Nutzer möglichst gering zu halten und die wirtschaftlichen Risiken für die Anbieter zu reduzieren, wurden bauliche Investitionen in Tagespflegeeinrichtungen im Rahmen der öffentlichen Investitionskostenförderung nach Landespflegegesetz bis zum Jahr 2010 mit einer deutlich erhöhten Quote (90 Prozent der Kosten) gefördert. Spürbare finanzielle Verbesserungen für die Nutzer von Tagespflegeangeboten ergaben sich aber erst im Zusammenhang mit der Reform der Pflegeversicherung von 2008, durch die sich die Kostenerstattungen der Pflegekassen deutlich erhöht haben und eine kombinierte Nutzung von Tagespflege und anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege erleichtert wurde.¹³ Als Folge davon können inzwischen deutlich bessere Auslastungsquoten sowie eine Zunahme an neuen Tagespflegeeinrichtungen bzw. entsprechenden Planungen festgestellt werden.

Im Einzelfall können Investitionen für Tagespflegeeinrichtungen insbesondere im ländlichen Umfeld auch derzeit noch gefördert werden, wenn sie die Anforderungen des Sonderförderprogramms des Landes zur „Verbesserung der Struktur- und Betreuungsqualität im Pflegebereich“ erfüllen.

2.5.2 Bestand an Tagespflegeeinrichtungen und Tagespflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es in 15 Tagespflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI insgesamt 157 Tagespflegeplätze. Davon werden 44 Plätze in drei solitären Tagespflegeeinrichtungen, die übrigen 113 Plätze angebunden an eine von 12 stationären Pflegeeinrichtungen betrieben (Stand 31.12.2012). Tagespflege wird in 7 Landkreiskommunen angeboten. Die Platzzahl pro 1.000 Einwohner schwankt in den Standortkommunen zwischen 0,40 und 2,57. Auf den gesamten Landkreis bezogen lag der Wert bei 0,77 Plätzen pro 1.000 Einwohner. Gemäß der Fortschreibung des Landespfle-

13 s. Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008.

geplans Teil III - stationäre Pflege beträgt der Bedarfseckwert für das Jahr 2015 in der unteren Variante 80 und in der oberen Variante 100 Tagespflegeplätze. Dies entspricht einer Platzzahl pro 1.000 Einwohner von 0,38 bzw. 0,48.

In Villingen-Schwenningen, der bevölkerungsreichsten Kommune, gibt es die meisten Tagespflegeplätze, hingegen verfügt z.B. Bad Dürkheim, die viertgrößte Landkreiskommune, über kein Angebot. Fast alle Kreiskommunen ohne eigenes Tagespflegeangebot liegen jedoch in Nachbarschaft zu einer Gemeinde mit einem entsprechenden Angebot. Lediglich für Schonach trifft dies nicht zu. In Niedereschach und Dauchingen gibt es zwar bisher kein Tagespflegeangebot, es wird jedoch eine stundenweise Betreuung für Pflegebedürftige angeboten.

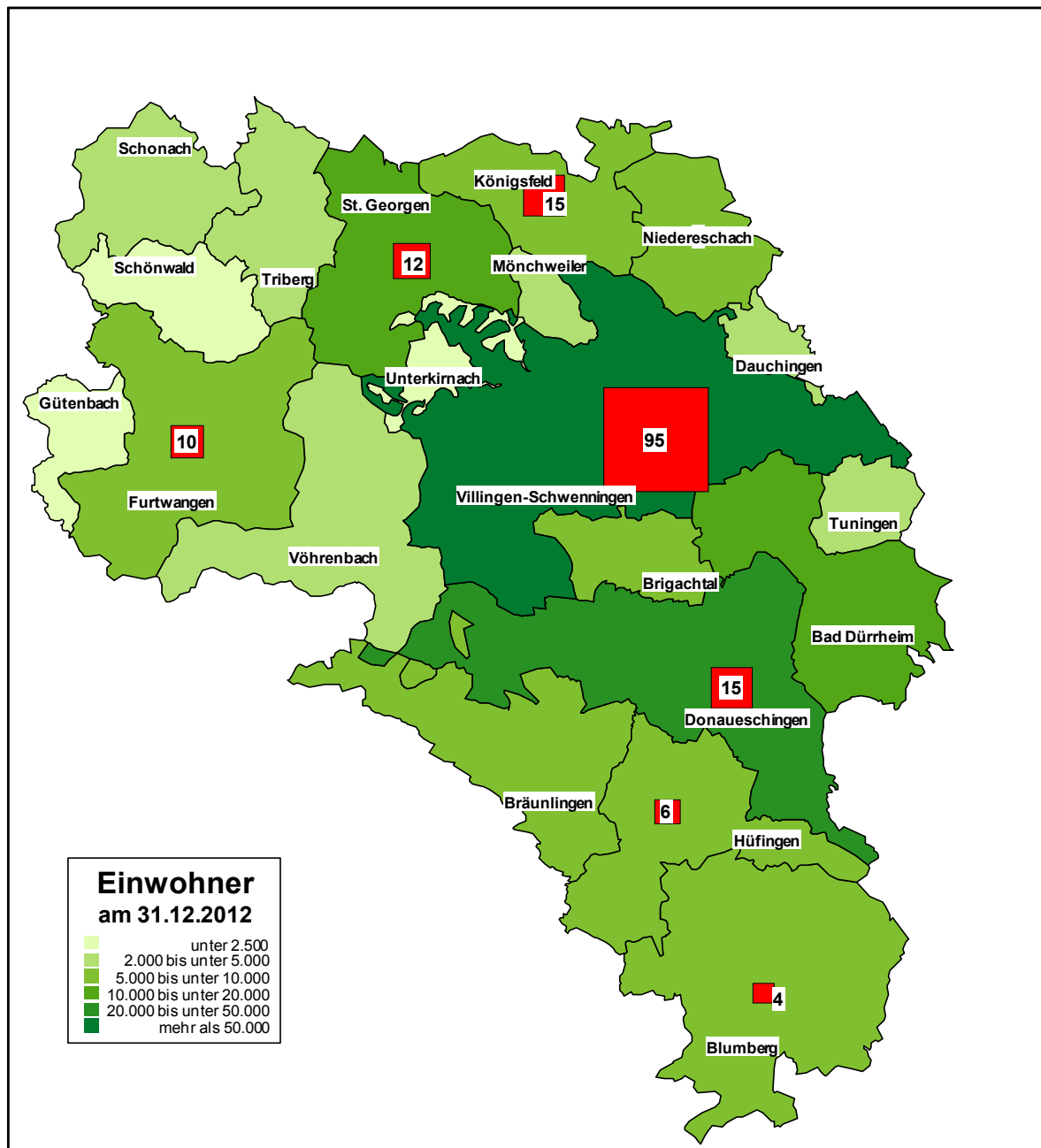
Tagespflegeangebote und Bevölkerungszahlen in den Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis zum 31.12.2012

Gemeinde	Einwohner	Tagespflegeplätze	pro 1.000 Einwohner
Bad Dürkheim	12.449	0	0
Blumberg	9.961	4	0,40
Bräunlingen	5.774	0	0
Brigachtal	5.037	0	0
Dauchingen	3.637	0	0
Donaueschingen	21.088	15	0,71
Furtwangen	9.240	10	1,08
Gütenbach	1.180	0	0
Hüfingen	7.544	6	0,80
Königsfeld	5.832	15	2,57
Mönchweiler	2.982	0	0
Niedereschach	5.823	0	0
Schonach	3.987	0	0
Schönwald	2.291	0	0
Sankt Georgen	12.857	12	0,93
Triberg	4.778	0	0
Tuningen	2.890	0	0
Unterkirnach	2.459	0	0
Villingen-Schwenningen	80.923	95	1,17
Vöhrenbach	3.853	0	0
gesamt	204.585	157	0,77

Datenbasis: AOK-Pflegekasse 31.12.2012 (N= 157). Berechnungen: KVJS.

Die unterschiedliche regionale Verteilung der Tagespflegeplätze im Schwarzwald-Baar-Kreis wird anhand der folgenden Karte deutlich:

Tagespflegeplätze in den Gemeinden des Schwarzwald-Baar-Kreises am 31.12.2012



Karte: KVJS. Datenbasis: AOK-Pflegekasse 31.12.2012 (N= 157).

Aus der Erhebung des Landratsamtes und des KVJS bei den Tagespflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis, bei der sich 8 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 85 Plätzen beteiligt haben, ergibt sich, dass im Jahr 2012 zwei Drittel der Tagespflegebesucher aus der jeweiligen Standortkommune (67 Prozent) und 23 Prozent aus den direkt benachbarten Gemeinden kamen. Die übrigen 10 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer kamen aus weiter entfernten Landkreiskommunen bzw. aus anderen Landkreisen. Allerdings gab es auch sieben Kommunen, aus denen keine Tagespflegebesucher kamen: Bad Dürkheim, Blumberg, Gütenbach, Niereschach, Schönwald, Schonach und Vöhrenbach. Diese Kommunen verfügen mit Ausnahme von Blumberg über kein eigenes Ta-

gespflegeangebot. Möglicherweise spielen neben dem fehlenden Angebot am Ort weite bzw. zeitintensive Anfahrtswege oder ein unzureichendes Fahrdienstangebot der Einrichtungen eine Rolle. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass ambulante Dienste und Sozialstationen zu wenig in Richtung Tagespflege beraten und eher empfehlen, den jeweiligen Bedarf über die bekannten Angebote, den ambulanten Dienst, stationäre Angebote, andere Betreuungsangebote vor Ort oder über die Nachbarschaftshilfe abzudecken.

Im Jahr 2012 haben insgesamt 145 Personen ein Tagespflegeangebot in den an der Erhebung beteiligten Einrichtungen in Anspruch genommen. Für diese Personen wurden insgesamt 11.135 Belegungstage abgerechnet, das entspricht im Durchschnitt 77 Belegungstagen pro Jahr und Nutzer. Im Hinblick auf die Altersstruktur dieser Tagespflegebesucher zeigt sich, dass ein großer Teil (43 Prozent) zwischen 75 und 85 Jahre alt, aber auch ein erheblicher Teil (33 Prozent) bereits älter als 85 Jahre war. Bei den Pflegestufen sind mehrheitlich die Stufen 1 (37 Prozent) und 2 (43 Prozent) vertreten, während die Stufe 0 nur bei 12 Prozent und die Stufe 3 bei 6 Prozent gegeben war. Alle Besucher der Tagespflege wohnten privat.

2.5.3 Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Tagespflege

Gemäß der Landespflegestatistik 2011 gab es im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag der Erhebung, dem 15.12.2011, 100 pflegebedürftige Personen, die Leistungen in einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch genommen haben.

Um die Anzahl der Pflegebedürftigen, die voraussichtlich im Jahr 2020 bzw. 2025 ein Tagespflegeangebot in Anspruch nehmen, voraus zu schätzen, hat der KVJS eigene Berechnungen vorgenommen (vgl. Kapitel 2.2 Methodik). Für den Tagespflegebereich ist nach diesen Berechnungen bis zum Jahr 2025 voraussichtlich von der im Folgenden aufgeführten Anzahl an Tagespflegebesuchern in den einzelnen Kreiskommunen auszugehen. Zum Vergleich werden die Bedarfszahlen aus der Bedarfsvorausschätzung des Landkreis- und Städtetags für 2020 (bezeichnet mit LKT/StT) abgebildet.

Bedarfszahlen Tagespflege 2020 und 2025 und Gegenüberstellung der Bedarfseckwerte

	2020				2025		2012
Gemeinde	Status quo	Trend	LKT/StT UV	LKT/StT OV	Status quo	Trend	Bestand Plätze
Bad Dürkheim	9	7	8	10	9	7	0
Blumberg	6	4	6	8	6	5	4
Bräunlingen	3	2	3	4	3	2	0
Dauchingen	2	2	2	3	2	2	0
Donaueschingen	11	9	11	15	12	9	15
Furtwangen	5	4	5	6	5	4	10
Gütenbach	1	1	1	1	1	1	0
Hüfingen	4	3	4	4	4	3	6
Königsfeld	4	3	4	4	4	3	15
Mönchweiler	2	1	2	2	2	2	0
Niedereschach	3	2	3	4	3	3	0
St. Georgen	8	6	7	9	8	7	12
Schönwald	1	1	2	2	2	1	0
Schonach	3	2	3	4	3	2	0
Triberg	3	3	3	4	3	3	0
Tuningen	1	1	1	2	1	1	0
Unterkirnach	1	1	2	2	2	1	0
Vöhrenbach	2	2	2	3	2	2	0
Villingen-Schwenningen	48	37	38	49	51	39	95
Brigachtal	3	2	3	3	3	2	0
Landkreis gesamt	120	93	110	139	126	99	157

Datenbasis: 12. Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes, Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes, Berechnungen Dr. Messmer im Auftrag von Landkreis- und Städtetag, Bestandsliste Tagespflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis der AOK-Pflegekasse Stand 31.12.2012. Berechnungen: KVJS.

Bei Annahme der Trend-Variante (durchschnittliche Verteilung der Pflegequoten über die Jahre 2001-2011) liegt der kreisweite Bedarf bis 2025 bei 99, bei Annahme der Status-quo-Variante (Fortschreibung der Pflegequoten von 2011) bei 126 Tagespflegeplätzen. Am 31.12.2012 gab es im Schwarzwald-Baar-Kreis bereits 157 Tagespflegeplätze. Im Landkreis sind damit aktuell bereits zum Stichtag deutlich mehr Tagespflegeplätze vorhanden als für 2025 in beiden Bedarfsvarianten berechnet.

Vergleicht man die Ergebnisse der KVJS-Berechnung für das Jahr 2020 mit der Fortschreibung der Bedarfseckwerte bis 2020 von Dr. Peter Messmer, die im Auftrag von Städtetag und Landkreistag Baden-Württemberg erfolgte und im März 2013 veröffentlicht wurde¹⁴, zeigen sich bei beiden Varianten Abweichungen. Die vom KVJS für 2020 errechneten Gesamtbedarfszahlen liegen jeweils unter den Angaben von Dr. Messmer. Dies

¹⁴ Quelle: Rundschreiben des Städtetags Baden-Württemberg R 21958/2013 vom 11.03.2013 und R 22073/2013 vom 27.03.2013; die Bedarfsvorausschätzung wurde vorgestellt auf der Sondersitzung der Altenhilfefachberater/Innen am 19.03.2013 in Böblingen.

lässt sich zum einen durch die unterschiedliche Datenbasis¹⁵, zum anderen durch unterschiedliche Annahmen im Rahmen der jeweiligen Variante erklären.¹⁶ Dr. Messmer geht von der oberen Variante als der wahrscheinlichsten Variante aus. Auch nach Einschätzung des KVJS ist die (höhere) Status-quo-Variante für den Schwarzwald-Baar-Kreis die wahrscheinlichere Variante, da die kreisbezogene Pflegequote insbesondere im vollstationären Bereich im Durchschnitt der vergangenen Jahre (2005-2009) höher war, als im Jahr 2011. Durch die Fortschreibung der Entwicklungstrends der vergangenen Jahre im Rahmen der Trend-Variante wird der tatsächliche Bedarf im stationären Bereich wahrscheinlich überschätzt, im teilstationären Bereich hingegen unterschätzt. Für die künftige Entwicklung muss außerdem davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Pflegeversicherungsgesetzänderungen von 2008 mit einer zusätzlichen Steigerung der Inanspruchnahme der Tagespflege zu rechnen ist.

2.5.4 Bewertung von Bestand und Bedarf in der Tagespflege

Grundsätzlich steht im Schwarzwald-Baar-Kreis aus rein quantitativer Sicht aktuell ein mehr als ausreichendes Angebot an Tagespflegeplätzen zur Verfügung. Am 31.12.2012 gab es 157 Tagespflegeplätze und damit bereits zum Stichtag deutlich mehr Plätze, als die Bedarfseckwerte des Landespflegeplans für das Jahr 2015 in beiden Bedarfsvarianten angeben (Bedarfskorridor 80 bis 100 Plätze).¹⁷ Gleichzeitig sind aber dennoch regionale Versorgungsdefizite feststellbar. In 13 Landkreiskommunen gibt es kein Tagespflegeangebot und aus diesen Kommunen nutzten im Jahr 2012 auch nur sehr wenige Menschen mit Pflegebedarf ein entsprechendes Angebot. Hier ist zwar nicht bekannt, warum diese Menschen die Tagespflegeangebote in den Nachbargemeinden nicht in Anspruch nehmen. Mögliche Erklärungen können aber wie bereits erwähnt die langen bzw. zeitintensiven Anfahrtswege, ein nur unzureichend ausgebauter Fahrdienst der Tagespflegeeinrichtungen oder auch das Vorhandensein anderer, niedrighschwelliger Angebote vor Ort (wie z.B. in Niedereschach und Dauchingen) sein. Im Rahmen einer kleinräumigen Analyse der konkreten Situation in den Kommunen (beispielsweise durch Umfragen), wie sie bereits für den ambulanten Sektor vorgeschlagen wurde, sollte diesen Fragen auf den Grund gegangen werden.

Für eine vertiefende Bestandsbewertung und Bedarfseinschätzung wäre zusätzlich eine qualitative einrichtungs- und sozialraumbezogene Analyse erforderlich. Letztlich sind nur

15 Messmer: Bevölkerungsstand zum 31.12.2008, Pflegerisiko aus Pflegestatistik 2009, landesweite Pflegequoten; KVJS: Bevölkerungsstand zum 31.12.2011, Pflegerisiko aus Pflegestatistik 2011, kreisspezifische Pflegequoten.

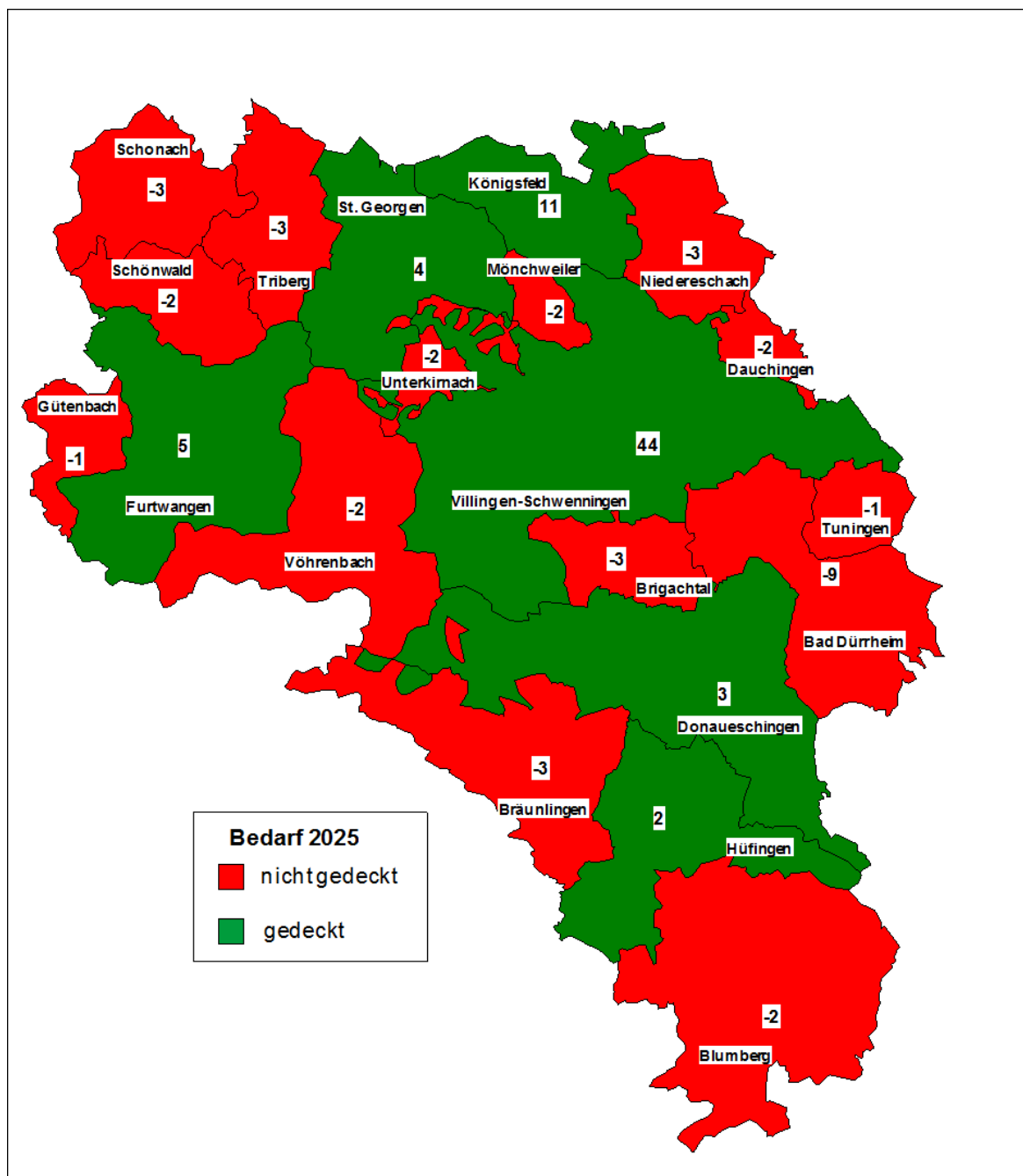
16 Messmer: Hochrechnungsergebnisse werden aufgrund siedlungsspezifischer Rahmenbedingungen gewichtet. Außerdem bei der oberen Variante: Annahme einer über den demografisch bedingten Anstieg hinausgehenden Zunahme der Nachfrage nach stationären Pflegeangeboten aufgrund rückläufiger familiärer Pflegepotenziale, bei der unteren Variante: Annahme einer rückläufigen Nachfragequote bei stationären Angeboten.

17 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III - Stationäre Pflege, verabschiedet im Landespflegeausschuss am 16.05.2007.

umfassend qualifizierte Tagespflegeplätze, die sowohl von der baulichen Gestaltung als auch von der Kompetenz des Personals und der Qualität der Konzeption her die Betreuung und Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen leisten können, faktisch zur Deckung des künftigen Tagespflegebedarfs geeignet. Wesentlich erscheint auch, dass die wirtschaftliche Existenz der Tagespflegeeinrichtungen gesichert ist. Dies ist in der Regel bei einer ausreichend großen Platzzahl je Einrichtung (mindestens 10 bis 12 Plätze) oder einer organisatorischen Anbindung an ein Pflegeheim, eine Betreute Seniorenwohnanlage oder einen ambulanten Pflegedienst gegeben. Außerdem sind bei der Bewertung des Bestands auch andere (niedrigschwellige) Betreuungsangebote im Sozialraum zu berücksichtigen, die entweder ergänzend (z.B. an einzelnen Tagen in der Woche) oder z.T. auch ersetzend genutzt werden. Zur Eruierung dieser Punkte bedarf es ebenfalls der Analyse der Strukturen in den Kommunen bzw. im Sozialraum, für die personelle Ressourcen im Landratsamt zur Verfügung gestellt werden sollten. Zudem ist zu beobachten, ob sich die Bereitschaft Tagespflege zu nutzen in der Bürgerschaft in Zukunft erhöht oder durch zusätzliche Dienstleistungssegmente erweitert wird (bspw. Nachtpflege, Wochenendangebot etc.).

Die bereits vorhandenen Tagespflegeplätze reichen momentan zwar zahlenmäßig aus, es sollte aber eine gleichmäßigere Verteilung angestrebt werden. Im Jahr 2025 wird unter Annahme des Fortbestands der heutigen Tagespflegeeinrichtungen voraussichtlich in sechs Kommunen der Bedarf an Tagespflegeplätzen gedeckt sein, wobei vor allem in Villingen-Schwenningen eine deutliche Überversorgung (+44 Plätze) vorliegen wird (vgl. Karte: grün eingefärbte Kommunen). In 14 Kommunen wird es entweder keine oder zu wenige Tagespflegeplätze geben (vgl. Karte: rot eingefärbte Kommunen). Damit mehr Senioren Tagespflegeangebote in der Nähe ihrer Wohnorte nutzen können, bedarf es der Schaffung neuer Angebote in den bisher unterversorgten Kommunen. Dort sollten Tagespflegeangebote nach Möglichkeit in dem Umfang entstehen, der tatsächlich dem örtlichen Bedarf entspricht. Grundlage für entsprechende Planungen könnte zum einen eine vertiefte Untersuchung von Nutzungsverhalten, Nutzungswünschen, Herkunft der Nutzer und Auslastungsquoten der bestehenden Einrichtungen sein. Zum anderen liegt es nahe, alternative Angebote und Strukturen der (Tages-)Betreuung und Pflege darauf hin zu prüfen, ob sie so weiterentwickelt werden können, dass ein zusätzliches Tagespflegeangebot nicht benötigt wird. Für die Landkreiskommunen ohne Tagespflegeangebot könnten so in Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten vor Ort durch Vernetzung innovative Lösungen gefunden werden. Ein solcher Prozess sollte vom Landkreis mit entsprechender Personalkapazität initiiert, moderiert und begleitet werden. Häufig werden bspw. als Bedarf auch die (stundenweise) Nachtpflege oder Tagespflege am Wochenende beobachtet.

Voraussichtliches Überangebot und regionale Versorgungslücken an Tagespflegeplätzen in den Gemeinden des Schwarzwald-Baar-Kreises im Jahr 2025



Karte: KVJS. Datenbasis: AOK-Pflegekasse 31.12.2012, eigene Berechnungen.

2.5.5 Handlungsempfehlungen Tagespflege

Tagespflege als Unterstützungsangebot für Menschen mit Pflegebedarf wie auch als Entlastungsangebot für pflegende Angehörige sollte weiter gestärkt und ausgebaut werden. Ein ausreichendes, entsprechend qualifiziertes und wohnortnah angesiedeltes Tagespflegeangebot leistet einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen. Deshalb sollte der bedarfsgerechten Bereitstellung von Tagespflegeplätzen und einer möglichst guten Auslastung große Aufmerksamkeit gewidmet werden. Trotz der im Hinblick auf den Gesamtkreis bereits gegebenen rein quantitativen Bedarfsdeckung werden im Interesse der qualitativen Weiterentwicklung und einer gleichmäßigen Angebotsverteilung im Landkreis folgende Maßnahmen empfohlen:

- Untersuchung von Nutzungsverhalten, Nutzungswünschen, Herkunft der Nutzer und Auslastungsquoten der bestehenden Einrichtungen
- Qualitative Analyse bei den bestehenden Einrichtungen, insbesondere bezüglich der Konzeption zur Betreuung von Demenzkranken
- Gemeindebezogene Analyse der Bedarfe, Strukturen und Angebote zur (Tages-) Betreuung und Pflege in den Kommunen ohne eigenes Tagespflegeangebot
- Initiierung von Kooperationen und Vernetzungsaktivitäten vor Ort sowie mit Tagespflegen in Nachbarkommunen unter der Federführung des Landratsamtes

2.6 Kurzzeitpflege

2.6.1 Allgemeine Entwicklungen

Kurzzeitpflege wird im SGB XI als vollstationäres Pflegeangebot definiert. Pflegebedürftige, die im privaten Haushalt wohnen, nehmen für eine befristete Zeit, beispielsweise wenn pflegende Angehörige in Urlaub oder krank sind, das Angebot der stationären Pflege in Anspruch. Kurzzeitpflege wird außerdem als sog. Übergangspflege angeboten, wenn nach einem Aufenthalt im Krankenhaus, in der Rehabilitation oder nach ambulanten Operationen das Wohnen im eigenen Haushalt noch nicht möglich ist. Der Leistungsumfang der Kurzzeitpflege sowie die Vorgaben für die räumliche und personelle Ausstattung und die Qualitätsprüfung sind auf Landesebene in einer Rahmenvereinbarung¹⁸ festgelegt.

Aus wirtschaftlichen Gründen werden Kurzzeitpflegeplätze meist in flexibler Form als sog. „integrierte“ oder „eingestreute“ Plätze vorgehalten. Die Einrichtungen schließen eine Vereinbarung mit der Pflegekasse ab, nach der sie solche Plätze flexibel, d.h. entweder mit Kurzzeitpflege- oder mit Dauerpflegenutzern belegen dürfen. Bei entsprechender

¹⁸ Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 08.04.1997.

Nachfrage wird einer Belegung im Rahmen der Dauerpflege üblicherweise der Vorzug gegeben. Das bedeutet in der Praxis, dass diese Plätze nur dann für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, wenn sie nicht gerade durch Dauerpflege belegt sind. Es handelt sich somit um fakultative Kurzzeitpflegeplätze, die nicht verlässlich zu jeder Zeit zur Verfügung stehen, aber dennoch, wenn auch in schwankenden Größenordnungen, grundsätzlich für Kurzzeitpflege genutzt werden können. Andererseits belegen Einrichtungen auch leerstehende Dauerpflegeplätze zeitweise mit Kurzzeitpflegegästen und weiten damit das vorhandene Kurzzeitpflege-Angebot aus. Es gibt auch sog. „solitäre“ Kurzzeitplätze, die verlässlich während des ganzen Jahres ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Solche Platzkontingente mit eigenem Versorgungsvertrag und eigenem Pflegesatz werden jedoch immer seltener angeboten.

Die Auslastung und damit auch die Wirtschaftlichkeit von Kurzzeitpflege unterliegen starken saisonalen Schwankungen (Nachfragespitzen vor allem in Urlaubszeiten). Gleichzeitig scheint auch die Qualität der Konzeption, die örtliche Verankerung der Einrichtung und die Ausgestaltung des Belegungsmanagements von ausschlaggebender Bedeutung für die Auslastung zu sein. So berichten Einrichtungen mit intensiven Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern oder zu ambulanten Diensten von einer besseren und gleichmäßigeren Auslastung. Teil dieser häufig als „organisierte Durchlässigkeit“ bezeichneten Konzeption sollte ein Rundum-Management in der Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt oder der Rehabilitation sein.

Kurzzeitpflege wirkt in vielen Fällen als „Türöffner“ in die Dauerpflege, da man die Pflegeeinrichtung auf diesem Weg sozusagen unverbindlich testen kann. In vielen Fällen kommt es zu einem direkten Übergang von der Kurzzeit- in die Dauerpflege, sodass es schon aus Marketinggründen für Pflegeeinrichtungen naheliegt, stets auch einige Kurzzeitplätze vorzuhalten. Wenn aber der eigentliche Sinn von Kurzzeitpflege, nämlich Überbrückung und Vorbereitung für die Rückkehr in die Privatwohnung erreicht werden soll, bedarf es intensiver Beratung, Fallsteuerung und Vorbereitung der ambulanten Versorgungsarrangements bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. vor der Aufnahme in die Kurzzeitpflege.

Für die Nachfrage nach Kurzzeitpflege sind die Kosten, die wie bei der Tagespflege zusätzlich zu den sonstigen Lebenshaltungskosten anfallen, ein weiterer bestimmender Faktor. Spürbare finanzielle Verbesserungen für Nutzer von Kurzzeitpflegeangeboten ergaben sich im Zusammenhang mit der Reform der Pflegeversicherung von 2008, durch die die Kostenerstattungen der Pflegekassen deutlich erhöht wurden.¹⁹

19 s. Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.08.2008.

2.6.2 Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es insgesamt 112 Kurzzeitpflegeplätze in 27 von 28 Pflegeheimen (Stand 31.12.2012). Dabei handelt es sich ausschließlich um integrierte Plätze. Verbindlich ganzjährig für Kurzzeitpflege reservierte Plätze gibt es im Landkreis nicht.

Kurzzeitpflegeplätze in integrierter Form und Bevölkerungszahlen in den Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis zum 31.12.2012

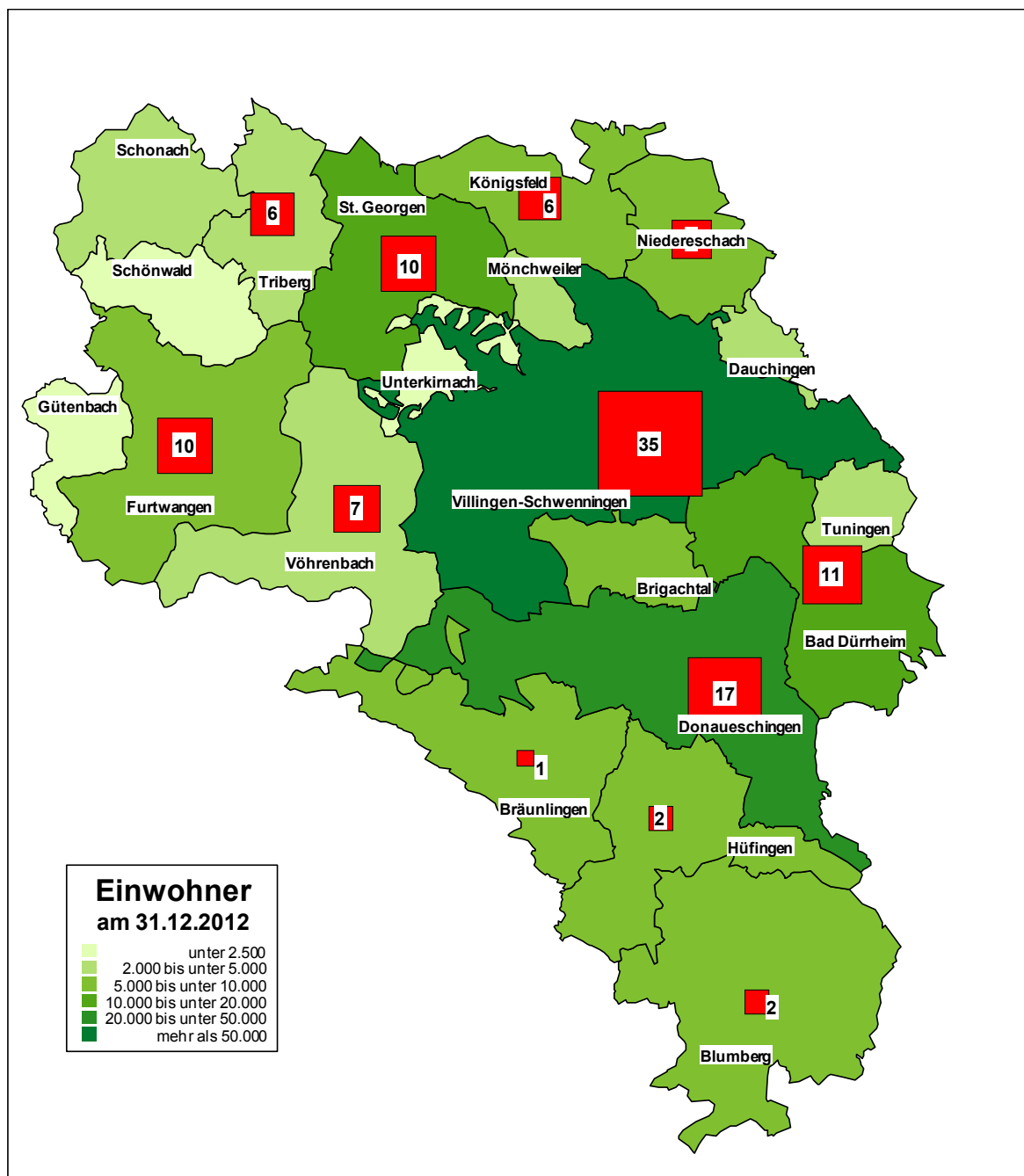
Gemeinde	Einwohner	Kurzzeit- plätze	pro 1.000 Einwohner
Bad Dürkheim	12.449	11	0,88
Blumberg	9.961	2	0,20
Bräunlingen	5.774	1	0,17
Brigachtal	5.037	0	0
Dauchingen	3.637	0	0
Donaueschingen	21.088	17	0,81
Furtwangen	9.240	10	1,08
Gütenbach	1.180	0	0
Hüfingen	7.544	2	0,27
Königsfeld	5.832	6	0,51
Mönchweiler	2.982	0	0
Niedereschach	5.823	5	0,86
Schonach	3.987	0	0
Schönwald	2.291	0	0
Sankt Georgen	12.857	10	0,78
Triberg	4.778	6	1,26
Tuningen	2.890	0	0
Unterkirnach	2.459	0	0
Villingen-Schwenningen	80.923	35	0,43
Vöhrenbach	3.853	7	1,82
gesamt	204.585	112	0,55

Datenbasis: Pflegekassen Dezember 2012 (N= 112).Berechnungen: KVJS.

Die Standorte verteilen sich auf 12 Landkreiskommunen. Die Platzzahl pro 1.000 Einwohner schwankt in den Standortkommunen zwischen 0,17 und 1,82. Auf den gesamten Landkreis bezogen lag der Wert bei 0,55 Plätzen pro 1.000 Einwohner. Gemäß der Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III - stationäre Pflege beträgt der Bedarfseckwert für das Jahr 2015 in der unteren Variante 40 und in der oberen Variante 50 Kurzzeitpflegeplätze. Dies entspricht einer Platzzahl pro 1.000 Einwohner von 0,19 bzw. 0,24.

Je Standortgemeinde werden zwischen 1 und 35 Plätze angeboten. Alle Kreiskommunen, die selbst kein Kurzzeitpflegeangebot haben, liegen in Nachbarschaft zu einer Gemeinde mit einem entsprechenden Angebot.

Kurzzeitpflegeplätze in den Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis am 31.12.2012



Karte: KVJS. Datenbasis: Pflegekassen am 31.12. 2012 (N= 127).

Gemäß der Ergebnisse der Erhebung des Landkreises und des KVJS, bei der sich 22 der 27 Einrichtungen mit einem Kurzzeitpflegeangebot beteiligt haben, nutzten im Jahr 2012 insgesamt 1.068 Personen die Kurzzeitpflege. Da diese von den Nutzern nur für einige Wochen im Jahr in Anspruch genommen wird, ist die Zahl der betreuten Kurzzeitpflegegäste wesentlich höher als die Zahl der Plätze. Der Auslastungsgrad lag im Jahr 2012 bei den Einrichtungen, die eine Angabe zur Anzahl der abgerechneten Belegungstage im Jahr 2012 gemacht hatten (N=19) im Durchschnitt bei 76 Prozent. Die Auslastungsquote bezieht sich auf das Gesamtjahr und berücksichtigt nicht die erheblichen Nachfrage-

schwankungen im Jahresverlauf. Auch variiert sie von Einrichtung zu Einrichtung stark. Neben einigen sehr wenig genutzten Angeboten (Auslastung 0 bis 50 Prozent) gab es sehr wenige mit guter bis sehr guter Auslastung (75 bis 100 Prozent) und solche, die deutlich überbelegt waren (bis 310 Prozent; hier wurden zusätzlich Dauerpflegeplätze für die Kurzzeitpflege genutzt). Die Auslastung wird abgesehen von der Nachfrage beeinflusst von dem tatsächlich von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Platzangebot, aber auch von weiteren Faktoren wie Belegungsmanagement, Werbung und Standort.

Der Einzugsbereich eines Kurzzeitpflegeangebots sollte zwar möglichst wohnortnah sein. Da es sich aber in der Regel um einen kurzfristigen Aufenthalt handelt, stellen auch etwas weitere Entfernungen vom Wohnort meist kein Problem dar. Da nahezu alle Pflegeeinrichtungen im Kreis Kurzzeitpflege anbieten, steht grundsätzlich eine Auswahl an Einrichtungen und Standorten zur Verfügung. In den an der Befragung beteiligten Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Landkreis kamen 60 Prozent der Besucher aus der jeweiligen Standortkommune, 18 Prozent aus den direkt benachbarten Gemeinden und 13 Prozent aus anderen Landkreiskommunen. 9 Prozent der Besucher kamen aus einem anderen Landkreis (die Frage nach der Herkunft der Kurzzeitpflegebesucher im Jahr 2012 hatten 20 Einrichtungen beantwortet).

Im Hinblick auf die Altersstruktur zeigt sich, dass ein Großteil der Kurzzeitpflegebesucher (44 Prozent) 85 Jahre und älter und ein eher kleiner Teil (17 Prozent) unter 75 Jahre alt war. Bei den Pflegestufen war die Stufe 1 mit 40 Prozent am stärksten vertreten, während die Stufe 2 einen Anteil von 37 Prozent und die Stufe 3 einen Anteil von 9 Prozent erreichte. Nicht eingestuft waren 8 Prozent der Nutzer, 6 Prozent hatten die Pflegestufe 0. Der größte Anteil (57 Prozent) der Kurzzeitpflegebesucher kamen aus dem häuslichen Umfeld, 36 Prozent befanden sich vor Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege stationär in einem Krankenhaus. Die Frage nach dem Alter, der Pflegestufe und der Wohnform vor Aufnahme in die Kurzzeitpflege hatten 21 Einrichtungen beantwortet.

2.6.3 Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Kurzzeitpflege

Gemäß der Landespflegestatistik 2011 nutzten zum Stichtag der Erhebung (15.12.2011) 52 pflegebedürftige Personen im Schwarzwald-Baar-Kreis das Angebot der Kurzzeitpflege.

Um die Anzahl der Pflegebedürftigen, die voraussichtlich im Jahr 2020 bzw. 2025 die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, voraus zu schätzen, hat der KVJS eigene Berechnungen angestellt (vgl. Kapitel 2.2 Methodik). Für den Kurzzeitpflegebereich ist nach diesen Berechnungen bis zum Jahr 2025 voraussichtlich von den im Folgenden aufgeführten Bedarfszahlen in den einzelnen Landkreiskommunen auszugehen. Zum Vergleich wurden die Bedarfszahlen aus der Bedarfsvorausschätzung des Landkreis- und Städtetags für 2020 (bezeichnet mit LKT/StT) abgebildet.

Bedarfszahlen Kurzzeitpflege 2020 und 2025 und Gegenüberstellung der Bedarfseckwerte

	2020				2025		2012
Gemeinde	Status quo	Trend	LKT/StT UV	LKT/StT OV	Status quo	Trend	Bestand Plätze
Bad Dürkheim	4	3	4	5	4	3	11
Blumberg	3	2	3	4	3	2	2
Bräunlingen	2	1	1	2	2	1	1
Dauchingen	1	1	1	1	1	1	0
Donaueschingen	6	4	5	7	6	4	17
Furtwangen	3	2	2	3	3	2	10
Gütenbach	0	0	0	1	0	0	0
Hüfingen	2	1	2	2	2	1	2
Königsfeld	2	1	2	2	2	1	6
Mönchweiler	1	1	1	1	1	1	0
Niedereschach	2	1	1	2	2	1	5
St. Georgen	4	3	3	5	4	3	10
Schönwald	1	1	1	1	1	1	0
Schonach	1	1	1	2	1	1	0
Triberg	2	1	2	2	2	1	6
Tuningen	1	0	1	1	1	1	0
Unterkirnach	1	0	1	1	1	1	0
Vöhrenbach	1	1	1	2	1	1	7
Villingen-Schwenningen	25	17	17	24	26	18	35
Brigachtal	1	1	1	2	2	1	0
Landkreis gesamt	63	42	50	70	65	45	112

Datenbasis: 12. Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes, Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes, Berechnungen Dr. Messmer, Bestandsliste Tagespflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis der AOK-Pflegekasse Stand 31.12.2012. Berechnungen: KVJS.

Bei Annahme der Status-quo-Variante liegt der Bedarf bis 2025 bei 65, bei Annahme der Trend-Variante bei 45 Kurzzeitpflegeplätzen. Am 31.12.2012 waren im Schwarzwald-Baar-Kreis bereits 112 Kurzzeitpflegeplätze registriert. Im Landkreis sind damit rein rechnerisch bereits zum Stichtag deutlich mehr Kurzzeitplätze vorhanden als für 2025 in beiden Varianten berechnet wurden. Allerdings handelt es sich bei den 112 Plätzen ausschließlich um integrierte, flexibel für Dauer- oder Kurzzeitpflege genutzte Plätze. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass faktisch ein ausreichendes - wenngleich zahlenmäßig schwankendes und daher nicht exakt zu fassendes - Kontingent an Kurzzeitplätzen zur Verfügung steht.

Die vom KVJS für 2020 errechneten Gesamtbedarfszahlen liegen aufgrund der bereits erläuterten methodischen Unterschiede bei beiden Varianten jeweils unter den Ergebnissen der Berechnungen von Landkreis- und Städtetag.

2.6.4 Bewertung von Bestand und Bedarf in der Kurzzeitpflege

Grundsätzlich steht im Schwarzwald-Baar-Kreis aus rein quantitativer Sicht aktuell ein mehr als ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen zur Verfügung. Am 31.12.2012 gab es 112 Kurzzeitpflegeplätze und damit bereits zum Stichtag deutlich mehr Plätze, als die Bedarfseckwerte des Landespflegeplans für das Jahr 2015 in beiden Bedarfsvarianten angeben (Bedarfskorridor 40 bis 50 Plätze).²⁰ Auch das Ergebnis der Erhebung des Landkreises und des KVJS zur Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze bei den teilnehmenden Einrichtungen spricht auf den ersten Blick dafür, dass Kurzzeitpflegeplätze in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. So lag die durchschnittliche Auslastung der an der Befragung beteiligten Einrichtungen (N=19) bei 53 Prozent bzw. 195 Belegungstagen pro Platz. Da im Schwarzwald-Baar-Kreis aber nur eingestreute und somit auch für Dauerpflege genutzte Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen, kann von der durchschnittlichen Auslastung nicht auf die tatsächliche Bedarfsdeckung geschlossen werden. Andererseits wurden in einigen Einrichtungen in großem Umfang nicht belegte Dauerplätze als Kurzzeitpflegeplätze genutzt, was sowohl als Indiz für eine starke Nachfrage nach Kurzzeitpflege als auch als Zeichen eines Überangebots an Dauerpflegeplätzen gewertet werden kann. Von Bedarfsdeckung kann in der Kurzzeitpflege erst dann gesprochen werden, wenn auch die saisonal bedingten Nachfrageschwankungen und kurzfristige Bedarfe abgedeckt werden können. Dazu bestätigen die Fachleute aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis, dass es zu Spitzenzeiten (in Urlaubszeiten oder zu Weihnachten) teilweise schwierig ist, einen Platz in der Kurzzeitpflege kurzfristig zu organisieren, dass es letztlich aber immer gelingt, einen Platz zu finden.

Vor dem Hintergrund der im Jahr 2008 geänderten gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung, der übereinstimmenden Einschätzung in der Fachdiskussion sowie der im Rahmen der Seniorenplanung speziell für den Schwarzwald-Baar-Kreis durchgeführten Bedarfsberechnung bis zum Jahr 2020 bzw. 2025 kann von einem leicht steigendem Bedarf an (vor allem spontan verfügbaren) Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis ausgegangen werden. Bezogen auf die Bedarfsvorausschätzung für 2020 und 2025 reichen die bereits heute vorhandenen Plätze zwar zahlenmäßig bereits aus. Da im Landkreis jedoch bisher nur eingestreute Kurzzeitpflegeplätze vorhanden sind, ist der Bedarf immer in Verbindung mit der Entwicklung bei den Dauerpflegeplätzen zu bewerten, da die Pflegeeinrichtungen ihr Angebotsspektrum in Anpassung an die Wünsche der Nutzer sowie aus wirtschaftlichen Gründen flexibel handhaben. Insbesondere im Zusammenhang mit den anstehenden Umwandlungen von Doppel- in Einzelzimmer im Zuge der Umsetzung der Landesheimbauverordnung (LHBauVO) ist zu berücksichtigen, dass für die Kurzzeitpflege ein bedarfsentsprechendes Platzangebot verfügbar bleiben muss.

20 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III - Stationäre Pflege, verabschiedet im Landespflegeausschuss am 16.05.2007.

2.6.5 Handlungsempfehlungen Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege fungiert wie die Tagespflege als wichtiges Unterstützungsangebot für privat wohnende Menschen mit Pflegebedarf sowie auch als Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Daher sollte gewährleistet sein, dass ein ausreichendes, entsprechend qualifiziertes und gut erreichbares Kurzzeitpflegeangebot im Landkreis vorgehalten wird. Die bedarfsgerechte Bereitstellung sollte parallel zum wechselnden Nachfrageumfang durch ein „atmendes“, das heißt entsprechend dem Bedarf flexibel größer und kleiner werdendes, zwischen allen Pflegeheimträgern abgestimmtes Platzangebot sichergestellt sein. Dies kann beispielsweise in Form einer Kurzzeitpflege-Börse auf Landkreisebene, über die freie Plätze bekanntgegeben und vermittelt werden, geschehen.

Im Zusammenhang mit den immer kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern gewinnt die Kurzzeitpflege auch als sog. Übergangspflege an Bedeutung. Personen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, haben z.T. noch einen zeitlich begrenzten stationären Pflegebedarf und sind häufig noch nicht in der Lage, sinnvoll an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen oder in der eigenen Wohnung zurecht zu kommen. Im Rahmen der Übergangspflege kann dieser Bedarf abgedeckt und die zukünftig notwendige Pflege und Versorgung von allen Betroffenen in Ruhe geklärt werden. Eine Angebotserweiterung in Richtung Übergangspflege sollte daher in Absprache mit dem Krankenhausbereich angestrebt werden.

Beispielhaft ist das DRK-Pflegehotel am Ostalb-Klinikum in Aalen zu nennen. Ziel dieser Einrichtung ist es, eine übereilte Aufnahme in eine Dauerpflegeeinrichtung zu vermeiden und eine gesundheitliche Verfassung wiederherzustellen, die eine Versorgung zu Hause ermöglicht. Träger der Einrichtung ist der DRK-Kreisverband Aalen, Kooperationspartner ist das Ostalb-Klinikum Aalen, das auch der Vermieter der Räumlichkeiten des Pflegehotels auf dem Gelände des Klinikums ist. Auch Kurzzeitpflegeplätze in Pflegeheimen können zur Übergangspflege geeignet sein, wenn sie ein entsprechendes Konzept entwickeln und mit dem Krankenhausbereich vernetzt sind. Beispielhaft ist hier das Modellprojekt „Pflege auf Probe“ der Kleeblatt-Pflegeheime Ludwigsburg, bei dem während eines dreimonatigen Aufenthalts im Pflegeheim genug Zeit für eine fundierte Entscheidungsfindung bleibt. Nach den Erfahrungen aus diesem Projekt sind 10 bis 15 Prozent der dauerhaften Pflegeheimenzüge bei einem qualifizierten Übergangsmanagement vermeidbar.

Damit Kurzzeitpflege ihren Zweck erfüllt und eine „Einbahnstraße“ vom Krankenhaus in die Kurzzeit- und danach nahtlos in die Dauerpflege vermieden wird, hat auch die Beratung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sowie eine professionelle Fallsteuerung große Bedeutung. Ziel sollte es sein, bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber während des Kurzzeitpflegeaufenthalts ein funktionierendes Versorgungsarrangement aus ambulanter Pflege, Betreuung, Beschaffung von Hilfsmitteln und Wohnungsanpassung vorzubereiten, um eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu unterstützen. Die Fallsteuerung kann z.B. durch den Pflegestützpunkt erfolgen, möglich ist aber auch die (teilweise) Übernahme dieser Aufgabe

durch ambulante Dienste, wie dies z.B. bereits durch den kirchlich-ambulanten Pflegeverbund oder die Pflege im Anschluss im Schwarzwald-Baar-Kreis geschieht.

Zwei Träger (Caritas und Diakonie) organisieren im kirchlich-ambulanten Pflegeverbund die sogenannte Pflege im Anschluss (PiA) und haben ihren Sitz direkt im Klinikum. Für Patienten, für die im Anschluss an den Klinikaufenthalt Pflege organisiert werden muss, können so in enger Zusammenarbeit von Klinik und ambulanten Dienst nahtlos versorgt werden. Ziel der PiA ist es, schnell ein tragfähiges ambulantes Setting zu organisieren, sodass nach der Entlassung aus der Klinik die Pflege sichergestellt ist und stationäre Unterbringung verhindert wird.

Ergänzend kann auch eine organisierte Kurzzeitpflege-Nachbetreuung wirksam sein, wie sie beispielsweise die Evang. Stadtmission Heidelberg derzeit erprobt. Dabei wird eine Rückkehr nach Hause nach dem Ende der Kurzzeitpflege durch Beratung und Unterstützung im Rahmen eines sog. Überleitungsmanagements intensiv vorbereitet und begleitet.

Trotz der im Hinblick auf den Gesamtkreis bereits gegebenen rein quantitativen Bedarfsdeckung werden im Interesse der qualitativen Weiterentwicklung und der Reduzierung der Übergänge von der Kurzzeit- in die Dauerpflege folgende Maßnahmen empfohlen:

- System für die Abstimmung des jeweils aktuellen sowie des in Spitzenzeiten benötigten Kurzzeitplatzangebots mit allen Anbietern im Kreis initiieren
- Kooperationen/Kontakte an der Schnittstelle zwischen medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen auf- bzw. ausbauen, insbesondere zu häufig frequentierten Krankenhäusern in anderen Kreisen
- Prüfung der Möglichkeit des Aufbaus eines Übergangspflegeangebots in Abstimmung mit dem Krankenhausbereich
- Optimierung des Entlassungsmanagements und Verbesserung der Fallsteuerung (z.B. Kooperation Pflegestützpunkt - Klinikum/Pflege im Bereich Geriatrie) mit dem Ziel, die Nachsorge zu verbessern
- Wohnberatungsstelle einrichten und in die Kooperationsbezüge einbeziehen

2.7 Dauerpflege

2.7.1 Allgemeine Entwicklungen

Stationäre Dauerpflege wird in Pflegeheimen angeboten. Charakteristisch für Pflegeheime ist die Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch professionelle Pflegekräfte. Auch wenn Pflegeheime zunehmend ein ganzes Spektrum weiterer Dienstleistungen anbieten, liegt der

Schwerpunkt weit überwiegend im Bereich der Dauerpflege. Bei der Dauerpflege handelt es sich um ein stationäres Angebot, das auf der Grundlage vielfältiger gesetzlicher Regelungen erbracht wird. Die ordnungsrechtliche Abgrenzung zu ambulanten Angeboten erfolgt mit Hilfe des im Landesheimgesetz²¹ formulierten Heimrechts. Die rechtliche Überwachung obliegt der auf Kreisebene angesiedelten Heimaufsicht. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, beispielsweise zu ambulanten Versorgungsformen, erfolgt auf der Basis des Pflegeversicherungsgesetzes, das seit seiner Einführung im Jahr 1995 durch zahlreiche Änderungen und Ergänzungen erweitert wurde. Erhebliche Änderungen erfolgten mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz von 2001, dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 und dem Pflegeneuausrichtungsgesetz von 2012, mit dem u.a. zusätzliche Leistungen für die Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankung eingeführt wurden.

Menschen mit Pflegebedarf ziehen zunehmend erst dann in ein Pflegeheim um, „wenn es nicht mehr anders geht“. Ursachen dafür sind neben gesellschaftlich bedingten Verhaltens- und Einstellungsänderungen in der Ausdifferenzierung der ambulanten Hilfeangebote, dem Ausbau des Betreuten Wohnens und nicht zuletzt in Kostenüberlegungen zu suchen. Ein erheblicher Teil der Pflegeheimbewohner wechselt direkt aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim. Als Konsequenz aus diesen Entwicklungstendenzen ergibt sich im Schnitt ein zunehmender Pflege- und Betreuungsbedarf der Heimbewohner. Insbesondere der Anteil von schwer demenzerkrankten Menschen steigt im stationären Bereich weiter an und beträgt schätzungsweise bereits über 60 Prozent der Pflegeheimbewohner.

In Baden-Württemberg gibt es heute, nicht zuletzt aufgrund der gezielten Landesförderung in den vergangenen Jahren, eine gut ausgebaute Pflegeheimstruktur. Sie ist vielerorts charakterisiert durch eher kleine Einrichtungen, die auch in kleineren Gemeinden und in ländlichen Regionen die wohnortnahe Grundversorgung mit stationärer Pflege gewährleisten.²² Die künftige Entwicklung im Pflegeheimbereich hängt zum großen Teil davon ab, wie gut es den Einrichtungen gelingen wird, sich auf die kommenden Anforderungen und Bedürfnisse einzustellen und ihre Angebotspalette entsprechend auszuweiten. Zeitgemäße Pflegeeinrichtungen müssen sich immer mehr zu Stadtteil- bzw. Gemeindeservicezentren mit unterschiedlichsten Dienstleistungen entwickeln. Dabei ist eine weitgehende Durchlässigkeit, die Einbeziehung aller Generationen sowie Kreativität bei der Schaffung neuer Angebotsformen gefragt. Die Vernetzung mit anderen Serviceangeboten und Aktivitäten auf Stadtteil- bzw. Gemeindeebene ist dabei ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Entgegen der verbreiteten Meinung, dass die meisten alten Menschen nach dem Einzug in ein Pflegeheim nach kurzer Zeit versterben, haben bundesweite Erhebungen vor wenigen Jahren ergeben, dass pflegebedürftige Menschen im Durchschnitt 41 Monate in einer stationären Altenpflegeeinrichtung leben. Dieser Wert scheint relativ stabil zu sein und nur allmählich geringfügig zurückzugehen. Mehr als ein Fünftel der Bewohnerinnen und Be-

21 In der Folge der Föderalismusreform vom September 2006 ist die Zuständigkeit für das Heimrecht vom Bund auf die Länder übergegangen.

22 Pflegeheimstatistik Baden-Württemberg 2009 (aktuellere Daten lagen bei Berichterstellung nicht vor): ca. 16 Prozent der Heime haben 30 Plätze und weniger, ca. 30 Prozent verfügen über 31 bis 60 Plätze.

wohner lebt sogar fünf und mehr Jahre im Pflegeheim. Allerdings sterben mehr als 50 Prozent der Bewohner bereits im ersten Jahr nach dem Einzug. Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner beträgt knapp 82 Jahre.²³ In der Fachdiskussion herrscht heute die Annahme vor, dass sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auch in Zukunft nicht deutlich reduzieren wird, da zwei in ihren Auswirkungen auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gegenläufige Entwicklungen zu beobachten sind: zwar ein späterer Einzug mit schwererem Pflegebedarf, aber auch ein vermehrter Einzug von körperlich noch gesunden Menschen mit Demenz.

Stationäre Pflegeplätze unterliegen der regelmäßigen Kontrolle von Heimaufsicht und Pflegekasse. Dies soll als Qualitätskontrolle dem Verbraucherschutz dienen. Die Prüfergebnisse werden in sog. Transparenzberichten in Form von Schulnoten veröffentlicht. Nach den bisherigen Erfahrungen scheinen die Noten jedoch zu pauschal und daher nicht sehr aussagekräftig zu sein. Über die gesetzlich vorgegebenen Kontrollen durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) hinaus können sich Pflegeeinrichtungen einer Vielzahl an freiwilligen Qualitätskontrollen mit unterschiedlichen Prüfsystemen und Qualitätszeichen unterziehen.

2.7.2 Bestand an Dauerpflegeplätzen im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es (inklusive der 112 eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze) insgesamt 2.329 stationäre Pflegeplätze in 28 Pflegeheimen, die sich auf 12 der 20 Landkreiskommunen verteilen (Stand 31.12.2012). Die Plätze des Haus Wartenberg in Geisingen sind hier nicht mitgezählt, da sie nicht auf die Gemeinden heruntergerechnet werden können, sie ergänzen jedoch zumindest im südlichen Bereich die Plätze vor Ort.

In den Gemeinden mit Dauerpflegeangebot stehen zwischen 30 und 1.011 Plätze zur Verfügung. Die Platzzahlen im Verhältnis zur Einwohnerzahl variieren dabei stark. Die rechnerische Platzzahl pro 1.000 Einwohner schwankt zwischen 4,62 in Blumberg und 37,11 in Vöhrenbach. Auf den gesamten Landkreis bezogen liegt der Wert bei 11,38 Plätzen pro 1.000 Einwohner. Gemäß der Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III - stationäre Pflege beträgt der Bedarfseckwert für das Jahr 2015 in der unteren Variante 1.700 und in der oberen Variante 1.880 Dauerpflegeplätze. Dies entspricht einer Platzzahl pro 1.000 Einwohner von 8,10 bzw. 8,96.

Die Platzzahlen je Einrichtung unterscheiden sich ebenfalls stark. Neben einigen Kleinpflegeheimen mit bis zu 40 Plätzen gibt es zahlreiche Häuser mit rund 80 und im Einzelfall bis zu 174 Pflegeplätzen.

23 Vgl.: Schneekloth / Wahl: „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2007.

Stationäre Pflegeangebote (Dauerpflege einschließlich integrierter Kurzzeitpflege) und Bevölkerungszahlen in den Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis zum 31.12.2012

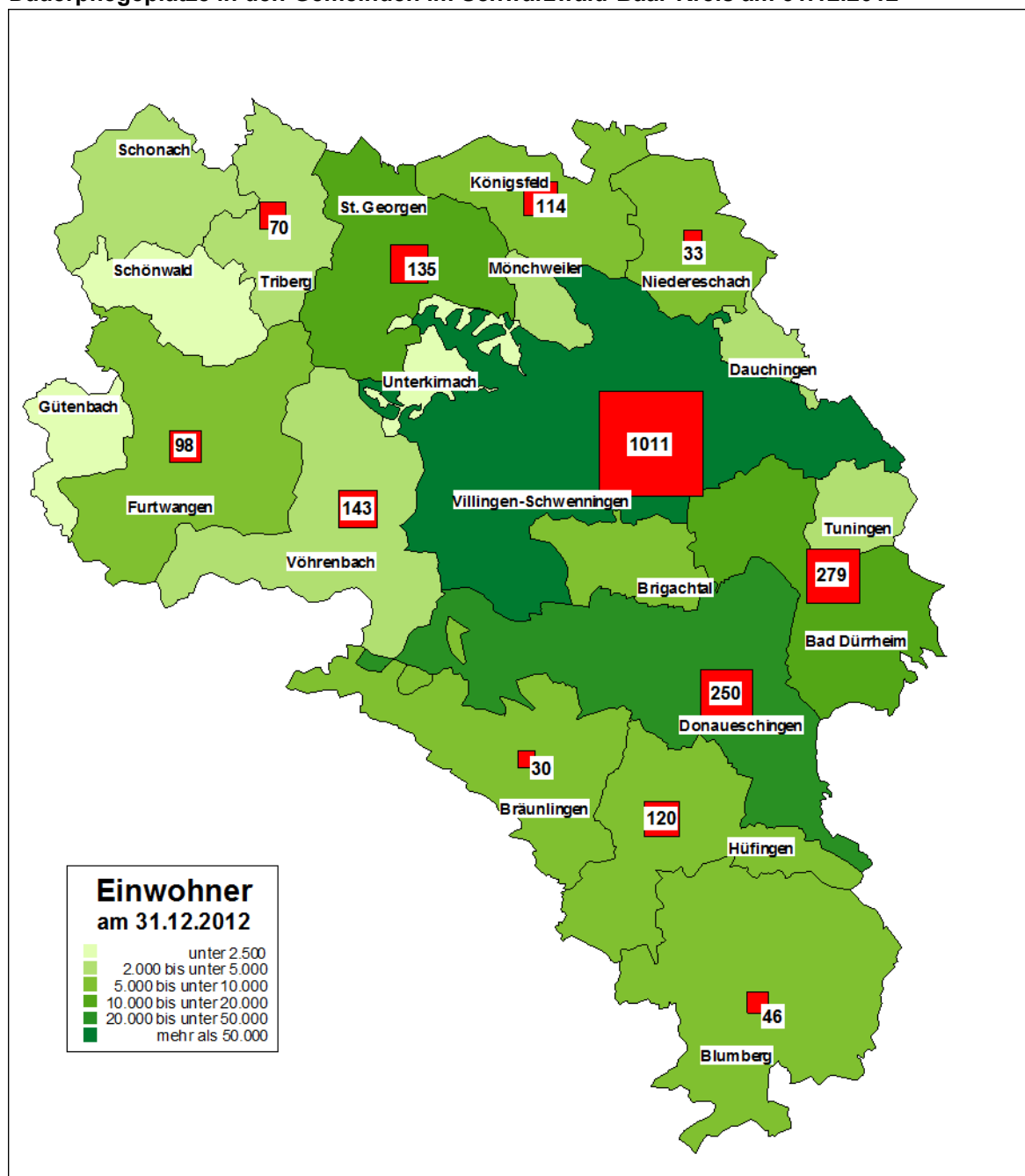
	Einwohner	Dauerpflege- Plätze	pro 1.000 Einwohner
Bad Dürkheim	12.449	279	22,41
Blumberg	9.961	46	4,62
Bräunlingen	5.774	30	5,20
Brigachtal	5.037	0	0
Dauchingen	3.637	0	0
Donaueschingen	21.088	250	11,86
Furtwangen	9.240	98	10,61
Gütenbach	1.180	0	0
Hüfingen	7.544	120	15,91
Königsfeld	5.832	114	19,55
Mönchweiler	2.982	0	0
Niedereschach	5.823	33	5,67
Schonach	3.987	0	0
Schönwald	2.291	0	0
Sankt Georgen	12.857	135	10,50
Triberg	4.778	70	14,65
Tuningen	2.890	0	0
Unterkimach	2.459	0	0
Villingen-Schwenningen	80.923	1.011	12,49
Vöhrenbach	3.853	143	37,11
gesamt	204.585	2.329	11,38

Datenbasis: Pflegekassen 31.12.2012 (N= 2.329). Berechnungen: KVJS.

Zusätzlich können rechnerisch 125 Plätze im Haus Wartenberg in Geisingen genutzt werden (Kreispflegeheim).

Eine Konzentration des Platzangebots zeichnet sich in Villingen-Schwenningen, Donaueschingen und Bad Dürkheim ab, während das Angebot im eher ländlich geprägten Umland deutlich kleiner ist. Fast alle Kreiskommunen, die selbst kein Dauerpflegeangebot haben, liegen in Nachbarschaft zu einer Gemeinde mit einem entsprechenden Angebot (Ausnahme: Schonach). In den letzten Jahren gab es im Landkreis kaum Veränderungen in der Gesamtplatzzahl. Aktuell befindet sich ein Pflegeheim mit 94 Einzelzimmern in Villingen-Schwenningen in Planung.

Dauerpflegeplätze in den Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis am 31.12.2012



Karte: KVJS. Datenbasis: Pflegekassen am 31.12.2012 (N= 2.329).

Die Auslastungsquote der an der Erhebung des Landkreises und des KVJS beteiligten 26 Heime betrug zum Stichtag 31.12.2012 im Durchschnitt 92 Prozent, wobei der Auslastungsgrad in zwei Einrichtungen unter 70 Prozent und in fünf Einrichtungen unter 90 Prozent lag. Acht Einrichtungen waren am Stichtag zu 100 Prozent belegt.²⁴ Ein weiterer wichtiger Anhaltspunkt für eine Analyse des Bestandes ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass am Stichtag der Erhebung 83 Prozent der Bewohner der beteiligten stationären Pflegeeinrichtungen (Antworten hierzu aus 24 Einrichtungen) aus dem Landkreis

²⁴ Berechnungsgrundlage bei Vergütungsverhandlungen ist in der Regel eine Auslastungsquote von 96,5 Prozent.

kamen, während 17 Prozent der Pflegeheimbewohner aus anderen Kreisen oder auch anderen Bundesländern stammten. Andererseits ist davon auszugehen, dass auch Pflegebedürftige insbesondere aus den „Grenzregionen“ des Schwarzwald-Baar-Kreises in Heimen in benachbarten Landkreisen leben, wobei keine Angaben zu deren Anzahl verfügbar sind. Bezogen auf Baden-Württemberg kann aufgrund der insgesamt guten Versorgungslage mit stationären Plätzen davon ausgegangen werden, dass sich solche „Wanderungseffekte“ in etwa ausgleichen und daher zu vernachlässigen sind.

Die Einrichtungen der stationären Pflege im Schwarzwald-Baar-Kreis unterscheiden sich im Hinblick auf Trägerschaft und fachliche Konzepte. Es gibt 15 von freigemeinnützigen Trägern betriebene Heime (54 Prozent) und 13 unter privater Trägerschaft (46 Prozent). Ein konzeptionelles Merkmal vieler Pflegeheime im Landkreis ist es, mehrere unterschiedliche Angebote unter einem Dach zusammenzufassen. So wird neben stationärer Dauerpflege von 12 Heimen auch Tages- und von 27 Heimen Kurzzeitpflege sowie in 15 Fällen auch Betreutes Wohnen angeboten.

Gemäß der Erhebung haben 19 Heime einen beschützenden bzw. Demenzwohnbereich, fünf Heime bieten eine spezielle Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz an, zwei Einrichtungen verfügen über einen speziellen Bereich für Junge Pflege. Ein Fachpflegeheim ist auf die Pflege älterer Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung spezialisiert (Fischerhof Vöhrenbach). Sechs Heime betreiben einen eigenen ambulanten Dienst, der die pflegerische Kompetenz der Einrichtung auch für ältere Menschen, die in der Betreuten Wohnanlage des Trägers sowie im Umfeld der Einrichtung wohnen, nutzbar macht. Unterschiede gibt es auch im Hinblick auf die interne Organisationsstruktur. Statt der früher üblichen, aus dem Krankenhausbereich stammenden Stationsstruktur sind heute in den meisten Einrichtungen kleinere Wohngruppen mit bis zu 12 Bewohnern vorzufinden. Vor allem größere Einrichtungen haben Wohngruppen oder Abteilungen für spezifische Nutzergruppen gebildet, zum Beispiel für Menschen im Wachkoma oder mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Gemeinsam ist vielen Pflegeheimen, dass sie in großem Umfang ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Alltagsbetreuungskräfte in ihre Arbeit einbinden. Mehrere Einrichtungen kooperieren regelmäßig mit benachbarten Kindergärten oder Schulen sowie den örtlichen Kirchengemeinden.

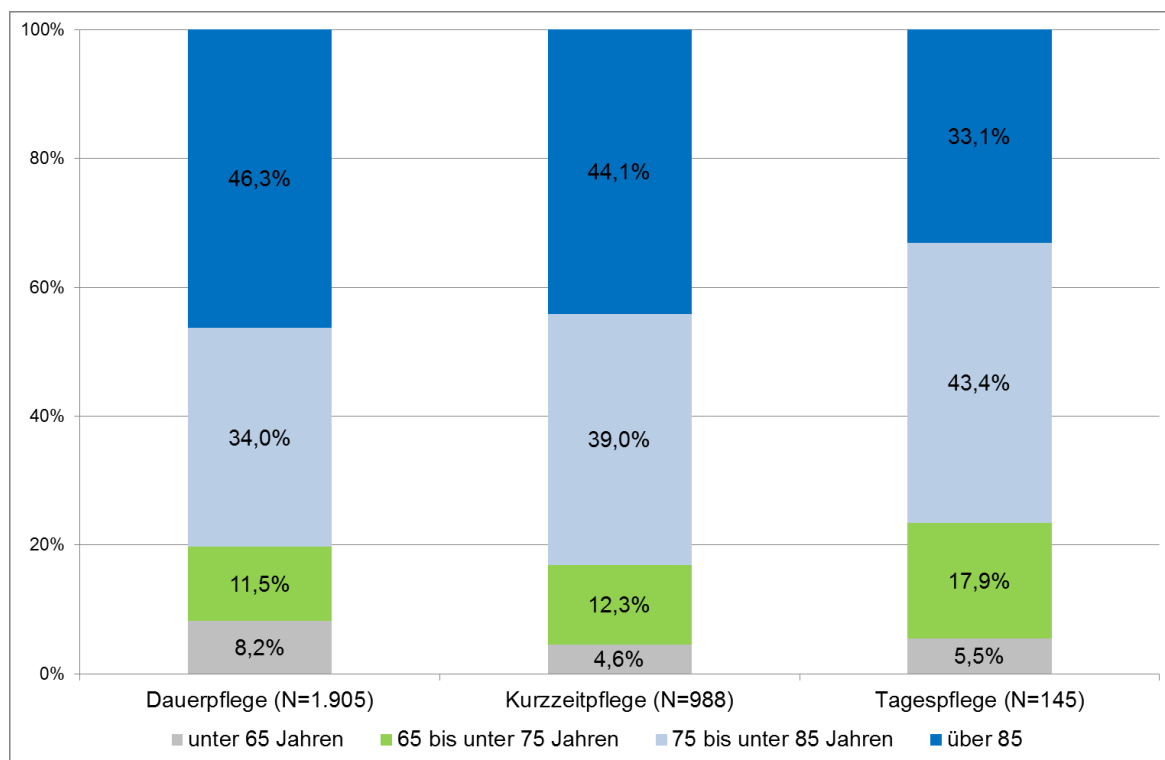
Der Einzelzimmeranteil lag im Durchschnitt der befragten Einrichtungen bei 72 Prozent, wobei zwei Heime ausschließlich Einzelzimmer anboten. Da Doppelzimmer heute kaum noch nachgefragt werden und die Heimbauverordnung Baden-Württemberg einen Einzelzimmeranteil von 100 Prozent vorgibt²⁵, ist in den nächsten Jahren in vielen Einrichtungen mit Umstrukturierungen verbunden mit einer deutlichen Reduzierung der Doppelzimmer und damit teilweise auch einer Reduzierung der Platzzahlen zu rechnen.

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Bewohner zum Stichtag der Erhebung zeigt sich, dass nahezu die Hälfte der dauerhaft im Pflegeheim Wohnenden (46 Prozent) über 85

²⁵ Nach der baden-württembergischen Heimbauverordnung vom 12.08.2009 gibt es für bestehende Einrichtungen eine Übergangsfrist von 10 Jahren (unter bestimmten Bedingungen auf bis zu 25 Jahre verlängerbar).

und ein weiterer erheblicher Teil (34 Prozent) zwischen 75 und 85 Jahre alt waren. 20 Prozent der Bewohner waren unter 75 Jahre alt. Die Nutzer von Kurzzeit- und Tagespflege waren demgegenüber etwas jünger.

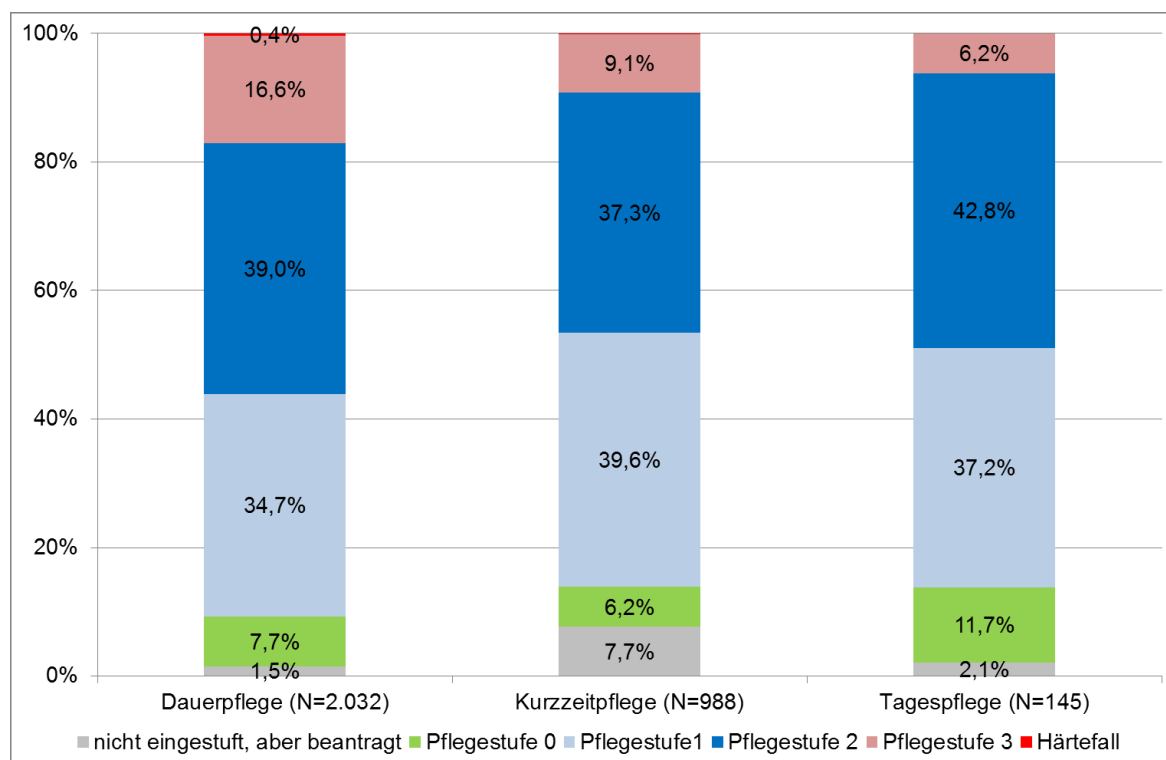
Nutzer von stationären und teilstationären Pflegeangeboten nach Altersstufen im Schwarzwald-Baar-Kreis am Stichtag 31.12.2012 (Dauerpflege) bzw. im gesamten Jahr 2012 (Kurzzeit- und Tagespflege)



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 31.12.2012.

Bei den Pflegestufen waren in der Dauerpflege die Stufe 1 mit nahezu 35 Prozent und die Stufe 2 mit 39 Prozent sehr stark vertreten, während die Stufe 3 (inkl. Härtefälle) insgesamt bei 17 Prozent der Bewohner gegeben war.

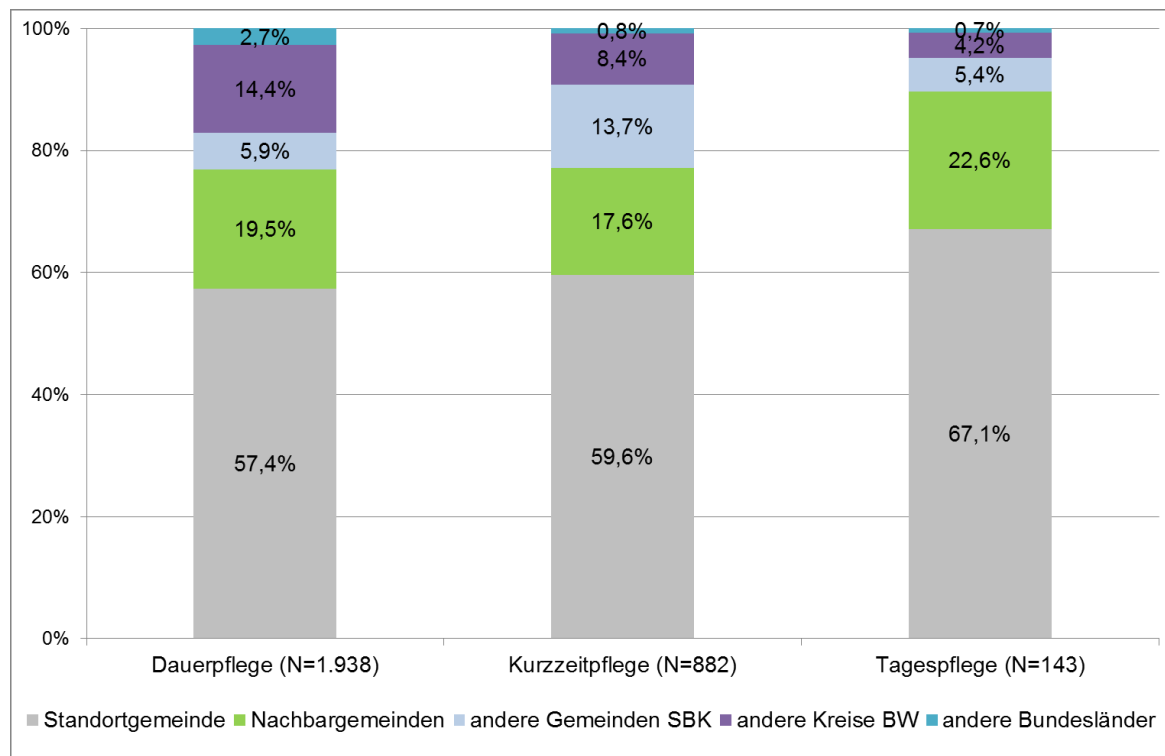
Nutzer von stationären und teilstationären Pflegeangeboten nach Pflegestufen im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 31.12.2012 (Dauerpflege) bzw. im gesamten Jahr 2012 (Kurzzeit- und Tagespflege)



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 31.12.2012.

Pflegeheime sollten in erster Linie der wohnortnahen Versorgung dienen. Daher sollte sich der Einzugsbereich im Wesentlichen auf die nähere Umgebung konzentrieren. Neben der Standortkommune können bei entsprechenden Verkehrsverbindungen auch Nachbarkommunen noch als wohnortnah gelten. Bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung spielen neben der Wohnortnähe aber auch die spezifischen Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie Kostenaspekte eine wichtige Rolle. Die Belegungsstruktur der Pflegeheime im Schwarzwald-Baar-Kreis zeigt, dass rund 58 Prozent der Bewohner aus der Standortkommune selbst und knapp 20 Prozent aus den Nachbargemeinden stammen. Damit wurden zum Stichtag 78 Prozent der Bewohner wohnortnah versorgt. Gleiches gilt für die Kurzzeit- und insbesondere für die Tagespflege.

Herkunft der Nutzer von stationären und teilstationären Pflegeangeboten im Schwarzwald-Baar-Kreis am Stichtag 31.12.2012 (Dauerpflege) bzw. im gesamten Jahr 2012 (Kurzzeit- und Tagespflege)



Grafik: KVJS. Datenbasis: Erhebung im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 31.12.2012.

2.7.3 Voraussichtliche Bedarfsentwicklung in der Dauerpflege

Gemäß der Landespflegestatistik 2011 gab es im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag der Erhebung 1.898 pflegebedürftige Personen, die Leistungen der Dauerpflege in Anspruch genommen haben.

Um die Anzahl der Pflegebedürftigen, die voraussichtlich im Jahr 2020 bzw. 2025 die Dauerpflege in Anspruch nehmen, voraus zu schätzen, hat der KVJS eigene Berechnungen angestellt (vgl. Kapitel 2.2 Methodik). Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden die Bedarfszahlen sowohl ohne als auch mit integrierten Kurzzeitpflegeplätzen berechnet. Für den Dauerpflegebereich ohne Kurzzeitpflege wurde bis zum Jahr 2025 die im Folgenden aufgeführte Anzahl an Pflegebedürftigen in der Dauerpflege für die einzelnen Landkreiskommunen errechnet:

**Bedarfszahlen Dauerpflege (ohne Kurzzeitpflege) 2020 und 2025 und
Gegenüberstellung der Bedarfseckwerte**

	2020				2025		2012
Gemeinde	Status quo	Trend	LKT/StT UV	LKT/StT OV	Status quo	Trend	Bestand Plätze
Bad Dürkheim	164	167	161	178	167	169	268
Blumberg	106	107	84	92	113	115	44
Bräunlingen	55	55	40	44	59	60	29
Dauchingen	38	38	29	32	41	42	0
Donaueschingen	213	216	162	179	229	232	233
Furtwangen	96	97	72	80	100	101	88
Gütenbach	14	15	10	11	15	15	0
Hüfingen	69	69	50	55	73	74	118
Königsfeld	69	70	50	55	70	71	108
Mönchweiler	34	34	35	39	38	38	0
Niedereschach	56	57	40	44	62	62	28
St. Georgen	153	154	151	167	160	162	125
Schönwald	29	29	23	25	31	31	0
Schonach	49	49	39	43	53	54	0
Triberg	62	63	47	52	62	63	64
Tuningen	26	27	19	21	28	28	0
Unterkirnach	25	25	20	22	29	29	0
Vöhrenbach	42	43	31	35	44	45	136
Villingen-Schwenningen	907	919	1.003	1.109	958	970	976
Brigachtal	49	49	36	39	55	56	0
Landkreis gesamt	2.255	2.283	2.100	2.320	2.387	2.417	2.217

Datenbasis: 12. Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes, Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes, Berechnungen Dr. Messmer, Bestandsliste Tagespflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis der AOK-Pflegekasse Stand 31.12.2012. Berechnungen: KVJS.

**Bedarfszahlen Pflegeplätze gesamt (Dauerpflege mit Kurzzeitpflege) 2020 und 2025
und Gegenüberstellung der Bedarfseckwerte**

	2020				2025		2012
Gemeinde	Status quo	Trend	LKT/StT UV	LKT/StT OV	Status quo	Trend	Bestand Plätze
Bad Dürkheim	168	170	165	183	170	171	279
Blumberg	109	109	87	96	116	116	46
Bräunlingen	57	56	41	46	62	61	30
Dauchingen	39	39	30	33	42	42	0
Donauessingen	219	220	167	186	236	235	250
Furtwangen	99	99	74	83	103	103	98
Gütenbach	14	15	10	12	15	15	0
Hüfingen	71	70	52	57	75	75	120
Königsfeld	71	71	52	57	71	72	114
Mönchweiler	35	35	36	40	38	39	0
Niederessach	58	58	41	46	64	64	33
St. Georgen	157	157	154	172	164	164	135
Schönwald	30	30	24	26	31	32	0
Schonach	50	50	40	45	54	54	0
Triberg	64	64	49	54	64	64	70
Tuningen	27	27	20	22	29	29	0
Unterkirnach	26	25	21	23	30	30	0
Vöhrenbach	43	44	32	37	46	45	143
Villingen-Schwenningen	932	936	1.020	1.133	984	984	1.011
Brigachtal	50	50	37	41	57	57	0
Landkreis gesamt	2.318	2.325	2.150	2.390	2.451	2.452	2.329

Datenbasis: 12. Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Landesamtes, Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes, Berechnungen Dr. Messmer, Bestandsliste Tagespflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis der AOK-Pflegekasse Stand 31.12.2012. Berechnungen: KVJS.

Bei Annahme der Status-quo-Variante liegt der Gesamtbedarf an Pflegeplätzen (Dauerpflegeplätze inklusive Kurzzeitpflege) bis 2025 bei 2.451, bei Annahme der Trend-Variante bei 2.452 stationären Pflegeplätzen²⁶. Am 31.12.2012 gab es im Schwarzwald-Baar-Kreis 2.329 stationäre Pflegeplätze (Dauerpflege inklusive Kurzzeitpflege). Während in Bad Dürkheim, Hüfingen, Königsfeld, Villingen-Schwenningen und Vöhrenbach laut den Daten der Pflegekassen bereits Ende 2012 deutlich mehr Pflegeplätze als für 2025 in den beiden Varianten berechnet wurden, vorhanden waren, bleibt das Platzangebot in anderen Kommunen teilweise deutlich hinter dem errechneten Bedarf zurück.

Die vom KVJS für 2020 errechneten Gesamtbedarfszahlen liegen aufgrund der bereits erläuterten methodischen Unterschiede über der unteren Variante, aber unter der oberen Variante der Berechnungen von Landkreis- und Städtetag.

²⁶ Die Trend-Variante führt hier zu einem höheren Bedarfswert als die Status-quo-Variante, da im Schwarzwald-Baar-Kreis in den Jahren von 2005-2009 die reale Inanspruchnahme von vollstationären Pflegeleistungen über der realen Inanspruchnahme im Jahr 2011 - die der Status-quo-Variante zu Grunde liegt - höher war.

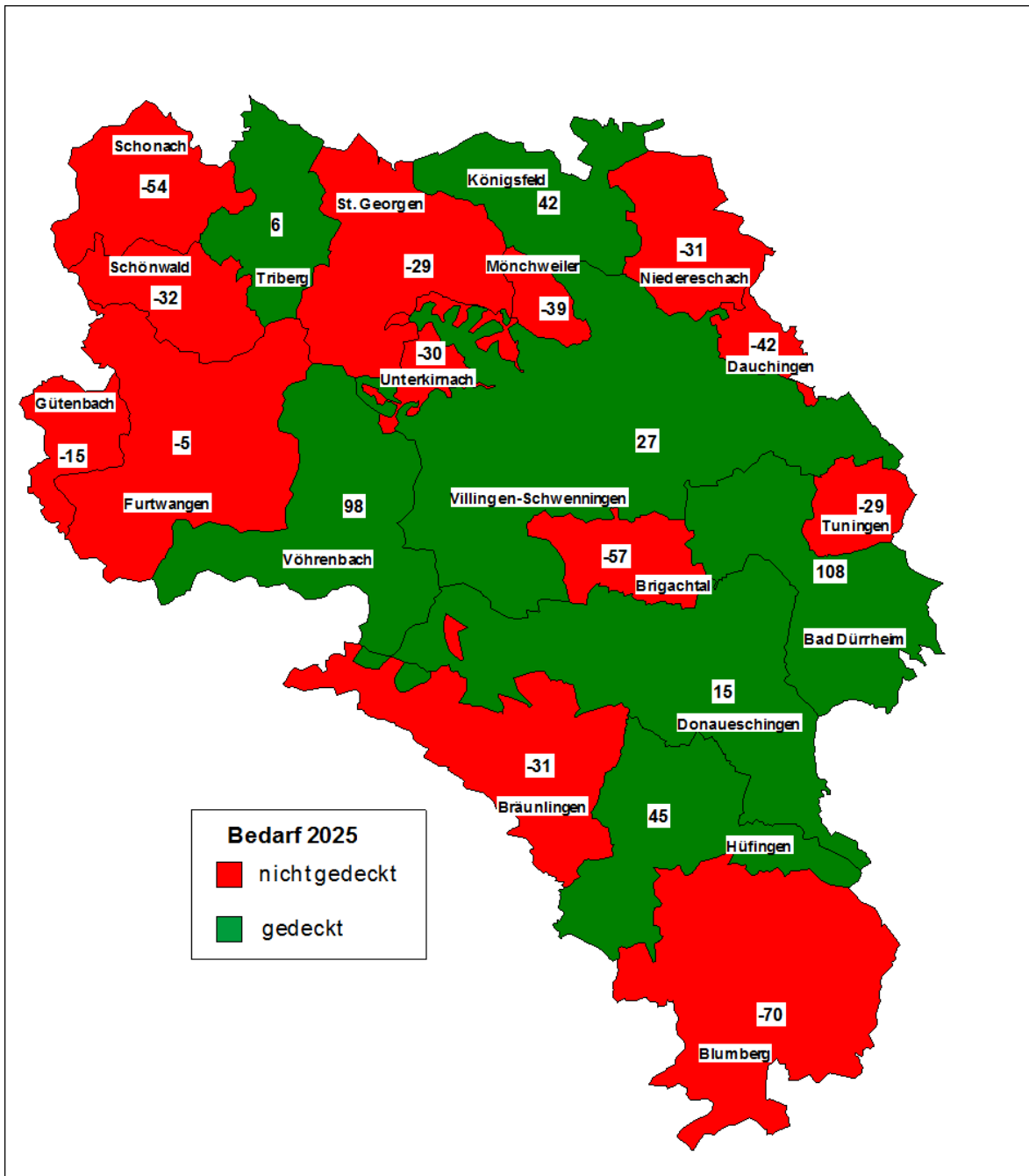
2.7.4 Bewertung von Bestand und Bedarf in der Dauerpflege

Grundsätzlich steht im Schwarzwald-Baar-Kreis aus rein quantitativer Sicht aktuell ein mehr als ausreichendes Angebot in der stationären Pflege zur Verfügung. Am 15.12.2011 gab es 2.329 stationäre Pflegeplätze (inklusive Kurzzeitpflegeplätze). Diesen standen zum gleichen Stichtag 1.950 Menschen in stationärer Pflege gegenüber (Pflegestatistik 2011). Die Bedarfseckwerte des Landespflegeplans weisen für das Jahr 2015 einen Bedarfskorridor von 1.740 bis zu 1.930 Plätzen (inklusive Kurzzeitpflege) aus.²⁷ Der Bestand an Pflegeplätzen liegt damit bereits jetzt so weit über dem rechnerischen kreisweiten Bedarf für das Jahr 2015, dass er dem im Rahmen der Seniorenplanung vorausgerechneten Bedarf für das Jahr 2020 entspricht. In einzelnen Regionen sind dennoch örtliche Angebotslücken festzustellen, die im Sinne einer gleichmäßigen Versorgungsstruktur nach und nach geschlossen werden sollten. Im Jahr 2025 wird unter Annahme des Fortbestands der heutigen stationären Pflegeplätze voraussichtlich in sieben Kommunen der Platzbedarf gedeckt sein (vgl. Karte: grün eingefärbte Kommunen), davon wird es in vier Kommunen eine deutliche Überversorgung geben (Bad Dürrenheim, Vöhrenbach, Hüfingen, Königsfeld). In 13 Kommunen wird es entweder keine oder zu wenige stationäre Pflegeplätze geben (vgl. Karte: rot eingefärbte Kommunen).

Die vorliegende Bewertung wird vor dem Hintergrund eines gleichbleibenden Nachfrageverhaltens und einer ähnlichen Angebotsstruktur getroffen. Verändern sich Angebotsstruktur oder Nachfrageverhalten, hat dies natürlich auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen. Das Nachfrageverhalten wird zudem von den finanziellen Rahmenbedingungen und von der Beschäftigungssituation pflegender Angehöriger (Arbeitslosigkeit, Einkommensveränderungen etc.) beeinflusst.

²⁷ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Fortschreibung des Landespflegeplans Teil III - Stationäre Pflege, verabschiedet im Landespflegeausschuss am 16.05.2007.

Voraussichtliches Überangebot und regionale Versorgungslücken an Dauerpflegeplätzen (inkl. Kurzzeitpflege) in den Gemeinden des Schwarzwald-Baar-Kreises im Jahr 2025



Karte: KVJS. Datenbasis: AOK-Pflegekasse 31.12.2012, eigene Berechnungen.

Im Hinblick auf die zukünftige Bedarfsdeckung sollte zusätzlich bedacht werden, dass gemäß der neuen Landesheimbauverordnung mittelfristig in Pflegeheimen ausschließlich Einzelzimmer vorzuhalten sind. Gemäß der KVJS-Erhebung, an der sich 26 der 28 stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis beteiligt haben, gab es zum Stichtag 1.753 Bewohnerzimmer in diesen Einrichtungen, darunter waren noch 476 Doppelzimmer (27 Prozent). Bei ausschließlicher Einzelzimmerbelegung ohne zusätzliche Anbaumaßnahmen würden sich die verfügbaren 2.329 Plätze im Landkreis um 238 auf 2.091 Plätze reduzieren. Diese Zahl läge unter allen berechneten Bedarfsvarianten für das Jahr 2020 bzw.

2025. Die verbindliche Vorgabe der LHBauVO eröffnet somit Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine künftig ausgewogenere bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegeplätzen im Landkreis sowie für die Qualifizierung des bestehenden Pflegeplatzangebots (z.B. Versorgung von Demenzkranken). So können in Gemeinden, die bisher bzw. zukünftig unterversorgt sind, Ersatzplätze für an anderer Stelle wegfallende Plätze geschaffen werden. In Gemeinden ohne stationäre Pflegeeinrichtung bzw. in solchen mit zukünftig zu wenigen Plätzen könnten alternative Angebote (z.B. Pflegewohngruppen) entstehen.

2.7.5 Handlungsempfehlungen Dauerpflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen sich vielfältigen Anforderungen und Erwartungen stellen. Diese reichen von der Erstellung einer zeitgemäßen Pflegekonzeption unter besonderer Berücksichtigung der Belange von schwer an Demenz erkrankten Bewohnern über die Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums und die bauliche Anpassung an die Landesheimbauverordnung bis hin zu einer konsequenten Öffnung in das Gemeinwesen. Standortgemeinden erwarten eine aktive Beteiligung im Gemeinwesen und erhoffen sich von einer zentral angesiedelten Pflegeeinrichtung die Belebung des Ortskerns und eine Steigerung der Attraktivität ihrer Kommune. Das Pflegeheim der Zukunft wird daher ein zentral gelegenes, kommunales Servicezentrum mit vielfältigen Funktionen sein. Daher ist es für die Pflegeeinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis wichtig, sich mehr und mehr als Gemeinwesenzentren für generationenübergreifende Dienstleistungen und als offene Gemeinde- bzw. Stadtteil-Treffpunkte zu verstehen bzw. sich zumindest in diese Richtung zu entwickeln.

Angesichts der rein quantitativen Bedarfsdeckung wird es im Schwarzwald-Baar-Kreis in Zukunft vor allem um die Umverteilung von Pflegeplätzen, Strukturverbesserungen und die qualitative Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen gehen. Ein Teil des bestehenden Platzüberhangs wird sich durch die Umwandlung von Doppel- in Einzelzimmer reduzieren. Dies sollte als Chance genutzt werden, in den unterversorgten Regionen (vgl. Karte zum voraussichtlichen Überangebot und regionalen Versorgungslücken) mit Platzbedarf entsprechende Angebote zu schaffen. Im Interesse der bedarfsgerechten Umverteilung und Qualifizierung des bestehenden Platzangebotes und der Weiterentwicklung von Pflegeeinrichtungen zu Gemeinwesenzentren werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Erhebung bei den Einrichtungsträgern im Landkreis bzgl. der vorhandenen Doppelzimmer und der Planungen zur Erfüllung der LHBauVO
- Gemeindebezogene Analyse der Bedarfe, Strukturen und Angebote zur Pflege in den Kommunen unter der Federführung des Landratsamtes; hierzu sind personelle Kapazitäten erforderlich
- Prüfen, ob in Abstimmung mit den entsprechenden Trägern und den Kommunen die Verlagerung von abgebauten Plätzen in unterversorgte Gemeinden hinein möglich und sinnvoll ist
- Prüfen, für welche Kommunen der Aufbau von alternativen Wohnformen sinnvoll ist; Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite in Form kleiner, wohnortbezogener Pflegeangebote
- Prüfen, wo der Ausbau von speziell für Demenzkranke geeignete Pflegeangebote integriert in bestehende Einrichtungen notwendig und sinnvoll ist
- Unterstützung der Weiterentwicklung aller Pflegeeinrichtungen zu gemeinde- bzw. stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren

2.8 Alternativen zur stationären Pflege

2.8.1 Allgemeine Entwicklungen

Unterschiedliche Gründe können dazu führen, dass häusliche und ambulante Pflegeleistungen nicht mehr ausreichen, weil das häusliche und familiäre Umfeld selbst mit Unterstützung ambulanter Dienste angesichts eines umfassenden Pflege- und Betreuungsbedarfs an seine Leistungsgrenzen kommt. In manchen Fällen steht aber ein Umzug in ein Pflegeheim dennoch nicht zur Debatte, weil entweder ein passendes Angebot ganz fehlt oder vorhandene Angebote nicht den Wünschen der Betroffenen entsprechen.

Gleichzeitig stellt sich für kleinere Gemeinden die Frage, wie ihre Bürger auch bei schwerem Pflegebedarf am Ort in vertrauter Umgebung versorgt werden können. Der örtliche Bedarf an stationären Pflegeplätzen ist oft so gering, dass ein wirtschaftlich tragfähiges Konzept für ein stationäres Pflegeangebot bei verantwortungsvoller Planung nicht darstellbar ist. Unterstellt man eine zukünftig zunehmende Ausdifferenzierung der Angebotslandschaft in der Altenhilfe und eine damit einhergehende Dezentralisierung der stationären Pflegeplätze, kann künftig weniger davon ausgegangen werden, dass überzählige Pflegeplätze von Pflegebedürftigen aus Nachbargemeinden belegt werden. So wird es in der Regel Aufgabe der Gemeinde oder von Gemeindeverbünden sein, maßgeschneiderte Angebote für den Hilfe- und Pflegebedarf ihrer Bürgerinnen und Bürger zu entwickeln. In dieser Situation kommt auch alternativen Lösungen wie beispielsweise ambulant betreuten Pflegewohngruppen eine wachsende Bedeutung zu.

Ambulant betreute Wohngruppen und Pflege-Wohngemeinschaften sind schon in den vergangenen Jahren vereinzelt als Alternative zum herkömmlichen Pflegeheim entstanden. In dieser Wohnform leben unterstützungsbedürftige und auch demenzkranke ältere Menschen in kleinen Gruppen von 6 bis 12 Bewohnern in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Jedem Bewohner steht ein privater Schlaf- und Wohnbereich zur Verfügung. Gemeinsam genutzt werden Wohnzimmer und Küche sowie meist auch das Bad. Die Pflege und Betreuung der Bewohner wird rund um die Uhr von Pflegekräften, Alltagsbegleitern bzw. Präsenzkraften, Angehörigen und Ehrenamtlichen gemeinsam übernommen. Bewohner und Angehörige bestimmen die alltäglichen Abläufe weitgehend selbst.

Bei selbstorganisierten Wohngemeinschaften schließen sich die Angehörigen beziehungsweise gesetzlichen Vertreter der Bewohner in der Regel zu einer Auftraggebergemeinschaft zusammen, die über alle gemeinschaftlichen Angelegenheiten entscheidet, z.B. über die Auswahl der ambulanten Dienste und über Neuaufnahmen. Initiiert werden solche Pflegewohngruppen vorrangig von Vereinen und Gruppierungen Angehöriger, oft unter Beteiligung von engagierten Fachkräften aus der Pflege.

Häufiger finden sich Lösungen, bei denen Wohngruppen von Pflegefachkräften, in der Regel in Kooperation mit Wohnungsanbietern, ins Leben gerufen werden. Primäres Ziel der ambulant betreuten Wohngruppen ist es, ein möglichst hohes Maß an individueller Selbstbestimmung auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf außerhalb eines stationären Pflegeheims zu gewährleisten.

Pflegewohngruppen unterscheiden sich durch Überschaubarkeit, Individualität und ambulante Organisationsform von herkömmlichen Pflegeheimen. Sie weisen in der Regel eine sehr gute Personalausstattung auf (nicht selten handelt es sich um kleine Privatbetriebe, die von Pflegefachkräften geführt werden, die aus dem stationären Bereich kommen und befriedigendere Arbeitsbedingungen anstreben). Darüber hinaus können sich Pflegewohngruppen zu Anlauf- und Servicestellen im Wohnumfeld entwickeln und insbesondere in kleinen Gemeinden, in denen es kein Pflegeheim gibt, ein wohnortnahes Pflegeangebot zur Verfügung stellen.

Pflegewohngruppen sehen sich jedoch in Bezug auf ihren Status mit komplexen ordnungs- und leistungsrechtlichen Fragen konfrontiert. So ist Voraussetzung für den ambulanten Status u.a. eine eindeutige vertragliche Trennung von Wohnangebot und Pflegeleistungen. Ambulant betreute Wohngruppen können nur dann funktionieren, wenn diese Fragen schon vor der Realisierung mit den zuständigen Institutionen Heimaufsicht, Sozialhilfeträger, Pflegekasse und Krankenkasse verbindlich geklärt werden konnten. Rechtliche Rahmenbedingungen, die zu beachten sind, sind neben dem Pflegeversicherungs-gesetz, das Sozialgesetz, das Landesheimgesetz und das Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz. In der Praxis sind sowohl ambulant als auch stationär organisierte Lösungen zu finden. Da sich in Einzelfällen auch Kleinstpflegeheime als ambulante Wohngruppe darstellen, obwohl faktisch stationäre Pflege vorliegt, ist eine behördliche Prüfung der vertraglichen, baulichen und pflegerischen Qualität zur Vermeidung eines verdeckten (und damit nicht überwachten) Heimbetriebs unvermeidlich.

Die Wirtschaftlichkeit solcher Projekte kann verbessert werden, wenn ambulant betreute Wohngruppen in andere Sozial- oder Wohnprojekte in der Stadt oder Gemeinde integriert sind, wenn sie im Verbund mehrerer Projekte geführt werden und wenn ein verlässliches Engagement von Angehörigen und sonstigen freiwilligen Helfern gewährleistet ist.

Erleichtert wird die Entstehung ambulant betreuter Wohngruppen, wenn seitens der Standortkommune begünstigende Rahmenbedingungen geschaffen werden wie zum Beispiel Beratung und fachliche Begleitung in der Startphase, Hilfe bei der Gebäude- oder Grundstücksbeschaffung, Unterstützung bei der Finanzierung von Baumaßnahmen. Auch Sozialhilfeträger und Pflegekassen können alternative Pflegeprojekte durch spezifische Absprachen und Vereinbarungen gezielt unterstützen.

In Baden-Württemberg wurde bisher im Vergleich zu einigen anderen Bundesländern nur eine kleine Zahl von ambulant betreuten Wohngruppen geschaffen (zum Beispiel in Kirchheim im Landkreis Esslingen, im Raum Freiburg und im Landkreis Konstanz). Die wesentlichen Problemstellungen bei den bisher realisierten Projekten konzentrieren sich auf den ungesicherten rechtlichen Status zwischen Pflegeheim und privatem Wohnen, auf die schwierige Finanzierung der baulichen Investitionen und auf die knappen Mittel zur Finanzierung des laufenden Betriebs. Auch die Frage der für einen wirtschaftlichen Betrieb erforderlichen Mindestgröße stellt manche Initiativen vor Schwierigkeiten. Erhebliche Betriebsprobleme bereitet manchen Projekten auch die fehlende Zusage der Kostenübernahme durch den örtlichen Sozialhilfeträger.

Das Landesheimgesetz für Baden-Württemberg bestimmt, dass das Heimrecht mit seinen baulichen und personellen Vorgaben nicht für Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige anzuwenden ist, wenn sie von Dritten strukturell unabhängig sind. Das ist der Fall, wenn die Mitglieder der Wohngemeinschaft ihre Angelegenheiten in einer Auftraggebergemeinschaft selbst regeln. Voraussetzung ist die uneingeschränkte Wahlfreiheit der Bewohner bzw. Angehörigen im Hinblick auf die Betreuungsleistungen. Daher dürfen Vermieter und Anbieter der Dienstleistungen nicht identisch oder anderweitig faktisch miteinander verbunden sein. Mit der geplanten Novelle des Landesheimgesetzes - dem sog. Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) - werden weitere Kriterien definiert, die der Abgrenzung stationärer Einrichtungen und ambulant betreuter Wohngemeinschaften dienen. Ziel des neuen Gesetzes ist es, abgestufte Schutzmechanismen zur Sicherung der Qualität in der Pflege je nach struktureller Abhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in den unterschiedlichen Wohnformen zu implementieren.

Welchen Stellenwert ambulant betreute Wohngruppen in der zukünftigen Versorgungslandschaft haben werden, ist in Fachkreisen noch umstritten. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln weist auf die vielen Vorteile ambulant betreuter Wohngruppen hin (Kombination von Versorgungssicherheit und selbstbestimmter Lebensführung in einer eigenen Häuslichkeit, personenzentrierte Betreuungssituation, Integration in die vertraute Nachbarschaft, Beteiligung und gleichzeitige Entlastung der Angehörigen) und sieht in ihr eine grundsätzliche Alternative zum Pflegeheim. Skeptische Stimmen bewerten zwar den konzeptionellen Ansatz ambulant betreuter Wohngruppen ebenfalls positiv, befürchten aber, dass solche Wohngruppen nur für einen kleinen Teil der pflegebedürftigen älteren

Menschen geeignet und daher für die meisten Pflegebedürftigen keine Alternative seien, wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist.

Aus fachlicher Sicht erscheint ein Ausbau ambulanter Pflegewohngemeinschaften im Hinblick auf die Demografie sowie die aktuellen Entwicklungen in der stationären Pflege dringend geboten. Für den verstärkten Ausbau sprechen zahlreiche weitere Gründe. Die Organisationsform ähnelt einem normalen Wohnverhältnis und die kleinen Platzzahlen erleichtern zusätzlich eine problemlose Integration in die Nachbarschaft. Aufgrund kleiner Bewohnerzahlen lässt sich der Tagesablauf sehr gut gemäß den individuellen Bedürfnissen gestalten. Dies entspricht dem zunehmenden Bedürfnis nach möglichst individuellen, alltagsnahen Lösungen unter Einbeziehung familiärer und nachbarschaftlicher Unterstützungspotentiale. Dadurch, aber auch durch den verstärkten Einsatz von Präsenzkraften und Alltagsbegleitern können Pflegefachkräfte wirksam entlastet werden, wobei die personelle Ausstattung mit Fachkräften bei den vorhandenen Projekten häufig über dem Durchschnitt in stationären Einrichtungen liegt. Unstrittig ist, dass für eine weitere Verbreitung dieser Wohnform rechtliche Hindernisse abgebaut, bestehende Regelungen wohlwollend angewandt und die finanzielle Schlechterstellung im Vergleich zur stationären Pflege abgeschafft werden müssen. Gleichzeitig sind zum Schutz der Bewohner neue Verfahren der Qualitätssicherung zu etablieren. Eine Arbeitsgruppe beim Sozialministerium Baden-Württemberg hat unter Beteiligung des KVJS Qualitätskriterien für die bauliche und konzeptionelle Gestaltung betreuter Wohngruppen entwickelt, die in einer Broschüre veröffentlicht wurden.²⁸ Auch das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz berücksichtigt die Schutzbedürftigkeit sowie die Qualitätssicherung ambulant betreuter Wohngemeinschaften in besonderem Maße.

Neben den ambulant betreuten Wohngruppen sind Wohngruppen und sog. Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige vereinzelt auch unter dem organisatorischen Dach von stationären Pflegeheimen entstanden. Dabei handelt es sich jedoch weniger um Alternativen zur stationären Pflege, sondern vielmehr um eine Weiterentwicklung der stationären Pflegeform.²⁹

2.8.2 Situation im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis sind derzeit 2 Pflegewohngemeinschaften mit jeweils bis zu acht Bewohnern ambulant organisiert. Sie weisen eine eindeutige Trennung von Wohnungsanbieter und Pflegeanbieter auf.

28 Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Neue Wohnformen für ältere Menschen – Stand und Perspektiven, Stuttgart 2006.

29 vgl. dazu Kuratorium Deutsche Altershilfe, Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft: Empfehlungen zur Planung von Pflegeheimen, Köln 2008.

2.8.3 Handlungsempfehlungen ambulant betreute Pflegewohngruppen

In Gemeinden und Stadtteilen ohne stationäre Pflegeeinrichtung bietet sich der Aufbau alternativer Angebote in Form ambulant betreuter Pflegewohngruppen an. Dies entspricht den Wünschen vieler Pflegebedürftiger und eröffnet neue Perspektiven für deren Versorgung. Auf Kreisebene sollten unter den zu beteiligenden Stellen geeignete Regelungen abgesprochen werden, wobei insbesondere auch eine Vereinbarung über die wesentlichen Qualitätskriterien für diese Versorgungsformen³⁰ zu treffen ist.

Die Bereitstellung von Wohnraum oder von Grundstücken kann die Entstehung alternativer Angebote wirksam unterstützen. Für Fragen der praktischen Umsetzung sollten die Erfahrungen der bereits bestehenden Angebote sowie bei Bedarf die Beratung durch qualifizierte Unternehmen genutzt werden.

Trotz offener Fragen bezüglich der Finanzierung sollten aus fachlicher Sicht neue Organisationsformen in der pflegerischen Versorgung erprobt werden, die stärker auf die individuelle Situation und Bedarfslage der Pflegebedürftigen ausgerichtet sind. Dabei ist die Einbindung dieser Versorgungsformen in das örtliche Umfeld im Rahmen von Quartierskonzepten von zentraler Bedeutung.

2.9 Weitere Hinweise zur pflegerischen Versorgung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die - aufgrund der gesetzlichen Regelungen streng getrennten - Bereiche der ambulanten und stationären Versorgungsformen beschrieben wurden, geht es in diesem Abschnitt vor allem darum, auf Aspekte und Handlungsoptionen zu verweisen, die die Vielfalt und notwendige Vernetzung unterschiedlicher Unterstützungsangebote sowie die Ansatzpunkte für eine Beeinflussung des pflegerischen Bedarfs in den Mittelpunkt stellen. Im Rahmen dieses Berichtes können jedoch nur einige allgemeine Hinweise gegeben werden.

Um eine qualitativ hochwertige und menschenwürdige Versorgung der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger des Schwarzwald-Baar-Kreises auch in Zukunft sicher zu stellen, sind vielfältige Anstrengungen erforderlich. Für die Maßnahmenplanung kann der rein mengenmäßige Ausbau bisheriger Versorgungsangebote ebenso wenig eine Lösung sein wie die strikte Unterteilung in ambulante und stationäre Angebote. Stattdessen geht es zunächst darum, den jeweiligen örtlichen Bedarf an pflegerischer Versorgung aus der Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen unabhängig von der Organisationsform der Angebote zu bewerten. Auf dieser Grundlage können bedarfsgerechte, wohnortbezogene Unterstützungsangebote entwickelt werden, wobei die kommenden soziodemografischen Entwicklungen einschließlich des sich verstärkenden Fachkräftemangels zu berücksichtigen sind.

30 Anhaltspunkte bieten die „Eckpunkte zu Qualitätsanforderungen in ambulant betreuten sowie stationär geführten Haus- und Wohngemeinschaften“, die im November 2011 von mehreren Institutionen, u.a. der Kath. Sozialstation Villingen-Schwenningen formuliert wurden.

Die wesentliche Aufgabe aktueller Pflegeplanung besteht darin, selbständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung auch im Alter und bei zunehmendem Pflegebedarf so lange wie möglich zu unterstützen. Erst wenn dies nicht mehr möglich ist, müssen abgestufte Unterstützungs- und Versorgungsangebote bereitstehen, die den individuell sehr unterschiedlichen Wünschen der Beteiligten entsprechen und möglichst wohnortnah vorgehalten werden. Dabei ist es erforderlich, sowohl professionelle als auch nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfen einzubeziehen. Der Vorsitzende des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), Dr. h.c. Jürgen Gohde beschrieb die zunehmende Bedeutung informeller Hilfen vor kurzem im Interview folgendermaßen: „Die Alleinversorgung durch pflegende Angehörige wird weiter abnehmen. Wenn wir auf die stationäre Entwicklung allein setzen, gehen wir auf eine beträchtliche Versorgungslücke zu. (...) Diese Lücke wird deutlich kleiner, wenn wir die zivilgesellschaftlichen Kräfte (...) und die Potentiale der Menschen nutzen.“³¹

Vor allem auch die unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens, des Generationenwohnens und auch des Wohnens in Gastfamilien wären hier insbesondere als ergänzende Angebote zu nennen.

Zu ergänzen wäre, dass die „zivilgesellschaftlichen Kräfte und die Potentiale der Menschen“ nur dann ihre Wirkung entfalten können, wenn sie aktiv gefördert werden und in ein ausdifferenziertes, gestuftes und gut organisiertes Unterstützungs- und Versorgungssystem eingebettet sind. Ein solches vernetztes und aufeinander abgestimmtes System für alle Regionen des Landkreises zu entwickeln gelingt nur dann, wenn die Kommunen, orientiert an der Rahmenplanung des Kreises und in gegenseitiger Abstimmung, jeweils spezifische, an die örtliche Situation angepasste Demografie- und Seniorenkonzepte umsetzen. Solche auf der kommunalen Ebene entwickelten Demografiekonzepte können die demografische Entwicklung im positiven Sinne gestalten, deren Chancen nutzen und einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungssteuerung leisten.

Als wesentliche Bestandteile eines abgestuften und leicht zugänglichen Unterstützungssystems auf örtlicher Ebene sind zu nennen:

- Funktionierende Infrastruktur, insbesondere in den Bereichen Nahversorgung, medizinische Versorgung und Nahverkehr
- Niedrigschwellige haushaltsbezogene Dienstleistungen
- Niedrigschwellige Hilfen bei der Alltagsbewältigung
- Unterstützung sozialer Kontakte/Schaffung von Treffpunkten
- Altersgerechte Wohnangebote und öffentliche Räume
- Flexible pflegerische Dienstleistungen in unterschiedlichen Organisationsformen entsprechend den individuellen Bedürfnissen
- Stationäre medizinische und pflegerische Angebote entsprechend dem örtlichen Bedarf

31 Change (Zeitschrift der Bertelsmann Stiftung) Heft 3/2013, S. 32.

- Vernetzung zwischen den Angeboten zur Vermeidung von Versorgungslücken und Übergangsproblemen
- Interkommunale Kooperationen insbesondere in dünn besiedelten Regionen

Eine Neuausrichtung der Leistungs- und Versorgungsangebote für ältere Menschen ist erforderlich, um den künftigen Entwicklungen gewachsen zu sein. Im Kern geht es in jeder einzelnen Kommune um die Gestaltung von altersgerechten und altersfreundlichen Wohnumwelten, die bei Bedarf mit maßgeschneiderten Dienstleistungen kombiniert werden können. Neben den Kommunen kommt den Anbietern dieser Leistungen eine zentrale Rolle zu. Eine gute Planung und Koordinierung demografiebezogener örtlicher Aktivitäten nutzt die Chancen der demografischen Entwicklung und kann wesentlich zu einer zukunftsgerichteten Versorgungssteuerung beitragen.

3 Palliativpflege und Hospiz

3.1 Allgemeine Entwicklungen

Hospiz- und Palliativbetreuung mit ihren verschiedenen Aufgabenbereichen werden in der Regel durch ambulante Hospizdienste, ambulante Palliativdienste, stationäre Hospize und Krankenhäuser mit Palliativausrichtung beziehungsweise Palliativstationen erbracht. Die Bandbreite reicht von häufig seitens der Kirchen initiierten ehrenamtlichen Sterbebegleitungs- oder Hospizdiensten bzw. -vereinen, die überwiegend ambulant tätig sind, bis hin zu spezialisierten stationären Einrichtungen, die von den Krankenkassen sowie zusätzlich über Spenden finanziert werden. Auch Pflegeheime können Hospizbetten in ihr Angebot integrieren.

3.2 Ambulante Hospizdienste

Hospizarbeit ist begleitende, beratende und lindernde Hilfe mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit tödlich verlaufenden Erkrankungen zu verbessern und ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Hospizgruppen und -vereine sehen ihre Aufgabe außerdem in der intensiven Begleitung, Entlastung und Unterstützung der Angehörigen. Im Wesentlichen werden diese Aufgaben von qualifizierten ehrenamtlichen Kräften übernommen. Die Krankenkassen fördern ambulante Hospizdienste, die für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, der Familie oder stationären (Pflege-)Einrichtungen erbringen. Voraussetzung der Förderung ist unter anderem, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester bzw. -pfleger oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht. Die Fachkraft des Hospizdienstes übernimmt die palliativ-pflegerische Beratung und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen sicher. Die Förderung erfolgt als Zuschuss zu den Personalkosten für die Fachkräfte.³²

3.3 Spezialisierte Palliativdienste

Das am 01.04.2007 verabschiedete Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung³³ definiert erstmalig einen Anspruch der Versicherten auf eine sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).³⁴ Schwerstkranke Men-

32 § 39a Abs. 2 SGB V; Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3.9.2002 in der Fassung vom 14.4.2010.

33 kurz: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz oder GKV-WSG.

34 § 37b SGB V. Inkrafttreten mit dem GKV-WSG am 1. April 2007.

schen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung haben unter spezifischen Voraussetzungen nach ärztlicher Verordnung und Genehmigung seitens der Krankenkasse Anspruch auf dieses Angebot, das sowohl zu Hause wie auch in stationären Einrichtungen erbracht werden kann und koordinierte pflegerische sowie ärztliche Leistungen umfasst. Die Leistungen werden von sogenannten „Palliative Care Teams“ (PCT) erbracht, die mit den Krankenkassen entsprechende Verträge geschlossen haben, eine 24-stündige Verfügbarkeit sicherstellen und bestimmte fachliche Qualifikationen vorweisen. Ein Palliative Care Team ist eine interdisziplinäre Gruppe von Fachkräften bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern und Psychologen beziehungsweise Therapeuten. Sie sind angesiedelt an stationäre Hospize und Krankenhäuser mit Palliativausrichtung bzw. Palliativstationen, die sich der koordinierten Versorgung von schwerstkranken Patienten widmen, deren Sterbeprozess begonnen hat oder in absehbarer Zeit bevorsteht. Oft werden auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizdienstes mit hinzugezogen. In den meisten Bundesländern wurden inzwischen SAPV-Strukturen aufgebaut, eine flächendeckende Umsetzung ist jedoch bislang bei weitem noch nicht erreicht. In Baden-Württemberg sind aktuell 28 SAPV-Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen.³⁵

3.4 Stationäre Hospize

Für Menschen, für die ein Sterben zu Hause nicht möglich ist, stehen stationäre Hospize und Palliativstationen zur Verfügung. Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 Betten. Eine ganzheitliche Pflege und Versorgung wird durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten gewährleistet. Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist eine schwere Erkrankung, die fortschreitend verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen ist. Zu den weiteren Voraussetzungen zählt u.a., dass eine palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung im stationären Hospiz als notwendig erachtet und eine Aufnahme von den Betroffenen gewünscht wird.³⁶ Stationäre Hospize haben Verträge mit den Krankenkassen. Zur Aufnahme in ein Hospiz sollte eine Pflegestufe vorliegen oder mindestens beantragt sein. Die Kosten für den Aufenthalt tragen zu 90 Prozent die Kranken- und Pflegeversicherungen, 10 Prozent der vereinbarten Tagessätze müssen von den Trägern der Hospize aufgebracht werden. Unter anderem deshalb können stationäre Hospize nicht kostendeckend arbeiten, so dass sie in hohem Maße auf Spenden angewiesen sind. Für den Patienten sind die Leistungen des Hospizes kostenlos.

35 Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg e.V. : <http://hospiz-bw.de/adressen/hospizangebote?einrichtung=956&kreis=All>, Abfrage am 06. September 2013.

36 Gesetzlich geregelt im § 39a SGB V.

Palliativstationen sind als Akut-Stationen an Krankenhäusern realisiert. Ihr Ziel ist es, Menschen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit durch medizinische, pflegerische und andere Maßnahmen eine weitgehende Linderung der Symptome zu verschaffen, so dass die verbleibende Lebenszeit mit einer möglichst hohen Lebensqualität wieder zuhause verbracht werden kann. In der medizinischen Behandlung gilt der Grundsatz, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nur dann anzuwenden, wenn sie einerseits dem Willen des Betroffenen entsprechen und andererseits mit hoher Wahrscheinlichkeit eine positive Auswirkung auf seine Lebensqualität haben. Sollte eine Entlassung nicht mehr möglich sein, stellt die Palliativstation dem Sterbenden angemessenen Raum und Begleitung zur Verfügung. Die Aufenthaltsdauer ist begrenzt, danach wird der Patient nach Möglichkeit in die häusliche Versorgung entlassen. Bei weiter bestehender Notwendigkeit einer medizinisch-pflegerischen Versorgung rund um die Uhr ist nach Absprache mit allen Beteiligten die Verlegung in ein Hospiz möglich. Die Kosten für den Aufenthalt auf der Palliativstation tragen die Krankenversicherungen.

3.5 Situation im Schwarzwald-Baar-Kreis

Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es mit der Hospizbewegung im Schwarzwald-Baar-Kreis e.V. und dem ambulanten Hospizdienst des Hospizfördervereins Villingen-Schwenningen e.V. zwei eigenständige Hospizvereine, die beide ihren Sitz in Villingen-Schwenningen haben. Die Kernaufgabe der beiden Hospizvereine ist der ehrenamtliche ambulante Hospizdienst in Privatwohnungen und Pflegeheimen, z.T. auch in Krankenhäusern. Im Dezember 2012 hat das Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen als Träger des neuen Palliativ Care Teams Schwarzwald-Baar einen SAPV-Vertrag mit den Krankenkassen unterzeichnet. Die Koordinationsstelle ist im Klinikum angesiedelt. Die Kooperationspartner des Palliativ Care Teams treffen sich wöchentlich persönlich, um die aktuellen Fälle zu diskutieren. Gerechnet wird mit insgesamt rund 250 Fällen jährlich. Weiterhin gibt es in Villingen-Schwenningen das stationäre Hospiz „Via Luce“ mit sieben Plätzen in privater Trägerschaft (gemeinnütziges Hospiz GmbH), ein Palliativzentrum am Schwarzwald-Baar-Klinikum in Villingen mit zwölf Plätzen ist in Planung.

Zudem bestehen im benachbarten Spaichingen (Landkreis Tuttlingen) weitere Plätze, die den Bedarf im Schwarzwald-Baar-Kreis mit abdecken.

Im Fachgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern von ambulanten Diensten und Beratungsstellen aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis wurde betont, dass im ambulanten wie im stationären Palliativbereich Versorgungslücken bestehen. Während es im stationären Bereich zu wenige Plätze gebe, ist nach Einschätzung der Fachleute im ambulanten Bereich v.a. der Mangel an entsprechend qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften problematisch. Auch an ehrenamtlichen Kräften, insbesondere auf dem Land sowie z.B. für Sitzwachen in der ambulanten Betreuung, fehle es. In ländlichen Gebieten verfügen einige ambulanten Pflegedienste über speziell fortgebildete Fachkräfte, die z.T. in Kooperation mit

Brückenschwestern bzw. -pflegern³⁷ die Palliativpflege zu Hause übernehmen bzw. koordinieren. Als problematisch erweist sich häufig die fehlende Vernetzung der Krankenhäuser mit dem Palliativ Care Team und den Hospizvereinen. Lediglich die Zusammenarbeit mit den onkologischen Stationen im Landkreis sei sehr gut.

3.6 Handlungsempfehlungen Palliativpflege und Hospiz

Der Bedarf an Palliativpflege wird sowohl wegen der Auswirkungen des demografischen Wandels wie aufgrund von aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich zunehmen. Im Schwarzwald-Baar-Kreis gibt es bereits örtlich gewachsene Versorgungsstrukturen (Hospizvereine, stationäres Hospiz, speziell ausgebildete Pflegefachkräfte) sowie seit dem Jahr 2013 ein Palliativ Care Team. Wichtig ist eine effektive Vernetzung der vorhandenen Strukturen und Angebote, um eine optimale medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung unheilbar kranker Patienten und ihrer Angehörigen auch in der letzten Lebensphase zu gewährleisten sowie den wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen sicherzustellen. Durch Bildung regionaler Versorgungsnetzwerke sollen sowohl Versorgungslücken wie Parallelvorhaltungen und Überkapazitäten vermieden werden und vor allem auch die Versorgung auf dem Land sichergestellt werden.

37 Der Begriff Brückenschwester ist als Wortmarke markenrechtlich geschützt und umfasst in dieser Bedeutung insbesondere die Betreuung von schwerkranken Tumorkranken im häuslichen Umfeld. Sie stellen u.a. die korrekte Durchführung der Schmerztherapie sicher und übernehmen zusammen mit dem behandelnden Arzt die Symptomkontrolle. Das Konzept der Brückenpflege wird in Baden-Württemberg seit den 1990er Jahren vom Sozialministerium, den Gesetzlichen Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft unterstützt.

4 Versorgung behinderter alter Menschen

Beachtet man den Auftrag der Inklusion durch die UN Behindertenrechtskonvention, müssen wir uns in der Versorgung wesentlich behinderter Menschen, die derzeit über den Landkreis als Sozialhilfeträger Eingliederungshilfe erhalten, die Frage stellen, wie die Maxime der Inklusion mit einer qualitätsvollen Unterstützung alter behinderter Menschen unter Wahrung der Bedarfe im Einzelfall aussehen kann. In der Teilhabeplanung für behinderte Menschen (2006) haben wir im Landkreis die personenzentrierte Hilfe als Ausgangspunkt der Bedarfsbestimmung im Einzelfall festgeschrieben. Gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern, aber auch den bisherigen Bezugspersonen soll die Hilfe im Alter und bei Pflegebedürftigkeit so individuell als möglich zusammengestellt werden. Da unter der Herrschaft der Nationalsozialisten in Deutschland die meisten behinderten Menschen ermordet wurden, werden in den nächsten Jahren das erste Mal seit 60 Jahren behinderte Menschen in größerer Anzahl alt, und bedürfen damit auch vermehrt pflegerischer Unterstützung.

Um diese Hilfe möglichst inklusiv zu gestalten, müssen auch die Serviceangebote der Altenhilfe im Landkreis für behinderte Menschen geöffnet werden und zur Verfügung stehen. Zudem müssen diese so ausgestaltet werden, dass eine Wahrnehmung dieser Dienste, Einrichtungen und Hilfen von behinderten Menschen auch möglich ist. Sie müssen sich gegebenenfalls so verändern, dass bestehenden Hürden abgebaut werden. Sei es bspw. in Form von Assistenzleistungen, barrierefreier Kommunikation oder barrierefreier Mobilität. Konzepte der Dienste und Einrichtungen müssen an spezielle Bedarfe behinderter Menschen angepasst werden.

Auch bei behinderten Menschen steigt der Pflegebedarf mit dem Alter an, da sie jedoch häufiger oder auch früher als in der Normalverteilung der Bevölkerung an somatischen (Alters-)Erkrankungen leiden, gehen Fachleute davon aus, dass damit zu rechnen ist, dass eine pflegerische Unterstützung eher früher notwendig ist als bei nicht behinderten alten Menschen.

Im Schwarzwald-Baar-Kreis erhalten (Stand 31.10 2013) 38 behinderte Menschen, die älter als 60 Jahre alt sind, Eingliederungshilfe.

Alter	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre
Personen	21	8	7	1	1

Für diesen Personenkreis muss die Eingliederungshilfe und Altenhilfe in den nächsten Jahren pflegerische Hilfeleistungen bereitstellen. Bisher werden alte behinderte Menschen, die Pflegebedarfe haben in der Regel in sogenannten Fachpflegeheimen versorgt, die zumeist großen Komplexeinrichtungen angeschlossen sind. Da wir in der Versorgung

behinderter Menschen jedoch immer mehr dezentrale und inklusive Konzepte verfolgen, werden vermehrt auch Pflegebedarfe außerhalb der Fachpflegeheime erfüllt werden müssen.

Betrachtet man die derzeitige Unterbringungsform dieser Zielgruppe aus dem Landkreis so leben 22 behinderte Menschen in einer stationären Einrichtung, 11 Personen im Betreuten Wohnen oder im Betreuten Wohnen in Familien in unterschiedlichen Orten im Landkreis, vorwiegend jedoch in Villingen-Schwenningen und Donaueschingen. 2 Personen erhalten ambulante Unterstützung und 2 Personen besuchen lediglich die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), leben aber ebenso wie die zuvor genannten 2 Personen alleine.

Dies macht deutlich, dass wir uns für die Zukunft sowohl für die Menschen Gedanken machen müssen, die derzeit in einer Einrichtung leben, als auch für Menschen, die mit unterschiedlichen Unterstützungsmaßnahmen alleine wohnen. Auch hier gilt die Maxime, dass der alte Mensch, ob behindert oder nicht, solange als möglich in seiner selbst gewählten Wohnform leben soll.

Für behinderte Menschen in Einrichtung wird sich andererseits, wie auch für nicht behinderte Menschen beim Eintritt einer Pflegebedürftigkeit die Frage stellen, wie diese abgedeckt werden kann. Die zentrale Zukunftsfrage stellt sich vor allem bei einem hohen pflegerischen Hilfebedarf, den die Einrichtung alleine nicht decken kann. Soll der behinderte Mensch dann, analog einem nicht behinderten Menschen in eine Pflegeeinrichtung vor Ort umziehen oder benötigt jeder behinderte Mensch die Fachpflege innerhalb der Behindertenhilfeeinrichtung.

Fachlich gibt es zu diesem Thema derzeit unterschiedliche Haltungen. Da wir im Landkreis einen personenzentrierten, inklusiven Ansatz verfolgen, halten wir es fachlich für richtig, dass auch der behinderte Mensch grundsätzlich die Angebote der Altenhilfe vor Ort nutzen kann und soll. Im Einzelfall muss dann gesehen werden, was das genau für die Hilfeerbringung im Einzelfall und die Arbeitsweise auch für die Einrichtungen und Dienste bedeutet.

Betrachtet man die Fallzahlen der Zukunft, so ist schon in der Zielgruppe der 55- bis 60-Jährigen zu sehen, dass sich in dieser Altersgruppe die Anzahl der behinderten Menschen, die Eingliederungshilfe erhalten verdoppelt: 46 Empfänger von Eingliederungshilfe sind derzeit zwischen 55 und 60 Jahre alt. Nur 20 Personen davon benötigen derzeit einen stationären Rahmen, auch das Verhältnis zwischen stationär untergebrachten und über Betreutes Wohnen oder ambulante Hilfen unterstützte Menschen verändert sich deutlich hin zum ambulanten Setting. Zukünftig werden mehr behinderte Menschen nicht stationär wohnen und somit häufiger die Pflegeeinrichtungen und Dienste vor Ort in Anspruch nehmen.

Fachgespräch zur Versorgung pflegebedürftiger behinderter Menschen:

Um die Frage der Nutzung von pflegerischen Hilfen durch behinderte Menschen mit den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Behindertenhilfe gemeinsam zu diskutieren, wurde im Rahmen dieser Altenhilfeplanung ein Fachgespräch mit Vertretern der Behindertenhilfe und Altenhilfedienste geführt. Einhelliges Fazit war: auch behinderte Menschen möchten, wie nicht behinderte Menschen, trotz Unterstützungsbedürftigkeit so lange als möglich in Ihrem angestammten Zuhause wohnen bleiben.

In der ambulanten Pflege werden auch schon jetzt behinderte Menschen außerhalb von Einrichtungen mit versorgt und in einigen Fällen wohnen behinderte Menschen auch derzeit schon in Pflegeheimen. Von Seiten der Behindertenhilfe wird eingebracht, dass grundsätzlich eine Inanspruchnahme der Altenhilfe im Einzelfall richtig sein kann, jedoch der individuelle Hilfebedarf und das Wunsch- und Wahlrecht nicht außer Acht gelassen werden sollte. Zudem wird eine Ausrichtung der Konzeption der entsprechenden Einrichtungen als notwendig angesehen. Thematisiert wurde auch, dass behinderte Menschen teilweise bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit auch jünger sind als nicht behinderte Menschen und daher die Formen der Unterstützung und Tagesstruktur den Bedürfnissen der Altersgruppen angepasst werden müssen.

Die Altenhilfe bejaht die Versorgungsverantwortung auch für behinderte Menschen grundsätzlich, merkt jedoch an, dass sich die Konzepte dazu weiter entwickeln müssen. „Einfach nur so“ könnten neue Hilfebedarfe nicht abgedeckt werden, die Einrichtungen und Dienste müssten sich zukünftig mit den Bedarfen der Zielgruppe spezieller auseinandersetzen.

Eingebracht wurde das grundlegende Problem im Landkreis, dass sowohl behinderte als auch alte Menschen immer schwerer bezahlbaren Wohnraum finden, eine ambulante Versorgung aber darauf grundlegend aufgebaut ist. Ohne den Ausbau von sozialem Wohnungsbau sei die ambulante Versorgung gefährdet.

Grundsätzlich wurde die Diskussion im Fachgespräch zu einer gemeinsamen Entwicklung der Versorgungsfrage begrüßt und der Wunsch formuliert, diesen nun begonnenen fachlichen Dialog mit dem Ziel der Kennenlernen der Systeme und gemeinsamen Weiterentwicklung neuer Hilfesettings weiter zu führen. Hilfreich könnten darüber hinaus Modellprojekte sein, in denen gemeinsam passende Hilfen entwickelt werden könnten. Sichtbar war in der Diskussion, dass beide Seiten – Vertreter der Behindertenhilfe und Altenhilfe sich in einer gemeinsamen Verantwortung sehen, hier für die zukünftigen Bedarfe gute, inklusive und dezentrale Lösungen zu finden.

Bedarfe:

- In der Eingliederungshilfe müssen vorausschauende Hilfekonzepte im Einzelfall mit Betroffenen und bisherigen Unterstützersystemen erarbeitet werden. Da diese Menschen derzeit schon im Leistungsbezug stehen, sind sie bekannt, eine Hilfeplanung kann von der Eingliederungshilfe angeregt werden. Die Methode der Persönlichen Zukunftsplanung und Herstellen von Unterstützernetzen wurden dazu

bspw. landesweit schon erprobt (KVJS u.a.). Vor allem mit der Herstellung von Unterstützernetzen könnte es gelingen, auch Angehörige und Ehrenamtliche in die Unterstützung dieser Zielgruppe langfristig im Sinne eines Hilfemixes einzubeziehen bzw. ihr Engagement zu erhalten. Dies bedeutet jedoch einen höheren Zeitaufwand in der Fallsteuerung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe.

- Die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe, in denen Senioren und zukünftig auch hochaltrige Menschen stationär untergebracht sind, müssen Konzepte der Unterstützung und Betreuung außerhalb der WfbM erarbeiten. Bisher ist die Betreuung tagsüber hauptsächlich entweder über die Arbeit in der WfbM oder einer Förder- und Betreuungsgruppe abgedeckt, zukünftig werden diese mit neuen Formen der Seniorenbetreuung und pflegerischen Hilfe ergänzt werden müssen.
- Mit den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Behindertenhilfe muss die Diskussion um eine Weiterentwicklung der Versorgungsmöglichkeiten stattfinden. Ein Austausch von Fachwissen ist notwendig, neue Ideen sollten gemeinsam erprobt werden.
- Die Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe müssen sich zukünftig auf die Zielgruppe der behinderten Menschen konzeptionell vermehrt einstellen. Da derzeit noch wenig behinderte Menschen die Einrichtungen nützen ist hier auch die Sensibilisierung der Einrichtungen teilweise noch notwendig. Das Thema sollte in den Verbänden, aber auch den entsprechenden Arbeitsgruppen im Landkreis beraten werden. Darüber hinaus werden Fortbildung und multiprofessionelle Teams vermehrt benötigt werden.
- Die Zielgruppe der jungen behinderten Menschen mit Pflegebedarf sollte nicht vergessen werden, da auch hier neue Versorgungsformen vermehrt angefragt werden. Dies ist jedoch nicht Gegenstand der Altenhilfeplanung.
- Das Thema Sozialer Wohnungsbau bzw. die Notwendigkeit zur Bereitstellung von bezahlbarem Wohnraum, auch betreutem Wohnen, sollte aufgegriffen werden, um die ambulante Versorgung auch weiter möglich zu machen.
- Die Versorgung behinderter alter Menschen in Gastfamilien soll intensiver beworben und genutzt werden, da sie eine gute Unterstützungsmöglichkeit für alle alten Menschen darstellt, auch für behinderte alte Menschen.

5 Pflegepersonal

5.1 Allgemeine Entwicklungen

Die demografische Entwicklung bringt es mit sich, dass der Fachkräftemangel in fast allen Wirtschaftsbereichen zunimmt. Dies gilt im besonderen Maße für Pflegekräfte: bereits heute ist der Bedarf an entsprechend qualifiziertem Personal z.T. schwer zu decken. Nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Baden-Württemberg, gab es im Februar 2012 landesweit 1.138 offene Stellen für examinierte Altenpflegekräfte (davon 288 in Teilzeit), denen 268 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte gegenüberstanden. Demnach betrug das Verhältnis von arbeitssuchenden Fachkräften zu freien Stellen 1:5. Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen ergeben sich nach Mitteilung der Regionaldirektion aus unterschiedlichen Gründen. Genannt werden die geringe Attraktivität von Pflegeberufen bei gleichzeitig anspruchsvoller und anstrengender Tätigkeit sowie die beruflichen Rahmenbedingungen (Schicht- und Wochenenddienst, Arbeitsbelastung und Bezahlung).³⁸

Für Baden-Württemberg hat das Statistische Landesamt auf Basis einer Modellrechnung eine Steigerung des Pflegekräftebedarfs von 2009 bis 2030 um 54 Prozent bzw. um ca. 57.000 Personen ermittelt.³⁹ Allerdings unterscheiden sich die regionalen Arbeitsmärkte je nach den Gegebenheiten vor Ort, z.B. in Bezug auf Alters- und Beschäftigungsstruktur der Bevölkerung, die Quote der stationären Versorgung oder die Wirtschaftsstärke. Regionen mit Abwanderung junger Arbeitskräfte, einer raschen Alterung und hoher Dichte stationärer Versorgungsangebote sind und werden anders betroffen sein als prosperierende, infrastrukturell gut aufgestellte Regionen. Regionen in Grenznähe zu attraktiven Arbeitsmärkten für Pflegefachkräfte wie die Schweiz, Österreich oder Skandinavien haben größere Schwierigkeiten, Fachkräfte zu halten oder zu gewinnen.⁴⁰

Eine Verschärfung der Situation ist infolge der Überlastung des vorhandenen Personals angesichts wachsender Anforderungen in der Pflege und eines gleichzeitig steigenden Altersdurchschnitts der Pflegefachkräfte zu erwarten. Daher ist von einer Zunahme der Berufserkrankungen und Fehltagen auszugehen. Tatsächlich verzeichnen Pflegeberufe einen sehr hohen und stärker als in anderen Berufsgruppen ansteigenden Krankenstand.⁴¹

Um den Fachkräftebedarf in der Pflege auch künftig decken zu können, sind umfassende Maßnahmen insbesondere im Bereich der Ausbildung und zur Verbesserung der Arbeits-

38 Vgl. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/1340 vom 29.02.2012.

39 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Voraussrechnung bis 2030 und 2050: Pflegebedürftige, Pflegearten und Pflegepersonal, Presseheft 1/2012.

40 Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, 14.03.2012.

41 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Pressemitteilung vom 14.02.2012.

bedingungen erforderlich. Im Ausbildungsbereich gibt es bereits einige Initiativen auf Bundes- und Landesebene. So haben sich u.a. Bund und Länder auf eine bis 2015 laufende „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ verständigt. Teil der Vereinbarung ist, dass Ausbildungskapazitäten erhöht, Weiterqualifizierungen erleichtert und Umschulungen gefördert werden. Jungen Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegekräften aus dem Ausland soll der Zugang zu Ausbildung und Beruf erleichtert werden. Aktuell haben das baden-württembergische Kultusministerium, das Sozialministerium und die Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit vereinbart, dass die Bundesagentur in den kommenden beiden Schuljahren erstmals die Kosten für Umschulungen, die zu einem anerkannten Abschluss in den Berufsbereichen Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege an den staatlichen beruflichen Schulen des Landes führen, fördern.⁴²

In Ergänzung zu den Pflegeberufen im engeren Sinne werden in Baden-Württemberg niederschwellige Ausbildungen im Vor- und Umfeld von Pflege erprobt, in denen die Unterstützung bei Alltagsverrichtungen und die Betreuung von Patienten und Pflegebedürftigen den Kern von Ausbildung und Einsatzfeld bilden. Dazu zählen die Ausbildung zur „Alltagsbetreuung“ sowie die Ausbildung zum „Servicehelfer“. Beide Ausbildungen ermöglichen auch Personen ohne Schulabschluss eine qualifizierte Berufsausbildung, die neben dem Berufsabschluss auch einen dem Hauptschulabschluss gleichwertigen Bildungsabschluss vermittelt. Damit können die Absolventinnen und Absolventen in die Altenpflege- oder Krankenpflegehilfeausbildung einsteigen oder bei entsprechender Eignung auch gleich in die Altenpflegeausbildung. Damit ist die Durchlässigkeit der Ausbildungen gesichert.

Eine weitere Entlastung kann insbesondere bei der Betreuung von Demenzkranken durch den Einsatz von sog. Betreuungskräften bzw. -assistenten erreicht werden. Sie übernehmen keine Pflegearbeiten, sondern betreuen und beschäftigen Demenzkranke im Sinne von Alltagsgestaltung (Spaziergehen, Vorlesen, Spielen usw.). Das Curriculum für die theoretische Ausbildung ist in der Betreuungskräfte-Richtlinie festgeschrieben.⁴³ Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Projekt aus dem Bereich der Behindertenhilfe: Die Gemeinnützigen Werkstätten und Wohnstätten GmbH (GWW) Sindelfingen qualifizieren Menschen mit Behinderung für diese Tätigkeiten. Das Berufsbild ist staatlich anerkannt und entspricht den gesetzlichen Anforderungen nach §87 b Abs.3 SGB XI für den Einsatz als zusätzliche Betreuungskraft in Pflegeheimen.

42 Vgl. <http://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/umschulung-zum-erzieher-und-altenpfleger-erleichtern/>

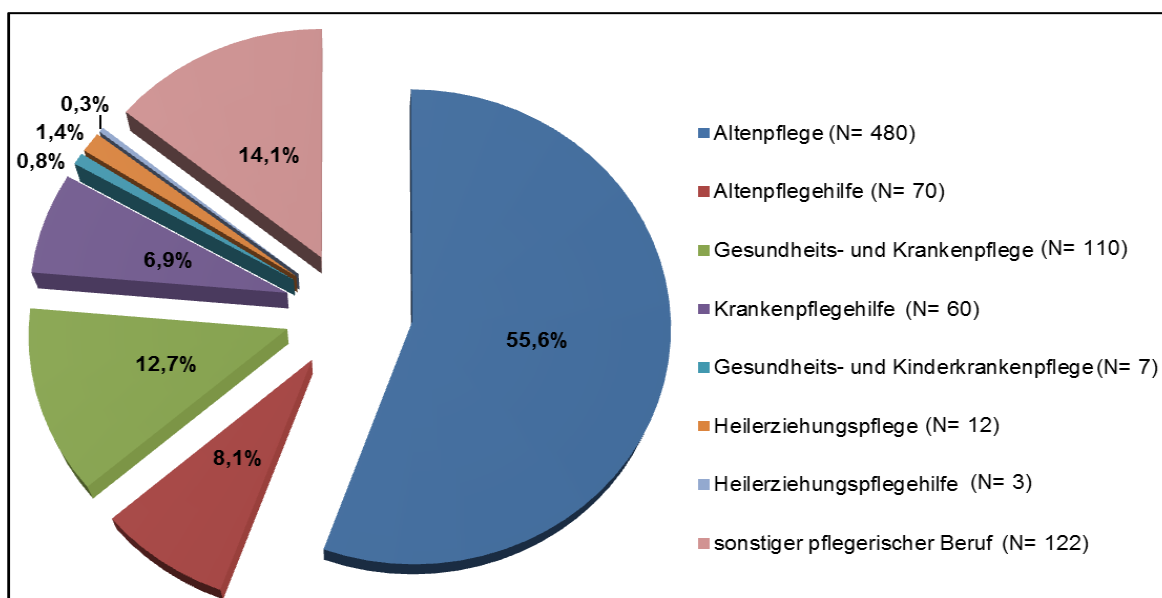
43 Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen vom 19. August 2008 in der Fassung vom 6. Mai 2013.

5.2 Personalsituation in der Pflege im Schwarzwald-Baar-Kreis

5.2.1 Stationäre Pflege

Im Schwarzwald-Baar-Kreis arbeiteten am 15.12.2011 insgesamt 742 Personen mit einem Berufsabschluss in einem Pflegefachberuf sowie 122 Personen mit einem sonstigen pflegerischen Beruf in einem stationären Pflegeheim im Schwarzwald-Baar-Kreis:

Pflegepersonal nach Berufsabschlüssen in Pflegeheimen im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011

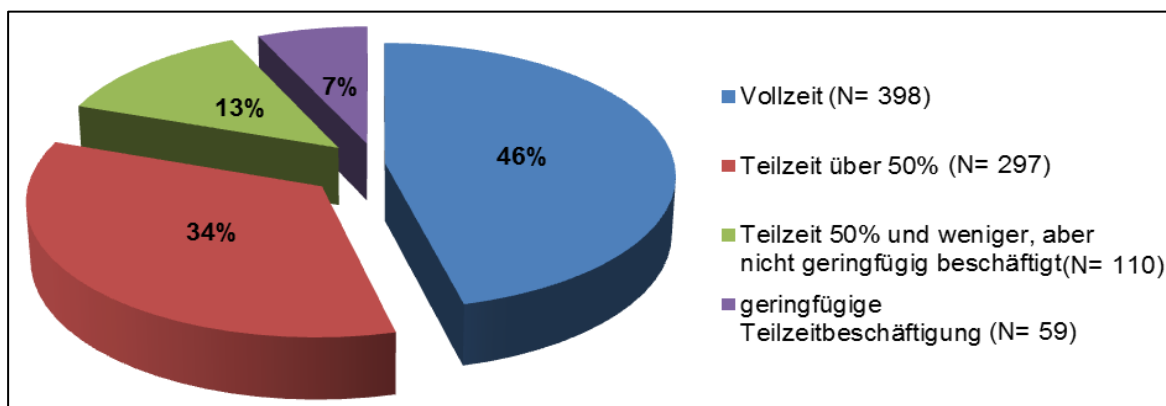


Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt, Sonderauswertung zur Pflegestatistik 2011 (N= 864).

Davon waren 398 Personen in Vollzeit (46 Prozent) und 466 Personen in Teilzeit (54 Prozent) beschäftigt, davon wiederum 297 (34 Prozent) mit einem Stellenumfang von 50 Prozent oder mehr sowie 169 (20 Prozent) mit einem geringeren Stellenumfang bzw. in geringfügiger Beschäftigung:

Pflegepersonal nach Beschäftigungsumfang in Pflegeheimen im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011

Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt, Sonderauswertung zur Pflegestatistik 2011 (N= 864).



Deutlich wird, dass Teilzeitarbeitsverhältnisse im Pflegebereich eine große Rolle spielen. Daher ist die ausschließliche Erhebung der Anzahl der Beschäftigten im Pflegebereich nicht ausreichend, um das tatsächliche aktuelle Beschäftigtenvolumen zu messen sowie den voraussichtlichen künftigen Bedarf an Pflegefachkräften abzuschätzen. Durch die Berechnung sog. Vollzeitäquivalente (VZÄ)⁴⁴, bei der Teilzeitbeschäftigte mit einem definierten geringeren Anteil gezählt werden, können jedoch Teil- und Vollzeiterwerbstätige vergleichbar gemacht werden. Der Arbeitskräftebedarf, ausgedrückt in VZÄ's, ist eine klar definierte Größe und spiegelt die tatsächlich benötigte Arbeitsleistung annähernd wider. Die Berechnung der Vollzeitäquivalente für die im Pflegebereich tätigen Beschäftigten im Schwarzwald-Baar-Kreis wurde in Anlehnung an das Vorgehen des Statistischen Landesamtes bei Auswertung der Pflegestatistik durchgeführt.⁴⁵

Pflegepersonal nach Berufsabschluss und Beschäftigungsumfang sowie Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Pflegeheimen im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011

	Personal gesamt	Vollzeit	Teilzeit > 50%	Teilzeit ≤ 50% nicht gering	Gering- fügig	VZÄ
Altenpflege	480	253	157	41	29	399
Krankenpflege	110	40	35	18	17	80
Kinderkranken- pflege	7	1	2	3	1	4
Alten- und Kranken- pflegehilfe	130	49	45	29	7	99
Heilerziehungs- pflege	12	5	6	1	0	10
Heilerziehungs- pflegehilfe	3	1	0	2	0	2
sonst. pflegerischer Beruf	122	49	52	16	5	97
gesamt	864	398	297	110	59	691

Datenbasis: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik 2011. Berechnungen: KVJS.

Rechnet man die Teilzeitbeschäftigten in Vollzeitäquivalente um, so ergibt sich, dass im Schwarzwald-Baar-Kreis auf 100 Beschäftigte in stationären Pflegeheimen rund 80 Vollzeitäquivalente entfallen. Von den 597 Pflegefachkräften⁴⁶ arbeiten 294 (49 Prozent) in Vollzeit und 303 (51 Prozent) in Teilzeit. In Vollzeitäquivalenten entspricht dies 483 Beschäftigten. Unter den 267 Pflegehilfskräften sind 104 Vollzeitbeschäftigte (39 Prozent) und 163 Teilzeitbeschäftigte (61 Prozent), was 208 Vollzeitäquivalenten entspricht.

⁴⁴ Maßeinheit für die fiktive Anzahl von Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigten.

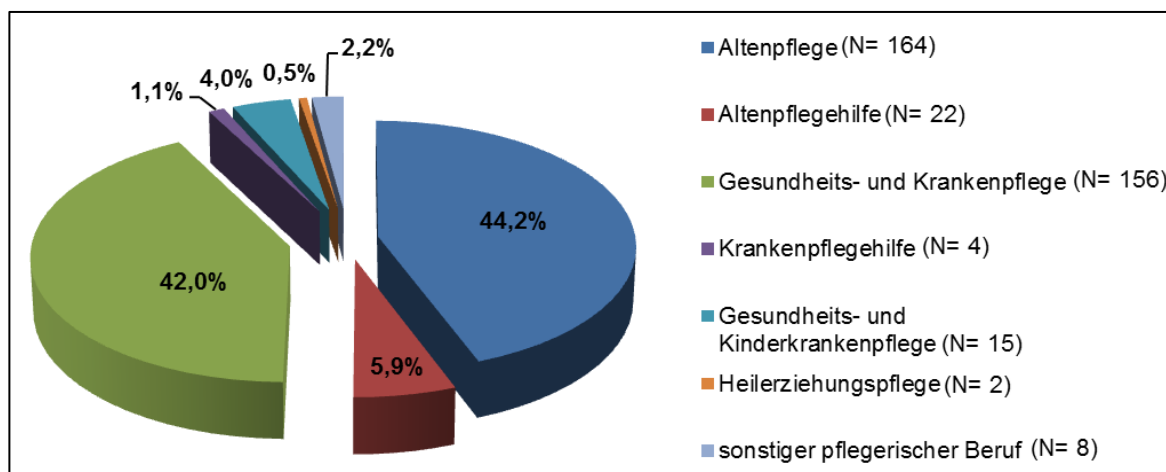
⁴⁵ Vollzeitbeschäftigte sind mit dem Faktor 1 gewichtet. Teilzeitbeschäftigte über 50 Prozent sind mit dem Faktor 0,75 gewichtet, Beschäftigte mit 50 Prozent und weniger, die aber nicht geringfügig beschäftigt sind, mit dem Faktor 0,5 und geringfügig Beschäftigte mit dem Faktor 0,25.

⁴⁶ Dazu zählen examinierte Altenpfleger/Innen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/Innen.

5.2.2 Ambulante Pflege

Bei einem ambulanten Dienst arbeiteten im Schwarzwald-Baar-Kreis am 15.12.2011 insgesamt 363 Personen mit einem Berufsabschluss in einem Pflegefachberuf sowie 8 Personen mit einem sonstigen pflegerischen Beruf:

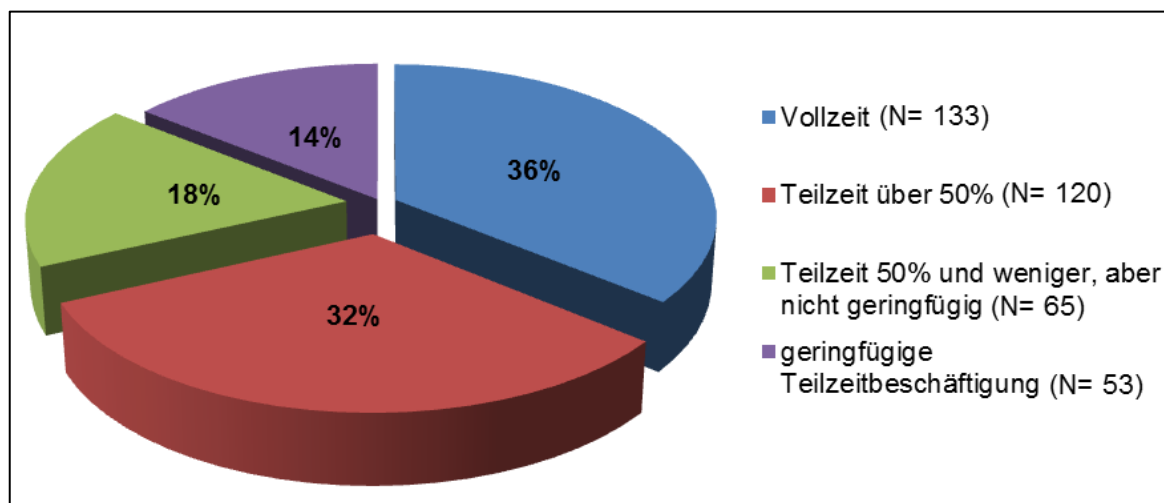
Pflegepersonal nach Berufsabschlüssen bei einem ambulanten Pflegedienst im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011



Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt, Sonderauswertung zur Pflegestatistik 2011 (N= 371).

Davon waren 133 Personen in Vollzeit (36 Prozent) und 238 Personen in Teilzeit (64 Prozent) beschäftigt, davon 120 (32 Prozent) mit einem Stellenumfang von 50 Prozent oder mehr sowie 118 (32 Prozent) mit einem geringeren Stellenumfang bzw. in geringfügiger Beschäftigung:

Pflegepersonal nach Beschäftigungsumfang bei ambulanten Diensten im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011



Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt, Sonderauswertung zur Pflegestatistik 2011 (N= 371).

Deutlich wird, dass Teilzeitarbeitsverhältnisse bei ambulanten Pflegediensten nahezu zwei Drittel ausmachen. Rechnet man die Teilzeitbeschäftigten in Vollzeitäquivalente um, so ergibt sich, dass im Schwarzwald-Baar-Kreis auf 100 Beschäftigte bei einem ambulanten Dienst rund 73 Vollzeitäquivalente entfallen. Von den 335 Pflegefachkräften⁴⁷ arbeiten 124 (37 Prozent) in Vollzeit und 211 (63 Prozent) in Teilzeit. Unter den 36 Pflegehilfskräften sind nur 9 Vollzeitbeschäftigte (25 Prozent) und 27 Teilzeitbeschäftigte (75 Prozent).

Pflegepersonal nach Berufsabschluss und Beschäftigungsumfang sowie Vollzeitäquivalente (VZÄ) bei ambulanten Diensten im Schwarzwald-Baar-Kreis zum Stichtag 15.12.2011

	Personal gesamt	Vollzeit	Teilzeit > 50%	Teilzeit ≤ 50% nicht gering	Gering- fügig	VZÄ
Altenpflege	164	71	55	20	18	127
Krankenpflege	156	50	44	33	29	107
Kinderkranken- pflege	15	3	6	0	6	9
Alten- und Kranken- pflegehilfe	26	6	14	6	0	20
Heilerziehungs- pflege	2	0	0	2	0	1
sonst. pflegerischer Beruf	8	3	1	4	0	6
gesamt	371	133	120	65	53	270

Datenbasis: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik 2011. Berechnungen: KVJS.

47 Dazu zählen examinierte Altenpfleger/Innen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/Innen.

5.3 Einschätzung der aktuellen Situation durch Fachleute aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis

Bei der Erhebung des Landratsamtes und des KVJS bei den Pflegeheimen im Schwarzwald-Baar-Kreis, bei der sich 26 der 28 Einrichtungen beteiligt haben, gaben 23 an, bereits heute z.T. erhebliche Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Fachkräften zu haben. Mit einer Verschärfung der Personalsituation in der Zukunft wird gerechnet. Im Fachgespräch mit einigen Vertreterinnen und Vertretern von stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten wurden als Gründe für den Fachkräftemangel der geringer werdende Nachwuchs aufgrund hoher Durchfallquoten an der Altenpflegeschule bei gleichzeitig sinkendem Qualifikationsniveau der Altenpflegeschüler, die kurze Verweildauer im Beruf aufgrund der großen körperlichen und psychischen Belastung sowie die zunehmende Abwanderung gut ausgebildeter Fachkräfte in die nahegelegene Schweiz, die weitaus attraktivere Arbeitsbedingungen bietet, genannt.

Die vom Landkreis getragene staatliche Albert-Schweitzer-Schule in Villingen-Schwenningen bildet staatlich anerkannte Altenpfleger/Innen, Altenpflegehelfer/Innen, Alltagsbetreuer/Innen, Assistenten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie staatlich geprüfte Fachwirte für Organisation und Führung - Schwerpunkt Sozialwesen - aus.

Derzeit können an der Albert-Schweitzer-Schule in der Altenpflege- und Altenpflegehilfe-Ausbildung vier Klassen mit je 30 Plätzen zur Verfügung gestellt werden, so dass abhängig von der Nachfrage ein Jahrgang mit zwei Klassen gebildet wird (aktuell 2 Klassen im 2. Ausbildungsjahr). Im Schuljahr 2013 / 2014 haben rund 80 Prozent der Schüler/innen die Schule mit Zeugnis beendet, 20 Prozent sind im Laufe der dreijährigen Ausbildung z.B. durch Probezeitverkürzungen der Einrichtungen oder Umzüge in andere Landkreise verloren gegangen. Etwas über 10 Prozent der Schülerinnen und Schüler kommen im Jahr 2013 / 2014 nicht aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis, es ist jedoch anzunehmen, dass diese zum größten Teil auch aus der näheren Umgebung stammen und dem Arbeitsmarkt auch im Landkreis zur Verfügung stehen. Die Klassen sind voll belegt, an der Schule wird ein weitaus größerer Ausbildungsbedarf nachgefragt, dieser kann jedoch wegen fehlender Lehrkräfte und Räume nicht befriedigt werden.

Weitere private Altenpflegeschulen bestehen in der Region in Geisingen und Donaueschingen, sowie Friedenweiler.

Die Altenpflegeschule in Donaueschingen bildet derzeit 59 Altenpfleger/innen und 13 Altenpflegehelfer/innen aus.

Die Volkshochschule in Villingen-Schwenningen bietet eine einjährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer/in und hat derzeit dafür 20 Plätze. Zum 1.9.2014 können an der VHS erstmalig 20 Plätze zur berufsbegleitenden Weiterbildung zum staatl. anerkannten Altenpfleger angeboten werden.

Wie stark sich der allgemein prognostizierte Fachkräftemangel auch künftig bemerkbar macht, wird daher nicht zuletzt durch Faktoren wie konkrete Arbeitsbedingungen, Einstiegsgehälter, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, fachliche Konzeptionen und gesellschaftliches Ansehen der Pflegeberufe beeinflusst.

5.4 Voraussichtliche Personalbedarfsentwicklung im Pflegebereich im Schwarzwald-Baar-Kreis

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen im Schwarzwald-Baar-Kreis wird zukünftig weiter ansteigen. Ausgehend von der Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im ambulanten und stationären Bereich im Schwarzwald-Baar-Kreis bis zum Jahr 2025 (Status quo-Variante; vgl. Kapitel 2.2), kann näherungsweise auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften im Landkreis geschlossen werden. Den Ausgangspunkt der Berechnung stellt der gegenwärtige Personalbestand in den Pflegeheimen und den ambulanten Pflegediensten im Landkreis dar. Die Ermittlung des zukünftigen Personalbedarfs beruht auf der Annahme, dass sich der aktuelle Personalschlüssel im ambulanten bzw. stationären Bereich bis 2025 nicht ändert.⁴⁸ Wird der so ermittelte Quotient von Personal zu Pflegebedürftigen mit der prognostizierten zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen für das Jahr 2025 (Status quo-Variante) im jeweiligen Sektor verknüpft, ergibt sich der zukünftige Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten. Dieser wird um rund 248 Vollzeitäquivalente (plus 26 Prozent) höher liegen als im Jahr 2011. Davon werden voraussichtlich 178 im stationären und 70 im ambulanten Bereich benötigt. Der größere Bedarf besteht in beiden Sektoren bei den Pflegefachkräften, hier werden für die stationäre Pflege 124 und für die ambulante Pflege 63 Vollzeitäquivalente gebraucht. Ähnliche prozentuale Zuwächse werden auch für das Land Baden-Württemberg prognostiziert.⁴⁹ Zu berücksichtigen ist, dass sich der Personalbedarf aus dem Erweiterungsbedarf (Differenz zwischen Personalbestand 2011 und dem zu errechnenden Personalbedarf 2025) und dem Ersatzbedarf (Personalverlust z.B. alterungsbedingt im betreffenden Zeitraum), der sich quantitativ nicht erfassen lässt, zusammensetzt.

48 Der Personalschlüssel wird für den stationären und für den ambulanten Bereich gesondert berechnet:
amb. Personalschlüssel= VZÄ im amb. Dienst (2011) / Pflegebedürftige mit amb. Pflege (2011)
stat. Personalschlüssel= VZÄ im Pflegeheim (2011) / Pflegebedürftige im Pflegeheim (2011)

49 Vgl. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/1340 vom 29.02.2012.

**Pflegepersonalbestand in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zum Stichtag 15.12.2011
sowie voraussichtlicher Pflegepersonalbedarf im Jahr 2025**

	Personalbestand in VZÄ 2011	Personalbedarf in VZÄ 2025	Differenz absolut	Differenz prozentual
ambulant gesamt	270	340	70	26%
ambulant (nur Fachkräfte)	243	306	63	
ambulant (nur Hilfskräfte)	27	34	7	
stationär gesamt	691	869	178	26%
stationär (nur Fachkräfte)	483	607	124	
stationär (nur Hilfskräfte)	208	261	53	
gesamt	961	1.209	248	26%

Datenbasis: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik 2011. Berechnungen: KVJS.

5.5 Handlungsempfehlungen Pflegepersonal

Die Alterung der Gesellschaft lässt die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen steigen, gleichzeitig gehen immer mehr Pflegekräfte in den Ruhestand, ohne dass deren Stellen mit Nachwuchskräften besetzt werden könnten. Bis zum Jahr 2025 wird im Schwarzwald-Baar-Kreis der Bedarf an Pflegekräften - ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten - voraussichtlich um ein Viertel höher sein, als der Bestand an Pflegekräften am 15.12.2011 war. Die prognostizierte Bedarfssteigerung betrifft den ambulanten wie den stationären Bereich gleichermaßen. Angesichts des Ersatz- und des Erweiterungsbedarfes geht es in den kommenden Jahren darum, das Bestandsniveau an Pflege(fach)kräften nicht nur zu halten, sondern weiter auszubauen, um die gewohnt gute pflegerische Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Dazu sind vielfältige Maßnahmen auf Bundes-, Landes- aber auch Landkreisebene notwendig. Zunächst sollten die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen verbessert werden. Um qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen und danach auch zu halten, sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch flexible Arbeitszeitmodelle sicherzustellen, außerdem sollten Karriere-chancen eröffnet sowie die gesellschaftliche Aufwertung des Berufsbildes unterstützt werden. Die Sicherung des Berufsnachwuchses kann z.B. über kreative Ausbildungsangebote für Wiedereinsteigerinnen, attraktive Weiterbildungsangebote für Pflegehilfskräfte sowie Werbung in Schulen und auf Ausbildungsmessen erfolgen.

Spezifisch auf Kreisebene könnten folgende Maßnahmen dazu beitragen, dem drohenden Fachkräftemangel in der Altenpflege entgegenzuwirken:

- Entwicklung und Umsetzung von praxisorientierten Konzepten zur Gewinnung und Bindung von Pflegefachkräften
- Verbesserung der Möglichkeiten, Familie und Beruf zu verbinden
- Berufsbegleitende Ausbildung ermöglichen,
- Koordinierung und Verstärkung der Werbung für den Pflegeberuf auf Kreisebene
- Beteiligung der Altenpflegeschule des Kreises an Jobbörsen, Fachmessen und ähnlichen Veranstaltungen
- Ausbau von Praktikumsangeboten in der Altenpflege für Haupt- und Realschüler
- Ausbau von Ausbildungsplätzen in den Einrichtungen
- Gezielte Sprachförderung für ausländische Fachkräfte
- Prüfung der Möglichkeit, im Rahmen einer Teilzeitausbildung die Schulfremdenprüfung im Bereich Altenpflegehilfe zu absolvieren.

Allerdings ist die Prognose der Fachkräftebedarfe auch davon abhängig, welche Gesamtkonzepte der Versorgung, aber auch Standards sich in Zukunft entwickeln. Wenn es beispielsweise gelingt, nachhaltige Konzepte im Hilfemix mit Angehörigen und Ehrenamt zu entwickeln, Alltagsbetreuer und gemeinwesenorientierte Hilfen zu etablieren sowie technische Hilfen in der Pflege intensiver als bisher einzubeziehen, wird der zukünftige Fachkräftebedarf vermutlich geringer sein, als vorausgeschätzt. Beispiele aus anderen Regionen Deutschlands und dem europäischen Ausland zeigen, dass hier Entwicklungspotenzial besteht.

Zu beobachten ist zudem, wie sich die Inanspruchnahme diverser niederschwelliger Dienstleistungen (Betreutes Wohnen, ausländische Haushaltshilfen, Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt, Wohnen in Gastfamilien, Alltagsbegleiter etc.) sowie die Verbesserung der gemeinwesenorientierten Infrastruktur auf den Fachkräftebedarf auswirken wird.

6 Schlussbemerkung

Der vorliegende Bericht zeigt die deutliche Notwendigkeit, dass sich Landkreis, Städte und Gemeinden gemeinsam auf den Weg machen müssen, um die zukünftige Versorgung alter Menschen bedarfsgerecht und effizient zu gewährleisten. Herausforderungen, bestehende Ressourcen und prognostizierte Bedarfe sind im Landkreis regional sehr unterschiedlich und müssen deshalb auch mit jeweils geeigneten Konzepten vor Ort beantwortet werden.

Kommunen, Landkreis sowie Einrichtungen und Dienste vor Ort müssen gemeinsam – auch in interkommunaler Zusammenarbeit – die Altenhilfe weiterentwickeln. Auch die Bedürfnisse behinderter alter Menschen, die pflegebedürftig sind, müssen mit einbezogen werden, Altenhilfe und Behindertenhilfe werden enger zusammenarbeiten müssen.

Es wird zukünftig immer mehr darauf ankommen, gemeinwesenorientierte niedrigschwellige Angebote auszudifferenzieren und sogenannte Quartierskonzepte zu entwickeln. Neue Angebots- und Dienstleistungsformen werden die bestehenden Angebote erweitern und ergänzen müssen. Zudem muss auch der Gesundheitsprävention ein hoher Stellenwert eingeräumt werden, da die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit insgesamt ein wichtiges gesellschaftliches Ziel ist. Auf diesen wichtigen Aspekt konnte im vorliegenden Bericht nicht zusätzlich eingegangen werden.

Der Ausgestaltung der Infrastruktur und Daseinsvorsorge in den Gemeinden und Städten im Landkreis wird eine zentrale Stellung in der zukünftigen bedarfsgerechten und bezahlbaren Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen zukommen. Nur wenn geeigneter Wohnraum vorhanden, Serviceangebote und notwendige Dienstleistungen erreichbar und die Versorgung im Alltag möglichst selbständig organisierbar ist, kann sich der Wunsch aller alten Menschen, trotz Pflegebedürftigkeit so lange als möglich zuhause wohnen zu bleiben, erfüllen.